
**L'ENFANT AVEC DES TROUBLES
DEVELOPPEMENTAUX DE LA
COORDINATION ET L'ESTIME DE SOI :
L'utilisation de la méthode CO-OP**

Marie-Julie CHANAL

Promotion 2017-2020

29/05/2020

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du D.E.
D'Ergothérapeute

Sous la direction de Marion DE VITA



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, CHANAL Marie-Julie étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 28/05/2020

Signature :



Note aux lecteurs

«Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné », soit l'IFE de Créteil.

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma maîtresse de mémoire, Marion De Vita, pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont participé à cette enquête.

Je tiens également à remercier Cynthia Engels, Simon Gadeyne, Anais Villaume Lieffroy et l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil pour l'attention qu'ils ont portée à mon travail.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de la promo 2017-2020 de l'IFE de Créteil pour les moments passés ensemble et plus particulièrement à Margot et Aurélie mes deux colocataires et amies pour leur soutien et leur aide depuis l'école préparatoire.

Enfin, je remercie mes parents pour m'avoir soutenue et pour les nombreuses relectures de ce mémoire.

Sommaire :

INTRODUCTION	1
Modèle Conceptuel : MCREO	3
Partie conceptuelle	6
I. Les Troubles Développementaux de la Coordination chez l'enfant	6
a) Définitions des Troubles Développementaux de la Coordination	6
b) Le diagnostic	9
c) Les Problèmes occupationnels liés aux Trouble Développementaux de la Coordination	11
d) La prise en soins de l'enfant avec des TDC	12
II. L'estime de soi chez l'enfant avec des TDC	14
a) Définition et développement de l'estime de soi de l'enfant	14
b) L'enfant avec des TDC et l'estime de soi	15
c) L'estime de soi d'un point de vue occupationnel	17
III. L'approche CO-OP auprès des enfants avec des TDC	19
a) L'approche CO-OP	19
b) L'utilisation de CO-OP auprès de l'enfant avec TDC	22
c) Le travail de l'estime de soi à travers CO-OP	24
Cadre Expérimental	25
I. Méthodologie d'enquête	25
a) Objectifs d'enquête	25
b) Critères d'inclusion	27
c) Choix de l'outil	29
d) Construction de l'outil	30
II. Déroulement de l'enquête	32
a) Mode de recrutement	32
b) Réalisation de l'investigation	32
III. Résultats et analyse de l'enquête	33
a) Profil des ergothérapeutes	34
b) Utilisation de la méthode CO-OP	34
c) Évolution des capacités de l'enfant	35
d) Définition des ergothérapeutes de l'estime de soi	37
e) L'estime de soi des enfants	38
IV. Discussion	41
a) Interprétation d'après les objectifs et confrontation à la littérature	41
b) Limites	47
c) Intérêts	47
d) Retour sur la problématique et l'hypothèse	48
Conclusion	49
Bibliographie	50
Annexes	54

INTRODUCTION

Les Troubles Développementaux de La Coordination (TDC) constituent une pathologie neurodéveloppementale complexe qui entraîne un handicap cognitif spécifique avec des répercussions sévères dans l'ensemble du développement de l'enfant, touchant sa vie quotidienne et son parcours scolaire. Nous savons aujourd'hui que 3 à 4 % des élèves d'une classe d'âge présentent des TDC (Grelier, 2019).

En effet, lors d'une discussion informelle avec une enseignante, elle m'a expliqué avoir un élève avec des TDC dans sa classe et j'ai appris qu'elle ressentait chez cet élève une baisse d'investissement dans sa scolarité. Elle m'a expliqué qu'il commençait à avoir ce discours : « de toute façon, je n'y arrive pas, ça ne sert à rien que j'essaie, je suis nul ! » et que cela se ressentait dans ses résultats scolaires. Le comportement de cet enfant impacte donc sa productivité dans ses activités scolaires. Les occupations de l'enfant étant au centre de la prise en soins en ergothérapie, l'origine de cet impact sur ses occupations m'a donc énormément interrogée en tant que future professionnelle. Pourquoi un enfant arrive-t-il à perdre toute envie d'essayer ? Est-ce dû à sa pathologie ? Si oui, est-ce que cette attitude se retrouve seulement dans les apprentissages scolaires ?

C'est en me rendant, notamment sur des forums de parents qui ont des enfants avec TDC, que j'ai pris conscience que c'est une problématique assez récurrente chez ces enfants. En Mai 2019, la Fédération Française des Dys a réalisé une enquête en ligne qui a permis de mettre en évidence que 80 % des enfants Dys ont subi des moqueries et que 69 % ont subi des humiliations. Ainsi, ces violences entraînent des troubles psychoaffectifs (FFDys, 2019).

C'est ainsi qu'en me penchant sur la littérature, le terme d'estime de soi est apparu. En effet, dans le livre de Breton et Léger, nous apprenons que chez l'enfant avec TDC, au-delà des difficultés scolaires, il y a une fragilisation de l'estime qu'il a en lui-même (Breton & Léger, 2007). Ce problème d'estime de soi n'est donc pas seulement retrouvé dans les apprentissages scolaires mais constitue un problème plus général pour ces enfants. L'estime de soi est influencée tant par la façon dont l'enfant perçoit ses occupations que par ses interactions sociales. Nous pouvons donc penser qu'une approche de l'ergothérapie occupation-centrée serait donc plus qu'adaptée pour favoriser l'estime de soi des enfants avec des TDC. De plus, il serait intéressant que cette approche soit en accord avec un modèle conceptuel mettant en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement et ses occupations.

Ces recherches m'ont donc amenée à me demander **comment le suivi en ergothérapie peut-il favoriser l'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles Développementaux de la Coordination (TDC) ?**

Dans un premier temps, le cadre conceptuel détaillera les notions importantes de la problématique en abordant les Troubles Développementaux de la Coordination chez l'enfant puis l'estime de soi et enfin l'utilisation en ergothérapie de l'approche CO-OP avec des enfants qui ont des TDC. Découlera de cette première partie une hypothèse de recherche.

Hypothèse de recherche : L'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles du Développement de la Coordination (TDC) pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) lors de la prise en soin en ergothérapie.

Dans un second temps, le cadre expérimental me permettra d'abord d'exposer la méthodologie d'enquête auprès d'ergothérapeutes et de parents d'enfants avec des TDC. Puis, je vais présenter les résultats et analyser les données. Pour finir, en confrontant mon analyse à la littérature je discuterai de la pertinence de mon enquête.

Modèle Conceptuel : MCREO

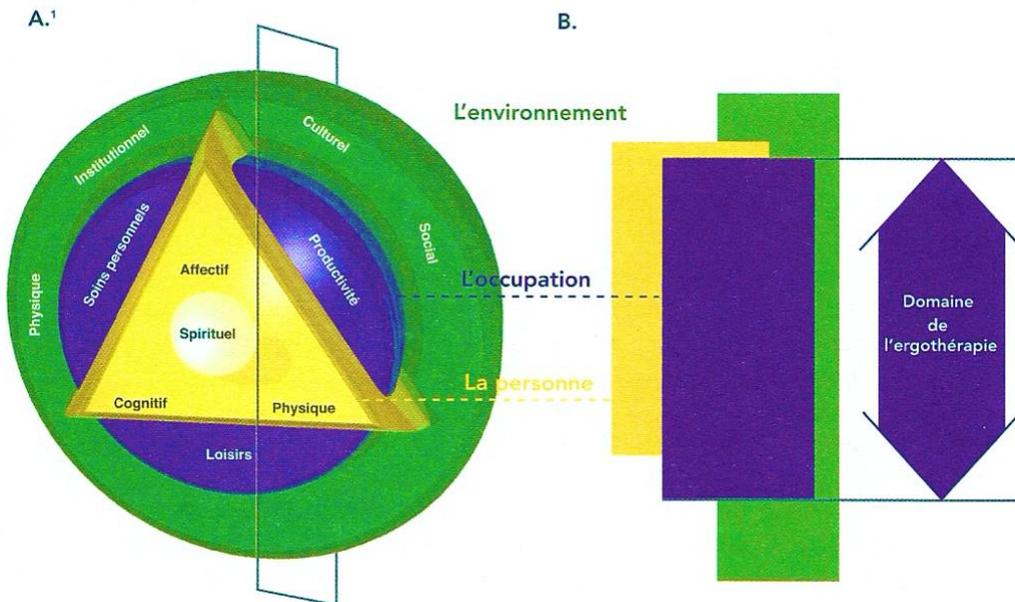
Je souhaite, tout d'abord, vous présenter le modèle conceptuel général sur lequel je me suis appuyée pour ce mémoire car il m'a permis de cadrer mon travail durant toute sa rédaction. En effet, comme expliqué précédemment, j'ai su assez vite que je voulais travailler autour de la méthode CO-OP dans ce mémoire. Or, il faut savoir que l'approche CO-OP a été élaborée en cohérence avec le modèle MCREO, c'est ainsi tout naturellement que je me suis tournée vers ce modèle. Il a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est la dernière mise à jour du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO). Précédemment, il avait pu être traduit de l'anglais par Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle (MCPO) ou encore par Modèle du Rendement Occupationnel et de la Performance (MCRO-P). En revanche le schéma du modèle est resté le même.

Dans ce modèle, le terme occupation renvoi à « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs), et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité)* » (ACE, 1997 cité par (Townsend & Polatajko, 2013)). Basé sur une approche centrée sur la personne, ce modèle a pour but d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçus par le client lors d'un traitement en réadaptation.

Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé. Nous pouvons retrouver ces liens dans le schéma explicatif du modèle. (Morel-Bracq, 2017)

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



Il est conçu de telle sorte que le modèle entier serve à décrire l'interaction qui mène au rendement occupationnel. Le rendement occupationnel étant « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significantes qui lui procurent de la satisfaction* » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 44). Le triangle au centre représente la personne avec les trois composantes du rendement : le cognitif, l'affectif et le physique, la spiritualité étant le noyau. La personne évolue dans un contexte environnemental, culturel, institutionnel, physique et social qui offre des possibilités occupationnelles. L'occupation placée entre la personne et l'environnement indique que les individus agissent sur leur environnement par l'occupation. Trois domaines composent l'occupation, les soins personnels, la productivité et les loisirs. La vue de profil nous montre l'occupation au premier plan et la présente ainsi comme l'objet primordial de l'intérêt de l'ergothérapeute.

D'après ce modèle, le rendement n'est qu'une partie de ce qui nous intéresse au sujet de l'occupation humaine, il existe bien d'autres modes d'interactions occupationnelles. Il y a notamment l'engagement occupationnel qui est « *l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager* » (Townsend & Polatajko, 2013).

Mon mémoire s'inscrit donc dans une réflexion cadrée par ce modèle. J'ai ainsi pu intégrer mes concepts-clés à la figure du MCRO.

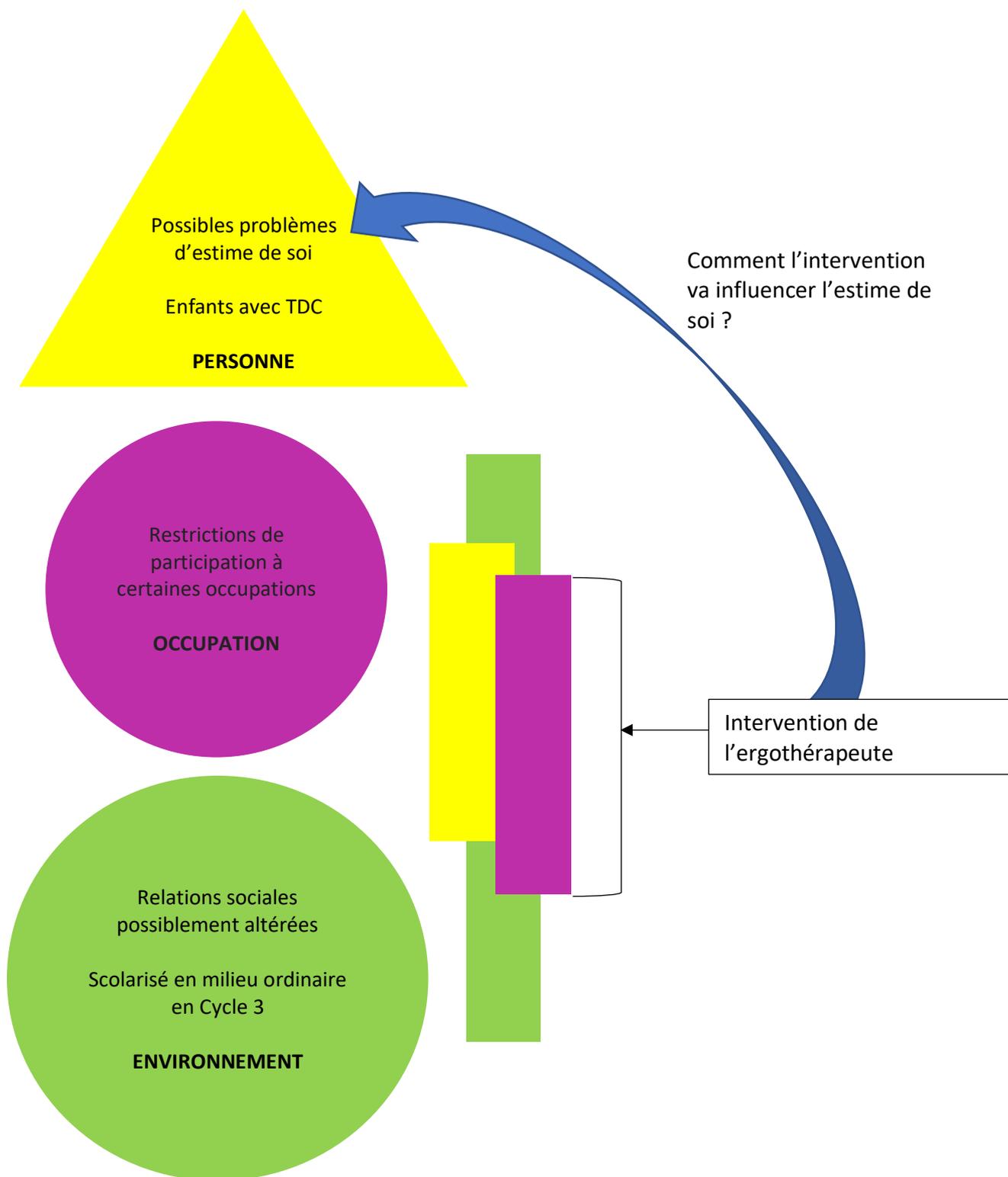


Schéma des concepts-clés du mémoire appliqués au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnel

Partie conceptuelle

I. Les Troubles Développementaux de la Coordination chez l'enfant

a) Définitions des Troubles Développementaux de la Coordination

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les Troubles Développementaux de la Coordination (TDC) font partie de ce que l'on appelle les **Troubles Spécifiques du Développement Moteur**. Cela se traduit par une altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise(OMS, CIM-10).

On peut le définir par un « *trouble de la planification et de la coordination des mouvements qui sont nécessaires pour réaliser une action nouvelle, orientée vers un but précis. Ce trouble entraîne des difficultés plus ou moins importantes dans l'élaboration et l'autonomisation des gestes volontaires.* » (Breton & Léger, 2018).

Au fil des années, plusieurs dénominations ont été attribuées à ce trouble, Dyspraxie, Trouble de l'acquisition de la Coordination (TAC) et Troubles Développementaux de la Coordination. Les deux dernières propositions renvoient plus à un usage scientifique alors que l'utilisation du terme dyspraxie renvoie à un usage majoritairement utilisé dans le champ social.

Le terme, « dyspraxie », comme cela est expliqué par Michèle Mazeau et Alain Pouhet, est composé du préfixe « dys » qui marque clairement l'appartenance au groupe des troubles cognitifs (par opposition aux troubles moteurs) (Mazeau & Pouhet, 2014). Le terme utilisé dans la version anglaise du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) est Developmental Coordination Disorder (DCD). Il a été traduit par Trouble Développemental de la Coordination (TDC) dans la dernière version française du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2015), remplaçant ainsi le terme de trouble de l'acquisition de la coordination (TAC), traduction utilisée dans les versions françaises des éditions précédentes (l'INSERM, 2019).

Pour ce mémoire, je vais donc favoriser l'appellation la plus récente Trouble Développemental de la Coordination (TDC).

Peu importe, en fait, l'appellation que l'on utilise, une récente revue de la littérature réalisée par l'Inserm relève qu'elles recouvrent toutes une grande hétérogénéité sans qu'une typologie

consensuelle ait été identifiée. En effet, il y a une hétérogénéité au niveau de cette population qui apparaît aussi bien au niveau moteur qu'au niveau cognitif, sans oublier les aspects affectifs et les conséquences sur la participation et la qualité de vie. L'identification de sous-types au sein du TDC pourrait permettre de faire un constat plus précis sur cette hétérogénéité. Néanmoins, il n'existe pas de consensus sur une typologie des TDC. Dans certaines études analysées par un groupe d'experts de l'Inserm, il est ressorti qu'un groupe peut être isolé, celui qui rassemble les enfants qui cumulent de nombreuses difficultés motrices et cognitives et sont généralement les plus gravement atteints par rapport aux autres groupes. Un autre sous-type avec trouble de l'équilibre, isolé ou associé éventuellement à d'autres troubles, est également rapporté dans différentes études. Enfin, certains travaux rapportent un sous-type idéomoteur où les praxies fines et séquentielles sont essentiellement déficitaires et un sous-type avec déficit des praxies constructives visuo-spatiales et dysgraphie. Peu d'études ont mis en évidence un sous-type porteur d'un déficit de la coordination globale (équilibre statique et dynamique). Ces résultats n'ont pour l'instant pas été confirmés par d'autres études ou par des répliques. À l'heure actuelle, en l'absence de consensus, il reste donc difficile de caractériser l'hétérogénéité du TDC à l'aide des sous-types (l'INSERM, 2019).

Rappelons que lorsque les troubles se dévoilent en dehors de tout contexte neurologique, on peut parler de dyspraxie « développementale ». Cela signifie que l'atteinte est congénitale et non spécifique (elle ne touche pas une zone spécifique du cerveau mais plutôt le développement d'un ensemble de fonctions neurologiques) (Breton & Léger, 2018). Mais actuellement, aucune étiologie n'est reconnue. On note cependant une corrélation linéaire et positive entre la fréquence de ces troubles et l'importance de la prématurité (terme, poids de naissance) lorsque celle-ci existe, et dans certains cas (rares), on peut suspecter (sans preuve formelle) une origine génétique (cas familiaux) (Mazeau, 2010).

Pour mieux comprendre les troubles développementaux de la coordination, il est indispensable de connaître ce qu'est une praxie. Une praxie est « *la fonction de préprogrammation du geste, de planification préalable de tout acte volontaire ayant un but* » (Chatard & Delfosse, 2016).

Elle correspond donc à la capacité à concevoir, planifier et exécuter une séquence de gestes dans un ordre précis. Le geste est orienté vers un but (Breton & Léger, 2018). Les praxies résultent d'un apprentissage, implicite ou explicite, et sont acquises par l'intermédiaire de différentes stratégies :

- par conduites imitatives
- par répétition
- par essai/erreur
- par entraînement

À terme, les praxies bénéficient d'une automatisation et l'évocation du but à atteindre suffit à mettre en route des programmes automatiques pour initier le geste (Costini, Roy, & Faure, 2013). C'est donc notamment cette automatisation ou donc plutôt cette non-automatisation qui va créer les TDC.

Les TDC touchant donc plusieurs parties du cerveau, cela a des conséquences sur plusieurs aspects du développement : les aspects sensoriels, moteurs, perceptuels et organisationnels.

- Aspect sensoriel : classé en deux grandes catégories, le désordre d'intégration sensorielle et le désordre de modulation sensorielle.

Le tableau clinique du désordre d'intégration sensorielle comporte plusieurs éléments : une difficulté à maintenir des contractions musculaires efficaces et soutenues, une instabilité posturale, une discrimination tactile pauvre, un schéma corporel inadéquat, des difficultés d'éveil, de vigilance et d'attention.

Le désordre de modulation sensorielle s'explique quant à lui par l'incapacité du cerveau à réguler les informations sensorielles. Les principales manifestations sont les suivantes : des défenses tactiles qui sont une réponse émotionnelle négative envers certaines stimulations amenées par le sens du toucher, une insécurité gravitationnelle qui est une réaction psychologique d'inconfort quand l'enfant bouge et se déplace dans l'espace, une réaction d'aversion au mouvement, aux sons et aux odeurs.

- Aspect moteur : au niveau de la motricité globale, nous repérons surtout des difficultés dans les jeux à dominante motrice aux composantes d'équilibre, de coordination, de vitesse d'exécution et de synchronisation d'action. L'enfant avec TDC a également des difficultés majeures au niveau de la motricité fine avec une prise inadéquate des objets, une mauvaise dissociation des doigts.

- Aspect perceptuel : les problèmes concernent surtout la perception visuelle, avec une mauvaise interprétation du sens et de l'orientation des objets dans l'espace ainsi que les relations de ces objets entre eux.

- Aspect organisationnel : l'enfant avec TDC est incapable d'organiser et de planifier ses gestes pour arriver à un résultat. L'enfant a du mal à s'adapter à un changement dans l'environnement et à modifier sa programmation gestuelle. Nous observons aussi un manque de méthode pour aborder une tâche, et des difficultés dans la résolution de problèmes. Les TDC sont ainsi des troubles du geste qui affectent « *l'habilité et la réalisation de certaines activités, en raison d'une anomalie de la gestion même du geste au niveau cérébral* »(Mazeau, 2005).

J'ai donc décidé pour ce mémoire, de m'intéresser plus particulièrement aux enfants avec TDC du cycle 3 (du CM1 à la 6^{ème}). Les enfants vont être confrontés durant ce cycle à un nouvel enjeu, la consolidation des acquis. Or, durant ses premières années à l'école, l'enfant a déjà pu rencontrer les différentes disciplines et les « savoirs fondamentaux » qui lui sont demandés. Il a donc aussi pu se heurter aux difficultés induites par ses TDC, face à ces savoirs. De plus, le passage au collège est un tout nouveau challenge pour eux (Education Nationale, 2018). Enfin, à cet âge-là, les enfants sont confrontés à certaines attentes de la part de leur entourage vis-à-vis de leur autonomie dans la vie quotidienne.

Maintenant que les spécificités des TDC sont plus claires, je me suis renseignée sur le diagnostic de ces troubles.

b) Le diagnostic

C'est souvent le retentissement des TDC sur les apprentissages scolaires qui peut permettre de suspecter la pathologie (Franc, 2005). Les enseignants et les parents ont donc leur rôle à jouer dans ce diagnostic. Si le repérage ne présuppose rien pour le diagnostic, il peut néanmoins permettre la mise en place d'un suivi et d'un accompagnement pour des enfants, si nécessaire, voire de déclencher une démarche diagnostique pluridisciplinaire. Le cas échéant, la prise en soins pourra être plus rapide, ce qui peut permettre de réduire les pertes de chance pour les enfants présentant un TDC et limiter le développement de troubles secondaires comme, par exemple, nous le verrons plus tard, une baisse de l'estime de soi (l'INSERM, 2019).

Il existe plusieurs références pour diagnostiquer les TDC. Il est possible de se référer à la CIM-10 ou au DSM-V.

Critères diagnostiques de la CIM-10 : troubles spécifiques du développement moteur

- A. Le résultat obtenu à un test standardisé de coordination motrice se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique.
- B. La perturbation décrite en A interfère de façon significative avec les performances scolaires ou avec les activités de la vie courante.
- C. Absence de toute affection neurologique identifiable.
- D. Le critère d'exclusion le plus couramment utilisé est le QI, évalué par un test standardisé passé de façon individuelle, inférieur à 70.

Critères de diagnostic du trouble de la coordination issus de la traduction du DSM-V

A. La réalisation des activités de la vie de tous les jours nécessitant une coordination motrice est significativement inférieure à ce qu'on pourrait attendre compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de ses capacités intellectuelles. Cela peut se manifester par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur, par le fait de laisser tomber les objets, par une maladresse, par de mauvais résultats sportifs, par une mauvaise écriture.

B. La perturbation décrite sous A gêne de façon significative les résultats scolaires ou les tâches de la vie quotidienne.

C. Non dû à une affection somatique connue comme une infirmité motrice cérébrale, une hémiplégie ou une dystrophie musculaire, ne répond pas aux critères d'un Trouble Envahissant du développement (TED).

D. En cas de retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci.

Pour identifier ces différents critères, il est important d'utiliser les résultats de tests d'évaluation standardisés. Chaque évaluation spécifique pouvant être sollicitée auprès de praticiens diplômés dans la discipline évaluée. C'est un médecin qui fait la synthèse des bilans pluridisciplinaires et qui pose le diagnostic (médecin généraliste, pédiatre, neuro-pédiatre, neurologue, médecin rééducateur). (Vaivre-Douret, 2007)

Concrètement, aujourd'hui sur le terrain, bien que nous ayons vu l'importance d'un diagnostic précoce (risque de déficit de prescription éclairés, aggravation de la situation de handicap), une enquête réalisée par la Fédération française des Dys révèle que la moyenne d'âge de l'enfant au moment du diagnostic est de 8 ans avec plusieurs raisons à l'origine de la pose tardive de diagnostic (Fédération Française des DYS, 2015) :

- Manque de professionnels de niveau 1 (en particulier des rééducateurs)
- Déficit de formation spécifique des professionnels et en particulier des médecins généralistes prescripteurs des rééducations
- Délais d'accès aux centres de référence supérieur à 6 mois

Une fois le diagnostic posé, en tant qu'ergothérapeute, nous allons nous intéresser aux différents problèmes occupationnels de l'enfant avec des TDC. En effet grâce au modèle MCREO, nous savons que le domaine de la personne (ici, un enfant avec TDC) est en lien avec ses occupations et donc peut les influencer.

c) Les Problèmes occupationnels liés aux Trouble Développementaux de la Coordination

Tout d'abord pour aborder les problèmes occupationnels liés aux TDC, il semble indispensable de définir ce qu'est une occupation. Dans son livre qui explique la science de l'occupation en ergothérapie, Doris Pierce fait ressortir cette définition : « *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues* » (Pierce, 2016). Plus simplement, Townsend E. définit l'occupation comme un « *ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* » (Townsend & Polatajko, 2013).

Les conséquences des TDC au niveau des différents aspects du développement que nous avons pu voir précédemment entraînent donc forcément des incapacités lors de plusieurs des occupations de l'enfant. Les parents et l'entourage rapportent des incapacités dans des domaines spécifiques, les activités de la vie quotidienne, les tâches domestiques, l'intégration scolaire et la participation à des loisirs. Les effets des TDC peuvent également apparaître dans le comportement de l'enfant et dans ses relations avec ses compagnons (Breton & Léger, 2018).

Plus précisément, si l'on se réfère aux trois grandes catégories d'occupation du MCREO les difficultés de l'enfant avec TDC se retrouvent dans :

- Les soins personnels :
 - S'habiller (boutonner, remonter une fermeture éclair, mettre un pantalon, faire des lacets, etc.)
 - Prendre leurs repas (couper les aliments, manger proprement, etc.)
 - Gérer seuls leur hygiène corporelle (se brosser les dents, se laver et se coiffer les cheveux, etc.)
- La productivité :
 - Activités de traçage à l'école avec l'utilisation d'outils géométriques
 - Découpage
 - Perturbation de l'écriture manuscrite (tracé peu fluide et lent)
 - La non-automatisation du geste écrit les prive des ressources attentionnelles nécessaires à la réalisation de ces tâches de haut niveau
- Les loisirs : faire du vélo, nager, les jeux collectifs, de ballons, de raquette, etc.

(Huron, 2017)

Dans ce mémoire, nous ne nous concentrerons pas sur une occupation en particulier.

Ainsi, l'enfant avec TDC fait donc face à d'importantes restrictions de participation à ses occupations. Or, « *L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être ; et habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur potentiel – dans les activités de la vie quotidienne* » (Townsend & Polatajko, 2013). Pour faire face à ces restrictions, une prise en soins de l'enfant avec TDC en ergothérapie prend donc tout son sens. Ainsi, il semble intéressant de regarder plus particulièrement la prise en soins de l'enfant avec TDC, en ergothérapie et auprès d'autres professionnels.

d) La prise en soins de l'enfant avec des TDC

L'ergothérapie s'adresse à des enfants, adultes ou personnes âgées, atteints de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, à des personnes qui présentent des incapacités ou qui sont en situation de handicap temporaire ou définitif. Sur prescription médicale, l'ergothérapeute éduque, rééduque et réadapte. Son but est de permettre à ces personnes d'améliorer ou de suppléer à leurs déficiences et de développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle. Après un bilan précis des capacités et incapacités, il définit avec la personne un projet individualisé visant la récupération ou la compensation des situations de handicap dans le respect de ses habitudes de vie et de ses projets personnels (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Barbara, 2010).

L'ergothérapeute, avec l'enfant, porte donc une vision spécifique par sa position particulière en tant que rééducateur de son quotidien. L'ergothérapeute de par ses connaissances des composantes de l'activité va pouvoir identifier les effets de certains déficits sur l'autonomie de l'enfant. Cela lui permet d'élaborer un plan de traitement adapté aux besoins et de travailler sur des occupations significatives et significatives choisi par l'enfant. Il veille à favoriser la généralisation des acquis afin qu'ils s'étendent dans tous les milieux de vie. L'un des principaux objectifs est de « *développer au maximum ses capacités ou à réduire les effets des déficits pour améliorer son autonomie fonctionnelle et favoriser sa participation sociale ainsi que sa qualité de vie* » (Breton & Léger, 2018).

L'évaluation implique un entretien préalable avec l'enfant et sa famille afin de cerner la plainte dans les activités de vie quotidienne et scolaires, et les attentes, de repérer les signes d'appel et de connaître le vécu de l'enfant et de sa famille. L'ergothérapeute fait passer à l'enfant un ensemble d'épreuves multifactorielles, puis en fonction des observations cliniques recueillies pendant la durée des épreuves et des résultats obtenus, pourra proposer d'autres tests plus spécifiques afin d'explorer la ou les fonctions cognitives déficientes (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Barbara, 2010).

Les missions de l'ergothérapeute s'inscrivent dans une démarche de collaboration pluri professionnelle qui assure une complémentarité autour du projet de soin de l'enfant (Babot & Cornet, 2010). Si l'enfant est en structure, en libéral ou autre, différents professionnels vont donc pouvoir intervenir auprès de lui.

La bonne conduite du projet de soin de l'enfant construit par les différents professionnels ne concerne pas uniquement l'ergothérapeute qui l'accompagne mais appelle à une collaboration précoce et continue entre les différentes personnes qui gravitent autour de l'enfant. Le travail avec les enseignants et les familles est ainsi incontournable pour l'ergothérapeute qui prend en charge des enfants avec TDC (Mazeau, 2010).

Nous avons vu précédemment que justement, les parents d'enfant avec TDC avaient pu remarquer chez leur enfant des difficultés au niveau de l'estime de soi. Je vais maintenant m'intéresser à ce que l'on peut trouver dans la littérature au sujet de la place de l'estime de soi chez les enfants avec TDC.

II. L'estime de soi chez l'enfant avec des TDC

a) Définition et développement de l'estime de soi de l'enfant

D'après le petit Larousse, l'estime de soi, « *c'est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine* » (Angel & Antoine, 2019). Ici, nous comprenons bien que l'estime de soi n'est pas seulement liée à ses propres capacités mais donc à l'appréciation que l'on en a. C'est « *l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même* » (Jendoubi, 2002).

Il existe plusieurs façons de mesurer l'estime de soi d'une personne. L'évaluation la plus répandue est l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg, elle a été traduite et validée en français en 1990. En effet, cette échelle est reconnue et permet une passation assez brève. Il y a 10 énoncés suivant lesquels la personne doit indiquer (sur une échelle de 1 à 4) à quel point chacune est vraie pour elle. Cette échelle permet une évaluation globale de l'estime de soi (Vallieres & Vallerand, 1990). Il existe aussi un Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (QAEVS) qui est, lui, destiné aux enfants. Il correspond en anglais au Self-Perception Profile for Children (SPPC). Il a été validé en français en 2006. Il a l'intérêt de faire appel explicitement au processus de comparaison sociale que les enfants utilisent spontanément et interroge l'enfant sur l'importance qu'il accorde à chaque item (Maintier & Alaphilippe, 2006).

L'estime de soi nécessite donc un certain équilibre entre se surestimer et se sous-estimer. Cela suppose un jugement sur soi le plus réaliste possible. Cet équilibre peut être fluctuant, par exemple face à un échec, cet équilibre peut se rompre mais devrait se rétablir grâce aux souvenirs des succès passés. (Duclos, 2018) Pour cela, il est nécessaire de se fonder sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face, de façon responsable et efficace, aux événements et aux défis de la vie. (Saint-paul, 1999) Ainsi, nous pouvons nous demander comment l'enfant acquiert cette capacité. Est-elle innée ou acquise ?

Les psychologues peuvent aujourd'hui s'accorder sur le fait que « *l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement (on ne naît pas avec) et que son développement est un processus dynamique et continu* » (Jendoubi, 2002). Le développement de l'estime de soi de l'enfant commence avant même sa naissance avec les attentes qu'ont les parents de leur futur enfant. Ensuite,

durant ses premières années de vie, l'enfant a besoin d'une ration d'estime accordée de manière inconditionnelle. Ainsi, il dépend entièrement du jugement de ses parents qui vont refléter une première image qu'il va progressivement intérioriser en constituant ainsi une image plus ou moins favorable (Jendoubi, 2002). Entre 2 et 3 ans, à l'apparition du langage compréhensible, il réclame son autonomie. Son estime de soi passe par la capacité des parents à le reconnaître comme individu.

Vers 3 ou 4 ans apparaissent les peurs, les stratégies de séduction et les manipulations. Cette période est critique pour l'estime de soi. L'enfant a besoin de se mettre en avant et il cherche à être valorisé, reconnu (Duclos, 2018). De plus, à cette période, l'enfant est de plus en plus confronté à un monde social plus élargi (garderie, jardin d'enfants), dans lequel des adultes émergent et prennent le relais des parents, influençant à leur tour le développement de l'estime de soi. C'est à partir de ce moment-là que l'enfant commence à se préoccuper de son acceptation sociale.

À 6 ans, a lieu l'entrée au CP. À cette période, il y a une augmentation du nombre et de la variété des nouvelles expériences. De nouvelles perceptions s'imposent et il doit les intégrer : réactions de ses pairs et des enseignants à ses succès ou à ses échecs, la réussite ou non dans les différentes matières scolaires, sa popularité auprès de ses pairs (Jendoubi, 2002).

À partir de 8 ans, l'enfant devient capable de conceptualiser une représentation de soi au plan cognitif. C'est ainsi qu'il peut accéder à une représentation psychologique globale de lui-même (Harter, 1998, cité par (Jendoubi, 2002)) qui puisse être mesurée et évaluée scientifiquement. Dès lors, il arrive à mettre en relation l'importance accordée à certains domaines et l'évaluation de soi. L'estime de soi est dorénavant influencée par la manière dont l'enfant puis l'adolescent perçoit ses compétences dans des domaines où la réussite est considérée comme primordiale (Jendoubi, 2002).

D'après Harter, il existe cinq domaines selon lesquels les jeunes enfants peuvent s'évaluer : les compétences cognitives, les loisirs sportifs, l'acceptation sociale, l'apparence physique et la conformité comportementale. Nous avons vu précédemment que ces deux premières compétences font partie intégrante des difficultés que rencontre un enfant avec TDC.

Il serait donc intéressant maintenant de voir en quoi l'altération de ces compétences vont influencer l'estime de soi de l'enfant avec TDC.

b) L'enfant avec des TDC et l'estime de soi

Bien que la littérature soit très hétérogène dans la façon d'associer les TDC avec des troubles psycho-pathologiques, elle rapporte un risque significativement augmenté pour les enfants et les adolescents présentant un TDC, de développer secondairement des troubles anxieux mais aussi des

troubles émotionnels et comportementaux, une dégradation de l'estime de soi comparativement à leurs pairs (l'INSERM, 2019).

Selon M. Mazeau, les TDC constituent un véritable handicap. Elle les définit comme « *une pathologie dont la gravité est quasi-nulle en termes de santé, mais dont le pronostic scolaire et social est d'autant plus redoutable qu'il s'agit d'un handicap "invisible", méconnu ou interprété à tort en termes de pathologie psycho-affective ou socio-culturelle* » (Mazeau & Pouhet, 2014). Les troubles cognitifs caractéristiques des TDC rendent particulièrement difficile l'appréciation des possibilités de l'enfant et cependant, sa place dans une situation de handicap « invisible » est bien présente. Paradoxalement, des déficiences intellectuelles importantes provoquent des réactions chez les autres plus adaptées. En effet, elles sont bien visibles et ainsi plus compréhensibles que lorsqu'il s'agit de troubles fins du développement. Dans le même sens, plus l'écart par rapport à la norme est grand, plus la comparaison avec la normalité est hors de propos et plus l'acceptation de cet état semble facilitée. En revanche, plus l'écart est réduit, plus il est potentiellement source de souffrance, car la comparaison avec la normalité devient en effet pertinente. Les pathologies les moins visibles comme les TDC sont finalement celles qui risquent le plus d'entraîner des sentiments de dévalorisation (Alvin, 2006).

La construction d'une image positive de soi s'élabore à partir de ce que les parents et l'école renvoient à l'enfant de lui-même, c'est-à-dire ses difficultés et leurs espoirs qu'il réussisse mieux. Cette dimension d'atteinte narcissique due à la difficulté pour réaliser les activités de la vie quotidienne et d'apprentissage est souvent sous-évaluée et peu prise en compte par l'entourage notamment avant le diagnostic. L'enfant essaie donc de répondre à la demande scolaire et à celle de ses parents dans les tâches quotidiennes, au prix d'efforts parfois très importants, mais il garde le sentiment d'être à la traîne et de ne pas réussir aussi bien que les autres. L'enfant lui-même a une image négative de lui car il ne comprend pas l'origine de ses troubles et pourquoi ses résultats ne sont pas à la hauteur des efforts qu'il fournit (Frisch-Desmarez, 2005). Ainsi quand parents et enseignants comprennent les troubles et mettent un mot sur leur origine, ils peuvent alors se rendre compte des efforts de l'enfant, l'encourager et adapter leurs aides.

Comme expliqué plutôt, j'ai décidé dans ce mémoire de m'intéresser aux enfants scolarisés en cycle 3. Ce cycle correspond donc à un âge de 8 à 11 ans environ. Comme nous l'avons vu précédemment, à cet âge-là, l'estime de soi est influencée par la manière dont l'enfant perçoit ses compétences dans des domaines où la réussite est considérée comme primordiale. La baisse de l'estime de soi des enfants avec TDC peut donc venir des échecs répétés vécus par l'enfant. C'est l'âge où l'enfant prend conscience de l'estime de soi et met en place son propre système de valeurs (Lamia, 1998 ; cité par (Gaillot Houssais, 2010)) C'est aussi à ce moment-là, qu'il connaît ses premiers échecs

scolaires. Il va éprouver un sentiment d'incapacité et d'impuissance qui l'amènera à ne plus oser se risquer dans des activités nouvelles par peur qu'elles confirment ce sentiment. Lorsque l'apprentissage est entravé par la difficulté de la tâche en elle-même et que les exigences concernant cet apprentissage sont, de surcroît, inadéquates, la souffrance narcissique ne fera que s'alourdir au fil du temps (Flagey, 2002).

La comparaison sociale intervient également dans la construction de l'estime de soi. Les enfants se comparent continuellement avec leurs pairs. La réaction de leurs camarades à leur égard, l'intériorisation de leur jugement apportent à l'enfant de nouvelles expériences à partir desquelles il doit se situer (Rambaud, 2009). L'estime de soi des enfants avec TDC peut alors aussi être altérée par le regard négatif et la stigmatisation des autres élèves.

Nous avons donc pu voir que la construction de l'estime de soi chez l'enfant avec TDC dépend d'un bon nombre de paramètres, il dépend pour reprendre les termes du MCREO de l'environnement social de l'enfant (ses parents, ses pairs), de la réalisation de ses occupations, de la conscience de ses troubles, etc.

Bien que l'estime de soi reste en constante évolution, j'ai ensuite cherché dans la littérature, comment elle peut influencer les occupations et notamment le rendement occupationnel de l'enfant.

c) L'estime de soi d'un point de vue occupationnel

Si l'on se réfère au MCREO, qui nous permet de comprendre les interactions qui mènent au rendement occupationnel, il est intéressant de savoir où se situe l'estime de soi dans le schéma. Nous pourrions facilement imaginer que l'estime de soi fait partie de la spiritualité de la personne, qui est le noyau de la personne. En effet, la spiritualité est décrite comme étant l'essence même de ce que nous sommes en tant qu'humain, elle est modelée par les occupations et donne une signification aux occupations (Townsend & Polatajko, 2013). Ainsi l'estime de soi fait partie des différents composants en interaction dans le modèle.

Effectivement, Pintrich et Schrauben (1992) ont montré que des conceptions de soi positives favorisent une accentuation de l'effort, une persévérance lors de difficultés, une utilisation des capacités et des stratégies acquises, ou encore une efficacité accrue. De nombreux résultats issus de recherches différentes suggèrent que les conceptions de soi sont en cause de façon importante dans

la motivation et la performance. À compétence égale, pour améliorer ses performances, ce que l'on croit être capable de faire semble être aussi important que ce que l'on est capable de faire (Martinot, 2001). L'estime de soi pourrait donc influencer la façon dont la personne s'engage dans l'occupation.

Les êtres humains acquièrent des valeurs et des habiletés en s'engageant dans l'occupation, un sentiment de confiance en soi. « *La recherche confirme que lorsque les individus s'engagent dans des occupations signifiantes qui apportent des sentiments d'assurance et de confiance en soi, ils sont motivés à s'engager davantage dans d'autres occupations signifiantes qui engendrent des sentiments de satisfaction* » (Mee et Sumsion, 2001, cité par (Townsend & Polatajko, 2013, p. 73)). Nous pouvons donc comprendre que si la personne a, par ses occupations, un sentiment de satisfaction, c'est que cette occupation a déjà eu un impact sur l'assurance et la confiance en soi, ce qui tend à une meilleure estime de soi (Townsend & Polatajko, 2013).

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est une évaluation qui permet d'identifier les problèmes que rencontrent les clients, de les hiérarchiser par ordre d'importance, et de connaître la satisfaction du client quant à sa performance occupationnelle. Il prend en compte l'évaluation et la réévaluation subjective de la performance et de la satisfaction du client dans les occupations qui sont importantes pour lui (Law, 2000). Ainsi, l'évolution de la satisfaction entre l'évaluation et la réévaluation par rapport aux occupations choisies par le client peut donc refléter une évolution de l'estime de soi.

Nous venons donc de voir que l'estime de soi peut influencer et être influencée par les occupations de l'enfant. Il semblerait donc logique de se tourner vers un suivi occupation-centré pour travailler avec les enfants avec TDC. C'est ainsi que je me suis tournée vers l'approche CO-OP.

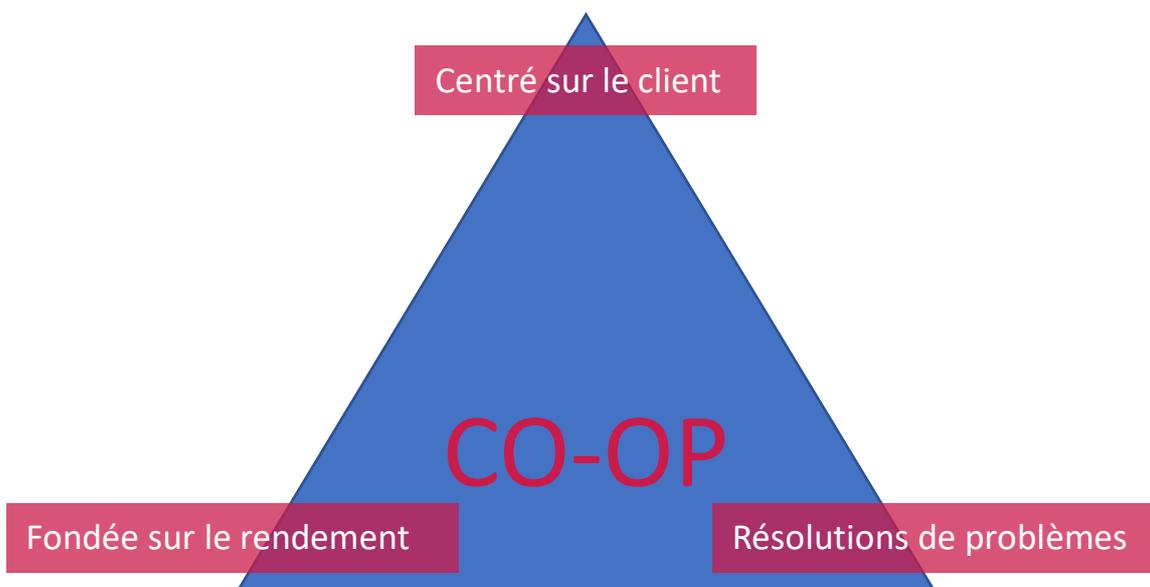
III. L'approche CO-OP auprès des enfants avec des TDC

a) L'approche CO-OP

Dans son livre, Marie-Chantal Morel Bracq nous explique que cette approche est centrée sur la personne, comme le modèle conceptuel MCREO. C'est la personne qui identifie ses besoins et donc l'intervention de l'ergothérapeute, cela permet à l'enfant de choisir des activités qui sont importantes pour lui et donc d'accroître sa motivation et son engagement dans les soins (Morel-Bracq, 2017). Un des outils utilisé pour cela est justement la Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel (MCRO) (Law, 2000).

Historiquement, l'approche a été fondée dans les années 2000 au Canada par Hélène POLATAJKO et Angela MANDICH. Développée initialement pour les enfants avec des Troubles Développementaux de la Coordination (TDC), elle est aujourd'hui utilisée pour d'autres pathologies et aussi avec la population adulte.

« L'approche CO-OP (Cognitive Orientation for Daily Occupationnal Performance) est une approche centrée sur le client, axée sur l'exécution de tâches ou activités et la résolution de problèmes permettant à l'enfant d'acquérir des habiletés qu'il choisit, par un processus impliquant l'utilisation de stratégies, et un des éléments-clés de l'approche : la découverte guidée. » (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)



Les éléments fondamentaux de CO-OP

C'est une approche Top Down , c'est-à-dire que l'action est portée directement sur les **occupations** de la personne avec pour but ultime d'optimiser la **performance**. Cette approche est basée sur 7 caractéristiques clés qui permettent de répondre à quatre grands objectifs. [\(Cf. ANNEXE 1\)](#)

Ces objectifs sont :

- **L'acquisition d'habiletés** qui est l'objectif principal. En effet, les enfants apprennent à réaliser trois habiletés précises qu'ils veulent faire et qui sont attendues d'eux à l'école, à la maison ou dans les loisirs.
- **L'utilisation de stratégies cognitives** qui permettent d'acquérir ces habiletés mais qui sont en elles-mêmes une finalité puisque l'enfant va pouvoir apprendre à utiliser ces stratégies pour résoudre ses problèmes. Tout d'abord, cela passe par l'utilisation d'une stratégie globale : BUT, PLAN, FAIRE, VERIFIER. C'est une stratégie de résolution de problème qui aide à structurer la conversation durant l'exécution d'une habileté et à favoriser les fonctions métacognitives. Grâce à cette stratégie globale de résolution de problème, les enfants peuvent découvrir d'autres stratégies dites spécifiques qui vont les soutenir dans l'acquisition de leurs habiletés et compétences en matière de rendement. Ce sont des stratégies qui ne servent souvent que très peu de temps et qui sont propres à la tâche, à l'enfant, et à la situation.
- Le troisième objectif, la **généralisation de l'apprentissage**, fait en sorte que les enfants puissent utiliser les nouvelles habiletés et stratégies apprises, en dehors de la thérapie (sans l'aide de la thérapeute) dans la vie réelle.
- Enfin, le **transfert de l'apprentissage** d'une habileté similaire à une autre habileté. En effet, comme on ne travaille avec l'enfant que 3 habiletés, il est important que les enfants apprennent à adapter les habiletés et leurs stratégies aux exigences des nouvelles habiletés qu'ils utilisent dans leur vie.

L'approche est constituée de sept composantes appelées : les sept caractéristiques clés. Chacune de ces caractéristiques clés aborde un ou les quatre objectifs.

- Les buts choisis par le client : l'enfant apprend l'exécution de trois habiletés spécifiques durant l'intervention. Ces habiletés, auxquels se réfère le thérapeute en tant que BUTS, sont les points de mire de l'intervention.
- L'Analyse Dynamique de l'Exécution : l'ADE est un processus d'analyse fondé sur l'observation des problèmes en matière de rendement ou des points d'échec dans l'exécution.

- L'utilisation de stratégies cognitives : les enfants apprennent à réfléchir sur ce qu'il faut faire et à la façon de le faire. Les stratégies cognitives sont utilisées pour combler l'écart entre les capacités et le rendement ; elles servent à soutenir l'acquisition des habiletés, la généralisation et le transfert. Il existe une stratégie cognitive globale le « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER » qui est à expliquer à l'enfant car cela correspond à la méthode de résolution de problème. Il y a aussi plusieurs stratégies spécifiques sur lesquels le thérapeute peut se baser pour aider l'enfant à découvrir son PLAN. Voir le schéma de la stratégie globale de résolution de problèmes ([Cf. ANNEXE 2](#))
- La découverte guidée : la découverte guidée est un processus conçu afin que les enfants découvrent eux-mêmes les stratégies qui vont résoudre leurs propres problèmes.
- Les principes de l'habilitation : CO-OP est basée sur une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne, et donc se focalise sur l'habilitation de la personne à accomplir les occupations qu'elles veulent faire, doivent faire ou devraient faire.
- L'engagement des parents et autres personnes significatives : le rôle des parents et des autres personnes significatives a été prouvé comme étant l'un des aspects les plus importants des soins. Leur rôle principal, ici, sera de soutenir l'enfant dans l'acquisition de nouvelles habiletés et d'en favoriser la généralisation et le transfert.
- La structure de la démarche : comme nous l'avons vu dans l'explication des six caractéristiques précédentes, il existe une structure précise dans la mise en œuvre de CO-OP. Elle possède 3 phases distinctes : la phase préparatoire, la phase d'acquisition et la phase de vérification. Chaque séance suivra aussi une structure, avec le rappel des buts, la discussion du plan, puis un travail de l'acquisition des habiletés et enfin la détermination des devoirs pour la séance suivante.

Ainsi, dans cette méthode, les Buts vont pouvoir être atteints en utilisant plusieurs concepts ; les stratégies cognitives, la découverte guidée, les principes de l'habilitation et grâce aux autres caractéristiques de l'approche.

Il y a différents prérequis à l'utilisation de cette méthode, il faut pour le thérapeute :

- Une philosophie centrée sur l'enfant
- La compréhension des incapacités
- La capacité à gérer les comportements de l'enfant
- Des habiletés de communication efficace
- L'habileté d'analyse de l'activité
- Une connaissance fondamentale des théories et principes des apprentissages

Pour l'enfant :

- Qu'il puisse identifier trois habiletés
- Des habiletés de communication suffisantes
- Des capacités cognitives suffisantes
- Une réactivité comportementale

Pour les parents :

- L'engagement dans la prise en soin
- La volonté d'apprendre les stratégies de la méthode.

CO-OP est donc un modèle appliqué qui permet à l'ergothérapeute d'avoir un vrai support à la pratique qui s'appuie sur un solide fondement théorique. (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017) Il serait maintenant intéressant de faire un point sur l'utilisation de cette approche avec des enfants qui ont des TDC.

b) L'utilisation de CO-OP auprès de l'enfant avec TDC

La littérature internationale révèle principalement deux axes distincts d'intervention thérapeutique. Le premier suit un modèle *bottom-up* dit « *process-oriented* », regroupant des pratiques centrées sur des fonctions corporelles. Ces approches renforcent des domaines moteurs qui doivent, à terme, servir les habiletés plus globales de l'enfant. Le second suit un modèle *top-down* dit « *task oriented* », axé de manière concrète sur les performances en situations décomposées en tâches spécifiques, avec un souhait de généralisation des capacités acquises dans ce cadre (Magnat, Xavuer, Zammouri, & Cohen, 2015). La méta-analyse de Smits-Engelsman et al. montre que la méthode « *task-oriented* » (comme l'approche CO-OP) est la meilleure, avec une évaluation essentiellement basée sur les performances motrices au MABC après des durées variables de prise en soins (2 semaines à 6 mois) (Smits-Engelsman, et al., 2013).

L'approche CO-OP a été fondée sur le fait que la réussite dans la participation aux occupations de la vie quotidienne est essentielle à la promotion d'un développement sain de l'enfant. Ainsi, cette méthode a été développée dans le but d'offrir une nouvelle perspective pour aider les enfants qui montrent des « maladrotes », des problèmes moteurs (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017). Ces enfants peuvent se diviser en deux catégories, la première comprend ceux qui sont considérés comme des enfants présentant un déficit spécifique du développement moteur, c'est-à-dire les enfants avec

TDC. La seconde correspond aux enfants qui montrent une maladresse qui n'est qu'une des composantes d'un très large éventail de difficultés diverses (syndrome d'Asperger, Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité). L'approche CO-OP est donc adaptée à ces populations mais Helene Polatajko et Angela Mandich nous expliquent qu'elle a été développée notamment pour les enfants d'âge scolaire atteints d'un Trouble du Développement de la Coordination (TDC).

Néanmoins, pour travailler avec la méthode CO-OP, l'enfant doit avoir certains prérequis :

- Il faut que l'enfant puisse choisir les trois BUTS (des tâches ou activités) qu'il veut réaliser ou travailler. Il doit avoir des habiletés de communication suffisantes.
- Comme l'approche s'effectue par de nombreux échanges entre le thérapeute et l'enfant, il faut que ce dernier possède un langage à la fois réceptif et expressif. Il doit pouvoir indiquer ses choix et exprimer ses stratégies, cependant le thérapeute devra ajuster son niveau de langage pour rencontrer celui de l'enfant.
- L'enfant doit avoir des capacités cognitives suffisantes. Cela ne signifie pas un degré particulier de capacités. Il faut plutôt que l'enfant puisse participer et comprendre suffisamment pour interagir avec la thérapeute dans les stratégies utilisées.
- La réactivité comportementale : il n'existe pas d'échelle spécifique de réponse établie, tout dépend de l'habileté de la thérapeute à engager l'enfant.

Pour utiliser cette méthode avec les enfants avec des TDC, il y a aussi certains prérequis que les parents et autres personnes significatives doivent avoir :

- L'engagement des parents et autres : pour que l'approche soit mise en œuvre au-delà du contexte de l'intervention, il faut que les parents et autres s'engagent à conduire l'enfant aux rencontres, qu'ils lui fournissent le matériel ou l'équipement nécessaire pour atteindre les BUTS ; qu'ils comprennent suffisamment l'approche pour soutenir l'enfant dans ses devoirs à la maison ; et qu'ils appliquent l'approche en dehors de l'intervention.
- Ils ont besoin d'une volonté d'apprendre les stratégies cognitives et les principes généraux de CO-OP pour les appliquer dans la vie quotidienne. Ils doivent pour cela observer le processus CO-OP durant au moins 3 rencontres. (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)

Nous avons donc vu que l'approche CO-OP est tout à fait adaptée à l'utilisation avec des enfants avec des TDC. Maintenant nous pouvons nous interroger sur le travail de l'estime de soi des enfants avec TDC grâce à cette méthode ?

c) Le travail de l'estime de soi à travers CO-OP

Comme nous l'avons vu précédemment, l'estime de soi est influencée par la manière dont l'enfant perçoit ses compétences dans des domaines où la réussite est considérée comme primordiale (Gaillot Houssais, 2010). Or, avec la méthode CO-OP, les BUTS sont définis par l'enfant, donc dans des domaines où la réussite est importante pour lui. Nous pouvons en conséquence imaginer que si son rendement dans ces occupations augmente, son estime de soi pourrait donc aussi augmenter.

De plus, l'une des caractéristiques de la méthode CO-OP est la découverte guidée. Selon le Dr Hales, des défis provenant des difficultés et obstacles surmontés avec succès, une certaine estime de soi peut émaner chez l'enfant (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017).

Mais qu'en est-il de la réalité du terrain ? Tout cela se vérifie-t-il ?

Nous pouvons imaginer l'hypothèse suivante : **L'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles Développementaux de la Coordination (TDC) pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche CO-OP (Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance) lors du suivi en ergothérapie.**

Pour vérifier la véracité de cette hypothèse, une enquête auprès d'ergothérapeutes et de parents qui ont un enfant avec TDC, semble pertinente.

Cadre Expérimental

Suite aux différentes recherches que j'ai réalisées dans le cadre conceptuel de mon mémoire, je souhaite maintenant m'intéresser à la pratique en ergothérapie sur le terrain. En effet, cela me permettra de vérifier ou non mon hypothèse. Je vous rappelle donc ici la problématique de mon mémoire ainsi que mon hypothèse de recherche.

Problématique : Comment le suivi en ergothérapie peut-il favoriser l'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles du Développement de la Coordination (TDC) ?

Hypothèse : L'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles du Développement de la Coordination (TDC) pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) lors de la prise en soin en ergothérapie.

L'enquête est réalisée sur des personnes mais le but n'est pas de démontrer des éléments biologiques ou médicaux. De ce fait, l'enquête est hors Loi Jardé, selon le décret de mai 2017 car elle ne modifie aucunement l'accompagnement de la personne (Pouplin, Chavoix, & Chaillot, 2018).

I. Méthodologie d'enquête

a) Objectifs d'enquête

L'écrit conceptuel de mon mémoire m'a permis d'acquérir les connaissances théoriques nécessaires pour savoir aujourd'hui ce à quoi je veux m'intéresser dans mon enquête sur le terrain. J'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes et des parents d'enfants avec TDC. J'ai donc pu formuler 3 objectifs pour chacune de ces populations.

Concernant le point de vue des ergothérapeutes, il y a trois objectifs qui correspondent chacun à des critères d'évaluations :

- Montrer que l'engagement occupationnel qui est influencé par l'estime de soi peut être amélioré par l'utilisation de CO-OP.
 - Présence d'un champ lexical négatif en relation avec l'estime de soi.
 - Présence d'un champs lexical positif en relation avec les occupations de l'enfant.

- Montrer comment l'ergothérapeute prend en compte dans son suivi les problèmes d'estime de soi des enfants du 3^{ème} cycle avec des TDC.
 - Présence d'un champ lexical de l'estime de soi en lien avec les TDC.
 - Présence du concept d'estime de soi dans l'entretien initial puis durant la prise en soin.

- Identifier comment l'ergothérapeute a vu évoluer l'estime de soi de l'enfant durant l'utilisation de la méthode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)
 - Variation de la satisfaction dans l'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).
 - Présence d'un champs lexical positif sur l'évolution des occupations et des interactions sociales de l'enfant.

Concernant le point de vu des parents, il y a plusieurs objectifs qui correspondent à plusieurs critères d'évaluations :

- Identifier si les parents avaient remarqué une mauvaise estime de soi chez leur enfant avant le début de la prise en soins.
 - Présence d'un champs lexical positif ou négatif sur l'estime de soi de l'enfant avec TDC.
 - Discours positif ou négatif sur ses relations à autrui, son vécu scolaire, son vécu face à son rendement dans les occupations de la vie quotidienne.

- Montrer si les parents ont vu l'estime de soi de leur enfant modifiée suite à la prise en soins avec la méthode CO-OP.
 - Présence d'un champs lexical positif ou négatif sur l'estime de soi de l'enfant avec TDC.
 - Discours positif ou négatif sur ses relations à autrui, son vécu scolaire, son vécu face à son rendement dans les occupations de la vie quotidienne depuis le début de la prise en soins avec la méthode CO-OP.

- Déterminer si l'évolution de l'estime de soi de l'enfant a impacté sa façon de s'engager dans ses occupations.
 - Champs lexical positif sur sa volonté d'entreprendre de nouvelles occupations, de nouvelles relations sociales.
 - Volonté de l'enfant de réessayer des occupations pour lesquelles il était en difficulté.

b) Critères d'inclusion

Je fais le choix de réaliser mon enquête auprès d'ergothérapeutes DE et de parents d'enfant avec des TDC. Les critères établis me permettent de définir au préalable quels professionnels contacter afin de rendre l'enquête pertinente et constructive dans le cadre de cette initiation à la recherche. Je souhaite interroger un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population (VanCampenhoudt & Quivy, 2011).

Critères d'inclusion des ergothérapeutes :

- Ils doivent exercer en France
 - Mon cadre théorique cible la santé publique et le domaine législatif français.
- Ils doivent être formés et utiliser ou avoir utilisé la méthode CO-OP.
 - Cela me permettra donc de pouvoir recueillir leur analyse sur cette méthode.
- Ils doivent utiliser lors de leur évaluation initiale la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)
 - Cela me permettra, comme expliqué dans ma partie conceptuelle, d'analyser ou non une certaine évolution de l'estime de soi des enfants et ce, en plus de l'appréciation de l'ergothérapeute.
- Ils interviennent ou sont intervenus grâce à la méthode CO-OP auprès d'enfants avec des TDC qui respectent les critères suivants :
 - Enfant du cycle 3 (du CM1 à la 6^{ème})
 - Les enfants vont être confrontés durant ce cycle à un nouvel enjeu, la consolidation des acquis. Or, durant ses premières années à l'école, l'enfant a déjà pu rencontrer les différentes disciplines et les « savoirs fondamentaux » qui lui sont demandés. Il a donc aussi pu se heurter aux difficultés induites par ses TDC, face à ces savoirs. De plus, le passage au collège est un tout nouveau challenge pour eux. (Education Nationale, 2018) Enfin, à cet âge-là, les enfants sont confrontés à certaines attentes de la part de leur entourage vis-à-vis de leur autonomie dans la vie quotidienne.
 - Que l'enfant ait les prérequis à l'utilisation de la méthode CO-OP :
 - Il doit avoir des habiletés de communication suffisantes pour choisir les trois BUTS (des tâches ou activités) qu'il veut réaliser ou travailler.
 - Il faut que l'enfant possède un langage à la fois réceptif et expressif. Il doit pouvoir indiquer ses choix et exprimer ses stratégies.

- L'enfant doit avoir des capacités cognitives suffisantes. Cela ne signifie pas un degré particulier de capacités. Il faut plutôt que l'enfant puisse participer et comprendre suffisamment pour interagir avec la thérapeute dans les stratégies utilisées.
- La réactivité comportementale : il n'existe pas d'échelle spécifique de réponse établie, tout dépend de l'habileté de la thérapeute à engager l'enfant. (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)

Critères d'exclusion des ergothérapeutes :

- Les ergothérapeutes exerçant à l'étranger
- Les ergothérapeutes n'utilisant pas la méthode CO-OP.
- Les ergothérapeutes n'utilisant pas lors de leur évaluation initiale la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)
- Les ergothérapeutes n'intervenant pas auprès d'enfants avec des TDC qui respectent les critères ci-dessus.

Pour la suite de mon enquête, je fais le choix d'interroger les parents d'enfants avec TDC. Je souhaite interroger un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population. (VanCampenhoudt & Quivy, 2011)

Critères d'inclusion des parents :

- Que leur enfant ait été suivi par un ergothérapeute qui exerce en France et qui ait utilisé la méthode CO-OP avec leur enfant lors de la prise en soins
 - Mon cadre théorique cible la santé publique et le domaine législatif français.
 - Cela leur permettra d'avoir un avis sur la méthode et ses effets.
- Que leur enfant soit scolarisé dans le cycle 3 (du CM1 à la 6^{ème})
 - Les enfants vont être confrontés durant ce cycle à un nouvel enjeu, la consolidation des acquis. Or, durant ses premières années à l'école, l'enfant a déjà pu rencontrer les différentes disciplines et les « savoirs fondamentaux » qui lui sont demandés. Il a donc aussi pu se heurter aux difficultés induites par ses TDC, face aux savoirs à ces attendus. De plus, le passage au collège est un tout nouveau challenge pour eux. (Education Nationale, 2018) Enfin, à cet âge-là, les enfants sont confrontés à certaines attentes de la part de leur entourage vis-à-vis de leur autonomie dans la vie quotidienne.
- Que leur enfant ait les prérequis à l'utilisation de la méthode CO-OP

- Il doit avoir des habiletés de communication suffisantes pour choisir les trois BUTS (des tâches ou activités) qu'il veut réaliser ou travailler.
- Il faut que l'enfant possède un langage à la fois réceptif et expressif. Il doit pouvoir indiquer ses choix et exprimer ses stratégies.
- L'enfant doit avoir des capacités cognitives suffisantes. Cela ne signifie pas un degré particulier de capacités. Il faut plutôt que l'enfant puisse participer et comprendre suffisamment pour interagir avec la thérapeute dans les stratégies utilisées.
- La réactivité comportementale : il n'existe pas d'échelle spécifique de réponse établie, tout dépend de l'habileté de la thérapeute à engager l'enfant. (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)
- Qu'ils respectent les prérequis à l'utilisation de la méthode CO-OP
 - L'engagement des parents : conduire l'enfant aux rencontres ; qu'ils lui fournissent le matériel ou l'équipement nécessaire pour atteindre les BUTS ; qu'ils comprennent suffisamment l'approche pour soutenir l'enfant dans ses devoirs à la maison ; et qu'ils appliquent l'approche en dehors de l'intervention.
 - Qu'ils aient eu une volonté d'apprendre les stratégies cognitives et les principes généraux de CO-OP pour les appliquer dans la vie quotidienne. Ils doivent pour cela observer le processus CO-OP durant au moins 3 rencontres. (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)

Critères d'inclusion des parents :

- Parents dont l'enfant n'a pas été suivi par un ergothérapeute qui exerce en France et qui n'a pas utilisé la méthode CO-OP avec leur enfant lors de la prise en soins
- Parents dont l'enfant n'est pas scolarisé dans le cycle 3 (du CM1 à la 6^{ème})
- Parents dont l'enfant n'a pas les prérequis à l'utilisation de la méthode CO-OP
- Parents ne respectant pas les prérequis à l'utilisation de la méthode CO-OP

c) Choix de l'outil

Le support de la méthode que je souhaite utiliser est l'entretien. Elle correspond à « *une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations* » (Imbert, 2010, p. 24).

Les termes de ma question de recherche s'intéressent à des données qualitatives et non quantitatives et je souhaite obtenir des retours sur les résultats comportementaux découlant d'une pratique. Ainsi, il est indispensable de recueillir le vocabulaire spécifique que la personne utilise pour parler des différents concepts de ma question de recherche. Or, la démarche qualitative est la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Stainback, 1984). De plus, cette méthode permet d'élaborer des questions en lien avec le sujet théorique mais surtout adaptées à la personne que l'on interview. Elle confère « *aux enquêtés un rôle plus actif dans la définition du sens qu'ils donnent à leurs pratiques* » (Barbot, 2012). Elle nous permet donc de laisser les personnes interrogées s'exprimer sur le sujet tout en ciblant certains points plus précis.

Plusieurs types d'entretiens sont possibles, je pense plus particulièrement me tourner vers l'entretien semi-directif et individuel. « *L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Lincoln, 1995 cité par (Imbert, 2010, p. 24)). Par rapport au déroulé de l'entretien, « *il comporte des questions prédéterminées abordant différents thèmes pertinents au sujet de recherche. L'ordre de ces questions demeure flexible, car il doit suivre le fil du discours de la personne* » (Tétreault, Guillez, Iazard, & Morel, 2014, p. 223). Il me permettra donc, tout en restant assez cadré, de recueillir le ressenti de l'ergothérapeute notamment par rapport à l'évolution de l'estime de soi de l'enfant.

L'entretien individuel, permet quant à lui de recueillir, grâce à l'interaction entre les deux interlocuteurs, le point de vue propre à chaque individu. La parole est donnée à la personne, c'est donc un moyen d'expression sur leurs expériences, leur vision. De cette façon, nous pouvons comprendre en profondeur ou en apprendre davantage sur le sujet donné (Baribeau & Royer, 2012).

d) Construction de l'outil

Les guides d'entretien élaborés reprennent les différents critères et indicateurs issus de la partie théorique.

Pour l'ergothérapeute :

L'entretien est composé de 4 axes principaux. La première partie comprend des questions généralistes afin d'établir une bonne relation et mettre à l'aise le participant. Elle permet également

de mieux contextualiser l'expérience professionnelle de l'ergothérapeute. La seconde partie aborde l'utilisation de la méthode CO-OP auprès des enfants TDC suivis par l'ergothérapeute. L'ergothérapeute est invité à expliquer dans quelle mesure il utilise cette méthode. Il s'agit ici de déterminer la récurrence avec laquelle il utilise la méthode CO-OP auprès des enfants avec des TDC, et s'ils la couplent à d'autres méthodes de suivi. La troisième partie permet de recueillir des informations sur l'évolution des occupations et des interactions sociales de l'enfant. Enfin, la dernière partie s'articule autour de l'estime de soi de l'enfant.

La validation des outils de recherche est soumise à une phase de pré-test. J'ai donc réalisé l'entretien auprès d'une ergothérapeute non formée à la méthode CO-OP, ce qui m'a permis d'ajuster mon entretien et de faciliter la compréhension de mes questions. ([Cf. ANNEXE 3](#))

Pour les parents :

Là aussi l'entretien est composé de ces 4 mêmes parties. La première partie avec des questions générales permet d'avoir quelques renseignements sur leur enfant et donc ici aussi de mieux contextualiser l'entretien. La seconde partie permet d'aborder l'approche CO-OP et la connaissance qu'en ont les parents. Puis la troisième permet de développer autour des capacités de l'enfant et enfin la quatrième développe le concept d'estime de soi de l'enfant.

Pour la validation de l'outil de recherche, n'ayant pas assez de personnes qui correspondent à mes critères, j'ai donc réalisé l'entretien auprès de personnes de ma famille qui ne connaissent pas l'ergothérapie. ([Cf. ANNEXE 4](#))

II. Déroulement de l'enquête

a) Mode de recrutement

Pour les ergothérapeutes, j'ai pu interroger une ergothérapeute qui était intervenus à l'École, j'ai donc pris contact avec elle directement à la fin d'un cours. J'ai ensuite recherché auprès de mes connaissances ce qui m'a permis d'interroger la maître de mémoire de l'une de mes camarades de classe, les premiers échanges se sont fait par mails. J'ai recherché grâce à un réseau social professionnel, LinkedIn, afin de pouvoir contacter des ergothérapeutes formés à la méthode.

Enfin, à chacun de mes entretiens, j'ai demandé aux ergothérapeutes des contacts d'autres ergothérapeutes. Cette méthode m'a permis de réaliser mes deux derniers entretiens.

Pour les parents, je voulais interroger les parents d'enfants qui avaient eu un suivi qui correspondait à la façon de faire des ergothérapeutes que j'avais interviewé, j'ai donc demandé à interroger les parents des enfants suivis par les ergothérapeutes que j'avais eu en entretien. Cela n'a pas donné suite. En effet, je me suis rendu compte qu'il était assez délicat pour les ergothérapeutes de me transmettre les coordonnées des parents, d'autant plus que cela faisait un moment qu'ils ne les avaient pas vus à cause du confinement. N'ayant pas pu réaliser d'entretiens grâce à cette méthode de recrutement, j'ai donc décidé de me tourner vers les réseaux sociaux et plus particulièrement sur un groupe Facebook « Dyspraxie France Dys le groupe ». Le problème a été que cette méthode ne permet pas de cibler précisément ma population. En effet, sont présents sur ce groupe des parents mais aussi des enseignants, des professionnels. De plus, le fait que l'enfant ait reçu une prise en soins en ergothérapie avec la méthode CO-OP était indispensable mais cela a donc restreint les possibilités de réponses. Je n'ai donc pas pu avoir de contact de parents.

b) Réalisation de l'investigation

Les entretiens ont été réalisés par téléphone. J'avais dans un premier temps imaginé réaliser mes entretiens face à face. Il y avait certains aspects à prendre en considération comme le lieu de l'entretien. (Romelaer, 2005) De plus, cela m'aurait permis de pouvoir analyser des données non verbales.

La situation liée au Covid-19 m'a obligée à revoir les modalités de mon enquête. En effet, un confinement a été instauré le 17 mars 2020 et bien que certaines sorties soient autorisées, la réalisation de cette enquête n'en faisait pas partie. (Véran, 2020)

Ainsi, les entretiens que j'ai menés ont été réalisés à distance, par téléphone. En réalisant des recherches sur les entretiens téléphoniques, j'ai pu découvrir qu'ils sont assez peu utilisés en recherche qualitative car « *ils ne permettent pas d'établir aussi facilement le contact humain propre au face à face* » (Chevalier & Meyer, 2018, p. 12). Ils m'ont tout de même permis de recueillir les informations qui me sont nécessaires pour mener à bien mon investigation. En effet, une étude de Sturges et Handaran a conclu que les entretiens téléphoniques donnent des résultats similaires à ceux en face à face, ils ne diminuent pas la qualité des résultats obtenus (Sturges & Hanrahan, 2004). De plus, cette méthode a quelques avantages comme permettre une flexibilité de l'horaire pour l'interviewer. Cela évite aussi les difficultés pour trouver un lieu de rencontre.

N'ayant pas réussi à avoir de contact de parents je n'ai réalisé finalement l'enquête qu'auprès d'ergothérapeutes.

III. Résultats et analyse de l'enquête

Rappel : Objectifs de l'enquête auprès des ergothérapeutes

- Montrer que l'engagement occupationnel qui est influencé par l'estime de soi peut être amélioré par l'utilisation de CO-OP.
- Montrer comment l'ergothérapeute prend en compte dans son suivi les problèmes d'estime de soi des enfants du 3^{ème} cycle avec des TDC.
- Identifier comment l'ergothérapeute a vu évoluer l'estime de soi de l'enfant durant l'utilisation de la méthode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

Je vous présente maintenant les résultats des entretiens en fonctions des thèmes de ma trame d'entretien. À la suite de chacun des tableaux présentant les résultats, l'analyse thématique horizontale me permet de faire une synthèse des points de vue des ergothérapeutes tout en proposant une analyse des données qualitatives en utilisant notamment mes critères d'évaluation ([Cf ANNEXE 5 : retranscription entretien ergothérapeute E2](#))

a) Profil des ergothérapeutes

	E1	E2	E3	E4
Profils des ergothérapeutes	Diplômée en 2007 Temps plein libéral depuis 2016	Diplômée en 1990 Hôpital + Pratique libérale Formatrice France CO-OP	Diplômée en 2018 suite à une reconversion Mi-temps libéral et mi-temps foyer d'accueil médicalisé	Diplômée en 2017 Exerce en libérale depuis son diplôme

Tableau I : Résultats concernant la présentation du profil des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes que j'ai pu interroger ont donc été **diplômées à des périodes différentes**, elles ont chacune eu un parcours en ergothérapie qui diffère. En revanche la similarité entre chacun de ces entretiens est, qu'elles ont rencontré les patients avec TDC dont elles m'ont parlés durant leur **pratique libérale**.

b) Utilisation de la méthode CO-OP

	E1	E2	E3	E4
Récurrence d'utilisation de la méthode CO-OP	« Ça dépend de plein de choses » L'utilise avec presque tous les enfants TDC qu'elle suit « si ça a du sens »	Désormais, auprès de chaque enfant suivi en libéral	« J'ai environ 18 patients actuellement et je dirai que je l'utilise avec environ 10 » « Surtout avec ceux qui ont des TDC »	« Ça dépend de la demande initiale » « Je ne l'utilise pas pour l'apprentissage de l'outil informatique »
Autres méthodes de suivi	« je peux utiliser la méthode CO-OP pour un problème occupationnel et ne pas l'utiliser pour un autre »	Pour les deux jumeaux que CO-OP et « pour le premier, non j'ai commencé à la mettre en place en CE2 »	Aucune autre	« ça m'arrive des fois d'utiliser d'autres méthodes comme ABC boom » « Je fais aussi du Bottom Up »

Tableau II : Résultats concernant l'utilisation de la méthode CO-OP

Au niveau de la récurrence de l'utilisation de la méthode, chacune des ergothérapeutes m'a donc expliqué que **cela dépendait des objectifs** de suivi sauf pour la deuxième ergothérapeute qui l'utilise dans chacun de ses suivis. Elles m'ont tout de même expliqué qu'elles l'utilisaient plus souvent auprès des enfants TDC qu'avec les autres populations qu'elles suivent. Par rapport aux enfants qui rentrent dans mes critères d'inclusion et dont elles m'ont parlé, sur les quatre ergothérapeutes, **deux alternent avec d'autres méthodes** issues de leurs formations (E1 et E4).

c) Évolution des capacités de l'enfant

	E1	E2	E3	E4
Évolutions du rendement dans les occupations et transferts des stratégies	« Je mets tout en œuvre pour ça mais oui » « ça dépend de la situation, du jeune, de son entourage, des problèmes occupationnels soulevés »	« Il y a eu un vrai changement au niveau des objectifs qu'on s'était fixé »	« Avec le plan retravaillé, il a réussi à faire ses lacets » « Elle a bien amélioré son rendement » « Elle a une observation plus fine de ce qu'elle fait grâce à l'utilisation de CO-OP, elle s'autocorrige plus »	« Il a amélioré énormément de choses, avec le temps » « Même si on a arrêté de le travailler, quand on réessaye, il fait un truc vachement bien, il a bien transféré, ce qui n'est pas toujours le cas notamment pour les plus petits »
Discours de l'enfant vis-à-vis de ses occupations	« Ils expriment la frustration de ne pas arriver à faire certaines activités » « Certaines fois on voit qu'ils ont du mal en observant leur comportement »	« Ils ont du mal à reconnaître les acquisitions qu'ils font »	« En début de PEC, j'essaie de ne pas être dans la négativité mais ils sont plus fiers qu'au début »	« Il y en a un pour qui c'est pas simple d'être dans une démarche de réflexion autour de ses occupations » « Il m'orientait vers des tâches qu'il savait faire, il était dans l'évitement là où il est en échec »

	E1	E2	E3	E4
Évolutions des interactions sociales de l'enfant	« Ils peuvent avoir des difficultés dans les habiletés sociales »	« Le premier oui c'est mieux » « Les deux autres, c'est variable oui » Avec leurs pairs « pas spécialement » « Vont vouloir montrer à leurs parents cette réussite »	« Il avait beaucoup de reproches de la part de sa mère et le fait qu'il y arrive mieux la relation est améliorée » « La mère a compris qu'il fallait le laisser faire ce qui valorise beaucoup le petit » « La jeune fille est assez réservée (...) mais en séance elle est moins timide » « Il est content car il arrive à faire les mêmes choses que ses copains »	« Il y a une évolution mais ça serait présomptueux de dire que c'est grâce à CO-OP » « Il a plusieurs suivis mais le fait de voir qu'il s'améliore dans ses suivis, il voit qu'en terme d'autonomie c'est de mieux en mieux, il se bat moins dans la cour »

Tableau III : Résultats concernant l'évolution des capacités de l'enfant

Toutes les ergothérapeutes m'ont donc appris qu'il y avait souvent **des améliorations au niveau des occupations** travaillées en séances. Il est ressorti des entretiens un **champs lexical positif** (en italique). « Il y a eu *un vrai changement* au niveau des objectifs qu'on s'était fixé » (E2), « il a *réussi* à faire ses lacets » (E3), « Elle a bien *amélioré* son rendement » (E3), « il *a amélioré énormément* de choses » (E4). Cela nous permet de voir que, bien que cela dépende de l'enfant, de manière générale, il y a eu suite à la prise en soins avec la méthode CO-OP une amélioration du rendement. **Au niveau des transferts, cela a semblé moins systématique**, le problème étant que les ergothérapeutes n'ont pas toujours pu avoir de retours de la part des parents. Des ergothérapeutes ont tout de même pu observer des améliorations « elle a une *observation plus fine* » (E3), « il *a bien transféré* » (E4).

Au niveau du discours que les enfants portent vis-à-vis de leurs occupations, les enfants n'expriment pas toujours clairement leur ressenti, il peut arriver que la thérapeute se rende compte d'un problème grâce à ses réactions. Sinon il est ressorti que **le discours de l'enfant vis-à-vis de ses occupations est souvent assez négatif** pour trois des ergothérapeutes sur les quatre, « ils expriment

la *frustration* de ne pas arriver à faire certaines activités »(E1), « Ils ont du mal à reconnaître les acquisitions qu'ils font » (E2), « il était dans l'évitement là où il est en échec» (E4). **Mais à la suite de la prise en charge, les ergothérapeutes ont pu relever ce genre un discours avec un champs lexical plus positif** auprès des enfants, « ils sont *plus fiers* qu'au début » et E4 parle au passé « *était* dans l'évitement »

Au niveau des habiletés sociales, **ils n'ont pas tous de difficultés et s'ils en ont, elles ne se situent pas au même niveau.** « Ils peuvent avoir des difficultés dans les habiletés sociales » (E1) Pour certains, les difficultés et donc l'évolution vont se voir **avec leurs parents**, « La mère a compris qu'il fallait le laisser faire ce qui valorise beaucoup la petite » (E3), « en séance, elle est moins timide » (E3), « Vont vouloir montrer à leurs parents cette réussite » (E2). Pour d'autre cela va se ressentir **avec leurs pairs** « Il est content car il arrive à faire les mêmes choses que ses copains » (E3), « il se bat moins dans la cour »(E4). Pour la quatrième ergothérapeute dont l'un des enfants qu'elle suivait avait beaucoup de problèmes relationnels avec ses pairs, l'amélioration provient aussi de ses autres suivis, par une psychologue notamment.

d) Définition des ergothérapeutes de l'estime de soi

	E1	E2	E3	E4
Définition de l'estime de soi	« C'est le regard qu'on a sur soi-même et par rapport aux autres »	« C'est le sentiment d'efficacité personnelle, le fait de faire confiance aux activités qu'on a, avoir le sentiment d'être à la hauteur aussi en fonction des tâches qu'on a réalisées. Un regard positif sur soi. »	« Notre perception de notre capacité à pouvoir accomplir certaines tâches en se comparant aux autres »	« C'est s'accepter déjà et assumer ce que l'on est et d'être autant capable d'identifier ses difficultés et ses points forts. Avoir une vision plus importante de ses forces que de ses faiblesses. »

Tableau IV : Résultats concernant les définitions des ergothérapeutes

Les **définitions de l'estime de soi données par les ergothérapeutes étaient toutes cohérentes** avec celle que j'ai retenue dans mon mémoire, pour deux ergothérapeutes (E1 et E3) il y a l'idée de se comparer aux autres et pour les quatre, il y a le concept d'efficacité, de capacité à réaliser des occupations.

e) L'estime de soi des enfants

	E1	E2	E3	E4
Propos exprimés vis-à-vis de lui-même	« Ça dépend énormément » « Certains peuvent se dévaloriser »	« Ont une estime d'eux-mêmes complètement dans les choux » Le garçon a « une grande fragilité narcissique » La fille était, dans une « situation d'évitement »	« La jeune fille a une image assez négative de ses capacités » « c'est un peu mieux » « elle est pour l'instant pas capable d'exprimer ses qualités » « il a une bonne estime de lui-même »	« Lui il est dans sa bulle il ne voit pas de différence » « Elle est à haut potentiel intellectuel mais elle est exténuée et là elle veut continuer, elle est contente, donc elle ne l'exprime pas mais maintenant ça va mieux »
Évolution de la satisfaction de la MCRO	« Il y a souvent une augmentation mais ça dépend »	« Le premier il est plutôt content de lui, la satisfaction augmente, il n'a jamais montré qu'il était très insatisfait de la situation non plus » N'a pas pu faire de réévaluation de la MCRO	Pour l'utilisation du compas passage de 5/10 à 9/10 Pour la règle, passage de 2/10 à 10/10	« Évolution positive, ils expriment qu'ils sont contents de leur façon de faire »
Travail de l'estime de soi en séance	« le fait de réaliser de façon plus satisfaisante ça peut participer à la valorisation et avoir envie d'expérimenter de nouvelles choses »	« Ce que j'aime bien leur dire c'est de mettre des mots dessus » « Les mettre en situation de réussite, c'est assez revalorisant sur le plan narcissique »	« Dès le début je dis qu'on va être partenaire dans le travail ce qui valorise les jeunes » « Je valorise beaucoup leur »	« Je le travaille avec CO-OP et avec tout ce que je fais avec eux » « Dans l'entretien initial, je l'aborde pas en tant que tel mais en demandant par »

	E1	E2	E3	E4
	<p>« Je ne pense pas que ce soit lié que à la méthode CO-OP, c'est le fait d'être dans la démarche d'habilitation à l'engagement occupationnel,</p> <p>« Lors de l'entretien initial je l'aborde indirectement»</p> <p>« Tous les adultes qui accompagnent l'enfant ont un rôle à jouer »</p>	<p>« Ce que j'apprécie c'est que la réussite vienne d'eux parce qu'ils trouvent leurs propres solutions grâce aux plans et bien sûr grâce à la découverte guidée »</p> <p>« Coop c'est beaucoup de réassurance avec la découverte guidée »</p>	<p>travail en les félicitant »</p> <p>« La MCRO permet de mettre des chiffres sur leur réussite et donc les valorise »</p> <p>« Le fait qu'il fasse son plan lui-même lui permet d'être fier »</p> <p>« Je ne l'aborde pas directement dans l'entretien initial »</p>	<p>exemple comment ça se passe à l'école et je creuse s'il y a un suivi psy » « ça ressort vite »</p> <p>« C'est l'un de mes objectifs principaux avec CO-OP »</p> <p>« Pour travailler l'estime de soi, il faut forcément partir avec des objectifs issus du patient»</p>
Influence de l'estime de soi sur les occupations.	<p>« Un enfant qui n'a pas confiance en lui peut peut-être expérimenter un peu moins et ne pas aller au bout alors que s'il expérimentait un peu plus il aurait un meilleur rendement »</p>	<p>« Oui ils partent moins perdants c'est à dire qu'ils sont plus à dire on va y arriver »</p> <p>« Partent déjà avec des sentiments positifs »</p> <p>« Il est dans une démarche avec quelque chose qui s'est amorcé, qui peut le rassurer et diminuer le niveau d'angoisse » pour réaliser de nouvelles occupations</p>	<p>« Oui »</p> <p>« il perd l'envie d'essayer une nouvelle occupation »</p> <p>« En voyant qu'elle peut y arriver elle a moins d'inquiétude pour essayer de nouvelles choses »</p>	<p>« Quand l'estime d'eux-mêmes est au plus bas, ils disent rapidement : non mais de toute façon je sais pas faire, je ne vais pas y arriver donc soit ils font pas, soit ils bâclent donc le rendement est mauvais »</p> <p>« Là où il n'y a pas beaucoup de résultats elle a maintenant tout de même envie de continuer »</p>

Tableau V : Résultats concernant l'estime de soi des enfants

Pour les propos que les enfants expriment vis-à-vis d'eux-mêmes les ergothérapeutes n'avaient pas d'exemples précis de propos mais m'ont répondu de manière générale. **De très nombreux enfants se dévalorisent**, n'arrivent pas à exprimer leurs propres qualités. Ainsi, nous pouvons relever un **champ lexical assez négatif en relation avec l'estime de soi** (en italique) pour trois des ergothérapeutes, « peuvent se *dévaloriser* » (E1), « *fragilité narcissique* » (E2) « Ont une estime d'eux-mêmes complètement *dans les choux* » (E2) « image *assez négative* de ses capacités » (E3). Ces propos, les ergothérapeutes me l'ont expliqué, ne sont pas systématiques chez les enfants avec des TDC mais ils restent assez récurrents.

Au niveau de l'évaluation de la **satisfaction avec la MCRO**, l'ergothérapeute E1 m'a expliqué que de manière générale, il y a une souvent une **augmentation** de cette satisfaction dans les réévaluations d'enfants avec TDC qu'elle a pu réaliser. Elle a rajouté que cela n'était pas non plus systématique, elle n'a pas pu me donner d'exemple précis. Les trois autres ergothérapeutes, quant à elles, n'ont **pas pu réaliser systématiquement de réévaluations** des enfants dont elles me parlaient. Cependant, pour ceux qui ont pu avoir une réévaluation de la MCRO, **il y a eu une augmentation de la satisfaction**. Pour certains le rendement n'évoluait pas beaucoup (1 ou 2 points) mais la satisfaction, elle, augmentait plus (2/3 ou 4 points).

L'un de mes critères d'évaluation était le travail de l'estime de soi en séance. **Aucune des ergothérapeutes interrogées n'aborde directement l'estime de soi des enfants dans les bilans initiaux** « Dans l'entretien initial, je l'aborde pas en tant que tel » (E4). Mais elles expliquent toutes se rendre compte indirectement de la présence d'un problème d'estime de soi s'il y en a un. Ainsi, E2 aura tendance à dire à l'enfant de verbaliser autour de la façon dont il se perçoit alors que E3 va plutôt essayer de positiver et valoriser tout de suite l'enfant.

En revanche, toutes m'ont répondu qu'**elles considèrent travailler l'estime de soi des enfants durant les séances**. En effet, toutes pensent que mettre l'enfant en **situation de réussite permet d'améliorer son estime**. « Les mettre en situation de réussite, c'est assez revalorisant sur le plan narcissique » (E2), il y a aussi le fait que ce soit l'enfant qui **choisisse les occupations travaillées** « Pour travailler l'estime de soi, il faut forcément partir avec des objectifs issus du patient et pas, par exemple, de ses parents » (E4). E1 ne révèle pas un travail de l'estime de soi grâce à CO-OP mais grâce à **l'approche générale** qu'elle a de l'enfant. Les trois autres professionnelles considèrent qu'il est extrêmement valorisant pour l'enfant de **trouver des solutions par lui-même** « que la réussite vienne d'eux » (E2). Pour E3 et E4, les **bilans MCRO** et OT Hope permettent de travailler aussi l'estime de soi « La MCRO permet de mettre des chiffres sur leur réussite et donc les valorise » (E3). Pour certaines, **le travail de l'estime de l'enfant va se faire aussi dans leur façon d'intervenir auprès de l'enfant** comme E3 qui explique, « Je valorise beaucoup leur travail en les félicitant ». Pour E1, le travail de l'estime de soi provient de sa démarche, « Je ne pense pas que ce soit lié que à la méthode CO-OP,

c'est le fait d'être dans la démarche d'habilitation à l'engagement occupationnel, centrée sur l'enfant ».

Enfin, pour toutes les ergothérapeutes, **l'estime de soi de l'enfant influence les occupations**. Elles m'ont toutes expliqué avoir remarqué ce type de comportement : « il perd l'envie d'essayer une nouvelle occupation » (E3) « Un enfant qui n'a pas confiance en lui peut peut-être expérimenter un peu moins » (E1), « rapidement il dit : non mais de toute façon je sais pas faire, je ne vais pas y arriver » (E4). Deux des ergothérapeutes (E2 et E4) ont relevé **une amélioration avec la présence d'un champs lexical positif en relation avec l'engagement occupationnel de l'enfant**, « Ils partent moins perdants, c'est à dire qu'ils sont plus à dire on va y arriver » (E2), « Partent déjà avec des sentiments positifs » (E2), « Là où il n'y a pas beaucoup de résultats, elle a maintenant tout de même envie de continuer » (E4).

IV. Discussion

a) Interprétation d'après les objectifs et confrontation à la littérature

Dans cette partie, les différents résultats vont être interprétés en fonction des objectifs d'enquête et des critères d'évaluation tout en confrontant les résultats au cadre conceptuel et à une étude scientifique canadienne.

L'étude scientifique à laquelle nous allons nous référer dans cette discussion a été réalisée en 2001. Cette étude est nommée : « A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder » qui correspond en français à Un essai pilote d'un traitement cognitif pour des enfants avec des TDC. Cette étude compare l'utilisation de la méthode CO-OP auprès d'enfant avec TDC à une Approche de Traitement Contemporaine (CTA). La CTA (bottom-up) intégrant plusieurs méthodes, neuromusculaire, multi-sensoriel, biomécanique se focalisant sur l'aspect moteur de l'acquisition de nouvelles habilités. Vingt enfants avec une moyenne d'âge de 9,05 ans ont participé à cette enquête. Les résultats de plusieurs bilans avec évaluations et réévaluations ont été réalisés (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001).

Premier objectif : Montrer que l'engagement occupationnel qui est influencé par l'estime de soi peut être amélioré par l'utilisation de CO-OP.

- Présence d'un champ lexical négatif en relation avec l'estime de soi.
- Présence d'un champs lexical positif en relation avec les occupations de l'enfant.

Il a été demandé aux ergothérapeutes si elles avaient pu relever certains propos types que l'enfant avait vis-à-vis de lui-même. Ainsi, nous avons pu voir dans l'analyse, la présence d'un champ lexical assez négatif en relation avec l'estime de soi. Ces propos, les ergothérapeutes me l'ont expliqué ne sont pas systématiques chez les enfants avec des TDC mais ils restent assez récurrents. Cela révèle donc une estime de soi assez fragile chez ces enfants. Cela correspond à ce qui avait été trouvé en pré-test dans l'étude scientifique. En effet ils ont réalisé un pré-test du SPPC (Self- Perception Profile for Children) et le score moyen chez les enfants ayant suivi l'approche CO-OP correspond à une moyenne basse pour ce bilan. Ont été administrés aux enfants seulement les 8 items correspondant à la performance motrice. (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001)

Les ergothérapeutes ont ensuite été interrogées sur l'influence qu'a, d'après elles, l'estime de soi sur les occupations de ces enfants. Nous pouvons voir dans l'analyse que le comportement des enfants relevé par les ergothérapeutes correspondant à un manque d'engagement occupationnel. En effet, nous avons vu que l'engagement occupationnel correspond à « *l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager* ». (Townsend & Polatajko, 2013) Comme nous l'avions remarqué dans la partie conceptuelle, l'estime de soi influence donc l'engagement occupationnel de l'enfant. Ce concept d'engagement est central et indispensable d'après le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et les entretiens m'ont appris qu'après l'utilisation de la méthode CO-OP, il y avait eu une amélioration à ce niveau-là.

Nous avons aussi pu voir dans l'analyse, la présence d'un champs lexical positif en relation avec l'engagement occupationnel de l'enfant à la suite de la prise en soins. Ces explications des ergothérapeutes peuvent donc permettre de dire qu'il y a un meilleur engagement dans les occupations pour certains des enfants avec TDC qu'elles ont suivis avec la méthode CO-OP.

L'estime de soi est donc très importante à prendre en compte dans le travail autour des occupations de l'enfant et cela nous amène donc à mon second objectif.

Deuxième objectif : Montrer comment l'ergothérapeute prend en compte dans son suivi les problèmes d'estime de soi des enfants du 3^{ème} cycle avec des TDC.

- Présence d'un champ lexical de l'estime de soi en lien avec les TDC.
- Présence du concept d'estime de soi dans l'entretien initial puis durant la prise en soin.

Pour répondre à ce second objectif, il m'a semblé indispensable de connaître les définitions personnelles qu'avaient chacune des ergothérapeutes que j'ai interrogées. Dans ma partie conceptuelle, une des définitions que j'ai pu retenir est que l'estime de soi correspond à « *l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même* » (Jendoubi, 2002). Comme relevé dans le tableau des résultats, nous pouvons voir que chaque ergothérapeute avait une définition en accord avec celle-ci, bien qu'elles soient plus ou moins développées. La définition que j'ai retenu leur a tout de même été citée pour qu'elles puissent toutes répondre avec la même base quand je leur ai demandé si elles pensaient travailler l'estime de soi en séances.

Pour cela, il a fallu d'abord s'intéresser à la présence ou non du concept d'estime de soi dans les évaluations initiales de la prise en soins. Aucune des ergothérapeutes ne m'a expliqué aborder directement l'estime de soi lors de ces évaluations initiales. En effet, nous avons pu voir lors de la partie conceptuelle qu'il existe plusieurs façons de mesurer l'estime de soi d'une personne. L'évaluation la plus répandue est l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg, elle permet une évaluation globale de l'estime de soi (Vallieres & Vallerand, 1990). Il existe aussi un Questionnaire d'Auto-Évaluation de Soi (QAEVS) qui est, lui, destiné aux enfants et fait appel explicitement au processus de comparaison sociale que les enfants utilisent spontanément et interroge l'enfant sur l'importance qu'il accorde à chaque item (Maintier & Alaphilippe, 2006). Ce questionnaire correspond à une version française du SPPC utilisé dans l'étude scientifique. Certaines ergothérapeutes m'ont en revanche expliqué l'aborder indirectement, elles peuvent s'intéresser aux interactions sociales de l'enfant, au domaine affectif de la personne ce qui correspond à un champ lexical en rapport avec l'estime de soi. Nous pouvons ici dire qu'elles utilisent plutôt leur expertise en tant qu'ergothérapeute pour déduire une possible mauvaise estime de soi chez les enfants qu'elles suivent.

En revanche, elles m'ont toutes expliqué considérer travailler sur l'estime de soi de l'enfant lors de leurs séances. Bien que ma question ne fût pas spécialement tournée vers le travail de l'estime de soi à travers la méthode CO-OP, comme c'est une méthode qu'elles utilisent, elles m'ont tout de même répondu en fonction de cette méthode. Effectivement, nous pouvons voir dans l'analyse qu'il y

a plusieurs principes de la méthode CO-OP qui sont ressortis comme permettant de travailler l'estime de soi de l'enfant, d'après les ergothérapeutes que j'ai interrogées. Tout d'abord, il y a la réussite dans la réalisation d'occupations. Cela correspond au premier objectif de la méthode qui est l'acquisition d'habiletés. De plus, trois des ergothérapeutes ont expliqué que la découverte guidée et la réalisation d'un plan qu'il fait lui-même permet de travailler sur l'estime de soi de l'enfant. Cela fait partie du deuxième objectif de la méthode CO-OP, l'utilisation de stratégies cognitives. En effet, il y a tout d'abord la stratégie globale « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER » qui est donc une stratégie de résolution de problèmes. Cet objectif comprend aussi l'utilisation de stratégies cognitives spécifiques avec la découverte guidée qui est un processus conçu afin que les enfants découvrent eux-mêmes les stratégies qui vont résoudre leurs propres problèmes. Enfin, nous l'avons vu dans l'analyse, une ergothérapeute a relevé que pour travailler sur leur estime d'eux, il est important de travailler avec des objectifs choisis par l'enfant. Cela correspond à la première des sept caractéristiques-clés de l'approche. L'enfant apprend l'exécution de trois habiletés spécifiques durant l'intervention. Ces habiletés, auxquelles se réfère le thérapeute en tant que BUTS, sont choisies par l'enfant grâce aux évaluations de l'approche, MCRO et OT-HOPE (Helene J., Mandich, & Cantin, 2017). De plus, pour une des ergothérapeutes, l'utilisation même de ces évaluations permet de valoriser l'enfant. Ce qui est aussi ressorti, est que le travail de l'estime de soi peut être fait dans la façon qu'ont les ergothérapeutes d'intervenir avec les enfants. C'est-à-dire que cela peut passer par une valorisation du travail ou par une démarche d'habilitation à l'engagement occupationnel.

Les ergothérapeutes m'ont donc affirmé travailler d'après elles l'estime de soi dans leur intervention. Il serait donc intéressant de voir maintenant, grâce au troisième objectif, quelles ont été les répercussions sur les enfants qu'elles suivent.

Troisième objectif : Identifier comment l'ergothérapeute a vu évoluer l'estime de soi de l'enfant durant l'utilisation de la méthode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

- Variation de la satisfaction dans l'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).
- Présence d'un champs lexical positif sur l'évolution des occupations et des interactions sociales de l'enfant.

Il est important de préciser pour cet objectif qu'au niveau de la récurrence de l'utilisation de la méthode, chacune des ergothérapeutes m'a expliqué que cela dépendait des objectifs de suivi sauf pour la deuxième ergothérapeute qui l'utilise dans chacun de ses suivis. Elles m'ont tout de même

précisé qu'elles l'utilisaient plus souvent auprès des enfants TDC qu'avec les autres populations qu'elles suivent. Par rapport aux enfants qui rentrent dans mes critères d'inclusion, sur les quatre ergothérapeutes, deux alternent avec d'autres méthodes issues de leurs formations (E1 et E4).

Pour répondre à cet objectif, on peut s'intéresser aux occupations de l'enfant. Dans un premier temps, nous avons interrogé les ergothérapeutes sur l'évolution du rendement dans les occupations travaillées avec l'enfant et les transferts des stratégies puisqu'il s'agit du quatrième objectif de la méthode CO-OP. Par rapport au rendement dans les occupations, il est ressorti de l'analyse que, bien que cela dépende de l'enfant, de manière générale, il y a eu suite à la prise en soins avec la méthode CO-OP une amélioration du rendement. Cela correspond à ce qui a été trouvé dans l'étude scientifique puisque le rendement y est significativement amélioré avec en moyenne une amélioration d'environ 5 points d'après la réévaluation de la MCRO et d'environ trois points au PQRS. Or, nous l'avons vu précédemment, à l'âge auquel nous nous intéressons (8 à 11 ans), l'estime de soi est influencée par la manière dont l'enfant perçoit ses compétences dans des domaines où la réussite est considérée comme primordiale. La baisse de l'estime de soi des enfants avec TDC peut donc venir des échecs répétés vécus par l'enfant (Lamia, 1998 ; cité par (Gaillot Houssais, 2010)).

Au niveau des transferts, cela a semblé moins systématique, le problème étant que les ergothérapeutes n'ont pas toujours pu avoir de retours de la part des parents. D'après l'analyse, certaines de ergothérapeutes ont tout de même pu observer quelques améliorations. Dans l'étude scientifique, il n'y a pas de différence significative entre l'approche CO-OP et l'Approche de Traitement Contemporaine (CTA) par rapport aux mesures de la généralisation et des transferts (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001).

Nous avons ensuite interrogé les ergothérapeutes sur ce qu'elles avaient pu remarquer par rapport au discours que l'enfant avait de ses propres occupations. En effet, dans toutes les définitions de l'estime de soi, il y a une idée de subjectivité dans la vision de ses capacités, « *l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine* » (Angel & Antoine, 2019). Cette question me permettait donc de recueillir cette subjectivité. Il est ressorti que le discours de l'enfant vis-à-vis de ses occupations est souvent assez négatif et ce, notamment, en début de prise en soin. Mais à la suite de la prise en charge, nous l'avons vu dans l'analyse, les ergothérapeutes ont pu relever une amélioration de ce discours.

Nous avons vu, dans la partie théorique, que la construction de l'estime de soi chez l'enfant avec TDC dépend d'un bon nombre de paramètres dont font partie, pour reprendre les termes du MCREO, la réalisation de ses occupations mais aussi l'environnement social de l'enfant (ses parents, ses pairs). En effet, la construction d'une image positive de soi s'élabore à partir de ce que les parents et l'école renvoient à l'enfant de lui-même, c'est-à-dire ses difficultés et leurs espoirs qu'il réussisse

mieux (Frisch-Desmarez, 2005). Les enfants se comparent aussi continuellement avec leurs pairs et la réaction de leurs camarades à leur égard (Rambaud, 2009). Les ergothérapeutes m'ont expliqué que contrairement à ce que l'on pourrait penser ces difficultés au niveau des interactions sociales ne sont pas très récurrentes mais restent possibles. Pour les ergothérapeutes, qui avaient pu remarquer des difficultés à ce niveau-là chez les enfants qu'elles suivent, elles ont pu noter comme nous l'avons vu dans l'analyse, une amélioration de ces interactions sociales. Dans l'étude scientifique, une amélioration significative de la socialisation dans le bilan Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) a été démontrée à la suite de la prise en soins avec l'approche CO-OP.

Ces différents changements au niveau des occupation et des interactions sociales pourraient donc traduire, comme nous l'avons vu, des changements au niveau de l'estime de soi de l'enfant. En revanche dans l'étude scientifique, ils n'ont, eux, pas relevé d'augmentation significative du score de la SPPC (Self- Perception Profile for Children) à la suite du suivi CTA, ni avec l'approche CO-OP. Il est important ici de rappeler que n'ont été administré aux enfants que les 8 items correspondant à la performance motrice (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001).

Mon premier critère d'évaluation pour cet objectif concernait l'évolution de la satisfaction dans la MCRO. Les ergothérapeutes n'ont pas pu réaliser systématiquement de réévaluations des enfants dont elles me parlaient. Cependant, pour ceux qui ont pu avoir une réévaluation de la MCRO, il y a eu une augmentation significative de la satisfaction. Cette augmentation a aussi été observée dans l'étude scientifique avec une augmentation en moyenne de cinq points entre l'évaluation et la réévaluation de la MCRO (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001). Or, nous avons étudié dans ma partie conceptuelle que si la personne a, par ses occupations, un sentiment de satisfaction, c'est que cette occupation a déjà eu un impact sur l'assurance et la confiance en soi, ce qui tend à une meilleure estime de soi (Townsend & Polatajko, 2013).

Les entretiens auprès de parents n'ont pas pu être réalisés, mais dans l'étude scientifique, il est expliqué que, des entretiens téléphoniques mettent en avant que chez les parents du groupe de l'Approche de Traitement Contemporaine (CTA) seulement 71 % notent une amélioration de l'estime de soi. Alors que 100% des parents rapportent après le traitement CO-OP un gain en estime de soi des enfants (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab, 2001). Une autre étude a été réalisée auprès de 12 parents dont les enfants ont été suivis en ergothérapie avec l'approche CO-OP au Canada en 2002. Cette étude a montré que « *The children gained confidence as they mastered their goals and, as a result, they were more willing to try new activities believing they could master them now* » (Mandich, Polatajko, & Rodger, 2002, p. 593). C'est-à-dire qu'ils ont gagné en estime de soi et sont plus enclins

à essayer des nouvelles activités ce qui correspond, nous l'avons vu, à un meilleur engagement occupationnel (Mandich, Polatajko, & Rodger, 2002).

b) Limites

La première limite que l'on peut trouver à mon enquête est le faible nombre d'entretiens que j'ai pu réaliser. En effet, je n'ai pas pu réaliser d'entretien auprès de parents d'enfants avec TDC ce qui m'aurait permis d'obtenir davantage de renseignements sur leur comportement au domicile et sur les interactions sociales et ainsi avoir une vision plus globale de la situation de l'enfant. De plus, je n'ai réalisé qu'un faible nombre d'entretiens semi-directifs. Cette limite s'inscrit dans le temps imparti pour réaliser cette enquête. Les ergothérapeutes que j'ai interrogées ont toutes rencontré les enfants dont elles m'ont parlé, lors d'une pratique libérale. Ainsi, l'analyse et l'interprétation des données que j'ai réalisées ne peuvent aboutir à une généralisation des résultats au vu de la faible représentativité des données.

Pour deux des ergothérapeutes interrogées, elles ont utilisé d'autres méthodes auprès des enfants dont elles m'ont parlé. L'ergothérapeute E1 n'a pas précisé lesquelles mais E4 m'a expliqué qu'il lui arrive notamment pour l'écriture d'utiliser la méthode « ABC boom » ou encore pour certaines difficultés de l'enfant de faire appel à une approche Bottom Up. Ainsi, pour ces deux ergothérapeutes, comme d'autres méthodes sont intervenues dans les suivis, il est possible qu'elles aient influencées l'estime de soi de l'enfant. L'utilisation de la méthode CO-OP restait en revanche majoritaire. Enfin, il aurait été intéressant que les ergothérapeutes utilisent un outil d'évaluation de l'estime de soi auprès de ces enfants ce qui aurait permis d'appuyer davantage les résultats de l'enquête.

c) Intérêts

Grâce à ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu acquérir certaines connaissances relatives à la méthodologie, à la recherche de références bibliographiques. Ceci m'a également permis de mener à bien un travail sur le long terme et ainsi de développer mes capacités d'organisation, en fixant certaines échéances à respecter.

J'ai pu acquérir aussi des connaissances spécifiques sur les Troubles Développementaux de la Coordination et les possibles altérations de l'estime de soi chez ces enfants. Cet apport théorique a pu être utilisé dès mon dernier stage. Il me sera très utile dans ma pratique future en pédiatrie. J'ai aussi

pu mieux découvrir l'approche CO-OP et souhaiterai dorénavant m'y former à la suite de mes études et ainsi l'utiliser dans ma future pratique.

La construction et la mise en œuvre d'une méthodologie de recherche ont été éprouvantes mais elles m'ont permis d'ouvrir mon expertise ergothérapeutique vers la recherche. De plus, les entretiens avec les ergothérapeutes ont été enrichissants.

d) Retour sur la problématique et l'hypothèse

Durant tout ce mémoire, j'ai cherché à répondre à une problématique qui est « Comment le suivi en ergothérapie peut-il favoriser l'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles du Développement de la Coordination (TDC) ? » autrement dit, comment penser et construire un projet de soin cohérent avec les difficultés de l'enfant tout en prenant en compte les éventuelles blessures narcissiques que peuvent engendrer les TDC. J'avais, à la suite de plusieurs recherches, émis l'hypothèse que l'estime de soi chez l'enfant avec des TDC pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche CO-OP lors de la prise en soin en ergothérapie.

Grâce à l'analyse des résultats de l'enquête, ainsi que leur confrontation à la littérature, j'ai pu voir que certains enfants s'engageaient plus facilement dans leurs occupations à la suite de l'intervention avec l'approche CO-OP. Cet engagement, on l'a vu, est relié à l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs capacités. J'ai ensuite remarqué que les ergothérapeutes considèrent toutes travailler l'estime de soi durant leurs séances. Plusieurs d'entre elles m'ont expliqué que c'était grâce à des éléments de la méthode CO-OP. En revanche, l'un des principaux problèmes est qu'aucune des ergothérapeutes n'évalue directement, avec un bilan validé et donc objectif, l'estime de soi des enfants. Nous l'avons vu, grâce à mon troisième objectif, plusieurs éléments peuvent nous montrer une amélioration de l'estime de certains des enfants. Néanmoins cela reste moins précis qu'un bilan spécifique à l'évaluation de l'estime de soi. De plus, comme expliqué dans les limites, je n'ai pas pu interroger de parents et mon échantillon d'ergothérapeute n'est pas représentatif.

Bien qu'il y ait dans mon enquête différentes limites, les résultats de mes entretiens vont dans le sens de mon hypothèse, nous pouvons donc dire qu'elle est partiellement validée.

Conclusion

L'enfant avec des Troubles Développementaux de la Coordination cumule un ensemble de difficultés : il est lent dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il a des difficultés pour réaliser certains loisirs et sa productivité est impactée notamment dans certains apprentissages scolaires. Les TDC étant un handicap invisible, il est très souvent incompris et dévalorisé par son entourage. De cette situation peuvent découler un manque d'engagement dans les occupations, un échec scolaire et des difficultés dans les interactions sociales. Ainsi, souvent l'estime de soi de l'enfant peut être impactée négativement. Cette mauvaise estime de soi provenant donc en grande partie de difficultés occupationnelles rencontrées par l'enfant et les occupations étant au centre de la prise en soins en ergothérapie, on peut se demander, comment le suivi en ergothérapie peut-il favoriser l'estime de soi chez l'enfant avec des Troubles du Développement de la Coordination (TDC) ?

Après différentes recherches sur l'approche CO-OP qui a été en partie développée pour travailler avec les enfants qui ont des TDC, j'ai émis l'hypothèse que l'estime de soi chez l'enfant avec des TDC pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche CO-OP lors de la prise en soin en ergothérapie.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai donc décidé de réaliser une enquête auprès de parents d'enfants avec des TDC et auprès d'ergothérapeutes utilisant l'approche CO-OP dans leur intervention auprès d'enfants avec des TDC scolarisés en cycle 3. Des entretiens semi-directifs ont pu être réalisés seulement auprès de quatre ergothérapeutes. Cette enquête a pu apporter différents éléments de réponse. En effet, une majorité des ergothérapeutes interrogés ont pu relever une augmentation de la satisfaction dans la Mesure Canadienne du Rendement et de l'Occupation (MCRO) et une amélioration de rendement dans les occupations travaillées. Les professionnels ont aussi pu remarquer une évolution positive du discours de l'enfant sur ses propres occupations. Les résultats s'accordent avec la théorie mais ils sont peu représentatifs.

Enfin, grâce à la discussion nous avons pu conclure que, l'hypothèse est partiellement validée. En effet, il y a plusieurs limites à cette enquête. Les résultats permettent tout de même d'avancer que l'estime de soi de certains des enfants ont été améliorés suite à l'utilisation de l'approche CO-OP.

Deux des ergothérapeutes m'ayant fait remarquer que l'estime de soi de l'enfant avec des TDC peut être aussi travaillée par d'autres professionnels, je pense qu'il serait intéressant pour poursuivre cette recherche de s'intéresser au travail interprofessionnel autour de cette problématique de l'enfants avec des TDC.

Bibliographie

- Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., & Barbara, V. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. De Boeck Solal.
- Alvin, P. (2006). Maladie et handicap à l'adolescence : le visible et le non-visible . *Enfances et Psy*, 27-36.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
- Angel , S., & Antoine, C. (2019). *Le petit Larousse de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Babot, E., & Cornet, N. (2010). L'ergothérapie à la croisée des chemins. Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, & B. Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal.
- Barbot, J. (2012). Mener un entretien de face à face. Dans *L'enquête sociologique* (pp. 115-141).
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, pp. 23-54.
- Breton, S., & Léger, F. (2007). *Mon cerveau de m'écoute pas : Comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. CHU Saint-Justine.
- Breton, S., & Léger, F. (2018). *Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. CHU Sainte-Justine.
- Chatard, H., & Delfosse, G. (2016). La dyspraxie développementale chez l'enfant : quelles perspectives dans sa prise en charge orthoptique neurovisuelle ? *Revue francophone d'orthoptie*, 98-103.
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). *Chapitre 6. Les entretiens, Les méthodes de recherche du DBA*. Cean: EMS Editions.
- Costini, O., Roy, A., & Faure, S. (2013). La dyspraxie développementale : actualités et enjeux. *Revue de neuropsychologie*, 200-212.
- Costini, O., Roy, A., Faure, S., & Gall, D. L. (2013). La dyspraxie développementale : Actualités et enjeux . *Revue de neuropsychologie*, 200-2012.
- Duclos, G. (2018). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. QUébec: CHU Sainte justine.
- Education Nationale. (2018). *Programme du cycle 3 en vigueur à compter de la rentrée de l'année scolaire 2018-2019*.

- Fédération Française des DYS. (2015). *DYS - ENQUETE - PARCOURS SANTE : en lien avec la scolarité et l'emploi*.
- Flagey, D. (2002). *Mal à penser, mal à être : troubles instrumentaux et pathologie narcissique*. Erès.
- Franc, S. (2005). Evaluation et prise en charge médicale des dyspraxies de développement. Dans C. Gérard, V. Brun, & Collectif, *Les dyspraxies de l'enfant*. Paris: Masson.
- Frisch-Desmarez, C. (2005). Troubles narcissiques liés aux difficultés d'apprentissage chez l'enfant. *Enfances et PSY*, 87-97.
- Frisch-Desmarez, c. (2005). TROUBLES NARCISSIQUES LIÉS AUX DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE CHEZ L'ENFANT . *Enfances & Psy*, 87-97.
- Gaillot Houssais, M. (2010). *L'estime de soi des adolescents dyslexiques* . Paris 8.
- Helene J., P., Mandich, A., & Cantin, N. (2017). *L'approche CO-OP : Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* . Ottawa: Association Canadienne des ergothérapeutes .
- Huron, C. (2017). Dyspraxie ou trouble de l'acquisition de la coordination . *Encyclopaedia Universalis*.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 23-34.
- Jendoubi, V. (2002, Avril). Estime de soi et éducation scolaire. *Evaluation de la rénovation de l'enseignement primaire*. Département de l'instruction publique. Genève.
- Law, M. (2000). *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- l'INSERM, G. d. (2019). Expertise collective : synthèse et recommandation sur le troubles développemental de la coordination et dyspraxie. *Editions INSERM*.
- Magnat, J., Xavier, J., Zammourie, I., & Cohen, D. (2015, Novembre). Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, pp. 446-456.
- Magnat, Xavuer, Zammouri, & Cohen. (2015). Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective clinique et synthèses de l'état des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.

- Maintier, C., & Alaphilippe, D. (2006). Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation de soi destiné aux enfants. *L'année psychologique*, 513-542.
- Mandich, Polatajko, & Rodger. (2002). Rites of passage: Understanding participation of children with developmental coordination disorder. *Human Movement Sciences*, 583-595.
- Martinot, D. (2001). Connaissance de soi et estime de soi : ingrédients pour la réussite scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*.
- Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages : Du symptôme à la rééducation*. Masson.
- Mazeau, M. (2010). Les dyspraxies : points de repères. *Archives de pédiatrie*, 314-318.
- Mazeau, M., & Pouhet, A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages (Deuxième édition)*. Elsevier Masson.
- Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich, & Macnab. (2001). A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 183-210.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Pouplin, S., Chavoix, C., & Chaillot, F. (2018). Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie. 14-47.
- Rambaud, A. (2009). *Les effets des dispositifs pédagogiques sur l'estime de soi et la maîtrise de la lecture des élèves de cp et ce1*. Université de Nantes.
- Romelaer, P. (2005). *Chapitre 4. L'entretien de recherche », , Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. Louvain-la-neuve: De Boeck Supérieur.
- Saint-paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi*. Paris: Inter Editions .
- Smits-Engelsman, B., Blank, R., Kaay, A. V., Meijs, R. M.-V., Brand, E. V.-V., Polatajko, H., & al., e. (2013). Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis: review. *Dev Med Child Neurol*, 229-237.
- Stainback, W. (1984). Considérations méthodologiques dans la recherche qualitative. *Journal de l'Association pour les personnes souffrant de handicaps graves*, 9(4), 296-303.

- Sturges, & Hanrahan. (2004). *Compariing telephone and face-to-face qualitative interviewing*.
- Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., & Morel, M.-C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De boeck solal, ANFE.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Deuxième édition*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Vaivre-Douret, L. (2007). Troubles d'apprentissage non verbal : les dyspraxies développementales. *Archives de pédiatrie*.
- Vallieres, E., & Vallerand, R. (1990). TRADUCI'IONET VALIDATION CANADIENNEFRANCAISE DE L'ECHELLE DE L'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG. *International Journal of psychology*, 305-316.
- VanCampenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales (4ème éd. entièrement revue et augmentée)*. Paris: Dunod.
- Véran, O. (2020, mars 18). *Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19* . Récupéré sur [legifrance.gouv](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BD914C3E8E92B4A83D750AC044E6F1F7.tplgfr26s_2?cidTexte=JORFTEXT000041731893&dateTexte=20200318):
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BD914C3E8E92B4A83D750AC044E6F1F7.tplgfr26s_2?cidTexte=JORFTEXT000041731893&dateTexte=20200318

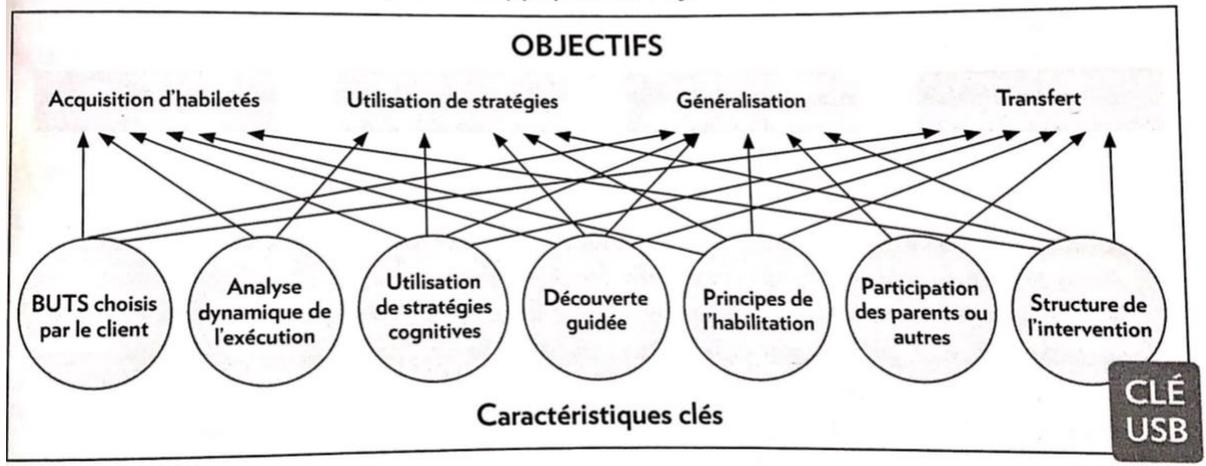
Annexes

Table des annexes

<i>Annexe 1 : Les caractéristiques clés appuyant les sous objectifs de CO-OP.....</i>	<i>I</i>
<i>Annexe 2 : Schéma de la stratégie globale de résolution de problème « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER ».....</i>	<i>II</i>
<i>Annexe 3 : Guide d'entretien Ergothérapeutes.....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe 4 : Guide d'entretien Parents.....</i>	<i>VI</i>
<i>Annexe 5 : Retranscription entretien ergothérapeute E2.....</i>	<i>VIII</i>

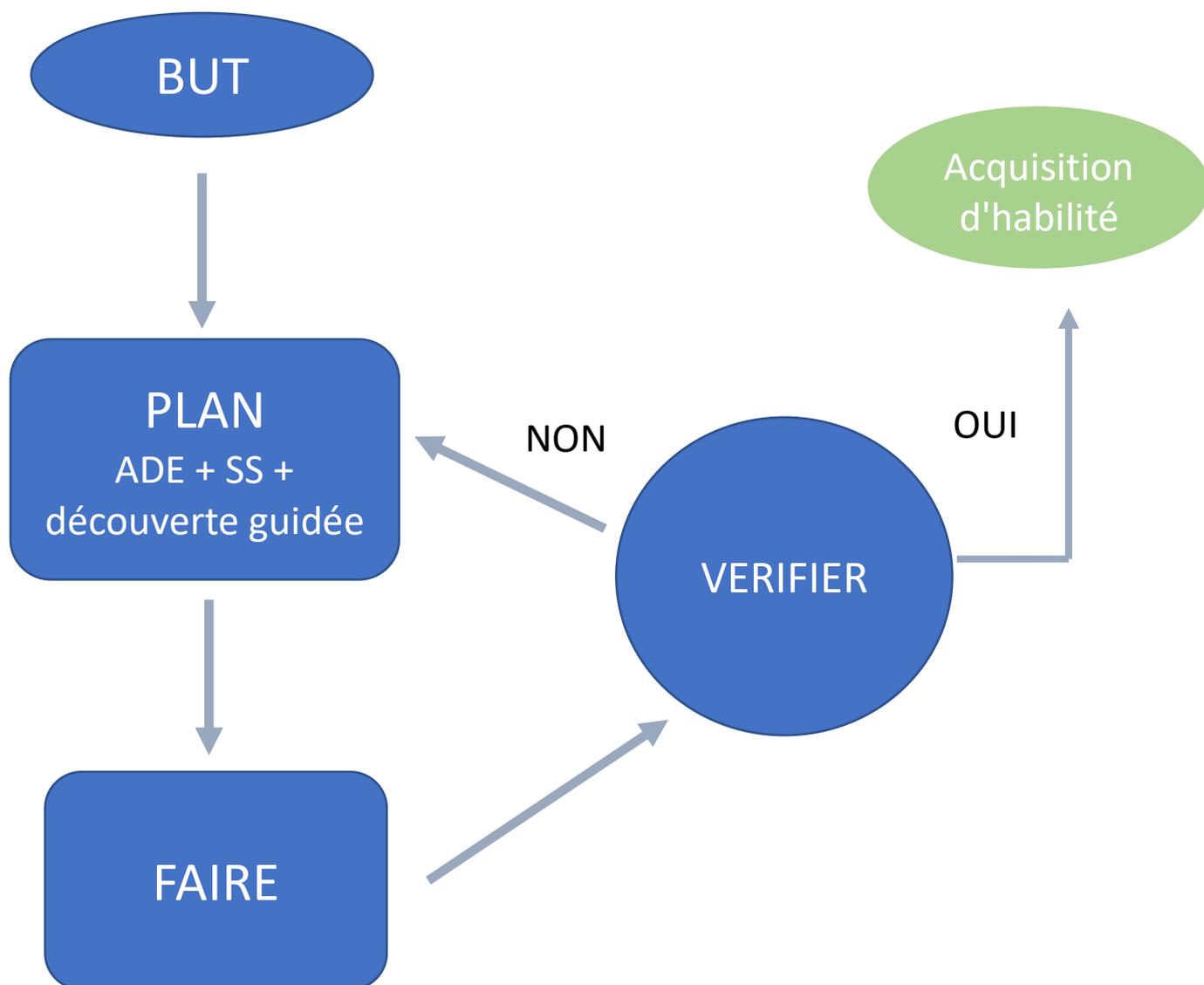
Annexe 1 : Les caractéristiques clés appuyant les sous objectifs de CO-OP

Figure 10 Les caractéristiques clés appuyant les objectifs de CO-OP



(Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)

Annexe 2 : Schéma de la stratégie globale de résolution de problème « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER »



(Helene J., Mandich, & Cantin, 2017)

Annexe 3 : Guide d'entretien Ergothérapeutes

Objectifs de l'enquête :

- Montrer que l'engagement occupationnel qui est influencé par l'estime de soi peut être amélioré par l'utilisation de CO-OP.
- Montrer comment l'ergothérapeute prend en compte dans son suivi les problèmes d'estime de soi des enfants du 3^{ème} cycle avec des TDC.
- Identifier comment l'ergothérapeute a vu évoluer l'estime de soi de l'enfant durant l'utilisation de la méthode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

Questions générales :

1) Pour débiter l'entretien, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie ?

- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Avez-vous bénéficié d'autres formations depuis que vous êtes diplômé(e) ?
- Pouvez-vous me présenter la structure dans laquelle vous travaillez et la population accueillie ? Depuis combien de temps y travaillez-vous ?
- Quelle est votre expérience auprès de la population des enfants avec TDC ?

Questions sur la méthode CO-OP :

2) Avec combien d'enfants avec TDC utilisez-vous la méthode CO-OP ?

3) Quel est l'âge de ces enfants ?

Si vous en suivez ou avez suivi un ou deux jeunes qui sont scolarisés du CM1 à la 6^{ème}, serait-ce possible de continuer l'entretien avec leur exemple ?

- Depuis combien de temps suivez-vous chacun de ces enfants ?

4) Vous n'avez utilisé que la méthode COOP avec ces enfants ? Sinon depuis combien de temps l'utilisez-vous ?

Questions autour des capacités de l'enfant :

4) Depuis le début de la Prise en soins, quels changements ont lieu dans la réalisation des différentes occupations de l'enfant, que ce soit au niveau de son rendement ou de son engagement dans l'occupation ?

- Quels changements ont lieu dans la réalisation des soins personnels ?
- Quels changements constatez-vous concernant le domaine de la scolarité et des loisirs ?
- A-t-il pu intégrer dans son quotidien les stratégies travaillées durant les séances ?
- Quel est le discours de l'enfant vis-à-vis de la réalisation de ses occupations avant la prise en soins ? Comment le discours a-t-il évolué ?

5) Comment ont évolué les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

- Avant la prise en soins l'enfant avait-il des difficultés à ce niveau-là ?
- L'enfant interagit-il davantage avec ses pairs ?
- L'enfant parle-t-il davantage avec les adultes de son entourage ?
- Demande-t-il à participer à des activités scolaires, ludiques ou sportives ?

Questions autour de l'estime de soi de l'enfant :

7) Quels propos l'enfant exprimait-il vis à vis de lui-même au début de la prise en soin ? Constatez-vous des changements ?

- L'enfant est-il capable d'exprimer ses propres qualités ?
- Y a-t-il eu une évolution positive de la satisfaction dans la MCRO par rapport aux différentes occupations que vous travaillez ensemble ?

9) Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

10) La définition que j'ai retenue pour mon mémoire est la suivante : l'estime de soi est « l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-

même ». (Jendoubi, 2002) **Pensez-vous que les TDC peuvent avoir un impact sur l'estime de soi des enfants ? Et de quelle manière avez-vous pu l'observer ?**

11) Pensez-vous avoir travaillé l'estime de soi avec l'enfant ? Si, oui comment ?

- Abordez-vous l'estime de soi de l'enfant avec TDC dans votre entretien initial ? Si oui, comment ?

12) Pensez-vous que son estime de soi (bonne ou moins bonne) influence son rendement ?

13) Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 4 : Guide d'entretien Parents

Objectifs de l'enquête :

- Montrer si les parents ont vu l'estime de soi de leur enfant modifié suite à la prise en soins avec la méthode CO-OP.
- Identifier si les parents avaient remarqué une mauvaise estime de soi chez leur enfant avant le début de la prise en soins.
- Déterminer si l'évolution de l'estime de soi de l'enfant a impacté sa façon de s'engager dans ses occupations.

Question générale :

- 1) Quel âge a votre enfant ?
- 2) Quand a été posé le diagnostic de Troubles Développementaux de la Coordination ?
- 3) Quels suivis a eu votre enfant ?

Questions autour des capacités de l'enfant :

Définitions occupations : *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs), et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité).* » (ACE,1997 cité par (Townsend & Polatajko, 2013))

4) Depuis le début de la Prise en soins, quels changements ont lieu dans la réalisation des différentes occupations de l'enfant, que ce soit au niveau de son rendement ou de son engagement dans l'occupation ?

- Quels changements ont lieu dans la réalisation des soins personnels ?
- Quels changements constatez-vous concernant le domaine de la scolarité et des loisirs ?
- A-t-il pu intégrer dans son quotidien les stratégies travaillées durant les séances ?
- Quel est le discours de l'enfant vis-à-vis de la réalisation de ses occupations avant la prise en soins ? Comment le discours a-t-il évolué ?

5) Comment ont évolués les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

- Avant la prise en soins, l'enfants avait-il des difficultés à ce niveau-là ?
- L'enfant interagit-il davantage avec ses pairs ?
- L'enfant parle-t-il davantage avec les adultes de son entourage ?
- Demande-t-il à participer à des activités scolaires, ludiques ou sportives ?

Question sur la méthode CO-OP :

6) Que connaissez-vous de l'approche CO-OP ?

7) Avez-vous pu assister à des séances d'ergothérapie ?

8) Votre enfant a-t-il pu transférer les apprentissages de la méthode dans sa vie quotidienne ?

Questions autour de l'estime de soi de l'enfant :

La définition que j'ai retenue pour mon mémoire est la suivante : l'estime de soi est « *l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même* ». (Jendoubi, 2002) Pensez-vous que les TDC peuvent avoir un impact sur l'estime de soi de votre enfant ? Et de quelle manière avez-vous pu l'observer ?

9) Quels propos l'enfant exprimait il vis à vis de lui-même au début de la prise en soin ? Constatez-vous des changements ?

- Votre enfant est-il capable d'exprimer ses propres qualités ?

Annexe 5 : Retranscription entretien ergothérapeute E2

Moi : Pour débiter l'entretien, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel en ergothérapie ?

Ergo : Ok, je suis ergothérapeute depuis 30 ans cette année et je travaille auprès d'une population d'enfant présentant des troubles neurologiques en milieu hospitalier et j'ai aussi une micro pratique libérale

Moi : d'accord et est-ce que vous auriez bénéficié d'autres formations depuis que vous êtes diplômé?

Ergo : oh oui énormément

Moi : d'accord,

Ergo : j'ai une double casquette, je suis aussi formatrice en IFE et en formation continue auprès des ergothérapeutes

Moi : d'accord, il me semble que vous réalisez des formations CO-OP

Ergo : oui, tout à fait, formateur France CO-OP exactement

Moi : Depuis combien de temps vous travaillez dans l'hôpital ?

Ergo : Dans une depuis le début et l'autre depuis 2016

Moi : Et avec les enfants TDC , quelle est votre expérience ?

ERGO : Plutôt en libérale, depuis 2013, j'accompagne 5/6 enfants en gros, qui présentent des TDC.

Moi : Et du coup, ils ont quel âge ces enfants ?

Ergo : Ça peut varier, on va dire de 6/7 à 16 ans pour les plus grands que j'ai eu

Moi : est-ce que pour continuer l'entretien ce serait possible d'utiliser 1 ou 2 exemples d'enfants scolarisés du CM1 à la 6ème ?

Ergo : Oui bien sûr, j'ai 3 jeunes en CM2 auxquels je peux me référer

Moi : D'accord, merci beaucoup, et ces trois jeunes vous les suivez depuis combien de temps ?

Ergo : l'un depuis le CE1 et les deux autres, j'ai commencé en septembre

Moi : Vous utilisez avec les trois la méthode COOP ?

Ergo : tout-à-fait !

Moi : depuis le début de la prise en soins ?

Ergo : pour le premier, non, j'ai commencé à la mettre en place en CE2 et pour les autres, oui, on a commencé à discuter avec les objectifs déterminés à l'issue de la MCRO.

Moi : Depuis le début de la PES, quels changements vous avez pu voir dans la réalisation de leurs différentes occupations ? Que ce soit au niveau du rendement ou de l'engagement dans leurs occupations ?

Ergo : Le premier, il a ce qui s'apparente aussi à des troubles du spectre autistique, donc c'est un peu compliqué, il a du mal à transférer et à généraliser l'approche.

Moi : d'accord

Ergo : Les deux autres, malheureusement je ne les ai pas vus beaucoup, entre les grèves et le confinement, mais oui, je pense à une avec qui on a appris à faire une tresse, avec un étudiant qui a travaillé avec elle et il y a eu un vrai changement au niveau des objectifs qu'on s'était fixés. Après je ne suis pas sûre du transfert et de la généralisation pour ces enfants-là car je n'ai pas eu le temps de prendre contact avec eux dernièrement.

Moi : D'accord, et est-ce qu'entre le début et maintenant par rapport à la prise en soins vous avez pu voir une évolution du discours de l'enfant vis à vis de ses occupations ?

Ergo : euh oui, donc là tous les deux sont des jumeaux que j'accompagne, une fille et un garçon qui ont une estime d'eux-mêmes complètement dans les choux, c'est très compliqué, ça s'inscrit dans un problème d'angoisse et d'anxiété massive. C'est des performances terribles aussi toutes ces histoires là et c'est compliqué. Ils ont du mal eux à reconnaître les acquisitions qu'ils font en tout cas.

Moi : Et est-ce qu'ils ont des problèmes par rapport aux interactions avec autrui ?

Ergo : Alors l'un des trois, le premier, oui, mais les deux autres c'est variable oui, c'est quand même pas net.

Moi : Et du coup le premier, est-ce que c'est lié à ses TDC ou pas vraiment ?

Ergo : On ne sait pas très bien, l'un et l'autre, mais il fait partie d'un groupe d'habilité sociale depuis Septembre.

Moi : D'accord et du coup pour les autres pour interagir avec leurs pairs, il n'y a pas spécialement de difficultés ?

Ergo : Pas spécialement non, le garçon jumeau non, la fille c'est variable.

Moi : Et par rapport à la scolarité ?

Ergo : Ce sont des enfants brillants, ils n'ont pas de problèmes d'apprentissages académiques, on va dire, ce ne sont pas des troubles sévères des apprentissages, pour le premier, lui il est plus en difficulté en mathématiques, notamment en géométrie et les deux autres, ils vont avoir des difficultés de langage écrit notamment en orthographe et en mathématiques, un peu pour l'utilisation des outils.

Moi : Au début de la PES, comment était d'après vous leur estime d'eux-mêmes ?

Ergo : Alors, les deux jumeaux, elle était assez mauvaise et pour le premier, on ne sait pas très bien.

Moi : D'accord, par exemple quel discours pouvaient-ils avoir par rapport à eux-mêmes ?

Ergo : Alors on a travaillé avec des étudiants avec les jumeaux pour dire des mots positifs, le garçon, il disait "non, non je ne peux pas le dire" donc on est sur une grande fragilité narcissique et la fille quand on lui pose une question, elle est tout le temps à surenchérir, même si la question était simple, elle va dire "il faut faire comme ça ou comme ça ?". Elle est toujours dans quelque chose où elle surenchérit, elle repose les questions, il y a un manque de confiance en elle majeure. Ça fait un peu situation d'évitement comme ça "je ne me lance pas tout de suite", ça permet d'éviter la situation.

Moi : Du coup, vous n'avez pas eu le temps de réaliser une réévaluation de la MCRO ?

Ergo : Pour les jumeaux non, pour le premier, on en a fait plusieurs mais c'est pas qu'il manque d'objectivité mais c'est difficile pour lui de s'autoévaluer. Et les autres, j'ai évalué la fille en mars l'année dernière et j'ai commencé en septembre et le garçon je l'ai évalué en août et j'ai commencé aussi en septembre. Donc les jumeaux sont des enfants qui ont des grandes fragilités, cela leur arrive d'être déscolarisé, donc il y a des fois où je ne les ai pas vu non plus.

Moi : Le premier, comment étaient ses réévaluations ?

Ergo : Le premier, il est plutôt content de lui, la satisfaction augmente, il n'a jamais montré qu'il était très insatisfait de la situation non plus. Lui, c'est difficile de mesurer exactement ses ressentis.

Moi : D'accord, vous, comment est-ce que vous définiriez l'estime de soi ?

Ergo : Alors l'estime de soi je n'ai pas de définition en tant que tel, mais c'est le sentiment d'efficacité personnelle, le fait de faire confiance aux activités qu'on a, avoir le sentiment d'être à la hauteur aussi en fonction des tâches qu'on a réalisé. Un regard positif sur soi.

Moi : Personnellement pour mon mémoire, j'ai retenu la définition suivante qui est : *l'estime de soi est « l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même »*. (Jendoubi, 2002) Et pour vous, est-ce que vous pensez que les TDC peuvent avoir un impact sur cette estime de soi ?

Ergo : Alors, globalement pour tous les troubles du neurodéveloppementaux, s'apparente une anxiété majeure avec une estime de soi faible, et la question des TDC particulièrement aussi parce qu'il y a souvent une confrontation à la réalité, à la norme avec des enfants qui mesure parce qu'ils sont

intelligents, ce qu'ils n'arrivent pas à faire et de ce fait se dénigrent énormément. Ils ne vont pas vers certaines tâches, ils les évitent.

Moi : Pensez-vous vous travailler d'une quelconque façon l'estime de soi avec l'enfant.

Ergo : Alors c'est vrai qu'avec COOP, et en tout cas les mettre en situation de réussite, c'est assez revalorisant sur le plan narcissique. Quand ils acceptent leur réussite, c'est à dire que c'est arrivé qu'il y en ait un qui me dise oui mais j'ai réussi parce que tu m'as aidé. Tout seul, j'y arrive pas, c'est aussi reprendre confiance en ses capacités propres et c'est vrai que ce que j'apprécie c'est que la réussite vienne d'eux parce qu'ils trouvent leurs propres solutions grâce aux plans et bien sûr grâce à la découverte guidée que nous on fait évidemment, et très vite il y en a qui sont vraiment satisfaits qui vont vouloir montrer à leurs parents cette réussite.

Moi : Est-ce que dans votre entretien initial vous abordez l'estime de soi de l'enfant ?

Ergo : Alors ce sont des enfants qui sont extrêmement dévalorisés effectivement donc ce que je fais c'est que on met des mots dessus avec, ce que j'aime bien leurs dire c'est de mettre des mots, alors il y arrive pas c'est vrai ce n'est pas juste d'avoir un TDC. Mais on a quand même essayé de trouver des solutions pour y arriver, pour les tâches qui sont importantes pour toi. Après, il y a beaucoup de notion de réassurance parce que ça c'est important et en lien avec l'importance que l'enfant accorde. C'est à dire que souvent, on va essayer de dédramatiser les situations et souvent en lien avec les parents car il y a souvent beaucoup de pression de la part des parents aussi.

Moi : D'accord. S'il y a une évolution de l'estime de soi, avez-vous l'impression que cette estime de soi elle influence le rendement de l'enfant ?

Ergo : Oui, ils partent moins perdants c'est-à-dire qu'ils sont plus à dire on va y arriver. C'est aussi important d'avoir des enfants qui partent déjà avec des sentiments positifs et on sait que quand on part avec un sentiment positif, quelque chose d'une réussite, on y arrive mieux que quand on part négatif car on prépare son cerveau à des aspects positifs et voilà. COOP c'est beaucoup de réassurance entre la découverte guidée, donc très à l'américaine, je ne dis pas le contraire mais sans en faire des caisses non plus, faut savoir doser mais oui c'est quelque chose de très porteur en tout cas.

Moi : Et du coup par rapport à ça, est-ce que vous avez l'impression que ça impacte d'autres occupations même si vous ne les avez pas travaillées en séances ?

Ergo : Oui je pense au premier garçon. Un jour il a dit à son AVS :mais là pour réussir ça il faut que j'ai un plan, il était sur Star Wars avec maître Yoda et il a dit à son AVS que ferait Yoda ? Donc il est quand même dans une démarche avec quelque chose qui s'est amorcé, qui peut le rassurer et diminuer le niveau d'angoisse.

Moi : D'accord, il généralise les stratégies ?

Ergo : Oui

Moi : Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?

Ergo : Alors moi je suis une ergo avec beaucoup d'expérience, ça fait très longtemps que je travaille avec des enfants, c'est vrai que CO-OP nous a apporté un cadre avec des théories, des modèles sur lesquels on peut vraiment s'appuyer, et puis une structure dans la méthode qui permet de bien rester centré sur les occupations et c'est vrai que le fait de mettre l'enfant dans des situations de réussite dans une occupation, ça renforce l'estime de soi et peut-être que là peut s'amorcer un travail psychologique plus intéressant avec mes collègues psy et par ailleurs, je travaille avec une fille qui est un peu plus âgée et j'ai une consultation pluridisciplinaire avec une neuropsychologue et psychologue, elle a la double casquette. Et très souvent de passer par les occupations, ça libère entre guillemet des choses et permet de les reprendre à un niveau psy après derrière avec la famille. Donc, c'est aussi très intéressant parce que les TDC aussi ça s'inscrit dans des dynamiques familiales, il ne faut pas oublier la famille, et ce qui est difficile, c'est quand la famille ne prend pas le relais, on a beau faire Coop tout seul, quand l'enfant est jeune, si on n'a pas de relai familial, c'est tout de suite plus dur.

Moi : D'accord merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Résumé

L'enfant avec des Troubles Développementaux de la Coordination et l'estime de soi : l'utilisation de la méthode CO-OP.

Mots clés : Troubles développementaux de la coordination, estime de soi, CO-OP, Ergothérapie

Les Troubles Développementaux de la Coordination (TDC) font partie de ce que l'on appelle les Troubles Spécifiques du Développement Moteur et sont souvent associés chez les enfants à des difficultés au niveau de leur estime de soi. Cette recherche a pour but de démontrer que l'estime de soi chez l'enfant avec des TDC pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) lors de la prise en soin en ergothérapie. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de quatre ergothérapeutes utilisant cette méthode auprès d'enfants avec TDC, scolarisés en cycle 3. Cette enquête a pu apporter différents éléments de réponse. En effet, une majorité des ergothérapeutes interrogés ont pu relever une augmentation de la satisfaction dans la Mesure Canadienne du Rendement et de l'Occupation (MCRO) et une amélioration de rendement dans les occupations travaillées. Les professionnels ont aussi pu remarquer une évolution positive du discours de l'enfant sur ses propres occupations. Les résultats s'accordent avec la théorie mais ils sont peut représentatifs.

Pour conclure, il y a plusieurs limites à cette enquête dont le fait de n'avoir pas pu interroger de parents. Mais les résultats permettent tout de même d'avancer que l'estime de soi de certains des enfants a été améliorée suite à l'utilisation de l'approche CO-OP. Nous pouvons donc dire que l'hypothèse est partiellement validée.

Abstract

Children with Developmental Coordination Disorder and self-esteem : using CO-OP approach

Key words : Developmental Coordination Disorder, self-esteem, CO-OP, Occupational therapy

Developmental Coordination Disorder (DCD) is often associated with self-esteem problems in children. This research tries to demonstrate that the use of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach in Occupational therapy could improve self-esteem in children with DCD. Semi-structured interviews were conducted with four Occupational therapists who use this approach with children with DCD. These children are between the ages of 9 to 11. This investigation provided different replies. Indeed, most of the occupational therapists interviewed have been able to detect satisfaction and performance improvements in the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). They could also detect a positive evolution of the child's feedback about his own occupations. All the results match the theory but they are not representative.

To conclude, there are some limits with this investigation like the fact that I couldn't interview parents. However, the results allow us to confirm that using CO-OP approach has improved some of the children's self-esteem. So, the hypothesis is partially validated.