

INSTITUT DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE
MONTPELLIER

Améliorer la performance occupationnelle
de l'enfant TDA/H
dans les apprentissages scolaires
par le biais de l'approche CO-OP

Mémoire d'initiation à la recherche
UE 6.5 S6

Nathalie COLLETIS
Mai 2021

« Dis-moi et j'oublierai, montre-moi et je me souviendrai,
implique-moi et je comprendrai pour toujours ».
Confucius (Philosophe chinois, 551-479 avant JC)

Remerciements

Sous la direction de Cécile Beucher, ergothérapeute libérale installée à la Maison des Lucioles de Clermont l'Hérault, maître de mémoire.

J'aimerais tout d'abord remercier Cécile Beucher, pour son accompagnement, ses conseils avisés, son partage d'expérience tout au long de l'année.

Je remercie également Audrey Vallat, référente du suivi mémoire pour son encadrement, l'ensemble des formateurs et intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, pour la qualité des enseignements.

Je tiens également à remercier les membres du jury pour l'attention qu'ils porteront à mon travail.

Merci à Marine Hernandez et à Mathilde Breyton pour leur accompagnement et leur implication tout au long de ce travail. C'est en travaillant à leurs côtés, dans le cadre de plusieurs stages, que j'ai découvert la pratique de l'ergothérapie dans le secteur pédiatrique et notamment la richesse de l'approche CO-OP.

Merci également aux ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Je souhaite remercier tout particulièrement mon conjoint, mes enfants, Taho et Luka qui chaque jour m'ont apporté soutien, bienveillance, énergie et qui ont relevé le défi avec moi. Ils ont été pour moi, une vraie source d'inspiration et de force. Je vous témoigne ici toute ma reconnaissance. Merci pour votre patience, merci de m'avoir laissé travailler, merci pour vos dessins et poèmes...votre maman « apprentie-ergo », « qui se couche tard et se lève tôt » est arrivée au bout et c'est grâce à vous.

J'adresse une attention toute particulière et je remercie chaleureusement mon amie, Marie Mazalto, pour son soutien moral et affectif sans faille, pour l'intérêt porté à mon sujet d'étude, son soutien méthodologique, ses conseils de rédaction et ses encouragements qui ont été si nombreux et si précieux pendant ces trois années. Merci pour les longues soirées de révision au coin du feu, merci pour avoir servi de cobaye de goniomètre, pour avoir alimenté mes scénarios mnémotechniques les plus fous. Merci d'être là.

Je souhaite également témoigner toute ma gratitude à ma famille, à mes parents pour leur soutien constant, leurs encouragements. Merci à Laly, Pia et Léonard, les jeunes au-pair pour leur soutien logistique pendant ces trois années.

C'est grâce au soutien de tous que j'ai réussi à mener ces trois années au bout...« Plus on avance, plus la route s'ouvre à nos yeux ». (Henry Miller)

« Parce que la réussite collective passe par l'action de chacun ».

Liste des acronymes

- ALD : Affection Longue Durée
- AESH : Accompagnement des élèves en situation de handicap
- AVQ : Activités de la Vie quotidienne
- CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (Orientation cognitive au rendement occupationnel quotidien)
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux)
- ECQE : Echelle de cotation de la qualité de l'exécution
- HAS : Haute Autorité de Santé
- LD : Learning disability /Difficultés d'apprentissage
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MCRO : Mesure Canadienne Rendement Occupationnel
- MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et de Participation
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OTHOPE : Outil Thérapeutique pour l'autodétermination d'Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie
- PIAL : Pôles inclusifs d'accompagnement localisés
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- PEOP : Modèle Personne Environnement Occupation Performance
- PQRS : Performance Quality Rafting Scale
- SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté
- SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins À Domicile
- TAC : Trouble d'Acquisition de la Coordination
- TDA/H : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TND : Trouble du Neuro Développement
- TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages
- ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Sommaire

Introduction.....	1
I. Bilan de l'existant.....	3
1.1 Les savoirs scientifiques : présentation du TDA/H/H.....	3
1.2 Le TDA/H : un enjeu de santé publique.....	8
1.3 Les différentes modalités d'accompagnement et de prise en charge de l'enfant TDA/H.....	10
II. L'approche théorique en ergothérapie.....	18
2.1 Les approches de type Bottom-up et Top-down	18
2.2 Choix des modèles PEOP, MCRO-P et de l'approche CO-OP.....	18
2.3 Le modèle Personne Environnement Occupation Performance (PEOP)	19
2.4 Le modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P)	23
2.5 L'approche pratique CO-OP en ergothérapie dans la prise en charge du TDA/H.....	26
2.6 Les outils de l'approche CO-OP	28
2.7 Rappel de la question de recherche et présentation des hypothèses.....	34
III. Méthodologie de recherche	35
3.1 Choix de la méthode : entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon restreint	35
3.2 Choix de la population : critères d'inclusion et d'exclusion.....	35
3.3 Elaboration de la grille d'entretien	36
3.4 Protocole de l'étude et organisation des entretiens	39
IV. Analyse qualitative des résultats et discussion	39
4.1 Présentation des ergothérapeutes.....	39
4.2 Présentation brute des résultats (annexe XII).....	42
4.3 Résultats des entretiens et confrontation avec les hypothèses de recherche	42
4.4 Discussion, limites de l'étude et pistes de réflexion	51
Conclusion	58

Introduction

En tant que future professionnelle, je cherche à comprendre comment favoriser la participation et faciliter l'intégration sociale d'enfants souffrant de Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Je me suis interrogée sur les médiations possibles et les outils spécifiques en ergothérapie qui pourraient aider ces enfants à favoriser leur socialisation par le biais d'activités qu'ils considèrent comme significatives.

L'état des lieux environnemental et sociétal, basé sur des données épidémiologiques, pose la pathologie du TDA/H comme un problème de santé publique pour les enfants d'âge scolaire et leur entourage. Les répercussions du trouble touchent, en effet, principalement la dynamique familiale, les relations sociales mais aussi les performances scolaires, et à plus long terme, le potentiel d'insertion professionnel de ces enfants.

Une fois posé la pertinence du sujet, un travail exploratoire a été mené autour des modalités existantes d'accompagnement pluridisciplinaire de l'enfant TDA/H et les principales méthodes de prise en charge (Remédiation cognitive et métacognitive) permettant d'améliorer le rendement occupationnel de l'enfant dans ses différents domaines de vie (soins personnels, productivité et loisirs). Nous avons choisi de concentrer ce travail sur la sphère scolaire. Ce travail présente la place privilégiée tenue par l'ergothérapeute.

Il convient de préciser dans une deuxième partie, le cadre théorique de ce travail. Les deux modèles qui nous semblent les plus pertinents sont : le Modèle Personne Occupation Performance (PEOP) et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P). Ces modèles seront décrits et leur pertinence analysée en fonction des objectifs de notre mémoire. Nous porterons dans ce travail, une attention particulière à l'approche CO-OP, au centre de ce travail de recherche, ainsi que les outils de suivi et d'évaluation correspondant. En effet, cette approche a démontré son efficacité pour permettre aux personnes avec divers diagnostics d'acquies ou acquies les habiletés de la vie quotidienne et de s'adapter à la vie avec des capacités différentes. Ce travail de recherche a pour objectif de comprendre en quoi l'approche CO-OP peut être efficace et pertinente avec des enfants TDA/H en contexte scolaire.

La démarche d'investigation nous a conduit à la question de recherche suivante : « A quelles conditions, l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants de 6 à 12 ans porteurs de TDA/H dans les apprentissages

scolaires (en milieu ordinaire) au travers d'une prise en charge basée sur l'approche CO-OP ? »

Pour tenter de répondre à cette question, la troisième partie de ce travail, consacrée à la méthodologie de recherche, a consisté d'abord à poser des hypothèses sous-jacentes à la question de recherche. Une étude exploratoire (sous forme d'entretiens semi-directifs) a été menée, auprès d'un échantillon restreint de quatre d'ergothérapeutes exerçant en libéral, sur leur pratique professionnelle et l'utilisation de l'approche CO-OP dans le secteur pédiatrique auprès d'enfants TDA/H. Nous confrontons ensuite la partie théorique et les résultats des entretiens pour réaliser une analyse qualitative des résultats et chercher à comprendre dans quelles mesures les hypothèses de recherche sont validées (partie IV).

Nous présentons enfin quelques-unes des limites de ce travail (choix des modèles, échantillon de répondants, méthode d'investigation) et proposons des axes de réflexion et d'ouverture vers de nouvelles pistes de recherche possibles.

I. Bilan de l'existant

1.1 Les savoirs scientifiques : présentation du TDA/H/H

1.1.1 Etiologie

Les causes exactes du TDA/H ne sont pas connues. Selon le rapport de recommandation de bonne pratique de la HAS, il s'agirait plutôt d'une combinaison de plusieurs facteurs de risques qui s'ajoutent sans avoir nécessairement de relations entre eux. (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014).

On sait que la génétique et la composante héréditaire jouent un rôle dans la transmission de ce trouble neurobiologique. On sait aussi que certains neurotransmetteurs (dopamine et noradrénaline) seraient impliqués et seraient dysfonctionnels dans le TDA/H. Des études réalisées en laboratoire et en clinique permettent de penser qu'il y aurait une insuffisance dans la production de dopamine ou un mauvais fonctionnement dans la synthèse ou le métabolisme de ce neurotransmetteur.

Des hypothèses neurobiologiques mettent en évidence que des atteintes de diverses régions ou structures cérébrales et des réseaux neuronaux entraînent des symptômes d'hyperactivité, d'inattention, de distractivité, d'irritabilité, d'agressivité, d'opposition, de comportements destructifs et antisociaux ressemblant sémiologiquement à ceux retrouvés dans le TDA/H.

Les régions, structures et réseaux neuronaux impliqués seraient les régions frontales et préfrontales, les ganglions de la base, le locus coeruleus et l'aire tegmentale ventrale. Des atteintes légères subies par le cerveau durant la période périnatale ou postnatale pourraient contribuer à certains cas de TDA/H. Plusieurs études ont démontré et considèrent qu'il existe des facteurs de risque bio environnementaux (Gonon *et al.*, 2010)

On distingue ainsi :

- les facteurs toxiques et périnataux : alcool, tabac, poids de naissance faible, prématurité, pesticide, malbouffe
- les variables micros environnementales : séparation précoce, maternité précoce, violence, alcoolisme
- les variables macros environnementales : résidence urbaine, exclusion scolaire, exposition excessive précoce télévision

Enfin, l'hypothèse liée aux fonctions exécutives met en évidence des déficiences au niveau de certaines fonctions exécutives telles que l'inhibition de réponse, la vigilance, la mémoire de travail et l'organisation chez les enfants atteints de TDA/H. Cependant, ce n'est pas le cas de tous les patients TDA/H, ce qui suggère que d'autres troubles neuropsychologiques seraient présents (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014).

1.1.2 Les différentes formes de TDA/H

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est donc un trouble neurodéveloppemental chronique. Selon la cinquième version du DSM de 2013 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), de l'American Psychiatric Association (APA), la caractéristique essentielle du TDA/H est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui a un retentissement négatif sur le fonctionnement psychologique, éducatif et social de l'enfant. Le document de Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) énumère les caractéristiques du TDA/H. Le tableau (annexe XXXII) présente une synthèse des caractéristiques du DSM-V.

Il existe 3 formes de TDA/H :

1. Présentation combinée : critères A1 (inattention) et A2 (hyperactivité-impulsivité)
2. Présentation inattention prédominante : seulement le critère A1
3. Présentation hyperactivité-impulsivité prédominant : seulement critère A2

1.1.3 Démarche diagnostique

La démarche de diagnostic du TDA/H passe par plusieurs étapes :

- Le recueil d'information /anamnèse;
- L'examen clinique;
- L'entretien psychologique;
- Le recueil symptomatologique : Observations directes et Questionnaires de Conners; pour les parents et pour les enseignants, critères du DSM 5;

- Les tests neuropsychologiques : Nepsy 2 (Attention/ fonctions exécutives), WISC IV ((Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents - 4ème édition), tests d'attention;
- L'évaluation de la personnalité.

Le diagnostic est posé par un médecin. Il répond aux critères du DSM-V.

Le questionnaire de Conners (annexe XXV et XXVI) est un outil complémentaire de diagnostic du TDA/H. Il est à remplir par les parents et par l'enseignant de l'enfant. Une fois rempli, il est analysé par le neuropsychologue/le médecin. L'outil apporte des précisions sur le comportement de l'enfant et ses capacités relationnelles. Il évalue également les troubles associés : opposition, provocation, troubles de la conduite. Selon le document de Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS), « le retentissement délétère des symptômes ne doit pas concerner uniquement le champ des performances académiques mais intéresser aussi les autres domaines : estime de soi, détresse personnelle du patient, troubles des interactions sociales et avec les pairs, troubles du comportement ou présence d'un syndrome psychiatrique coexistant. »

Le DSM V précise que l'apparition des symptômes doit avoir eu lieu avant l'âge de 12 ans. Les symptômes doivent être présents dans au moins deux circonstances de vie (par exemple : à la maison et à l'école). Le choix peut se faire entre « à la maison » ou « à l'école » ou « lors d'activités extérieures ou avec les pairs ». Le DSM V insiste sur l'importance de recueillir des informations sur les symptômes et leurs retentissements auprès de deux sources différentes (par exemple : les parents et l'école). Les symptômes du TDA/H s'expriment dans trois dimensions cliniques :

- l'inattention : difficulté à maintenir son attention dans la durée
- l'impulsivité : incapacité à attendre pour prendre la parole ou à différer une action
- hyperactivité : besoin de bouger

Le TDA/H perturbe les fonctions cognitives. Au niveau attentionnel, les différents types d'attention sont altérés.

- L'attention sélective fait référence à la capacité d'une personne à sélectionner une information de l'environnement qu'elle juge consciemment ou non, plus importante. Il s'agit de la capacité à inhiber des distracteurs qui n'est pas efficiente.

- L'attention soutenue fait également défaut. Elle fait office de gardienne de la concentration permettant d'accomplir l'activité sur une longue période sans se laisser distraire. Elle dépend fortement de la motivation et de la persévérance.
- L'attention divisée est celle qui intervient lorsqu'il faut traiter deux types d'informations en même temps.

Au niveau de la mémoire, l'enfant TDA/H a du mal à maintenir une information en mémoire de travail pendant qu'il en traite une autre (boucle phonologique) ou pendant qu'il en cherche une autre en mémoire (calepin visuo spatial). Il va avoir des difficultés à donner du sens aux informations écrites et orales rapidement (lenteur, effort important) et va avoir du mal à apprendre (Gil, 2006). Le TDA/H va avoir également des impacts négatifs directs sur les « fonctions exécutives » de l'enfant. Ces dernières renvoient à un ensemble de processus nécessaires à la réalisation de conduites non familières et complexes. L'enfant va avoir du mal à s'organiser et à hiérarchiser les différentes informations reçues par les différents canaux visuel, auditif, sensitif, olfactif. Il va avoir des difficultés au niveau de l'anticipation, de la planification ou du raisonnement. Il reproduit souvent les mêmes erreurs et n'apprend pas des erreurs passées.

Les enfants porteurs de TDA/H éprouvent généralement de grandes difficultés pour s'adapter, car leur capacité d'élaborer des stratégies de résolution de problème est altérée. Nous constatons que les enfants, porteurs de TDA/H, n'élaborent pas spontanément des stratégies de résolution de problèmes. Ils ont besoin d'un accompagnement pour les aider à élaborer, conscientiser et mettre en œuvre leurs propres stratégies. Selon la littérature consultée, deux dimensions limitent les enfants porteurs de TDA/H. La première concerne leur prise de conscience altérée de « l'utilité des stratégies ». La seconde est en lien avec « l'effort et l'investissement » trop soutenus dans l'application de ses stratégies. Ce phénomène est désigné, dans la littérature métacognitive, comme étant un « déficit de production » (Brown, 1974 ; Flavell, 1985). Par exemple, Douglas, dans son article « Higher mental processes in hyperactive children » (1980), avait déjà observé que les enfants avec TDA/H réalisent des performances plus faibles dans des tâches de mémorisation lorsqu'ils doivent produire d'eux-mêmes des stratégies. O'Neill et Douglas (1991) ont aussi constaté que les enfants avec TDA/H connaissent des stratégies efficaces mais qu'ils ne les appliquent pas spontanément.

1.1.4 Comorbidités et troubles associés

Le TDA/H n'est pas un trouble homogène. Il varie selon les comorbidités qui lui sont souvent associées. Les formes comorbides comparées aux formes TDA/H isolées sont plus sévères, ont un fonctionnement moindre et une évolution péjorative (Vantalon, 2014). Plus de la moitié de ces enfants présentent une comorbidité associée : troubles du comportement (60%), des troubles des apprentissages (47%) une anxiété (36%) un comportement agressif (35%) ou oppositionnel (34%) (Lecendreux *et al.*, cité dans Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014).

Ces troubles peuvent également se combiner entre eux et certains d'entre eux peuvent subir un "effet de masquage" par des troubles plus visibles.

1.1.5 Epidémiologie du TDA/H

Le TDA/H est considéré aujourd'hui comme un véritable problème et enjeu de santé publique. Selon le guide de Recommandation de bonne pratique de la HAS, il constitue dans la population générale, le trouble psychopathologique le plus fréquent chez l'enfant d'âge scolaire (6 à 12 ans), avec une prévalence estimée à 3,5 % de la tranche d'âge. L'âge moyen du diagnostic se situe à 9-10 ans. Les enfants diagnostiqués sont majoritairement de sexe masculin (85%).

Une étude épidémiologique précise que dans la population des enfants d'âge scolaire porteurs de TDA/H, 45,5% présentent une dominante « trouble de l'attention », 35,9% une dominante « hyperactivité-impulsivité » et 17,6% une combinaison des deux composantes (Lecendreux *et al.*, cité dans Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014).

V. Vantalon souligne le fait que de nombreuses études ont été conduites jusqu'à l'âge adulte et révèlent que l'expression clinique du trouble est stable jusqu'au début de l'adolescence, puis qu'elle se modifie. Trois formes d'évolution sont possibles :

- une évolution favorable avec disparition du TDA/H (16 à 48 % des cas)
- une persistance du trouble avec un tableau clinique identique à celui de l'enfant (30% des cas)
- une atténuation de l'hyperactivité motrice laissant la place à un sentiment subjectif d'impatience motrice, de nervosité. L'impulsivité et l'inattention persistent et

interfèrent avec les résultats scolaires et l'adaptation sociale (apparition de conduites à risque sous-tendues par la recherche de sensations et de nouveautés/ infractions au code de la route, accidents de véhicules associés à des dommages corporels).

1.2 Le TDA/H : un enjeu de santé publique

1.2.1 Impacts sur les différents environnements de l'enfant

Les dysfonctionnements viennent perturber la participation de l'enfant dans sa vie quotidienne, scolaire, mais aussi familiale et sociale. Au niveau de la vie quotidienne, l'enfant est souvent inattentif et se distrait facilement. Il termine difficilement les tâches qu'il commence, il oublie ou perd régulièrement ses affaires et ou les objets nécessaires à ses activités. Il rencontre des difficultés au niveau de son organisation quotidienne et manque globalement d'autonomie et d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Il peut rencontrer des difficultés au niveau de l'habillement (vêtement, chaussage à l'envers), des soins personnels (brossage de dents incomplet par exemple) ou au niveau de l'alimentation (difficulté à rester assis à table, faim irrégulière et parfois impulsive).

L'apprentissage du geste est difficile et peut s'avérer fastidieux pour l'enfant TDA/H. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux troubles comorbides peuvent venir interférer (troubles des apprentissages 47%). Au niveau de la sphère familiale, le trouble de l'enfant peut induire un épuisement de la famille. Si l'on s'en réfère aux caractéristiques du questionnaire de Connors, ce sont des enfants qui « pleurent souvent et facilement », qui « ont des accès de colère » et « peuvent avoir un comportement explosif et imprévisible ». Ils peuvent être « très actifs », « impulsifs », « remuants », « changeant d'humeur rapidement », « facilement frustré », etc. Le parent peut se sentir incompetent face à son enfant et son épuisement va augmenter le risque de développer des symptômes dépressifs. La vie professionnelle du « parent-aidant » peut parfois être fortement perturbée (jours de congés, jours de récupération, temps partiel..), du fait de devoir accompagner l'enfant aux séances de rééducation, aux consultations hospitalières, bilans...En effet, l'enfant TDA/H bénéficie le plus souvent d'une prise en charge pluri professionnelle, les consultations sont nombreuses et hebdomadaires. Cela est d'autant plus vrai lorsque la famille et les grands-parents sont peu présents et n'apportent pas toujours le soutien dont la famille aurait besoin (éloignement géographique, maladie, vieillesse, toujours en activité professionnelle).

Au sein d'une fratrie, l'attention est souvent davantage portée sur l'enfant porteur du trouble que sur le/les autres enfants de la famille et peut parfois générer des situations d'inégalité et/ou un sentiment d'abandon des frères et/ou sœurs. L'enfant va généralement percevoir l'impact de son trouble sur sa famille. Cela peut avoir comme conséquence de diminuer sa confiance en lui et avoir un impact sur son estime et un sentiment fort de dévalorisation.

Au niveau de la sphère sociale, l'enfant TDA/H peut avoir du mal à se faire des amis et à conserver les anciens. Le TDA/H s'associe souvent avec une impulsivité qui dégrade rapidement les relations avec l'autre. Le rejet, les situations d'isolement, de harcèlement par les autres arrivent alors. Ces difficultés impactent le développement de l'enfant, comme l'indique le site Dys-moi (<https://dysmoi.fr/TDA/H-limpact-des-relations-sociales>).

La sphère des loisirs peut également être impactée, que ce soit les loisirs d'extérieurs, individuels ou collectifs. Enfin, le domaine de la productivité est également impacté. Pour l'enfant TDA/H, c'est le parcours scolaire qui est touché plus particulièrement.

1.2.2 Impacts sur le parcours scolaire de l'enfant

Le TDA/H est fréquent et touche en moyenne 3,6 % à 5,4 % des écoliers (Lecendreux, 2011), soit un à deux enfants par classe. Les enfants porteurs de TDA/H se caractérisent par des déficits exécutifs, attentionnels et motivationnels. Le TDA/H est souvent associé à des difficultés d'apprentissage et dans 47% des cas à des troubles d'apprentissage. Sonja Finck aborde dans son article, les problématiques spécifiques liées au TDA/H : fautes d'inattention, sauts de lignes, dysgraphie progressive, travail non terminé, mais aussi les marqueurs de troubles des apprentissages (présents dans 20 à 60 % des cas) (Gillberg *et al.*, 2004), dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, trouble d'acquisition de la coordination, dysgraphie, troubles neurovisuels. Les bulletins apporteront des éléments sur l'inattention, la lenteur, le comportement perturbateur ou des faiblesses en certaines matières (lecture, orthographe, mathématiques). Il y a quelques années, près de la moitié des enfants TDA/H présentant des troubles des apprentissages, redoublaient, et étaient exclus précocement du système scolaire et/ou en sortaient sans qualification. (Vantalon, 2014).

Au niveau européen, une étude rétrospective menée en 2009 indiquait qu'en France, 11% de ces enfants TDA/H n'étaient plus scolarisés, ce qui est le taux le plus élevé en Europe (à comparer aux 7% observés globalement au niveau européen), (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014). Aujourd'hui, plus globalement, si l'on s'en réfère au site du gouvernement, depuis 2019, le nombre d'élèves en situation de handicap accueillis à l'école a nettement

progressé, passant de 361 200 à près de 385 000 en 2020, soit une augmentation de 7%. 220 000 élèves sont accompagnés par une aide humaine à la rentrée 2020, soit une augmentation de 18% en un an. (Sources : enquêtes statistiques de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports). Les signes d'alerte, dans le cadre scolaire sont une difficulté à se concentrer dans les activités scolaires en présence de distracteurs. L'enfant n'est pas capable de maintenir son attention dans le temps. Il donne l'impression d'être "dans la lune". Il a du mal à finir ses devoirs et il perd souvent ses affaires. L'enfant qui présente une hyperactivité motrice peut avoir des difficultés à rester assis trop longtemps sur sa chaise, son activité globale est désorganisée. Il peut être parfois agité, bruyant et prend des risques fréquemment. L'enfant impulsif est dans l'impossibilité de différer un désir et il peut être gêné par son impatience. En situation de classe, l'élève peut régulièrement interrompre l'adulte pour répondre aux questions avant que la formulation ne soit terminée.

Il est reconnu qu'un retard de diagnostic et/ou une absence de prise en charge peuvent aggraver les impacts psychologiques, sociaux et scolaires chez l'enfant. Le risque à long terme pourrait engendrer des répercussions négatives dans le processus de socialisation, des risques accrus de conduites addictives et des difficultés d'intégration dans le domaine de la formation et de l'emploi.

1.3 Les différentes modalités d'accompagnement et de prise en charge de l'enfant TDA/H

1.3.1 Enjeux éthiques et légaux de la prise en charge du TDA/H : focus contexte scolaire

Les élèves en situation de handicap sont de plus en plus souvent et couramment scolarisés en milieu ordinaire (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2014). Les textes qui régissent sur ce sujet énoncent plusieurs grands principes :

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quelle que soit leur situation, y compris s'ils sont malades ou porteurs de handicap (ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, 2012) comprend :

- Le droit à la scolarisation en milieu ordinaire, au plus près du domicile de l'enfant chaque fois que cela est possible ;
- Le droit à un parcours de scolarisation continu et adapté ;
- L'association des parents aux décisions d'orientation de leur enfant et à la définition de leur projet personnalisé de scolarisation, notamment lorsque leur enfant présente des besoins éducatifs particuliers.

Il s'agit là de droits fondamentaux, repris dans l'un des textes fondateurs du droit français : la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (J.O., 2005).

La loi de 2005 contraint l'Éducation nationale à appliquer les principes d'accessibilité et de compensation, avec un objectif d'inclusion véritable des élèves à besoins particuliers parmi les autres. L'École est désormais dans l'obligation d'accueillir, de façon adaptée, tout élève dont les parents en font la demande. Le décret n° 2020-515 relatif au comité départemental de suivi de l'École inclusive a été publié le 4 mai 2020. Le site du ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports annonce de nouvelles mesures sur l'école inclusive : "Désormais, dans chaque département, un comité départemental de suivi de l'École inclusive est organisé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le recteur de l'académie. Ce comité est chargé du suivi, de la coordination et de l'amélioration des parcours de scolarisation et de formation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes en situation de handicap, dans le respect des principes de l'École inclusive et de la coopération. Certaines académies mènent déjà depuis plusieurs années un travail partenarial avec les acteurs du médico-social. D'autres ont renforcé leurs liens depuis la rentrée scolaire. Une recherche de solution d'affectation adaptée, partagée avec les professionnels du médico-social, pour tous les élèves en situation de handicap a permis en cette première année de fonctionnement de trouver des solutions de scolarisation alternatives ou pérennes" (consulté à l'adresse <https://www.education.gouv.fr>)

- Scolarisation en ULIS ou en SEGPA ;
- Maintien dérogatoire en ULIS école ou collège ;
- Scolarisation à temps partiel ;
- Scolarisation avec accompagnement par un AESH ;
- En inclusion avec un accompagnement des enseignants par des professeurs ressources ;
- En inclusion avec un accompagnement des équipes pédagogiques par une équipe mobile d'appui ou un service médico-social ;
- Pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL).

1.3.2 Les structures d'accompagnement dans le contexte scolaire

A l'initiative de l'équipe pédagogique, le chef d'établissement met en place un projet personnalisé de réussite éducative (PPRE). Ce document décrit les aménagements simples à réaliser dans le cadre de la classe. Les mesures d'accompagnement scolaire recommandées par la HAS proposent d'initier des aménagements pédagogiques adaptés aux difficultés de l'enfant par le biais d'un Plan d'accompagnement personnalisé (PAP). Au niveau de la prise en charge, la reconnaissance administrative du handicap est du ressort de la Maison des Personnes Handicapées (MDPH) qui mobilise une équipe pluridisciplinaire pour évaluer la gravité du handicap et élaborer un projet personnalisé de scolarisation (PPS) prévoyant les adaptations et les aménagements nécessaires : aménagements pédagogiques, en matériel, aide humaine, orientation en milieu ordinaire et médico-social (ex : SESSAD, dispositif CROP, classe ULIS, attribution AESH, attribution de matériel pédagogique adapté, etc.). Le PPS va servir de base à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En association avec les parents, cette commission se prononce sur l'orientation de l'enfant et sur les mesures d'accompagnement.

1.3.3 Le traitement médicamenteux dans la prise en charge de l'enfant TDA/H

Il ressort de la littérature consultée qu'une prescription médicamenteuse (méthylphénidate) peut être indiquée dans le cadre d'une prise en charge globale du TDA/H (confirmé chez l'enfant de 6 ans et plus) afin de lui permettre d'être plus disponible et donc de mieux profiter de l'accompagnement psychosocial. La combinaison des traitements psychostimulants et psychosociaux aurait démontré son efficacité (Kutcher *et al.*, 2004 ; Pelham *et al.*, 1993).

Il est important de rappeler et de préciser que le traitement médicamenteux n'est pas le traitement de première intention. Les aménagements scolaires, la rééducation, la remédiation cognitive sont à prescrire en première intention. Des résultats de recherches sérieuses ont démontré l'efficacité des stimulants pour améliorer le fonctionnement comportemental, scolaire et social des enfants traités, et ce, chez 60 % à 95 % d'entre eux. Les médicaments représentent jusqu'ici le seul traitement qui, à lui seul, est le plus efficace pour normaliser le comportement inattentif, impulsif et hyperactif chez les enfants avec un TDA/H (Bélangier, 2008). De façon globale, les bénéfices du traitement impactent la sphère motrice, cognitive et sociale et il est très bien toléré à court terme et à long terme. Le méthylphénidate est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau cérébral, c'est-à-

dire que leur taux va augmenter dans le cerveau. Non seulement leur présence augmente, mais leur affinité pour les récepteurs également, il en résulte une amélioration de la force et de la qualité du signal... Des études ont permis de montrer en IRM la normalisation de certaines anomalies structurelles cérébrales présentes chez ces jeunes, grâce au méthylphénidate. L'essor de l'imagerie fonctionnelle a permis d'aller plus loin et de constater un changement favorable chez les enfants traités par ritaline (amélioration, voire normalisation de l'activité cérébrale pendant des tâches d'attention et au repos), comme le précise le site du Dr Louis Vera (<https://www.drlouisvera.com/ritaline>).

Les effets positifs sont constatés rapidement. Il est rapporté fréquemment une amélioration des capacités d'attention à l'école/hors école, moins de difficultés à se mettre au travail et une amélioration des résultats scolaires. Il est constaté également une diminution de l'impulsivité, une meilleure communication avec les familles et une amélioration de l'estime de soi sur le long terme. Il est important de préciser que le traitement est un stimulant. Il s'agit d'un traitement compensatoire et non curatif. Il ne guérit pas.

Il existe des effets secondaires possibles : des céphalées de tension artérielle, des troubles digestifs, un risque cardiaque, une tachycardie chronique, une perte d'appétit, effet coupe-faim, des difficultés d'endormissement.

La prescription médicamenteuse doit être combinée à d'autres types d'approches, voire, substituées à d'autres types de prises en charges dites non médicamenteuses. Les différents accompagnements sont détaillés dans la suite de ce travail.

1.3.4 Une prise en charge multidisciplinaire du TDA/H

Tout d'abord, l'enjeu des professionnels (principalement les neurologues, psychologues, pédiatres, sur demande d'évaluation de la famille et/ou des enseignants, voire de l'équipe de soins) est de repérer de façon précoce les signes et symptômes du TDA/H chez l'enfant afin de proposer rapidement un accompagnement personnalisé. Au niveau de la prise en charge médicale, le médecin généraliste constitue souvent le premier maillon de la chaîne. Il orientera d'abord les familles vers un pédopsychiatre ou un neuropédiatre. Les familles sont ensuite dirigées vers les différents spécialistes, dont le psychologue, l'orthoptiste, l'orthophoniste, l'ergothérapeute, le psychomotricien qui seront en mesure de poser une orientation diagnostique et de proposer des modalités, souvent combinées, de prise en charge.

Il est souligné l'aspect fondamental d'une bonne coordination et d'un échange efficace de tous les acteurs dans le parcours de soins de l'enfant.

Une des méthodes privilégiées pour remédier à ce déficit est la « remédiation cognitive ». La remédiation cognitive est une intervention thérapeutique psychosociale qui a pour but de traiter les troubles cognitifs. Cette technique est spécifiquement conçue pour un usage thérapeutique visant à restaurer, renforcer, compenser les capacités cognitives altérées, et de manière indirecte, contribuer à améliorer l'autonomie des patients et leur fonctionnement socioprofessionnel (Januel, 2017). Elle est pratiquée par des professionnels soignants, tels que des psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes..., spécifiquement formés à la méthode. Les méthodes cognitives et métacognitives visent à permettre à l'enfant d'obtenir un changement de ses comportements de manière constructive, en cherchant à améliorer ses fonctions déficitaires (troubles de l'attention, faible mémoire de travail, inhibition, manque de planification...). Il s'agit d'aider l'enfant à trouver ses propres solutions qui lui permettront de compenser ses difficultés. Il s'agit de distinguer deux niveaux d'intervention :

1. La remédiation cognitive vise à stimuler les processus cognitifs déficitaires à l'aide d'exercices spécifiques ou de certains programmes informatiques spécifiques;
2. La remédiation métacognitive cherche à développer la capacité de l'enfant à réfléchir sur ses propres processus cognitifs et à développer des stratégies compensatoires.

Ces deux niveaux d'intervention permettent d'accompagner le développement de stratégies en collaboration avec la famille et l'enseignant. Au centre de l'approche, on retrouve le concept de stratégie chez la majorité des auteurs. La littérature scientifique consultée démontre que la performance occupationnelle, dont découle la réussite scolaire, est fortement liée à l'élaboration de stratégies par l'enfant (Perrault, 2017). En effet, le succès scolaire est en grande partie conditionné par le fait que l'enfant puisse se représenter de manière globale son processus d'apprentissage (objectifs, plan d'action, moyens, résultats). Il développe alors un sentiment de meilleur contrôle sur son processus d'acquisition scolaire (Skinner *et al.*, 1998). Si un élève ne perçoit pas ce contrôle (par ex. qu'il explique ses réussites par la chance ou l'aide qui lui a été donnée), il restera passif et ne sera pas engagé dans le processus d'apprentissage. Ne développant pas ses propres métaconnaissances, son estime de soi, au niveau scolaire (entre autres) en sera aussi lourdement affectée (Kipfer *et al.*, 2009). Il ressort de la littérature scientifique, l'intérêt d'une remédiation cognitive et métacognitive dans la prise en charge de troubles d'apprentissage associés à des déficits exécutifs, et l'effet

bénéfique de la motivation sur l'apprentissage. Cette approche consiste en une prise en charge individualisée, qui vise à l'élaboration de stratégies cognitives pour améliorer le rendement occupationnel de l'enfant en contexte scolaire. Elle cherche à mobiliser le désir et les motivations de l'enfant pour travailler ses habilités dans l'exécution de tâches, la réalisation d'activités et/ou la résolution de problèmes. L'enfant est placé au centre de la démarche, le praticien cherche à accompagner le patient dans un double processus à la fois de découverte de ses propres ressources et d'acquisition de stratégies personnelles de résolution de problème. Deforge (2011) souligne que « En dépit de leur prévalence élevée, les mesures de prise en charge des troubles attentionnels et exécutifs restent, en France, largement insuffisantes. Compte tenu des difficultés persistantes que ces troubles peuvent générer au plan scolaire et social (...). Concernant l'enfant, cela est d'autant plus urgent qu'il existe alors un enjeu majeur d'éducation ». Si la prise en charge se doit d'être multi-acteurs et multidisciplinaire, l'approche ergothérapique a ses spécificités sur lesquelles il importe de se pencher.

1.3.5 Le rôle et la pratique de l'ergothérapeute auprès de l'enfant TDA/H

Pour l'ergothérapeute, la sphère scolaire est essentielle à investir pour envisager une prise en charge systémique de l'enfant porteur de TDA/H. En milieu scolaire, l'ergothérapeute soutient l'enfant qui présente des difficultés, l'enseignant et l'AESH. Selon l'ergothérapeute Brigitte E. Gantschnig : « les enfants souffrant du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) ou d'autres difficultés d'apprentissage sont atteints dans leurs fonctions corporelles et dans leurs structures organiques. Ces troubles les limitent dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, mais aussi dans leur participation aux différents domaines de vie (à la maison, à l'école, dans le sport). » (cf. American Psychiatric Association, 2013).

Selon l'Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'ergothérapie prend en compte l'interaction entre la personne, l'activité et son environnement (...) Elle a pour objectif de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement ». L'ergothérapeute a donc toute sa place dans l'accompagnement des enfants TDA/H. La pratique en ergothérapie propose un soutien à ces enfants, à leurs parents, enseignants et aux autres personnes de référence, au moyen de différentes interventions

visant à améliorer leurs capacités d'action au quotidien. L'objectif de son intervention est d'adapter les activités scolaires et l'environnement de l'enfant pour lui permettre une meilleure participation en classe, faciliter ses apprentissages scolaires et améliorer son rendement occupationnel.

De plus, d'après Brigitte E. Gantschnig (2015), « les études apportent la preuve de l'efficacité ou de l'intérêt clinique des différentes interventions ergothérapeutiques ou combinées auprès d'enfants atteints d'un TDA/H ; c'est le cas en particulier du programme Cog-Fun, de la thérapie par le jeu, de l'entraînement des parents et des interventions basées sur le sensoriel (gilets lestés par exemple). Elles font aussi ressortir une tendance vers l'efficacité des interventions ergothérapeutiques auprès des enfants avec TDA/H telles que les méthodes CO-OP, ETP, les ballons thérapeutiques, le système d'assise dynamique et la robotique ».

Afin de maintenir la motivation et l'engagement de l'enfant TDA/H, les objectifs de travail doivent être réalistes et réalisables à court terme.

Dans le cadre scolaire et à titre d'exemples, les objectifs pour un enfant TDA/H peuvent être :

- d'accroître le temps de concentration et d'attention sur une tâche,
- de réduire l'hyperactivité en atténuant les mouvements ou les comportements incompatibles avec le travail en cours,
- d'améliorer ses habiletés sociales, la compréhension et l'expression des communications non verbales.

L'ergothérapeute peut donner des préconisations¹ à l'enseignant et/ou à l'AESH dans le cadre scolaire et qui vont permettre à l'enfant TDA/H une meilleure participation, une meilleure satisfaction et donc un rendement plus important. En plus des aménagements scolaires et des recommandations qui peuvent être faites à l'école, il existe différentes approches comme des interventions de type cognitif et cognitivo-comportemental comme l'approche CO-OP (Cantin *et al.*, 2017). Dans cette intervention, l'ergothérapeute guide les personnes à travers

¹ Ces préconisations sont par exemple : limiter et définir les règles à suivre, fragmenter les consignes verbales, ignorer les comportements inappropriés (sauf violences et manque de respect), ajuster les attentes aux difficultés de l'enfant, organiser le matériel avec des codes couleurs, offrir des appuis visuels (pictogrammes, symboles), organiser les séances de travail avec des routines en début et en fin d'activité, mettre en place des listes de vérification, utiliser des agendas et apprendre à gérer le temps, intercaler des tâches exigeantes avec d'autres moins exigeantes, permettre à l'enfant de se déplacer dans la classe, placer l'enfant proche de l'enseignant, procurer un endroit calme dans la classe, utiliser des renforcements positifs, utiliser les encouragements verbaux et enfin éviter la double-tâche.

un processus de résolution de problèmes moteurs qui les mène à découvrir et à appliquer leurs stratégies cognitives pour effectuer les tâches de la vie quotidienne.

Notre recherche s'intéresse tout particulièrement à cette approche et soulève la question de recherche suivante :

« A quelles conditions, l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants de 6 à 12 ans porteurs de TDA/H dans les apprentissages scolaires en milieu ordinaire, au travers d'une prise en charge basée sur l'approche CO-OP ».

II. L'approche théorique en ergothérapie

Afin d'encadrer la pratique et d'apporter une valeur scientifique à notre travail, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles conceptuels. Les outils théoriques dont il dispose vont lui permettre d'orienter, de justifier et guider sa pratique. Il existe différents types de modèles, tels que les modèles généraux, les modèles appliqués et les modèles de pratique.

Une combinaison et/ou alternance de modèles peut permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge. M.J. Morel-Bracq précise dans son ouvrage sur les modèles conceptuels en ergothérapie, « L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité » (p.8, 2017).

2.1 Les approches de type Bottom-up et Top-down

Deux principaux courants existent pour aborder les problèmes de l'enfant et intervenir : les approches *bottom-up* et les approches *top-down*. L'approche Bottom up (de bas en haut) est une approche ascendante. Elle considère d'abord les capacités/habilités. L'ergothérapeute cherche donc à intervenir sur les capacités déficitaires pour permettre au patient de gagner en performance dans ses activités (approches sensorimotrices par exemple).

L'approche Top Down (de haut en bas), ou approche descendante, vise directement l'amélioration des performances dans les occupations. On intervient directement sur l'occupation qui pose problème plutôt que sur les capacités qui pourraient l'impacter. (Law *et al.*, 2005). Elle est centrée sur l'engagement et la performance dans les occupations. Elle part du principe que la performance est le fruit d'une interaction entre la personne, ses activités et son environnement.

2.2 Choix des modèles PEOP, MCRO-P et de l'approche CO-OP

Pour guider ce travail de recherche, deux modèles conceptuels, à visée "top down", apparaissent comme les plus pertinents pour poser un cadre à ce travail. Il s'agit de modèles élaborés par des ergothérapeutes et donc spécifiques au travail en ergothérapie. Il s'agit du modèle PEOP et du modèle MCRO-P. Ces deux modèles se concentrent sur le rendement occupationnel, en mettant le patient au centre de la démarche de soins. La notion de

rendement occupationnel « se réfère à la capacité d'une personne de choisir et d'effectuer des occupations significatives qui lui procurent satisfaction, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité » (ACE, 2002). Les principales différences entre ces deux modèles portent sur les objectifs que s'assigne le thérapeute. Avec le premier, l'ergothérapeute vise l'amélioration du rendement occupationnel pour aider l'enfant à prendre confiance en soi. Avec le second, il cherche à agir sur les motivations et les perceptions (niveau de satisfaction) de l'enfant vis-à-vis de son rendement occupationnel.

L'approche CO-OP servira également de cadre théorique central à ce travail de recherche.

Le terme « approche » est proche du cadre de référence, mais il s'agit davantage d'une application pratique directe (Morel-Bracq, 2017).

2.3 Le modèle Personne Environnement Occupation Performance (PEOP)

2.3.1 Présentation du modèle

Il est possible de s'appuyer sur le modèle Personne Environnement Occupation Performance (PEOP). Ce modèle, dit « systémique » instaure la performance occupationnelle comme l'élément central/moteur de la prise en charge en ergothérapie (Cutchin & Dickie, 2013). Le modèle PEOP, se base sur une approche « top-down » car le résultat visé de l'intervention est la performance occupationnelle du patient. Cette performance est le résultat d'une interaction entre trois concepts clés de l'ergothérapie, qui sont : la personne, l'environnement et ses occupations.

La personne : les caractéristiques de la personne se décomposent selon les 6 indicateurs suivants :

- Physiologiques : il s'agit de connaître l'état de santé générale du patient (son histoire vie /anamnèse), son autonomie au niveau de l'alimentation, de son hydratation, de son élimination. On s'intéresse également à la qualité de son sommeil (fatigue exprimée, somnolence...).
- Psychologiques : on s'attache ici à comprendre la personnalité (goût, préférence) , l'état émotionnel (tempérament, humeur, sentiment) et à observer le comportement du patient (niveau de stress apparent, sentiment d'échec, perte estime de soi...).

- Motrices : on s'intéresse au processus d'amélioration des fonctions motrices globales et fines. On observe ainsi la mobilité générale du patient, ses postures et déplacements dans l'espace. On attache de l'importance également à sa coordination bi manuelle, oculomotrice, à ses automatisations gestuelles et à ses capacités praxiques/motricité fine.
- Sensorielles : on s'attache à observer le niveau de mobilisation des fonctions sensorielles du patient et son niveau de différenciation des différents sens : ouïe, vue, toucher, odorat, goût, vestibulaire (mouvement et équilibre) et proprioception (perception, consciente ou non, de la position des différentes parties du corps).
- Cognitives : on évalue le niveau d'acquisition, de développement, d'amélioration ou de renforcement des fonctions exécutives. Les fonctions exécutives regroupent la capacité à s'organiser, à planifier, à inhiber ou non les distracteurs sonores /visuels. Ces fonctions regroupent également les capacités de raisonnement, d'abstraction, d'attention, de concentration, de mémorisation, de flexibilité....Elles concernent aussi les fonctions visuo-spatiales (orientation, traitement des données spatiales, la représentation de soi et des objets dans l'espace), les gnosies, le langage (oral/écrit), la vitesse de traitement de l'information et la fatigabilité du patient.
- Spirituelles : cette dimension regroupe les caractéristiques des croyances et des valeurs de la personne, ses attentes, ses habitudes de vie et la conscience de son rôle. Le patient est-il capable de verbaliser, de se positionner, de reconnaître ses réussites et ses échecs ?

L'environnement : il comprend les cinq caractéristiques suivantes :

- Matériel, physique et naturel : on prend en compte les caractéristiques du domicile familial, du lieu de vie (campagne/ville, maison individuelle/appartement, espace de jeu et de travail...), ou des lieux de vie (garde alternée par exemple), la structure et l'organisation familiale. On s'intéresse également aux caractéristiques de l'établissement scolaire (situation de l'école, classe simple/double niveau), à l'espace périscolaire (cantine, transport en commun, ALP) et au niveau de participation dans les différents enseignements.
- Culturel : on observe les types d'habitudes de vie et les caractéristiques des valeurs familiales et ses processus d'acquisition (routine quotidienne, organisation et situation familiale, migration récente de la famille en France par exemple, croyances, religion..).

- Social : la qualité des rapports familiaux est un élément important à prendre en compte (parents séparés, éloignement, tensions). On s'attarde également sur le niveau d'acceptation du handicap par la famille proche (parents, grands-parents, fratrie). On renseigne également la présence et la qualité (relation de confiance/collaboration) de prise en charge du patient (médical/paramédical/bilans réalisés) et la verbalisation de sa satisfaction. On prend en compte le niveau de participation sociale du patient et sa capacité à créer des nouveaux contacts et/ou à conserver les anciens.
Enfin, nous renseignons les caractéristiques et la qualité du cadre scolaire (AESH, instituteurs, enseignants, camarades, personnels périscolaire).
- Education sanitaire et politiques publiques : on renseigne les ressources financières des parents, la situation professionnelle (chômage, réduction de temps de travail, temps partiels), la présence ou non d'une reconnaissance et d'une notification MDPH donnant droit à des aides compensatoires financières (AEEH, PCH...)
- Technologies d'assistance : on prend en compte la présence d'aides et de moyens techniques (ordinateur, tablette...), la présence de notification MDPH pour l'utilisation de l'outil informatique, mais également le temps passé devant les écrans par jour.

Les occupations : Elles comprennent les caractéristiques de :

- L'activité, la tâche : on mesure le niveau d'engagement dans la productivité et dans les activités scolaires. L'enfant est-il par exemple capable de faire son cartable tout seul, de faire ses devoirs seul/avec de l'aide.
On mesure ici, le niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). On renseigne la capacité à réaliser sa toilette (satisfaire un niveau d'hygiène et de toilette acceptable), à s'habiller/se déshabiller seul, à s'alimenter (se servir et manger la nourriture préparée), à assurer ses besoins. On évalue également la capacité à se déplacer à l'intérieur de son logement, à s'en extraire en cas de danger, et enfin à réaliser ses transferts (se déplacer d'un lit à une chaise ou à un fauteuil et inversement).
- Les rôles : On renseigne la place du patient dans la famille/fratrie et sa qualité de relation à l'autre, mais également sa place d'élève ou de camarade.

Ce modèle soutient que la performance occupationnelle conditionnée par la capacité à réaliser les activités permet :

- D'augmenter la participation de la personne : la participation de la personne se mesure par son engagement dans les différentes situations de vie (soins personnels, productivité, loisirs), par sa capacité à choisir, à organiser et à mener des occupations et à réaliser des activités en interaction avec son environnement.
Elle se mesure également par sa capacité à s'investir dans des occupations significatives et significatives (dans le cadre scolaire par exemple : découvrir et manipuler des objets, soustraire, multiplier, se rappeler des consignes, faire devoirs, prendre des notes, dessiner, découper / jouer avec camarades, partager, attendre son tour...).
- De favoriser son bien-être et sa qualité de vie : le bien-être de la personne est relatif à son sentiment de bien-être à la fois physique, psychique et social. Il s'agit de l'état de la personne, de sa joie de vivre, de son équilibre de vie, de son humeur...On prend en compte l'état psychique du patient, la verbalisation de symptômes dépressifs par exemple, de souffrance et sa capacité à surmonter les tensions de la vie. L'état de bien-être se mesure également par la capacité à accomplir un travail productif, à contribuer à la vie communautaire. On parle aussi d'État de Flow. En 1975, Csikszentmihalyi définit le flow comme un état d'activation optimale dans lequel le sujet est complètement immergé dans l'activité. L'expérience du flow est qualifiée d'« autotélique ».

2.3.2 Pertinence du modèle en lien avec le sujet

Il s'agit d'un modèle « humaniste » dans la mesure où il est centré sur la personne, à partir d'une approche holistique. Le travail s'effectue donc non seulement à partir d'activités destinées à renforcer la performance occupationnelle de l'enfant mais aussi pour renforcer le sentiment de performance et agir sur la confiance en soi de l'enfant. L'enfant, « en état de pleine conscience » est engagé et placé au centre de la démarche et de l'intervention. C'est dans une relation de confiance que l'ergothérapeute va engager un travail en « collaboration » avec l'enfant. Il va poser les questions appropriées pour susciter le récit de l'enfant et identifier les difficultés rencontrées et fixer ainsi les objectifs de travail.

L'utilisation du modèle PEOP permet d'identifier les capacités et les forces de l'enfant, mais aussi les contraintes pour mesurer sa performance occupationnelle et sa capacité à réaliser ses activités et à s'engager dans ses différentes situations de vie. Ce modèle permet également de mesurer et de prendre en compte le sentiment de bien-être de l'enfant, son sentiment de

satisfaction (confiance/ estime de soi) afin d'élaborer un plan d'intervention réaliste et séquencé.

2.4 Le modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P)

2.4.1 Présentation du modèle

Il est également possible d'utiliser le MCRO-P comme cadre d'analyse (annexe XVI). Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation MCRO-P fondé sur les travaux de Mary Reilly a pour objectif principal d'évaluer la perception du patient à l'égard de son rendement occupationnel. Ce modèle est également construit à partir d'une approche centrée sur la personne dans le but d'établir des objectifs de traitement et d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation. Les piliers du modèle s'appuient sur l'interdépendance entre l'individu, son activité ou son occupation, son environnement et sa participation.

L'individu est vu dans ses 4 dimensions : physique , affective et sociale, cognitive et spirituelle.

- Dimension physique : elle concerne l'amélioration des fonctions motrices globales mais aussi fines/praxies et la découverte/maîtrise des fonctions sensorielles (niveau de différenciation de l'ouïe, de la vue, du toucher, de l'odorat, du goût, du système vestibulaire et de la proprioception).
- Dimension affective et sociale : elle renseigne sur les aspects de socialisation de la personne, la qualité du soutien familial, la qualité de la relation avec les pairs (pour un enfant par exemple : situation de récréation, invitation anniversaire, participation jeux...), la qualité des relations (pour un enfant) avec l'AESH, la maîtresse, les enseignants par exemple... Cette dimension renseigne également sur la capacité d'exprimer ses émotions et de les gérer, sur la reconnaissance des émotions de l'autre (empathie), sur la capacité à contrôler ses émotions et à être disponible au niveau mental (compréhension des consignes, des difficultés). Le bien-être de la personne est évalué par des éléments de son discours, mais aussi sur sa joie de vivre, son humeur, son état psychique, la verbalisation d'état dépressifs ou d'isolement.

- Dimension cognitive : il s'agit de l'acquisition, du développement, de l'amélioration des fonctions exécutives. Elles comprennent les capacités d'organisation, de planification, de raisonnement, d'abstraction, d'attention, de concentration...Elles comprennent également les capacités de mémorisation, de flexibilité, d'inhibition, mais aussi les fonctions visuo spatiales (orientation, traitement des données spatiales, représentation de soi et des objets dans l'espace), les gnosies, les praxies, le langage oral et écrit, la vitesse de traitement de l'information, la fatigabilité....
- Dimension spirituelle : il s'agit des valeurs de la personne, de l'estime de soi, de la représentation qu'elle a de son trouble (conscience et verbalisation), de la conscience du rôle qu'elle tient. La personne est-elle capable de verbaliser, de se positionner, d'entretenir une relation de qualité avec l'autre ?

Les domaines de l'occupation.

- Les soins personnels : ce domaine regroupe l'alimentation de la personne (sélectivité alimentaire, goût, régime, comportement alimentaire), son hygiène personnelle (propreté, énurésie, autonomie dans les soins d'hygiène), les soins de l'apparence (autonomie vestimentaire, code vestimentaire).
- La productivité : il s'agit du rendement dans les travaux scolaires pour un enfant par exemple (notes, commentaires enseignants, évaluations) et de l'évolution des résultats (progression, logique d'échec..)
- Les loisirs : il s'agit du rendement dans les activités ludiques (pratiques activités sportives, créative par exemple) ou de l'investissement dans une association et de l'acceptation du groupe de pairs.
- Le repos : on prend en compte la qualité du sommeil (réveil nocturne, agitation, cauchemars, état de somnolence diurne).

L'environnement regroupe les 4 dimensions suivantes :

- Culturel : il s'agit des routines quotidiennes, de l'organisation et de la situation familiale (divorce, séparation), mais aussi des valeurs familiales et de ses processus d'acquisition. On renseigne également l'appartenance religieuse, les croyances...
- Institutionnel : on renseigne le type de structure fréquenté, le type d'école pour un enfant (école spécialisé ou non, redoublement..), les différents services

d'accompagnement, le suivi médical et paramédical (orthoptiste, orthophoniste, ergothérapeute) et la présence de bilans.

- Physique : prise en compte de l'environnement scolaire pour un enfant par exemple (situation de l'école, classe simple/double niveau, espace périscolaire) et mesure du niveau de participation aux différents enseignements. On prend en compte également le lieu de vie (campagne/ville, maison individuelle/appartement...) les caractéristiques du logement (chambre particulière pour un enfant ou partagée, espace de jeu et de travail...) et enfin le temps passé devant les écrans par jour.
- Social : il s'agit de prendre en compte la qualité des rapports familiaux (parents séparés, éloignement, tensions..) et le niveau d'acceptation du handicap. La personne a-t-elle le sentiment d'être soutenue et comprise? Est-elle capable de le verbaliser? Comment s'organise la participation sociale, la capacité ou créer de nouveaux contacts ou à conserver les anciens? On renseigne également sur la qualité du cadre scolaire pour un enfant par exemple (AESH, instituteurs, enseignants, personnels périscolaire, camarades..).

La participation se mesure par la réalisation des activités signifiantes et significatives. La personne est motivée, elle s'engage. Elle est en capacité d'exprimer du plaisir ou du désir et une volonté de faire. Elle réalise des choix ou au contraire, elle manque de motivation, s'isole, montre des signes d'apathie.

2.4.2 Pertinence du modèle en lien avec le sujet

Ce modèle construit à partir d'une approche centrée sur la personne a pour but d'établir des objectifs de traitement et d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçue. L'ergothérapeute va chercher à agir sur la motivation de l'enfant, sur sa perception et son niveau de satisfaction quant à son rendement occupationnel. On considère dans cette approche une interdépendance entre l'enfant, son activité et son environnement. Le rendement occupationnel se réfère à la « capacité d'une personne de choisir, et d'effectuer des occupations significatives qui lui procurent satisfaction, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité » (ACE, 2002).

L'ergothérapeute va évaluer les changements dans la performance et la satisfaction que l'enfant va percevoir.

2.5 L'approche pratique CO-OP en ergothérapie dans la prise en charge du TDA/H

2.5.1 Présentation de l'approche

L'approche CO-OP est une approche de type Top down, développée dans les années 2000 par deux ergothérapeutes canadiennes : Dr Polatajko et Dr Mandich. A l'origine, l'approche CO-OP a été conçue pour travailler sur les troubles de l'acquisition de la coordination. CO-OP a démontré son efficacité pour permettre aux personnes avec divers diagnostics d'acquérir ou acquérir des habilités de la vie quotidienne et de s'adapter à la vie avec des capacités différentes. Les 4 objectifs principaux de l'approche sont d'acquérir des habiletés, d'utiliser les stratégies de l'enfant, de pouvoir généraliser la tâche dans différentes situations et enfin, de pouvoir transférer et diversifier la tâche. L'approche CO-OP est centrée sur trois critères : la personne, le rendement occupationnel et la résolution de problèmes.

- La personne : elle regroupe la dimension physiologique, son état de santé général (son histoire de vie/anamnèse), ses dysfonctionnements/troubles cognitifs présents sur lequel l'enfant va vouloir agir. Son niveau d'engagement est certainement l'élément central de la démarche. Un autre élément de l'approche concerne le niveau et les pré-requis de l'enfant. Pour pouvoir utiliser l'approche de façon optimale, l'enfant doit disposer de capacités cognitives efficaces. Ses capacités de concentration, d'attention et de mémorisation doivent être relativement efficaces. Il doit être en mesure de s'organiser et de mettre en place des stratégies pour faire face à des situations inhabituelles. Il doit être capable de s'exprimer avec aisance et disposer globalement d'une bonne réceptivité au niveau de son comportement. Dans cette approche, le thérapeute doit pouvoir s'appuyer sur les acquis de l'enfant et sur ses ressources existantes (environnement familial et scolaire de qualité). Les parents doivent également s'engager dans la démarche et accepter de participer à certaines consultations. Si les objectifs exprimés par l'enfant touchent le domaine scolaire, l'enseignant doit montrer un engagement et un intérêt pour la démarche.

Les objectifs exprimés par l'enfant peuvent toucher le domaine des soins personnels, celui de la vie quotidienne et des loisirs mais aussi celui de la scolarité.

L'enfant doit être en mesure de choisir et de s'investir dans des activités signifiantes pour lui. Son niveau de motivation et son niveau d'engagement sont les éléments clés et les conditions de réussite de cette approche pratique. La coopération entre le

thérapeute et l'enfant est de rigueur. La découverte guidée de l'ergothérapeute permet à l'enfant d'être maître de ses apprentissages. Les buts sont choisis par l'enfant, en lien direct avec ses besoins. L'expression de ces besoins émerge grâce aux outils COOP qui seront détaillés dans la partie suivante (2.6 Les outils de l'approche CO-OP). La prise en charge est basée sur les capacités et sur les difficultés de l'enfant. Elle est axée sur une pédagogie de l'expérimentation.

- Le rendement occupationnel : L'approche COOP permet d'acquérir et d'améliorer les habiletés par la réalisation de tâches simples/complexes. L'enfant identifie les difficultés dans ses occupations. Il est motivé à exécuter la tâche et recherche des stratégies par lui-même par une approche verbale intériorisée.
Une évaluation du rendement occupationnel est réalisée en début et en fin de prise en charge CO-OP et mesure la progression du rendement.
- La résolution de problèmes : l'enfant est amené à identifier les situations qui sont problématiques. Il utilise la stratégie globale de l'approche, qui est celle du but-plan-faire-vérifier. Cette stratégie globale est généralisée pour pouvoir être transférée dans d'autres contextes et permet de développer et d'améliorer l'autonomie de l'enfant. Il s'agit là d'un moyen de compensation qui va permettre à l'enfant de trouver ses propres stratégies et de réaliser de nouvelles activités.

2.5.2 Pertinence de l'approche en lien avec le sujet

La plupart des études expérimentales soulignent aussi le fort potentiel d'intervention de l'ergothérapie, par le biais de la méthode CO-OP, auprès des enfants porteurs de TDA/H pour travailler, à partir d'une entrée par les troubles moteurs, sur le déficit d'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité (Gharebaghy *et al.*, 2015). La méthode CO-OP permet d'appliquer des techniques de remédiation métacognitive qui semblent, selon la littérature consultée, constituer une approche privilégiée pour la prise en charge du TDA/H chez l'enfant. Flavell définit la métacognition en 1979 comme « les connaissances de ses propres processus cognitifs », qui sont articulés autour d'un pôle déclaratif qui relève des stratégies et des choix et d'un pôle procédural, qui relève de l'anticipation, planification et autorégulation (Flavell, 1979). Les approches telles que CO-OP visent à travailler avec l'enfant porteur de

TDA/H autour de la prise de conscience des difficultés rencontrées, de leur impact dans les différents milieux de vie et des stratégies compensatrices pouvant être employées pour y faire face, ainsi que l'amélioration de l'autocontrôle et de la « gestion volontaire » (Parent, 2010).

Avec l'approche CO-OP, le thérapeute aide l'enfant à utiliser des stratégies cognitives dans un processus de découverte guidée pour résoudre des problèmes de performance occupationnelle et sociale. CO-OP cherche à mettre le patient au centre de la démarche de soin en lui donnant un rôle proactif basé sur la recherche du succès et la performance dans l'activité. Cette approche est centrée sur la personne, basée sur la performance occupationnelle et axée sur la résolution de problèmes. Lebrault (2019) distingue les trois objectifs principaux de cette approche qui sont : « (i) permettre aux enfants d'acquérir des habiletés motrices qui leur font défaut, (ii) développer des stratégies cognitives efficaces et (iii) généraliser et transférer ces acquisitions ».

La stratégie globale de résolution de problème de CO-OP repose sur l'élaboration d'une stratégie d'intervention qui distingue : (i) le but (ce que je veux faire), (ii) sur le plan - comment je vais le faire?-, (iii) sur le faire - je le fais, j'exécute mon plan- et enfin (iv) sur la vérification - je vérifie si mon plan a fonctionné - (Polatajko & Mandich, 2017).

L'ergothérapeute commence par tenter de cerner les difficultés et les objectifs (buts) que l'enfant désire se fixer pour obtenir un meilleur rendement occupationnel, un meilleur bien-être à l'école. La démarche consiste donc à travailler avec l'enfant, à étudier ses stratégies et habiletés et à en tirer un schéma de fonctionnement qui lui est propre, en intervenant aussi bien dans le cadre scolaire, que hors cadre scolaire. « L'utilisation de stratégies est une excellente façon d'optimiser le rendement occupationnel, quelles que soient les exigences ou l'environnement de la tâche. Les stratégies peuvent être généralisées et transférées à des nouvelles situations » (Polatajko & Mandich, 2017).

2.6 Les outils de l'approche CO-OP

2.6.1 Les outils d'aide à l'évaluation et échelles de mesure

Les outils d'aide à l'évaluation et les échelles d'évaluation, issus de l'ouvrage de Polatajko et Mandich (2017) sont les suivants :

- Le journal des activités quotidiennes (annexe XVI)
- Pediatric Activity Card Sort (PACS) (annexe XVII)
- La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (annexe XVIII)
- L'échelle de cotation du GEPPE adaptée aux enfants (annexe XIX)
- L'échelle de Cotation de la Qualité de l'Exécution (ECQE) ou Performance Quality Rating Scale (PQRS) (annexe XX)
- L'arbre de décision (annexe XXI)
- La fiche d'analyse dynamique de l'exécution (ADE) (annexe XXII)
- La grille OT-HOPE / hors protocole CO-OP(annexe XXIII)

Le Journal des activités quotidiennes (annexe XVI)

Il s'agit d'un compte-rendu descriptif des activités d'une journée type de l'enfant. Il est rempli par les parents et l'enfant et servira de base pour remplir la MCRO. Il aide à identifier les forces et les difficultés éprouvées par l'enfant et ainsi à préparer l'étape de l'établissement des BUTS.

Le Pediatric Activity Card Sort (PACS) (annexe XVII)

Le PACS (Mandich *et al.*, 2004) est un outil complémentaire à la MCRO et au journal des activités quotidiennes. Il comprend 75 photos représentant des enfants engagés dans des occupations typiques de l'enfance et de la jeunesse. Ces photos aident à établir le niveau d'engagement occupationnel de l'enfant et servent également à établir les BUTS de l'enfant.

La mesure canadienne du rendement occupationnel (annexe XVIII)

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est un bilan construit en lien avec le modèle MCRO-P. Il a été conçu par M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko et N. Pollock (2014). L'outil permet d'organiser l'information et de planifier les interventions. Il est fondé sur une évaluation autour des occupations qui sont importantes pour la personne, intégrant une évaluation subjective de sa satisfaction (Law *et al.*, 2014). Ses occupations sont analysées avec l'outil.

Le patient est invité à lister les difficultés spécifiques qu'il rencontre quant à son rendement occupationnel dans :

- le domaine des soins personnels (hygiène personnelle, mobilité fonctionnelle, vie communautaire),

- dans le domaine de la productivité (travail rémunéré ou non, la gestion du foyer, le travail scolaire et le jeu),
- dans le domaine des loisirs (les activités récréatives, les loisirs actifs et la vie sociale).

Une difficulté au plan du rendement occupationnel se définit comme une occupation qu'une personne veut réaliser ou devrait réaliser, mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction (Law *et al.*,2014). Les auteurs décomposent l'administration de la MCRO en 5 étapes comme suit :

- 1 - Identification des difficultés quant au rendement occupationnel.
- 2 - Cotation en fonction du niveau d'importance entre 1 et 10. Les échelles servent à mesurer l'importance, le rendement et le sentiment de satisfaction.
- 3 - Choix de 5 difficultés qui semblent les plus urgentes à traiter selon des cotes attribuées.
- 4 - Cotation du rendement de l'activité réalisée sur le moment présent et cotation de la satisfaction
- 5 - Prévoir une date de réévaluation afin de mesurer les changements perçus par le patient quant à son rendement occupationnel. Le patient évalue à nouveau son rendement et son sentiment de satisfaction vis-à-vis des difficultés qu'il avait identifiées et il attribue à nouveau une cote de 1 à 10.

L'administration de la MCRO est également réalisée avant une prise en charge basée sur l'approche CO-OP. A la fin de la passation du bilan, l'enfant identifie 3 activités qui deviennent les BUTS de l'intervention CO-OP. Le thérapeute se concentre sur le rendement occupationnel de l'enfant dans le contexte scolaire et porte une attention particulière dans le domaine de la productivité, du travail scolaire et du jeu.

L'échelle de cotation du GEPPE adaptée aux enfants (annexe XIX)

L'échelle de cotation créée par des membres du GEPPE permet de faciliter la compréhension des échelles de cotation lors de l'administration de la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) auprès des enfants. Le vocabulaire utilisé a été adapté et des smileys permettent d'illustrer les critères de cotation :

- Importance (de pas du tout important à extrêmement important)
- Rendement (pas capable à parfaitement capable)
- Satisfaction (pas content à extrêmement content)

L'échelle de Cotation de la Qualité de l'Exécution (ECQE) ou Performance Quality Rating Scale (PQRS) (annexe XX)

« L'échelle de Cotation de la Qualité de l'Exécution » (ECQE), encore appelée « Performance Quality Rating Scale » (PQRS) permet d'évaluer le rendement et le changement dans le rendement. Elle comprend deux parties :

La première échelle de mesure (partie A) cote la qualité d'exécution de l'activité sur 10 points. L'ergothérapeute observe la réalisation de celle-ci pour en évaluer la performance. La seconde échelle (partie B) mesure la magnitude du changement.

L'arbre de décision (annexe XXI)

Une fois que le rendement initial de l'enfant a été établi, le professionnel va utiliser l'arbre de décision qui permet d'identifier les points d'échec. Le thérapeute structure ses observations en se servant des séries de questions provenant de l'arbre de décisions. Les questions permettent d'établir la mesure des pré requis de l'enfant en matière de rendement : la motivation, les connaissances de base de la tâche et la façon d'exécuter la tâche, aussi rudimentaire soit-elle. La deuxième série de questions aborde la compétence vis-à-vis de l'exécution et établit les problèmes en matière de rendement ou les points d'échec. D'autres aspects sont à considérer : l'orientation du corps, la manipulation de l'objet, la structure de la tâche, l'environnement.

La fiche d'analyse dynamique de l'exécution (ADE) (annexe XXII)

La fiche de l'analyse dynamique de l'exécution complète l'arbre de décision et permet de suivre en continu le processus d'analyse et les particularités des stratégies d'intervention. Cet outil renseigne le but occupationnel de l'enfant, ainsi que ses prérequis (est-ce qu'il souhaite faire la tâche et est-ce qu'il sait globalement comment faire?). L'exécution est ensuite évaluée sur une échelle de 1 à 10 et les points d'échec sont identifiés (le patient sait-il comment, veut-il, peut-il faire?). La stratégie d'intervention repose sur l'identification des capacités requises de l'enfant, pour réaliser l'exécution, l'évolution possible de ses capacités et le plan d'intervention correspondant. Le professionnel s'intéresse aux exigences occupationnelles de l'enfant, voit si elles peuvent être modifiées et met en place son plan d'intervention. Enfin, il se préoccupe des exigences environnementales, voit si elles peuvent être modifiées et met en place son plan d'intervention.

La grille de réponse OT-HOPE - activités scolaires / hors protocole CO-OP

(annexe XXIII)

La grille de réponse OT-HOPE - activités scolaires est un outil d'autodétermination des objectifs développé par Alexandra Perrault et Caroline Giroux, ergothérapeutes (2018) qui permet à l'enfant de choisir et de formuler cinq objectifs par écrit et de s'auto-évaluer sur ses activités scolaires (« je sais faire », « oui avec de l'aide », « pas très bien », « je sais pas »).

Les activités scolaires sont regroupées en six items : dans l'école, avec mon crayon, avec mes outils, en mathématiques, pour les devoirs, avec mon ordinateur

Cet outil permet à l'ergothérapeute de traduire et d'expliquer à l'environnement scolaire (voire familial) de l'enfant, quelles sont ses « ressources et habiletés ». Ainsi, l'objectif poursuivi est que les professionnels de l'éducation (et la famille) s'approprient la démarche et les résultats obtenus pour adapter leur pédagogie, et exercent une prise en charge plus personnalisée axée sur la réussite et l'autonomie de l'enfant. L'enfant va apprécier son rendement occupationnel s'il se sent capable de réaliser les occupations scolaires qu'il estime être importantes pour lui et qu'il a un sentiment de satisfaction.

2.6.2 Les outils d'accompagnement généraux

Ces outils sont issus de l'ouvrage de Polatajko et Mandich (2017).

Aide-mémoire illustré But-Plan-Faire-Vérifier (BPFV) (annexe XXIV): Cet outil permet à l'enfant de se rappeler de la stratégie qu'il a identifiée. Ce support visuel peut être utilisé dans le cadre scolaire et/ou familial et permet de stimuler l'enfant à utiliser ses stratégies spécifiques.

Conseils pour les activités à l'école et dans les loisirs (annexe XXV): L'ergothérapeute pourra en séance, apporter des conseils pour les activités réalisées dans le cadre scolaire. Les conseils peuvent concerner le positionnement de l'enfant à l'école. Les conseils peuvent également concerner l'accomplissement des tâches et des activités à l'école. Enfin, le thérapeute peut préconiser des aménagements relatifs à des aides techniques et/ou des aides humaines.

Conseils utilisation stratégies (annexe XXVI): Cette fiche technique est un rappel concernant la fonction des stratégies. Elles permettent d'optimiser le rendement occupationnel, quels que soient les exigences ou l'environnement de la tâche. Les stratégies sont ensuite transférées et généralisées à de nouvelles situations. Le thérapeute apprend à l'enfant à se servir du dialogue intérieur. Par exemple, l'enfant pourra se dire « je vérifie ma chaise », « je reste concentré ».

Conseils pour une meilleure écriture (annexe XXVII): Cette fiche apporte des conseils donnés par l'ergothérapeute pour obtenir une meilleure écriture.

La fiche d'observation des stratégies (annexe XXVIII): Cet outil sert de grille d'analyse à l'ergothérapeute pour observer la stratégie globale de l'enfant (but, plan, faire, vérifier) et les stratégies spécifiques qu'il peut mettre en place. Le professionnel observe par exemple la position du corps de l'enfant, les particularités et l'attention et les modifications qu'il apporte à la tâche, l'utilisation d'un script verbal, la verbalisation mnémotechnique du mouvement. Le type de guidance est également observé. En début de prise en charge, la guidance verbale est réalisée par l'ergothérapeute lors de l'exécution de la tâche. Au fur et à mesure, le professionnel encourage l'enfant au dialogue intérieur, à l'auto guidance verbale. Cette découverte guidée implique que l'enfant réalise « *une chose à la fois !* », c'est-à-dire qu'il choisisse « LA » chose pertinente, sur laquelle va reposer l'intervention. La guidance du thérapeute va reposer également sur sa capacité à poser la bonne question mais sans y répondre « *pose la question sans répondre* ». Cette technique va stimuler l'enfant et favoriser l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes. L'enfant peut alors découvrir la réponse par lui-même. Le thérapeute va utiliser la technique du « *coach sans ajuster* » en « créant une situation » qui va faciliter le rendement optimal pour l'enfant. Il s'agit là de « stabiliser l'environnement, les outils et l'équipement et même l'enfant au besoin ». La dernière technique va consister à utiliser « *rends ça évident!* ». La solution doit être rendue très facile à trouver (...). Les principes de l'habilitation consistent à rendre l'exécution de la tâche amusante, à favoriser l'apprentissage et à viser l'autonomie de l'enfant pour qu'il puisse ensuite généraliser et transférer ses acquis. Les techniques sont nombreuses. Elles consistent par exemple, à utiliser la méthode « du main sur main », à enseigner directement la tâche, à enseigner un enchaînement, à faciliter l'exécution de la tâche à l'aide d'indices.

Elles peuvent également consister à interroger l'enfant, à faire et expérimenter la tâche, mais également à modeler, façonner, estomper (Polatajko & Mandich, 2017).

Le certificat de réussite CO-OP (annexe XXIX) : Ce support est un moyen de reconnaître la réussite de l'enfant quant à l'atteinte des buts qu'il s'est fixés. La célébration et la remise du certificat de réussite demeurent les points culminants de l'approche.

2.7 Rappel de la question de recherche et présentation des hypothèses

Les recherches effectuées sur la problématique des enfants TDA/H nous ont conduits à la question de recherche suivante : « A quelles conditions, l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants de 6 à 12 ans porteurs de TDA/H dans les apprentissages scolaires en milieu ordinaire au travers d'une prise en charge basée sur l'approche CO-OP » ?

Afin de répondre à cette question, nous émettons les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : le choix de l'utilisation de l'approche CO-OP par l'ergothérapeute, dans le cadre d'une prise en charge liée à des difficultés scolaires, répond à des critères précis quant au profil de l'enfant TDA/H.
- Hypothèse 2 : Les ergothérapeutes utilisent des outils d'évaluation spécifiques à la méthode CO-OP afin de déterminer les objectifs de prise en charge.
- Hypothèse 3 : Par le biais de l'approche CO-OP, l'ergothérapeute permet à l'enfant TDA/H d'améliorer sa performance scolaire.

En vue d'apporter des éléments de réponse et de vérifier les hypothèses énoncées, une méthodologie de recherche est réalisée dans la troisième partie de ce travail.

III. Méthodologie de recherche

Cette troisième partie précise la méthodologie de recherche utilisée, le choix de la population ainsi que la grille d'entretien élaborée à partir des matrices et des modèles choisis dans ce travail (PEOP, MCRO-P, CO-OP). Les résultats obtenus seront analysés de façon qualitative et permettront de valider ou non les hypothèses énoncées.

3.1 Choix de la méthode : entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon restreint

La méthode de recherche qualitative a été choisie et privilégiée dans ce travail de recherche. En effet, l'objectif est de récolter de l'information et de comprendre l'apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement des enfants TDA/H, de la tranche d'âge 6-12 ans, dans leurs occupations scolaires par le biais de l'approche CO-OP. Nous réaliserons donc des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral. Ils vont permettre de recueillir le point de vue et les expériences de chacun. La méthode utilisée permet d'orienter et de guider l'entretien tout en laissant la place à la liberté de parole, au ressenti de la personne interrogée. Une partie de l'entretien reste ouverte à un espace d'échange spontané.

3.2 Choix de la population : critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Etre ergothérapeute (DE)
- Etre formé à l'approche CO-OP (formation par l'académie CO-OP) et disposer d'une bonne connaissance de la démarche
- Travailler dans le secteur pédiatrique
- Prise en charge enfants TDA/H

Les critères d'exclusion sont :

- Tout autre professionnel non ergothérapeute
- Pas de formation à l'approche CO-OP
- N'exerce pas son activité auprès d'enfants
- Pas de prise en charge enfants TDA/H

3.3 Elaboration de la grille d'entretien

3.3.1 Construction de la grille d'entretien à partir des matrices

Le modèle Canadien du rendement occupationnel et de participation, le modèle Personne Environnement Occupation Performance et l'approche CO-OP, choisis comme cadre d'analyse à ce travail de recherche servent de support à la réalisation des trois matrices suivantes :

- la matrice Approche CO-OP (annexe V)
- la matrice PEOP (annexe VI)
- la matrice MCRO-P (annexe VII)

La matrice construite à partir de l'approche CO-OP est structurée par une colonne « critères » (centré sur la personne, sur le rendement occupationnel, sur la résolution de problèmes), par une colonne « indicateurs » (niveau et prérequis de l'enfant, niveau d'engagement de l'enfant, besoins spécifiques de l'enfant, identification des situations problématiques...), par une colonne « indices » (compétences cognitives, aisance dans l'expression verbales, engagement des parents à la démarche...) et par une colonne « questions ». Les matrices construites à partir du modèle PEOP et du modèle MCRO-P sont structurées :

- par une colonne « critères théoriques » issus des modèles (centré sur la personne, sur l'occupation, sur l'environnement). Ils se distinguent par les critères de performance et de participation.
- par une colonne « dimensions » (physiologique, psychologique, moteur, sensoriel, cognitif, spirituel, matériel, social, culturelle, participation, bien-être...).
- par une colonne « indicateurs » qui permettent de préciser les dimensions (sommeil, élimination, force/endurance, état émotionnel...).
- par une colonne « indices » spécifiques à notre domaine/sujet de recherche et en lien avec la pratique (histoire de vie, anamnèse, qualité du sommeil, tempérament, humeur, sentiment, coordination, mobilité générale, posture, praxie...).
- par une colonne correspondant au « numéro des questions » des entretiens qui abordent ces indices.

Ces deux modèles sont proches l'un de l'autre. Ils semblent complémentaires, dans la mesure où ils sont tous les deux centrés sur l'enfant et qu'il se concentrent sur son rendement occupationnel. On rappelle que l'élément central qui les distingue est le suivant : dans le modèle PEOP, l'ergothérapeute vise l'amélioration du rendement occupationnel pour aider l'enfant à prendre confiance en lui. Dans le modèle MCRO-P, l'ergothérapeute cherche à agir sur la motivation de l'enfant, sur la perception et la satisfaction qu'il a de son rendement occupationnel. Plus en détails, dans le modèle PEOP, les dimensions de la performance occupationnelle se déclinent par la participation de l'enfant et par son bien-être. Dans le modèle MCRO-P, l'ergothérapeute se centre sur la participation dans les activités significatives. Il mesure sa motivation, son engagement, l'expression de son plaisir, de son désir, sa volonté de faire et il évalue le changement dans son rendement (MCRO).

Ces trois matrices constituent le socle de la grille d'entretien et servent de cadre de référence pour élaborer des questions pertinentes et en lien avec le sujet de recherche.

3.3.2 Choix des questions

La structure de l'entretien et la grille de questions est organisée en 3 parties (annexe IV). L'entretien débute par des questions signalétiques et se poursuit par cinq questions ouvertes semi-directives en lien direct avec le sujet de recherche. Des questions d'ouverture viendront clôturer le temps d'échange. Les questions signalétiques permettent de caractériser chaque répondant. Il s'agit d'informations sociodémographiques. Elles permettent de vérifier que l'interlocuteur entre bien dans les critères d'inclusion de la recherche. Afin de ne pas orienter les réponses, les questions générales contiennent volontairement peu d'éléments théoriques visibles. Des questions de relance ont permis de réorienter l'échange lorsque cela était nécessaire.

Les questions sont les suivantes :

1 - *Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDA/H dans le cadre scolaire?* Cette question permet de faire émerger les pré-requis nécessaires pour pouvoir utiliser l'approche et la place de l'engagement et de la motivation de l'enfant.

2 - *Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge CO-OP dans le contexte scolaire ?* Cette question permet d'aborder les outils et les bilans utilisés (ceux spécifiques à l'approche et les d'autres). Elle aborde l'évaluation des nouvelles acquisitions. Elle permet également de questionner sur les difficultés rencontrées et exprimées par les enfants.

3 - *On sait que l'enfant TDA/H a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté ?* Cette question permet d'aborder la pratique ergothérapique et le soutien à l'élaboration des stratégies (rappel des stratégies spécifiques, rappel de la stratégie globale But-Plan-Faire-Vérifier, guidance verbale..)

4 - *De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ?* Cette question permet de faire émerger les notions de transfert, de généralisation.

5 - *Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ?* Cette question soulève la place et l'implication de l'enseignant, de l'AESH et aussi de la famille

Deux questions globales viennent clôturer l'entretien, à propos d'éventuelles limites de l'approche CO-OP et d'éléments supplémentaires à ajouter qui n'auraient pas été abordés.

3.3.3 Caractéristiques de l'échantillon

Répondant/critères	Répondant 1	Répondant 2	Répondant 3	Répondant 4
Etre Ergothérapeute	X	X	X	X
Avoir été formé à COOP	X	X	X	X
Travailler dans le secteur pédiatrique	X	X	X	X
Prise en charge enfants TDA/H	X	X	X	X

Les quatre ergothérapeutes répondent donc bien aux critères d'inclusion de l'étude.

3.4 Protocole de l'étude et organisation des entretiens

Deux entretiens ont été réalisés en présentiel avec les ergothérapeutes. Deux ont été réalisés via des outils de visioconférence.

Au niveau de l'organisation, voici les différentes étapes :

- Recherche ergothérapeutes (réseau ergo, publication Facebook);
- Préparation des éléments à envoyer : lettre d'information, formulaire de consentement;
- Phase de test de la grille d'entretien auprès d'une étudiante en ergothérapie, reformulation et préparation des questions de relance;
- Prise de contact par mail et présentation de la demande;
- Après accord, envoi par mail de la lettre d'information /formulaire de consentement, rappel des conditions de passation (anonymat, enregistrement, durée environ 30 minutes) et prise de rendez-vous pour la passation de l'entretien;
- Vérification du matériel (dictaphone, recherche outil visio);
- Envoi par mail du lien /visioconférence;
- Réalisation des entretiens (présentiel/visioconférence) : présentation personnelle, rappel du thème et des conditions de passation. Présentation du déroulement de l'entretien;
- Démarrage de l'entretien / enregistrement;
- Retranscription écrite.

IV. Analyse qualitative des résultats et discussion

4.1 Présentation des ergothérapeutes

L'entretien avec Mme B s'est déroulé le 26 mars 2021 à la suite d'une prise en charge réalisée en milieu scolaire. Il a duré 13 minutes. Elle travaille dans le secteur libéral depuis 10 ans environ et utilise l'approche depuis 2019 (année de formation CO-OP) auprès d'enfants âgés entre 5 ans et l'âge de l'adolescence. Elle utilise l'approche avec « des enfants présentant des troubles des apprentissages, TSA, TDA/H ».

L'entretien avec Mme H s'est déroulé le 31 mars 2021 sur mon terrain de stage, dans le cabinet d'ergothérapie. Il a duré 25 minutes. Elle exerce dans le secteur libéral depuis 9 ans et utilise l'approche depuis sa formation en 2018. Elle utilise l'approche avec « tous les enfants qui sont en mesure de s'exprimer et capables d'investir un but ».

L'entretien avec Mme T s'est déroulé par visioconférence le 1er avril 2021. Il a duré 22 minutes. Elle exerce depuis 11 ans dans le secteur libéral et utilise l'approche CO-OP depuis sa formation en 2014. L'approche est utilisée avec tout type de profil (autisme, troubles des apprentissages, haut potentiel, TDA/H...) si l'enfant va « aimer être investi dans la prise en charge ».

L'entretien avec Mme C s'est déroulé par visioconférence le 9 avril 2021. Il a duré 27 minutes. Elle exerce en libéral depuis 9 ans et utilise l'approche qu'elle a réalisée en 2015. Elle utilise l'approche avec des « enfants et des adultes en mesure de verbaliser et qui ont des compétences cognitives ».

Le tableau ci-dessous synthétise les caractéristiques des ergothérapeutes interrogées en lien avec les questions signalétiques.

Tableau récapitulatif des questions signalétiques

	Sexe	Âge	Date d'obtention du diplôme	Lieu d'exercice de l'activité	Date de formation approche CO-OP	Formation CO-OP	Conditions de découverte de l'approche CO-OP	Date utilisation de l'approche CO-OP	Public concerné
1	F	38	2007	libéral	2019	-	-	2019	A partir de 5-6 ans à l'adolescence. Troubles des apprentissages, retard de développement, TSA, TDA/H. Bon niveau cognitif, auto-analyse
2	F	34	2012	libéral	2018	ANFE Toulouse	Collègues ergo	2018	Avec tous les enfants (plutôt grands) qui sont en mesure de s'exprimer sur des buts et d'élaborer des stratégies. Enfants capables d'investir un but sur 10 séances
3	F	43	2004	libéral	2014	IFE Toulouse	Lectures + intervention IFE	2004	Avec un peu tout le monde si l'enfant est en capacité de se saisir de l'approche, aime être investi dans la PEC "prendre les rennes". Capacité de prendre du recul sur lui-même. tous troubles confondus, autisme, troubles des apprentissages, haut potentiel, TDA/H
4	F	31	2012	libéral	2015	ANFE	Recherches internet, catalogue de formation ANFE	2015	Avec enfants et adultes avec capacités intellectuelles/compétences cognitives efficaces Bon accès au langage

4.2 Présentation brute des résultats (annexe XII)

L'ensemble des données brutes est présenté dans les annexes VI de ce document. Ces données abordent les éléments suivants :

- les critères d'utilisation de l'approche CO-OP et les principales difficultés exprimées par les enfants (question 1);
- l'utilisation d'outils et bilans pour construire les objectifs de prise en charge et mener leur intervention. Certains outils sont spécifiques à l'approche CO-OP (question 2);
- les techniques pour aider l'enfant TDA/H à élaborer des stratégies (question 3) ;
- le transfert des acquis de l'approche (question 4);
- la mise en place dans le contexte scolaire (question 5);
- les limites de l'approche.

4.3 Résultats des entretiens et confrontation avec les hypothèses de recherche

Nous allons à présent mettre en relation les hypothèses de recherches que nous avons énoncées et les résultats des entretiens. Cette étape permet d'interroger et de comparer la théorie du bilan de l'existant à la pratique professionnelle. Il s'agit de chercher à savoir dans quelles mesures les résultats des entretiens permettent de valider les hypothèses, voire d'en faire émerger de nouvelles. Si elles sont validées, dans quelle mesure et comment? Si elles ne le sont pas, pourquoi?

Hypothèse 1 : le choix de l'utilisation de l'approche CO-OP par l'ergothérapeute, dans le cadre d'une prise en charge liée à des difficultés scolaires, répond à des critères précis quant au profil de l'enfant TDA/H.

Il ressort des entretiens que l'âge de l'enfant représente un critère de prise en charge par l'approche CO-OP qui est très peu limitant. En effet, cette approche permet une prise en charge à partir de l'âge de 5 ans et ce durant toute la durée de sa scolarité.

Bien que le profil de l'enfant (enfant TDA/H) soit précisé dans la formulation de la question, les symptômes et les répercussions du TDA/H n'apparaissent pas dans les premiers éléments et dans les objectifs d'intervention des ergothérapeutes interrogées pour justifier l'utilisation

de CO-OP. On observe que les répercussions liées plus spécifiquement aux symptômes du TDA/H ne sont abordées qu'après une ou deux questions de relance. Cela peut s'expliquer par le fait que l'enfant TDA/H n'est pas porteur d'un symptôme isolé. Le plus souvent, l'enfant TDA/H souffre de troubles comorbides. L'approche CO-OP ne semble donc pas être une méthode spécifique au TDA/H, mais le choix de son utilisation va dépendre plutôt du profil de l'enfant, quelque soit sa pathologie.

En effet, pour les quatre ergothérapeutes interrogées, les critères d'utilisation de l'approche sont d'abord centrés sur la personne (Modèles PEOP et MCRO-P). Les répondantes analysent le profil de l'enfant et donc ses capacités et ses besoins à partir de 3 dimensions : cognitive, psychologique, motrice. Elles sont développées ci-dessous. En revanche, les dimensions physiologiques, sensorielles et spirituelles de l'enfant ne sont pas spontanément abordées par les répondantes.

Concernant tout d'abord la dimension cognitive, les professionnelles précisent qu'elles utilisent l'approche CO-OP avec des enfants qui ont une capacité langagière suffisante ainsi qu'une certaine capacité d'auto-analyse. Au niveau cognitif, l'enfant doit avoir conscience de ses difficultés, « être conscient de ce qui pêche ». Il doit également « être en capacité de canaliser ses troubles attentionnels » (référence aux fonctions exécutives). Le défi qui se pose, pour la mise en œuvre de l'approche CO-OP avec des enfants TDA/H vient précisément du fait que la surcharge cognitive, les difficultés de concentration, l'impulsivité semblent beaucoup moins facilement analysées et/ou évoquées par les enfants.

Les répondantes mettent en évidence, une utilisation de l'approche CO-OP plutôt orientée pour accompagner des troubles praxiques et des difficultés au niveau des fonctions motrices. Les principales difficultés rencontrées pour lesquelles est appliquée la méthode CO-OP dans le cadre scolaire sont la plupart du temps liées à l'écriture (taille des lettres, suivi de la ligne, lenteur, douleurs) ou à l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, compas, règle).

Les demandes des enfants ont donc tendance à se concentrer sur les difficultés « à faire » et moins à « être ». Ces troubles comportementaux, peu mentionnés dans les entretiens, s'expliquent notamment par le fait que l'impact du trouble attentionnel ne doit pas être trop « envahissant » pour que l'enfant puisse bénéficier d'une prise en charge CO-OP. L'ergothérapeute va donc adapter le cadre de la séance et veiller à ajuster l'objectif de travail. Il travaillera par exemple sur une composante de l'activité à la fois pour que l'enfant puisse maintenir son attention et sa concentration sur la tâche. Ainsi, si ces enfants rencontrent des difficultés à analyser et exprimer de tels besoins (être), les ergothérapeutes semblent pourtant

élaborer des stratégies qui leur permettent de s'adapter aux besoins de l'enfant tout en appliquant cette approche (ex: agitation, manque de concentration).

Au niveau psychologique, les répondantes mentionnent que l'enfant doit être « impliqué dans la recherche de stratégies qui vont l'aider ». Elles insistent sur le fait que le thérapeute doit pouvoir sentir que l'enfant est « impliqué », « motivé », « engagé », « dans une phase active de recherche » et « aimer prendre les rennes ». Une des conditions fortes pour retrouver ce niveau de motivation chez l'enfant semble aussi dépendre de la qualité du soutien et de l'environnement familial. Cet élément semble nécessaire pour que l'enfant développe une bonne estime de soi, sa motivation et puisse bénéficier pleinement de l'approche.

Même si l'on sait que l'enfant TDA/H épuise vite son réservoir attentionnel (surcharge cognitive) et qu'il peut avoir du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée, la méthode CO-OP est précisément conçue pour guider l'enfant dans la découverte de ses propres objectifs d'apprentissage et stratégies cognitives. En cela, les ergothérapeutes interrogées conçoivent la pertinence d'appliquer cette méthode avec certains enfants TDA/H qui présentent des difficultés scolaires, à condition d'adapter les objectifs, les outils et les modalités de passation en fonction des compétences de chaque enfant.

<p>Hypothèse 2 : Les ergothérapeutes utilisent des outils d'évaluation spécifiques à la méthode CO-OP afin de déterminer les objectifs de prise en charge.</p>
--

Il existe deux types d'outils spécifiques à la méthode CO-OP : les outils d'aide à l'évaluation (3) et les outils d'évaluation (4). Un outil supplémentaire d'aide à l'évaluation est associé à la méthode CO-OP. Ces outils ont comme fonction d'aider le thérapeute et l'enfant à déterminer des objectifs de prise en charge (des buts). Au regard des entretiens, de manière tout d'abord globale, on peut observer que 3 outils sur 7 sont utilisés par les répondantes lorsqu'elles utilisent l'approche CO-OP :

1- Outils d'aide à l'évaluation : GEPPE

2- Outils d'évaluation : MCRO, ECQE

(Conf. annexe XXX Comparaison outils d'évaluation CO-OP et outils utilisés par les ergothérapeutes).

Dans la catégorie des outils d'aide à l'évaluation, tout d'abord, l'outil GEPPE est utilisé par une seule des répondantes. Il sert à l'enfant pour s'auto-évaluer relativement à la réalisation

d'une tâche en fonction de l'importance, la satisfaction et le rendement. Par contre, le journal des activités quotidiennes ainsi que la PACS ne sont pas mobilisés dans la pratique, ni même d'ailleurs mentionnés dans les entretiens. Ces outils aident à déterminer les buts de l'enfant. Ils interviennent en amont de la passation du MCRO.

Par ailleurs, on observe que dans la pratique professionnelle, l'ergothérapeute associe différents outils, en prenant la méthode CO-OP comme référence mais sans pour autant s'y limiter. On voit donc apparaître une démarche d'appropriation vis-à-vis de l'approche, par le recours à d'autres outils qui lui semblent pertinents de mobiliser en complément ou en parallèle. A titre d'illustration, la grille OT-HOPE, outil d'aide à l'évaluation non spécifique à la méthode CO-OP, est utilisée par trois ergothérapeutes pour déterminer les buts et les objectifs de travail. Il ressort donc que l'échantillon des ergothérapeutes interrogés semble dépasser les limites de l'approche méthodologique CO-OP « pure », par une exploration de techniques, par une diversification et une variété d'outils utilisés.

Concernant les outils d'évaluation spécifiques à CO-OP, les quatre professionnelles utilisent la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO; Law, M.,2014) pour formaliser le recueil des attentes de la famille et de l'enfant et pour évaluer son niveau de performance, de rendement, d'importance et de satisfaction.

Dans la pratique, les caractéristiques de l'approche CO-OP semblent propices à une appropriation des méthodes de travail par les praticiens. En effet, la formulation des buts et des objectifs de travail doivent être énoncés par l'enfant qui est : « acteur de sa thérapie ». Ainsi, les « difficultés exprimées deviennent des buts à atteindre ». Le choix des objectifs de travail, ajusté aux capacités de l'enfant doit correspondre à ses besoins et être centré sur ce qu'il souhaite réellement améliorer. Ceci afin d'accroître son rendement occupationnel dans son quotidien et dans sa vie scolaire. Parfois l'ergothérapeute évoque une « négociation » dans les choix des objectifs, « et tente de trouver un terrain d'entente pour satisfaire à la fois, les parents et l'enfant ». Une des répondantes évoque même une « priorisation » des objectifs entre ceux imposés par l'école, par la famille et ceux qui vont « plaire » à l'enfant. On retrouve ici une analyse posée dans le Guide de l'approche CO-OP (Polatajko & Mandich, 2017) qui mentionne que dans le cas des enfants TDA/H, l'établissement des buts se fait en collaboration avec les parents et que ces buts sont souvent limités en nombre pour ne pas surcharger l'enfant.

On constate, par ailleurs, que la mesure d'évaluation MCRO est utilisée par deux ergothérapeutes en début de prise en charge, une l'utilise uniquement en milieu de prise en charge et une autre l'utilise en début et fin de prise en charge.

On comprend donc que les répondantes ont accès aux outils (grilles de passation), à priori par le biais de leur réseau professionnel. Il ressort aussi à la lecture des entretiens, que l'administration de la MCRO puisse parfois être réalisée sans formation préalable (mentionné par une répondante, non renseigné pour les 3 autres). En effet, elle ne semble pas être un prérequis à la formation CO-OP telle qu'elle est enseignée aux professionnelles interrogées. « Comme dans le cas de tout outil de mesure, il est important que les ergothérapeutes possèdent l'expertise et la formation nécessaire afin d'administrer l'outil de mesure de manière fiable et valide » (MCRO, 2014, p.11).

Le ECQE, contrairement au MCRO, ressort comme étant peu utilisé. Cette échelle sert à évaluer le rendement effectif de l'exécution au début et à la fin de l'intervention. Dans notre échantillon, deux ergothérapeutes sur quatre mentionnent l'utilisation de cet outil. La première répondante dit l'avoir utilisé dans les premières années de sa pratique. Par la suite, elle constate que « cette envie d'appliquer le protocole à la lettre » s'est estompée pour laisser place à une utilisation différente des outils qui correspondrait mieux aux besoins de la pratique. Une des explications donnée pour l'abandon de cet outil repose sur l'inadéquation de cet outil avec certains des troubles qui nécessitent d'être évalués. ECQE permet en effet d'évaluer la qualité d'exécution d'une tâche, alors que l'ergothérapeute cherche parfois à évaluer parfois des comportements (attention, concentration, etc.). La seconde répondante mentionne l'outil mais affirme que rapidement elle a préféré une méthode basée sur une écoute active de l'enfant et des personnes qui l'entourent au niveau scolaire (maîtresse, AESH).

Enfin certains outils d'évaluation spécifiques à CO-OP ne sont pas du tout mentionnés. Il s'agit de la fiche de l'analyse dynamique de l'exécution et l'arbre de décision. Cela nous laisse penser qu'ils ne sont pas utilisés dans la pratique professionnelle des ergothérapeutes interrogées.

Nous tenons à faire ressortir une autre dimension qui ressort de ces entretiens. Les répondantes ont tenu à dire que CO-OP, plus qu'une série d'outils représente pour elle une philosophie, un état d'esprit qui guide leur pratique ergothérapique.

A titre d'illustration, une répondante évoque une appropriation de l'approche, voire une imprégnation, dans sa pratique professionnelle, mais aussi dans sa vie privée, à titre de mère.

Au-delà de cet exemple qui illustre comment CO-OP peut être conçue quasiment comme une approche pédagogique globale, on constate, que déjà au stade de l'évaluation les outils utilisés ne sont pas toujours ceux spécifiques à l'approche CO-OP. Cela se révèle d'autant

plus vrai lorsque l'on analyse la pratique relativement aux modalités d'intervention. Ces dernières font l'objet de l'hypothèse No 3.

Hypothèse 3 : Par le biais de l'approche CO-OP, l'ergothérapeute permet à l'enfant TDA/H d'améliorer sa performance scolaire.

Dans la pratique professionnelle, les répondantes mobilisent l'approche CO-OP, entre autres, auprès d'enfants en difficultés scolaires. Certains de ces enfants sont porteurs de troubles TDA/H, mais ils ne constituent pas la majorité des enfants pris en charge dans ce contexte scolaire par le biais de CO-OP. Des outils d'accompagnement et des techniques spécifiques à l'approche CO-OP sont mobilisés dans l'intervention. D'autres outils et techniques d'intervention non spécifiques sont aussi utilisés hors protocole et relèvent plus généralement de la pratique ergothérapique.

Pour rappel, tous ces outils, dont les outils spécifiques CO-OP, visent les objectifs suivants: (a) l'acquisition d'habiletés, (b) l'utilisation de stratégies cognitives, (c) la généralisation des apprentissages et (d) le transfert des apprentissages (Polatajko & Mandich, 2004). L'acquisition de ces différentes composantes (ou compétences) vise à améliorer la performance scolaire de l'enfant. Il convient de préciser la différence entre les outils et les techniques utilisées par les répondants dans le cadre de leur pratique professionnelle.

- Les techniques d'accompagnement : Il s'agit essentiellement d'une posture d'accompagnement qui peut être à la fois spécifique et non spécifique à CO-OP.
- Les outils : Il s'agit de supports de travail, spécifiques et non spécifiques à CO-OP, qui permettent au thérapeute de mettre en œuvre des techniques d'accompagnement.

Tout d'abord, au niveau de la technique d'accompagnement principale spécifique à l'approche, on retrouve la découverte guidée utilisée par une ergothérapeute. Elle mentionne qu'elle consiste à utiliser « un vocabulaire, une attention et une observation spécifique ». Il semble que les trois autres professionnelles utilisent la démarche spontanément sans y faire référence de façon explicite dans les entretiens.

Selon CO-OP, la découverte guidée consiste à accompagner l'exécution de la tâche par une intervention verbale du thérapeute, destinée à être progressivement intériorisée par l'enfant. La technique est conçue pour encourager l'enfant à vérifier par lui-même le résultat lors de

l'exécution d'une tâche ou d'une activité. Ces stratégies favorisent la métacognition et visent à aider l'enfant à conscientiser les ressources nécessaires à l'exécution efficace d'une tâche.

La professionnelle interrogée explique qu'elle guide l'enfant pour qu'il s'interroge par exemple, sur sa posture, sur la planification des tâches qu'il va devoir réaliser ou sur les outils qu'il va devoir sélectionner pour réaliser une activité ou une tâche.

Le but visé de cette guidance est donc l'acquisition d'habiletés, l'utilisation des stratégies pour y parvenir et la généralisation de ces habiletés dans le cadre scolaire. Il s'agit d'accompagner au mieux l'enfant vers son autonomisation dans la réalisation de tâches scolaires (utilisation des outils scolaires, informatique, organisation du travail, appropriation de l'environnement de travail). Les stratégies qui émergent pour les enfants TDA/H vont aussi consister à ce que l'enfant se focalise sur l'autorégulation de son comportement, sur les indices mémoriels, sur les modifications de son environnement et sur les particularités de la tâche (Polatajko & Mandich, p.144, 2017). L'approche CO-OP semble donc être une méthode d'intervention efficace pour les enfants TDA/H; A la fois pour travailler les habiletés motrices mais aussi pour canaliser les trouble attentionnel et/ou de l'impulsivité qui ont de forts impacts sur la dimension comportementale en milieu scolaire.

Au-delà de techniques particulières, les trois autres répondantes abordent quelques principes ou postures qui encadrent leur intervention. Ils ne sont toutefois pas spécifiques à l'approche CO-OP mais relèvent davantage de la pratique professionnelle ergothérapeutique.

La posture de ces 3 ergothérapeutes repose essentiellement sur :

- une attitude bienveillante et un renforcement positif de l'enfant. Elles veillent surtout à ne pas placer l'enfant en situation d'échec.
- une alliance thérapeutique pour instaurer un climat de confiance pendant les séances.
- une approche par la décentration du thérapeute qui est à l'écoute des désirs de l'enfant. Cette posture de décentration du thérapeute favorise le développement de stratégies par enfant, que ce soit dans des activités de la vie quotidienne ou dans les activités scolaires.

Concernant ensuite les outils utilisés, ceux qui sont spécifiques à l'approche CO-OP sont les suivants : la stratégie globale du But-Plan-Faire-Vérifier (BPVF), la fiche d'observation des stratégies, les conseils d'utilisation des stratégies, les conseils activités scolaires, les conseils pour une meilleure écriture (Polatajko & Mandich, 2017).

On constate que le BPFV est l'outil privilégié par trois des quatre ergothérapeutes. Cet outil est le premier à être enseigné à l'enfant et à sa famille.

- Cet outil est considéré comme l'outil de référence de l'approche;
- Il permet de structurer l'activité avec l'enfant pris en charge;
- Son objectif est de permettre la généralisation de la méthode dans différentes sphères de la vie de l'enfant;
- Et le transfert des connaissances dans tous les domaines de la vie de l'enfant.

Il convient de souligner que dans aucun des entretiens réalisés, les autres outils spécifiques à CO-OP sont mentionnés par les répondantes. En revanche, les supports non spécifiques semblent relativement souvent mobilisés dans l'application de la méthode CO-OP. Sont mentionnés par les répondantes : vidéo, séances photos, des mises en situation, des jeux de rôles, utilisation de pictogrammes, techniques de visualisation évocatrices pour l'enfant. Tous ces supports d'activité ont comme objectif de permettre à l'enfant d'être acteur de la démarche CO-OP.

La mise en activité est destinée à aider l'enfant à identifier des objectifs en prenant du recul par rapport à ses difficultés. En effet, « l'activité objective la réalité des troubles » (Dumas, 2001). Une des répondantes mentionne utiliser la technique de l'exagération. Selon elle, l'effet miroir semble être un biais humoristique pouvant fonctionner". Le thérapeute invite l'enfant avec bienveillance, à comparer par exemple son écriture à la sienne puis à s'auto-évaluer. La stratégie verbale mnémotechnique est également utilisée. Une répondante mentionne l'utilisation d'images mentales qui évoque la performance motrice requise : "le bec du perroquet" pour une prise de stylo fonctionnelle par exemple.

Ces mises en situations parfois filmées ou photographiées, sont des techniques privilégiées par les répondantes. Par l'utilisation de la vidéo, l'enfant peut avoir un retour sur lui-même et se rendre compte de sa posture par exemple, de la prise de son stylo : « je tiens mon crayon super fort ». Les observations et analyses des vidéos permettent de saisir la performance occupationnelle de l'activité, et d'agir sur celle-ci. Utilisés comme outil pédagogique, les visionnages des vidéos sont intégrés au raisonnement clinique de l'ergothérapeute (Gardien, 2016).

Concernant les techniques, l'approche ou encore les outils/supports d'activité utilisés, il ressort que les ergothérapeutes interrogées :

- S'inscrivent plutôt dans une "philosophie CO-OP" que dans la passation stricto sensu d'outils spécifiques;
- Investissent CO-OP comme une approche centrée sur l'implication de l'enfant qui est destinée à favoriser l'expression de ses désirs/envies/motivations;
- Cherchent ainsi à favoriser l'autonomisation de l'enfant dans l'exécution des tâches;
- Adaptent les outils CO-OP, voire en inventent de nouveaux pour arriver à leurs objectifs, qui sont toujours centrés sur les caractéristiques et besoins de chaque enfant;
- Multiplient les supports de mise en activité pour favoriser le désir, la compréhension et l'appropriation de la démarche par l'enfant et la famille, voire le personnel enseignant.

Il ressort que cette approche centrée sur l'enfant est une démarche guidée particulièrement adaptée à un public d'enfants (TDA/H et/ou autres troubles) qui rencontrent des difficultés dans l'apprentissage de tâches ou d'activités motrices. « Le pilier de l'approche CO-OP est la reconnaissance du fait que la réussite dans la participation aux occupations de la vie quotidienne s'avère essentielle à la promotion d'un développement sain de l'enfant. » (Polatajko & Mandich, 2017). On ne vise donc pas seulement la performance scolaire mais une augmentation globale des capacités de l'enfant, en travaillant sur un processus d'autonomisation et en misant sur des outils qui permettent le transfert et la généralisation. Pour toutes les répondantes ces deux dernières dimensions sont rendues possibles grâce à une prise en compte et collaboration avec l'environnement de l'enfant (familial/scolaire). Il ressort en effet de tous les entretiens que certains éléments sont essentiels : une collaboration avec la famille et le personnel éducatif en coordination avec l'ergothérapeute. On constate que la collaboration avec la famille et la qualité du soutien familial est un prérequis indispensable à l'utilisation de l'approche. Les répondantes mentionnent que leur choix d'appliquer CO-OP est conditionné au fait que la famille ait une bonne compréhension de l'approche et une certaine motivation à s'impliquer dans l'accompagnement de leur enfant. Ainsi, les parents sont invités à assister à une ou plusieurs séances pour qu'ils "écoutent et qu'ils voient" la façon de faire du professionnel. Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, les objectifs de l'enfant, en particulier de l'enfant TDA/H peuvent parfois être choisis avec les parents et/ou négociés. Les parents aussi deviennent des acteurs de la prise en charge. Il devient alors possible de transmettre certaines techniques apprises en séance à la famille. La famille s'engage à soutenir l'enfant dans la réalisation des « devoirs CO-OP » prescrits par l'ergothérapeute en utilisant les nouvelles stratégies et habiletés acquises. Une ergothérapeute mentionne qu'il faut « être main dans la main avec les partenaires » pour

assurer une répétition de la tâche, un transfert et une généralisation de la compétence acquise. Le transfert des acquisitions dans le cadre familial constitue une première étape de la démarche. Lorsque le transfert est efficace dans le milieu familial, les chances pour que le transfert se réalise dans le milieu scolaire sont augmentées.

Au même titre que la famille, le soutien et la collaboration avec l'école sont également indispensables. Une ergothérapeute mentionne que la généralisation sur les tâches scolaires est parfois difficile : « en situation classe, il y a la notion de vitesse, de groupe, d'exigence de la maîtresse ». L'enfant peut ne pas avoir le temps de s'appliquer et de se répéter la petite routine qu'il a acquise en séance. Cette limite se retrouve en particulier sur des tâches liées au geste graphique. Une des répondantes précise que le transfert et la généralisation sont plus faciles à mettre en œuvre sur l'utilisation des outils scolaires, l'organisation de la tâche, les stratégies acquises pour canaliser l'attention ou l'utilisation de support informatique par exemple. Pour que ce transfert et cette généralisation soient possibles à l'école, l'ergothérapeute va communiquer et expliquer à l'équipe éducative en quoi la démarche et les techniques CO-OP peuvent aider l'enfant qui souffre de troubles neurodéveloppementaux à accéder aux apprentissages. Les répondantes se déplacent dans l'établissement de l'enfant pour avoir un échange avec la maîtresse et/ou proposent à l'AESH de participer à quelques séances au cabinet afin de lui permettre de mieux comprendre et de s'approprier la philosophie de l'approche. Une ergothérapeute mentionne qu'il faut « baigner dedans, entendre le vocabulaire et la façon de parler à l'enfant ». Il ressort donc l'importance, pour un bon fonctionnement de la méthode CO-OP, que l'ergothérapeute fasse du lien avec l'école et la famille : « c'est un ensemble, un système ». Son rôle est de transmettre la philosophie de l'approche et de coordonner les différentes parties de la triade en réalisant des séances CO-OP au cabinet, à domicile et à l'école.

4.4 Discussion, limites de l'étude et pistes de réflexion

4.4.1 Evolution des hypothèses de recherche

Les nouvelles hypothèses qui émergent de l'analyse des entretiens sont présentées ci-dessous.

Hypothèse 1 : L'hypothèse est donc bien validée, mais sa formulation doit être davantage précisée. Je propose donc la reformulation suivante : le choix de l'utilisation de l'approche

CO-OP par l'ergothérapeute dans le cadre d'une prise en charge liée à des difficultés scolaires nécessite que l'enfant (quel que soit sa pathologie) dispose de certains pré-requis (compétences cognitive, psychologique, motrice) afin d'être en mesure d'exprimer un objectif d'apprentissage (ou plusieurs) et de s'engager dans des tâches associées à sa réalisation.

Hypothèse 2 : L'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes utilisent des outils d'évaluation « spécifiques » à la méthode CO-OP pour déterminer les objectifs de prise en charge n'est donc pas validée. La nouvelle hypothèse qui découle de mon analyse peut être formulée en ces termes : Les ergothérapeutes qui déclarent appliquer l'approche CO-OP utilisent seulement certains des outils d'aide à l'évaluation et des outils d'évaluation spécifiques; La majorité de ces professionnelles considèrent surtout cette approche comme une philosophie de pratique centrée sur les besoins de l'enfant (voire de la famille et de l'école).

Hypothèse 3 : L'hypothèse selon laquelle, par le biais de l'approche CO-OP, l'ergothérapeute permet à l'enfant TDA/H d'améliorer sa performance scolaire est validée mais je dois la préciser. La nouvelle hypothèse peut être formulée en ces termes : Par le biais de CO-OP, l'ergothérapeute travaille avec l'enfant TDA/H de manière systémique pour agir sur sa motivation/participation, sa satisfaction et ses performances scolaires. L'efficacité de l'approche CO-OP, pour avoir un impact sur le parcours scolaire de l'enfant TDA/H, dépend en grande partie de l'implication de la famille et de l'équipe éducative.

4.4.2 Réinterroger la pertinence des modèles théoriques choisis

L'analyse révèle que le choix d'utilisation des modèles PEOP et du MCRO-P correspond bien à l'approche pratique CO-OP. Les deux modèles se concentrent en effet sur le rendement occupationnel de l'enfant, précisément au centre de l'approche. Avec le premier modèle (PEOP), l'ergothérapeute vise l'amélioration du rendement occupationnel pour aider l'enfant à prendre confiance en soi. Avec le second (MCRO-P), il cherche plutôt à agir sur les motivations et les perceptions (niveau de satisfaction) de l'enfant vis-à-vis de son rendement occupationnel. Les 3 critères se retrouvent dans les deux modèles : centré sur la personne, centré sur l'occupation, prise en compte de l'environnement. Les différentes dimensions ont été retrouvées dans les entretiens.

Les ergothérapeutes, par le biais de la méthode CO-OP sont centrées sur la personne et sur l'occupation. L'approche est humaniste, holistique et prend en compte les différents critères des modèles de manière très équilibrée. Ces entretiens ont permis de faire ressortir le lien d'interdépendance entre les différents critères qui composent les modèles. En effet, l'occupation ne vaut dans la prise en charge que si elle est voulue et désirée par l'enfant. La méthode CO-OP est appliquée à l'enfant, uniquement si l'ergothérapeute sent que l'environnement familial et éducatif sont en mesure de l'accompagner.

4.4.3 Limites méthodologiques de l'étude

- Choix des modèles

Il ressort que le choix d'utiliser deux modèles (MCRO-P/PEOP) ne s'est pas révélé nécessaire. En effet, le modèle MCRO-P est le modèle qui correspond parfaitement à l'approche CO-OP. Le modèle PEOP n'a pas permis d'ouvrir de nouvelles pistes d'analyse. Il aurait été préférable de choisir une théorie ou un concept particulier afin de développer d'autres dimensions liées à l'approche. Concernant la théorie, il aurait été intéressant de s'interroger sur la pédagogie active (Lardé, 2019) afin de renforcer les liens entre l'approche ergothérapeutique et les théories de l'éducation (contexte scolaire). Concernant les concepts qu'il aurait été intéressant de développer, on peut penser entre autres à la notion de « compétence », « pédagogie de l'expérimentation », « autonomie de l'enfant », « processus de socialisation » ou encore le concept de « coopération », qui sont tous au centre de l'approche.

- Étendre l'échantillon de répondants

Une des limites de l'étude a concerné les caractéristiques restreintes de l'échantillon (nombre d'ergothérapeutes interrogés, origine géographique et environnement de l'enfant). Dans le temps imparti, il a été difficile de trouver des ergothérapeutes formés à l'approche CO-OP. Cette méthode est relativement récente (2004) et les ergothérapeutes formés en France sont relativement peu nombreux. Il aurait été intéressant d'approfondir le travail et de réaliser plus d'entretiens pour recueillir davantage de retours d'expériences professionnelles. CO-OP est une approche nord-américaine, il aurait été intéressant d'élargir le champ d'investigation et

d'interroger la pratique professionnelle canadienne pour comparer les mises en application de la méthode en France et au Canada. Il aurait aussi été intéressant de diversifier la composition de notre échantillon. En effet, les retours du personnel éducatif auraient également pu apporter des éléments de compréhension supplémentaires, en particulier sur le transfert et la généralisation des apprentissages dans le cadre scolaire. Des entretiens complémentaires avec des familles d'enfants TDA/H auraient également permis d'obtenir une vision plus systémique.

- Méthode d'investigation

Intégrer à ce travail une analyse de situation de stage sous la forme d'observation participante auprès d'ergothérapeutes utilisant l'approche CO-OP avec des enfants TDA/H aurait certainement apporté davantage de matière à ce travail de recherche.

En effet, un certain nombre de prises en charge (réalisées dans le cadre du stage 5 et 7 en pédiatrie libérale) s'appuyaient sur une philosophie de l'approche CO-OP, (vocabulaire employé, guidance verbale, expression des buts de l'enfant). Mais, le choix d'une seule méthode, imposée dans le cadre méthodologique du mémoire, n' a pas permis d'investiguer en ce sens.

- Conditions de scolarisation des enfants TDA/H

Il aurait été intéressant d'interroger les répondants à propos des différences entre le milieu scolaire dit « ordinaire » et le milieu scolaire dit « spécialisé » concernant les conditions du transfert et de la généralisation des acquis de CO-OP. On peut en effet supposer que le milieu spécialisé présente des conditions plus favorables à une approche centrée sur l'enfant qui prend en compte la spécificité des troubles et les notions de motivation. De plus, on peut aussi envisager qu'en milieu spécialisé (dispositifs ULIS, SESSAD, IME), le personnel éducatif est plus facilement sensibilisé à de telles approches.

4.4.4 Pistes de réflexion

- Approche nord-américaine / appropriation de l'approche dans un autre contexte culturel ?

La méthode CO-OP a été conçue par le CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists) en 2017. L'approche prend naissance et s'inscrit dans un contexte culturel nord-américain, où la pédagogie participative, la motivation et l'engagement de l'enfant sont au cœur des méthodes pédagogiques. En France, la pédagogie des enseignants reste plus traditionnelle. Une enquête de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la Performance (DEPP), du service de statistiques du ministère de l'Éducation nationale, publiée en 2020, informe que 81% des professeurs de collège privilégient une instruction classique. « La pratique dominante reste l'enseignement explicite, façon cours magistral ». (Pech, 2020). Au niveau primaire, les méthodes pédagogiques sont moins "classiques", dans le sens où les échanges sont pensés sur un mode généralement plus interactifs entre les enfants et l'enseignant. Il est important de prendre en compte le modèle éducatif dans lequel sont immergés la plupart des enfants/élèves scolarisés en milieu ordinaire. Or, l'approche CO-OP vient rompre et bousculer ces modèles d'enseignement traditionnels habituels pour placer l'enfant au centre de ses apprentissages et le guider à apprendre par lui-même. Cette conception (relativement innovante en France), doit être aussi adoptée par l'environnement familial de l'enfant pour que les parents puissent s'en saisir et assurer une certaine continuité pédagogique. Sachant qu'une part non négligeable des enfants TDA/H sont scolarisés en milieux spécialisés (classes ULIS, SESSAD), il me semblerait important de comparer les conditions de mise en œuvre de CO-OP entre la scolarisation en milieu ordinaire et en milieu spécialisé. Entre ces deux milieux, les conditions de prise en charge de l'enfant peuvent en effet se différencier fortement, avec une pédagogie beaucoup plus axée sur l'enfant en milieu spécialisé.

- Le traitement de l'enfant TDA/H et biais de l'approche et du sujet ?

Pour poursuivre sur les différences de contexte culturel, on peut constater que le niveau de traitement du TDA/H au Canada, et surtout au Québec est très important². Cette approche

² Caillou, A. (2019), "TDA/H, Trop de Ritalin ou trop peu de ressources ?". *Journal Le Devoir*. Québec, Canada. Cet article informe que : "les données de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) qui montrent une

médicamenteuse est située à un niveau relativement inférieur en France, les auteurs de la principale étude de référence estiment en effet que 3,48 % des 6-12 ans sont traités par psychostimulant (Ponnou, 2020). Cette dimension de la médicalisation du traitement TDA/H semble être une dimension centrale de la prise en charge. Or, on peut noter ici qu'aucune des thérapeutes interrogées ne mentionne le fait que les enfants pris en charge sont soit médicamenteux, soit non médicamenteux. Pourtant, on peut penser que cette dimension peut avoir un impact fort sur la possibilité pour les ergothérapeutes de prendre en charge les enfants TDA/H par le biais de CO-OP. On sait en effet que le traitement méthylphénidate va avoir une action sur les fonctions cognitives altérées dans cette pathologie (contrôle inhibiteur, attention, mémoire de travail) et que certains enfants sous traitement pourraient être donc davantage « disponible » pour recevoir une prise en charge CO-OP.

- Collaboration avec l'école (en milieu ordinaire) - motivation, disponibilité et compétence(s) de la maîtresse, de AESH ?

Afin d'assurer l'étape du transfert et de la généralisation des apprentissages en milieu scolaire ordinaire, l'ergothérapeute va vérifier que les moyens humains sont disponibles à l'école. Il va tout d'abord s'interroger sur le profil et la disponibilité de l'équipe éducative (maîtresse et AESH) pour collaborer et travailler ensemble. Cette collaboration est un prérequis indispensable pour introduire l'approche CO-OP dans le cadre scolaire. En effet, le transfert et la généralisation dépendent d'abord de la volonté et de la disponibilité de l'enseignant à s'engager dans la démarche mais aussi de la présence d'une AESH en classe et du temps qui a été attribué auprès de l'enfant TDA/H.

Les limites à la généralisation et au transfert peuvent donc se heurter à la réalité des conditions de travail ne permettant pas toujours une disponibilité du personnel éducatif. Les classes sont souvent surchargées et l'enseignant doit d'abord assurer au quotidien l'accompagnement du groupe classe, avant de se pencher sur un élève et une méthode/technique en particulier. De plus, la plupart des AESH sont des AESH mutualisées; elles accompagnent en effet plusieurs enfants en situation de handicap de façon simultanée ou successivement, dans le respect des notifications de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

augmentation des prescriptions de médicaments pour les jeunes de 0 à 25 ans, sur la période de 2006 à 2015, pour traiter le TDA/H. Ces chiffres sont surtout beaucoup plus élevés au Québec que dans le reste du Canada. Par exemple, on compte au Québec 13,97 % de jeunes de 10-12 ans qui consomment des médicaments psychostimulants. Un taux qui grimpe à 14,5 % chez les 13-17 ans. Dans le reste du pays, c'est plutôt 5,08 % des 10-12 ans et 4,3 % des 13-17 ans".

Or, l'accompagnement de l'enfant TDA/H, en lien avec l'approche CO-OP requiert du temps et de la disponibilité, que l'équipe éducative n'a donc pas toujours dans la réalité. Il est important de souligner que la mise en œuvre de CO-OP nécessite de la motivation et des compétences spécifiques de la part du personnel éducatif. Les ergothérapeutes peuvent proposer à l'enseignant et à l'AESH, d'assister aux séances CO-OP de l'enfant au cabinet. Ces séances ont comme objectif d'expliquer l'intérêt de l'approche dans les apprentissages. Elles servent également à expliquer les objectifs de travail et le but que l'enfant souhaite atteindre dans le cadre scolaire. En effet, pour favoriser le transfert des objectifs, l'ergothérapeute doit pouvoir associer l'enseignant et l'AESH à la démarche pour que l'enfant puisse travailler dans le cadre scolaire, le(s) but(s) qu'il s'est fixé(s) en séance. Comme les répondantes l'ont mentionné dans les entretiens, certaines AESH dans le milieu ordinaire se montrent volontaires pour s'auto former (hors temps scolaire et hors rémunération) et participer aux séances de l'enfant afin de s'approprier la démarche CO-OP. Cependant, il est important de souligner que cet investissement dépend fortement du bon vouloir de l'AESH, de son implication auprès de l'enfant et de la famille qui ne fait pas partie de ses missions premières. De plus, le statut des AESH (précarité du poste, faible niveau de rémunération) et la forte tendance à la mutualisation pour plusieurs enfants tend à entraver et fragiliser la motivation et la possibilité de s'engager davantage dans l'exercice de son travail. Il s'agit là d'un frein à l'utilisation de CO-OP qu'il semble important de mettre en avant.

Dans le système scolaire spécialisé, les moyens humains sont plus importants et le personnel éducatif formé dispose de compétences spécifiques plus en adéquation avec les difficultés et objectifs d'apprentissage de l'enfant TDA/H. Les conditions d'appropriation de la démarche CO-OP peuvent donc potentiellement y trouver un terrain d'application plus favorable. Les étapes du transfert et de la généralisation semblent donc pouvoir être facilitées.

Même si l'ergothérapeute engage l'enfant dans une démarche CO-OP, si les relais pédagogiques dans les différentes sphères de sa vie (dont l'école) sont absents, peu ou mal formés, ne disposant pas du temps nécessaire, l'étape du transfert et de la généralisation sont impossibles à garantir. Les conditions de la bonne mise en œuvre de cette approche sont vraiment conditionnées par l'environnement de l'enfant. En contexte scolaire ordinaire, l'analyse révèle que les obstacles sont très nombreux

- L'approche CO-OP se transforme en une philosophie de la pratique ergothérapeutique ?

Comme analysé dans les entretiens, la méthodologie CO-OP semble se diluer dans le temps et dans la pratique professionnelle, en particulier au niveau de l'utilisation des outils de référence. On a pu remarquer que, plus la formation CO-OP est datée et/ou que l'ergothérapeute pratique depuis longtemps, plus la mise en œuvre du protocole tend à devenir « une philosophie », « un état d'esprit ». Pour les ergothérapeutes déjà formées, il pourrait être intéressant d'envisager un temps de travail collectif pour réfléchir à la pratique. Qui utilise quels outils spécifiques et non spécifiques? auprès de quels publics? dans quels buts et avec quels résultats? Un tel atelier de travail aurait comme avantage de se baser sur un échange d'expériences entre professionnels, et ce, dans l'objectif de consolider et d'harmoniser la mise en œuvre de CO-OP dans leurs pratiques et d'utiliser la méthode au maximum de son efficacité.

Prior et Duncan mettent en évidence le fait que "l'utilisation d'instruments de mesure éprouvés renforce la rigueur de l'évaluation client, la formulation des objectifs et la définition du plan d'intervention" (Duncan 2009, p.75-90).

De plus, l'utilisation précise des outils permet d'affirmer notre identité professionnelle d'ergothérapeute en distinguant clairement notre contribution de celles des autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

Conclusion

Le sujet a semblé pertinent à investiguer au niveau théorique car il existe une solide littérature scientifique sur la méthode CO-OP et les différentes méthodes de prise en charge de publics variés dans différents environnements, dont celui du cadre scolaire.

Cependant, le choix de la prise en charge de l'enfant TDA/H en milieu scolaire semble avoir été plus « novateur » par rapport à la littérature consultée sur la prise en charge des troubles de l'apprentissage. Notre question de recherche a donc consisté à interroger : « A quelles conditions, l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'amélioration de la performance occupationnelle des enfants de 6 à 12 ans porteurs de TDA/H dans les apprentissages scolaires (en milieu ordinaire) au travers d'une prise en charge basée sur l'approche CO-OP ? » L'utilisation du modèle MCRO-P, centré sur les quatre critères (personne, environnement, occupation, participation) a semblé particulièrement pertinent et a fait écho à

l'approche CO-OP dans lequel l'enfant et son rendement occupationnel sont au centre de la prise en charge ergothérapeutique.

Afin de répondre à cette question, nous avons émis 3 hypothèses. Nous partons du postulat que le choix d'utiliser l'approche CO-OP dans le cadre d'une prise en charge liée à des difficultés scolaires, répond à des critères précis quant au profil de l'enfant TDA/H (1). Nous considérons que les ergothérapeutes utilisent des outils d'évaluation spécifiques à la méthode CO-OP pour déterminer les objectifs de prise en charge (2). Enfin, nous partons du principe que la prise en charge par le biais de l'approche CO-OP, permet à l'enfant d'améliorer sa performance scolaire.

Notre étude qualitative s'appuie sur quatre entretiens semi-directifs réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral. Elles ont été formées à l'approche CO-OP (par l'ANFE), après quelques années de pratique professionnelle. Elles accompagnent des enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement, dont des enfants TDA/H et utilisent l'approche CO-OP auprès de certains de ces enfants.

Concernant les limites de cette étude, elles concernent la taille, les caractéristiques de l'échantillon et la méthode d'investigation centrée uniquement sur des entretiens. Une observation en cabinet aurait pu compléter la collecte des données. Il aurait pu être également intéressant de croiser les points de vue des ergothérapeutes avec ceux du personnel éducatif et des parents d'enfants TDA/H. Enfin, il aurait été pertinent de comparer les conditions de la prise en charge CO-OP en milieu ordinaire et en milieu spécialisé.

Ce travail de recueil de données nous a permis de valider deux hypothèses sur trois. Les deux premières hypothèses doivent être néanmoins précisées.

Pour la première hypothèse, il ressort de cette étude que le choix d'utiliser l'approche CO-OP dans le cadre d'une prise en charge liée à des difficultés scolaires, répond bien à des critères précis mais nécessite surtout que l'enfant (quel que soit sa pathologie) dispose de pré-requis (compétences cognitive, psychologique, motrice) afin d'être en mesure d'exprimer un objectif d'apprentissage (ou plusieurs) et de s'engager dans des tâches associées à sa réalisation.

Pour la deuxième hypothèse, nous avons mis en évidence que la prise en charge CO-OP, permet en effet à l'enfant TDA/H d'améliorer sa performance scolaire (acquisition habiletés et utilisation de stratégies) mais c'est particulièrement l'approche systémique qui permet d'agir sur la motivation/participation, la satisfaction et les performances scolaires de l'enfant.

L'efficacité de l'approche CO-OP, pour avoir un impact sur le parcours scolaire de l'enfant TDA/H, dépend en grande partie de l'implication de son environnement, à savoir la famille et de l'équipe éducative. C'est à cette condition, que l'ergothérapeute pourra envisager de travailler avec l'enfant sur la généralisation des apprentissages dans différentes situations et de les transférer dans d'autres activités.

La troisième hypothèse n'a pas été validée. En effet, cette étude a démontré que les objectifs de prise en charge ne sont pas exclusivement déterminés par des outils d'évaluation spécifiques et exclusifs à la méthode CO-OP. En effet, les ergothérapeutes qui déclarent appliquer l'approche CO-OP utilisent certains outils spécifiques à l'approche, mais la majorité de ces professionnelles considèrent surtout cette approche comme une philosophie de pratique centrée sur les besoins de l'enfant (voire de la famille et de l'école).

Que l'approche CO-OP soit une approche méthodologique ou une « philosophie de pratique », notre étude a permis de mettre en évidence que l'approche CO-OP peut contribuer à améliorer la performance scolaire de l'enfant TDA/H, dans la mesure où ce type de prise en charge le place au centre de ses apprentissages et le guide à apprendre par lui-même (remédiation cognitive et métacognitive). De manière plus globale, cette approche est un véritable processus d'accompagnement vers l'autonomisation.

Dans ma vie professionnelle, je souhaite continuer à interroger les professionnels qui utilisent cette méthode auprès d'enfants TDA/H et non TDA/H afin de toujours mieux comprendre comment elle peut être utilisée et auprès de quel public.

Je souhaite aussi poursuivre la recherche et m'interroger plus spécifiquement sur les progrès permis par cette méthode et également continuer à me documenter sur les nouvelles publications spécialisées. Enfin, ce travail de recherche et la découverte théorique de l'approche CO-OP m'ont ouvert des perspectives de formation continue afin de pouvoir à mon tour la mettre en pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles de référence

- ❖ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5 (5e éd.)*. American Psychiatric Publishing.
- ❖ Bélanger, S. (2008). *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Éditions du CHU Sainte Justine, Canada.
- ❖ Bouvard, M. (2016). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte : Approche développementale*. Paris : Dunod.
- ❖ Brown, A. L. (1974). The role of strategic behavior in retarded memory. In Ellis, N. R.(Ed.), *International review of research in mental retardation*, Vol. 7, 55-104.
- ❖ Cantin, N., Polatajko, H. J., Mandich, A., & Dupras, D. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP : Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. CAOT : Ottawa, Publications ACE.
- ❖ Crocq, M-A., & Guelfi, J-D. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ème édition, (p. 67-75). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- ❖ Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre: la psychologie du bonheur*. Éditions Robert Laffont, Paris.
- ❖ Cutchin, M.P., & Dickie, V.A. (2013). *Transactional perspectives on occupation*. New York : Springer.
- ❖ Deforge, H. (2011). Prise en charge des troubles attentionnels et exécutifs chez l'enfant. La remédiation cognitive : pratiques et perspectives, *Développements*, n° 8, 5-20.

- ❖ Douglas, V. I. (1980). Higher mental processes in hyperactive children. In Knights, R. M. & Barkley, D. J. (Eds.), *Treatment of hyperactive and learning disordered children. Current research.* (pp. 65-91). Baltimore : University Park Press.

- ❖ Douglas, V. I., Barr, R. G., O'Neill, M. E., & Britton, B. G. (1995). Do high doses of methylphenidate impair flexible thinking in attention-deficit hyperactivity disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 877-85.

- ❖ Dumas, C. (2001). Syndrome frontal, anosognosie et ergothérapie. In *Expérience en ergothérapie : quatorzième série.* Montpellier.

- ❖ Finck, S. (2014). La consultation neuropédiatrique : le diagnostic du TDA/H, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 68, 27-32.

- ❖ Flavell, J. H. (1985). Développement métacognitif. In Bideaud, J.& Richelle, M. (Eds.), *Psychologie développementale, problèmes et réalités.* Bruxelles : Mardaga.

- ❖ Galéra, C., & Bouvard, M.P. (2014). Facteurs de risque précoces et trajectoires développementales du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 293-297.

- ❖ Gantschnig, B.E. (2015). *Efficacité de l'ergothérapie chez les enfants souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H), d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) ou d'autres difficultés d'apprentissage (LD).* Winterthur : (ZHAW) Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften..

- ❖ Gantschnig, B., Kaiser, ML., & Bader, M. (2018). Interventions basées et centrées sur l'occupation chez les enfants présentant un TDA/H. *Pratique professionnelle*, 9-10.

- ❖ Gharebaghy, S., Rassafiani, M., & Cameron, D. (2015). Effect of Cognitive Intervention on Children with ADHD. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 35, 13-23.

- ❖ Gil, R. (2006). *Abrégé neuropsychologique.* Paris : Masson.

- ❖ Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD -- implications for diagnosis and intervention. *European child & adolescent psychiatry*, 13 Suppl 1, 180–192.
- ❖ Gonon, F., Guilé, J.-M., & Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273-281.
- ❖ Habib, M. (2018). *La constellation des Dys, Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles*, 2e édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- ❖ Hébert, A. (2015). *TDA/H, La boîte à outils. Stratégies et techniques pour gérer le TDA/H*. Éditions de Mortagne, Québec, Canada.
- ❖ Houssaye, J. (2014). *La pédagogie traditionnelle. Une histoire de la pédagogie*. Editions Fabert.
- ❖ Kaiser, M. L., Braun, M., & Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 30-36.
- ❖ Kipfer, N., Hessels-Schlatter, C., & Berger, J. (2009). Remédier aux difficultés d'apprentissage des élèves présentant un trouble déficit d'attention et hyperactivité (TDA/H) par une approche métacognitive : revue de la littérature. *L'Année psychologique*, vol. 109(4), 731-767
- ❖ Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R. L., Fisman, S., Greenhill, L. L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11–28.

- ❖ Laurent, G. (2017). Ergothérapie et petite enfance. *Contraste : Enfance et Handicap* n°45.

- ❖ Lardé, M. (2019). *La pédagogie active. Apprentissage et démarche participative à l'école et au collège*. Évidence Éditions.

- ❖ Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Ottawa : Canadian Association of Occupational Therapists.

- ❖ Lebrault, H. (2019). Apport de l'approche CO-OP (cognitive orientation to daily occupational performance) auprès d'enfants paralysés cérébraux. *Motricité cérébrale*, Vol. 40, Issue 2, 42-45.

- ❖ Morel-Bracq, M-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Paris : De Boeck Supérieur.

- ❖ Pelham, W. E. (1993). Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 22, 199-227.

- ❖ Plaza, M. (2016). Chapitre 29. Remédiation cognitive. Dans : Ph.Mazet (éd.), *Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent : Apprendre • Connaître • Penser* (pp. 420-426). Cachan, France: Lavoisier.

- ❖ Polatajko, H.J., Mandich, A. (2017). *L'approche CO-OP, Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Association canadienne des ergothérapeutes, Canada.

- ❖ Prior, S et Duncan, E.A.S (2009). Assessment Skills for Practice. Dans Duncan, E.A.S, *Skills for Practice in Occupational Therapy* (p.75-90). Philadelphie (États-Unis) : Churchill Livingstone Elsevier.
- ❖ Rodger, S., & Polatajko, H. (2017). Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance (CO-OP): An Occupation-centred Intervention. In S. Rodger & A. Kennedy-Behr (Eds.), *Occupation Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (pp. 165–187). Chicester, UK: Wiley Blackwell.
- ❖ Skinner, E., Furrer, C., Marchand, G., & Kindermann, T. (2008). Engagement and disaffection in the classroom: Part of a larger motivational dynamic? *Journal of Educational Psychology*, 100(4), 765–781
- ❖ Vantalon, V. (2014). Expression phénotypique du TDA/H en fonction de l'âge. *Annales Medico-Psychologiques*, 172, 287-292.
- ❖ Verret, C., & Massé, L. (2019). *Comment utiliser des stratégies d'apaisement pour favoriser l'autocontrôle des jeunes ayant un TDA/H*, Module 4, volume 19. Foucade.

Sitographie

- ❖ Portail HAS Professionnels. (2014). Haute Autorité de Santé. Consulté à l'adresse : <https://www.has-sante.fr>
- ❖ Pech, M. (2020). *La pédagogie des enseignants français reste très traditionnelle*. LEFIGARO. Consulté à l'adresse : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/la-pedagogie-des-enseignants-francais-reste-tres-traditionnelle-20200714>
- ❖ A.(2017). *TDA/H et recherche française*. TDA/H 2016. Consulté à l'adresse : <https://TDA/H2016.wordpress.com/2017/05/30/TDA/H-et-recherche-francaise/>

- ❖ Proposition de loi n°1970 visant à une meilleure inclusion et prise en charge des troubles Dys. Consulté à l'adresse: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b1970_proposition-loi

- ❖ Perrault, A. (2017). CO-OP et scolarité, Intérêt de l'approche et de la méthode CO-OP pour les ergothérapeutes accompagnant des enfants présentant un trouble développemental de la coordination : application à l'utilisation d'outils scolaires. Consulté à l'adresse : <https://revue.anfe.fr/2017/08/14/co-op-et-scolarite/>

- ❖ Ergopsy, Modèles en ergothérapie. Consulté à l'adresse: <http://www.ergopsy.com/pub/modelesresumes.pdf>

- ❖ Ecole inclusive: comité national de suivi du 9 novembre 2020. Consulté à l'adresse : (<https://www.education.gouv.fr/ecole-inclusive-comite-national-de-suivi-du-9-novembre-2020-307119>)

- ❖ La remédiation cognitive, qu'est-ce que c'est ? Consulté à l'adresse : <https://emag.eps-ville-evrard.fr/n4/recherche/la-remediation-cognitive-qu-est-ce-que-c-est/>

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute	I
Annexe II Courrier adressé aux professionnels / Explication de la démarche	XI
Annexe III Formulaire de consentement pour les entretiens	XII
Annexe IV Grille d'entretien	XIII
Annexe V Matrice théorique Approche CO-OP	XIV
Annexe VI Matrice théorique Modèle PEOP	XVII
Annexe VII Matrice théorique Modèle MCRO-P	XXIII
Annexe VIII Retranscription entretien n°1	XXVII
Annexe IX Retranscription entretien n°2.....	XXXI
Annexe X Retranscription entretien n°3	XXXIX
Annexe XI Retranscription entretien n°4.....	XLVI
Annexe XII Présentation brute des résultats	LII
Annexe XIII Modèle MCRO-P.....	LX
Annexe XIV Modèle PEOP	LXI
Annexe XV Les principales caractéristiques de l'approche CO-OP	LXII
Annexe XVI Le journal des activités scolaires.....	LXIII
Annexe XVII Pediatric Activity Card Sort (PACS)	LXIV
Annexe XVIII La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO).....	LXV
Annexe XIX L'échelle de cotation du GEPPE adaptée aux enfants	LXIX
Annexe XX Echelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE) ou "PQRS"	LXX
Annexe XXI L'arbre de décision.....	LXXI
Annexe XXII La fiche de l'analyse dynamique de l'exécution (ADE) (a et b)	LXXII
Annexe XXIII La grille OT-HOPE / hors protocole CO-OP Activités scolaires.....	LXXIV
Annexe XXIV Aide mémoire illustré " But-Plan-Faire-Vérifier" (BPFV).....	LXXVI
Annexe XXV Conseils pour les activités à l'école et dans les loisirs	LXXVII
Annexe XXVI Conseils utilisation stratégies	LXXVIII
Annexe XXVII Conseils pour une meilleure écriture.....	LXXIX
Annexe XXVIII Fiche d'observation des stratégies (pour la thérapeute).....	LXXX
Annexe XXIX Certificat de réussite CO-OP	LXXXII
Annexe XXX Comparaison outils	LXXXIII
Annexe XXXI Schéma de synthèse : protocole utilisation des outils CO-OP	LXXXIV
Annexe XXXII Synthèse Réappropriation processus passation CO-OP.....	LXXXV
Annexe XXXIII Echelle de conners (parents).....	LXXXVI
Annexe XXXIV Echelle de conners (enseignants).....	LXXXVII
Annexe XXXV Critères diagnostiques du TDA/H selon le DSM V.....	LXXXVIII

Annexe I Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE II

DIPLOME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Compétences (1)

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animales et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation.
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations.
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.
5. Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
8. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du choix des informations recueillies.	Le vocabulaire spécifique est maîtrisé et les données recueillies sont comprises. Les éléments significatifs liés à la personne, à l'environnement humain et matériel et à l'activité, permettant d'évaluer une lésion, une limitation d'activité, une restriction de participation sont identifiés. Les informations recueillies sont ciblées par rapport aux caractéristiques et à la situation de la personne ou d'un groupe de personnes. Les informations recueillies sont en adéquation avec la situation faisant lieu à l'évaluation (situation ou risque de handicap d'une personne, situation d'une entreprise ou d'une collectivité).

(1) Dans le respect du champ d'intervention des autres professions réglementées.

(2) En l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
	Les informations sont justes et fiables, vérifiées par la diversité des sources et le croisement des données. Les comportements et situations à risque pour la santé sont identifiés.
2. Hiérarchisation des informations recueillies.	Les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'autonomie ou à l'indépendance sont organisés dans le dossier clinique ergothérapeutique du patient. Les informations prioritaires et non prioritaires pour l'intervention en ergothérapie sont identifiées. Les informations sont hiérarchisées au regard de la situation, de la pathologie, de son évolution, du projet de vie, de l'environnement.
3. Conformité et pertinence du choix et de l'utilisation des outils à la disposition de l'ergothérapeute.	Le choix du modèle, des instruments et des méthodes est pertinent par rapport aux référentiels et à la situation. Les raisons du choix sont expliquées avec clarté. Les moments et lieux choisis pour mener les évaluations sont cohérents avec la situation de la personne. Les outils et méthodes choisis sont utilisés selon le protocole. Le type d'entretien et sa conduite sont adaptés à la personne et à la situation.
4. Cohérence du diagnostic ergothérapeutique établi.	L'analyse des différentes informations recueillies au cours des différentes évaluations est cohérente. Le raisonnement menant à l'identification des situations de handicap est logique et argumenté. Le diagnostic ergothérapeutique posé fait le lien entre les éléments recueillis et analysés et les références en matière d'ergothérapie.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

1. Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique.
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations.
3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne.
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité.
5. Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité.
6. Concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie.
7. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale.
8. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement.
9. Évaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants.
10. Élaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer.
11. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale.
12. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées.
13. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du choix des éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique.	Le modèle d'intervention choisi est pertinent par rapport à la situation, au contexte institutionnel, à la prescription médicale et au diagnostic ergothérapeutique. Le choix du modèle d'intervention est argumenté.
2. Cohérence du projet proposé avec les finalités globales et les objectifs spécifiques de l'intervention ergothérapeutique.	Les finalités de l'intervention sont identifiées. Les objectifs sont cohérents avec les finalités de l'intervention ergothérapeutique. Le projet proposé est en cohérence avec la situation de la personne ou des personnes concernées, le potentiel thérapeutique des activités, l'environnement et les ressources et en regard du projet de vie et du projet de soins. Les adaptations, les aménagements de l'environnement anticipés répondent aux situations de handicap actuelles et potentielles. Un cahier des charges cohérent est élaboré en rapport avec le projet d'intervention. Les risques éventuels liés à la mise en activité sont repérés et les moyens d'y remédier sont expliqués. Le projet proposé est expliqué et argumenté.
3. Qualité du processus de validation du projet.	Le projet d'intervention ergothérapeutique est inscrit dans le cadre de la coordination médicale en réadaptation, il est négocié avec la personne, son entourage et l'équipe de professionnels. Les réactions des personnes concernées sont décrites et analysées. Des adaptations pertinentes sont apportées au projet selon les nécessités et les priorités.
4. Pertinence de la planification de l'intervention ergothérapeutique.	Le programme proposé tient compte d'objectifs à poursuivre à court, moyen et long terme. La planification tient compte du contexte spatial et temporel des interventions ainsi que de l'environnement matériel et humain.

Compétence 3

Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
 - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
 - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitive-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
 - techniques de guidance et d'accompagnement ;
 - techniques de compensation et de remédiation.
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de la mise en œuvre des activités	<p>Les composantes physiques, psychiques et psycho-sociales de l'activité sont identifiées.</p> <p>Le potentiel thérapeutique de l'activité est identifié au regard des capacités et du projet de la personne ou des personnes.</p> <p>L'excitation, la stimulation à l'autisme, à l'engagement dans l'activité se fait dans le respect du potentiel et du désir des personnes ou de l'entourage.</p> <p>L'attitude empathique se traduit par la compréhension des états mentaux ou affectifs de la personne sans contagion des émotions.</p> <p>La relation d'aide thérapeutique conduite avec la personne est durable.</p> <p>L'expression des conflits internes est obtenue.</p> <p>Les activités et les mises en situation écologique proposées ont un intérêt pour la ou les personnes concernées.</p> <p>Les éléments observés lors de l'intervention sont pertinents :</p> <p>Les adaptations, les aménagements de l'environnement et les mises en situation sont évalués pour s'assurer de leur caractère facilitateur au regard de l'accès à l'activité.</p> <p>Les facteurs facilitant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie sont identifiés et explicites.</p>
2. Pertinence de l'utilisation des techniques ergothérapeutiques	<p>Les techniques utilisées pour maintenir et améliorer les gestes fonctionnels, pour développer la tolérance à l'effort et l'endurance respectent les recommandations professionnelles.</p> <p>La programmation des activités intègre le travail d'un transfert des acquis fonctionnels et cognitifs dans la vie quotidienne.</p> <p>Les équipements et matériels de confort, de prévention ou de facilitation de l'activité sont sélectionnés et utilisés de manière adaptée à la situation.</p>
3. Conformité de la mise en œuvre des activités avec les bonnes pratiques ergothérapeutiques.	<p>Le cadre thérapeutique mis en place tient compte de la situation, du contexte institutionnel et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.</p> <p>L'installation de la personne est conforme aux règles d'ergonomie, veille à la prévention des troubles orthopédiques et au confort de la personne.</p> <p>L'activité est effectuée dans les conditions d'hygiène et de sécurité optimales.</p> <p>L'utilisation des matériels, matériaux et produits est conforme aux recommandations techniques.</p> <p>La traçabilité des interventions est assurée.</p>

Compétence 4

Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques

1. Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement.
2. Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapeutique.
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapeutique.
4. Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort.
5. Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques.
6. Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité.
7. Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière et de l'assistance technologique.
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi.

9. Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie.

CRITERES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des choix effectués en vue de réaliser une orthèse provisoire, edamponnée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique ou de prescrire une aide technique ou animale ou une assistance technologique.	Le choix de l'orthèse tient compte de la prescription médicale et de l'analyse des informations contenues dans le dossier du patient. Les matériels et matériaux choisis prennent compte de la nature de l'orthèse à réaliser et des contraintes liées à son utilisation. La sélection et la prescription de l'aide technique ou animale ou de l'assistance technologique tiennent compte des résultats du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, du projet de la personne. Le savoir des charges personnalisées de l'aide technique ou animale ou de l'assistance technologique tient compte des conditions d'utilisation et des ressources identifiées.
2. Conformité des modalités de réalisation des orthèses provisoires, edamponnées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et d'adaptation des orthèses de série ou provisoires, des aides techniques, des assistances technologiques avec les recommandations professionnelles.	Les étapes de la réalisation pour la fabrication ou l'adaptation des orthèses et aides techniques sont respectées. L'installation de la personne tient compte des contraintes liées à l'affection, à la protection des ligaments, à la prévention des troubles orthopédiques, à sa sécurité et à son confort. La conformité de l'aide technique, de l'assistance technologique ou de l'orthèse au savoir des charges est vérifiée. L'adéquation des réglages est vérifiée. La planification du suivi à distance est pertinente au regard de l'évolution de l'affection, du type et du port d'appareillage, de l'aide technique ou de l'assistance technologique, de l'utilisation et des conditions de vie de la personne.
3. Pertinence des informations prises en compte et transmises dans le cadre de la réalisation ou de la prescription d'une aide technique ou animale, d'une assistance technologique ou d'un appareillage.	Les éléments permettant d'évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage sont notés et pris en compte notamment en situation d'activités. Les éléments permettant de s'assurer de l'innocuité de l'appareillage sont identifiés et pris en compte. Les informations utiles sur les buts, la réalisation, la surveillance, le maintien, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage, de l'aide technique ou animale et de l'assistance technologique sont recensées et sont communiquées à la personne et à son entourage.

Compétence 5

Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives.
2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé.
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes.
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé.
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives.
8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.

9. Évaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements.
10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne.
11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.
12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités significatives et significatives.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Fiabilité et pertinence des informations recueillies et sélectionnées avec les objectifs poursuivis.	Les informations recueillies en vue de repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes sont pertinentes. Les informations recueillies sont fiables et cohérentes avec un projet de mise en œuvre d'activités pédagogiques.
2. Pertinence de l'analyse des besoins et de la définition des objectifs.	L'analyse des besoins des personnes ou groupes de personnes ciblés est pertinente au regard des informations collectées. Les objectifs de l'intervention sont clairs et argumentés.
3. Pertinence de la démarche et des actions proposées.	Les démarches et les actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention, de promotion de la santé ou expertise proposées répondent aux besoins identifiés. Le choix d'une démarche individuelle ou collective est pertinent et argumenté. Les dispositifs didactiques et les mises en situation d'activités significatives sont exploités pour conduire une éducation prophylactique.
4. Conformité des modalités de mise en œuvre des actions et démarches avec les bonnes pratiques ergothérapeutiques.	Les démarches d'éducation, de conseil, de promotion de la santé recherchent l'investissement des personnes et de leur entourage. Le choix et la mise en œuvre des techniques et des outils pédagogiques sont adaptés aux objectifs recherchés. La démarche tient compte des recommandations professionnelles.

Compétence 6

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.	La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte. La demande, l'histoire de vie, le contexte de la situation de la personne ou du groupe de personnes sont pris en compte. Les besoins spécifiques et le profil psychologique des personnes présentant des altérations de la communication sont identifiés et pris en compte. Les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes sont repérés et pris en compte.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
2. Cohérence entre le mode de communication utilisé et la situation relationnelle.	Les modes de communication (verbal, non verbal) et le langage utilisé sont adaptés à la personne ou au groupe de personnes.
3. Efficacité des relations mises en œuvre dans le contexte d'intervention.	L'expression du groupe lors des temps d'échange et d'analyse des situations d'intervention est recherchée et obtenue. Un climat de confiance est développé avec la personne, l'entourage et le groupe de personnes. Une distance thérapeutique est respectée.
4. Conformité de la mise en œuvre des techniques de communication.	Les techniques d'animation de groupe utilisées sont mises en œuvre conformément aux bonnes pratiques. L'accompagnement et la surveillance sont assurés tout au long de l'activité (applications, corrections gestuelles).

Compétence 7

Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées.

2. Évaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires.

3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité.

4. Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfices/risques.

5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation.

6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle.	Les valeurs professionnelles, la déontologie et l'éthique de la profession sont identifiées et présentées avec clarté. La pratique professionnelle est analysée au regard de ces éléments. L'analyse de la pratique tient compte de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique. Les sources d'information permettant de suivre l'évolution du monde de la santé, de la société et des modèles de pratique sont identifiées. Leurs impacts sur la pratique de l'ergothérapie sont identifiés.
2. Hiérarchisation des types d'information pris en compte dans l'évaluation des interventions.	Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions ergothérapeutiques sont identifiés : réglementation, recommandations, principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, résultats de la recherche scientifique, satisfaction des bénéficiaires... Les principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène et de traçabilité sont énoncés avec pertinence.
3. Pertinence de la démarche d'analyse critique des interventions ergothérapeutiques.	Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités de mise à jour de ces informations sont identifiées. La démarche d'analyse de l'intervention et le raisonnement sont formalisés et logiques. La démarche d'analyse est fondée sur les preuves et les travaux de recherche. Les axes d'évolution sont identifiés : formation personnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, informations à rechercher... Des améliorations des interventions thérapeutiques sont proposées.

Compétence 8

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux.
2. Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle.
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client.
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire.
5. Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et/ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes.
6. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations.
7. Elaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Qualité de la recherche d'informations.	Les bases documentaires disponibles sont utilisées efficacement. Les informations pertinentes sont sélectionnées.
2. Pertinence de la méthode de recherche.	L'objectif de la recherche est clairement identifié. Les informations sélectionnées sont adaptées à l'objectif de la recherche et sont organisées. La méthode de recherche permet d'exploiter efficacement le travail en équipe et tient compte des contraintes. Les informations collectées et analysées permettent d'aboutir à un résultat concret et cohérent avec les objectifs poursuivis (élaboration d'une procédure, d'un protocole, formulation de préconisations...). La méthode de recherche est expliquée avec clarté.
3. Conformité de la méthode de recherche avec les bonnes pratiques.	L'argumentation est fondée sur les preuves.

Compétence 9

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.
2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.
9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'identification et de la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.	Les champs d'intervention et modalités d'interpellation des différents acteurs intervenant auprès des bénéficiaires sont identifiés. L'ensemble des outils de transmission permettant de communiquer les éléments de sa pratique professionnelle sont identifiés.
2. Pertinence des coopérations mises en œuvre.	Les différents acteurs intervenant auprès des bénéficiaires sont sollicités à bon escient dans différentes situations (prévention et éducation, prise en charge sanitaire et médico-sociale...). L'organisation de la coopération mise en œuvre pour optimiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la personne ou du groupe de personnes est expliquée et argumentée.
3. Conformité des actions mises en place avec la répartition des compétences.	Les modes de coopération au sein de l'équipe pluriprofessionnelle tiennent compte des compétences de chaque acteur. Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et exploités.
4. Conformité dans la gestion du matériel et des locaux.	Les normes et réglementation s'imposant aux locaux, installations et matériels d'ergothérapie sont identifiées et expliquées avec clarté. Les sources d'information permettant de suivre les évolutions du matériel sont identifiées. Les règles et recommandations en matière d'hygiène sont identifiées, consignées, voire affichées. Les règles régissant la circulation des déchets sont identifiées. Les non-conformités des locaux, installations et matériels d'ergothérapie sont identifiées et des mesures correctives adaptées sont proposées. Les informations permettant de suivre les évolutions du matériel et des normes sont utilisées.
5. Pertinence des actions de gestion conduites.	Le matériel nécessaire au bon fonctionnement du service ou de la structure est identifié en tenant compte des activités conduites. L'espace professionnel et le plateau technique sont fonctionnels et tiennent compte des besoins et des difficultés des publics accueillis. Les matériels sont maintenus et suivis en adéquation avec les règles d'usage et les réglementations en vigueur. Les incidents sont systématiquement consignés et traités. La méthode de suivi des stocks retenue est conforme aux besoins du service ou de la structure. Le planning, les rendez-vous et la répartition des activités tiennent compte des ressources de la structure et de ses capacités d'accueil. Les règles de fonctionnement, règlement intérieur, conduites à tenir sont consignées, archivées, et transmises à chacun des personnels.

Compétence 10

Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations prises en compte.	Les informations utiles pour accueillir un stagiaire ou un nouvel arrivant sont identifiées. Le public à qui s'adresse l'information ou la formation est identifié. Les connaissances et savoir-faire devant être acquis par les personnes recevant la formation sont identifiés. Les objectifs définis par et pour chaque stagiaire sont identifiés.
2. Pertinence des actions conduites.	Une démarche d'accueil adaptée à chaque catégorie de publics (stagiaire, nouvel arrivant professionnel...) est mise en œuvre. Les conseils, démonstrations, explications apportés aux stagiaires, aux aidants naturels ou aux professionnels et aux partenaires tiennent compte du profil de chaque interlocuteur. Les conseils, démonstrations, explications apportés aux stagiaires tiennent compte des objectifs du stage. Les transmissions de savoir-faire et de connaissances sont organisées de manière progressive en tenant compte de l'évolution du stagiaire et de ses difficultés. Les évaluations sont réalisées sur la base d'indicateurs et de critères précis. Des axes d'évolution permettant de faire progresser le public sont identifiés.
3. Cohérence des actions conduites.	Les critères et indicateurs utilisés pour l'évaluation tiennent compte des objectifs prédéfinis. Les informations diffusées sur la profession tiennent compte des objectifs de promotion et de valorisation des activités que s'est faits le professionnel.

LETTRE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS
POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE
D'UN MÉMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE
- IFE MONTPELLIER -

A Montpellier, le 18 mars 2021

Thème du mémoire : Améliorer la performance occupationnelle dans les apprentissages scolaires de l'enfant TDAH par le biais de l'approche CO-OP

Madame,

Dans le cadre de ma 3^{ème} année d'étude au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche auquel je vous propose de participer.

Cette lettre d'information explique ma démarche et en quoi consiste votre participation.

L'objectif est le recueil de la pratique ergothérapique, couplée à l'utilisation de l'approche Co-op (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance), permettant d'améliorer la performance occupationnelle dans les apprentissages scolaires de l'enfant TDAH.

Je me permets de vous solliciter pour un entretien individuel d'une durée de 30 à 45 minutes maximum. Celui-ci sera enregistré avec votre accord afin que je puisse le retranscrire dans mon mémoire. Il n'y aura pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je vous invite donc à répondre de manière la plus authentique possible.

Les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et votre anonymat sera donc préservé. Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes libre d'y participer.

Vous pouvez également vous retirer à tout moment de l'étude sans apporter de justification.

Si vous êtes d'accord pour participer, je vous invite à me communiquer vos disponibilités et à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Bien à vous,

Nathalie COLLETIS

colletisnathalie@yahoo.fr



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE**

- IFE MONTPELLIER -

Thème : Améliorer la performance occupationnelle dans les apprentissages scolaires de l'enfant TDAH par le biais de l'approche CO-OP

Je soussigné(e)

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Madame COLLETIS Nathalie de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Madame BEUCHER Cécile, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués dans la lettre d'information.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

Le

Signature de l'étudiante

Signature du maître de mémoire

Signature de la personne

Annexe IV Grille d'entretien

Grille d'entretien

Partie 1	
	Se présenter
	Rappeler le thème du mémoire
	Rappeler le déroulement de l'entretien : enregistrement, recueil des informations (anonyme) : questions signalétiques, questions principales (5) et questions ouverture
	Demande de confirmation de l'acceptation d'enregistrement
	Rappeler que les données recueillies seront traitées de manière anonyme.
Partie 2	
Questions Signalétiques	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) d'Etat en ergothérapie ? - Dans quel type de structure, exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? - Depuis quand êtes-vous formé(e) à l'approche CO-OP? - Par qui avez-vous été formé(e) ? - Comment avez-vous découvert l'approche CO-OP ? - Depuis quand utilisez-vous l'approche CO-OP? - Avec quel public, utilisez-vous l'approche CO-OP ? (Âge, sexe, scolarisation, niveau scolaire)
Questions générales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDAH dans le cadre scolaire ? 2. Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge CO-OP dans le contexte scolaire ? 3. On sait que l'enfant TDAH a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté ? 4. De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ? 5. Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ?
Partie 3	
Questions d'ouverture	<p>Quels sont, selon vous, les forces et les limites de l'approche COOP pour la prise en charge des enfants TDAH en contexte scolaire ?</p> <p>Souhaitez-vous ajouter des éléments supplémentaires ?</p>

Annexe V Matrice théorique Approche CO-OP

APPROCHE, CONCEPT	CRITÈRES	INDICATEURS	INDICES	Q
		Symptômes TDA/H	28 items associés à la pathologie TDA/H Durée attention, capacité à rester assis/temps de classe, Intérêt pour le travail scolaire, Agitation motrice (gigote des pieds, des mains, se tortille...)	1
		Niveau et pré requis de l'enfant Appui sur les acquis de l'enfant, sur ses ressources existantes Soutien de l'environnement familial, scolaire Niveau d'engagement de l'enfant	Compétences cognitives (capacité de concentration, d'attention, mémorisation...) Fonctions exécutives (capacités à s'organiser, à mettre en place des stratégies pour faire face à des situations inhabituelles) S'exprimer avec aisance Les fonctions visuo-spatiales : capacité à s'orienter et se repérer Bonne réceptivité comportementale Présence des parents aux consultations, engagement parents à la démarche, Signes d'intérêt pour la démarche de l'enseignant, engagement... Buts/objectifs choisis par l'enfant et niveau de participation (soins personnels, vie quotidienne, loisirs et scolarité)	1 5

Approche CO-OP (Polatajko et al., 1990)	Centré sur la personne	Capacité à choisir et à s'investir dans des activités significantes scolaires	Niveau de motivation, niveau d'engagement Utilisation d'outils scolaires (utiliser un compas, une équerre, une règle, une gomme, de la colle, des ciseaux...) Tracer, souligner, découper, écrire en suivant la ligne, colorier sans dépasser... Former les lettres, compter, poser une opération, écrire une leçon sans me sentir fatigué, écrire mes devoirs dans mon agenda Relire mes cours, lire l'heure... Préparer mon cartable, m'installer confortablement à mon bureau, retrouver mes affaires dans mon bureau...	1
		Relations sociales significantes	Engagement dans les jeux, dans les moments de socialisation dans la cour de récréation Comportements, capacité d'être et d'agir de manière appropriée Savoir-être....	
		Coopération entre le thérapeute et l'enfant	Enfant maître de ses apprentissages Découverte guidée	1
		Besoins spécifiques de l'enfant	Buts choisis par l'enfant (Grille OT HOPE /outil TOUCS) Participation dans les occupations	1 2
	Centré sur la personne	Pédagogie de l'expérimentation	Prise en charge basée sur les capacités et difficultés de l'enfant	1 3

suite Approche CO-OP (Polatajko et al., 1990)	Centré sur le rendement occupationnel	Acquisition et amélioration des habiletés Satisfaction Motivation, exécution de la tâche Identification des difficultés dans les occupations Réussite dans la participation	Réalisation de tâches simples/complexes Découverte de stratégies (approche verbale intériorisée) Transfert des apprentissages dans la vie quotidienne Actions de l'ergothérapeute ciblées sur les occupations et l'environnement de l'enfant Evaluation en début et en fin de prise en charge Grille OT HOPE : ce que l'enfant sait faire dans l'école, avec crayon, avec outils, en mathématiques, pour les devoirs, avec ordinateur...) PQRS	2 4
	Centré sur la résolution de problèmes	Identification situations problématiques Utilisation de la stratégie globale : but-plan-faire-vérifier Trouver propres stratégies significatives pour l'enfant	Généralisation des stratégies Transfert des apprentissages dans d'autres contextes (loisirs, famille...) Autonomisation Nouvelles activités réalisées Moyens de compensation mis en place Outils scolaire, gestes, coordination du geste, organisation du bureau, du cartable, Utilisation des outils informatiques	3 4

Annexe VI Matrice théorique Modèle PEOP

APPROCHE, CONCEPT	CRITÈRES	DIMENSION	INDICATEURS	INDICES	Q
Modèle PEOP Personne / Environnement / Occupation / Performance Carolyn Baum, Charles	Centré sur la Personne	Physiologique	Qualité de l'état de santé générale Alimentation, hydratation, Élimination Sommeil Force/endurance de l'enfant	Histoire de vie et anamnèse, Bilan de santé Altération, anomalie, insuffisance physiologique, Autonomie alimentaire/hydratation/élimination Qualité du sommeil, fatigue/ somnolence diurne	1
		Psychologique	Personnalité Etat émotionnel Comportement	Goût, préférences Tempérament, humeur, sentiment Niveau de stress, sentiment d'échec... perte estime de soi/confiance en soi	1
		Moteur	Processus d'amélioration des fonctions motrices globales et fines	Coordination, automatisation gestuelle Mobilité générale, postures Déplacement dans l'espace Praxies (exécution gestes), motricité fine	2
		Sensoriel	Découverte fonctions sensorielles Niveau de mobilisation	Niveau de différenciation de : Ouïe, vue, toucher, odorat, goût, vestibulaire, proprioception	

Christiansen, 1991. Révisions régulières 1997, 2005, 2015 (4ème édition)	Modèle PEOP Personne / Centré sur la Personne	Cognitif	Niveau d'acquisition, de développement, d'amélioration, de renforcement, de maîtrise des fonctions exécutives	Fonctions exécutives : organisation/ planification, évaluation, inhibition des distracteurs sonores, visuels...Raisonnement, abstraction, Attention, concentration, mémoire, mémoire de travail Flexibilité, jugement et auto-évaluation Fonctions visuo-spatiales (orientation, traitement données spatiales, représentation de soi et des objets dans espace) Gnosies (perception/reconnaissance objets), Langage (oral, écrit) / Vitesse de traitement de l'information, Fatigabilité	1
		Spirituel	Caractéristiques des croyances, valeurs, attentes, habitudes de vie...conscience rôles	Verbalisation, être capable de se positionner, de reconnaître réussite/échec	1

Environnement / Occupation / Performance Carolyn Baum, Charles Christiansen, 1991. Révisions régulières 1997, 2005, 2015 (4ème édition)	Centré sur l'occupation	Activités et tâches AVQ	Niveau d'engagement dans les activités de loisirs, Niveau d'engagement dans la productivité /activités scolaire Niveau autonomie dans les activités quotidiennes	Participation à des activités de loisirs, créatifs, sportifs Examen, évaluation, exercices et participation en classe, préparation cartable, faire ses devoirs Ranger chambre, mettre le couvert <u>La toilette</u> : satisfaire un niveau d'hygiène et de toilette acceptable <u>L'habillement</u> : s'habiller/se déshabiller seul <u>L'alimentation</u> : se servir et manger de la nourriture préparée <u>La continence</u> : assurer ses besoins <u>Le déplacement</u> : se déplacer à l'intérieur de son logement (surface plane ou aménagée), ou s'en extraire en cas de danger <u>Les transferts</u> : se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil et inversement	2
		Rôles	Enfant, Frère/sœur/ Camarade, Élève	Place dans la famille/fratrie /Qualité de la relation à l'autre / Normes et attentes sociales vis à vis de son âge	1

Modèle PEOP Personne / Environnement / Occupation / Performance Carolyn Baum, Charles Christiansen, 1991. Révisions régulières 1997,	Prise en compte de l'Environnement	Matériel	Caractéristiques du domicile familial Caractéristiques de l'établissement scolaire Lieux réalisation activités Lieux souvent fréquentés	Déménagement récent ou annoncé Lieu de vie : campagne, ville Maison individuelle, appartement, chambre particulière/partagée, Garde alternée (plusieurs lieux de vie) Structure et organisation familiale Espace de jeu et de travail Situation de l'école, classe simple/double niveau Espace périscolaire (cantine, transport en commun, ALP) Niveau de participation aux différents enseignements	5
	suite Prise en compte de l'Environnement	Social	Entourage familial Qualité des relations sociales Niveau de PEC des professionnels de santé Caractéristiques du cadre scolaire	Qualité des rapports familiaux (parents séparés, éloignement, tensions...) Niveau acceptation du handicap par famille, PEC de l'enfant, verbalisation satisfaction du soutien Participation sociale (créer de nouveaux contacts et conserver les anciens) Qualité de l'accompagnement médical/paramédical /Bilans réalisés Relation de confiance et collaboration avec le professionnel de santé Qualité du cadre scolaire (AESH, instituteurs, enseignants, camarades)	5

2005, 2015 (4ème édition)		Culturel	Types d'habitudes de vie, Caractéristiques des valeurs familiales Processus d'acquisition de valeurs	Routine quotidienne, organisation et situation familiale (divorce, séparation), migration récente de la famille en France, Croyances, religion	
		Technologique	Niveau d'adaptations /Aides techniques	Moyens techniques (ordinateur, tablette...) Notification MDPH outil informatique Temps passé devant les écrans/jour	
		Education et politique	Ressources financières des parents Lois /inclusion Reconnaissance et notification MDPH	Emploi parents, chômage, réduction temps de travail, temps partiel Aides MDPH (AEEH, PCH...), CAF	
	Performance occupationnelle	Participation	Niveau de progression/ d'achèvement dans la réalisation des occupations Niveau de participation Niveau de performance : choix, planification, organisation Capacité à choisir et à s'investir dans des activités significatives et significatives	Engagement dans les situations de vie (soins personnels, productivité, loisirs) Capacité à choisir, organiser et mener des occupations, des activités, à réaliser des tâches en interaction avec l'environnement Découvrir et manipuler des objets, soustraire, multiplier, se rappeler des consignes, faire devoirs, prendre des notes, dessiner, découper... Jouer avec des camarades, partager, attendre son tour...	6 2
		Bien être	Sentiment de bien-être physique, psychique, social	Etat de la personne, joie de vivre, équilibre de vie,	

			<p>Satisfaction, augmentation estime de soi</p> <p>Qualité de vie</p>	<p>humeur</p> <p>Etat psychique, symptômes dépression,</p> <p>souffrance/surmonter tension de la vie,</p> <p>Accomplir un travail productif, contribuer à la vie communautaire,</p> <p>État de flow</p>	
--	--	--	---	---	--

Annexe VII Matrice théorique Modèle MCRO-P

APPROCHE, CONCEPT	CRITÈRES	DIMENSION	INDICATEURS	INDICES	Q
Modèle MCRO-P Modèle Canadien Du Rendement Occupationnel et de Participation Mary Reilly	Centré sur la Personne	Physique	Amélioration des fonctions motrices Découverte/maîtrise des fonctions sensorielles	Motricité globale /Motricité fine /Praxies (exécution gestes) Niveau de différenciation / ouïe, vue, toucher, odorat, goût, vestibulaire, proprioception	1
		Cognitive	Acquisition Développement Amélioration Renforcement Maîtrise des fonctions exécutives	Organisation/ planification, évaluation, inhibition des distracteurs sonores, visuels... Raisonnement, abstraction, Attention, concentration Mémoire, mémoire de travail, Flexibilité, jugement et autocritique Fonctions visuo-spatiales (orientation, traitement données spatiales, représentation de soi et des objets dans espace) Gnosies (perception/reconnaissance objets), Praxies (exécution gestes) Langage (oral, écrit) Vitesse de traitement de l'information, Fatigabilité Perception positive ou négative des choses/sur ou sous-estime de soi	1

(2013)		Affective	Socialisation Être capable d'exprimer /gérer ses émotions Reconnaître la présence des émotions chez l'autre (empathie) Contrôle du Comportement Disponibilité mentale	Qualité du soutien familial Qualité de la relation aux pairs (récréation, invitation, participation jeux...), Qualité des relations sociales (AVS, maîtresse...) Présence d'un suivi psychologique /résultats Bilans Bien-être (état de la personne, joie de vivre, humeur, état psychique, symptômes dépressifs, isolement), Éléments du discours/verbalisation Compréhension des difficultés, de la consigne	1
		Spirituelle/essence de l'être intérieur	Valeurs, estime de soi, Représentation de son trouble Conscience des rôles tenus	Conscience et verbalisation du trouble Elève, camarade, place dans la fratrie,	
suite Modèle MCRO-P	Centré sur l'Occupation	Soins personnels	Alimentation, Hygiène personnelle, Soins de l'apparence, Habillage, Sommeil	Sélectivité alimentaire, goût, préférence, régime, comportement alimentaire Propreté, énurésie, autonomie dans les soins d'hygiène Autonomie vestimentaire, code vestimentaire, Qualité du sommeil (réveil nocturne, agitation, cauchemar, état de somnolence diurne)	
		Productivité	Travaux scolaires	Rendement dans les travaux scolaires (notes, commentaires enseignants, évaluations) / Evolution des résultats (progression, logique d'échec)	2

Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation Mary Reilly (2013)		Loisirs	Activités ludiques	Rendement dans les activités ludiques (pratique activité sportive, créatives...) Investissement dans une association / acceptation du groupe de pairs	
	Prise en compte de l'Environnement	Physique	Environnement scolaire Lieu de vie Domicile	Situation de l'école, classe simple/double niveau Espace périscolaire (cantine, transport en commun, ALP) Niveau de participation aux différents enseignements Déménagement récent ou annoncé / Lieu de vie : campagne, ville Maison individuelle, appartement, chambre particulière/partagée, espace de jeu et de travail / Temps passé devant les écrans/jour	
		Social	Relations sociales cadre scolaire Sentiment d'être soutenu et compris	Qualité des rapports familiaux (parents séparés, éloignement, tensions...) Niveau acceptation du handicap Participation sociale (créer de nouveaux contacts et conserver les anciens) Qualité du cadre scolaire (AESH, instituteurs, enseignants, camarades) Verbalisation satisfaction du soutien	1 5
		Culturel	Habitudes de vie, Valeurs familiales /Acquisition de valeurs	Routine quotidienne, organisation et situation familiale (divorce, séparation) / Croyances, religion,	
		Institutionnel	Type école structures d'accompagnement Suivi médical et paramédical	École spécialisée ou non, redoublement / Services d'accompagnement, Médecin, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste Bilans existants	
	Centré sur la Participation	Activités	Activités signifiantes,	Réalisation, motivation, engagement, expression du plaisir/désir, expression volonté de faire, capacité à réaliser des choix,	2

				Absence, manque de motivation, isolement, apathie...	
--	--	--	--	--	--

Évaluation du Rendement Occupationnel	Soins personnels	Hygiène	MCRO Satisfaction, implication, volonté, engagement, participation	
	Productivité	Activités ludiques Activités scolaires	MCRO Satisfaction, implication, volonté, engagement, participation	3
	Loisirs	Activités sportives, culturelles, créatives	MCRO Satisfaction, implication, volonté, engagement, participation	

Questions signalétiques

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) d'Etat en ergothérapie ?

En 2007.

Dans quel type de structure exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?

Actuellement en cabinet libéral, avant j'exerçais en MAS, FAM avec des adultes polyhandicapés, troubles cognitifs et mentaux associés et aussi en ITEP avec des enfants troubles du comportement et TSA.

Depuis quand êtes-vous formé(e) à l'approche CO-OP?

2019.

Depuis quand utilisez-vous l'approche CO-OP?

J'utilise l'approche depuis la formation en 2019.

Avec quel public, utilisez-vous l'approche CO-OP ?

Avec des enfants qui peuvent quand même répondre à nos questions, à partir de 5-6 ans et jusqu'à l'adolescence avec des enfants qui présentent des pathologies de troubles des apprentissages....Retard de développement, ça peut être TSA si il y a un bon niveau cognitif...en fait, il faut quand même qu'ils puissent analyser une partie, ce qu'ils font, il faut quand même qu'ils puissent avoir accès à ces éléments là. Avec le public TDA/H, aussi

Questions générales

1. Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDA/H dans le cadre scolaire ?

Ça va être selon les objectifs que va énoncer l'enfant, selon les objectifs scolaires, selon sa motivation pour travailler ces objectifs là...ça va me permettre d'utiliser cette approche là...donc voilà, souvent c'est à partir de 3 objectifs et de pouvoir les travailler avec lui...comme ça, il y a une réelle implication, autant de lui, et aussi souvent de la famille, parce que la scolarité c'est quelque chose qui fait partie des premières demandes lors des bilans en ergothérapie.

Relance 1 : Quelles sont les principales difficultés exprimées par les enfants ?

Dans le cadre scolaire, " je trouve que j'écris mal", " je trouve que j'écris trop gros", " je trouve que mon écriture, elle fait des vagues", "j'arrive pas à bien à découper", "j'arrive pas à coller au bon endroit et ça dépasse de mon cahier", " quand je souligne, ma règle bouge", voilà les principales demandes. Pour les enfants TDA/H, ça va être c'est demande là aussi et tu vas avoir " j'arrive pas à rester concentré" " j'ai besoin de bouger", "j'arrive pas à rester assis tout le long sur ma chaise pendant que la maîtresse parle et comment je peux faire? "

Relance 2 : la place de l'engagement et de la motivation de l'enfant dans le choix de CO-OP est primordiale, c'est bien celà ?

C'est primordial, oui !

2. Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge en contexte scolaire ?

Relance 1 : Quels sont les bilans que vous utilisez ?

Pour le contexte scolaire, en bilan, je peux utiliser le BHK, les lenteurs d'écriture, l'accélération d'Ajuriaguerra, le Manos, tout ce qui est NEPSY avec le visuo spatial et aussi l'outil OT-HOPE où il y a une partie scolarité à l'intérieur. Alors, on utilise MCRO ou OT-HOPE et on voit dans ces évaluations là, l'enfant note sa performance aussi et nous, on note aussi..et on peut voir, lui, où il se situe par rapport à sa performance et nous aussi dans cette échelle, où on le situe.

Relance 2 : Comment évaluez-vous l'acquisition de ces nouvelles compétences ?

Les compétences vont dépendre de ce que l'enfant va vouloir travailler au départ, mais les compétences peuvent être soit, au niveau de la motricité fine, ou globale, visuospatiale, exécutif aussi. Après, c'est vrai que le fait que ce soit eux-même qui cherchent leur propres stratégies permettent qu'ils les intègrent mieux et qu'il puissent plus rapidement les remettre en place et il y a aussi, tout ce qui est sensoriel. Dans l'approche CO-OP, on fait 10 séances et au bout des 10 séances, on fait le point pour voir si on est arrivés à l'objectif qu'on s'était fixé au départ. En sachant, qu'on peut avoir un objectif très très général et puis après juste travailler sur une composante. Pour donner un exemple, j'écris trop gros, juste écrire la date du jour dans les interlignes et puis après pour arriver à " j'écris de taille normale partout sur mon cahier".

Relance 3 : Quelles difficultés rencontrez-vous pour faire émerger les objectifs de l'enfant?

C'est un enfant qui ne veut pas forcément dire, parce que par rapport aux autres enfants, il se sent un peu inférieur, il a pas envie forcément, envie de dire, lui, ses difficultés ou ça peut être le parent qui répond pour lui et qui voit pas forcément toutes les mêmes difficultés. Les autres choses, c'est aussi, que quand, on reçoit en bilan, on n'est pas dans le contexte classe, le contexte école, il peut y avoir ce biais là aussi, on voit pas son environnement, on voit pas tous les biais où il ya les camarades qui parlent, les bruits qu'il peut entendre dans la cour, la place en classe, tout ça qu'on ne voit pas forcément.

Relance 4 : Dans quelle mesure, faites-vous évoluer ces objectifs durant la prise en charge CO-OP??

Souvent, c'est quelque chose qu'on peut commencer à travailler au cabinet et ensuite, il faut le transférer dans les différents milieux de l'enfant, ça va être de le transférer à l'école, réaliser une ou plusieurs séances à l'école, mais ça peut aussi être à la maison pour les devoirs pour transférer et ensuite généraliser de partout.

3. On sait que l'enfant TDA/H a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté?

Au niveau des stratégies cognitives, c'est des choses que l'on peut imposer...un plan qu'on leur demande de suivre qui n'est pas forcément le plan que, eux, auraient suivi. Souvent, je prends l'exemple des lacets pour expliquer l'approche CO-OP. Les lacets, il y a pleins de façon d'y arriver différentes sauf que, on ne va pas passer par les mêmes actions pour y arriver. Si à la fin, c'est fonctionnel, ça marche, ton lacet, il est serré et que ça marche, c'est pas grave...et ils auront peut être pas la même logique que nous, mais si cette logique permet d'arriver au résultat...là, on est dans l'approche CO-OP et c'est là qu'on arrive à ce qu'ils intègrent, en fait...le but, c'est qu'ils arrivent par leur propres stratégies, même si c'est pas académiquement ce qu'on aurait attendu.

4. De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ?

Ça va être de faire le lien avec l'école, avec les parents et les différents intervenants autour de l'enfant et travailler dans les différents lieux de vie de l'enfant, dans les différents environnements qui vont permettre ce transfert et puis cette généralisation là des acquis.

Relance 1 : par les éléments clés de CO-OP (BPVF, TRANSFERT ET GÉNÉRALISATION)?

Oui, en fait, au départ, on peut voir avec eux comment créer un visuel, quelque chose pour eux qui est parlant, du "but plan, faire, vérifier"..et dans ce cas là, revenir à chaque fois là dessus et c'est aussi quelque chose qu'on apprend après à faire aux parents pour qu'ils puissent l'utiliser pour d'autres activités si besoin.

Relance 2 : Comment travaillez-vous avec l'enfant pour qu'il s'approprie et s'investisse la méthode ?

Ça peut être la présentation de dépliants sur la méthode ou c'est en entretien ou une séance où les parents sont présents aussi. On peut aussi leur laisser des petits exercices à faire à la maison, c'est important à faire entre les séances pour que ça ne soit pas que dans le cadre de la séance mais que ce soit travaillé un petit peu plus souvent.

5. Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ?

Relance 1 :Intégrez-vous l'enseignant/maîtresse, AESH à la démarche ? si oui, comment ?

Ça va déjà être une rencontre, expliquer la méthode, pourquoi pas montrer aussi l'évolution en fonction des premières séances et des dernières séances. Et pourquoi pas leur proposer d'assister à une séance et voir un peu cette méthode là.

Questions d'ouverture

Quels sont, selon vous, les forces et les limites de l'approche CO-OP pour la prise en charge des enfants TDA/H en contexte scolaire ?

La force pour moi est que ça les implique, parce que c'est eux qui arrivent à proposer leurs stratégies et que pour une fois, ils arrivent à être acteur et on leur impose pas forcément les choses, c'est eux qui sont acteurs de ça et qui arrivent à faire des choses parce que souvent, ce sont des enfants qui peuvent être dévalorisés par leur comportement, par ce biais là. Les limites, ça peut être au niveau cognitif, mais je vois pas trop de limites pour les TDA/H. J'en vois pour d'autres populations d'enfants.

Avez-vous d'autres éléments à ajouter, des éléments importants qui n'auraient pas été abordés? Non, c'est bon.

Questions signalétiques

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) d'Etat en ergothérapie ?

Juin 2012

Dans quel type de structure, exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?

J'exerce en cabinet libéral et je reçois essentiellement des enfants âgés de 4 ans à 16-18 ans.

Depuis quand êtes-vous formé(e) à l'approche CO-OP?

2018, 2 ou 3 jours de formations et quelques jours de rappel quelques mois après

Qui a dispensé la formation?

L'ANFE à Toulouse

Comment avez-vous découvert l'approche?

En parlant avec des collègues ergothérapeutes qui m'avaient dit que c'était une approche qui révolutionnait pas mal la pratique en ergothérapie. Ca chamboule tout parce que c'est une vision complètement différente de ce qu'on apprend depuis qu'on est né...on nous apprend à faire des choses de telle ou telle manière et là, c'est guider l'autre à apprendre tout seul, à trouver soi-même, les buts qu'il veut atteindre parce que c'est pas forcément les mêmes que nous et surtout qu'il puisse trouver lui même ses stratégies. Je trouve que ça change vraiment la vie parce du coup, moi, même avec mes enfants...au lieu d'être dans un enseignement direct, on essaye d'être plus dans un échange...guider l'autre à trouver des solutions.

Depuis quand utilisez-vous l'approche CO-OP?

Dès que je suis revenue de formation...après, j'ai pas mis beaucoup de temps à me l'approprier, ça était un peu comme un état d'esprit..après tout ce qui est méthodologie, j'ai mis un plus de temps à me mettre en pratique, à bien organiser mes séances, les suivis, etc. Avec CO-OP, c'est encore autre chose...mais l'application, vraiment, ça a été assez immédiat !

Avec quel public, utilisez-vous l'approche CO-OP ?

Pour le coup, je peux l'utiliser avec tous les enfants qui sont en mesure de s'exprimer, sur des buts atteindre ou qui sont en mesure d'élaborer des stratégies, d'être vraiment dans

l'échange....c'est vraiment la condition...alors chez les tout petits, si ça fonctionne aussi mais pour appliquer le protocole CO-OP, ça serait quand même un peu difficile et après ceux qui ne sont pas du tout dans l'échange....je peux avoir des phrases ou des manières d'aborder ou d'expliquer des choses qui sont finalement proches de CO-OP, j'incite l'enfant à trouver des choses par lui-même, mais le protocole CO-OP, en tout cas, c'est avec un public ciblé, qui est plutôt grand et qui va pouvoir s'exprimer sur des buts et qui va être capable d'investir ce but là pendant 10 séances puisque c'est ce qui est prévu dans le protocole CO-OP.

Questions générales

1. Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDA/H dans le cadre scolaire ?

C'est sur les objectifs, si les bilans mettent en avant des difficultés particulières dans certains gestes de vie quotidienne ou certaines occupations scolaires, on va aussi se baser sur ça en essayant du coup de demander à l'enfant ce qui est important pour lui...s'il y en a 2-3 qui ressortent...est-ce que tu veux qu'on travaille ensemble dessus? Ok, ça, ça peut devenir des buts à atteindre...les critères, c'est ça aussi.

Relance 1 : Quelles sont les principales difficultés exprimées par les enfants ?

Ce serait améliorer l'écriture je pense, que l'écriture soit moins fatigante et moins coûteuse, aller aussi vite que les copains souvent, après ça peut être, utiliser une paire de ciseaux pour pouvoir découper sur le trait, utiliser le compas pour faire des ronds comme mes copains, ça, ça va être plus en lien avec le scolaire.

L'enfant TDA/H, il va avoir un autre point pour lequel, souvent il vient nous voir, c'est, "j'ai des difficultés à me concentrer", "j'ai besoin de bouger en classe", c'est souvent des choses qui sont exprimées par les enfants. Nous on sait...on essaye de le mettre en avant pour travailler et pour que ça soit plus facile pour lui. On va partir du but...le but c'est quoi? "passer une matinée, passer 2 heures assis en classe", c'est le but, ce qu'on attend de lui, c'est ce qu'on attend de l'enfant qui est en classe.

Déjà, est-ce que c'est possible pour toi? non/oui...Oui, c'est possible, très bien...le but est atteint..."Non, c'est pas possible"...alors pourquoi c'est pas possible?"..."ben parce que j'ai envie de bouger"...alors du coup, "est-ce que tu veux qu'on trouve des stratégies pour pouvoir

peut être bouger ou pour éviter de bouger" ou en tout cas pour pouvoir atteindre le but de rester en classe pendant 2 heures et donc du coup, si l'enfant est motivé...de toute façon, c'est ça...il faut qu'il y ait une motivation et une implication de l'enfant et ces difficultés là, elles peuvent être travaillées comme ça..."ok tu as des difficultés à rester concentré en classe, est-ce que tu veux trouver des stratégies qui vont t'aider à le faire?" oui? ok, donc on va élaborer des buts à partir de ça.

Après, ça peut aussi être des buts comme...les enfants TDA/H, ils ont aussi souvent du mal à se mettre au travail, à sortir leurs affaires...le but, ça peut être : "je me mets au travail tout seul"...dans les stratégies, on va l'aider à dire que "pour se mettre au travail, il a besoin de ses affaires...donc lui même, il va se dire : "1/je sors mes affaires 2/..."

2. Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge en contexte scolaire ?

- *Relance 1 : Quels sont les bilans que vous utilisez ?*

Pour identifier les objectifs de l'enfant, on se base beaucoup sur la grille OT-HOPE, j'ai pas le tableau, mais j'ai les grilles, les questionnaires qui reprennent les activités par différents domaines et en fait, souvent, je fais un mixte entre OH-HOPE et la MCRO.

OH-HOPE va me permettre d'identifier les activités qu'il ne peut pas faire seul et ensuite les indicateurs de la MCRO, c'est-à-dire le rendement, l'importance et la satisfaction.

Par exemple, "écrire sur les lignes, je ne sais pas faire"...alors, est-ce que ça, c'est important pour toi de savoir le faire seul, tu me donnes une note de 0 à 10.

Quand je fais le protocole CO-OP, c'est comme ça que je fais et donc, du coup, après on voit quelles sont les activités qui sont le plus importantes pour lui. On part du rendement et de la satisfaction, ça sera notre point de départ pour arriver à un rendement et une satisfaction plus importante à l'arrivée. C'est ça, vraiment, l'objectif.

Les notes de rendement, importance et satisfaction du coup, je les cote au début et à la fin pour voir l'évolution.

Après y a les évaluations comme le PQRS où on note vraiment l'activité, la tâche, mais il ya des choses qui sont un peu abstraites, par exemple, se concentrer en classe...moi, je préfère me fier à ce que me dit l'enfant et à ce que va me dire la prof ou l'AVS...ça pourrait être

intéressant que eux aussi donnent une note sur le découpage par exemple au niveau du rendement...ça pourrait être très intéressant.

- Relance 2 : Quels sont les outils spécifiques que tu utilises dans l'approche CO-OP?

En dehors de l'évaluation du coup, j'utilise le processus "but-plan-faire-vérifié". Donc, déjà les premières séances, ça va être de savoir ce qu'est but, ce qu'est un plan, pourquoi, on vérifie...et donc vraiment identifier ça avec l'enfant.

On va faire des plaquettes avec le "BPFV" pour que lui, vraiment soit dans cette démarche...après, on peut utiliser au début, il faut vraiment que l'enfant comprenne ça...Après, c'est un état d'esprit...dans la vie de tous les jours "quel est mon but?" "d'aller faire mes courses?" "ok.."comment je m'y prend" il faut insister sur ce processus là...on va pouvoir fabriquer des puzzles "but-plan-faire-vérifié"...ils sont tous indépendants, il va falloir les raccommoier...partir sur une activité que l'enfant adore...le coloriage, là, je vais te montrer ce que c'est que le but...là, c'est de faire le coloriage.

Si l'enfant veut faire un petit outil sur le thème d'Harry Potter par exemple, s'il adore Harry Potter..un truc qu'il va pouvoir garder avec lui. Moi j'insiste vraiment sur le BPFV...c'est la base de tout et c'est ce qui permet de pouvoir transposer cet état d'esprit.

3. On sait que l'enfant TDA/H a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté?

Quand l'enfant ne sait pas forcément ce qu'il veut faire...ce sont des enfants qui arrivent en bilan...Par exemple, il n'arrive pas à faire ses lacets...mais finalement, l'enfant ne veut pas faire ses lacets...Moi, honnêtement, je ne vais pas forcer un objectif pour le faire.

Après, ça peut être un travail, d'aider à l'identification des objectifs. Ça peut prendre plusieurs séances...ça peut être de le mettre en situation et du coup, "là, tu penses que tu as réussi ça ?" alors, "est ce que ça peut être un but pour toi?" ou alors aller l'observer en classe si c'est un enfant TDA/H qui a du mal à se concentrer..."j'ai observé ça..." du coup "pour toi, est ce que c'est vraiment gênant?" Pour un enfant qui n'arrive pas à se rendre compte de ce qu'il fait ou ne fait pas...le mettre en situation, sans le mettre en échec évidemment et toujours sur le principe de bienveillance bien sûr.

Pour découvrir les stratégies de l'enfant TDA/H, c'est tout ce qui va être autour de la découverte guidée, c'est guider l'enfant à ce qu'il découvre par lui-même des stratégies.

C'est un vocabulaire spécifique, une attention et une observation spécifique...il faut être attentif à ce qu'il est entrain de faire pour pouvoir rebondir et lui dire " tu vois, là par exemple, j'ai observé que tu avais utilisé cette main...alors, est ce que pour toi, c'est la bonne façon de faire? "...tu penses qu'il y aurait une autre façon de faire? "

Il faut être très attentif et le guider...Après, moi j'utilise beaucoup les photos et les vidéos pour que lui-même se rende compte de ce qu'il a fait et qu'on puisse rebondir ensemble..."là, tu vois sur la vidéo, ton bras, tu peux me dire comment il était?"...après, il ne faut pas dire qu'il est mal positionné...mais plutôt "pourquoi ce bras-là, tu as décidé de le placer là?"oui/non...alors ok, ça fera partie de tes stratégies, ton bras sera là, ok...s'il te dis non..."alors où est ce que tu peux le mettre?"

4. De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ?

Le but à atteindre, on le travaille en séance et quand le but est atteint, quand les stratégies ont été trouvées et que le plan fonctionne..l'étape d'après, ça va être qu'il puisse le faire à l'école. Je fonctionne beaucoup avec des fiches qui reprennent le but, les stratégies.

On peut même mettre des photos....si par exemple, c'est une posture, pour un enfant qui ne savait pas comment se positionner...pour être dans une posture de travail, dans une position qui lui permet de travailler et de se concentrer..le prendre en photo et plastifier la petite fiche et du coup, la mettre sur son bureau....ça évidemment je le fais quand la maîtresse et l'AVS sont au courant...Je fais beaucoup de lien avec elles en leur disant " il a appris, on a travaillé cette performance scolaire là, il a trouvé des stratégies qui lui permettent de réussir"..tout va être sur cette fiche là et il l'aura sur son bureau si besoin...donc n'hésitez pas à y faire référence, à l'encourager".

Des fois, avec certains, on a fait des cahiers avec du coup par page, y a des buts différents...Lise que tu avais connu, on avait fait " Les astuces de Lise"...Les objectifs, c'était de découper correctement, de coller, c'était quelque chose qui l'embêtait, de bien se tenir pour

améliorer son écriture"...c'est ce qui était ressorti de OT-HOPE, c'est ce qui était important pour elle...et quand elle avait réussi, ça avait été assez rapide...en quelques fois, en 1 ou 2 séances, elle avait identifié comment il fallait qu'elle découpe, ce qui fallait plus qu'elle fasse, ce qui fallait qu'elle fasse, on avait fait une fiche et c'était bon.

Après, il y a aussi tout le travail à la maison pour que ce soit bien fait à l'école, il faut qu'elle puisse s'entraîner. Toutes les séances que tu vas faire et après, c'est très important de donner des devoirs, comme ils appellent dans CO-OP, des exercices à faire pour que l'enfant s'entraîne à la maison...c'est un autre lieu que les séances d'ergo, il s'entraîne à la maison et du coup, il a déjà un peu transféré...il n'est pas dans l'environnement de l'école et après, moi je trouve que ça optimise le transfert à l'école, la généralisation.

La généralisation, ce serait "se mettre au travail pour un exercice", tu le fais aussi à la maison, à l'école...c'est le transfert, c'est juste changer le lieu et tu le fais pour les autres activités...apprendre une poésie par exemple...c'est cet état d'esprit de dire " bon ben, faut être posé...si ça fonctionne pour la poésie" sur d'autres activités...

5. Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ?

- *Relance 1 :Intégrez-vous l'enseignant/maîtresse, AESH à la démarche ? si oui, comment ?*

Souvent, c'est la communication par mails ou par téléphone...en expliquant cette méthode pendant les équipes éducatives...aider dans cette résolution de problèmes, dans la logique, c'est de la communication et expliquer cette approche CO-OP, ce que l'on recherche avec cette approche CO-OP et dire que ce sont des enfants pour qui l'enseignement direct ne fonctionne pas tout le temps.

Ce sont des enfants qui n'ont pas le même fonctionnement que les autres enfants...ils sont un trouble neurodéveloppemental, donc forcément, il ya des choses qu'ils ne vont pas percevoir comme les autres...quand on va leur demander de faire un exercice de maths..les TDA/H par exemple, ils vont souvent avoir le résultat avant d'avoir la méthodologie...il faut leur expliquer que toi avec cette approche, tu vas les aider à coller à ce qu'on attend d'eux...donc c'est de la communication, des mails, leur envoyer des fiches, leur demander aussi, elles, ce qu'elles en pensent...faire une évaluation après...

Aller en classe aussi, c'est très très bien...quand les maîtresses sont ok pour observer du coup ce que toi, tu as travaillé en séances...c'est encore une étape différente...elle va le faire à côté de toi, donc toi, tu seras la personne rassurante et après sans toi...Aller en classe, c'est une bonne chose.

Le top, c'est de faire des séances hors de la classe avec l'AVS, si elle veut faire une séance et participer ici ou à l'école...il faut baigner dedans, entendre ce vocabulaire...entendre cette façon de parler, de solliciter l'enfant, de ne pas le mettre face à son échec...mais au contraire, se servir de ce qu'il n'a pas réussi pour rebondir.

Questions d'ouverture

Quels sont, selon vous, les forces et les limites de l'approche CO-OP pour la prise en charge des enfants TDA/H en contexte scolaire ?

C'est le volet cognitif, le langage et la motivation. Si des fois, les enfants TDA/H peuvent se démotiver ou vite avoir envie de passer à autre chose...pour que cette méthode fonctionne, il faut vraiment pouvoir prendre son temps...j'explique à l'enfant qu'il faut prendre son temps...je prévois aussi beaucoup d'activités qui vont prendre plusieurs séances...mais là, on sort de CO-OP parce que c'est vraiment faire l'activité en elle-même.

Sur la motivation, si les choses ont été bien faites dès le début, le but, c'est vraiment quelque chose qu'ils ont envie d'atteindre...ces enfants là, ils ont une persévérance assez importante, donc..franchement, s'il ya eu une bonne identification au début, un bon travail sur le But-plan, faire, vérifié....il faut garder le vocabulaire....

Avez-vous d'autres éléments à ajouter, des éléments importants qui n'auraient pas été abordés?

La famille, c'est important...comme on disait, c'est un état d'esprit, on est ergos, on voit plus souvent les familles, c'est une triade entre la maison...quand il faire les devoirs..il ne faut pas qu'il soit remis en arrière...l'implication de la famille est hyper importante..c'est important d'expliquer au début de CO-OP, ce que c'est cette méthode, est ce que vous êtes prêt pour

suivre là dedans...les inviter à participer à la séance pour qu'ils écoutent, qu'il te voient faire...c'est ce que l'on apprend en ergothérapie, l'un ne va pas sans l'autre...tu ne peux pas travailler que sur l'école ou que sur la famille...c'est un ensemble, c'est un système.

Ok je vous remercie alors pour cet entretien

Questions signalétiques

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) d'Etat en ergothérapie ?

2004

Dans quel type de structure, exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?

En libéral depuis 2010, avant j'ai travaillé en structure

Depuis quand êtes-vous formé(e) à l'approche CO-OP?

2014

Qui a dispensé la formation?

A l'IFE de Toulouse

Comment avez-vous découvert l'approche?

Par des lectures, parce que j'ai été formatrice MCRO, donc tout ce qui est occupationnel, les modèles canadiens, ça me parle depuis très longtemps et voilà, surtout les lectures et l'intervention à l'école.

Depuis quand utilisez-vous l'approche CO-OP?

J'ai un peu du mal à appliquer complètement le protocole strict, je ne fais pas systématiquement le PQRS, j'utilise pas forcément toutes les terminologies. Je me suis rendue compte que j'utilisais un peu la façon CO-OP depuis que j'ai été diplômée en fait. J'ai fais mon mémoire sur la MCRO, j'ai été formatrice après avoir été diplômée et je me suis rendue compte que j'ai eu cet accompagnement avec tous les enfants que j'ai eu, même après avec les adultes. Je ne mets pas en place le protocole stricto-sensu.

Avec quel public, utilisez-vous l'approche CO-OP ?

Avec un peu tout le monde, y a des enfants avec qui, ça colle bien, y a des âges avec qui ça colle bien...c'est vraiment dépendant de l'enfant, s'il va se saisir, s'il avoir ce recul un peu sur lui, s'il va aimer être investi dans la prise en charge, prendre un peu les rennes. Ya des enfants qui n'ont pas du tout cette possibilité de revenir sur leurs actes, d'analyser...ils ont besoin qu'on leur montre, ils ont besoin qu'on les guide...pas à pas.

Pour CO-OP, ça dépend vraiment du profil de l'enfant, avec ceux avec qui ça collent, tous troubles confondus, autisme, troubles des apprentissages, enfant avec un haut potentiel, c'est vraiment tout secteur.

Dans la patientèle, beaucoup d'enfants ont un TDA/H cumulés à d'autres troubles dys...tout dépend de l'impact du trouble attentionnel...pour certains, cognitivement parlant, l'approche CO-OP va être trop coûteuse et va un peu trop les exciter...ils vont avoir du mal à se poser...ça dépend d'un enfant TDA/H à un autre...

Questions générales

1. Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDA/H dans le cadre scolaire ?

C'est tout ce qui est engagement, d'être un peu acteur de sa thérapie pour essayer de trouver des solutions avec nous, en étant guidé, la possibilité cognitive...si le surcoût cognitif est trop important et que l'enfant n'arrive pas à se poser, il tourne en rond, il trouve pas la solution...alors du coup, on va peut-être moins appliquer la méthode CO-OP, mais un peu plus le guider, séquencer et utiliser encore d'autres approches. Ça dépend vraiment des enfants.

Après, il faut qu'il soit un minimum conscient de ce qui pêche quand même et de pouvoir aller chercher des solutions. Y a des enfants qui vont être bloqués...ils voient la difficulté mais ils ont du mal à l'analyser...ils tournent en boucle et on voit qu'ils s'y perdent, ils ne voient pas où on va et pour eux, c'est pas opérationnel.

Relance 1 : Quelles sont les principales difficultés exprimées par les enfants ?

C'est toujours, des difficultés qui vont être liés à un trouble pratique...je n'ai pas de TDA/H purs...manipulation des outils scolaires, l'écriture, ça va être...le trouble attentionnel, l'agitation motrice, avoir du mal à rester sur sa chaise, avoir besoin de se lever...mais

principalement, les plaintes, c'est l'écriture, les outils scolaires, l'organisation dans leur travail, le retour sur leur travail, l'autogestion et pouvoir canaliser les difficultés attentionnelles.

2. Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge en contexte scolaire ?

- *Relance 1 : Quels sont les bilans que vous utilisez ?*

Pour certains enfants, en libéral, je n'utilise pas trop la MCRO, parce qu'on a déjà toute une batterie de tests à leur faire passer.

Souvent, le jour du bilan, je ne vais pas sortir la MCRO, je vais la sortir un peu plus tard au cours des suivis...pour là justement prioriser ce que moi j'ai mis en évidence le jour du bilan.

Et reprendre avec l'enfant les objectifs et lui dire, voilà ce qu'on a mis en évidence, voilà où ça pêche, du côté de la maîtresse, voilà les retours qu'elle a fait, du côté de papa et maman, voilà les besoins qu'ils ont et de ton côté à toi, qu'est ce que tu veux travailler et on essaye de prioriser.

On essaye de faire au moins, un objectif pour l'école, un objectif pour l'enfant et un objectif pour la famille. Par exemple, ça peut être l'autonomie pour préparer son cartable pour la famille, pour l'enfant, ça va être "moi j'arrive pas à me concentrer en classe, à rester attentif" et pour l'école, ça peut être, l'organisation dans le travail ou l'écriture.

J'essaye toujours de choisir et de négocier les objectifs avec eux...un qui va leur plaire..

Y' en a , ça peut être le vélo, le brossage de dents, un "truc un peu plaisir" sur lesquels je vais les accrocher aussi parce que cette méthode, elle se base là dessus. Il faut prioriser les objectifs pour faciliter l'engagement de l'enfant.

Autant déjà partir sur un objectif qui lui plait pour lui montrer qu'il peut être en réussite et après on va amener les objectifs sur lesquels, il est peut être moins participatif, mais parce que c'est imposé par le cadre de l'école ou imposé par une demande de la famille.

- *Relance 2 : Quels sont les outils spécifiques que tu utilises dans l'approche CO-OP?*

Pour certains, j'ai pu utiliser le PQRS. Quand je suis sortie de la formation, on a toujours eu envie d'appliquer le protocole. Les 6 premiers mois, ils ont tous eu le PQRS et puis après...olalalala...j'aime beaucoup filmé les enfants, de toute façon, déjà tous mes bilans sont filmés...j'ai déjà une base au niveau de la réalisation de l'activité, j'ai déjà une évaluation initiale et après au fur et à mesure des séances, je ne me donne pas de délais particuliers...et toutes les 2/3 séances, je re filme pour voir quelles étapes qu'il a passé et surtout, je les envoie à la famille...je vais utiliser beaucoup la vidéo...le PQRS, franchement, pas beaucoup et le BPFV, je l'utilise pas. A la rigueur, on va le faire ensemble avec l'enfant. Le support pas forcément avec les enfants TDA/H, plus ça va, plus je fais " à ma sauce!"

3. On sait que l'enfant TDA/H a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté?

Ca va dépendre des enfants, y a des enfants à qui on va donner des indices. Par exemple, pour l'écriture, ils ont du mal à écrire, c'est coûteux, ils gigotent, ils écrivent pas sur la ligne.

Moi je vais écrire et leur montrer en disant "qu'est ce que tu vois comme différence?"

Souvent je les filme aussi pour l'écriture. J'en ai un que j'ai filmé pour qu'il se rende compte...c'est très intéressant de lui dire "bon, ben qu'est-ce-que tu vois sur la vidéo?" "olalala, je suis tout tordu, oh ben dis donc! je tiens mon crayon super fort"...Pour certains enfants, la vidéo, c'est super...ils arrivent plus rapidement avec la vidéo à percevoir ce qui ne va pas, sinon, ils ne voient pas bien, ils ne mesurent pas ce qu'il faut améliorer, le retour vidéo est pas mal.

4. De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ?

Au niveau scolaire, si je fais les séances en cabinet, je ne vais pas avoir beaucoup de liens avec l'école, mais ce n'est pas grave, je vais pouvoir le créer, appeler la maîtresse ou la rencontrer et lui dire " voilà, ce qu'on est en train de travailler..." tout dépend si je vais en séances à l'école où là, le lien est là et je vais vraiment pouvoir expliquer un peu plus la démarche à la maîtresse. Souvent, c'est ça qui ça pêche...l'enfant, il va le mettre en place en séance avec moi, le répéter et l'automatiser en séance, mais au moment, où il est en classe, en situation réelle, on lui demande déjà tellement d'autres choses à gérer.

Si on explique pas à l'AVS, à la maîtresse un peu les étapes, comment il faut le guider et un peu réduire l'exigence, l'enfant, ça marche pas...il arrive pas à transférer tout seul...donc déjà si je le transfère à la maison sur les devoirs, si, on travaille l'écriture, essayer de suivre les lignes, d'essayer d'avoir une jolie écriture. Les supports, je vais forcément les montrer aux parents, je peux les investir dans la séance pour qu'ils viennent voir la façon de faire pour essayer déjà de généraliser à la maison sur les devoirs...c'est déjà une bonne première étape.

5. Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ?

Comme on disait, c'est l'importance des deux environnements de l'enfant.

Questions d'ouverture

Quels sont, selon vous, les forces et les limites de l'approche CO-OP pour la prise en charge des enfants TDA/H en contexte scolaire ?

La limite, ça va être, comme beaucoup de chose que l'on met en place...si on n'a pas le soutien, avec la famille pour nous aider à la généralisation, ça ne marchera pas...et si, on a pas de soutien avec l'équipe enseignante, c'est pas pareil...Si la maîtresse est complètement hermétique et elle adapte pas ou si l'AVS ne veut pas écouter ou utiliser un peu la même stratégie pour le guider, bon, ben, ça va pas marcher. Donc, c'est vrai que ça demande d'avoir un vrai travail de partenariat et puis d'explications, parce que cette méthode, elle est complètement nouvelle.

Déjà pour les ergothérapeutes, c'est un changement de paradigme complet. Je me rends compte avec les collègues qui sont venus avec moi à la formation, ils me disaient " quand même, ce sont des concepts de performance, de rendement, c'est du vocabulaire qui peut être difficile et qui peut aussi être difficile à expliquer aux enseignants et aux familles.

Moi, comme j'ai l'impression d'avoir été baignée depuis que j'ai été formée, depuis que je suis ergo dans ces mots là, ça ne me gêne pas et en même temps, mes collègues ergo qui sont formés à l'éducation thérapeutique, ils se disent que c'est plus proche du CO-OP en fait, c'est pas du tout le même langage, mais c'est le fait de mettre le client au centre de la prise en charge et de les guider comme ça, c'est un peu de l'éducation thérapeutique. Donc finalement, ce n'est pas très nouveau ce truc....

La généralisation avec CO-OP ou sans CO-OP, il faut être main dans la main avec les partenaires et qu'on aide l'enfant à faire ce transfert et cette répétition et cette généralisation...je le vois notamment, c'est plus avec les lacets, mais la difficulté, elle est encore plus grande sur les tâches scolaires et avec l'écriture...où il va pouvoir appliquer les méthodes en séance, mais la généralisation, franchement, en classe, elle va être très difficile, parce qu'en situation de classe, on n'est pas en situation de famille.

En situation de classe, il y a la notion de vitesse, de groupe, d'exigence de la maîtresse et même si, l'enfant applique une bonne stratégie CO-OP, dans le contexte classe, c'est pas applicable.

Des fois, il a deux minutes, il n'a pas le temps de bien former ses lettres, parce qu'il n'a pas le temps de répéter, de s'appliquer la petite routine qu'il s'est fait, ça va trop vite dans les écoles et en fonction de l'âge et de l'exigence de la maîtresse...l'écriture, je trouve ça difficile au niveau de CO-OP.

Les outils scolaires, c'est plus facile je trouve...les règles, le compas, tout ce qui va être l'organisation de la tâche, les stratégies pour un peu se canaliser, se poser, résoudre des problèmes....ça, ça va aller. L'écriture, ça reste quand même très très difficile...CO-OP ou pas CO-OP.

L'outil informatique, pour certains enfants avec le TDA/H, c'est un bon support avec CO-OP, apprendre à manipuler les outils...ça, ça peut bien aller...moi, j'en avait un qui était TDA/H majeur, mais par contre HP et à partir du moment...il a crû que c'était lui qui m'apprenait l'ordi....sur chaque logiciels, "bon, mais comment on pourrait faire?"...il adorait, y a que comme ça, que j'ai réussi à l'avoir...les exercices que je lui proposait l'ennuyait, il ne trouvait pas de sens et j'ai inversé la donne en disant "ben voilà, t'as envie de découvrir ce logiciel word, qu'est ce qu'il peut nous permettre, qu'est ce qu'on peut faire avec?", pas mal et là, il a adoré...Sur certains profils, ça peut être très bon, et les HP, ça leur plaît beaucoup.

Avez-vous d'autres éléments à ajouter, des éléments importants qui n'auraient pas été abordés?

J'ai envie de dire, qu'en pratique, on n'est pas les seuls à être formés à CO-OP, y a un gros souci de communication autour de ça...les psychomotriciens ne sont pas fait pour faire CO-OP.

Ils n'ont pas notre abord, d'analyse de l'activité, de ce que cela demande pour l'enfant, l'analyse des points d'échec de l'activité, si on analyse pas l'activité et ce qu'elle demande, on va à côté...pour moi, c'est notre spécificité en tant qu'ergo...c'est bien d'avoir un concept, de mettre le patient au centre...ils peuvent le faire sur des objectifs psychomoteur...mais le bagage pour l'analyse d'activité, c'est notre métier.

Ok je vous remercie alors pour cet entretien

Questions signalétiques

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) d'Etat en ergothérapie ?

Ca fera 9 ans, cette année

Dans quel type de structure exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?

Exclusivement en libéral

Depuis quand êtes-vous formé(e) à l'approche CO-OP?

Je crois que c'est 2015

Qui a dispensé la formation?

C'est une formation labellisée ANFE, de l'académie COOP, une professionnelle canadienne, Rose...je ne sais plus son nom...

Comment avez-vous découvert l'approche?

(hésitation longue) soit via une autre formation, soit via des recherches internet ou sur le catalogue ANFE

Depuis quand utilisez-vous l'approche CO-OP?

Depuis la formation, assez rapidement

Avec quel public, utilisez-vous l'approche CO-OP ?

Alors, je l'utilise avec un public, quasi exclusivement d'enfants. En ce moment avec une adulte, je l'utilise aussi...du coup, elle a les capacités intellectuelles, ça correspond à son mode de fonctionnement, elle a les compétences intellectuelles pour le faire.

Je suis plutôt sur les critères excluant. Pour moi, c'est "difficultés verbales" parce que du coup, on passe beaucoup par la verbalisation et accès à certaines compétences cognitives. Si je vois que l'enfant est quand même vite "en plafond", je ne vais pas utiliser cette approche là parce que quand même, elle sollicite énormément. Elle fait beaucoup appel à ses compétences cognitives ou alors très adaptée...ce qui est excluant je trouve, c'est vraiment l'accès au langage, dans tous les cas.

Questions générales

1. Sur quels critères, choisissez-vous d'utiliser l'approche CO-OP pour accompagner l'enfant TDA/H dans le cadre scolaire ?

Il y a des pathologies, mais c'est aussi en termes d'âge. Trop jeune, c'est compliqué. Il faut quand même...pour moi..après...peut être que je reste aussi dans cet âge là parce que c'est plus facile, mais par habitude, je trouve que pour les plus jeunes, les moins de 5 ans, c'est pas le public qui est le plus représenté dans mon cabinet, mais moins de 5 ans, c'est compliqué.

Relance 1 : Et avec les enfants TDA/H? Vous utilisez l'approche?

Tout dépend de l'objectif et du coup, surtout le point de départ de CO-OP, ça va être de déterminer pour moi, les occupations avec l'enfant, sur lesquelles, il veut s'améliorer.

Donc là, j'utilise le MCRO et après selon l'objectif, qu'on va essayer quand même d'affiner au maximum, surtout avec l'enfant TDA/H pour qu'il soit dans la réussite plus rapidement. Parce c'est quand même pas le plus évident pour eux, de passer par du CO-OP sauf si l'intérêt de l'occupation est très fort.

Les limites sont au niveau des fonctions exécutives, la planification...ça va structurer, mais c'est vrai que du coup, on va mettre l'enfant dans cette situation d'auto-découverte...il faut vraiment que l'entonnoir de l'objectif soit bien fait pour que la motivation soit vraiment présente, pour qu'il soit quand même dans une phase active de recherche...parce que du coup, un enfant avec un TDA/H peut plus facilement...en tout cas être moins endurant dans les difficultés. Il faut que ce soit bien contrebalancé par rapport à l'objectif, qu'il soit au juste niveau et que les intérêts soient +++ .

Relance 1 : Quelles sont les principales difficultés exprimées par les enfants TDA/H,

Les enfants TDA/H ne viennent pas chez l'ergo, que pour des difficultés de concentration..alors du coup, y a un mixte.

Après du coup, l'enfant TDA/H, hier justement, il y en avait un...la plainte principale qu'il exprimait et que l'on retrouve...c'est bête mais c'est juste de ne pas réussir à mener son attention du début à la fin dans une tâche, les difficultés d'organisation...de manière plus

générale, par rapport à leurs centres d'intérêt, colorier, savoir découper sur le trait, tirer un trait à la règle sans que la règle bouge, pouvoir faire ses lacets et après, du coup, les parents, ça va être sur l'habillement, le laçage, c'est pas forcément trop une plainte chez les enfants, ils contournent assez facilement, mais les parents...oui...ça revient plus chez les parents que chez les enfants...si on les interroge là dessus, ils ne sont pas contre de travailler ça, mais c'est pas forcément un objectif qui les dérange et y a beaucoup de chaussures qui sont à scratchs tout simplement et ils s'en débrouillent....mais du coup, ça ne fait pas partie des occupations qui ont le plus d'intérêt pour eux.

Relance 2 : si on revient sur les difficultés attentionnelles de l'enfant TDA/H, comment allez vous travailler en séance ?

Alors, je vais utiliser...je ne suis pas une grande spécialiste des fonctions exécutives, j'ai fait un D.U., mais je ne me sens pas super légitime pour travailler donc je ne l'exploite pas à fond. On va s'appuyer et adapter le cadre de la séance...je vais utiliser le time-timer pour donner une indication de temps, on peut faciliter le travail en séance en adaptant le support de travail, s'il a besoin de bouger, on va passer debout, assis, passer au sol, mettre un coussin, changer l'assise, etc. Après, moi je travaille pas forcément sur les indicateurs, je travaille pas sur la prise de conscience de la perte d'attention.

Ya peut être des outils qui servent à ça et qui permettent à l'enfant de faire...ça va passer du coup par des conseils de ce type là avec des enseignants, en classe, je peux facilement faire des adaptations pour que la classe soit un petit peu plus flexible, notamment pour l'enfant...

2. Comment construisez-vous les objectifs de prise en charge en contexte scolaire ?

- Relance 1 : Quels sont les outils spécifiques que tu utilises dans l'approche CO-OP?

Moi j'utilise la MCRO et les échelles de satisfaction et de rendement qui ont été adaptées...ces 3 échelles là...du GEPPE, des ergos du Geppe...elles avaient matérialiser des échelles avec de la couleur..ça effectivement, si pour l'enfant, c'est difficile de verbaliser et d'identifier des activités, je peux utiliser l'outils OT-HOPE...

- Relance 2 : Vous utilisez le BPFV?

ça veut dire quoi? oui, Mr le détective, je l'appelle...oui, oui !

- Relance 3 : comment vous évaluez l'acquisition des nouvelles compétences?

Par la MCRO, avant et après, établir 5 activités...j'ai pas encore fait la formation MCRO, je vais la faire bientôt, ça va me permettre de réactualiser un peu CO-OP, mais ces 5 activités et l'évaluation de la satisfaction, le rendement, l'efficacité...du coup ces 3 là sont réévaluées.

3. On sait que l'enfant TDA/H a du mal à élaborer des stratégies de façon spontanée...comment l'aidez-vous à surmonter cette difficulté?

Si je suis face à un enfant qui n'arrive pas à voir, je peux utiliser soit l'exagération, alors du coup, je vais refaire la même chose que lui et je grossis un peu le trait et du coup, l'effet miroir, c'est un biais un peu humoristique...ça peut fonctionner ou je peux utiliser la vidéo...voilà, c'est deux choses qui me viennent...j'ai déjà aussi demander à ce qu'il essaye de faire sur moi, de prendre mes mains et les déplacer...un peu comme un jeu de rôle...

4. De quelle manière proposez-vous à l'enfant de transférer les acquis de l'approche dans ses activités scolaires, de manière à améliorer sa performance occupationnelle ?

La première stratégie s'il la trouve, elle est en trace écrite, on fait un passage à l'écrit avec des codes couleurs, avec des petits dessins ou picto et trouver un nom à cette solution qui est évocatrice pour l'enfant. Je vais dire n'importe quoi...le bec du perroquet par exemple...si ça correspond à une prise pour tenir une règle et que c'est évocateur pour l'enfant...je vais lui demander ce que ça lui évoque...un animal, un objet, une couleur...et voilà...c'est pour ça que l'élaboration du langage soit quand même une ressource pour l'enfant.

5. Comment mettez-vous en place cet accompagnement avec l'enfant et son environnement scolaire ? (intégration de la maîtresse, AESH, parents)

Tous les objectifs qui sont signifiants pour l'enfant ne le sont pas forcément pour l'entourage, donc on va dire que des fois, si on travaille le coloriage en CP ou CM1, ça n'a pas forcément de sens pour l'enseignant, peut-être que le parent, non plus, ce n'est pas forcément ses attentes, c'est vraiment dans le cadre de ses activités de loisirs à lui...sinon, ça passe par le fait que les parents peuvent venir en séances...si je veux que la stratégie soit utilisée à la maison...je peux faire venir une AVS en séance pour qu'elle rappelle la stratégie à l'enfant en

classe...généralement, je ne vois pas les enseignants parce que tout simplement, ils sont en classe pendant que je fais les séances, mais c'est transmis oralement après.

Questions d'ouverture

Quelles sont, selon vous, les forces et les limites de l'approche CO-OP pour la prise en charge des enfants TDA/H en contexte scolaire ?

Si il y a un trouble du comportement, il faut quand même être capable de se poser plus de 5 minutes avec l'enfant. On va dire sur l'hyperactivité ou sur des pertes attentionnelles trop importantes, on va dire que pour moi, c'est un frein..après, on peut adapter CO-OP quand même...Même si on suit pas exactement la méthode..de toute manière, avec ces enfants-là, il faut quand même suivre encore plus l'intérêt de l'enfant..donc oui, c'est un frein, après je pense qu'une grosse partie peut être surmontée si on adapte le cadre de la séance et qu'on affine l'objectif. Par contre, dans le TDA/H, il y a une telle dévalorisation de l'enfant, de ses capacités, une absence de confiance en lui parce qu'il n'arrive pas à mener ses choses au bout..donc, si nous on place la barre trop haute et qu'on affine pas avec lui l'objectif en disant " voilà, le coloriage pixel, c'est peut être un peu compliqué, on peut commencer par un coloriage plus..." affiner et changer le type de coloriage, le type d'outils, cibler un objectif dans le coloriage...je pense qu'on peut toujours adapter l'objectif.

Avez-vous d'autres éléments à ajouter, des éléments importants qui n'auraient pas été abordés?

Des fois, le choix d'objectifs peut être choisi avec la famille pour que la famille adhère autant que l'enfant...je peux leur laisser le choix d'un ou de deux objectifs. On essaye de trouver un terrain d'entente. Ça satisfait les parents et l'enfant. L'approche CO-OP est assez courte dans le temps, ne pas faire durer les choses et voir entre chaque séance, une amélioration et de satisfaire la satisfaction de l'enfant...il faut quand même, pour ne pas qu'il perde son intérêt , que ça dure trop longtemps...

Après, on fait pas ça toute la séance, parce que cognitivement, ça implique beaucoup. CO-OP en général, c'est sur des schémas moteurs donc, ça démarre toujours par bien cibler l'objectif, la mise en situation, l'identification des obstacles, s'il est satisfait ou pas, les outils dont on parlait tout à l'heure, ça peut être la vidéo, s'il est suffisamment conscient de ce qu'il fait, du

résultat qu'il attendait, si y a un décalage entre le résultat et ce qu'il attendait, et du coup, par le biais de questionnement, de l'amener à se remettre en situation, "est-ce que tu penses qu'il y a une autre façon de faire?" "Est-ce que tu peux placer tes mains différemment?"...

On va guider comme ça, l'amener à s'interroger sur sa posture, sur l'ordre dans lequel les choses sont faites, les outils qu'il utilise jusqu'à trouver une satisfaction. On le reprend verbalement et si je vois que la mémorisation de la stratégie est un peu compliquée, on va le passer par écrit.

Cet écrit, justement peut être transmis aux familles, ça permet de voir..l'enfant, il va dire " avec l'ergo, on a fait la comptine du perroquet"..le parent va dire "ben,c'est cool, il chante"...ça permet de laisser une trace qui a du sens pour l'enfant mais l'objectif va apparaître aux parents.

Ok je vous remercie pour cet entretien

Annexe XII Présentation brute des résultats

Retranscription des réponses (question 1)

	Critères utilisation de l'approche	Difficultés exprimées par les enfants
Entretien 1	<p>Objectifs scolaires énoncés par l'enfant.</p> <p>Utilisation de l'approche à partir de 3 objectifs.</p> <p>Implication et motivation de l'enfant et de la famille.</p>	<p>“J'écris mal, trop gros, ça fait des vagues.</p> <p>“J'arrive pas à découper, à souligner, à coller au bon endroit”.</p> <p>“J'ai besoin de bouger”, j'arrive pas à rester assis tout le long sur ma chaise”(TDA/H).</p>
Entretien 2	<p>Difficultés gestes de vie quotidienne ou occupations scolaires mis en avant par les bilans.</p> <p>Les difficultés deviennent des buts (2-3) à atteindre pour l'enfant.</p> <p>Motivation et implication de l'enfant à trouver des stratégies qui vont l'aider.</p>	<p>Améliorer écriture, écriture moins fatigante, moins coûteuse, “aller aussi vite que les copains”.</p> <p>Utiliser une paire de ciseaux, un compas.</p> <p>Difficultés à se concentrer, besoin de bouger, à se mettre au travail, à sortir leurs affaires (TDA/H)</p>
Entretien 3	<p>Engagement de l'enfant, capacité à être “acteur de sa thérapie”, “aime prendre les rennes”</p> <p>Possibilité cognitive</p> <p>“Être conscient de ce qui pêche “</p> <p>Pouvoir canaliser les troubles attentionnels</p>	<p>Difficultés toujours liés à des troubles praxiques,</p> <p>Difficulté pour la manipulation des outils scolaires,</p> <p>Difficultés d'écriture,</p> <p>Agitation motrice (avoir besoin de se lever, de rester assis)</p> <p>Organisation dans le travail</p>
Entretien 4	<p>Âge de l'enfant “trop jeune, c'est compliqué”</p>	<p><u>Pour les enfants</u></p> <p>Mener son attention du début à la fin</p>

	Intérêt de l'occupation fort "Entonnoir de l'objectif" pour que la motivation soit présente Objectif au juste niveau Enfant "dans une phase active de recherche"	dans une tâche Difficultés d'organisation Colorier, savoir découper sur le trait, tirer un trait à la règle, pouvoir faire ses lacets <u>Pour les parents</u> Travailler l'habillement, laçage
--	---	--

Retranscription des réponses (question 2)

Outils mentionnés (bilans et autres)	Outils relevant spécifiquement de l'approche CO-OP	D'autres outils en ergothérapie
Entretien 1		
BHK		X
OT-HOPE (scolarité)		X
Lenteurs d'écriture		X
Accélération d'Ajuriaguerra		X
Manos		X
Nepsy		X
MCRO	X	X
Entretien 2		
OT-HOPE		X
MCRO	X	X
PQRS	X	
BPFV	X	

Retour Vidéo		
Entretien 3		
MCRO	X	X
PQRS	X	
Retour Vidéo		
Entretien familles		X
Entretien 4		
MCRO	X	X
BPFV “Mr. Détective”	X	
OT-HOPE		X
Echelles GEPPE		X

Focus sur les outils utilisés par les ergothérapeutes

	entretien 1	entretien 2	entretien 3	entretien 4
MCRO	Performance Rendement noté par l’enfant et par l’ergothérapeute	Indicateurs de l’outil : rendement, importance, satisfaction Note de 0 à 10 Point de départ et point d’arrivée pour voir l’évolution	Utilisation de l’outil en milieu de pec et priorisation des objectifs Déterminer 1 objectif pour l’école, 1 objectif pour l’enfant et 1 objectif pour la	Etablir 5 activités Évaluation du rendement, de l’importance et de la satisfaction

			<p>famille</p> <p>Négociation des objectifs “un truc un peu plaisir” et “un, imposé par le cadre de l’école ou une demande de la famille”</p>	
OT-HOPE	Performance noté par l’enfant et par l’ergothérapeute	Utilisation de grilles qui reprennent les activités par domaine. Identification des activités que l’enfant peut réaliser seul	non mentionné	Utilisée si difficile d’identifier des activités
PQRS	non mentionné	peu utilisé	peu utilisé	non mentionné
Echelle GEPPE	non mentionné	non mentionné	non mentionné	Utilisée si difficile de verbaliser

	entretien 1	entretien 2	entretien 3	entretien 4
BPFV	<p>Création visuel pour pouvoir s’appuyer dessus</p> <p>Utilisation sur d’autres activités</p>	<p>Identifier ce qu’est un but, un plan, pourquoi on vérifie</p> <p>Deviens un état d’esprit, dans la vie de tous les jours.</p>	non mentionné	“Mr le détective”

Retranscription des réponses (question 3)

	Techniques / Aide à l'élaboration de stratégies
Entretien 1	Accompagner une logique différente pour que l'enfant arrive par ses propres stratégies à atteindre son but.
Entretien 2	Ne pas forcer un objectif Aider à l'identification des objectifs par les mises en situation sans mettre l'enfant en échec /principe de bienveillance Observation de l'enfant dans le contexte scolaire Découverte guidée pour que l'enfant arrive à ses propres stratégies Vocabulaire, attention, observation spécifique ("tu penses qu'il y aurait une autre façon de faire?") et guidage Utilisation de vidéos, photos et retour par la valorisation
Entretien 3	Donner indices, montrer le geste et proposer d'observer les différences, Filmer l'enfant pour "qu'il se rende compte" et retour sur la vidéo
Entretien 4	Utilisation de l'exagération "je grossis le trait"/effet miroir Utilisation humour Utilisation de vidéo et mise en situation Trace écrite de la stratégie et transmission à la famille Jeux de rôles

Retranscription des réponses (question 4)

	Transfert des acquis dans le cadre scolaire
Entretien 1	Lien avec l'école, avec la famille et les différents intervenants autour de l'enfant Travail dans les différents lieux de vie de l'enfant pour permettre la généralisation des acquis et le transfert. Création visuel du BPFV pour revenir dessus avec l'enfant et la famille

	Utilisations pour d'autres activités Présentation dépliants sur la méthode et petits exercices à faire à la maison
Entretien 2	Travail du but à atteindre en séance et recherche stratégies Transfert à l'école des stratégies apprises en séance Réalisation de fiche, cahier avec enfant (avec le but, stratégie, photo) en séance Entraînement à la maison (devoirs) Transfert à l'école et utilisation de la fiche / généralisation sur d'autres activités / Lien avec maîtresse, AESH
Entretien 3	Création du lien avec école (appel, rencontre maîtresse, AESH) Apprentissage, répétition et automatisation en séance Transfert dans le cadre scolaire avec guidage AESH Investir les parents aux séances et généralisation à la maison sur les devoirs
Entretien 4	Trace écrite de la stratégie trouvée avec codes couleurs, dessins, picto... Donner un nom évocateur à la solution trouvée par l'enfant (animal, objet, couleur) pour l'utiliser comme une ressource

Retranscription des réponses (question 5)

	La mise en place dans le contexte scolaire
Entretien 1	Rencontre avec la maîtresse Explication de l'approche CO-OP Proposer d'assister à une séance pour découvrir l'approche
Entretien 2	Communication et explication de la méthode Observation de l'enfant dans le contexte scolaire Proposer à l'AESH de participer à une séance pour entendre le

	<p>vocabulaire, la façon de parler...</p> <p>Importance de la triade, “tu ne peux pas travailler sur sur l’école ou que sur la famille, c’est un ensemble, un système”</p>
Entretien 3	<p>Importance des deux environnements (famille et école)</p> <p>Généralisation à la maison avec les devoirs, c’est déjà une première étape.</p>
Entretien 4	<p>Faire venir une AESH en séance</p> <p>Transmission orale à la maîtresse</p>

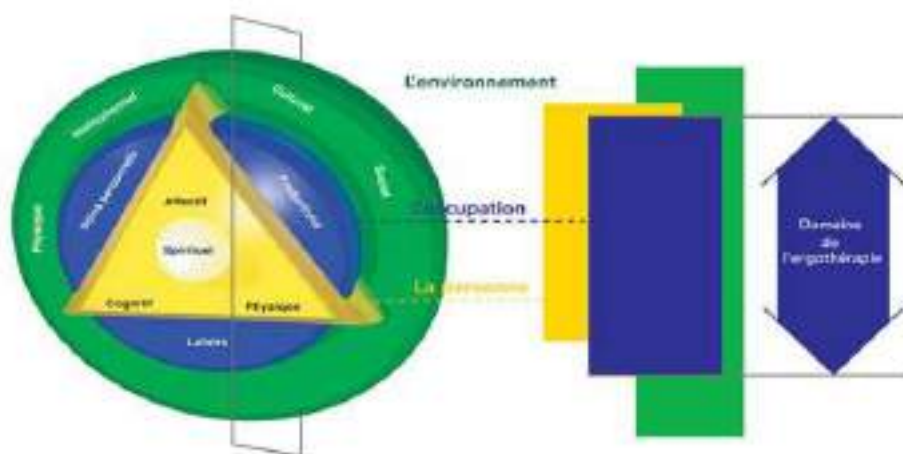
Limites de l’approche

	Limites de l’approche
Entretien 1	<p>Au niveau cognitif</p> <p>Pas de limites pour les TDA/H</p> <p>Biais / Bilan réalisé hors contexte école</p>
Entretien 2	<p>Volet cognitif, langage, motivation</p> <p>Démotivation des enfants TDA/H ou envie de passer à autre chose</p>
Entretien 3	<p>Si pas de soutien de la famille/enseignant/AESH “ ça ne marchera pas”.</p> <p>Approche CO-OP : changement de paradigme, concepts de performance, de rendement...vocabulaire difficile pour les familles, pour les enseignants.</p> <p>Généralisation pas simple à mettre en place dans le cadre scolaire (vitesse du groupe classe, exigence de la maîtresse)</p> <p>Pas le temps de s’appliquer la petite routine</p> <p>Utilisation de l’approche par les psychomotriciens “ils n’ont pas notre abord d’analyse de l’activité”, “l’analyse des points d’échec”</p>

	“le bagage pour l’analyse d’activité, c’est notre métier”
Entretien 4	Si troubles du comportement, hyperactivité, pertes attentionnelles trop importantes. “Cognitivement, ça implique beaucoup”

Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)

Figure 1.3 : Le MCRO-P^A : Spécifier notre principal domaine

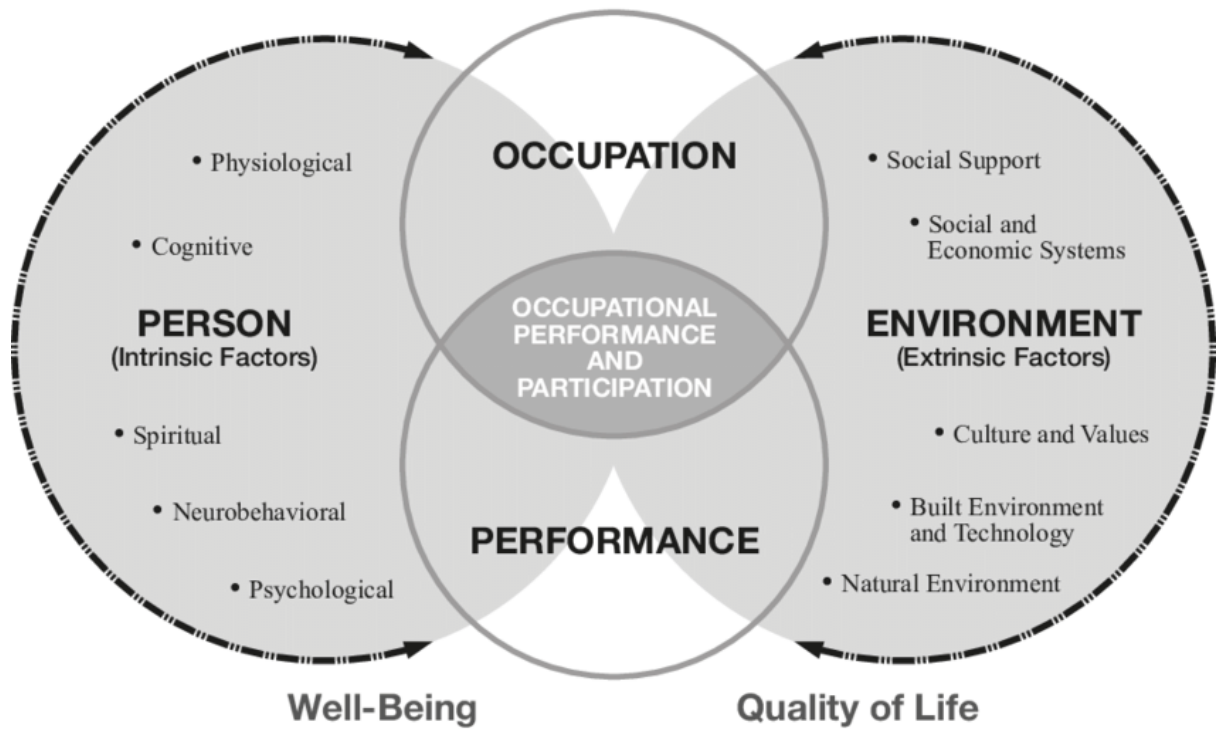


A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

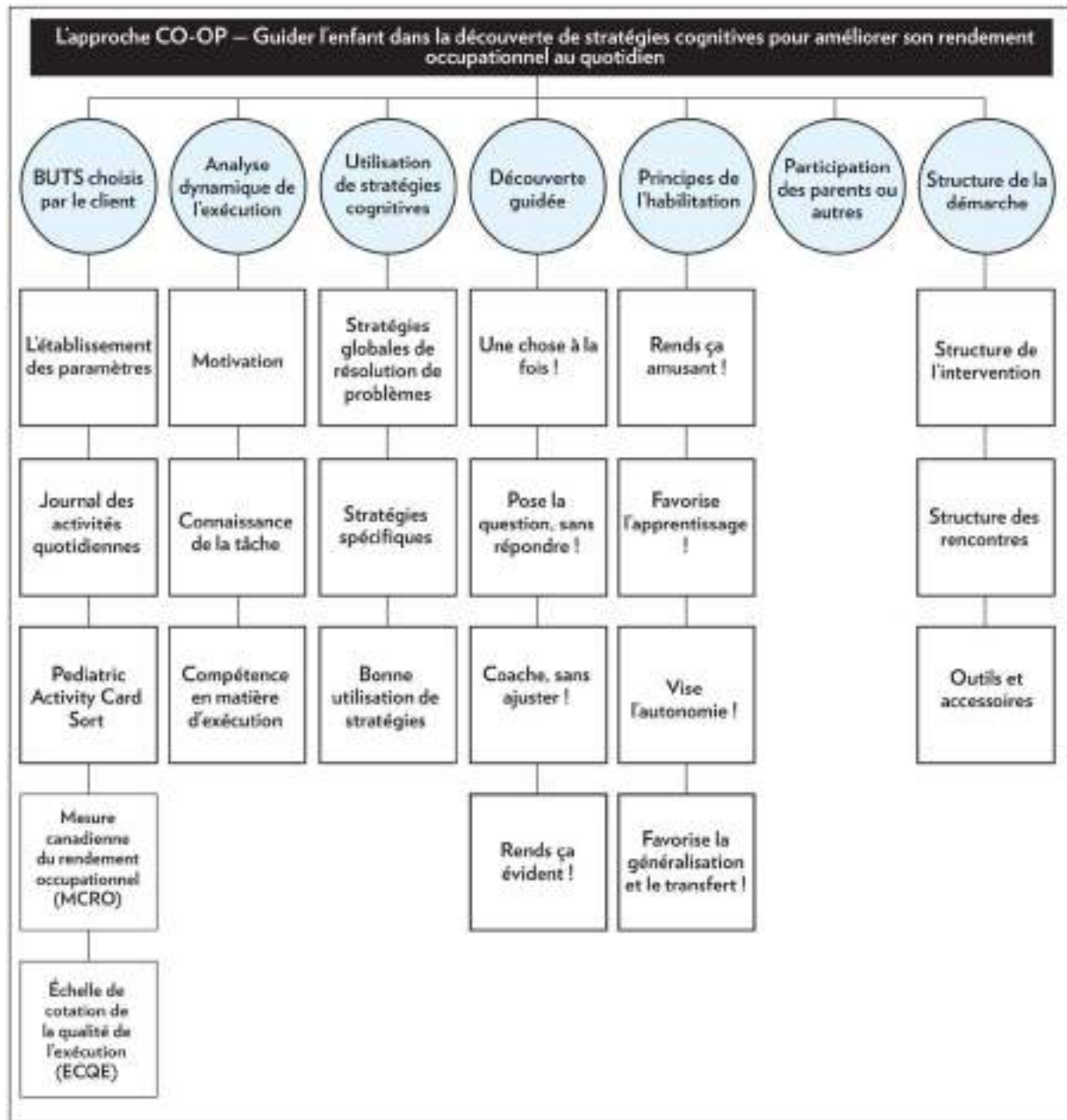
B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Palatjko, et J. Cralt (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Palatjko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe XIV Modèle PEOP



Annexe XV Les principales caractéristiques de l'approche CO-OP



Journal des activités quotidiennes

Nom _____

Date _____

7 h _____

8 h _____

9 h _____

10 h _____

11 h _____

12 h _____

13 h _____

14 h _____

15 h _____

16 h _____

17 h _____

18 h _____

19 h _____

20 h _____

21 h _____

22 h _____



Figure 24. Habituer les enfants à l'occupation. L'approche CO-OP. Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2017

Annexe XVII Pediatric Activity Card Sort (PACS)



MCRO



La mesure canadienne du rendement occupationnel

Document de
réévaluation

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCRO permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

Évaluation initiale : ____/____/____ Réévaluation : ____/____/____

Nom du thérapeute : _____

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

1. Définition du problème — identifier la nature des difficultés.
L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANT qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons.
La cote 1 = pas important du tout
La cote 10 = extrêmement important.
3. Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
4. Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
5. Déterminer une date pour la réévaluation.

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

	L'IMPORTANT

La mobilité fonctionnelle

	L'IMPORTANT

La vie communautaire

	L'IMPORTANT

LA PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

L'IMPORTANCE

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

L'IMPORTANCE

COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)

1 = Incapable d'exécuter l'activité ← → **10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité**

SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? **1 = Pas satisfait du tout** ← → **10 = Extrêmement satisfait**

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : / / **2^e TEMPS** (réévaluation) : / /

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	Satisfaction T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
				Changement dans le rendement	Changement dans la satisfaction
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ - T ₁)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

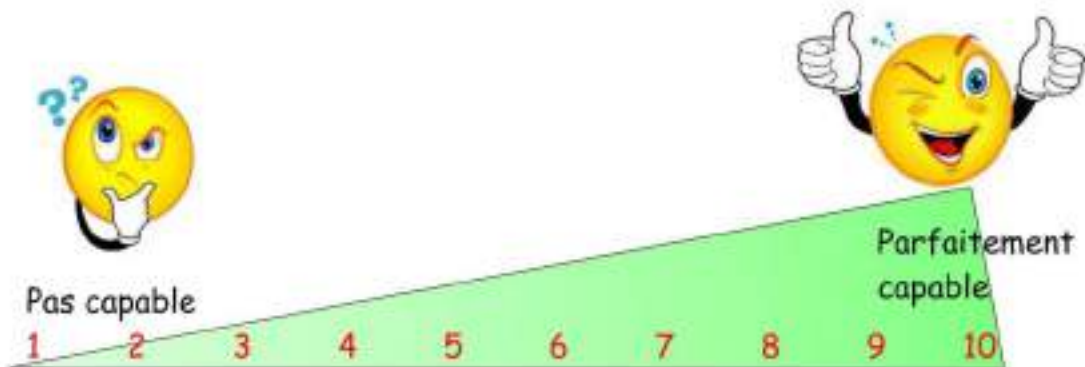
Évaluation initiale

Réévaluation

Importance



Rendement



Satisfaction



Annexe XX Echelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE) ou "PQRS"

Echelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE) : Partie A - Echelle de cotation graduée de 1 à 10

Nom _____													
Thérapeute _____													
Date - Pré-test _____						Date - Post-test _____							
BUTS		Aucun critère								Tous les critères		COMMENTAIRES	
	1. _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		_____
	2. _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		_____
	3. _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		_____

Echelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE) : Partie B - Echelle mesurant la magnitude du changement

Nom _____														
Thérapeute _____														
Date - Pré-test _____						Date - Post-test _____								
Date - Magnitude du changement _____														
BUTS		Régression				Pas de changement			Amélioration				COMMENTAIRES	
	1. _____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5		_____
	2. _____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5		_____
	3. _____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5		_____

L'Arbre de décisions de l'Analyse dynamique de l'exécution

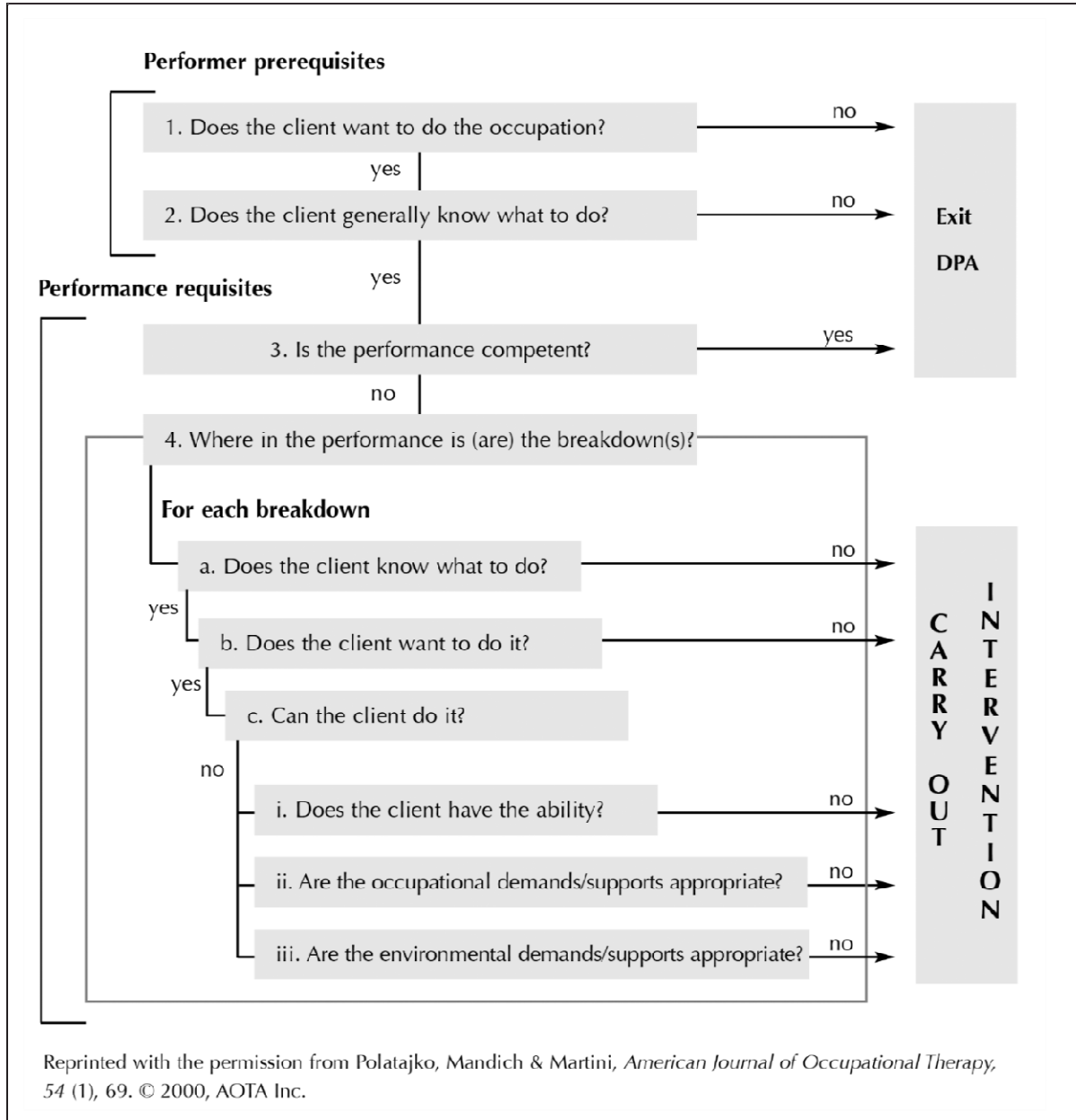


Figure 12. Habilités enfants à l'occupation: L'approche CO-CP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2017.

Annexe XXII La fiche de l'analyse dynamique de l'exécution (ADE) (a et b)

a. La Fiche de l'Analyse dynamique de l'exécution

Nom _____		Pré-test, date _____	
Thérapeute _____		Post-test, date _____	
BUT occupationnel _____			
I Prérequis du client			
1. Le client veut-il faire la tâche ou l'activité ?	NON		OUI
	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
2. Est-ce que le client sait globalement ce qu'il faut faire ?	NON		OUI
	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
II Prérequis quant à l'exécution			
3. Évaluation de l'exécution	NON		OUI
	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10
III Identification des points d'échec			
4. Les points d'échec dans l'exécution	Point d'échec 1		Point d'échec 2
	Point d'échec 3		
	NON	OUI	NON
	NON	OUI	NON
a) Le client sait-il comment ?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b) Le client veut-il ?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c) Le client peut-il ?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure 27a. Habilité les enfants à l'occupation - Approche CO-OP - Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2017

b. La Fiche de l'Analyse dynamique de l'exécution

IV Particularités de la stratégie d'intervention									
Points d'échec dans l'exécution (Voir question 4)	Point d'échec 1			Point d'échec 2			Point d'échec 3		
5a) Le client a-t-il les capacités requises ?	NON 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	OUI		NON 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	OUI		NON 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	OUI	
b) Peuvent-elles être améliorées ?	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.
c) Intervention	_____			_____			_____		
	_____			_____			_____		
6a) Quelles sont les exigences occupationnelles ?	_____			_____			_____		
b) Peuvent-elles être modifiées ?	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.
c) Intervention	_____			_____			_____		
	_____			_____			_____		
7a) Quelles sont les exigences environnementales ?	_____			_____			_____		
b) Peuvent-elles être modifiées ?	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.	NON	OUI	S.O.
c) Intervention	_____			_____			_____		
	_____			_____			_____		

Figure 27b. Habilité les ordres à l'occupation; L'approche CO-OP – Guide l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2015

Grille de réponses OT'hope

Activités scolaires

NOM DE L'ENFANT:






.....





NOM DU THERAPEUTE :





DATE :

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:

1.
2.
3.
4.
5.

Moi, je sais faire...			
 OUI	  OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes			
	1 	2 	3 	4 
<i>Dans l'école :</i>				
Débarrasser mon plateau				
Écrire au tableau				
Être délégué de classe				
Faire du sport				
Jouer à la récréation				
Lire l'heure				
Me changer pour le sport				
Me repérer dans l'école				
M'installer confortablement à mon bureau				
Ranger mon classeur				
Retrouver mes affaires dans mon bureau				
Retrouver mes affaires dans mon casier				
Tenir mon plateau à la cantine				
<i>Avec mon crayon :</i>				
Dessiner sur une feuille				
Écrire au bon endroit sur la feuille				

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
Écrire en suivant la ligne					
Ecrire lisiblement pour les autres					
Écrire toute une leçon sans être fatigué.					
Former toutes les lettres correctement					
Me relire					
Avec mes outils :					
Coller une feuille dans mon cahier					
Colorier sans dépasser					
Découper					
Gommer					
Souligner					
Tailler mes crayons					
Tracer un trait à la règle					
Utiliser un pinceau					
En mathématiques :					
Compter					
Poser une opération					
Tracer un carré					
Tracer un rond					
Tracer un triangle					
Utiliser mon compas					
Utiliser mon équerre					
Utiliser mon rapporteur					
Utiliser une calculatrice					
Pour les devoirs :					
Écrire mes devoirs dans mon agenda					
Faire mes exercices					
M'organiser pour faire mes devoirs					
Préparer mon cartable					
Relire mes cours					
Savoir quoi apprendre					
Avec mon ordinateur :					
Utiliser l'ordinateur à la maison					
Utiliser l'ordinateur en classe					
Utiliser l'ordinateur en évaluation					

Aide-mémoire illustré « BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER »

But :



Plan :



Faire :



Vérifier :



Figure 28. Habiller les enfants à l'occupation : Approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2012

Conseils pour les activités à l'école et dans les loisirs

Suis-je correctement positionné ?

- Je m'assois les pieds à plat sur le sol et les coudes confortablement appuyés sur mon pupitre.
- Je suis assis droit et les quatre pieds de la chaise sont bien à plat sur le sol.
- Je m'assure qu'une main est « la-main-qui-fait » et l'autre « la-main-qui-aide-la-main-qui-fait » pour améliorer la coordination bilatérale des mains. La « main-qui-fait » est celle qui écrira, mangera, etc., et la « main-qui-aide-la-main-qui-fait » tiendra l'assiette, la feuille, etc.



Pour accomplir les tâches et activités

- Le pupitre devrait être propre et bien rangé.
- Il faut avoir suffisamment de temps pour commencer et achever une activité, et être conscient que des activités peuvent prendre un peu plus de temps que d'autres.
- Séparer les instructions en petites étapes simples et donner de nouvelles informations en petites portions.
- Obtenir que l'enfant répète les étapes après vous, afin de vous assurer de sa compréhension.
- Prendre des pauses aux vingt minutes.

D'autres conseils

- Un dictaphone peut épargner du temps et de l'énergie.
- Pratiquer la clavigraphie aidera à sauver de l'énergie et sera bénéfique plus tard.
- Utiliser la technique du « main-sur-main » pour pratiquer un nouveau mouvement et essayer de tracer avec l'enfant le mouvement dans les airs.
- Les enfants plus âgés peuvent se servir d'un logiciel de reconnaissance vocale comme Dragon[®] NaturallySpeaking.
- Fournir à l'enfant des feuillets d'écriture ou des reprographies pour réduire les exigences d'écriture.
- Être le scribe ou la secrétaire de l'enfant quand l'objectif de l'activité se situe sur le plan du contenu ou de la génération de nouvelles idées.
- Participer à une variété de sports tels le patinage et le ski pour le plaisir et pour améliorer l'estime de soi.



Ne pas oublier l'autoévaluation

Utiliser des stratégies



L'utilisation de stratégies est une excellente façon d'optimiser le rendement occupationnel, quels que soient les exigences ou l'environnement de la tâche. Les stratégies peuvent être généralisées et transférées à de nouvelles situations et peuvent être utilisées même lorsque la thérapeute n'est pas là pour aider !

La thérapeute peut aider les enfants à apprendre comment développer des stratégies en se servant d'une approche verbale appelée le dialogue intérieur. Les enfants comprennent comment évaluer leur rendement personnel et comment résoudre leurs problèmes. Lorsque tu comprends comment t'en servir, tu l'utilises tout le temps !

Stratégies spécifiques

Thérapeute

Position du corps
Porter attention à la tâche
Sentir le mouvement
Verbalisation mnémorique
Script verbal

Client

« Je vérifie ma cravate »
« Je reste concentré »
« J'écris dans les airs »
« Bâton, bulle, bu le »
« Drible et lance ! »



Une stratégie globale

Ce dont les enfants peuvent se servir lorsqu'ils s'autoévaluent



BUT — Qu'est-ce que je veux faire ?
PLAN — Comment vais-je le faire ?
FAIRE — Effectuer le plan !
VÉRIFIER — Mon plan a-t-il bien fonctionné ?

Figure 32. Habiller les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien. © ACF 2017

Conseils pour une meilleure écriture

Rendre l'écriture amusante !

- Écrire sur un tableau avec un doigt mouillé.
- Utiliser de gros crayons de couleur pour une écriture avec un outil de plus grandes dimensions.
- Écrire sur du papier en relief ou utiliser de la colle brillante pour définir les traits (les trottoirs) afin que les lettres restent entre ceux-ci.
- Sentir le mouvement de la forme des lettres en écrivant dans les airs.
- Utiliser du papier de différentes couleurs captivantes.
- Utiliser des outils qui sont drôles pour écrire, tel que des crayons-feutres à deux bouts, des craies à trottoir, ou de la peinture.
- Essayer les crayons-poussoirs quand l'enfant appuie trop lourdement sur son crayon.
- Des feuilles avec des lignes médianes en pointillé peuvent être de bons repères visuels.
- Écrire une phrase sur un sujet choisi par l'enfant.



écrire

Ne pas oublier l'autoévaluation

- Est-ce que mes lettres sont assises sur les traits ?
- Est-ce que je tiens mon crayon légèrement ?
- Est-ce que les espaces entre les lettres sont similaires ?
- Est-ce que mes lettres commencent à la marge rouge ?
- Est-ce que mes grandes lettres prennent tout l'espace ?
- Est-ce que mes lettres minuscules prennent la moitié de l'espace ?
- Suis-je assis correctement ?



La liste de vérification de la thérapeute

- **Posture** : la chaise bien installée, la feuille placée au centre près du corps, et la chaise et le pupitre à la bonne hauteur.
- **Prise du crayon** : encourager l'utilisation d'un adaptateur à prise tridigitale dynamique pour augmenter le contrôle de la motricité fine.
- **Compréhension** : s'assurer que l'enfant comprend les aspects cognitifs et moteurs de la formation des lettres.

Figure 34. Habilitier les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2017.

Annexe XXVIII Fiche d'observation des stratégies (pour la thérapeute)

Observation		Commentaires
Stratégie globale		
But		
Plan		
Faire		
Vérifier		
Stratégies spécifiques		
Position du corps		
Particularités et modifications de la tâche		
Sentir le mouvement		
Verbalisation mnémorique du mouvement		
Script verbal		
Compléter les connaissances de la tâche		
Porter l'attention à la tâche		
Types de guidance		
Guidance verbale (thérapeute)		
L'autoguidance verbale (enfant)		
Commentaires et descriptions		

Figure 31. Habilitier les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2017.

Découverte guidée		Commentaires
Une chose à la fois		
Pose la question, sans répondre !		
Coache, sans ajuster !		
Rends ça évident !		
Les principes de l'habilitation		
Rends ça amusant !		
Favorise l'apprentissage !		
Vis l'autonomie !		
Favorise la généralisation et le transfert !		
Les techniques		
Main-sur-main		
Enseignement direct		
Enchaînement		
Faciliter l'exécution à l'aide d'indices		
Interroger		
Comparaisons et contrastes		
Faire et expérimenter		
Modelage		
Façonnage		
Estompage		
Autres		

Figure 31. Habiter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien © ACE 2012.

L'approche CO-OP certificat de réussite

Félicitations

Pour avoir atteint tes BUTS :

1. _____
2. _____
3. _____



Ta thérapiste CO-OP

Date

Annexe XXX Comparaison outils

	Outils d'évaluation CO-OP	Outils utilisés par(nb) ergothérapeute
1	Le journal des activités quotidiennes	-
2	Pediatric Activity Card Sort (PACS)	-
3	La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)	X (4)
4	L'échelle de cotation du GEPPE adaptée aux enfants	X (2)
5	Echelle ECQE ou PQRS	X (1)
6	Arbre de décision	-
7	La fiche de l'analyse dynamique de l'exécution (ADE)	-

Annexe XXXI Schéma de synthèse : protocole utilisation des outils CO-OP

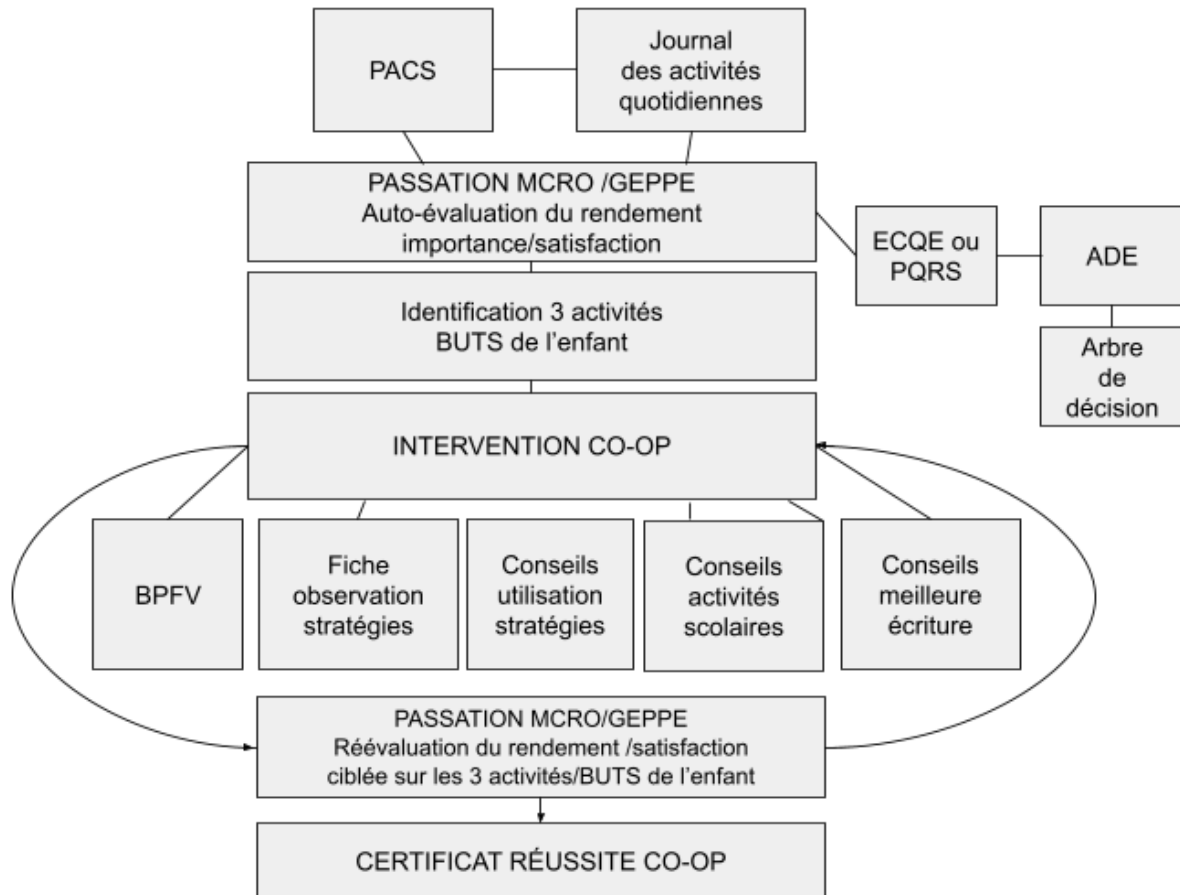


Schéma de synthèse : Protocole d'utilisation des outils - Source : Auteur du mémoire, inspiré de l'ouvrage d'Hélène J. Polatajko et Angela Mandich "L'approche CO-OP, Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien" .

Annexe XXXII Synthèse Réappropriation processus passation CO-OP

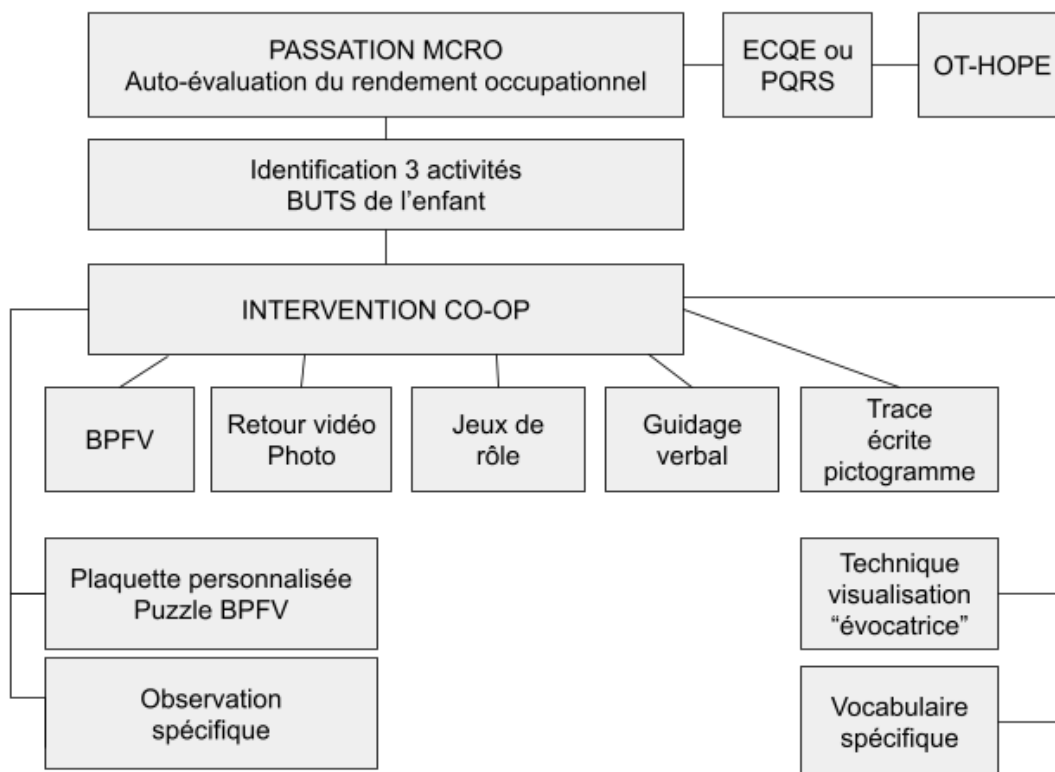


Schéma de synthèse : Réappropriation du processus de passation de l'approche CO-OP par les ergothérapeutes de l'échantillon. - Source : Auteur du mémoire, inspiré de l'ouvrage d'Hélène J. Polatajko et Angela Mandich "L'approche CO-OP, Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien".

Annexe XXXIII Echelle de Conners (parents)

QUESTIONNAIRE DE «CONNERS» POUR PARENTS

(reproduit grâce à l'amabilité de C. Keith Conners)

Vous trouverez ci-dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou de problèmes qu'ils ont parfois. Mettre une croix dans la case qui correspond aux problèmes et à la densité de la souffrance de votre enfant, en précisant à quelle période de son âge. Ces informations serviront à vous, ainsi qu'aux personnes qui ont à s'occuper de votre enfant.

	Par du tout	Un petit peu	Beaucoup	Excessif
1. Tripote ou songe certaines choses (ongles, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Très irritabile, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtements, couverture)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué et toujours sur la défensive				
9. Révase				
10. A des difficultés pour l'apprentissage de la lecture, calcul écriture illisible				
11. Se « tortille » ne tient pas en place				
12. A peur de nouvelles situations, d'endroits, de personnes, lieux, d'aller à l'école				
13. Agité à toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'amuse plus d'exams (se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18. Souffre de troubles d'élocution (bégayé, retard du langage ou parle bébé)				
19. Nie ses crimes et accuse toujours les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contre-cœur				
24. S'inquiète plus que les autres de la maladie, mort, solitude				
25. Ne termine pas ce qu'il a commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise, agresse ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement « bébé » immature collant puéril, constant besoin d'être rassuré				
31. Problème d'attention, fixation, concentration ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changement d'humeur rapide irascible				
34. N'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et ou sœurs				
37. Se décourage facilement devant l'effort				
38. Dérange les autres enfants et les adultes				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problème d'alimentation sans appétit se lève après chaque bouchée				
41. Maux d'estomac				
42. Sommeil perturbé (difficulté à s'endormir et se réveille peu la nuit)				
43. Autres plaintes physiques et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent lézé à la maison et à l'école				
46. Se vante et fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler				
48. Problème d'évacuation intestinale irrégulière, selles molles, constipation etc.				
AUTRES POINTS DE VUE				
Attire par le feu				
Refuse les caresses depuis tout petit et les fait dégénérer en brutales				
Mouille ou sali le lit jusqu'à l'âge scolaire voire au delà				
Par période cligne des yeux, grince des dents, grimace, tacle la gorge				
En peinture, est attiré par les couleurs foncées				
Problèmes O.R.L. (otites, rhume, bronchite, asthme à répétition)				
Réagit inversement aux médicaments calmants, par exemple codéine				

Annexe XXXIV Echelle de Conners (enseignants)

Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S

(Conners Teachers Rating Scale-Revised : Short)

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F | Date du test : _____

École : _____ Classe : _____ | Date de naissance : _____

Nom de l'enseignant : _____ | Âge : _____ ans _____ mois _____

Voici une liste de problèmes courants que les élèves peuvent présenter à l'école. Veuillez coter chaque item selon le comportement de l'élève durant le dernier mois. Pour chaque énoncé, demandez-vous « À quel point était-ce un problème durant le dernier mois ? », puis encerclez la réponse la plus adéquate. Si le problème ne s'est pas présenté ou très rarement, encerclez 0; s'il s'est très souvent ou souvent présenté, encerclez 3. Encerclez 1 ou 2 dans les cas intermédiaires. **VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUS LES ÉNONCÉS.** Merci.

	PAS VRAI DU TOUT (jamais, rarement)	UN PEU VRAI (à l'occasion)	ASSEZ VRAI (souvent)	TRÈS VRAI (très souvent)
1. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
2. Provoquant	0	1	2	3
3. N'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	0	1	2	3
4. Oublie ce qu'il/elle a déjà appris	0	1	2	3
5. Dérange les autres enfants	0	1	2	3
6. S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	0	1	2	3
7. Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	0	1	2	3
8. Faible en orthographe	0	1	2	3
9. Incapable de rester immobile	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif	0	1	2	3
11. Quitte son siège dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis	0	1	2	3
12. Gigote des mains et des pieds ou se tortille sur son siège	0	1	2	3
13. Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	0	1	2	3
14. Courte capacité d'attention	0	1	2	3
15. Réplique, s'obstine avec les adultes	0	1	2	3
16. Porte attention seulement à ce qui l'intéresse vraiment	0	1	2	3
17. A de la difficulté à attendre son tour	0	1	2	3
18. Manque d'intérêt pour le travail scolaire	0	1	2	3
19. Distractivité ou durée d'attention problématique	0	1	2	3
20. Crises de colère, comportement explosif, imprévisible	0	1	2	3
21. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela n'est pas approprié	0	1	2	3
22. Faible en arithmétique	0	1	2	3
23. Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait intrusion dans la conversation ou les jeux d'autrui)	0	1	2	3
24. A de la difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0	1	2	3
25. N'arrive pas à terminer ce qu'il a commencé	0	1	2	3
26. Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositoire ni à une incapacité de comprendre les consignes)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsif	0	1	2	3
28. Agité, toujours en mouvement	0	1	2	3

Annexe XXXV Critères diagnostiques du TDA/H selon le DSM V

CRITÈRE	INDICES
<p><u>L'inattention (A1)</u></p> <p>Six (ou plus) des 9 symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités; • A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux; • Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement; • Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles; • A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités; • Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu ; • Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités; • Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes ; • A des oublis fréquents dans la vie quotidienne
<p><u>Hyperactivité et impulsivité (A2)</u></p> <p>Six (ou plus) des 9 symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ; • Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ; • Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié ; • A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux

académiques/professionnelles.

ou les activités de loisir ;

- Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" ;
- Souvent, parle trop ;
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
- A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue) ;
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence

Résumé

Ce mémoire interroge le potentiel de prise en charge ergothérapeutique des difficultés scolaires des enfants TDA/H (3,5% des 6-12 ans) par le biais de l'approche dite « Orientation Cognitive au Rendement Occupationnel Quotidien » (CO-OP). MCRO-P et PEOP sont les modèles théoriques de référence qui ont été mobilisés. Les entretiens semi-directifs réalisés avec quatre ergothérapeutes libérales, formées à CO-OP, mettent en évidence que l'enfant doit disposer de certaines compétences préalables qui permettent la prise en charge axée sur la remédiation cognitive. En termes de pratique, une certaine philosophie tend à prendre le pas sur les outils spécifiques de CO-OP. Cette étude révèle également la richesse d'une prise en charge centrée sur l'enfant TDA/H en difficultés scolaires, lorsque la triade ergothérapeute, milieu familial et équipe éducative sont disponibles à collaborer par le biais de l'approche. Une perspective pourrait consister à comparer les conditions de mise en œuvre de l'approche entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé.

Mots clés : Ergothérapie - TDA/H - Approche CO-OP - Performance occupationnelle - Apprentissage scolaire

Abstract

This dissertation investigates the potential for occupational therapy treatment of school difficulties in ADHD children (3.5% of 6-12 years olds) using the so-called « Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance » (CO-OP) approach. MCRO-P and PEOP are the theoretical reference models that were used. Semi-structured interviews with four private occupational therapists, trained in CO-OP, show that the child must have certain prior skills that allow for cognitive remediation. In terms of practice, a certain philosophy tends to take precedence over the specific tools of CO-OP. This study also reveals the richness of a care focused on the ADHD child with school difficulties, when the triad of occupational therapist, family environment and educational team are available to collaborate through the approach. One perspective might be to compare the conditions of implementation of the approach between regular and special school settings.

Keywords : Occupational therapy - ADHD - CO-OP approach - Occupational performance - School-based learning