



Intervention de l'ergothérapeute auprès de jeunes enfants (0-7 ans) présentant un trouble neurodéveloppemental : aider les professionnels de santé de première ligne à orienter en ergothérapie.

Mémoire d'initiation à la recherche





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

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

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e Julie PANNIER

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

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

Fait à Sacqueville

Le 20/04/2020 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Mon conjoint, mes enfants, mon père, ma sœur sans qui cette seconde orientation professionnelle n'aurait pu être possible.

Ma maître de mémoire, Aurélie CLEREMBAUX, pour ses remarques pertinentes, son éclairage et son expérience partagée.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse pour leur bienveillance, leurs conseils et leur disponibilité durant ces trois années.

Je remercie les personnes qui ont pris du temps pour lire et corriger les différentes versions de ce mémoire et pour leur aide précieuse : Clarisse COCHÉ, Annick FERRON, Mélanie LEBREDONCHEL, Pauline LOUVET et Chloé MARCHAND.

Aussi, je remercie une nouvelle fois les personnes qui, par le partage de leur expérience, m'ont permis d'avancer sur ce travail de recherche.

Enfin, merci à mes collègues de promotion pour leur soutien indéfectible et leur bonne humeur.

*« Ne me dérangez pas je suis profondément occupé
Un enfant est en train de bâtir un village
C'est une ville, un comté
Et qui sait
Tantôt l'univers.
Il joue »*

Saint-Denys Garneau, Le jeu

Glossaire et abréviations

INTRODUCTION.....	1
1 Cadre contextuel	2
1.1 Le quatrième plan autisme.....	2
1.1.1 Le financement.....	3
1.1.2 Organisation des plateformes de coordination et d'orientation.....	4
1.1.3 La mise en œuvre de mesures complémentaires.....	5
1.2 Les recommandations de la HAS.....	7
2 Cadre conceptuel.....	9
2.1 Les troubles du neurodéveloppement	9
2.1.1 Définition.....	9
2.1.2 L'impact occupationnel des TND.....	12
2.2 L'ergothérapie.....	12
2.2.1 Définition.....	12
2.2.2 Le potentiel thérapeutique de l'occupation.....	13
2.2.3 Les approches en ergothérapie.....	15
2.2.4 Le diagnostic en ergothérapie.....	17
2.2.5 Les ergothérapeutes en pédiatrie.....	18
2.2.5.1 La prise en soin précoce	18
2.2.5.2 Le rôle des ergothérapeutes auprès des 0-7 ans	20
2.2.5.3 L'inter-professionnalité	21
2.2.6 Les apports d'un accompagnement en ergothérapie.....	22
2.2.6.1 Autour de l'enfant.....	23
2.2.6.2 Autour des environnements (social, physique, matériel) de l'enfant.....	23
2.2.6.3 Autour des occupations de l'enfant.....	24
3 Cadre expérimental	26
3.1 Question de recherche	26
3.2 Hypothèse.....	27
3.3 Dispositif méthodologique.....	27
3.4 Analyse des résultats.....	30

3.4.1 Présentation des résultats des questionnaires destinés aux ergothérapeutes.....	30
3.4.2 Présentation des résultats des questionnaires destinés aux prescripteurs.....	35
3.4.3 Limites et biais de cette étude.....	38
3.4.4 Discussion.....	39
3.4.4.1 Synthèse.....	39
3.4.4.2 Réponse à l'hypothèse.....	41
3.4.5 Projection et perspective	43
CONCLUSION.....	44

BIBLIOGRAPHIE

SITOGGRAPHIE

ANNEXES

Glossaire et abréviations

A.DE.LI : Automatisation DEs LIstes

AEEH : Allocation d'Éducation des Enfants Handicapés

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CIM : Classification Internationale des Maladies

COG : Convention d'Objectifs et de Gestion

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA : Centre Ressources Autisme

CRTLA : Centres Ressources des Troubles du Langage et des Apprentissages

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorder (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

É. : évaluation

GRBP : Guide de Recommandation de Bonne Pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDPH : Maison Départementale du Handicap

MOHOST : Model Of Human Occupation Sreening Tool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPH : Ophtalmologie

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PCO : Plateforme de Coordination Orientation

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

PEC : prise en charge

PEOP : Personne, Environnement, Occupation, Performance

PLFSS : Plan de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMI : Protection Maternelle Infantile

PPH : Processus de Production du Handicap

RQTH : Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé

SIRET : Système d'Identification du Répertoire des Établissements

SUSP^o : suspicion

TBLE : trouble

TAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TND : Troubles NeuroDéveloppementaux

TSA : Trouble du Spectre Autistique

WFOT : World Federation of Occupational Therapist

INTRODUCTION

Lors d'un stage, un pédiatre m'a fait part de ses interrogations sur l'orientation en ergothérapie des enfants qu'il reçoit en consultation. Il lit régulièrement des comptes-rendus réalisés par des ergothérapeutes, mais dit ne pas savoir précisément quels sont les champs d'action et de compétences de cette profession, ni à quels profils d'enfants il pourrait conseiller un accompagnement en ergothérapie. Ce prescripteur met donc en avant le fait que l'ergothérapie n'est pas une profession suffisamment connue et reconnue auprès de ce public. Or, les pédiatres, professionnels de santé de première ligne au même titre que « *les médecins généralistes, les pédiatres, les professionnels paramédicaux (infirmiers, puéricultrices, orthophonistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes) et psychologues* » (HAUTE AUTORITE DE SANTE, (HAS), 2018, p5), doivent être à l'origine de l'orientation d'un enfant vers une équipe pluridisciplinaire en mesure d'évaluer le projet de soin le plus adapté à l'enfant. Il paraît donc indispensable qu'ils connaissent les missions de l'ergothérapeute et ses actions auprès des jeunes enfants. Après ces échanges avec ce pédiatre, je me suis ainsi questionnée : les prescripteurs connaissent-ils suffisamment l'ergothérapie pour adresser les enfants de 0 à 7 ans porteurs ou susceptibles d'être porteurs d'un trouble du neurodéveloppement (TND) en ergothérapie ?

Des éléments précédents découle la problématique suivante :
l'ergothérapeute peut-il être un acteur majeur de l'évaluation des enfants de 0 à 7 ans pour la mise en place un suivi ré-éducatif ?

Pour répondre à cette problématique, nous étudierons dans un premier temps le contexte dans lequel s'est mise en place cette réflexion. Dans la seconde partie de ce travail, nous développerons le cadre conceptuel en nous appuyant sur la recherche scientifique. Nous poserons les notions clés du sujet que sont les troubles du neurodéveloppement et la prise en soin précoce des enfants de 0 à 7 ans en ergothérapie. Enfin, dans la dernière partie, nous développerons la recherche que nous avons élaborée.

1 Cadre contextuel

Cet écrit est réalisé dans un contexte pleinement d'actualité. A l'époque d'une société qui se veut inclusive, le retard de la France est certain et le gouvernement est à pied d'œuvre pour pallier les dysfonctionnements dans l'organisation des soins des enfants porteurs de TND ou susceptibles de l'être.

1.1 Le quatrième plan autisme

En avril 2018, le gouvernement français a présenté le quatrième plan autisme intitulé «*stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement*». Sa préparation s'est voulue concertante et a rassemblé l'ensemble des parties impliquées dans ce trouble. Via ce programme, le gouvernement s'engage, entre 2018 et 2022, à avancer sur cinq points clés : l'amélioration de la recherche et de la formation, la mise en place d'interventions précoces, la scolarisation effective des enfants, l'inclusion des adultes et le soutien des familles. Ces axes de travail visent à déterminer un véritable parcours de soin, applicable dès la naissance d'un individu (stratégie nationale pour l'autisme). Par extension, nous sommes passés du quatrième plan autisme aux plateformes mises en place afin d'améliorer le parcours de soin de tous les TND, regroupant les handicaps intellectuels, troubles de la communication, trouble du spectre autistique (TSA), déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), troubles spécifiques des apprentissages, troubles moteurs et autres TND.

L'axe que nous allons détailler dans ce travail est le second point clé intitulé «*Organiser la prise en charge des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neurodéveloppement, conformément aux recommandations de bonne pratique professionnelle de la Haute Autorité de Santé*» (Stratégie nationale pour l'autisme). Les objectifs visés sont de comprendre et de repérer ces troubles afin de mieux les diagnostiquer, d'intervenir plus tôt et d'offrir un meilleur accompagnement dans le parcours de vie.

1.1.1 Le financement

La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), signée entre l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour 2018-2022, prévoit de « *contribuer à la transformation et à l'efficience du système de santé* » (COG, 2018, p14-17) en mettant en avant la prévention ainsi que la pertinence des parcours de soin. Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) de 2019 vient apporter les moyens financiers pour la mise en œuvre de ces mesures.

Actuellement, les séances d'ergothérapie sont à la charge des familles. Seules quelques mutuelles assurent un complément de financement, éventuellement les Maisons Départementales du Handicap (MDPH) dans le cadre de l'Allocation d'Éducation Enfant Handicapé (AEEH). Alors que cette grande catégorie de pathologies que regroupent les TND sont une priorité pour le gouvernement, les principaux acteurs des TND que sont les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues et les orthophonistes, ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, à l'exception des orthophonistes.

En ce qui concerne l'accompagnement en ergothérapie, des négociations monétaires ont eu lieu entre le ministère de la santé et les instances représentatives (notamment l'Association Nationale des Ergothérapeutes Français, ANFE) qui se sont mis d'accord sur le fonctionnement du dispositif : mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), tarification des actes à hauteur de 140€ le bilan, puis 38€ par séance, modalités de règlement, pas de paiement direct au thérapeute mais uniquement via les PCO. C'est en partie sur ce bilan que va s'appuyer le médecin prescripteur pour faire son diagnostic. Est donc reconnue, dans le parcours de soin des TND, la nécessité de notre intervention. Cependant, il est important d'insister sur le fait que, malgré tout, l'ergothérapeute n'est toujours pas un professionnel de santé conventionné par la sécurité sociale.

Il est donc préconisé d'intervenir précocement auprès des enfants présentant un TND. Or, en France, pour différentes raisons, le diagnostic est posé trop tardivement (PLFSS 2019, 2018, p22). C'est pourquoi le gouvernement propose un parcours de soin clairement défini, de la naissance à la fin de la

septième année de l'enfant. La COG envisage la mise en place d'un forfait « *intervention précoce et autisme – trouble du neurodéveloppement* ». Ce forfait prévoit le financement, pendant un an [renouvelable une fois], des bilans et interventions des ergothérapeutes (articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du Code de la Santé Publique). Les objectifs de ce plan, exposés dans le guide de recommandation de bonne pratique publié par la Haute Autorité de Santé en février 2020, sont d'intervenir le plus précocement possible, de limiter le reste à charge des familles et d'éviter l'errance thérapeutique avant diagnostic.

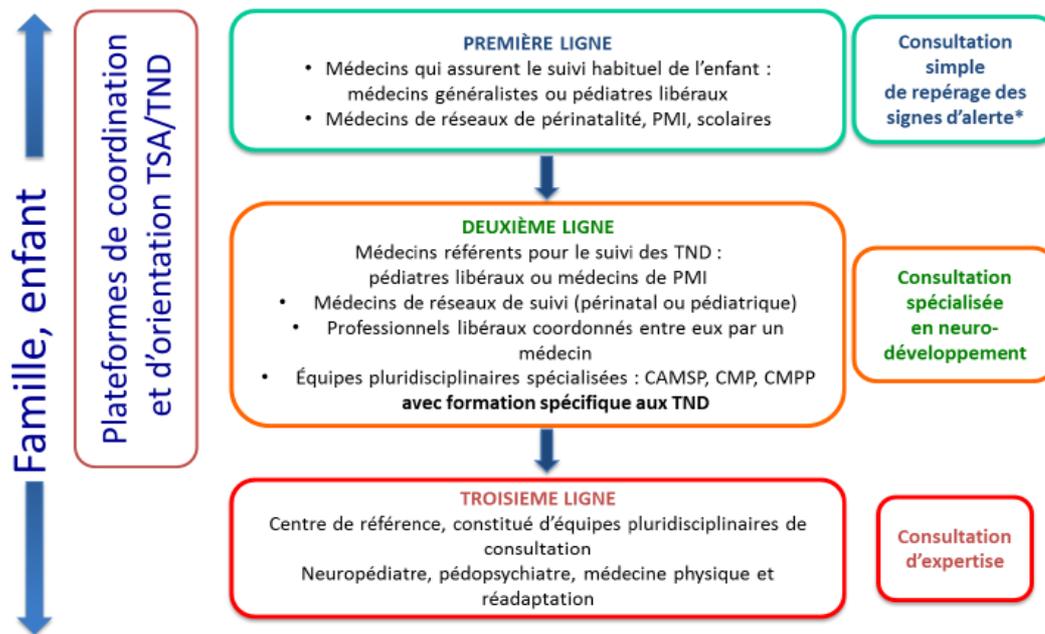
1.1.2 Organisation des plateformes de coordination et d'orientation

Pour répondre aux objectifs déterminés par le ministère de la santé et les agences régionales de santé (ARS), des PCO vont être créées. C'est ce qu'annonce l'article 2135-1 du décret 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif aux parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement. Les PCO assurent « *un maillage territorial pertinent* » et constituent « *une étape importante dans la structuration territoriale et graduée de l'offre pluridisciplinaire à l'égard des enfants et de leurs familles* » (circulaire N°SG/2018/256, p3). Elles sont mises en place pour renforcer les liens entre les professionnels de santé de première et seconde lignes et aussi superviser la présence des différentes structures de la seconde ligne « *quel que soit leur mode d'exercice ou le type de structure* » (circulaire N°SG/2018/256, p13). Le guide de recommandation de bonne pratique (GRBP) des TND conseille « *d'orienter les enfants et leur famille vers cette plateforme* » dans les régions dans lesquelles une PCO existe (p17).

Leur création contribue à faire évoluer des structures de seconde ligne que sont « *les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP), les réseaux de soin spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou les praticiens libéraux [...], les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie (ORL) et ophtalmologie (OPH)* » (HAS, 2018, p5) « *chargées de l'accueil et de l'accompagnement des enfants [...] avec TND* », en apportant du

soutien aux professionnels de premier rang, en étant présente lors des différentes interventions des professionnels auprès des enfants et en jouant le rôle de coordinateur entre les différents libéraux et les familles. A ce jour, vingt-sept plateformes ont ouvert sur le territoire français (Annexe I).

Le schéma suivant synthétise l'organisation d'une PCO :



*: avec la grille Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans de la délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neurodéveloppement

Figure 1 : « organigramme des lignes de suivi » (GRBP, 2020 p11)

Les PCO attendent de l'ergothérapeute qu'il réalise son diagnostic en ergothérapie puis qu'il propose des séances de ré-éducation, si besoin.

1.1.3 La mise en œuvre de mesures complémentaires

La circulaire n°SG/2018/256 indique que la formation des professionnels de santé de première ligne est engagée (outils de repérage pour les consultations et sensibilisation à la formation). Leur importante responsabilité dans le repérage, le diagnostic et l'accompagnement des personnes présentant ces troubles impose cette mesure. Mieux formés, ils seront alors en mesure de mieux détecter les TND et cela est primordial car ils sont à l'origine de l'orientation de l'enfant dans son parcours de soin. Dans le rapport intitulé « suivi

de l'évaluation de la prise en charge de l'autisme » du 17 juillet 2019, il est stipulé que « l'entrée dans le parcours est faite sur prescription médicale d'un médecin – pédiatre ou généraliste – après avoir constaté des signes décrits dans le carnet de santé (qui n'exigent pas de compétences spécifiques du médecin), qui oriente l'enfant vers une structure médico-sociale plateforme. » (ASSEMBLÉE NATIONALE, 2019). Le GRBP des TND publié en février 2020 recommande que « les enfants à risque de TND bénéficient d'un suivi clinique particulier et qu'ils aient un médecin référent identifié qui assurera le suivi du neurodéveloppement » et que ceux présentant « un risque modéré de TND bénéficient de consultations de repérage auprès [...] du médecin habituel de l'enfant, le médecin de PMI ou le médecin scolaire » (p10). Ce guide constitue une ressource sur laquelle les prescripteurs peuvent puiser les signes supposés les interpeller (GRBP TND, 2020, p24) et indique le parcours à mettre en place pour ces enfants. Des actions de développement professionnel continu (DPC), dispositif de maintien des compétences obligatoire pour tous les professionnels de santé de France, sont dorénavant disponibles en ce qui concerne les TSA ou les TND.

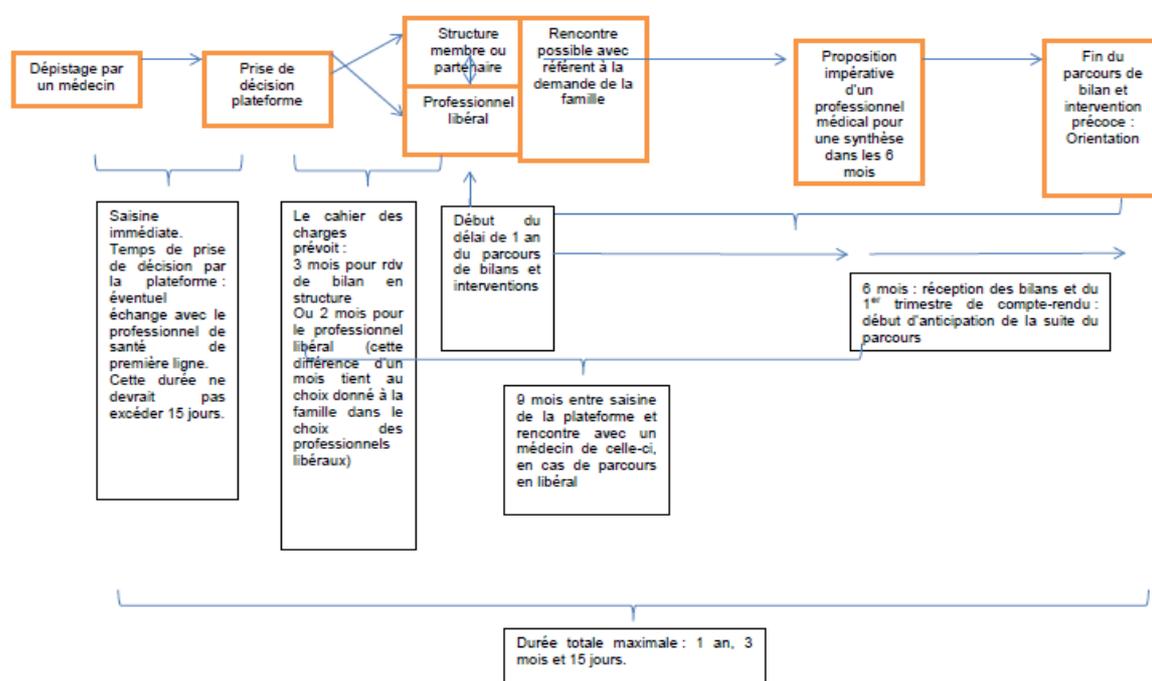


Figure 2 : Processus de prise en soin lors d'une suspicion de TND selon les recommandations de l'HAS (Handicap.gouv, 2019)

Le cabinet de Madame CLUZEL, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, a également travaillé à la création d'un livret à destination des professionnels de santé de première ligne, visant à guider ces derniers dans le dépistage des troubles neurodéveloppementaux (HANDICAP.GOUV, 2019) et à aider à orienter le jeune enfant vers des PCO. Paru le 13 juin 2019, ce livret nominatif, présenté sous forme d'un questionnaire rapide, vient en renfort des examens des neuvième et vingt-quatrième mois du nouveau carnet de santé, mis en place dans le but d'aider le praticien à mieux dépister : « *la recherche des signes d'alerte pour un développement inhabituel s'appuie sur les items du carnet de santé* » (HAS, 2018, p2 et HAS, 2018, p11). Il met en avant les signes (exposés par l'HAS dans le GRBP TND, p9) qui doivent alerter le praticien lors des différentes consultations de suivi de croissance et développement de l'enfant. Enfin, il est le support dans lequel le médecin consigne l'orientation de prise en soin qu'il préconise pour son patient. Une fois renseigné, ce document est à transmettre à la PCO qui s'organisera pour mettre en place le parcours de soin.

En parallèle, des kits pédagogiques à destination des étudiants en médecine sont en préparation. Leur objectif est de faire connaître à ces futurs prescripteurs les démarches à mettre en place auprès des jeunes patients chez qui un TND est suspecté.

Enfin, des formations sont proposées aux ergothérapeutes. Nous pouvons citer en exemple l'ANFE, qui a développé une formation « *Intervention précoce en ergothérapie pour les enfants avec trouble du neurodéveloppement* ». Elle vise à identifier les signes précoces des TND, à réaliser un plan d'intervention et enfin à « *accompagner l'enfant et ses parents dans les occupations* » (ANFE, 2019).

1.2 Les recommandations de la HAS

Le décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement définit clairement le rôle des ergothérapeutes auprès de ce public. Ils sont sollicités

dans le but de réaliser : « *une évaluation pour déterminer les besoins des enfants dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec leur développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif et, si nécessaire, des interventions pour répondre aux besoins ainsi constatés et agir sur l'environnement des enfants* » (LEGIFRANCE, 2018).

Sophie CLUZEL a adressé, lors des assises nationales de l'ANFE, une vidéo concernant le forfait « dépistage précoce » (ANFE, 2019). Elle y mentionne l'importance du rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants et souhaite, dans le cadre de la stratégie nationale sur l'autisme et les TND, favoriser l'intervention précoce auprès des enfants de moins de 7 ans et 11 mois. Les objectifs étant de permettre un accès à des bilans qui participent au diagnostic, de favoriser, si nécessaire, des interventions précoces, sans attendre qu'un diagnostic soit posé, de mettre un terme à l'errance de diagnostic et de limiter les sur-handicaps.

Ce dispositif devrait permettre la prise en charge des évaluations et des séances d'ergothérapie réalisées en libéral (sous réserve d'avoir signé une convention avec la plateforme) des enfants chez qui un TND est suspecté et offrirait à l'enfant un parcours de soin organisé et cohérent géré par les PCO. Le 11 février 2020 s'est tenue la cinquième conférence nationale du handicap. L'État poursuit sa ligne de conduite. Il dresse un bilan positif des mesures précédemment évoquées et annonce que, dès 2021, les enfants auront accès à ce forfait jusqu'à l'âge de 12 ans. Enfin, il souhaite que la France dispose d'une « *recherche d'excellence* » en la matière et permette de « *soutenir les familles et reconnaître leur expertise* » (COMMUNIQUE DE PRESSE, 2020, pp 13 et 18).

Chez le nourrisson et le jeune enfant, l'importance d'agir tôt, dès la suspicion de trouble, est désormais avérée et recommandée : « *la mise en place des interventions peut débuter [...] dès lors qu'un trouble du développement est observé* » (HAS, 2018, p1). Dès leurs premières inquiétudes, les parents doivent pouvoir être orientés par leur médecin vers les professionnels formés au diagnostic et à la prise en soin de ces troubles. Le GRBP des TND de l'HAS publié en février 2020 insiste sur ce point : « **Quel que soit l'âge, toute *inquiétude des parents* concernant le neurodéveloppement de leur enfant doit être considérée comme un signe d'appel (AE) [Accord d'experts]. Elle doit**

donner lieu à un examen clinique détaillé du développement de l'enfant par le médecin assurant son suivi habituel. Il en est de même pour toute régression ou non-progression des acquisitions » (p12). L'intervention se doit d'être précoce et coordonnée afin de faciliter le parcours des familles et d'éviter les situations d'errance.

2 Cadre conceptuel

2.1 Les troubles du neurodéveloppement

2.1.1 Définition

La onzième Classification Internationale des Maladies (CIM), éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) devrait être la référence française. Cependant, si elle a été publiée le 18 juin 2018, elle n'entrera en vigueur que le 1er janvier 2022. Elle intègre la nouvelle architecture des troubles neurodéveloppementaux de la DSM-5 (classification américaine des troubles mentaux), publiée en 2013. L'HAS, dans ses recommandations, se réfère donc au DSM-5, que nous choisirons. Selon cette dernière, les troubles du neurodéveloppement concernent *« un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire. Ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel »* (DSM-5, 2015, p33). D'après l'OMS (2018), l'étiologie des troubles neurodéveloppementaux est complexe et reste souvent inconnue. L'expression des troubles varie notamment selon les degrés de sévérité de l'atteinte et selon la présence ou non de comorbidités.

Les TND recouvrent des tableaux cliniques très variés. Ils comprennent : handicaps intellectuels, troubles de la communication, trouble du spectre de l'autisme, déficit de l'attention / hyperactivité, troubles spécifiques des apprentissages, troubles moteurs, autres troubles neurodéveloppementaux. Nous reprenons l'ensemble de ces troubles dans le tableau ci-dessous :

TND		Impacts sur la vie quotidienne
Handicaps intellectuels	<ul style="list-style-type: none"> - troubles du développement intellectuel - retard global de développement - handicap intellectuel non spécifié 	Ils sont la conséquence d'un retard de développement intellectuel et impactent l'autonomie globale quotidienne.
Troubles de la communication	<ul style="list-style-type: none"> - trouble du langage - trouble de la phonation - trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance - trouble de la communication sociale - trouble de la communication non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> Restriction de la participation sociale Restriction des interactions sociales Manque de confiance en soi Difficulté dans les apprentissages scolaires
Trouble du spectre de l'autisme	trouble du spectre de l'autisme	<ul style="list-style-type: none"> Altération de la communication et des interactions sociales Stéréotypies, intérêts restreints, particularités sensorielles
Déficit de l'attention / hyperactivité	<ul style="list-style-type: none"> - déficit de l'attention/hyperactivité - autre déficit de l'attention/hyperactivité spécifié - déficit de l'attention/hyperactivité non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> L'excès de distraction engendre un manque de constance ou bien un excès d'absorption engendre un manque de flexibilité. L'enfant TDAH souffre de ces deux troubles de l'attention. (WAHL, 2019, p24) : difficultés dans les apprentissages Altération des interactions sociales Altération de l'estime de soi
Troubles spécifiques des apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> - troubles spécifiques des apprentissages → avec déficit de la lecture → avec déficit de l'expression écrite → avec déficit du calcul 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à maîtriser la syntaxe, la grammaire... nécessaires à la rédaction d'un texte Difficultés à comprendre ce qui est lu Difficultés à manipuler les chiffres, à leur donner du sens

Troubles moteurs	<ul style="list-style-type: none"> - trouble développemental de la coordination - mouvements stéréotypés - tics (syndrome G. de la Tourette, tics moteurs ou verbaux persistants et tics provisoires) - autres tics spécifiés - tics non spécifiés 	<p>Impacte toutes les activités de la vie quotidienne, d'autant plus si elles sont nouvelles : maladresse, lenteur, imprécisions...</p> <p>Difficultés dans les apprentissages scolaires (dysgraphie)</p>
Autres troubles neuro-développementaux	<ul style="list-style-type: none"> - autre trouble neurodéveloppemental spécifié - trouble neurodéveloppemental non spécifié 	

Tableau A : les troubles du neurodéveloppement et leurs répercussions sur la vie quotidienne.

2.1.2 L'impact occupationnel des TND

Fréquents et durables, les TND ont des répercussions sur la performance occupationnelle des enfants, définie par « *ce qui est en train de d'être fait par une personne ou ce dans quoi elle s'engage* » (LAW, BAUM & DUNN, in MEYER, 2013, p73). Cela perturbera, à différents degrés, l'accomplissement des activités de la vie quotidienne dont leur réalisation en autonomie joue un rôle clé dans leur développement. La gravité du trouble et son association avec d'autres sont sans conteste des facteurs de limitation de la participation occupationnelle définie comme « *l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » (MEYER, 2013, p16). Leur évaluation en terme de qualité de vie est complexe. Les syndromes que recouvrent les TND, détaillés dans le tableau ci-dessus, se caractérisent par l'altération de nombreuses fonctions comme la mémoire, l'attention, le langage, la motricité, la cognition, entrant en jeu dans les occupations, qu'elles soient personnelles ou scolaires, et pouvant se traduire par un désengagement social. (PRY, 2019, p 25).

C'est pourquoi, plus tard, les TND peuvent avoir des répercussions sur l'ensemble des sphères présentes à travers les environnements sociaux, qu'il s'agisse de la sphère sociale et de la sphère professionnelle. La fatigabilité engendrée par le contrôle permanent des processus mal ou peu automatisés nécessitant plus d'efforts attentionnels peut mener à une augmentation de la tension mentale. Les TND sont donc susceptibles d'être à l'origine de situations de handicap plurielles.

2.2 L'ergothérapie

2.2.1 Définition

Nous choisissons la définition de l'ergothérapie de la WFOT (World Federation of Occupational Therapist) parce qu'elle s'inscrit dans l'avenir de l'ergothérapie avec une approche centrée sur la personne et ses occupations : "*Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of*

occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement¹». (WFOT, 2012).

« L'approche centrée sur l'engagement dans l'occupation favorise une prise en compte de la personne dans ses environnements pour assurer l'accès aux occupations et rendre leur accomplissement sécurisé et efficace » (CAIRE & SCHABAILLE, 2018, p XXVI). Une occupation correspond à « un ensemble d'activités signifiantes effectuées de manière régulière [...] Les occupations sont les choses que nous éprouvons le désir de faire, voulons faire ou devons faire. Notre quotidien et notre routine sont constitués d'occupations » (POLOTAJKO, 2007, in VALLEE, 2015).

2.2.2 Le potentiel thérapeutique de l'occupation

Elizabeth YERXA et Ann WILCOK créent, en 1989, la science de l'occupation, science qui est propre à l'ergothérapie. Elle a pour objectif de s'intéresser aux liens entre l'engagement, l'occupation et la santé, et permet, comme le souligne Marie-Chantal MOREL BRACQ (CAIRE, 2018, p7), de « *prouver l'impact de l'engagement dans des occupations sur la santé et le bien-être* » des personnes. Dans cet article, elle met en exergue les arguments avancés par CSIKSZENTMIHALYI et D. PIERCE améliorant l'efficacité de l'accompagnement en ergothérapie. Si, pour ressentir ce qu'il appelle le « *flow* », soit « *un sentiment de bien-être particulier* », CSIKSZENTMIHALYI prouve la nécessité de s'engager « *dans une activité attrayante, porteuse de défis, mettant en jeu toutes les capacités de l'individu* » (MOREL BRACQ in CAIRE, 2018, p 12), D. PIERCE porte son attention sur le fait qu'une occupation possède un

¹ L'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le client, qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par le biais de l'occupation. L'objectif premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés afin d'améliorer leur capacité à s'engager dans les activités qu'ils veulent, doivent ou sont censés faire, ou en modifiant l'activité professionnelle ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement professionnel [Traduction libre].

potentiel thérapeutique si elle réunit trois éléments de façon simultanée. Il s'agit des dimensions attractives de l'occupation, de ses dimensions contextuelles écologiques et des éléments du processus de mise en place.

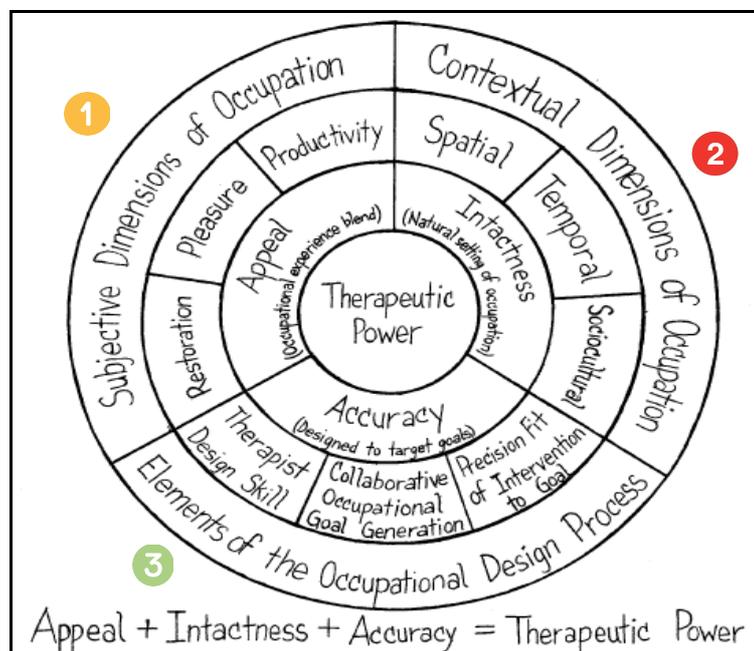


Figure 3 : the Occupational design approach : conceptual tools for building occupation-based practice (D. PIERCE, 2001)

Pour arriver au centre de la cible et donc, pour qu'une activité atteigne un niveau élevé de potentiel thérapeutique, il faut considérer tout ce qu'il y a autour.

Les dimensions subjectives **1** mises en avant par D. PIERCE sont la productivité, le plaisir et le ressourcement. Elles caractérisent l'expérience de l'occupation et contribuent à l'attrait (*appeal*). La productivité, centrale dans la nature humaine, offre un but et encourage la personne à s'engager dans cette activité. Le plaisir est la clé de l'engagement, il s'inscrit en mémoire. Son expérience participe à l'émergence et au maintien de l'engagement de la personne dans l'activité. Le ressourcement est la restauration du niveau d'énergie et de la capacité à poursuivre l'engagement. A tout âge, le plaisir impacte sur l'humeur, la santé et la récupération.

Les dimensions contextuelles **2** caractérisent la réalité écologique (*intactness*), c'est-à-dire le cadre naturel de l'activité. Ce sont les caractéristiques spatiales, temporelles et socioculturelles qui, prises en compte, favorisent in situ

les qualités de l'intervention ergothérapique car elles en renforcent son caractère écologique.

Enfin, les éléments du processus de mise en place de l'occupation, ³ visant à proposer une mise en situation la plus dynamique, sont à planifier. D. PIERCE pointe du doigt plusieurs éléments tels que les compétences du thérapeute, la collaboration avec le patient dans l'identification des objectifs ainsi que l'ajustement de l'intervention à l'objectif (adaptation).

Prendre en compte l'attrait de l'activité, être au plus près de la réalité écologique en intervenant sur le terrain et collaborer avec le patient/client sont les trois éléments à combiner pour qu'une activité développe son potentiel thérapeutique. « *Ces occupations affectent la santé et le bien-être des personnes, donnent un cadre temporel et structurant, donnent un sens à la vie [...] L'occupation a un potentiel thérapeutique.* » (MOREL-BRACQ, 2015 p 86).

2.2.3 Les approches en ergothérapie

Dans une démarche de recherches et progression, les ergothérapeutes ont développé leurs propres science (PIERCE, in MOREL-BRACQ, 2016, pp26-27), modèles, approches et outils centrés sur l'occupation et sur le lien avec la personne, l'environnement et la performance.

Une approche peut être considérée comme une démarche intellectuelle guidant le thérapeute dans le but d'analyser et de réagir à une situation à laquelle il est confrontée. Ainsi, il choisit l'approche sur laquelle il souhaite s'appuyer pour construire ce plan d'intervention. En ergothérapie, nous présenterons les approches bottom up, ou ascendante, top to bottom up, intermédiaire, et top down, ou descendante.

L'approche bottom up s'intéresse aux habiletés et aux aptitudes de la personne et a pour objectif la récupération des composantes de base déficitaires (cognitives, motrices, sociales, sensorielles...) afin de pouvoir les transposer dans ses occupations et en améliorer la performance. Basé sur la plasticité cérébrale, ce raisonnement part donc du principe que, lorsque les éléments déficients qui soutiennent la performance occupationnelle sont restaurés, la

récupération de la performance s'en suit systématiquement. Il s'agit de « *traiter les éléments de la performance occupationnelle dans un premier temps, puis [de] les intégrer dans des tâches* » (MEYER, 2010, p86).

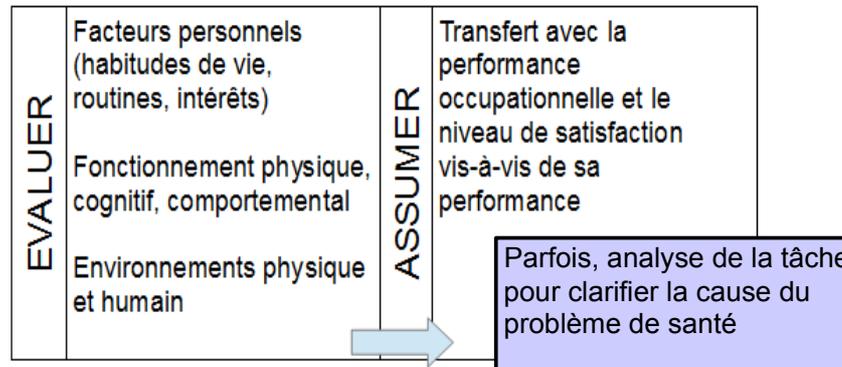


Tableau B.: approche bottom up (FISHER, 2009)

L'approche Top to bottom up est une approche intermédiaire aux approches bottom up et top down, décrites dans ce point. Proposée par C. TROMBLY LATHAM, cette démarche propose, comme pour l'approche top down, de repérer les problèmes de performance occupationnelle par des entretiens et par l'observation, puis d'utiliser des bilans analytiques afin de définir les causes des dysfonctionnements occupationnels, comme cela se fait avec la démarche bottom up (HINOJOSA, KRAMER & ROYEEN, 2017, p244-245).

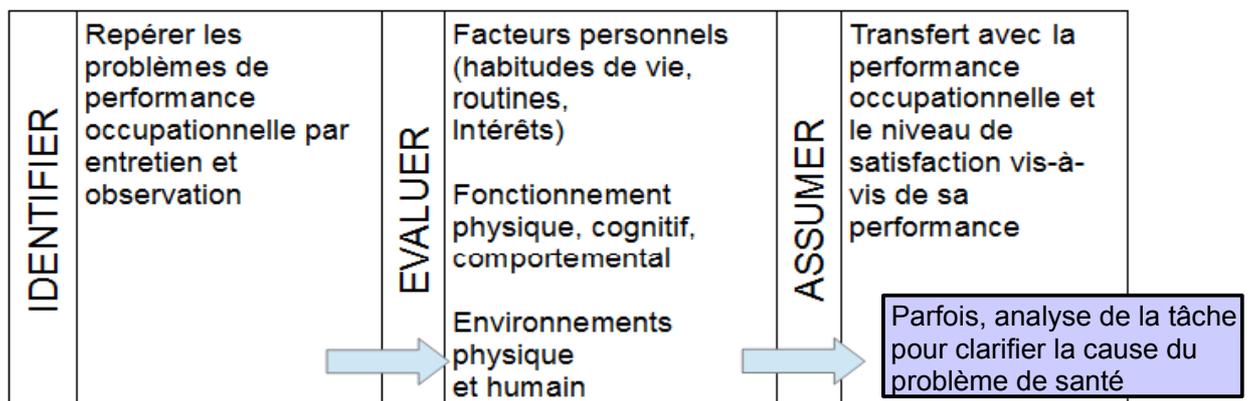


Tableau C.: approche Top to bottum up (FISHER, 2009)

L'approche top down porte « *directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser la performance occupationnelle,*

processus ergothérapeutiques) et de tests validés et reconnus permettant de définir la problématique occupationnelle principale, d'établir son plan d'intervention et de réaliser le diagnostic. Il est également en mesure de réaliser des entretiens avec l'enfant et/ou son entourage proche ainsi que des mises en situation écologiques objectivées par des outils/évaluations. L'un d'eux, le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool, qui permet de définir le profil occupationnel des patients, puis de déterminer des objectifs personnalisés et adaptés) aide à révéler les difficultés et les forces de l'enfant par rapport à ses activités dans son environnement. C'est ce que le thérapeute fera clairement apparaître lors de la rédaction du diagnostic ergothérapeutique, document visant à « *définir et résumer les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel* » (DUBOIS et AL, 2017, p13) sur lequel peuvent s'appuyer les autres professionnels de santé travaillant avec l'enfant. Pour l'ergothérapeute, c'est donc un outil qui clarifie la démarche dont il fait partie intégrante. C'est un support d'universalité dans notre pratique.

2.2.5 Les ergothérapeutes en pédiatrie

2.2.5.1 La prise en soin précoce

Les ergothérapeutes ont longtemps délaissé la pédiatrie au profit des soins de suite et de rééducation fonctionnelle bénéficiant alors d'une meilleure reconnaissance (GOUBERT et REMONDIERE, 2004). C'est ce qui explique pourquoi la France n'est pas le premier pays référent dans ce domaine ainsi que la raison pour laquelle la pédiatrie y est encore peu mise en avant pendant les études d'ergothérapie.

La notion de précocité concerne le moment de l'intervention : agir tôt auprès d'enfants à risque de présenter un trouble du développement ou bien dès les premiers symptômes « *pour soutenir le développement de ces enfants et leur permettre de faire évoluer leur trajectoire développementale* » (VIGNY, 2019). La précocité du diagnostic et de la mise en place d'une intervention adaptée conditionnent beaucoup la progression de l'enfant et son accès à une meilleure qualité de vie. L'accompagnement précoce en ergothérapie a pour vocation d'éviter que « *des schémas d'appauvrissement de la participation ne soient*

enracinés » (LAW et KING, 2016, p110) et aussi de « *limiter le risque pour l'enfant de s'installer dans un chemin de développement qui nuise à l'acquisition d'une autonomie suffisante pour réaliser un certain nombre d'occupations indispensables à son épanouissement* » (DUFOR 2011). L'action précoce concerne « *un enfant de moins de 6 ans pour lequel le développement psychomoteur et/ou affectif ne correspond pas à ce qui est attendu pour son âge* » (YANEZ, JOSEPH, 2010, p399). Notons que, malgré l'intention du gouvernement de rendre accessible ce forfait jusqu'aux 12 ans de l'enfant, nous conserverons, dans le cadre de ce mémoire, la tranche d'âge de 0 à 7 ans (7 ans et 11 mois) indiquée dans le « forfait précoce ».

Les programmes d'intervention précoce sont soutenus par des connaissances récemment acquises sur la plasticité cérébrale ainsi que sur la maturation neuronale, particulièrement actives à cet âge. Selon J. LEQUINIO et C. DUFOR, intervenir précocement, c'est s'appuyer sur la plasticité cérébrale. Elle « *est la capacité du cerveau à réorganiser les connexions entre ses neurones à tous les âges de la vie, en fonction des apprentissages et des expériences* » (PRY, p30). En effet, « *les connexions entre les neurones sont éliminées lorsqu'elles ne sont pas utilisées et, à l'inverse, les connexions synaptiques très utilisées sont renforcées. Dans le cadre d'un TND, certains circuits, pour des raisons multifactorielles, ne sont pas fonctionnels. L'information va alors devoir emprunter un autre circuit* ». La plasticité cérébrale est donc fortement influencée par la répétition et le plaisir (VIDAL, 2013). De façon permanente, le cerveau fabrique de nouvelles connexions entre neurones en fonction des apprentissages et des expériences vécues par l'enfant. C. DUFOR justifie la pertinence d'une intervention précoce en ergothérapie par l'anticipation des difficultés de savoir-faire dans les activités du quotidien du tout-petit qui deviendra adulte, évitant ainsi le développement de pathologies invalidantes accompagnées de leurs « *dommages collatéraux* » : perte d'estime de soi, angoisses à initier, repli... L'intervention précoce prend donc tout son sens dans les propositions thérapeutiques qui permettent à l'enfant de s'auto-réguler dans un environnement sécuritaire, de découvrir des savoir-faire, maîtriser ses actions dans son milieu... prémices à son autonomie pour la vie quotidienne.

2.2.5.2 *Le rôle des ergothérapeutes auprès des 0-7 ans*

L'HAS souhaite dorénavant l'intervention de l'ergothérapie dans le parcours de soin des enfants chez qui est suspecté un TND (SÉCURITÉ SOCIALE, 2019). En pédiatrie, « *le développement de l'enfant est considéré dans son contexte (environnement) en tenant compte des caractéristiques de l'enfant (personne)* » (LEQUINIO, 2019). Le rôle de l'ergothérapeute est crucial dans la vie de l'enfant et de sa famille car il permet de favoriser la participation de l'enfant et de ses parents dans les occupations de la vie de tous les jours. Celle-ci inclut, pour les enfants, des occupations de récréation, de loisirs, d'école et de travail. D. PIERCE insiste sur le fait qu'une participation régulière dans les activités de la vie quotidienne est primordiale pour la bonne santé, le bien-être et le développement des enfants. Cette participation, « *bénéfique au développement des compétences et des capacités des enfants, au développement de leurs relations sociales et de leurs santés physique et mentale sur le long terme [...] permet aux enfants de comprendre les attentes sociales et d'acquérir les compétences physiques et sociales nécessaires à leur fonctionnement et leur développement, chez eux et dans la société* ». D. PIERCE précise enfin que « *le schéma de restriction de participation débute dès l'enfance* » et que « *c'est le moment pour intervenir – avant que les schémas d'appauvrissement de la participation ne soient enracinés* ». (MOREL BRACQ, PIERCE, 2016, p110). Or, la participation dans les occupations de vie quotidienne des enfants ayant des incapacités est restreinte.

Le thérapeute guide l'enfant en situation de handicap, quel que soit son âge, grâce à l'analyse des pratiques d'activités, aux mises en situation écologiques... Il favorise les comportements essentiels de la vie quotidienne et cherche à optimiser l'engagement dans les occupations qui sont, durant l'enfance, le jeu, les soins personnels, les repas, la mobilité, les relations avec les pairs, les habiletés concernant le travail scolaire... L'enfant doit être satisfait de sa performance dans ces domaines, cela lui permet de développer ses capacités d'adaptation. « *Ces occupations et leur réalisation pleine et entière, de façon satisfaisante et en situation de vie sociale, améliorent la qualité de vie et permettent l'épanouissement de la personne au sein de la société tout au long de*

son existence. Elles sont un besoin de l'être humain » (FAURE et GALBIATI, 2019, p7)

Nous choisissons le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO), selon lequel les êtres humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre. Les occupations d'un enfant peuvent être classées selon leur nature en trois catégories : les activités de soins personnels (où l'enfant prend soin de lui : se laver, s'habiller, communiquer...), les activités productives (où il endosse un rôle dans la société : à l'école par exemple) et les activités de loisirs (où il prend du plaisir et s'épanouit : le sport, la création...) (MOREL BRACQ, 2015, p86). Ces occupations vont évoluer dans le temps en fonction des possibilités physiques, des intérêts et des étapes de développement de l'enfant (traduction libre, RODGER et KENNEDY-BEHR, 2017, p13). L'ergothérapeute va alors l'accompagner dans la construction et la diversification de son répertoire occupationnel, qui définit « *l'ensemble des occupations dans lesquelles il s'engage pendant une période de sa vie* » (FAURE et GALBIATI, 2019, p8), afin qu'il soit satisfait de la façon dont il réalise cette occupation. Il est important de noter qu'un enfant en situation de handicap passe plus de temps dans la réalisation des soins personnels au détriment des temps de loisirs. Cela peut avoir des répercussions sur le développement de son niveau d'autonomie, sur les relations sociales, sur son bien-être et sur son identité. (FAURE et GALBIATI, 2019, p9).

2.2.5.3 L'inter-professionnalité

« *La prise en charge précoce en ergothérapie ne peut faire l'impasse sur ces liens qui se tissent entre professionnels* » (DUFOUR, 2011). Ce travail en co-construction favorise la cohérence dans l'accompagnement de l'enfant en vue de l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs communs « *nos regards croisés avec les autres [...] thérapeutes et professionnels de la petite enfance, apportent richesse et collaboration efficace...* » (YANEZ et JOSEPH, 2010, p406). L'ergothérapeute est le professionnel qui porte son attention sur les besoins, les habitudes de vie et l'engagement de l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne et la façon dont il peut lui en faciliter l'accès afin de « *développer son autonomie, son indépendance et sa future implication sociale* » (PIERSON, 2017). Mais, s'il

intervient seul, son impact est moindre.

Les PCO coordonnent les interventions des différents professionnels de santé qui sont amenés à réaliser des séances auprès d'un même patient. Ces PCO attendent la réalisation d'un diagnostic de la part de chacune des professions sollicitées ainsi que la mise en place de séances d'intervention. Cela implique, de la part des professionnels concernés, un travail de concertation afin d'optimiser les potentiels thérapeutiques de chaque profession et de s'adapter ainsi aux besoins des familles.

2.2.6 Les apports d'un accompagnement en ergothérapie

Les interventions en pédiatrie prennent en considération une vision globale de l'enfant ; l'ergothérapeute, lui, agira donc tout autant sur l'environnement, défini par le contexte familial et social, le foyer, le milieu de garde ou le milieu scolaire, sur les habiletés de l'enfant, sur l'enfant et/ou sur l'occupation. Le rôle de l'ergothérapeute est de prendre en considération les besoins de l'enfant ainsi que les attentes de la famille tout en favorisant l'engagement de l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne (de soin personnel, jeux, socialisation...).

L'ergothérapie permet une évaluation adaptée du très jeune enfant et propose des recommandations fiables pour la création d'un environnement favorable à la participation occupationnelle. Elle aide à consolider la relation parent-enfant et conseille également sur un positionnement adéquat visant à favoriser la motricité et la participation sociale et occupationnelle.

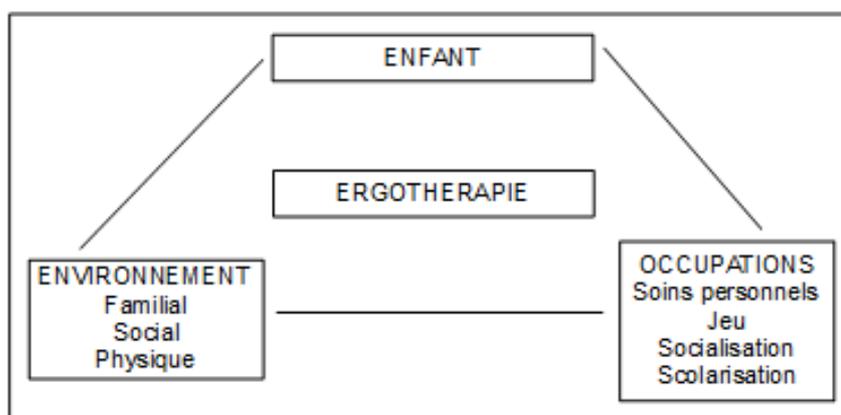


Figure 4 : Les concepts centraux de l'ergothérapie propres à l'enfance (C. DUFOUR 2011)

2.2.6.1 Autour de l'enfant

L'ergothérapeute réalise des entretiens avec l'enfant et/ou son entourage proche ainsi que des tests cognitifs et des mises en situation écologiques objectivées par des outils/évaluations. L'un d'eux, la MCRO (qui évalue l'implication de l'enfant et définit les objectifs d'intervention en fonction de sa performance et de ce qu'il souhaite améliorer) permet de révéler les difficultés et les forces de l'enfant par rapport à ses activités dans son environnement. Il évaluera ainsi les facteurs occupationnels, environnementaux et personnels afin de mettre en valeur les leviers et freins, communiqués par l'utilisateur ou ses proches, sur lesquels il pourra s'appuyer lors de la prise en soin. C'est ce qui apparaîtra clairement dans la rédaction du diagnostic ergothérapeutique

L'ergothérapeute est attentif aux occupations du jeune enfant et à son degré d'appétence pour celles-ci, auxquelles il participe petit à petit : comment utilise-t-il les outils ? Quels sont ceux qu'il utilise ?... Les ergothérapeutes exerçant en pédiatrie font du jeu la base de leur pratique. Ils ont à leur disposition le modèle ludique, modèle conceptuel de F. FERLAND, qui insiste sur l'importance du jeu comme vecteur de plaisir et donc de motivation, nécessaire dans la prise en soin car elle favorise l'engagement de l'enfant (MOREL BRACQ, 2015, p151).

2.2.6.2 Autour des environnements (social, physique, matériel) de l'enfant

L'ergothérapeute définit « *la pratique centrée sur l'enfant et son entourage comme une approche de collaboration et de partenariat utilisée pour promouvoir les occupations* » (TOWNSEND & POLATAJKO, in FAURE et GALBIATI, 2019, p12). L'intervention en milieu dit écologique, celui dans lequel évolue l'enfant, permet de mieux observer les possibilités d'adaptation entre l'enfant et son environnement et donc d'ajuster au plus précis le plan d'intervention. Son efficacité est donc améliorée. Le travail à domicile est préconisé (YANEZ et JOSEPH, 2010, p400) car il favorise « *un engagement, une disponibilité du parent, une sensibilisation des interactions* » qui donne alors au parent « *un sentiment de compétence* » qui sécurise l'enfant. Aussi, l'ergothérapeute établit

son plan d'intervention en tenant compte des différents acteurs et de leur expertise de l'enfant qu'ils accompagnent, avec et en fonction de l'entourage dans lequel évolue quotidiennement l'enfant : ses parents, ses frères et sœurs, sa famille, le personnel de la crèche/sa nourrice, ses enseignants... En pédiatrie, selon D. PIERCE, il est pratique courante de considérer les parents comme "clients" et de cibler les occupations en "co-occupation" afin de devenir une famille (p282). H. FAURE et C. GALBIATI utilisent le terme de « *co-construction* » (p12), nécessaire à l'établissement du plan d'intervention.

L'intervention de l'ergothérapeute se justifie également par l'accompagnement des familles, le renforcement du lien parent-enfant et l'accompagnement à la parentalité, recommandé dans le GRBP (p18), qui sont des axes d'interventions clés en ergothérapie. Certains parents doutent de leurs compétences parentales alors que leur aide est nécessaire. Il est important d'insister sur le fait qu'il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental et que l'éducation qu'ils donnent à leur enfant n'est pas la cause des difficultés qu'il éprouve. Une approche centrée sur la famille, reposant sur une relation de confiance, d'écoute et d'échanges, offre aux parents la possibilité de prendre part aux décisions concernant leur enfant. Les échanges avec les parents doivent être le pivot de la prise en soin. Les parents et l'enfant déterminent, avec leur ergothérapeute, les défis occupationnels prioritaires. L'ergothérapeute vulgarise les informations afin qu'elles soient compréhensibles et accompagne les parents à mieux comprendre les problématiques de leur enfant. Il écoute les attentes de chacun et favorise la mise en place de toute stratégie, processus, compensation... pouvant améliorer le fonctionnement familial quotidien. Il est aussi attentif aux ressources à disposition. L'engagement des parents dans la thérapie a des effets multiples et positifs sur la prise en soin de l'enfant en terme d'investissement, de motivation et d'observance. L'enfant a besoin d'un maximum de répétitions pour favoriser la plasticité cérébrale.

2.2.6.3 Autour des occupations de l'enfant

L'ergothérapeute est en mesure de proposer des séances de rééducation puis des adaptations des différentes occupations pour lesquelles l'enfant montre

de l'intérêt, ressent du plaisir et s'engage quotidiennement : séquençage de l'activité en plusieurs petits moments, modification des exigences de la tâche, mise en place de compensation, utilisation d'aide technique/humaine, diversification du répertoire occupationnel... Les occupations sont toujours au centre des interventions. Le thérapeute les utilise comme un objectif d'intervention dans le but de restaurer, maintenir ou améliorer la performance de l'enfant afin qu'il réalise son occupation de façon autonome, fonctionnelle et sécuritaire.

Vers 9 mois par exemple, un enfant commence à ramper, à marcher à quatre pattes ou à se lever avec aide pour découvrir le monde qui l'entoure. Il est en mesure de jouer au jeu du « coucou-caché », de faire des jeux de mains, ou d'attraper un objet de petite taille avec la pince pouce-index et de le tendre vers la personne avec qui il joue. Vers 10 mois, l'enfant commence à jeter des objets par terre ; à 12 mois, il va pointer du doigt, donner des objets... Par le biais de ces occupations, l'enfant se construit. Le jeu est pour lui un moyen privilégié de découvrir le monde qui l'entoure. Pour lui, « *jouer c'est aussi maîtriser la réalité* » (FERLAND, 2003,p18), « *influer sur son environnement* » (MISSUANA & POLLOCK, 1991 in FERLAND, 2003,p18). Une situation de handicap peut entraver cette découverte et cette construction. Gêné dans son activité d'exploration ou de manipulation, il ne satisfera pas pleinement son besoin d'agir sur son environnement.

Nous venons de montrer que **l'ergothérapeute est un acteur majeur de l'évaluation des enfants de 0 à 7 ans pour la mise en place d'un suivi ré-éducatif** d'un jeune enfant puisque, dès sa naissance, l'enfant a des occupations.

Les bénéfices d'un accompagnement en ergothérapie auprès des enfants de 0 à 7 ans, ont été mis en avant par l'HAS via ses recommandations de bonne pratique ainsi que par le gouvernement grâce à la création du « forfait précoce ». Un des objectifs de la stratégie autisme est de favoriser la compréhension et le repérage des troubles afin d'intervenir plus tôt et de favoriser l'insertion sociale des enfants porteurs d'un TND. L'ergothérapeute dispose des savoirs

nécessaires à la compréhension de la problématique de ces enfants. Il met en place un plan d'intervention pertinent et efficace réalisé avec l'enfant, sa famille et collabore avec les autres professionnels de santé qui interviennent.

Or, dans *100 idées pour développer l'autonomie des enfants grâce à l'ergothérapie*, la préface commence ainsi : « *Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Nombreux sont les gens à ne pas savoir* » (LEQUINIO & JANOT, 2019, p7). L'ergothérapie en France est une profession somme toute récente puisqu'elle s'est installée véritablement durant la première guerre mondiale, et les ergothérapeutes sont encore peu reconnus comme étant des professionnels ayant un rôle à jouer auprès des jeunes enfants : « *actuellement, hormis au sein des CAMSP, les ergothérapeutes sont peu repérés comme acteurs de l'intervention précoce, notamment sur le secteur libéral* » (ANFE, 2019). Selon C. GALBIATI, ce constat est également valable auprès des associations de patients (WEBINAIRE TND, 2019).

3 Cadre expérimental

3.1 Question de recherche

Si l'ergothérapeute est un acteur majeur de l'évaluation permettant de poser un diagnostic mais aussi de mettre en place des séances de rééducation / réadaptation pour des enfants de 0 à 7 ans, il est nécessaire que le travail qu'il réalise soit connu et reconnu par les acteurs de première ligne, notamment les médecins qui seront les principaux prescripteurs.

A l'issue du cadre conceptuel, nous avons établi une question de recherche qui est : **les possibilités d'intervention de l'ergothérapeute sont-elles suffisamment (re)connues par les prescripteurs pour participer aux PCO, à la hauteur de nos compétences ?**

3.2 Hypothèse

Nous connaissons désormais les différents dispositifs qui se mettent actuellement en place en France, favorisant les prises en soin précoces des enfants susceptibles d'être porteurs d'un trouble du neurodéveloppement. Notre sujet s'intéressant aux façons d'aider les professionnels de santé de première ligne à identifier les profils de jeunes patients qui relèvent d'une prise en soin en ergothérapie, nous nous focaliserons sur la (re)connaissance de notre profession auprès des prescripteurs.

De la question de recherche, nous avons tiré une hypothèse à laquelle nous répondrons dans le cadre expérimental : **la méconnaissance de la profession de l'ergothérapeute entrave les prescripteurs dans l'orientation des jeunes enfants en ergothérapie.**

3.3 Dispositif méthodologique

À travers cette partie, je tâcherai de répondre à l'hypothèse que j'ai soulevée précédemment, issue de ma question de recherche. J'y parlerai à la première personne du singulier car elle repose sur des investigations que j'ai menées dans le cadre de ce travail. J'y détaillerai tout d'abord le dispositif méthodologique utilisé, incluant le choix de la méthode, la population interrogée, les outils ainsi que le déroulé de la recherche mettant en lumière les pratiques concernant ce terrain. Ensuite, je présenterai les résultats ainsi qu'une analyse empirique des données recueillies. Aussi, j'indiquerai quels sont les limites et biais que j'ai identifiés dans ma démarche. Enfin, j'évoquerai quels sont les apports et les influences qui découlent de ce travail de recherche.

Dans un souci de clarté, étant donné le nombre d'outils utilisés, c'est sous forme de tableau que je détaille le dispositif méthodologique et ses différentes composantes :

Choix de la méthode et de l'approche	<p>Pour permettre la réalisation de ce travail de recherche, j'ai choisi la méthode qualitative, s'intéressant à la signification que les individus donnent à leur pratique ou à celle d'un autre praticien. Cela m'a semblé être un point clé pour cet écrit, mon hypothèse étant fondée sur l'expérience du thérapeute dans l'exercice de ses fonctions. J'ai opté une approche hypothético-déductive qui consiste à analyser et interpréter des résultats obtenus lors du travail de recherche. Celle-ci me permettra, en conclusion, de répondre à la problématique soulevée et de valider ou non l'hypothèse émise.</p>					
	Questionnaires		Entretien semi-directif			
	Ergothérapeutes	prescripteurs				
Population	<p>Le «forfait précoce» concerne les enfants de 0 à 7 ans, porteurs ou potentiellement porteurs de TND. Grâce à cette sélection, je peux cibler une population me permettant de valider ou d'invalider l'hypothèse en accédant au terrain nécessaire à la réalisation de ma recherche.</p> <table border="1" data-bbox="293 624 2136 983" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="293 624 904 983" style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><u>Critère d'inclusion</u> : accompagner ou avoir accompagné au moins un enfant de 0 à 7 ans, porteur ou susceptible d'être porteur d'un TND. Ils sont alors à même de décrire quels sont les interlocuteurs avec lesquels ils sont amenés à échanger pour mener à bien leur accompagnement.</p> </td> <td data-bbox="911 624 1518 983" style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><u>Critère d'inclusion</u> : recevoir en consultation des enfants de 0 à 7 ans. Ils indiqueront ainsi le parcours de soin qu'ils préconisent à leurs jeunes patients, notamment s'ils orientent en ergothérapie.</p> </td> <td data-bbox="1525 624 2136 983" style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Afin de recueillir des données qualitatives étayant les retours de questionnaires, j'ai mené un entretien auprès du pilote régional de la PCO de Seine-Maritime pour recevoir le retour d'expérience d'une personne au cœur du sujet, dont la formation initiale est ergothérapeute.</p> </td> </tr> </table>			<p><u>Critère d'inclusion</u> : accompagner ou avoir accompagné au moins un enfant de 0 à 7 ans, porteur ou susceptible d'être porteur d'un TND. Ils sont alors à même de décrire quels sont les interlocuteurs avec lesquels ils sont amenés à échanger pour mener à bien leur accompagnement.</p>	<p><u>Critère d'inclusion</u> : recevoir en consultation des enfants de 0 à 7 ans. Ils indiqueront ainsi le parcours de soin qu'ils préconisent à leurs jeunes patients, notamment s'ils orientent en ergothérapie.</p>	<p>Afin de recueillir des données qualitatives étayant les retours de questionnaires, j'ai mené un entretien auprès du pilote régional de la PCO de Seine-Maritime pour recevoir le retour d'expérience d'une personne au cœur du sujet, dont la formation initiale est ergothérapeute.</p>
<p><u>Critère d'inclusion</u> : accompagner ou avoir accompagné au moins un enfant de 0 à 7 ans, porteur ou susceptible d'être porteur d'un TND. Ils sont alors à même de décrire quels sont les interlocuteurs avec lesquels ils sont amenés à échanger pour mener à bien leur accompagnement.</p>	<p><u>Critère d'inclusion</u> : recevoir en consultation des enfants de 0 à 7 ans. Ils indiqueront ainsi le parcours de soin qu'ils préconisent à leurs jeunes patients, notamment s'ils orientent en ergothérapie.</p>	<p>Afin de recueillir des données qualitatives étayant les retours de questionnaires, j'ai mené un entretien auprès du pilote régional de la PCO de Seine-Maritime pour recevoir le retour d'expérience d'une personne au cœur du sujet, dont la formation initiale est ergothérapeute.</p>				
Outils de recueil des données	<p>J'avais initialement prévu d'utiliser une méthode qualitative-comparative d'entretiens menés auprès d'ergothérapeutes et de prescripteurs m'offrant la possibilité de mettre en avant les perceptions des ergothérapeutes et des prescripteurs, leurs attentes... Étant donné le contexte sanitaire, cela a été compromis. J'ai alors décidé d'utiliser des questionnaires, dispositif moins contraignant, me permettant tout de même de poursuivre l'avancée de mon travail. Les données empiriques recueillies par ces deux outils sont analysées de façon qualitative.</p> <table border="1" data-bbox="293 987 2136 1348" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="293 987 1518 1348" style="width: 66%; vertical-align: top;"> <p>Deux questionnaires, à destination des ergothérapeutes et des médecins, ont été élaborés. Les enquêtés ont soumis leurs réponses au questionnaire sur la base du volontariat. Afin de toucher un maximum d'ergothérapeutes de profils différents, le questionnaire leur étant</p> </td> <td data-bbox="1525 987 2136 1348" style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Un entretien semi-directif permet de mettre en avant des représentations sociales et de comprendre le sens que l'enquêté donne à</p> </td> </tr> </table>			<p>Deux questionnaires, à destination des ergothérapeutes et des médecins, ont été élaborés. Les enquêtés ont soumis leurs réponses au questionnaire sur la base du volontariat. Afin de toucher un maximum d'ergothérapeutes de profils différents, le questionnaire leur étant</p>	<p>Un entretien semi-directif permet de mettre en avant des représentations sociales et de comprendre le sens que l'enquêté donne à</p>	
<p>Deux questionnaires, à destination des ergothérapeutes et des médecins, ont été élaborés. Les enquêtés ont soumis leurs réponses au questionnaire sur la base du volontariat. Afin de toucher un maximum d'ergothérapeutes de profils différents, le questionnaire leur étant</p>	<p>Un entretien semi-directif permet de mettre en avant des représentations sociales et de comprendre le sens que l'enquêté donne à</p>					

	<p>destiné a été diffusé via deux modes : une publication sur six groupes d'un réseau social réunissant des ergothérapeutes et un envoi de mail aux thérapeutes que j'avais eu l'occasion de rencontrer lors de ma formation. Dans les deux cas, le lien du-dit questionnaire était accompagné des mots-clés du mémoire (à savoir : ergothérapie, trouble neurodéveloppemental, intervention précoce, plateforme de coordination et d'orientation et prescripteurs) et d'une rapide présentation de mon projet avec les critères d'inclusion de participation. Concernant les prescripteurs, le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins de mon réseau.</p>		<p>ses pratiques. Il laisse place à l'échange, à l'interaction et à la possibilité de créer de nouvelles questions tout en établissant un cadre. Les questions ainsi que leur ordre étaient prédéterminés dans le guide d'entretien (Annexe IV). Il a été réalisé à partir de l'hypothèse, du contexte ainsi que du profil du pilote de la PCO. Sept questions principales ont été prévues. Le rendez-vous a été convenu préalablement par mail.</p>
<p>Déroulé de la recherche</p>	<p>Les questionnaires ont été disponibles en ligne pendant deux semaines.</p>		<p>La passation de l'entretien s'est déroulée par téléphone, suite à la récupération du formulaire de consentement, faisant mention des droits de l'enquêté et des thèmes abordés (Annexe III). Cette modalité ne tient pas compte du langage non verbal de l'interlocuteur, ce qui constitue un biais. Dans ce cas, il n'influence pas le contenu des réponses.</p> <p>L'entretien a duré 35 minutes. L'ordre pré-établi des questions a été respecté.</p> <p>L'échange en a créé de nouvelles.</p>
	<p>Comptabilise 132 réponses. Afin de traiter et analyser au mieux ces données, je les ai saisies dans un tableur.</p>	<p>45 réponses m'ont été retournées, en 4 temps (correspondant au temps de diffusion de la personne intermédiaire vers son réseau).</p> <p>Une relance a été réalisée via les modalités précédemment citées.</p>	

Tableau E : dispositif méthodologique

3.4 Analyse des résultats

3.4.1 Présentation des résultats des questionnaires destinés aux ergothérapeutes

Pour des raisons d'ordre pratique, j'ai fait le choix de ne pas retranscrire intégralement les questions posées. Les questionnaires sont reproduits en annexes VI et VII. Afin d'en faciliter l'analyse, certaines réponses sont regroupées et ne suivent pas l'ordre des questions posées dans le questionnaire.

Je conserverai 121 réponses des 132 obtenues, les 11 restantes ne remplissant pas le critère d'inclusion. Parmi ces dernières, 7 thérapeutes ont indiqué ne pas recevoir de prescription de la part des médecins pour des enfants âgés de moins de 7 ans, 3 ne pas être suffisamment formés et 1 ne pas être intéressé par ce public.

Questions A-1-2 :

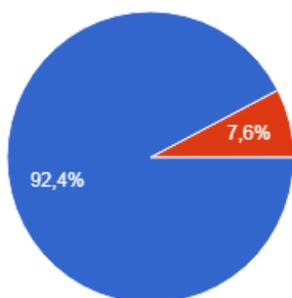


Figure 5 : ergothérapeutes accompagnant des enfants de 0 à 7 ans

92,4% des ergothérapeutes sondés accompagnent ou ont accompagné au moins un enfant âgé 0 à 7 ans (figure 5). 63% des répondants travaillent en libéral, (figure 6). Les personnes interrogées sont réparties sur toute la France (figure 7).

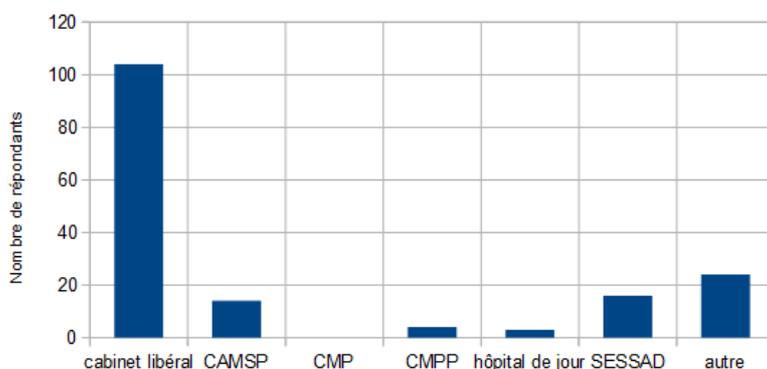


Figure 6 : lieux d'exercice

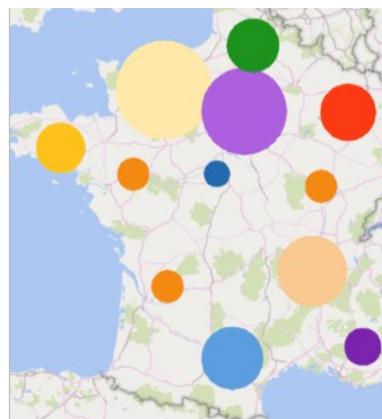


Figure 7 : répartition géographique des sondés

Questions 3 4:

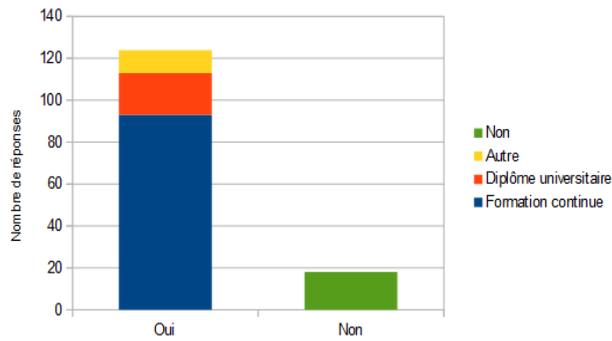


Figure 8 : formations

86% des répondants ont suivi une formation en lien avec la pédiatrie (figure 8). Il ressort que les ergothérapeutes interviennent à part égale sur l'environnement, les propositions de compensation, la mise en place de séances de rééducation, l'évaluation des

occupations et la réalisation de bilans sensori-moteurs. À l'inverse, ils semblent moins présents sur l'évaluation des interaction sociales et la réalisation de bilan cognitifs (figure 9).

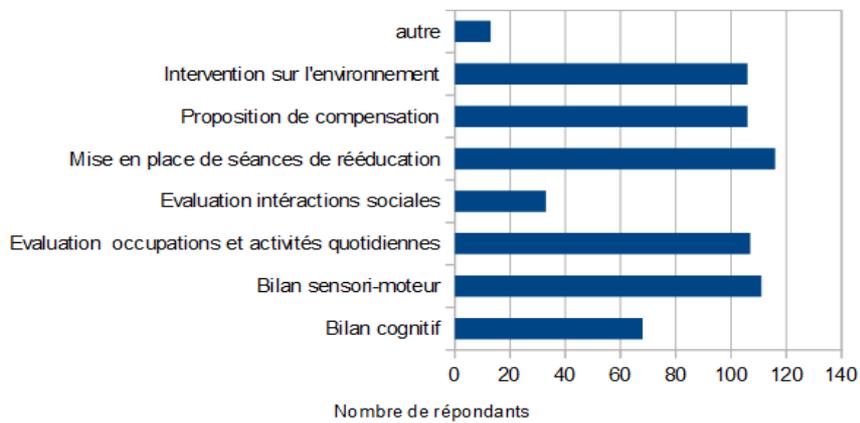


Figure 9 : interventions auprès des 0-7 ans

Questions 5 à 13 : bien que l'étude permette de constater qu'environ 80% des ergothérapeutes interrogées connaissent l'existence des PCO (figure 10), près d'un tiers (30%) d'entre elles ne savent pas si ce dispositif est actuellement en place dans leur secteur (figure 11).

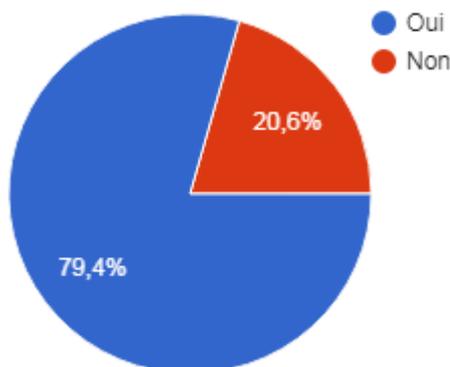


Figure 10 : connaissance de la PCO

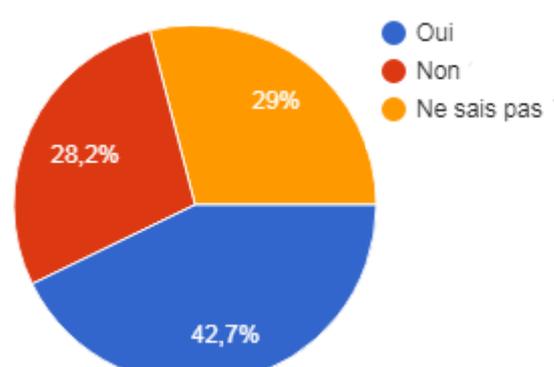


Figure 11 : mise en place dans leur département

Parmi ceux ayant indiqué que la PCO est créée dans leur département, seuls 39,1% se sont conventionnés (*figure 12*). Ce conventionnement a pour origine une proposition pour 74% d'entre eux (*figure 13*).

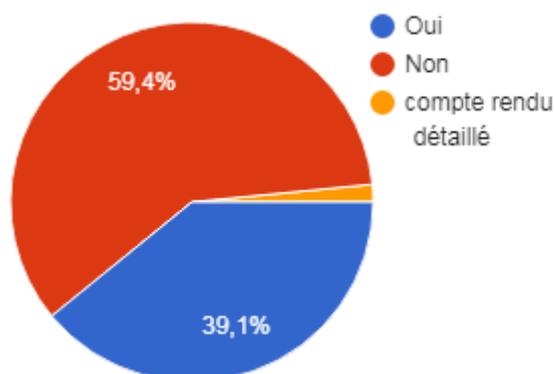


Figure 12 : ergothérapeutes conventionnés à une PCO

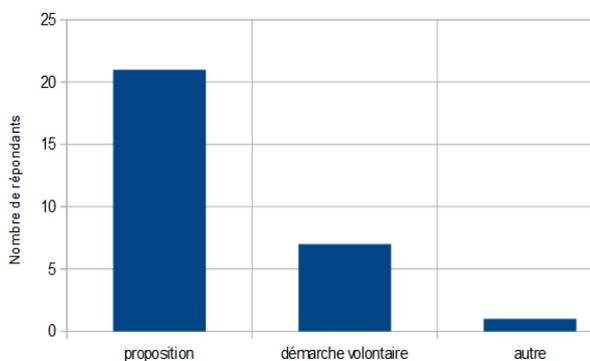


Figure 13 : conventionnement



Figure 14 : nuage de mots des raisons de non-conventionnement

Les autres thérapeutes ont expliqué que l'absence de conventionnement est principalement lié aux contraintes induites par ce partenariat. Le nuage de mots reprend, en police plus ou moins grande, les raisons les plus ou les moins fréquentes (*figure 14*). Cependant, d'autres indiquent vouloir se conventionner rapidement.

71,4% des ergothérapeutes conventionnés, soit 20 personnes, n'ont pas encore réalisé d'accompagnement dans le cadre du « forfait précoce » (*figure 15*). 5 personnes l'ayant fait s'estiment satisfaites, 1 ne l'est pas et 11 ne se prononcent pas (*figure 16*). Il en découle qu'il s'avère prématuré de dresser, dès à présent, un premier bilan en raison de la mise en place très récente du conventionnement. Néanmoins, il me paraît important de mettre en évidence qu'une personne a insisté sur le fait qu'elle « *apprécie grandement ces prises en charge où il n'y a plus la barrière financière avec les parents qui sont beaucoup plus sereins et prennent plus au sérieux la rééducation* ».

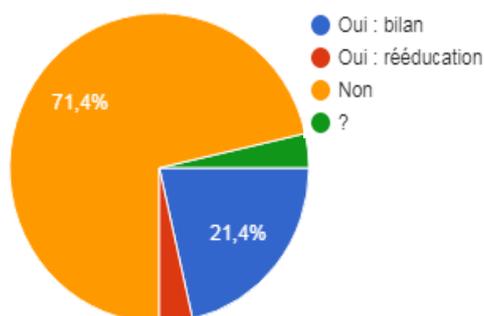


Figure 15 : accompagnements réalisés via la PCO

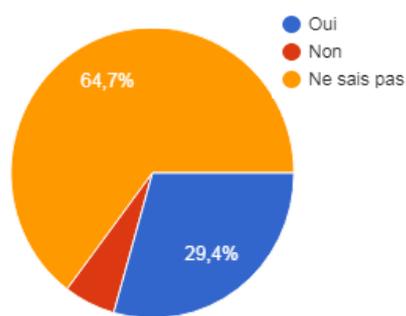


Figure 16 : taux de satisfaction du conventionnement

Question 14 : de façon générale, les thérapeutes interrogés s'accordent pour dire que, sur l'année écoulée, les jeunes patients leur ont été adressés principalement par l'école, les neuropédiatres, les neuropsychologues, les parents, les pédiatres et les professionnels paramédicaux, tandis que les infirmiers, les infirmiers scolaires, les médecins généralistes, les médecins de PMI et les psychologues orientent peu en ergothérapie (*tableau F*).

Profil en colonne	D'accord			Pas d'accord			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Total accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Total désaccord	En désaccord	Tout à fait désaccord
école	13%	14%	26%	3%	9%	5%	4%
infirmier	0%	1%	1%	6%	38%	16%	22%
infirmier scolaire	2%	5%	7%	8%	30%	13%	17%
médecin généraliste	4%	6%	11%	13%	20%	14%	6%
médecin PMI	3%	2%	5%	10%	30%	12%	18%
médecin scolaire	6%	10%	15%	7%	16%	7%	9%
neuropédiatre	17%	11%	28%	3%	5%	2%	3%
neuropsychologue	9%	12%	20%	7%	8%	5%	3%
parents	15%	10%	25%	9%	3%	2%	2%
pédiatre	11%	11%	22%	5%	9%	7%	3%
psychologue	5%	5%	10%	14%	18%	12%	6%
professionnel paramédical	13%	11%	24%	7%	7%	4%	4%
autre	3%	3%	6%	6%	7%	2%	5%
TOTAL	100%	100%		100%		100%	100%

Tableau F : voie d'adressage en ergothérapie

J'insiste sur le fait que les personnes qui adressent ne sont pas nécessairement les personnes qui prescrivent. Auquel cas, les familles sont invitées à se procurer une ordonnance.

Question 15 : les motifs d'accompagnement en ergothérapie les moins cités par les sondés sont les interventions pour suspicion de troubles cognitifs (11%) et pour suspicion de trouble mental (3%) (figure 17).

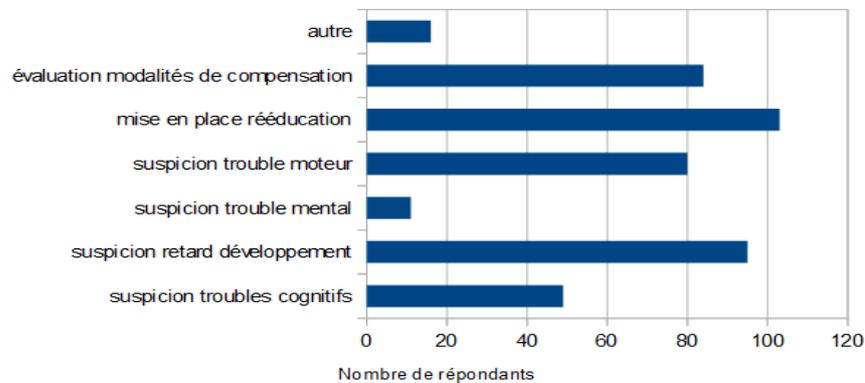


Figure 17 : motifs d'accompagnement en ergothérapie

Questions 16-17 : il ressort de l'enquête que les répondants sont partagés sur le fait que leurs rôles et leurs missions sont connus des professionnels de santé (figure 18). J'ai utilisé un nuage de mots pour mettre en avant les raisons les plus fréquentes (figures 19-20).

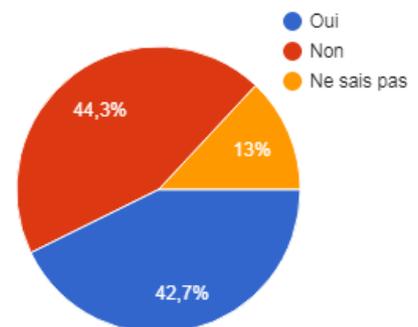


Figure 18 : reconnaissance de la profession



Figure 19 : oui, mon métier est reconnu



Figure 20 : non, mon métier n'est pas reconnu

Question 21 : Cette question nous permet de déterminer de façon plus précise le degré de connaissance du rôle de l'ergothérapeute auprès des différentes personnes de l'entourage de l'enfant. Selon les sondés, ceux qui connaissent ce rôle sont d'abord, les autres professionnels de santé puis, dans un ordre décroissant, le personnel scolaire, les prescripteurs, les parents et leur

enfant, le personnel de la petite enfance et les personnes en lien avec les activités de loisirs.

Questions 19 et 20 : Globalement, les personnes interrogées indiquent avoir mené des campagnes de communication auprès des médecins, personnel scolaire et autres professionnels de santé (*tableau G*, qui reprend les deux réponses les plus fréquemment données pour chaque cible). Ces campagnes ont pris la forme de courrier, d'entretien téléphonique et de visite (*figure 21*). Elles interviennent le plus souvent auprès du personnel scolaire, plus rarement auprès des parents et leur enfant et des prescripteurs.

	1	2
Parent/enfant	Oui, un peu	Non
Prescripteurs	Oui, un peu	Non
Personnel petite enfance	Non	Oui, un peu
Personnel scolaire	Oui, un peu	Oui, en partie
Personnel activité loisirs	Non	
Autres professionnels de santé	Oui, un peu	Oui, en partie
Autres	Non	

Tableau G : fréquence des campagnes de communication en fonction des cibles

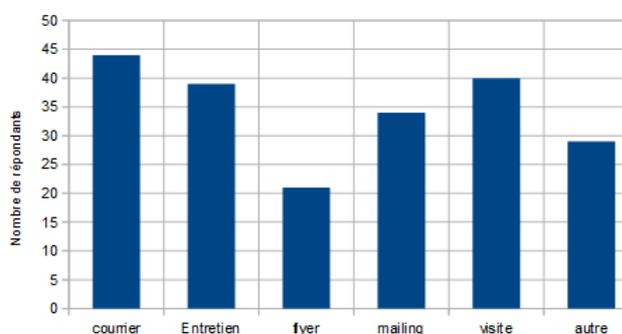


Figure 21 : campagnes de communication

La dernière **question**, numéro **22**, offrait la possibilité aux thérapeutes de s'exprimer librement. On retrouve des commentaires identiques à ceux présents en figures 19 et 20. Il faut y ajouter que de plus en plus de jeunes enfants sont orientés en ergothérapie et les conventionnements aux PCO pour les forfaits précoces sont vecteurs de contraintes mais représentent un levier intéressant pour le développement de la profession auprès de cette tranche d'âge.

3.4.2 Présentation des résultats des questionnaires destinés aux prescripteurs

Je conserve l'intégralité des réponses obtenues, soit 45 retours.

Questions 1-2-3-6 : la majorité des répondants sont des médecins généralistes (*figure 22*) et des professionnels de santé exerçant en libéral (*figure 23*). Seule la région Normandie est représentée (*figure 24*). Les ergothérapeutes sont reconnus comme étant des professionnels de santé par la totalité des thérapeutes sondés (*figure 25*).

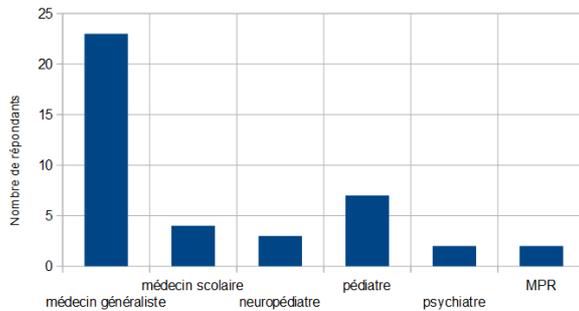


Figure 22 : répartition des professions

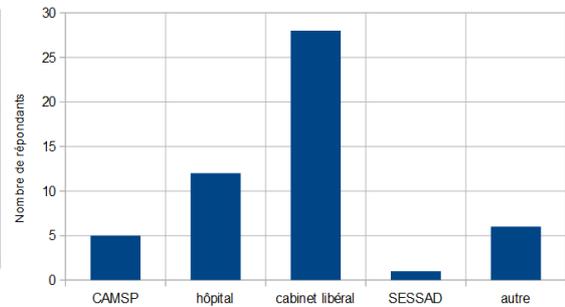


Figure 23 : lieux d'exercice

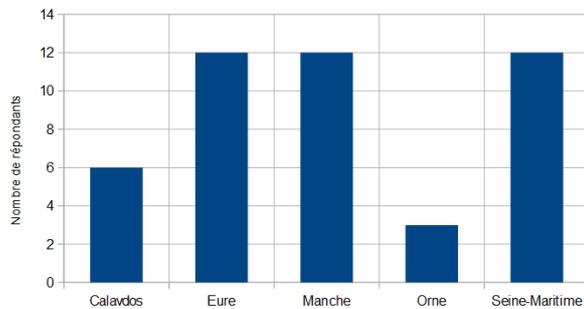


Figure 24 : répartition géographique

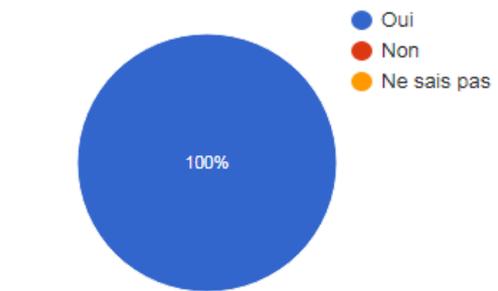


Figure 25 : l'ergothérapeute est-il un professionnel de santé ?

Questions 4-5 : 91,1% des sondés déclarent connaître l'ergothérapie (*figure 26*), dont les $\frac{3}{4}$ par expérience professionnelle (*figure 27*). Parmi les 8,9 % restants, soit 4 personnes, 3 sont médecins généralistes et 1 est pédiatre.

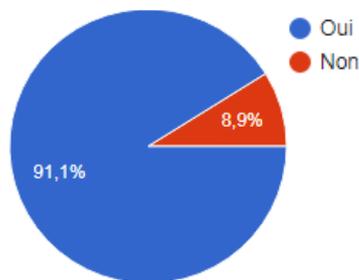


Figure 26 : prescripteurs connaissant l'ergothérapie

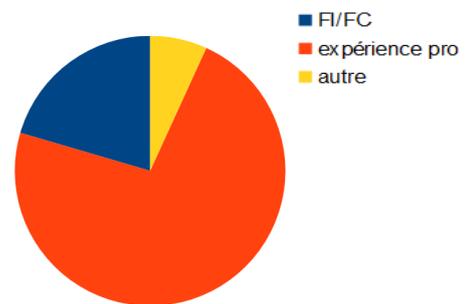


Figure 27 : origine

Question 7 : la quasi totalité des médecins savent que les ergothérapeutes interviennent auprès des patients de tout âge (figure 28). 39 sur les 45 identifient l'ergothérapeute auprès des 0-5 ans.

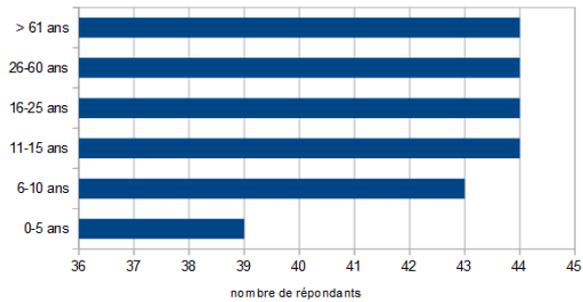


Figure 28 : intervention des ergothérapeutes en fonction de l'âge des patients

Questions 8-13 : les sondés pensent que l'ergothérapeute accompagne surtout pour intervenir sur l'environnement, proposer des modalités de compensation et des séances de rééducation (figure 29). J'ai regroupé dans un nuage de mots les attentes des prescripteurs pour un accompagnement en ergothérapie (figure 30).

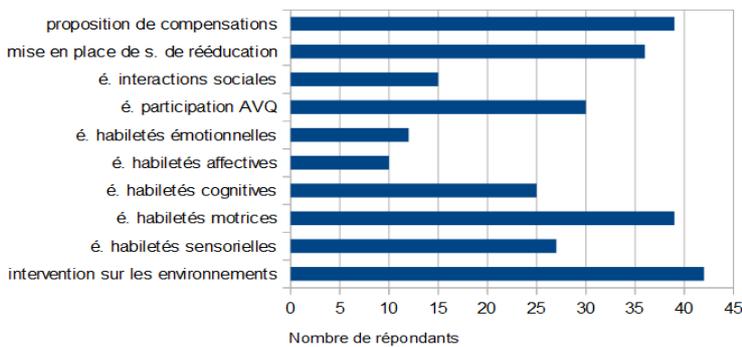


Figure 30 : attentes des prescripteurs

Figure 29 : interventions de l'ergothérapeute selon les prescripteurs

Questions 9-10 : 68,9% des prescripteurs interrogés ont déjà orienté en ergothérapie (figure 31). Cela concernait majoritairement des enfants nécessitant des séances de rééducation (figure 32). 11 médecins généralistes et 1 pédiatre soit 31,1% n'ont jamais adressé en ergothérapie.

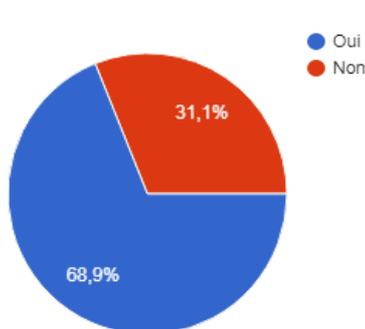


Figure 31 : ai-je orienté en ergothérapie ?

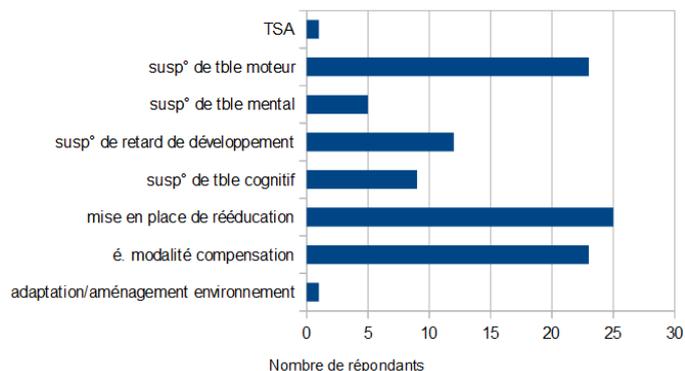


Figure 32 : profil des enfants orientés en ergothérapie

Questions 11-12 : 79,4% des sondés précisent avoir reçu des bilans et comptes-rendus des ergothérapeutes sous diverses formes (*figures 33-34*).

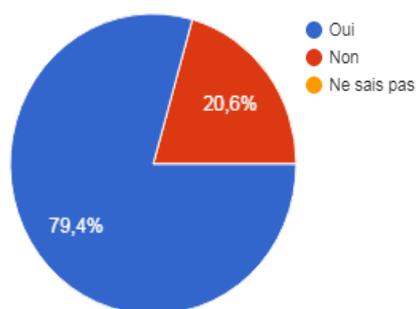


Figure 33 : retours des ergothérapeutes

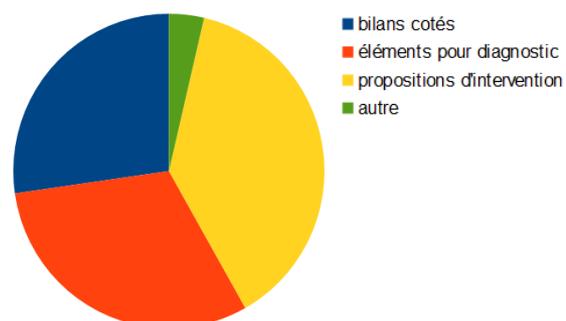


Figure 34 : forme des retours

Questions 14-15-16 : 35,6% des personnes interrogées, soit 16 d'entre elles, indiquent connaître l'existence de la PCO (*figure 35*). 17,8% des sondés sont en mesure d'indiquer si une PCO est en place dans leur département (*figure 36*) et 15,6% (soit 7 thérapeutes) y ont fait appel (*figure 37*). 5 d'entre eux sont de Seine-Maritime.

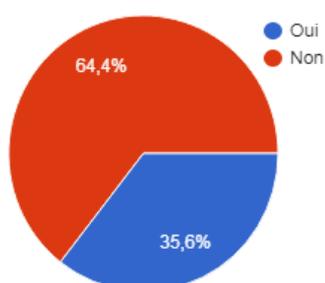


Figure 35 : existence de la PCO

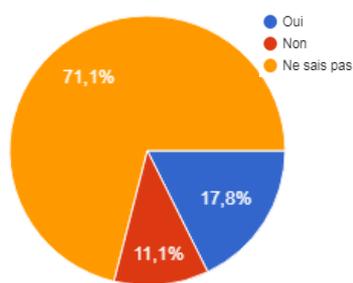


Figure 36: PCO mise en place dans mon département

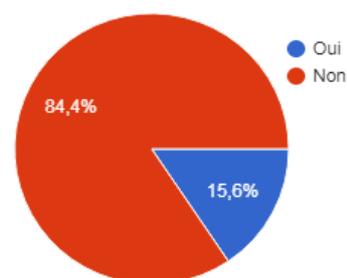


Figure 37 : appel à PCO

3.4.3 Limites et biais de cette étude

Biais méthodologiques : lors de la rédaction du questionnaire destiné aux ergothérapeutes, j'ai fait l'erreur de proposer, à la question 1 : « *Vous travaillez ?* », « *cabinet libéral* » et « *libéral* ». Ce sont pour moi deux synonymes. Certains répondants ont coché les deux cases, ce qui fausse l'exploitation, ce dont j'ai dû tenir compte. L'analyse des réponses à la question 19 des ergothérapeutes est difficile à mettre en valeur car cela représente 3 options pour « oui » : oui / oui parfois / oui souvent. Le sens dans lequel les propositions sont données prête à confusion : il aurait été plus logique de proposer : oui, parfois /

oui, souvent / jamais eu de contact. Enfin, je n'ai pas exploité les réponses à la question 18 « *Quels bilans utilisez-vous pour évaluer l'enfant de 0 à 7 ans susceptible d'être porteur de trouble du neurodéveloppement (TND) ?* » car je ne suis pas parvenue à réaliser une analyse pertinente des données.

Biais géographique : la répartition des prescripteurs répondants ne couvre que la Normandie. Alors que les ergothérapeutes répondants sont globalement répartis sur toute la France.

Biais des réseaux de diffusion : j'ai pu me rendre compte de l'évolution des réponses des questionnaires adressés aux prescripteurs variait en fonction des personnes intermédiaires diffusant sur leur réseau. Cela impacte l'analyse.

3.4.4 Discussion

3.4.4.1 Synthèse

Les réponses apportées par Monsieur X., pilote régional de la plateforme de coordination de Seine-Maritime, dont l'entretien est intégralement retranscrit en annexe VII, sont utilisées dans ce paragraphe afin de compléter mon analyse.

L'intégralité des prescripteurs interrogés reconnaît que l'ergothérapeute est un professionnel de santé (*figure 25*). La grande majorité indique connaître l'ergothérapie (*figure 36*), savoir que c'est une profession intervenant à tous les âges de la vie (*figure 38*) et avoir déjà orienté un enfant présentant un trouble moteur, ayant besoin de séances de rééducation ou bien de mise en place de compensation (*figure 32*). Aussi, presque la moitié des ergothérapeutes sondés pensent que leur profession est reconnue, que l'orientation en ergothérapie est pertinente, que la prescription est appropriée et indique enregistrer une augmentation des demandes de prescripteurs (*figures 18-19*). Il convient malgré tout de nuancer ces propos par une analyse plus précise des données.

Tout d'abord, une partie importante des raisons mises en avant par les ergothérapeutes pensant que leur profession est reconnue indique que cela est

valable dans un contexte bien précis (*figure 19*). Nombreux sont les thérapeutes travaillant en équipe ou bien dans un réseau pédiatrique implanté de longue date. De surcroît, leurs propos sont modérés car se sont surtout les paramédicaux qui connaissent leurs rôles et missions et non les médecins prescripteurs, les généralistes notamment. Certains précisent également être principalement sollicités pour accompagner les enfants de plus de 5 ans ou bien nécessitant la mise en place de l'outil informatique. Ces mêmes raisons sont avancées par les praticiens ayant répondu non à cette question (*figure 20*). Enfin, d'autres indiquent que leur profession est reconnue des prescripteurs, mais qu'il « *reste encore du travail* » pour que ce métier soit reconnu auprès des enfants de 0–7 ans, tranche d'âge la moins citée parmi les interventions des ergothérapeutes (*figure 28*). Ce point est également mis en avant par les ergothérapeutes ne réalisant pas de suivi d'enfants de moins de 7 ans, la majorité manquant de prescriptions.

Ensuite, les voies d'adressage des jeunes enfants sont dépendantes des prescripteurs et de leur secteur d'intervention. Il semble que les médecins généralistes et de PMI adressent peu en ergothérapie alors que ce sont ceux qui rencontrent en premier lieu les enfants (*tableau F, figure 20*). Parmi les 10% de prescripteurs ne connaissant pas l'ergothérapie, soit 4 personnes, 3 sont médecins généralistes. Les prescripteurs n'ayant pas orienté en ergothérapie représentent 11 médecins généralistes et 1 pédiatre (*questions 4-5 et 9-10 du questionnaire des prescripteurs*). Parmi les 5 praticiens n'ayant pas évoqué les enfants de 0 à 5 ans comme étant un public auprès duquel peuvent intervenir les ergothérapeutes (*figure 28*), 3 sont médecins généralistes, 1 est pédiatre et 1 est médecin scolaire. Aussi, les prescripteurs ne sont pas les premiers cités parmi le public connaissant le mieux les rôles et missions de l'ergothérapeute auprès des 0–7 ans (question 21, questionnaire des ergothérapeutes). Il est important de mettre en avant le fait que les $\frac{3}{4}$ des prescripteurs interrogés ont connu l'ergothérapie grâce à leur expérience professionnelle et non par le biais de leurs différentes formations (*figure 27*). 1 parmi le quart restant, ayant donc été sensibilisé à l'ergothérapie en formation initiale, déclare que l'ergothérapeute n'intervient qu'à partir de 6 ans. Monsieur X. indique guider les médecins

généralistes dans l'orientation de leurs jeunes patients. Ces praticiens suivent les voies d'adressage qu'ils ont l'habitude d'utiliser. Lorsqu'une demande arrive à la PCO de Seine-Maritime, l'équipe s'assure que la nouvelle procédure est appliquée. Dans la négative, elle recontacte le prescripteur, lui demande de remplir le livret de dépistage des TND et fournit les informations nécessaires afin que la nouvelle procédure soit respectée. Monsieur X. déclare également être en contact avec l'assurance maladie dans le but de trouver la façon la plus efficace de sensibiliser les prescripteurs aux nouvelles directives (Annexe VII pp28, 31, 22). Monsieur X. signale que les PCO ont été mises en place avant la formation des médecins de ville (Annexe VII p29) et qu'il faut « mieux [les] sensibiliser » (Annexe VII p28). La PCO de Seine-Maritime reçoit, à l'heure actuelle, de nombreuses demandes de la part de professionnels de santé de seconde ligne (Annexe VII p31), ce qui n'est pas le circuit attendu. Les acteurs de repérage sont en effet les professionnels de santé de première ligne. Ils ont à leur disposition un outil national, le livret de dépistage des TND, et orienteront vers la PCO.

Enfin, les réponses aux questionnaires adressés aux prescripteurs font varier l'analyse en fonction du réseau qui les a diffusés auprès de ses contacts. Lorsque j'ai communiqué les liens des questionnaires, j'ai reçu 5 premières réponses, correspondant au réseau d'une personne l'ayant partagé. Un second intermédiaire m'a fait part de son partage et vague de réponses s'en est suivi... Cela s'est produit encore 2 fois. Grâce à cet étalonnage dans le temps des réponses, j'ai pu observer les tendances de façon régulière et constater que, si la diffusion émanait d'un médecin généraliste (second relais), la tendance à la question 9 « *Avez-vous déjà orienté en ergothérapie ?* » s'orientait vers la réponse « *non* » alors que, si elle provenait d'une personne travaillant dans une structure spécialisée auprès des enfants porteurs de TND, la balance penchait alors vers le « *oui* ». Ce constat renforce l'idée mentionnée au point précédent concernant la formation des médecins de ville. Il serait intéressant d'envisager une étude portant uniquement sur une population cible de médecins généralistes.

3.4.4.2 Réponse à l'hypothèse

A l'hypothèse soulevée : la méconnaissance de la profession de

l'ergothérapeute entrave les prescripteurs dans l'orientation des jeunes enfants en ergothérapie, la réponse est oui. Force est de constater, à la lecture détaillée des résultats, que le rôle de l'ergothérapeute auprès des 0-7 ans est méconnu et cela pose un problème dans leur orientation en ergothérapie, profession soumise à prescription médicale. Les problématiques liées à cette méconnaissance peuvent nous apporter des pistes de réflexion visant à améliorer notre communication actuelle et à augmenter le nombre d'orientations.

En premier lieu, les PCO représentent un levier certain pour la promotion de la profession auprès de cette population. Cependant, elles constituent un dispositif encore très récent (textes législatifs de décembre 2018), la durée moyenne de conventionnement des thérapeutes étant de 3 mois (questions 5-13 du questionnaire des ergothérapeutes). Bien qu'elles soient connues, un nombre important de prescripteurs ignorent si elles sont en place dans leur département (*figures 35-36*). Les procédures de sensibilisation mises en place par la PCO de Seine-Maritime semblent être efficaces : des prescripteurs ayant fait appel au forfait précoce, 5 sont seinomarins. Les commentaires des ergothérapeutes conventionnés mettent en exergue les contraintes que le conventionnement impose (*figure 14*). Sont ainsi mis en évidence les conditions tarifaires, les délais imposés par l'accompagnement via la PCO ainsi que les nombreux comptes-rendus et réunions obligatoires. Le conventionnement résulte rarement d'une démarche spontanée (*figure 13*). Les acteurs du développement des PCO, faisant face à « *pas mal de résistance* » (Annexe VII p26), ont décidé d'assouplir certaines des modalités obligatoires (Annexe VII p. 29).

En second lieu, « *aujourd'hui [...] dès qu'on a des enfants très jeunes, [...] la première orientation c'est la psychomotricité* » (Annexe VII p32). Cet argument, très présent dans les retours des ergothérapeutes (*figure 20*), met en avant le fait que la psychomotricité est « *une spécialité, chez l'enfant, qui a les champs d'action les plus proches de l'ergothérapie, les deux professionnels agissant entre autres sur le développement psychomoteur de l'enfant et utilisant l'aspect ludique comme médiateur* » (BABOT et CORNET, p19). Le développement psychomoteur comprenant le développement moteur ainsi que sensoriel, intellectuel, affectif et social, j'entends que les deux professions ont leur place

dans le parcours de soin du jeune enfant atteint de TND car leur vision et leur accompagnement seront complémentaires. L'ergothérapeute va déterminer les besoins des enfants dans la réalisation la plus autonome et/ou indépendante possible, d'activités de la vie quotidienne en lien avec leur développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif. C'est ce qu'il importerait de mettre en avant lors de la formation des futurs prescripteurs.

Enfin, les ergothérapeutes ne se sentent pas toujours compétents ou suffisamment formés pour accompagner ce jeune public (*figure 15*). Une grande majorité de thérapeutes s'est formée pour adapter sa pratique à l'évolution de la demande. Comme le souligne Monsieur X., « *historiquement en France, on a beaucoup travaillé sur [les enfants] « dys » où on a mis en place beaucoup d'outils [...] informatiques par exemple* » (Annexe VII p32). C'est un domaine dans lequel la profession est reconnue (*figures 19-20*). A l'inverse, en ce qui concerne l'aspect sensoriel de l'accompagnement en ergothérapie, Monsieur X. mentionne un « *déficit des formations des ergo sur ce sujet* » (Annexe VII p33).

3.4.5 Projection et perspective

La rédaction de ce travail a été très enrichissant dans différents domaines. Il a été pour moi la possibilité de tester les techniques d'entretien, d'analyse et de développer mes compétences dans ce domaine. Cela m'a également permis d'enrichir mon réseau ainsi que mes connaissances sur ce thème, alimentées par la littérature scientifique, que je n'avais pas encore consultée. Sur un plan personnel, il m'a offert l'opportunité de réaliser un travail de recherche qui, en le menant jusqu'à son terme aujourd'hui, accroît la confiance en mes capacités. De plus, j'ai pu être en relation avec des ergothérapeutes expérimentés dont la pratique influencera certainement la mienne. Ils ont partagé leurs connaissances et échangé sur leurs convictions et motivations à propos de questionnements que j'avais. Ils m'ont appris à adopter une attitude d'écoute, de bienveillance, d'observation, de respect et d'adaptation à l'enfant, me permettant de me construire en tant que future ergothérapeute. Je commence à toucher du doigt ce que peut être la limite pour l'enfant de façon à ne pas le mettre en échec.

CONCLUSION

L'accompagnement en ergothérapie, en pédiatrie, est un secteur en expansion, relativement récent. La mise en place du forfait précoce ouvre indéniablement une porte en faveur de l'intervention des ergothérapeutes auprès des 0-7 ans porteurs ou susceptibles d'être porteurs de trouble du neurodéveloppement. Il marque, par le biais d'un subventionnement indirect, le début de la reconnaissance de notre profession auprès de ce jeune public et offre une palette de possibilités qu'il conviendra d'approfondir et d'accroître. En outre, en tant que projet récent dont le développement est en plein essor, des ajustements ne manqueront pas de se mettre en place prochainement. A ce titre, ne serait-il pas envisageable de renforcer la formation initiale des ergothérapeutes en pédiatrie, de consolider la sensibilisation des médecins prescripteurs, d'assouplir de façon générale, les modalités de conventionnement avec les PCO ? Par ailleurs je ne perds pas de vue pas qu'il serait aussi intéressant de réaliser une étude sur la formation initiale des médecins prescripteurs ou encore sur l'orientation en ergothérapie des jeunes enfants, dans les domaines de l'intégration sensorielle, de la guidance parentale ou de la communication, très présents sur le champ des TND et clairement en retrait par rapport aux interventions en lien avec la rééducation.

Pour terminer ce travail, je souhaiterais émettre deux vœux personnels dans la visée collective. J'espère tout d'abord que ce travail de recherche aura un tant soit peu permis d'apporter, via les nombreuses réponses et l'entretien d'une personne au cœur de ce dispositif, une pierre à l'édifice de la connaissance. Enfin, dans ma future pratique professionnelle auprès des enfants de 0 à 7 ans, j'espère contribuer à la reconnaissance de ce métier, de mettre en lumière ses rôles et missions et créer du lien entre les différents corps de métiers qui se méconnaissent.

Si la société d'une part et si les professionnels d'autre part convergent, de beaux jours attendent l'ergothérapie...

BIBLIOGRAPHIE

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute. BO Santé-Protection sociale-solidarité n° 2010/7 du 15 août 2010. Disponible sur <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf>

Babot, E., Cornet, N. (2010). L'ergothérapie à la croisée des chemins. Complémentarité et spécificité dans une équipe pluridisciplinaire In Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., Vauvillé, B. *Ergothérapie en pédiatrie*. (pp. 13-26). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

Boyer, P., Guelfi, J.-D. et al, (2015). *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association. Traduction française. (pp. 33-109). France : Elsevier-Masson.

Caire, J.-M. (2018). *Engagement, occupation et santé*. (pp. 5-6). Paris : ANFE.

Dubois, B., Thiébaud, S., Trouvé, É., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur SA

Dossier de presse « *conférence nationale du handicap 11 février 2020* » Handicap.gouv. Disponible sur https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_cnh_2020.pdf

Faure, H., Galbiati, C. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. Paris : ANFE

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique (3ème édition)*. (pp. 9-37 ; 77-105). Presse de l'Université de Montréal.

Fischer, A.G. (1998). *Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework*.
The American Journal of Occupational Therapy, 52(1), (pp. 509-521).

Fisher, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. (Schémas). Three Star Press Incorporated.

Goubert, K., Remondiere, R. (2004). Les origines historiques de l'ergothérapie en France. *Sociologie Santé*, vol. 20, (pp 247-268).

Instruction interministerielle n° DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement.

Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/08/cir_44837.pdf

Lequinio, J. (2019). *L'ergothérapeute : un professionnel-clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles neurodéveloppementaux chez le jeune enfant (0 – 7 ans). Une approche centrée sur la rééducation des situations de handicap actuelles et futures*. ANFE.

Lequinio, J. & Janot, G. (2019). *100 idées pour développer l'autonomie des enfants grâce à l'ergothérapie*. Paris : Tom Pousse.

Law, M., King, G. (2016). Participation des enfants ayant des incapacités physiques dans les occupations de tous les jours. In D. Pierce, *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (traduit par M.-C. Morel-Bracq). (pp. 109-124). Paris: De Boeck-ANFE.

- Meyer, S. (2010). *Démarche et raisonnement en ergothérapie* 2^e éd, (p86). Lausanne, Suisse.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. (pp. 3-30). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Morel-Bracq, M.-C. (2015). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (pp. 85-96 ; 150-156). Bruxelles : De Boeck.
- Morel-Bracq, M.-C. (2018). La science de l'occupation un défi pour la santé. In Caire, J.-M. & Schabaille, A. (dir.), *Engagement, occupation et santé*. (pp. 3-15). Paris: ANFE.
- Pierce, D. (2001). Occupation by Design: Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), (pp. 249-259).
- Pierce, D. (2016). La science de l'occupation une base de connaissance disciplinaire puissante pour l'ergothérapie. In D. Pierce, *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (traduit par M.-C. Morel-Bracq). (pp. 23-32). Paris : De Boeck-ANFE.
- Pierson, E. (2017). L'ergothérapeute parmi les autres, comment travailler avec d'autres thérapeutes, mode d'intervention. Dans *Contraste* N°45 (pp. 297-322). Erès.
- Pry, R. (2018). *Six leçons sur les troubles du neurodéveloppement : Quand la psychopathologie devient développementale*. Paris : Tom pousse.
- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (Éd.). (2017). *Occupation-centred practice with children : A practical guide for occupational therapists* (Second edition). (pp. 1-110). United Kingdom : John Wiley & Sons Inc.

Sharma, A., Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's from birth to five years. Children's developmental progress* (4th edition). (pp. 18-37). Routledge, Taylor & Francis Group. : New York.

Tableau_des_plateformes_ouvrant_ete_2019.pdf. (s. d.). Disponible sur https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_des_plateformes_ouvrant_ete_2019.pdf

Tétreault, S., Guillez, P., Iazard, M.-H., Morel-Bracq, M.-C., & Association nationale française des ergothérapeutes. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation : Méthodes, techniques et outils d'intervention*. ANFE

Vagny, V. (2019). Intervention précoce en CAMPS et troubles du neuro-développement. *ergOTHérapie*, revue ANFE, 75, (pp. 7-14).

Yanez, I., Joseph, V. (2010). Spécificités de l'action précoce. In Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., Vauvillé, B. *Ergothérapie en pédiatrie*. (pp. 399-414). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Solal.

SITOGRAPHIE

Accueil—Agir tôt. (s. d.), disponible sur <http://agirtot.org/>(Consulté le 8 avril 2019)

AFM. *Handicap ou situation de handicap ?* Disponible sur <file:///C:/Users/AdminLocal/Downloads/D81.PDF> (Consulté le 16 octobre 2018)

DICOM M. *Autisme et troubles du neurodéveloppement : Un plan d'action pour améliorer la qualité des formations des professionnels de santé.* Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. Disponible sur <https://handicap.gouv.fr/presse/communiqués-de-presse/article/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement-un-plan-d-action-pour-ameliorer-la> (Consulté le 30 décembre 2019)

Handicap.fr. (s. d.). Les principales mesures du 4ème plan autisme. Disponible sur <https://informations.handicap.fr/a-mesures-plan-autisme-10738.php> (Consulté 26 mars 2019)

Haute Autorité de Santé. *Autisme de l'enfant : Accélérer les étapes jusqu'au diagnostic, agir sans attendre.* (s. d.). Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-accelerer-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre (Consulté 8 avril 2019)

Hinojosa, J., Kramer, P., & Royeen, C. B. (Éd.). (2017). *Perspectives on human occupation: theories underlying practice* (Second edition). Philadelphia : F.A. Davis Company. Disponible sur https://play.google.com/books/reader?id=Sfm_DgAAQBAJ&hl=fr&printsec=frontcover&fbclid=IwAR1sZiViSzSxXMoGSboGxk0VZptTaQnlmCrioya1KgKNQnQC-Csyv1pYVQ&pg=GBS.PA43 (Consulté le 22/02/2020)

Normandys, disponible sur : <http://www.reseau-normandys.org/troubles-et-pathologies/troubles-neuro-developpementaux/troubles-neuro-developpementaux,2196,2400.html>. (s. d.). (Consulté le 2 juillet 2019)

Intervention précoce et ergothérapie | *Portail Enfance et Familles*. (s. d.). Disponible sur <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/> (Consulté le 2 janvier 2020)

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 : Examen des articles. (s. d.). Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/l18-111-2/l18-111-29.html> (Consulté 26 mars 2019) ,

Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. (s. d.). Disponible sur <https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/> (Consulté 2 janvier 2020)

Therapists, W. F. of O. (2019, octobre 15). About Occupational Therapy [Text/html]. Disponible sur WFOT website: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy> (Consulté 16 octobre 2019)

Troubles neurodéveloppementaux. (s. d.). Disponible sur <http://www.reseau-normandys.org/troubles-et-pathologies/troubles-neuro-developpementaux/troubles-neuro-developpementaux,2196,2400.html> (Consulté 8 avril 2019)

VIDAL, C. (2013). *La plasticité cérébrale* [vidéo]. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=f2JIHKq4TBk> (Consultée le 15 mars 2020)

ANNEXES

ANNEXE I.....	1
ANNEXE II.....	2
ANNEXE III.....	3
ANNEXE IV.....	5
ANNEXE V.....	9
ANNEXE VI.....	15
ANNEXE VII.....	19

Annexe I

PCO OUVERTES EN JUILLET 2019

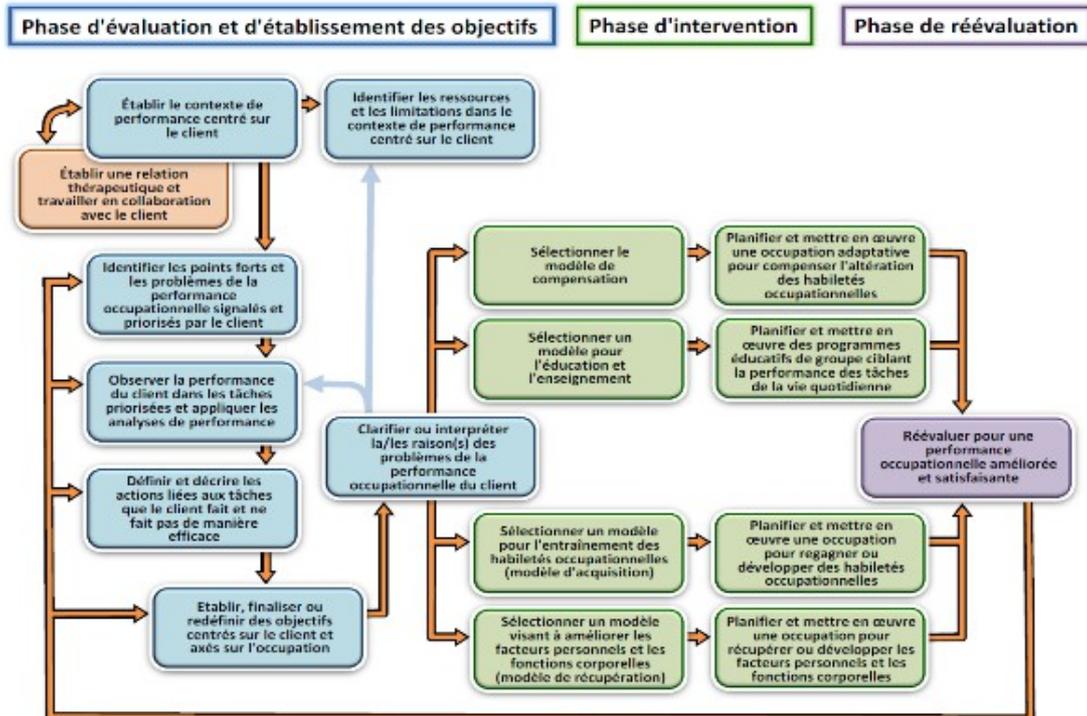
Plateformes de coordination et d'orientation précoce TSA-TND avec n° FINESS (ouverture juin/juillet) - Version du 1er juillet 2019

Région	Département	Entité juridique	Adresse entité juridique	N° FINESS entité juridique (FINESS juridique)	Etablissement (site principal)	Adresse établissement	N° FINESS établissement (FINESS GEOGRAPHIQUE)	Catégorie
Auvergne Rhône-Alpes	Isère	CH Alpes Isère	3 rue de la gare, 38521 SAINT-EGREVE	380780247	CH Alpes Isère	3 rue de la gare 38521 SAINT-EGREVE	380000133	ES
Auvergne Rhône-Alpes	Rhône Nord	Association AGIVR	408 rue des remparts 69400 Villefranche Sur Saone	690796735	CAMSP EN BEAUJOLAIS	596 rue Loysen de Chastelus 69 400 Villefranche s/ Saône	690004478	CAMSP associatif
Bourgogne Franche-Comté	Saône-et-Loire	Association PEP 71	265 rue de Crissey, 71530 VIREY LE GRAND	710781618	CAMSP PEP 71	4 rue Maréchal de Lattre de Tassigny 71100 CHALON SUR SAONE	710970484	CAMSP associatif
Centre Val de Loire	Indre	Association AIDAPHI	71 avenue Denis Papin, 45803 ST JEAN DE BRAYE CEDEX	450011507	CALME (Centre d'Accueil et de Loisirs Médicalisé Expérimental) AIDAPHI	8 rue de Vallières 36120 ARDENTES	360006704	IME
Grand Est	Bas-Rhin (Strasbourg)	AAPEI Strasbourg et environs	60 rue de la Grossau, 67027 STRASBOURG CEDEX 1	670794692	CAMSP Schiltigheim	33 rue du barrage, 67300 SCHILTIGHEIM	670797158	CAMSP associatif
Hauts de France	Somme	CHU Amiens Picardie Site Nord	80054 AMIENS CEDEX 1	800000044	CAMSP CHU Amiens	Place Victor Pauchet 80054 AMIENS CEDEX 1	800008690	CAMSP hospitalier
Ile-de-France	Paris	Association Le Moulin Vert	19 rue Saulnier, 75009 PARIS	750721029	CAMSP du moulin vert	192 rue Lecourbe, 75015 PARIS	750043499	CAMSP associatif
Ile-de-France	Val d'Oise	CH Gonesse	2 boulevard du 19 mars 1962, 95500 GONESSE	950110049	CAMSP CH Gonesse	4 rue Claret 95500 GONESSE	950809301	CAMSP hospitalier
Ile-de-France	Yvelines	CH Versailles	177 rue de Versailles, 78150 LE CHESNAY	780110078	CH Versailles Site André Mignot	177 rue de Versailles, 78150 LE CHESNAY	780800256	ES
Normandie	Seine Maritime	CHU Rouen	1 rue de Germont, 76031 ROUEN CEDEX	760780239	CAMSP CHU Rouen	1 rue de Germont, 76000 ROUEN	760034033	CAMSP hospitalier
Nouvelle-Aquitaine	Vienne	Association PEP 86	Rue des Augustins, 86580 BIARD	860785237	CAMSP PEP 86	ZA ACTIPARC II 10 allée du champ dinard, 86440 MIGNE AUXANCES	860782671	CAMSP associatif
Nouvelle-Aquitaine	Gironde	CH Charles Perrrens	121 rue de la Béchade, 33076 BORDEAUX CEDEX	330781287	CRA Charles Perrrens	121 rue de la Béchade, 33076 BORDEAUX CEDEX	330015959	CRA
Occitanie	Tarn	Fondation Bon Sauveur d'Alby	1 rue de Lavazière, 81025 ALBI	810100008	CAMSP polyvalent	1 rue de Lavazière, 81025 ALBI	810010157	CAMSP associatif
Occitanie	Aude	CH Narbonne	Boulevard Dr Lacroix BP 824 11108 NARBONNE CEDEX	110780137	CH Narbonne	Boulevard Dr Lacroix BP 824 11108 NARBONNE CEDEX	110000056	ES

Crédits sanitaires ou porteur adossé à un établissement sanitaire

Annexe II

SYNTHESE DU MODELE OTIPM D'A. FISHER



Adapté de Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Traduction officielle, approuvée en juin 2013)

Annexe III

GUIDE D'ENTRETIEN

Monsieur X., ergothérapeute

Pilote régional PCO de Seine-Maritime

Thèmes :

- Ergothérapie
- Enfants de 0-7 ans
- Trouble neurodéveloppemental
- Professionnel de santé de première ligne
- Intervention précoce

Introduction :

Bonjour,

Je suis à l'heure actuelle étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse à Évreux. Je réalise cet entretien semi-directif dans le cadre de la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche dans lequel mon attention se porte sur l'orientation par les prescripteurs des enfants de 0 à 7 ans porteurs ou susceptibles d'être porteurs d'un TND en ergothérapie. Il dure environ trente minutes.

Je vous indique que vous pouvez décider de mettre fin à cet entretien à tout moment, il vous est possible de l'interrompre à tout moment.

Je souhaiterais pouvoir enregistrer notre entretien. Cela me permettra d'exploiter au mieux les données de cet échange. Ai-je votre permission ? Je m'engage à anonymiser toutes les informations récoltées, à exploiter les données recueillies uniquement dans le cadre de ce travail de recherche ainsi qu'à détruire l'intégralité des supports lorsque ce travail sera achevé. M'autorisez-vous à citer votre profession et formation de base ?

Enfin j'insiste sur le fait qu'il est important que vous répondiez aux questions en toute liberté. J'attends que vous me fassiez part de votre avis.

Grille de questions :

QQOQCP (*qui quoi où quand comment pourquoi*) pour relancer les questions.

Question 1 : Cela fait depuis début juillet 2019 que la plateforme d'orientation et de coordination de Seine-Maritime est ouverte. Pouvez-vous faire un rapide retour sur sa mise en place ? (à quelle(s) demande(s) cela répond, quels sont les partenaires, pourquoi ce site... ?)

Question 2 : Comment fonctionne une PCO : conventionnement ? Financement, composition des équipes des PCO, projets, suivi des enfants... ?

Question 3 : De quelle façon orientez-vous les enfants vers les professionnels conventionnés ? Qui décide de l'orientation vers ergothérapeute, psychomotriciens... ? Combien de libéraux conventionnés par profession ? Qui peut être conventionné ? Doivent-ils avoir des formations complémentaires (autisme...) ?

Question 4 : Quels profils d'enfants avez-vous en gestion ? Combien de dossiers depuis l'ouverture ? De quel âge ?

Question 5 : Quel bilan dressez-vous de ce début de fonctionnement ? (points forts et axes d'amélioration)

Question 6 : Recevez-vous des retours des prescripteurs ? (Utilisation du livret de dépistage du gouvernement ?) Des familles ? Des enfants ?

Question 7 : Vous êtes également ergothérapeute de formation, comment définiriez-vous votre métier ? Lien entre forfait précoce TND et PCO et votre métier → avancée ?

Conclusion :

Nous avons à présent terminé.

Avez-vous des éléments à ajouter ? Des interrogations ?

Je vous remercie de votre participation et du temps que vous m'avez accordé.

Annexe IV

Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité à participer à un projet d'initiation à la recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet d'initiation à la recherche. S'il y a des points que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet, vous devez signer le consentement à la fin de ce document. Vous garderez une copie et renverrez le formulaire par mail daté et signé.

Titre du projet :

Aider les prescripteurs à mieux orienter en ergothérapie les enfants de 0 à 7 ans, présentant un trouble neuro-développemental.

Personne responsable du projet :

Ce projet d'initiation à la recherche est sous la responsabilité de Julie PANNIER, dirigé par Aurélie CLÉREMBEAUX et a lieu dans le cadre du diplôme d'État d'ergothérapie qui donne droit à l'obtention du grade de licence.

Financement de la recherche :

Ce projet ne fait l'objet d'aucun financement.

Objectif du projet :

L'objectif de ce projet est de répondre à l'hypothèse posée découlant de ma question de recherche et déterminer si les compétences et les possibilités d'intervention de l'ergothérapeute sont suffisamment (re) connues par les prescripteurs pour participer à la hauteur de nos aptitudes aux plate-formes de coordination et d'orientation. (PCO)

Raison et nature de la participation :

Votre participation sera requise pour un entretien téléphonique semi-directif d'une durée d'environ 30 à 45 minutes. Les thèmes abordés sont l'ergothérapie, l'intervention précoce, les PCO, les troubles du neuro-développement.

Avantages pouvant découler de votre participation :

Votre participation à ce projet d'initiation à la recherche contribuera à l'aboutissement de ce travail et permettra au chercheur de répondre à l'hypothèse posée.

Inconvénients et risques pouvant découler de votre participation :

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entretien à un autre moment qui vous conviendra.

Droit de retrait sans préjudice de la participation :

Il est entendu que votre participation à ce projet d'initiation à la recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ou à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Compensation financière :

Votre participation ne vous donne droit à aucune compensation financière.

Confidentialité, partage, surveillance et publications :

Durant votre participation à ce projet d'initiation à la recherche, le chercheur responsable

recueillera les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet seront recueillis. Il comprend des informations concernant votre état civil.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Le chercheur utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet d'initiation à la recherche décrits dans ce formulaire d'informations et de consentement.

Enregistrement audio :

Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio à des fins d'analyse des données recueillies. Il sera exploité uniquement dans le cadre de ce projet d'initiation à la recherche. A l'issue de l'étude, la bande audio sera détruite ainsi que d'éventuelles notes pouvant en découler.

Résultats de la recherche :

Vous serez informé des résultats obtenus à la suite de cette étude via l'envoi du dossier écrit de ce projet d'initiation à la recherche. Avec votre accord, le chercheur pourra préciser votre métier et votre formation de base.

Déclaration de responsabilité du chercheur de l'étude :

Je, Julie BANNIER, chercheur principal de l'étude, s'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document ainsi qu'à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude :



Déclaration du responsable de la recherche de l'obtention du consentement :

Je, Julie BANNIER, certifie m'être tenue à disposition du participant pour répondre aux questions qu'il désirait poser. Lors de l'envoi du formulaire de d'information et de consentement, j'ai rappelé au participant son droit à mettre fin, à tout moment, à sa participation à ce projet d'initiation à la recherche décrit ci dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature :



Fait à SACOUENVILLE, le 31 / 03 / 2020

Enregistrement audio :

Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

- Oui
- Non

Droit de retrait sans préjudice de la participation :

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que le document audio vous concernant soit détruite ?

- Oui
- Non

Consentement libre et éclairé :

Je _____ (*Nom et prénom en caractère d'imprimerie*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser les questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant :

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Veuillez renvoyer par mail, à l'adresse suivante juliepannier@hotmail.com, la page 4/4 dûment complétée et signée avant l'entretien.

Vous devez garder pour vous un exemplaire de toutes pages de ce formulaire d'information et de consentement.

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez joindre le chercheur aux coordonnées suivantes :

Julie Pannier

06.32.59.39.79

juliepannier@hotmail.com

Annexe V

QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES ERGOTHERAPEUTES

Bonjour,

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse (27), je réalise mon mémoire de fin d'étude qui a pour thème de recherche l'orientation en ergothérapie des jeunes enfants.

Pour cela, je réalise une enquête auprès des ergothérapeutes qui reçoivent en suivi des enfants de 0 à 7 ans. A travers ce questionnaire, je souhaite recueillir des informations qui me permettront d'avancer dans mes travaux de recherche et répondre à mes différents questionnements.

Ce questionnaire comprend 22 questions ouvertes et fermées. Y répondre prend environ 10 minutes.

Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

A. Vous travaillez en pédiatrie et suivez au moins 1 enfant avec un trouble neurodéveloppemental âgé de 0 à 7ans.

- Oui (passez à la question 1)
- Non (passez à la question B)

B. Vous travaillez en pédiatrie, et vous ne suivez que des enfants de plus de 6 ans

- Oui

Pourquoi ?

- Les médecins ne me prescrivent qu'à partir de 7 ans
- Je ne suis pas compétente pour suivre des petits
- Je ne m'intéresse pas aux petits
- Autre

1. Vous travaillez ?

- En cabinet libéral
- En CAMSP
- En CMP
- En CMPP
- En hôpital de jour
- En libéral
- En SESSAD
- Autre

2. Dans quel département travaillez-vous ?

3. Quelle.s formation.s avez-vous suivie.s en plus de votre formation initiale ?

- Oui, formation continue
- Oui, diplôme universitaire
- Autres, précisez
- Non

4. Quelles sont vos interventions auprès des enfants de 0 à 7 ans ? (plusieurs réponses possibles)

- Bilan cognitif
- Bilan sensori-moteur
- Évaluation des occupations et participation dans les activités de la vie quotidienne
- Évaluation des interactions sociales
- Mise en place des séances de rééducation
- Proposition de compensations
- Intervention sur l'environnement (social, physique et matériel)
- Autre

5. Avez-vous entendu parler des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), mesure nationale s'adressant aux enfants de 0 à 7 ans, qui permet une prise en charge financière des bilans et séances d'ergothérapie pour une année ?

- Oui
- Non

6. Sont-elles en place dans votre département ?

- Oui
- Non (passez à la question 14)
- Ne sais pas (passer à la question 14)

7. Êtes-vous conventionné.e auprès de la plateforme de coordination et d'orientation de votre département ?

- Oui
- Non

8. Pourquoi ? (passez ensuite à la question 14)

9. Si oui, pour être conventionné.e

- On vous a proposé d'être conventionné.e
- Vous avez fait des démarches auprès de la PCO
- Autre

10. Si oui, depuis combien de temps êtes-vous conventionné.e ?

11. Si oui, avez-vous réalisé un accompagnement en ergothérapie via ce conventionnement ?

- Oui : bilan
- Oui : rééducation
- Non

12. Si oui, en êtes-vous satisfait.e ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

13. Pourquoi ?

14. En reprenant les demandes que vous avez eues sur la dernière année, diriez-vous que les enfants vous ont été adressés par :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
École					
Infirmier.ière					
Infirmier.ière scolaire					
Médecin généraliste					
Médecin de PMI					
Médecin scolaire					
Neuropédiatre					
Neuropsychologue					
Parents					
Pédiatre					
Psychologue					
Professionnel paramédical					
Autre					

15. Pour quel motifs (profil des enfants) ? (plusieurs réponses possibles)

- Suspicion de troubles cognitifs
- Suspicion de retard de développement
- Suspicion de trouble mental
- Suspicion de trouble moteur
- Mise en place de rééducation
- Évaluation de modalités de compensation
- Autre

16. Avez-vous le sentiment que, sur votre secteur, votre rôle et vos missions sont connus des professionnels de santé

- Oui
- Non
- Ne sais pas

17. Pourquoi ?

18. Quels bilans utilisez-vous pour évaluer l'enfant de 0 à 7 ans susceptible d'être porteur de trouble du neurodéveloppement (TND) ? (plusieurs réponses possibles)

- DTVP 2 / 3
- M-ABC 2
- Mini figure de Rey
- NEPSY I - II
- OT'hope
- Talbot
- Vineland 2
- Autres

19. Si vous intervenez en tant que professionnel libéral, avez-vous réalisé une campagne de communication auprès des prescripteurs de votre secteur d'intervention ?

	Oui	Oui, parfois	Oui, souvent	Je n'ai jamais eu de contact
Des parents et enfants				
Des prescripteurs				
Du personnel de la petite enfance				
Du personnel scolaire : enseignants, accompagnement humain de l'élève handicapé (AESH), référents scolaires...				
Du personnel en lien avec les activités de loisirs				
Des autres professionnels de santé				
D'autres personnes				

20. Si oui, de quelle façon ? Qu'avez-vous mis en place ?

- Courrier
- Entretien téléphonique
- Flyer
- Mailing
- Visite
- Autre

21. Selon vous, le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants de 0 à 7 ans est-il connu ?

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, en partie	Oui, tout à fait
Des parents et enfants				
Des prescripteurs				
Du personnel de la petite enfance				
Du personnel scolaire : enseignants, accompagnement humain de l'élève handicapé (AESH), référents scolaires...				
Du personnel en lien avec les activités de loisirs				
Des autres professionnels de santé				
D'autres personnes				

Si vous avez quelque chose à ajouter

Je vous remercie d'avoir participé à cette enquête.

Pour toute remarque, question ou retour, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : juliepannier@hotmail.com

Annexe VI

QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS

Bonjour,

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut de formation en Ergothérapie de La Musse (27), je réalise mon mémoire de fin d'étude qui a pour thème de recherche l'orientation en ergothérapie des jeunes enfants.

Pour cela, je réalise une enquête auprès des professionnels de santé qui reçoivent en consultation des enfants de 0 à 7 ans. A travers cette recherche, je souhaite recueillir des informations qui me permettraient d'avancer dans mes travaux et répondre à mes différents questionnements.

Ce questionnaire comprend 17 questions ouvertes et fermées. Y répondre prend environ 7 minutes.

Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

1. Quelle est votre profession ?

- Médecin de PMI
- Médecin généraliste
- Médecin scolaire
- Neuropédiatre
- Pédiatre
- Psychiatre
- Autre

2. Dans quelle structure, en lien avec la pédiatrie, exercez-vous ?

- CAMSP
- Établissement hospitalier
- Libéral
- SESSAD
- Autre, précisez :

3. Dans quel département travaillez-vous ?

4. Connaissez-vous l'ergothérapie ? (Si non, passez à la question 6)

- Oui
- Non

5. De quelle façon avez-vous connu cette profession ?

- Formation initiale / formation continue
- Expérience professionnelle
- Autre

6. Selon vous, l'ergothérapeute est-il un professionnel de santé ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

7. Selon vous, l'ergothérapeute intervient auprès des (plusieurs réponses possibles)

- 0-5 ans
- 6-10 ans
- 11-15 ans
- 16-25 ans
- 26-60 ans
- Au delà de 61 ans

8. Selon vous, les ergothérapeutes (plusieurs réponses possibles) :

- Réalisent des évaluations cognitives
- Réalisent des évaluations sur les capacités / incapacités de l'enfant
 - sensorielles
 - motrices
 - cognitives
 - affectives
 - émotionnelles

- Évaluent la participation dans les occupations
- Évaluent les interactions sociales
- Mettent en place des séances de rééducation
- Proposent des compensations
- Interviennent sur l'environnement (social, physique et matériel)
- Autre

9. Avez-vous déjà orienté un enfant en ergothérapie (si non, passez à la question 14) ?

- Oui
- Non

10. Si oui, quel.s est.sont généralement le.s profil.s de ces enfants ?

- Suspicion de trouble cognitif
- Suspicion de retard de développement
- Suspicion de trouble mental
- Suspicion de trouble moteur
- Mise en place de rééducation
- Évaluation de modalité de compensation
- Autre

11. Si oui, avez-vous reçu des bilans et comptes-rendus de l'ergothérapeute ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

12. Si oui, quelle en était la forme ? (plusieurs réponses possibles) :

- Des bilans cotés
- Des éléments vous permettant de compléter votre diagnostic
- Des propositions d'intervention
- Autre

13. Si oui, en quelques mots, qu'attendez-vous d'une prise en soin en ergothérapie ?

14. Avez-vous entendu parler des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), mesure nationale s'adressant aux enfants de 0 à 7 ans, qui permet une prise en charge financière des bilans et séances d'ergothérapie pour une année ?

- Oui
- Non

15. Sont-elles en place dans votre département ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

16. Les PCO prendront en charge l'ergothérapie dans un forfait de « dépistage précoce », en avez-vous entendu parler ?

- Oui
- Non

17. Si oui, y avez-vous déjà fait appel ?

- Oui
- Non

Si vous avez quelque chose à ajouter...

Je vous remercie d'avoir participé à cette enquête.

Pour toute remarque, question ou retour, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : juliepannier@hotmail.com

Annexe VII

VERBATIM DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC MONSIEUR X.

- PRPCO : Allô ?

- Oui, bonjour, c'est Julie Pannier.

- PRPCO : Bonjour, vous allez bien ?

- Bien. Et vous ?

- PRPCO : Bin oui, ça va. Vous aussi ?

- Euh oui, on s'organise en cette période un peu particulière ! Avez-vous des questions avant de commencer ?

- PRPCO : Je ne sais pas exactement quel est le thème du sujet que vous voulez aborder

- Bah, le thème du mémoire, c'est comment est-ce qu'on peut aider euh les professionnels de santé, des prescripteurs surtout, à orienter en ergothérapie les enfants de 0 à 7 ans puisque l'hypothèse que je voudrais soulever dans mon euh travail de recherche, c'est qu'on n'est pas connu ou reconnu sur ce public et j'ai ciblé sur les troubles du neurodéveloppement.

- PRPCO : Hum, d'accord.

- Donc je vais avoir des questionnaires à faire passer effectivement auprès des médecins, donc oui, merci je veux bien utiliser vos contacts pour faire passer mon questionnaire. Après, si ils y répondent, je pense que c'est plus rapide pour eux de cocher des cases que de se banaliser 30 minutes dans leur emploi du temps en ce moment pour me répondre à ça quoi.

- PRPCO : Si vous avez besoin de rejoindre des médecins, vous me direz. Éventuellement, je peux vous mettre en lien. Je pourrai l'envoyer à des collègues du CHU, notamment j'ai des collègues du CHU qui travaillent sur le trouble du neurodéveloppement donc euh vous aurez les bons interlocuteurs sur le sujet quoi

- OK, ça marche, bah c'est c'est très gentil merci beaucoup ! Donc on va commencer l'entretien avec l'introduction afin d'avoir votre consentement et résumer le contexte de cet entretien. Et puis après, je vous pose des questions. Très bien ?

- PRPCO : Oui, OK très bien.

- Je vais réaliser cet entretien semi-directif dans le cadre de la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche dans lequel mon attention va se porter sur l'orientation par les prescripteurs des enfants de 0 à 7 ans porteurs ou susceptibles d'être porteurs d'un trouble du neurodéveloppement en ergothérapie. On en a à peu près pour 30 à 45 minutes

- PRPCO : Hum

- Vous pouvez mettre fin à cet entretien à tout moment et vous pouvez l'interrompre quand vous pensez on peut le ou vous en avez marre ou quand c'est fini pour vous euh... Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'entretien ?

- PRPCO : Oui, bien sûr, hum hum

- Est-ce que, euh, vous m'autorisez dans le compte-rendu que je ferai à citer votre profession et votre formation de base ?

- PRPCO : Hum, oui bien sûr.

- Parce que, du coup, si je suis trop précise en qualifiant votre poste, on va savoir qui vous êtes mais ce qui m'intéresse en vous interrogeant vous c'est la poss... c'est de savoir le regard que vous pouvez porter, vous en tant qu'ergothérapeute, sur la formation des PCO, le bilan que vous pouvez en faire et pouvoir vous citer donne du poids à mes arguments. Donc euh voilà §

- PRPCO : Hum, pas de souci.

- Euh, j'insiste sur le fait qu'il est important que vous répondiez aux questions en toute liberté et que je n'attends pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'attends que vous fassiez part de votre avis.

- PRPCO : Hum

- Vous me dites sincèrement votre opinion sur le sujet si vous voulez la partager

- PRPCO : D'accord. OK.

- j'ai euh prévu euh officiellement 7 questions mais il y a plusieurs questions dans certaines pour ré-axer. Et aussi, si vous vous avez des choses que vous souhaitez ajouter ou des remarques ou des questions des interrogations que vous vous posez, n'hésitez

pas à me couper ou à m'en faire part. Évidemment hein.

- PRPCO : Hum, hum

- Sur la première question, euh moi je me suis basée sur le fait que cela faisait depuis juillet 2019 que la plateforme d'orientation et de coordination de Seine-Maritime elle était ouverte. Je ne me trompe pas ?

- PRPCO : Elle est constituée depuis juillet, ouais, c'est-à-dire que, effectivement, les partenaires ont signé une convention constitutive depuis le 4 juillet 2019

- Hum

- PRPCO : Elle est fonctionnelle donc depuis le 4 juillet 2019 et reçoit des demandes d'usagers des médecins de ville depuis le mois de novembre.

- D'accord.

- PRPCO : D'accord, donc on a quatre mois de recul à peu près sur euh sur le fonctionnement.

- Et du coup ? euh, par rapport à sa mise en place, de la plateforme ça correspond à quelle demande et quels sont les partenaires ?

- PRPCO : Alors euh, quels sont les partenaires impliqués ? C'est ça ?

- Oui.

- PRPCO : Oui alors en fait, on a euh on a mobilisé tous les partenaires porteurs en fait sur le territoire ? tous les porteurs de CAMSP, CMP, CMPP, dans la démarche euh, donc ça veut dire que, plus les CRA et le réseau de périnatalité. Donc en fait on est 9 partenaires constitutifs de la convention, euh, je vous les nomme si vous voulez ?

- Oui, je veux bien.

- PRPCO : Donc y'a le CHU de Rouen, euh, y'a le réseau périnat', y'a le centre ressource autisme et le centre hospitalier du Rouvray pour la partie pédopsychiatrie, y'a le GHH, euh, au Havre, euh, y'a euh, Hélène Keller qui est un établissement médico-social sur le Havre.

- Hum

- PRPCO : Y'a euh, LAPAJ de Dieppe, y'a euh, les PEP76, euh... et ensuite on a associé la pédopsychiatrie de Dieppe et euh... donc on a nos 3 services de pédopsychiatrie donc

le Havre, le Rouvray et Dieppe.

- Oui.

- PRPCO : Le CHU, ouais, je crois que j'ai tout le monde. Et pardon, et la fondation OVE qui porte des CMP.

- D'accord.

- PRPCO : Donc ça ce sont les 9 qui se sont constitués dans la convention.

- OK. Et ça correspondait à quelle demande, la création de cette PCO ?

- PRPCO : Alors, alors c'est suite au fait, euh... Alors y'a pas eu nous d'appel à candidature lancé par l'ARS ou d'appel à manifestation d'intérêt. En fait, l'idée, c'était euh, moi dans mon rôle de pilote régional en fait et d'animation territoriale, c'était de mobiliser les partenaires sur la construction d'un projet commun. En fait, l'enjeu de ces plateformes hein, c'est d'avoir une approche territoriale, il faut absolument qu'on ait une construction qui permette de répondre à l'ensemble des besoins d'un territoire, donc celui de la Seine-Maritime. Donc on a mobilisé tous les partenaires, on a, on n'a pas souhaité qu'il y ait un seul partenaire impliqué, l'idée c'était que tous les partenaires, euh, qu'on appelle de 2è ligne : CAMPS, CMP, CMPP soient également impliqués dans la démarche. Donc c'est aussi pour ça qu'on l'a fait à grand nombre.

- D'accord. Et c'est suite au, au, à la loi qui est parue fin 2018 pour la prise en charge euh...

- PRPCO : Ouais, les, les premiers effectivement euh, le décret je pense de décembre a été effectivement initiateur et, ensuite, on a eu un autre décret de juillet 2019 qui, lui, synthétisait tout ce qui a été euh publié en amont. Donc en fait, ça s'appuie sur le décret de juillet 2019. C'est notre référence maintenant. C'est une circulaire je crois, euh, juillet 2019, PCO... circulaire d'instruction ministérielle, interministérielle, du 19 juillet 2019...

- D'accord, 19 juillet 2019, OK.

- PRPCO : relative à la mise en place des plateformes de coordination et d'orientation. Dans le cadre du parcours bilan et intervention précoce de l'enfant de moins de 7 ans, présentant des troubles du neurodéveloppement.

- OK, j'irai chercher, merci ! Je la mets en rouge !

- PRPCO : Elle résume tout en fait, tout ce qui a été fait en amont, déjà, en décembre euh, 2018, et celle-là résume tout, elle est importante celle-là !

- OK, euh, est-ce que vous pourriez faire un résumé ? Et du point de vue euh du parcours de l'enfant ? comment il va rentrer dans plateforme ? Et surtout, et ça c'est ce qui me

manquait le plus, euh mais surtout, euh, comment ça fonctionne une PCO, de l'intérieur, par rapport au conventionnement, par rapport au fonctionnement, à la composition des équipes, des projets, du suivi des enfants, tout ça ?

- PRPCO : Oui, hum d'accord. Alors, sur l'organisation graduelle du diagnostic, en fait l'idée c'est qu'on a ce qu'on appelle une première ligne avec des acteurs de repérage, c'est-à-dire, acteur de repérage euh c'est le médecin de ville, médecin traitant, généraliste, euh médecin de PMI, médecin Éducation Nationale, c'est un adressage médical hein vers les PCO . Donc c'est pour ça que je parle des médecins, avec leurs équipes hein évidemment...

- Hummmm

- PRPCO : euh, qui vont repérer un enfant avec un potentiel TND, suspicion TND, euh, notamment par l'utilisation de l'outil de repérage de la HAS qui a été constitué.

- Du mois de juin ?

- PRPCO : Ouais, c'est ça.

- Ouais, ouais.

- PRPCO : Y'a une nouvelle version qui est sortie là, qu'est sortie en décembre ou janvier je ne sais plus et qui, globalement, est à peu près semblable.

- Ils n'ont pas changé grand chose ?

- PRPCO : Nan, c'est ça.

- OK.

- PRPCO : Donc en fait, on est sur ces acteurs de repérage : ils repèrent, ils adressent à la PCO donc qui est en fait un intermédiaire entre la première ligne et la deuxième ligne. Cette PCO ensuite euh, on a des acteurs de deuxième ligne, que sont les CAMSP, CMP et CMPP. OK ?

- Hum

- PRPCO : Et la troisième ligne, euh, où on retrouve là les centres ressources autisme (CRA) par exemple, les CRTLA, euh, qui sont les centres ressources des troubles du langage et des apprentissages.

- Hum

- PRPCO : Ou d'autres équipes de troisième ligne euh, par exemple. OK ?

- OK.

- PRPCO : Donc en fait, la PCO ça sert entre la première ligne et la deuxième. Euh, les

équipes de PCO, en fait, c'est constitué de temps médical et de temps de coordinateurs professionnels. Euh donc nous en fait, sur la Seine-Maritime, on a trois antennes, une au Havre, une à Dieppe, une à Rouen. Chaque antenne est constituée de temps médical et de temps de coordonnateurs professionnels, euh, qui sont des professionnels soit psychologues... enfin, ça peut être ou des professionnels paramédicaux, nous c'est pas mal des psychologues jusqu'à maintenant mais ça pourrait être plus diversifié que ça. Euh... concrètement, en fait le médecin de ville qui reçoit dans son cabinet un enfant pour lequel les parents sont inquiets, euh, il va compléter ce formulaire. Dès lors que dans le formulaire il identifie euh, deux signes, euh, d'alerte, euh, il va pouvoir orienter vers la PCO. OK ? Donc il complète le formulaire et il l'adresse, avec l'autorisation de la famille, à la PCO. L'équipe de la PCO, elle reçoit ce formulaire, elle regarde quels sont les éléments d'inquiétude et en fonction des éléments d'inquiétude, elle valide si effectivement il y a un potentiel risque de TND ou pas.

- Hum

- PRPCO : Donc c'est essentiellement le rôle du médecin. De là, la PCO va identifier sur le territoire quel pourrait être le parcours de cet enfant, ce dont il a besoin ; donc en fonction de ça, il va rapidement devoir trouver une référence médicale. Donc c'est-à-dire que derrière, parce que souvent là euh, leur enfant n'est connu que de son médecin traitant, l'enjeu va être de l'orienter vers une prise en charge spécialisée. Donc d'où l'orientation vers nos acteurs de deuxième ligne. Donc on va essayer de trouver a minima une référence médicale sur la deuxième ligne CAMSP, CMP, CMPP et éventuellement de mettre en place des prises en charge pour cet enfant, par l'intermédiaire de ces acteurs. Il est possible que eux nous disent, bah en fait, par exemple en psychomotricité "*on a beaucoup d'attente, on n'est pas capable de mettre en place de la psychomotricité*" euh, on peut tout à fait nous, dans ce cas là, mobiliser ensuite ce qu'on appelle les "*forfaits d'intervention précoce*" sur nos trois professions libérales que sont les psychologues, ergo et psychomot', OK ? Enfin, j'y reviendrai après sur les forfaits.

- Ouais.

- PRPCO : Mais l'idée ? c'est d'orienter vers ces acteurs de deuxième ligne pour constituer, pour poser à la fois le diagnostic et commencer les prises en charge. Donc y'a un double enjeu hein, y'a à accélérer l'accès au diagnostic et ensuite accélérer euh, la prise en charge. Euh, donc pour accélérer l'accès au diagnostic ? si le CMP nous dit par exemple "*bah moi je suis en capacité de poser le diagnostic et les équipes vont faire les*

évaluations nécessaires”, très bien, on va pas plus loin que ça, mais ils peuvent nous dire par exemple « *j'ai besoin d'un bilan psychologique, qui me permettrait d'étayer le diagnostic* » et... nous on va essayer à travers la PCO de lui trouver des libéraux qui vont pouvoir aussi, par exemple des psychologues, qui pourraient réaliser certains tests qui aideront à la pose du diagnostic par la structure de deuxième ligne.

- OK.

- PRPCO : Sur la partie, euh, forfait précoce, donc on a trois types de professions hein, psychologue, ergo, psychomot'. Euh le rôle de la PCO, c'est effectivement de conventionner les libéraux qui vont travailler avec la PCO et ensuite de mettre en place des plans d'accompagnement sur une année euh, qui seront euh, rémunérés pendant un an uniquement. Donc soit les psychologues sur la partie bilan, euh uniquement, ou soit pour les psychomot' et les ergo sur les parties bilans et intervention.

- Ah bah oui, hum ;

- PRPCO : voilà, voilà en gros à quoi correspond les PCO. Donc en fait, la plateforme, quand elle reçoit une demande, y'a un staff clinique avec le médecin, le coordonnateur professionnel et ils vont réfléchir à quel est le meilleur parcours pour l'enfant qui aura été orienté et, en fonction de ça, on va orienter à l'intérieur de services de deuxième ligne ou à l'intérieur même des services du CHU ou des partenaires directement associés pour faciliter l'accès au diagnostic et des prises en charge.

- OK. Et par rapport à vos financements et aux conventionnements ?

- PRPCO : ouais, euh, en fait on est financé sur la partie fonctionnement de la PCO donc pour le recrutement des professionnels qui constituent la PCO.

- Hum

- PRPCO : Donc médecins, euh, et professionnels coordonnateurs, sur chaque antenne, donc on a des moyens pour ça. Et ensuite on reçoit des moyens directement de l'assurance maladie pour financer les prises en charge libérales. Donc en fait, tous les mois, l'assurance maladie nous verse des crédits sur la base d'une convention qu'on a signée avec la CPAM et l'ARS, nous verse tous les mois des crédits qui nous permettent de financer des forfaits précoces.

- D'accord. Et les conventionnements avec les professionnels, c'est fait sur la base du volontariat ?

- PRPCO : Ouais, en fait euh, on est en démarche euh de mobilisation c'est-à-dire alors,

nous en fait, toute la partie conventionnement, paiement des libéraux se fait par l'intermédiaire du PCPE. Étant donné qu'on avait déjà ces fonctionnements là dans le cadre du PCPE ? on s'est appuyé sur l'existant, on n'a pas recréé un système, donc on s'est appuyé sur le système existant pour rémunérer les libéraux. Donc en fait ? c'est le PCPE qui se charge de ça. La PCO implique le PCPE, c'est juste une branche de la PCPE, c'est un partenaire quoi.

- D'accord, et c'est spécifique au 76 ou toutes les PCO de France mises en place, elles fonctionnent comme ça ?

- PRPCO : C'est propre à nous. Ouais, 76-27 même parce que euh, le 27 va arriver dans la boucle.

- C'est prévu pour dans longtemps ?

- PRPCO : Bah non. En fait, c'est prévu pour là en juin, malheureusement ça nous décale un peu dans la mise en œuvre. En fait, on devait avoir la création d'une quatrième antenne, euh, dans l'Eure, et donc la création d'une seule plateforme pour la Seine-Maritime et l'Eure. Alors c'est décalé, ça sera probablement septembre si tout va bien.

- On peut croiser les doigts !

- PRPCO : euh, du coup, euh, le PCPE... On essaye en tout cas d'identifier tous les libéraux existant sur le territoire, euh, on a fait un certain nombre de réunions d'informations. Là encore, en ce moment, on est en train de les interpeller individuellement. Par exemple pour les conventionner, euh, du coup on a une convention d'adhésion, une convention directe, qui les lie à la PCO et ensuite on les interpelle sur les situations individuelles.

- D'accord.

- PRPCO : Voilà. Et dans la convention effectivement, c'est en fonction de la volonté de chacun hein. On contraint pas les gens à conventionner. Euh, mais on les invite fortement à le faire même si on a encore pas mal de résistance sur ce sujet-là quand même, euh, à ce jour.

- Hum. Et du coup, quand vous avez votre "vivier" de professionnels conventionnés, de quelle façon vous orientez, euh, les enfants vers un ergothérapeute plutôt qu'un autre ?

- PRPCO : Euh, bah en fait aujourd'hui ? on va surtout se baser sur la situation géographique, ça c'est certain, et puis ensuite c'est sur la disponibilité. Euh, c'est-à-dire qu'en fonction de la disponibilité des libéraux, parce qu'en fait ils ont quand même pas mal

tous de l'attente euh, pour leurs services, euh, on essaye d'aller sur celui qui a le moins d'attente euh, pour la mise en place.

- D'accord.

- PRPCO : Euh, voilà ! Sachant que nos libéraux, l'idéal serait que nos libéraux qui conventionnent avec nous se gardent des créneaux par exemple d'intervention précoce. Se disent dans leur patientèle euh ou dans l'organisation calendrier, qu'ils se disent voilà, je garde euh deux créneaux chaque semaine pour des enfants d'intervention précoce. Mais à ce jour, euh, c'est pas ce qu'on arrive à faire. Donc en fait, c'est plutôt des libéraux qui vont dire « *bah je termine une prise en charge dans deux semaines, je peux en commencer une autre* » et auquel cas, du coup, on positionne l'enfant sur ce service-là, euh, en fonction du délai du pro. Donc c'est vraiment ça qui va nous orienter et puis le lieu de résidence bien évidemment.

- Ouais. Euh, tel que vous le dites, je ressens qu'y a de l'attente en fait. Vous avez combien de libéraux qui se sont conventionnés et vous avez combien d'enfants qui demandent euh, enfin, gérés par la PCO finalement, au bout de ces quatre mois ?

- PRPCO : bah en fait, là, on est en montée en charge progressive du conventionnement. Donc euh, je vous dirai que on a une trentaine de pro conventionnés. On a peut-être une dizaine d'ergo, euh, 15 psychomot' et puis peut-être une dizaine de psychologues, grosso modo, enfin, j'ai pas les derniers chiffres en tête,

- OK.

- PRPCO : Ça évolue très vite. Mais c'est encore très peu parce que, quand on voit dans le PCPE, on a plus d'une centaine de libéraux qui sont conventionnés à ce jour dans le PCPE. Donc euh donc on a encore une grosse marge de progression sur le sujet. Euh, oui, potentiellement euh, là par exemple sur nos trois mois de fonctionnement plein, donc décembre, janvier, février, on est à peu près à plus de 50 demandes par mois. OK ? Euh, donc là on est arrivé au 1er mars ? on était environ à 150 enfants euh inscrits sur la PCO, en 3 mois.

- Et euh les enfants, ces enfants, ils étaient orientés, genre si je caricature, tous par le même médecin ou par les deux, trois mêmes médecins ou c'était assez euh diversifié ?

- PRPCO : Nan, c'est assez diversifié. Alors en fait, vu qu'on est dans un début, euh, on a deux euh portes d'entrée en ce moment, c'est-à-dire que LA porte d'entrée principale devrait être des médecins généralistes, qui orientent vers la PCO, normalement c'est notre

porte d'entrée principale. Dans le fonctionnement de dans 5 ans, en fait, quand tout sera mis en place, l'idéal, ce serait que les médecins de ville nous orientent les enfants. Aujourd'hui, c'est pas encore le cas. Euh pourquoi ? Parce que les médecins ont encore leurs habitudes de travail et n'ont pas tous été encore formés et sensibilisés au sujet. Euh, donc pour le moment, ils continuent à adresser comme ils faisaient auparavant ; donc ils adressent vers CAMSP, CMP, CMPP. Mais en fait aujourd'hui, on a un double adressage : on a celui des médecins de ville, mais qui est encore minoritaire, et on a aussi en parallèle celui des CAMSP, CMP, CMPP qui, aujourd'hui, nous orientent des enfants qui sont en attente chez eux et qui, dans la période d'attente, demandent un forfait précoce.

- D'accord.

- PRPCO : Euh donc, on a pas mal d'adressage qui nous arrive de la deuxième ligne en ce moment. Euh, c'est ce qui fait qu'on a eu beaucoup de demandes. Alors c'est assez diversifié parce que, en fonction des liens euh établis, euh voilà. Et puis on a eu quand même pas mal de médecins de ville mais qui habituellement adressaient au service de neuropédiatrie du CHU en fait au départ. Ça rentre par le service de neuropédiatrie mais ça passe par la PCO désormais. Donc en fait, le médecin le sait pas qu'il adresse à la PCO. Il adresse d'abord au CHU et c'est à l'intérieur du CHU qu'on ré-adresse vers la PCO en fait.

- OK, ça reste encore un peu opaque. Et vous faites des sensibilisations ? Comment ça se passe pour que les médecins ils se mettent à jour là-dessus ?

- PRPCO : Ouais, on est en train de travailler avec euh à la fois l'ordre des médecins et puis avec l'assurance maladie aussi pour voir comment on pourrait mieux informer les médecins. On fait beaucoup de sensibilisation mais euh le problème, c'est qu'on ne touche pas beaucoup de médecins à chaque fois. Donc euh, quand tu fais une soirée d'informations pour des médecins, t'en as une dizaine quoi ! donc euh.

- Ouais, ceux qui savent déjà ou qui sont un peu sensibilisés finalement.

- PRPCO : C'est ça, c'est ça. Et souvent ceux qu'on va toucher ? c'est souvent ceux qui sont déjà un peu intéressés par le sujet. Y'a aussi beaucoup d'orientation en ce moment des pédiatres de ville qui orientent vers la PCO. Donc c'est mais oui oui on a encore un gros travail de sensibilisation à faire sur les médecins de ville. Bah là on est en train de travailler avec le niveau national pour voir ce qu'on pourrait mettre en place parce qu'en fait, on ne peut pas faire des formations à coup d'une journée ou de demi-journée aux médecins, ça marche pas très bien ce genre de système. Donc euh, il faut trouver d'autres

moyens de les mobiliser oui.

- OK. Euh, les professionnels qui peuvent être conventionnés sont des professionnels libéraux avec un numéro de SIRET ?

- PRPCO : Ouais, il nous faut un numéro de SIRET oui, idéalement, puis numéro A.DE.LI souvent euh, pour les paramédicaux ouais. Le, le, le numéro principal, c'est le numéro de SIRET oui.

- Et est-ce que euh ils doivent avoir des formations complémentaires comme des diplômes universitaires en autisme ou des sensibilisations... ?

- PRPCO : Nan, y'a pas d'obligation à ce titre-là. Euh dans le cadre de la PCO, nous, on part uniquement sur euh... Autant sur le PCPE, on s'intéresse à quelle a été la formation continue, euh, est-ce qu'ils ont reçu des formations spécifiques sur l'autisme ou d'autres types de handicaps ; dans le cadre de la PCO, on s'appuie uniquement sur la formation de base. Donc on leur demande juste, euh, leur diplôme. Et puis c'est pour ça qu'on s'appuie sur le numéro A.DE.Li, qui soit enregistré...euh, après en terme de formation, nan, y'a pas d'obligation de formation spécifique. Ce qu'on leur demande euh, c'est de respecter les recommandations de bonne pratique euh dans le champ des TND. Euh, voilà, c'est la seule grande obligation. Et puis l'enjeu, c'est beaucoup sur la réalisation des écrits et la communication des écrits avec la PCO et avec la famille.

- De toute façon, c'est une obligation enfin, par rapport au règlement de la, d'une partie du forfait d'intervention précoce, c'est une fois qu'y a les bilans et le début de la prise en charge entamée, nan ?

- PRPCO : Ouais, c'est ça, ça fait partie des écrits. Nous, on a assoupli les écrits parce qu'en fait, normalement, il y avait un retour tous les 3 mois euh qui devait être réalisé ; euh, nous, on en demande une aux 6 mois euh, parce que en fait, aujourd'hui, les libéraux n'ont quand même pas cette culture de l'écrit aussi forte que ça. Donc ça les effraie beaucoup et donc pour aussi les aider à conventionner avec nous, on a un petit peu assoupli nos règles. Donc, en fait là, on leur demande de réaliser, s'il y a eu un bilan, un retour, un retour intermédiaire à 6 mois et ensuite le bilan final au bout de l'année.

- Et ça c'est spécifique au 76 aussi ?

- PRPCO : Ouais, on a un peu assoupli la convention de ce côté-là, ouais.

- Et les autres PCO, vous savez comment ça fonctionne. Et elles font ça aussi ou vraiment c'est une spécificité du 76 ?

- PRPCO : Nan, probablement ils s'appuient euh sur les textes donc tous les 3 mois, je pense.

- D'accord. Et vous êtes en lien avec d'autres euh pilotes comme vous de PCO pour savoir comment vous vous organisez parce que c'est précurseur et donc parfois...

- PRPCO : Oui, oui, on a des réunions nationales tous les euh tous les 4 mois à peu près.

- Hum, d'accord. Et y'a des disparités géographiques ?

- PRPCO : Alors oui, le principe est le même partout sauf que les dimensionnements ne sont pas les mêmes en fonction des territoires. Et puis euh, l'étayage de base n'est pas toujours le même. Par exemple, nous on a la chance d'avoir un portage commun entre 9 ou 10 partenaires. Euh c'est loin d'être le cas dans d'autres départements ; par exemple, dans d'autres départements, ils ont confié la mise en place d'une PCO à un CAMSP, par exemple à un seul CAMSP. Du coup, c'est à ce CAMSP-là de construire le parcours et, en fait aujourd'hui, ils desservent pas euh tout leur territoire ; donc ils ont pas un impact territorial ou parfois il y en a qui sont intra départemental, et ils ne couvrent pas tout leur département. Donc ils vont se retrouver avec des zones blanches à un moment donné ouais.

- OK. Euh, est-ce qu'il y a un profil d'enfants que vous avez en gestion ?

- PRPCO : En gros, c'est les plus jeunes. Dans les 0-7 ans, c'est les plus jeunes, moins de 4 ans où là on va beaucoup retrouver les déficiences intellectuelles, les TSA, clairement, parce que bah en fait on les repère tôt. Donc si on les repère tôt, ça veut dire que y'a un impact déjà important du handicap sur le fonctionnement de ces enfants : euh, absence de langage etc... Donc souvent moins de 4 ans : ceux-là, on va les repérer là. Après, sur les plus grands, on ne sait pas quelle sera la suite du parcours. Donc on ne peut pas dire nous par rapport à ça. Après, sur les plus grands, on est plutôt sur des troubles du langage oral, troubles dys qui même les troubles dys arrivent un petit peu plus tard souvent, donc plutôt troubles du langage oral vers 6-7 ans. Mais euh, ce qui en tout cas nous dans les signes qui apparaissent dans les outils de repérage, chez les tout-petits en tout cas, ce qui ressort beaucoup, c'est les TSA et voilà, bah c'est pas mal ça ! C'est beaucoup lié au langage

- Hum

- PRPCO : Autour de 2-3 ans et avant ça, c'est beaucoup les troubles moteurs. Euh, donc avant 3 ans, ce qui va souvent être un élément précurseur, c'est les troubles au niveau

moteur.

- OK. Euh, et on en vient au bilan des 4 mois durant lesquels vous avez pu voir l'évolution de la structure. Quel bilan vous dressez du début du fonctionnement : les points forts et les axes d'amélioration ?

- PRPCO : Bah, ce qui est intéressant, c'est qu'on a là, on a un outil en tout cas de repérage euh, national, TND, donc qui cible pas un champ de handicap particulier, on a quand même eu beaucoup jusqu'à ce jour à construire des politiques pour le polyhandicap, des politiques pour les déficiences intellectuelles, des politiques pour les TSA. Là on a mis TND donc qui est un système beaucoup plus large et donc qui permet de travailler beaucoup plus large ; l'outil semble quand même assez bien répondre aux attentes des professionnels. Donc ça c'est plutôt intéressant. Donc ça c'est un point positif,

- Hum

- PRPCO : L'autre, c'est que nous on a un adressage unique. Donc en fait, quelque soit le lieu sur le territoire, ils adressent à la même ligne téléphonique, à la même adresse mail donc ils ont pas à se soucier de euh de savoir à qui ils adressent ; donc ça, ça je pense que c'est facilitant. Euh, donc je pense que ça, euh, on a plutôt, on a plutôt des éléments intéressants de ce côté-là. Euh, la difficulté qu'on va avoir aujourd'hui, bah c'est sur l'orientation de nos deuxièmes lignes et nos libéraux c'est-à-dire que vers nos deuxième lignes, on a déjà des deuxièmes lignes assez engorgées, CMP, CAMSP ont déjà pas mal de situations en attente. Donc on a quand même de la difficulté à respecter les délais : c'est-à-dire que les textes disent normalement quand on oriente vers un CAMSP, il doit nous donner une réponse dans les 3 mois, et les libéraux doivent pouvoir mettre en place une prise en charge dans les deux mois. Aujourd'hui on n'est pas du tout dans ces délais là aujourd'hui...Nous aujourd'hui, si on arrive à trouver une réponse fonctionnelle dans les 6 mois, on est déjà très content hein !

- D'accord.

- PRPCO : Donc notre écueil est là. Même pour les libéraux aujourd'hui, on a quand même plus de libéraux sur le territoire qu'on en avait y'a deux ans. Donc euh euh, vu que c'était déjà des professions en demande, on reste dans une difficulté pour euh pour identifier ces pro ouais.

- Hum

- PRPCO : On a aussi quand même beaucoup d'adressage qui nous est fait par la deuxième ligne, il faut absolument qu'on puisse euh mieux sensibiliser les médecins de ville pour qu'ils puissent adresser directement vers la PCO. Euh donc, il faut remettre aussi les médecins de ville, il faut qu'ils développent un intérêt à ces problématiques-là en fait. Donc on a un gros enjeu de formation sur les médecins de ville. De là à dire que c'est un handicap nan, parce que ça n'a pas été encore travaillé. On a mis en place des PCO avant de former les médecins donc forcément y'a un petit décalage. C'est dans la logique du projet, c'est dans la continuité du projet, voilà.

- OK, est-ce que vous avez déjà eu des retours de prescripteurs dans les 4 mois ? Certains utilisent-ils le livret de dépistage ?

- PRPCO : Oui, oui oui on en a eu oui ! On a eu beaucoup d'adressages par des médecins qui adressaient au départ par courrier. Donc y'a souvent des adressages de médecin à médecin qui se faisaient par courrier : donc ils adressaient au CHU avec un courrier et souvent nous, on les rappelle et on leur dit « *est-ce que vous pourriez compléter le formulaire plutôt ?* » donc y'a aussi une pédagogie qui se met en place. Euh, sur chaque situation en fait, donc systématiquement, on leur demande de recompléter le formulaire pour qu'ils nous ré-adressent. Les retours sont assez positifs sur l'outil, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, donc il est assez simple à compléter, euh, c'est des questions assez faciles à poser aux familles, donc globalement le retour sur l'outil est plutôt positif. Après, sur la suite du parcours, aujourd'hui, on n'a pas encore assez de recul là-dessus.

- OK, et, et, et on arrive à la dernière question, par rapport à votre formation d'ergothérapeute, de base, quelle définition vous donneriez à ce métier ?

- PRPCO : Alors, dans le champ des TND, aujourd'hui, un de nos écueils, euh, je vais commencer par ça, c'est de dire, euh, aujourd'hui je pense qu'on sous-utilise les ergothérapeutes dans la prise en charge des enfants 0 – 7 ans. Euh historiquement, je pense qu'en France on a beaucoup travaillé sur euh, les troubles dys, dans le champ de l'ergothérapie, euh, dysgraphie, dysorthographe, dyscalculie, etc, où on a mis en place beaucoup d'outils, où c'est souvent associé à la mise en place d'outils informatiques par exemple. Donc ça, c'est souvent ce pour quoi on adresse vers des ergothérapeutes. Et, en fait aujourd'hui, on a euh dès qu'on a des enfants très jeunes, en fait la première orientation, c'est vers la psychomotricité, c'est pas vers l'ergothérapie.

- Hum

- PRPCO : Donc aujourd'hui, on a beaucoup tendance à orienter vers de la psychomotricité et à mon avis pas suffisamment vers l'ergothérapie. Euh, parce que souvent les premiers signes dont je vous parlais tout à l'heure sont des signes moteurs euh, et donc sur les signes moteurs bah qu'est-ce qu'on fait ? bah on oriente sur de la psychomotricité. Et euh, donc là où je pense que au niveau de l'ergothérapie on a des choses à travailler, c'est beaucoup par exemple sur tout ce qui est enjeux euh d'intégration sensorielle par exemple. C'est des modalités d'accompagnement qui sont pas encore, en fait on n'a pas encore aujourd'hui, suffisamment nous au niveau des PCO, suffisamment de connaissances sur qu'est-ce que peuvent apporter des ergothérapeutes euh sur le champ des TND. Euh, notamment chez les tout-petits. On oriente plutôt en ergo pour les plus grands en fait. Euh, et à mon avis, ça, c'est un écueil. Euh, et puis euh, après sur la définition du rôle de l'ergothérapeute, moi pour moi le rôle de l'ergothérapeute il pourrait être essentiel sur le rôle de guidance parentale c'est-à-dire comment il peut intervenir dans l'environnement de l'enfant pour favoriser la mise en place des activités de la vie quotidienne euh, et développer ses habiletés dans son environnement. Euh donc, en tenant compte de l'environnement, physique, social, ça je pense que c'est un enjeu important et, là encore, je pense qu'on n'utilise pas suffisamment. Euh, tout ce qui est adaptation euh outils de communication, par exemple sur l'aspect communication, on pourrait faire davantage en tant qu'ergothérapeute que ce qui est fait aujourd'hui. Les orthophonistes sont quand même tous très occupés et je pense qu'il y a quand même des moyens de travailler la communication autrement que par l'orthophonie et je trouve que les ergothérapeutes pourraient, en fait pourraient apporter leur pierre à l'édifice en fait sur ce sujet -à. Et puis, le troisième axe pour moi, c'est l'aspect sensoriel où euh, sur l'aspect sensoriel y'a quand même beaucoup d'enfants avec des particularités sensorielles euh, visibles très tôt sur lesquelles en fait on pourrait impliquer des ergothérapeutes. Mais je pense qu'aujourd'hui en fait on est quand même sur un déficit des formations des ergo sur ce sujet.

- Hum...

- PRPCO : Du coup, on les implique pas suffisamment. Donc voilà mais, pour moi, l'environnement, euh, l'environnement, l'aspect sensoriel et puis la communication me paraissent essentiels. Ou sensori-moteur, y'a cette notion du moteur aussi où je pense qu'on peut apporter. En tout cas, sur le sensori-moteur oui, on pourrait faire beaucoup mieux

- OK, euh, moi j'en ai terminé avec toutes mes questions, euh, je faisais attention au temps ! Euh, en tout cas c'était très gentil de me répondre... Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

- PRPCO : Euh, nan, je pense que ce qui est important aussi par rapport aux ergos et aux PCO, c'est quand même cette reconnaissance qu'on a aujourd'hui euh, de la profession. Et sur le remboursement ; donc euh, l'aspect très intéressant aussi pour les familles, c'est quand même qu'aujourd'hui on ouvre la voie à un remboursement de la profession, au moins pendant une année, euh, pour les enfants 0-7 ans, pis d'ailleurs, ça va s'étendre, le président l'a annoncé hein ?

- Oui.

- PRPCO : Ça devrait s'étendre pour les 0-12 ans euh, donc voilà. Ce sur quoi nous, on est un petit moins euh, un petit peu moins enthousiastes sur ce sujet-là parce que nous, de notre point de vue, ça met de côté un petit peu cet enjeu d'intervention précoce. Euh, donc euh, c'est-à-dire qu'à partir de 10 ans, si on a droit à un forfait précoce, ça n'a plus de sens. Là où on a besoin, c'est entre 3 et 6 ans, là où la plasticité cérébrale permet plus d'acquisitions ; donc ça enlève ce côté intervention précoce qu'on pouvait avoir sur les 0-7 ans, euh de notre point de vue. Et puis si on l'ouvre jusqu'à 12 ans, alors pourquoi ne pas aller jusqu'à 16 ou euh, 18 ans quoi, parce que 12 ans finalement euh, ça n'a pas beaucoup de sens non plus. Donc euh, soit on l'ouvre à tous les enfants et point, jusqu'à 18 ans, ou soit on réassure cette notion précoce mais l'ouverture jusqu'à 12 ans, on n'est pas très fan quoi ! Donc voilà !

- Après, on pourrait penser à ouvrir tout simplement la voie de remboursement de l'ergothérapie par la sécurité sociale !

- PRPCO : Oui, c'est ça ! Mais ils veulent pas aller là-dedans parce qu'aujourd'hui euh, sur le remboursement de sécurité sociale pur, euh, en fait là, euh, clairement par exemple sur les orthophonistes euh, la sécurité sociale elle a un petit peu perdu la main sur euh, le travail des orthophonistes. Donc aujourd'hui, dans le dialogue entre les professions libérales et la CPAM, euh, clairement ils veulent, ils veulent une façon quand même de garder le contrôle sur le travail qui est exécuté. Leur demander de conventionner avec la PCO, c'est beaucoup dans cet enjeu-là.

- Hum

- PRPCO : On a aujourd'hui des prises en charge en orthophonie qui durent depuis 10 ans, où ça n'a pas beaucoup de sens que ça dure depuis 10 ans quoi. Mais par, mais par le renouvellement systématique des prescriptions, bah finalement euh, euh, on en arrive à

mettre en place de l'orthophonie pendant 10 ans hein d'ailleurs. Idem chez les psychomot' hein d'ailleurs.

- OK, bah écoutez, pour moi, c'est très bien.

- PRPCO : bon, hum, si vous avez un questionnaire, si vous voulez le faire passer, euh, à des collègues médecins, qui participent à la PCO, enfin moi je veux bien faire passer, euh, dans mon réseau, y'a pas de soucis, vous m'envoyez, j'essayerai de faire suivre.

- C'est gentil, ils ne sont pas encore tout à fait finalisés mais euh, relus et validés, je les finalise et accepte votre proposition, merci beaucoup !

- PRPCO : Bon bah c'est super, ça vous va ?

- Pour moi, c'est parfait !

- PRPCO : Bon bah écoutez, vous m'envoyez et puis euh, j'essayerai de faire suivre ! Bon courage !

- Bah merci beaucoup, c'est très gentil. Je vous dis à bientôt.

- PRPCO : A bientôt, au revoir.

Les possibilités d'intervention de l'ergothérapeute en pédiatrie sont-elles suffisamment (re)connues par les prescripteurs ?

PANNIER Julie

Résumé : Le forfait précoce est un levier du développement de l'accompagnement en ergothérapie des enfants âgés de 0 à 7 ans, (potentiellement) porteurs de troubles du neurodéveloppement. L'objectif de cette recherche est de déterminer le niveau de (re)connaissance de la profession auprès des prescripteurs. Afin de répondre à cette question, un entretien semi-directif a été mené auprès d'un pilote régional d'une plateforme de coordination et d'orientation et des questionnaires ont été soumis à des ergothérapeutes ainsi qu'à des médecins prescripteurs, auteurs des prescriptions médicales indispensables à notre intervention.

Les résultats montrent que, malgré un intérêt indiscutable pour la profession, l'intégralité des champs de l'ergothérapie ne sont pas encore reconnus auprès de ce public, impactant donc la pratique des ergothérapeutes.

Mots clefs : *ergothérapie ; trouble neurodéveloppemental ; intervention précoce ; plateforme de coordination et d'orientation ; prescripteurs.*

Are prescribers enough aware of the possibilities for intervention by pediatric occupational therapists ?

Abstract : The « forfait précoce » is a lever for the development of occupational therapy (OT) support for children (0-7 years old) with neurodevelopmental disorders. This study is motivated by one research question: are prescribers enough aware about the possibilities for intervention by pediatric occupational therapists (OTs)? To address this hypothesis, a semi-structured interview was performed with a regional supervisor of a coordination and referral platform. Questionnaires were also submitted to OTs and prescribing physicians, authors of the essential medical prescriptions.

As predicted, the findings from the research show that despite they look at the profession, not all fields of OT are recognised by this public yet, which impacts the practice of OTs in pediatrics.

Key words : *occupational therapy; neurodevelopmental disorder; early intervention; coordination and referral platform; prescribers.*