

Mai 2020

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour le diplôme d'état  
d'ergothérapeute

## OT'isme et Intégration Sensorielle

Le questionnement du rendement occupationnel des enfants présentant des troubles  
du spectre de l'autisme



Durant la réalisation de ce mémoire, je me suis permise le jeu de mots « OT'isme et Intégration Sensorielle » afin de faire un clin d'œil à la profession de l'ergothérapie et ses professionnels nommés « *Occupational Therapist* » en anglais, soit « OT ». « OT'isme », faisant référence à l'autisme.

**Soutenu par Charlotte PICHON**

Sous la direction de Valérie Laurent



# Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation 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, Charlotte Pichon étudiante en 3<sup>ème</sup> 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 27 mai 2020

Signature :

PICHON Charlotte

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pichon', written over a horizontal line.

## **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

La réalisation de cet écrit d'initiation à la recherche n'aurait pu avoir lieu sans l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné ou soutenu.

Premièrement, je souhaite remercier Madame Valérie Laurent, ma maîtresse de mémoire, pour son implication durant cette année d'accompagnement, où ses conseils comme son soutien furent tout autant précieux qu'infaillibles.

Secondement, je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire, tels que : les ergothérapeutes en entretien, les professionnels m'ayant sensibilisé à mon sujet, plus particulièrement Séverine Campain ou encore l'équipe pédagogique de l'institut de formation de Créteil.

Pour clôturer ses remerciements, je tiens à remercier ma mère, mon père et l'ensemble dans ma famille, ainsi que mes amis de leur soutien continu, et enfin Victor.

*« Nos cinq sens imparfaits, donnés par la nature, de nos biens, de nos maux, sont la seule mesure »*

Voltaire (1734)

*« Le doute est le sel de l'esprit »*

Alain (20<sup>ème</sup> siècle)

# Glossaire

**A.DI-R** : *Autism Diagnostic Interview Revised*

**ABA** : *Applied Behaviour Analysis*

**ABC** : *Antecedant Behavior- Consequence*

**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**APA** : *American Psychiatric Association*

**AVQ** : Activités de Vie Quotidienne

**BOT** : *Bruininks-Oseretzky Test*

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CARS** : *Children Autism Rating Scale*

**CATTP** : Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel

**CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et des Adolescents

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CLIS** : Classe pour l'Inclusion Scolaire

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CMPP** : Centre Médico Psycho Pédagogique

**CP** : Comportement Problème

**CRAIF** : Centre Ressources Autisme Île-de-France

**CRETCD** : Clinique Régionale d'Évaluation des Troubles Complexe du Développement

**DIR** : *Developmental, Individual-differences, Relationship-based*

**DSM** : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*

**DTIS** : Dysfonctionnements du Traitement de l'Information Sensorielle

**DTVP** : *Developmental Test of Visual Perception*

**ECPA** : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée

**EMP** : Externat Médico-Pédagogique

**EMPRO** : Établissement Médico-Professionnel

**EPOCAA** : Échelle d'Évaluation pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme

**ESAA** : Evaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HDJ** : Hôpital De Jour

**IME** : Institut Médico-Éducatif

**IMP** : Institut Médico-Pédagogique

**IMPRO** : Institut Médico-Professionnel

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**IS** : Intégration Sensorielle

**MABC** : *Movement Assessment Battery for Children*

**MCREO** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MOH** : *Ministry Of Health*

**NEPSY** : *Developmental NEuroPSYchological Assessment*

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PCR** : *Sensory Profile Checklist Revised*

**PPH** : Processus de Production du Handicap

**QI** : Quotient Intellectuel

**RO** : Rendement Occupationnel

**SESSAD** : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile :

**SIPT** : *Sensory Integration and Praxis Tests*

**SPM** : *Sensory Processing Measure*

**SPCR** : *Sensory Profile Checklist Revised*

**TEACCH** : *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren*

**TED** : Trouble Envahissant du Développement

**TSA** : Trouble du Spectre de l'Autisme

**UEM** : Unité d'Enseignement en Maternelle

**UEMA** : Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme

**ULIS** : Unité Localisée pour l'Intégration Scolaire

# Contenu

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Cadre conceptuel .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (Low, et al., 2014) 4</b>	
2.1.1	Présentation du modèle.....	4
2.1.2	Le rendement occupationnel des personnes avec TSA.....	5
<b>2.2</b>	<b>Les troubles du spectre de l'autisme .....</b>	<b>6</b>
2.2.1	Historique des définitions de l'autisme.....	6
2.2.2	Classification et Diagnostic.....	7
2.2.3	Epidémiologie.....	8
2.2.4	Etiologie.....	10
2.2.5	Sémiologie médicale .....	10
2.2.6	La prise en soin.....	17
<b>2.3</b>	<b>Intégration sensorielle .....</b>	<b>22</b>
2.3.1	Historique de l'intégration sensorielle .....	22
2.3.2	L'approche d'intégration sensorielle en Ergothérapie.....	23
2.3.3	Prise en charge du dysfonctionnement du traitement de l'information sensorielle .....	23
<b>3</b>	<b>Cadre pratique.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Méthodologie.....</b>	<b>32</b>
3.1.1	Objectifs de l'enquête .....	32
3.1.2	Outils d'expérimentation .....	33
3.1.3	Démarchage des ergothérapeutes.....	36
<b>3.2</b>	<b>Résultats de l'enquête et Analyses des résultats.....</b>	<b>36</b>
3.2.1	Présentation et analyse globale des résultats.....	36
3.2.2	Analyse par objectifs .....	51
<b>3.3</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>54</b>
3.3.1	Confrontation de la partie expérimentale à la partie théorique.....	54
3.3.2	Limites de l'initiation à la recherche .....	58
3.3.3	Intérêts de l'initiation à la recherche .....	60
<b>4</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
<b>5</b>	<b>Références .....</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>Sommaire des annexes.....</b>	<b>71</b>



# 1 INTRODUCTION

---

Aujourd'hui, lorsque nous écrivons autisme dans les barres de recherches internet suivent les mots « définitions », « asperger », « test » et « causes ». Cependant, qu'est-ce que l'autisme et qu'en savons-nous réellement ?

D'un point de vue médiatique, reviennent souvent les noms de personnes autistes Asperger tels que Joseph Shovanec qui est philosophe ou encore Greta Thunberg écologiste activiste chez les jeunes.

D'un point de vue scientifique l'autisme a une définition en constante évolution. D'après les recherches scientifiques, l'autisme est passé d'un stade de méconnaissance à un stade de mal connaissance. Ceci dans le sens où la totalité des causes et des facteurs nécessite davantage de questionnements et d'études. Si les parents parviennent à communiquer leurs difficultés et besoins concernant la prise en charge comme le diagnostic de leur enfant, il est nécessaire que les différents professionnels médicaux et paramédicaux soient à jour sur l'autisme en parallèle des recherches établies. C'est ce sur quoi plusieurs engagements de la 4<sup>ème</sup> récurrence du plan autisme s'appuient (Cluzel, Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, 2020). En effet, les mesures de santé publique prises pour 2018-2022 pour le plan autisme concernent la création d'un réseau de recherche d'excellence, avec des bases de données fiables. Tout ceci, afin d'assurer une diffusion rapide des nouvelles connaissances auprès des professionnels de santé et des personnes impliquées. (Cluzel, Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement, 2018)

Si en première année d'ergothérapie, je m'interrogeai sur ma méconnaissance au sujet de l'autisme avec mon groupe de lecture, si en deuxième année j'ai réalisé un stage avec une population d'autistes, en troisième année j'ai décidé de me consacrer à la recherche sur l'autisme, ceci en tant que futur professionnel d'ergothérapie.

En effet, après avoir réfléchi à de nombreux sujets, c'est finalement sur les personnes présentant des TSA<sup>1</sup> que s'est portée ma réflexion. A mon stage de semestre 4, en maison d'accueil spécialisée, plusieurs situations m'ont amené à me questionner. En observant certains comportements, allant jusqu'à de sérieuses conséquences d'ordre de santé physique, je me suis interrogée sur la manière de réduire, faire cesser ces comportements ou bien même si cela n'est possible, de permettre ces comportements en toute sécurité. « L'objectif de

---

<sup>1</sup> Trouble(s) du Spectre de l'Autisme

l'ergothérapie (*occupational therapy*) [étant] de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. » ((ANFE), 2019)<sup>2</sup>

Je me rappelle notamment une résidente qui a pu s'ouvrir la tête en cherchant à entrer en collision avec des surfaces dures telles que des murs ou encore d'un résident qui a provoqué de nombreux prolapsus en étant dans des épisodes de fouilles annales. Pourquoi ces résidents adoptent-ils ce type de comportement ? De quelle manière comprendre leurs demandes et besoins ? Quelles sont les conséquences sur le rendement occupationnel de ces personnes ? Lorsque l'ergothérapeute rencontre ces problématiques, il est amené à faire de nombreuses hypothèses pour trouver le point qui suscite de l'intérêt dans le comportement problème présent de la personne atteinte de TSA. Ainsi, je me suis demandée comment comprendre la personne atteinte de TSA et comment permettre son bien-être de façon adaptée mais aussi comment augmenter leur rendement occupationnel quand un comportement problème devient invasif. Après avoir fait la lecture de nombreux témoignages dont celui de parents, la prise en charge des enfants m'a interrogé. Qu'en est-il de la prise en charge des enfants présentant des TSA ? Quelles méthodes sont mises en place ? Comment aider les parents et l'enfant au sujet des comportements problèmes et du rendement occupationnel ?

La personne présentant des TSA est comme une radio brouillée dont on ne connaît la fréquence et c'est ce pourquoi il faut essayer chacune des fréquences en partant de diverses hypothèses. Les personnes comprenant des TSA ont longtemps été citées comme non communicantes. Or si l'on regarde la définition de l'autisme : « Les troubles du spectre de l'autisme regroupent un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs » ((OMS), 2017)<sup>3</sup> ; nous pouvons constater qu'il n'est pas question de non communication mais d'altération de celle-ci. Considéré comme « à l'est » (Schovanec, 2015) comme le prononce Joseph Schovanec, l'autisme est mal compris. Et ceci notamment lors de certains troubles apparentés comme l'agressivité qui m'a questionné chez certains résidents de mon stage, trouble répertorié dans les comportements problèmes. Ainsi pour parer ces situations pouvant influencer les occupations de la vie quotidienne, j'ai pris connaissance de l'usage du protocole Wilbarger (Labbé, Le protocole Wilbarger, 2020), qui est un processus sensoriel qui comporte une partie de brosse et une partie avec des compressions articulaires. Protocole que j'ai pu observer et pratiquer en stage avec la résidente qui se heurtait aux murs. Ce n'est qu'après de multiples recherches que je me suis questionnée davantage : que ce soit sur l'occupation et son rendement chez les personnes

---

<sup>2</sup> Association Nationale Française des ergothérapeutes

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé

avec TSA ou sur le protocole Wilbarger qui s'inscrit dans un plus grand registre, celui de l'intégration sensorielle.

Ainsi j'ai choisi de cibler une problématique parmi toutes celles possibles qui est :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il permettre d'augmenter le rendement occupationnel des enfants présentant des troubles de spectre de l'autisme (TSA) ?**

L'hypothèse, afin de répondre à la problématique étant :

**L'emploi de l'intégration sensorielle en ergothérapie permet une diminution des comportements problématiques favorisant ainsi le rendement occupationnel des enfants avec TSA.**

Afin de répondre au sujet de ce mémoire, nous commencerons par évoquer le cadre théorique, dans lequel nous développerons le modèle conceptuel utilisé, puis nous définirons les TSA plus particulièrement dans le cas des enfants et ce qu'est l'intégration sensorielle. En un second temps, nous aborderons le cadre pratique constitué de la méthodologie, des objectifs de l'enquête ainsi que les résultats ou encore une discussion.

## 2 CADRE CONCEPTUEL

---

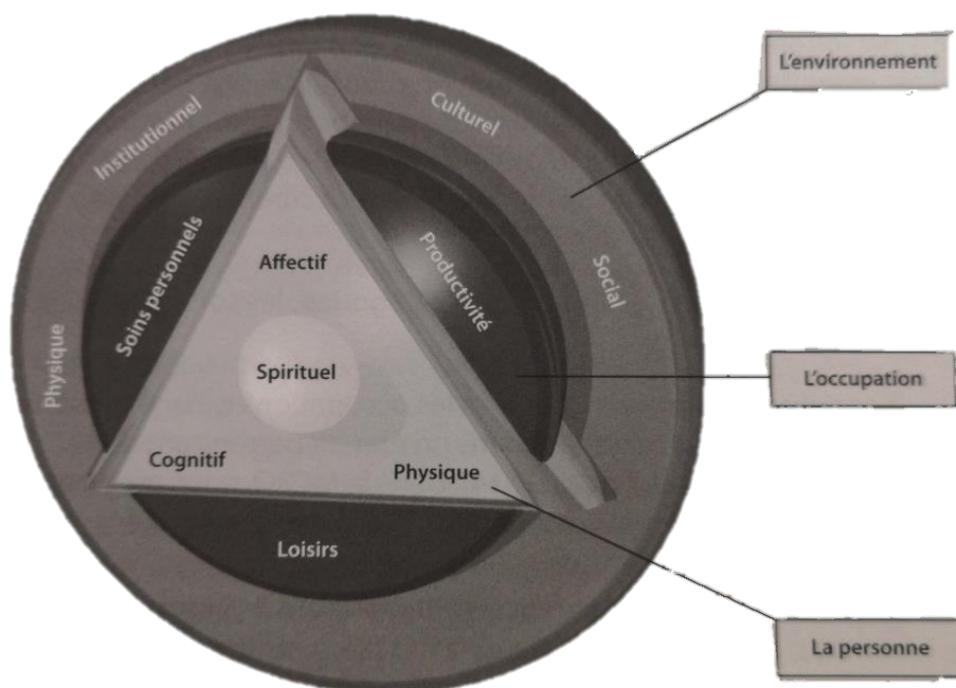
### 2.1 LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS (LOW, ET AL., 2014)

---

#### 2.1.1 Présentation du modèle

---

Durant le développement de ce mémoire, j'utiliserai le MCREO<sup>4</sup> comme base de ma réflexion après de multiples recherches concernant les modèles conceptuels (Morel-Bracq, 2017).



Reproduit de *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, 1997 © CAOT Publications ACE

Schéma : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (Low, et al., 2014)

Ceci pour la raison majeure, que son bilan « La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel » (MCRO) est « utilisé afin de déterminer la nature des difficultés concernant le rendement occupationnel ». Ceci en sachant que ce modèle conceptuel, conçu à l'intention des ergothérapeutes, est client-centré.

---

<sup>4</sup> Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

Ce modèle se subdivise en 3 champs :

- **La personne**, composée de son aspect affectif, cognitif, physique tout en prenant en compte l'aspect spirituel
- **L'occupation**, comprenant les soins personnels, la productivité et les loisirs
- **L'environnement**, qu'il soit intentionnel, culturel, social ou encore physique.

« Le MCREO illustre que le rendement occupationnel est le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation ». (Low, et al., 2014, p. 3) A noter, que le rendement occupationnel est défini comme la capacité d'un individu à exécuter certaines occupations ainsi que sa satisfaction à l'égard de sa réalisation. En revanche « une difficulté au plan du rendement occupationnel se définit comme : une occupation qu'une personne VEUT REALISER ou DEVRAIT REALISER, mais N'ARRIVE PAS A REALISER ou NE REALISE PAS A SA PROPRE SATISFACTION. » (Low, et al., 2014, p. 4)

## 2.1.2 Le rendement occupationnel des personnes avec TSA

---

Durant le développement de ce mémoire sera abordée la notion de rendement occupationnel précédemment définie. En effet, il peut être le sujet de témoignages de certains parents comme nous le développerons dans certaines parties de ce mémoire. Le rendement occupationnel peut effectivement questionner. Durant un débat, auquel j'ai participé en Seine-et-Marne, débat qui suivait le visionnage du film *Hors Normes*<sup>5</sup>, nous pouvons citer la mère d'un enfant mineur présentant des TSA qui questionnait les directeurs et psychologues de différentes associations présentes : « *Quel est l'avenir de mon enfant, quand en structure j'apprends qu'il fait uniquement du coloriage ?* », « *personne ne veut lui donner les moyens d'exploiter ses capacités informatiques qui sont pourtant immenses et importantes pour lui* ».

Pour donner suite à la définition et au témoignage du rendement occupationnel, nous allons nous intéresser à ce que sont les TSA de l'autisme et observer en quoi ils peuvent constituer un facteur à considérer dans le rendement occupationnel.

---

<sup>5</sup> [http://www.allocine.fr/film/fichefilm\\_gen\\_cfilm=265905.html](http://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=265905.html)

## 2.2 LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

---

### 2.2.1 Historique des définitions de l'autisme

---

D'après la définition du Larousse, l'autisme est un nom masculin tiré de l'allemand *Autismus* lui-même issu du grec *autos* qui signifie soi-même. Il est défini par un « trouble du développement neurologique caractérisé par une altération des interactions sociales (repli pathologique sur soi), de la communication (langage) et du comportement » (Larousse, 2020). Cependant, nous pouvons compléter cette simple définition du dictionnaire en établissant un historique du terme afin d'en explorer tous les aspects mais aussi ses origines.

#### 2.2.1.1 1911

En effet, le terme a été utilisé pour la première fois par Eugen Bleuler en 1911, un psychiatre suisse qui définissait l'attitude des personnes atteintes de troubles schizophréniques comme singulière. (Bleuler, 1911)

#### 2.2.1.2 1943

Ce terme a été remployé par Leo Kanner en 1943 pour en faire la première description de l'autisme en tant que trouble psychiatrique à part entière. Kanner établit une description clinique de l'autisme infantile qu'il distingue de la schizophrénie infantile par l'existence « d'emblée [d] 'un repli autistique extrême qui, chaque fois que c'est possible, fait négliger, ignorer, refuser à l'enfant tout ce qui lui vient de l'extérieur » (Kanner, 1943). Les deux symptômes révélant l'autisme seraient d'après Kanner : *aloneness* (solitude extrême) et *sameness* (immuabilité, maintien de la permanence).

#### 2.2.1.3 1944

Cependant en 1944, Hans Asperger affirme lui que « la possibilité doit également être considérée ici, il pourrait s'agir d'un trouble de la personnalité post-céphalique » (Asperger, 1944, p. 96), soit une pathologie non innée. Il la caractérise plusieurs fois « Nous voyons donc ici ce que nous allons rencontrer chez presque toutes les personnes autistes. Un intérêt particulier formé que le garçon dans sa « spécialité » à l'ensemble capable de performances inhabituelles. » (Asperger, 1944, p. 90), « Par-dessus tout, les stéréotypes qui caractérisent l'autiste » (Asperger, 1944, p. 109) et « l'adaptation sociale, vous devez tout apprendre intellectuellement » (Asperger, 1944, p. 103).

#### 2.2.1.4 1972

Ces trois citations ont pu faire le complément d'étude de Lorna Wing, Judith Gould et leur équipe qui s'accordent pour alors établir une triade autistique : les « 914 enfants, ont ensuite été

sélectionnés [...] Selon l'un des critères suivants ou les deux. Le premier critère était la présence d'au moins un des éléments suivants, quel que soit le niveau d'intelligence : a) absence ou altération des interactions, en particulier avec les pairs ; b) absence ou altération du développement du langage verbal et non verbal ; c) activités répétitives et stéréotypées. » (Wing & Gould, 1979, p. 13).

## Annexe I : La triade autistique

### 2.2.1.5 2005

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 90 JORF 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées modifie l'article L246-1 en énonçant : « Toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques. Adaptée à l'état et à l'âge de la personne, cette prise en charge peut être d'ordre éducatif, pédagogique, thérapeutique et social. » (Légifrance, 2020)

### 2.2.1.6 2017

L'OMS se base sur la triade pour publier la définition suivante « Les troubles du spectre autistique regroupent un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs » ((OMS), Troubles du spectre autistique, 2017).

## 2.2.2 Classification et Diagnostic

---

Il y a plusieurs organismes qui classifient l'autisme infantile.

La Classification Internationale des Maladies 10ème révision (CIM<sup>6</sup>-10) liste l'autisme infantile parmi la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles comportements : critères diagnostiques pour la recherche. Cette dernière aborde les anomalies ou les altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants avant 3 ans : langage, développements sociaux et jeu fonctionnel. Elle classifie également la personne autiste s'il y a présence d'au moins 6 symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) : (1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, (2) Altérations qualitatives de la communication et (3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités ((OMS), CIM-10 / ICD-10 Classification

---

<sup>6</sup> Classification Internationale des Maladies

internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche, 2000).

## Annexe II : Critères de la CIM-10 pour l'autisme infantile

Il est intéressant de constater qu'il existe une Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) qui en 2012, lors de sa cinquième révision suit les éléments de la CIM-10 en remplaçant certains termes controversés par TED<sup>7</sup>. Tout comme il existe une classification française, en Amérique du Nord l'APA<sup>8</sup> a publié le DSM<sup>9</sup>-5, qui permet une harmonisation internationale des classifications.

La France a adopté en 2000 la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). La CIM est produite sous la direction de l'OMS et définit l'autisme infantile en utilisant les bases décrites par Lorna WING au sujet de la triade autistique. Cependant, il faut noter qu'une onzième révision a été adoptée en mai 2019 et sera appliquée le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Il faut noter que le CIM-10 sert de valeur de base pour les organismes nationaux DSM-5 et CFTMEA.

L'expertise clinique est essentielle pour préciser un diagnostic : Connaissances, Entraînement clinique, Développement de l'expertise, Modalités d'évaluation ((CRETCD), 2013)<sup>10</sup>. A noter qu'il existe différents supports d'évaluation. Le diagnostic est établi selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS<sup>11</sup>.

## Annexe III : Parcours de l'enfant et sa famille, de l'identification des premiers signes d'alerte à la mise en place des premières interventions

### 2.2.3 Epidémiologie

---

#### 2.2.3.1 (USA) ((CDC), 2014)

Depuis 2002, le programme de suivi épidémiologique *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM)* des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis suit la progression épidémiologique de la condition du spectre de l'autisme (Trouble du spectre de l'autisme - TSA). Les indicateurs ont été analysés à partir de tous les dossiers de santé et les dossiers

---

<sup>7</sup> Troubles Envahissants du Développement

<sup>8</sup> *American Psychiatric Association*

<sup>9</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*

<sup>10</sup> Clinique Régionale d'Evaluation des Troubles Complexes du Développement

<sup>11</sup> Haute Autorité de Santé

scolaires des enfants âgés de 8 ans provenant de 11 communautés. Sur cet échantillon, on estime qu'en 2014, 1 enfant sur 68 présentait un trouble du spectre de l'autisme TSA, ceci avec une augmentation de la prévalence constatée depuis 2002.

### 2.2.3.2 (CANADA) (Gouvernement du Canada, 2018)

Au Canada, l'Agence de la Santé publique du Canada a mis sur pied en 2011 un comité d'experts qui suivra l'évolution des taux de prévalence au pays. Le Comité de surveillance des troubles du développement de l'Agence de la santé publique du Canada a maintenant le mandat de collaborer à la mise en place d'un système de surveillance sur la prévalence du trouble du spectre de l'autisme au pays. Comme aux États Unis, la prévalence rapportée est beaucoup plus élevée chez les garçons que chez les filles. Les diagnostics de TSA étaient quatre fois plus élevés chez les garçons que chez les filles, soit 1 garçon sur 42 par rapport à 1 fille sur 165.

En 2015, l'estimation de la prévalence du trouble du spectre de l'autisme TSA au Canada, incluant les enfants et les adultes, est de 1 sur 94. Chez les enfants âgés de 5 à 17 ans, la prévalence était de 1 enfant sur 66. Le nombre d'enfants et d'adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme TSA variait d'une province ou territoire à l'autre, allant de 1 sur 126 au Yukon à 1 sur 57 à Terre-Neuve-et-Labrador. Malgré les différences entre les méthodes employées par le Canada et les États-Unis, les résultats de ces deux systèmes de surveillance sont assez similaires, avec un taux de prévalence du trouble du spectre de l'autisme TSA chez les enfants âgés de 8 ans de 1 sur 63 au Canada (2015) et de 1 sur 68 aux États-Unis (2012).

### 2.2.3.3 (France) (Labbé, Les statistiques et le taux de prévalence en lien avec le trouble du spectre de l'autisme TSA, 2020)

En France, il n'y a pas d'échantillon statistique réel. D'après la stratégie nationale de l'autisme 2018, les statistiques sont effectuées à partir d'une moyenne internationale. La prévalence internationale moyenne est de 1%, ce qui amène aux chiffres suivants : environ 7500 nouveau-nés et naissent avec des TSA , de plus, on estime qu'environ 100000 jeunes de moins de 20 ans seraient atteints de TSA . L'HAS retient une estimation entre 0.9 et 1.2 % des individus. ((HAS), Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, 2018)

En France, l'institut Pasteur estime à 700000 le nombre de personnes atteintes d'autisme en France dont 100000, de plus quatre fois plus de garçons sont diagnostiqués autistes. De plus, 1 enfant sur 100 présente un TSA. (Cluzel, Autisme Changeons la donne !, 2018)

## 2.2.4 Etiologie

---

Les causes exactes de l'autisme ne sont toujours pas découvertes, cependant, les recherches récentes laissent à penser que l'autisme aurait des origines multifactorielles avec une grande implication des facteurs génétiques. En effet la modification de gènes liée à la maturation synaptique semble être principalement en cause, et oriente ainsi les études vers les modifications de la connectivité et des neurones induites par l'expression de ces gènes. (INSERM, 2018) (Schultz, Levy, & Mandell, 2009). Une des études les plus vastes publiée en 2014, suggère que les facteurs de l'autisme seraient approximativement à 50% génétique et à 50% environnemental. (Sandin, Lichtenstein, & Kuja-Halkola, 2014)

Il faut cependant noter qu'il est difficile de différencier les facteurs environnementaux et les facteurs génétiques étant donné que l'autisme est un caractère phénotypique issu d'interactions complexes. (Rossignol, Genius, & Frye, 2014). L'autisme serait lié à des gènes différents, et les effets de mutations spontanées ne sont pas négligeables. Il est aussi intéressant de préciser qu'une étude de 2015 a souligné le fait que dans 50% des cas d'autisme, cela pouvait s'expliquer par des mutations de novo. (Lossifov, et al., 2015)

Les facteurs environnementaux potentiels sont quant à eux multiples. Certaines corrélations statistiques sont étudiées pour déterminer si celles-ci sont directement liées à l'autisme. Il s'agit en majorité d'événements subit par le fœtus in-utero de façon directe ou indirecte, ce qui corrobore le classement du DSM-5 ; en effet, depuis 2013, les TSA sont classés comme étant des troubles du neurodéveloppement : le neurodéveloppement désignant l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, d'intégration sensorielle, langagière, émotionnelle, de raisonnement, comportement, etc.). Parmi ceux-ci on peut citer, par exemple, l'influence de la pollution atmosphérique pendant la grossesse. (Rzhetsky, et al., 2014). Ou bien les conséquences d'une insuffisance respiratoire prénatale ou périnatale. (Froehlich-santino, Londono Tobon, & Cleveland, 2014)

## 2.2.5 Sémiologie médicale

---

### 2.2.5.1 La manifestation de la triade autistique

#### 2.2.5.1.1 Absence ou altération des Interactions, en particulier avec les pairs

L'altération des interactions sociales peut entraîner chez l'enfant avec TSA des déficits d'attachement sociaux, notamment sur la relation mère enfant comme l'exprime cette mère « *il refusait en effet que je le prenne dans mes bras, alors qu'il hurlait pour que je le prenne* » (Daongam,

2004, p. 11). De plus, l'enfant semblera parfois ignorer qu'on l'appelle par son prénom bien qu'il ait une audition correcte. Cette altération des interactions peut également se manifester par la difficulté à établir des relations sociales amicales, comme pour la fille de Michelle Daongam (p. 43). D'après plusieurs témoignages de praticiens ou de parents, il est aussi relevé une teneur du regard atypique, parfois intense et d'autres fois instables, avec un contact œil à œil ou œil à objet impossible (coordination oculo-motrice). *« J'étais une enfant renfermée et taciturne. L'air absent, sans grand contact visuel, j'étais bien dans cette solitude, un peu à l'écart du monde, l'observant à distance en silence. Un moyen de survie dans ce monde différent de moi. »*<sup>12</sup> par Mélanie OUMET, une adulte avec TSA.

Certaines personnes avec TSA peuvent avoir des intérêts envers des objets, des activités ou des stimulations insignifiantes pour une personne typique. *« Il n'avait comme principal intérêt que : la télévision, faire tourner les roues, les lumières, fermer ouvrir les portes et les tiroirs. »*<sup>13</sup> par une mère anonyme d'un enfant avec TSA.

#### 2.2.5.1.2 Absence ou altération du développement du langage verbal et non verbal

Certains enfants autistes notent une « absence de jeu de *« faire semblant »*, [un] déficit d'intérêt social (il joue souvent seul et ne construit aucune relation avec l'autre à travers son jeu) » (Daongam, 2004, p. 23) . Cette mère de deux enfants autistes énonce également que *« le langage est presque toujours altéré (retard, particularités, inversion des pronoms, difficulté à maîtriser des concepts abstraits, le second degré...)*. » (Daongam, 2004, p. 23) En effet, certaines personnes avec TSA ont une communication biaisée parfois même non verbale : ce sont les « autistes non verbaux ». (Emeye, 2016, p. 45). Certains autistes non verbaux vont en revanche s'exprimer par écholalie (répétition d'une fin de phrase d'un interlocuteur) pour tenter de communiquer. *« Il parlait peu, puis a commencé à répéter des phrases entières de dessins-animés, adoptant l'intonation des personnages. C'est ce qu'on appelle l'écholalie »*<sup>14</sup> cite une mère anonyme d'un enfant avec TSA. Le langage réceptif comme expressif peut être altérer. Concernant le langage réceptif, « les métaphores ne sont pas comprises spontanément » (Rogé, 2015) par exemple.

#### 2.2.5.1.3 Activités répétitives et stéréotypées.

Certains individus avec TSA peuvent fonctionner par rituels rigides sans aucune flexibilité. Les parents peuvent alors se conforter comme se battre avec ses routines instaurées.

---

<sup>12</sup> <https://www.mamanpourlavie.com/blogues/le-blogue-dune-maman-autiste/14785-la-petite-histoire-dune-enfant-autiste.shtml>

<sup>13</sup> [https://forum.doctissimo.fr/psychologie/Autisme-2/fils-cours-diagnostique-sujet\\_5545\\_1.htm](https://forum.doctissimo.fr/psychologie/Autisme-2/fils-cours-diagnostique-sujet_5545_1.htm)

<sup>14</sup> <https://www.magicmaman.com/,temoignage-autisme,2376084.asp>

Vignette clinique n°1 : lors de mon stage de première année, en ferme thérapeutique dans le cadre d'une séance de thérapie équine, Mathéo, 12 ans devait ouvrir toutes les portes de tous les bâtiments avant tout exercice.

Sur un autre exemple, l'enfant calme dans un environnement ne pourra plus dissocier une tâche d'une pièce précise par exemple. La généralisation d'une tâche parfaitement apprise peut s'avérer compliquée. L'ergothérapeute veillera alors à ce que « l'environnement dans lequel l'activité a lieu demeure un facteur fondamental à considérer dans le cadre du processus d'évaluation et de recommandation » (De Ruelle, 2011, p. 4).

### 2.2.5.2 Différents types d'autismes ?

Aujourd'hui, lorsque nous écrivons autisme dans les barres de recherches internet suivent les mots « définitions », « asperger », « test » et « causes ». D'un point de vue médiatique, reviennent souvent les noms de personnes autistes Asperger tels que : Joseph Shovanec qui a participé aux Solidays 2019 (festival de solidarité pour le SIDA) ou encore Greta Thunberg, récemment active concernant la Conférence de Katowice de 2018 sur les changements climatiques. Et même si l'appellation Asperger fait écho aux autistes « génies » comme dans le film Rain man, 75% des personnes avec TSA ont un retard intellectuel. (Rogé, 2015, p. 22)

En reprenant la CIM-10, au sein des troubles envahissant du développement, nous retrouvons plusieurs types d'autisme. L'autisme infantile défini précédemment, fait partie des trois principaux types d'autisme de la CIM-10 qui sont : l'autisme infantile, l'autisme atypique et le syndrome d'Asperger. L'autisme atypique « diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile » ((CIM-10), 2008). Le syndrome d'asperger quant à lui se « différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont habituellement très malhabiles. » ((CIM-10), 2008).

Si la CIM-10 répertorie 3 types d'autisme, le DSM-5 considère 3 niveaux de sévérité et donc de soutien qui abrogent les termes « de haut niveau », qui réfère à l'Autisme Asperger, et « de bas niveau » qui réfère à l'autisme dit profond. Les trois niveaux de soutien sont les suivants :

- Niveau 1 : Nécessite un soutien
- Niveau 2 : Nécessite un soutien important
- Niveau 3 : Nécessite un soutien très important

### Annexe IV : Niveaux de sévérité du TSA

Ces niveaux sont établis en fonction des difficultés de la « communication sociale » et « des intérêts restreints et comportements répétitifs » (Labbé, Les niveaux de sévérité et de soutien chez l'enfant ou l'adulte présentant un trouble du spectre de l'autisme, 2019)

### 2.2.5.3 Troubles associés

#### 2.2.5.3.1 Troubles alimentaires

En effet, l'enfant peut ne pas s'alimenter assez ou bien trop, avoir une sélection alimentaire, des troubles de la déglutition ou encore des intolérances alimentaires comme peuvent l'évoquer certains parents (Emeye, 2016, pp. 41-42). Certaines personnes avec TSA peuvent, par exemple, « manifester des préférences marquées pour une gamme très étroite de nourriture et ritualiser la situation des repas, soit par l'usage d'objets spécifiques, soit par des choix très précis de produits identifiés parfois par le goût, mais aussi très souvent l'emballage ». (Rogé, 2015, p. 39) A noter que « 80 p. 100 des personnes avec un retard mental sévère ou profond ont de sérieux problèmes d'alimentation ». (Barthélémy, 2012, p. 142)

#### 2.2.5.3.2 Troubles du sommeil

Aujourd'hui, il est estimé que 50 à 80% des enfants autistes ont des troubles du sommeil, que cela concerne l'endormissement, le réveil ou toute la durée de la nuit. Ces troubles peuvent alors impacter l'enfant dans sa journée au niveau : de la régulation du comportement, de la gestion émotionnelle, des troubles de l'attention, ou encore des troubles de la mémoire. (Yvon, Philip, Rogé, & De Schonen, 2020, p. 106)

#### 2.2.5.3.3 Troubles du langage

Plusieurs troubles du langage existent chez les enfants avec TSA. Pour commencer certains autistes sont qualifiés de verbaux et d'autres non verbaux, à raison de 50% d'entre eux non verbaux (Rogé, 2015). Les autistes verbaux peuvent émettre des sons, des syllabes ou des mots. La parole peut cependant être altérée, comme expliqué précédemment avec les écholalies. Des troubles de la compréhension pouvant se manifester par exemple par la non-assimilation de la négation. (Emeye, 2016, p. 47)

#### 2.2.5.3.4 Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs chez les enfants avec TSA peuvent se retrouver sur plusieurs plans : la compréhension, la concentration, l'attention, la mémoire, la généralisation, l'imagination... (Bogdashina, 2013, p. 8) Par exemple, certaines personnes avec TSA vont privilégier une stratégie de compensation pour focaliser leur attention, « telles que le traitement en mono par lequel elles centrent leur attention sur un seul canal, ou la perception nommée « perception-tunnel », par laquelle

elles se concentrent alors sur un détail et non sur le tout (attention très restreinte). » (Bogdashina, 2013, p. 141)

#### 2.2.5.3.5 Troubles moteurs

Au sujet des troubles moteurs, les jeunes avec TSA présentent des troubles à différents niveaux. « Les aspects du fonctionnement moteur affectés dans l'autisme sont plutôt les conduites motrices complexes, qui impliquent la planification et la séquentiation du mouvement et qui intègrent des informations kinesthésiques. » ((HAS), 2010, p. 60). Les troubles de la motricité pouvant se traduire par des dysfonctionnements de la fonction oculo-manuelle, de l'ajustement postural ou encore de l'organisation d'une séquence motrice. Ce qui peut induire des « une motilité anormale, des postures inhabituelles, une hypoactivité générale » ((HAS), 2010, pp. 59-60) mais aussi une diminution du rendement occupationnel des enfants avec TSA. « *Ce qui a des conséquences sur leur autonomie (habillage, alimentation, propreté...)* » (Emeye, 2016, p. 51) comme en témoigne cette mère représentant d'association.

#### 2.2.5.3.6 Epilepsie

L'épilepsie se caractérise par « une affection chronique du cerveau qui touche toutes les populations du monde, [elle résulte] de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales » ((OMS), 2020). Cette dernière peut se manifester par crise simple, partielle complexe ou par des absences. Les cas d'épilepsie chez les autistes sont « très [supérieurs] (15 à 40 p. 100) à celle observée dans la population générale » (Barthélémy, 2012, p. 65), la prévalence de cette dernière étant de « 0,5 à 1 % » ((HAS), 2010, p. 33). A noter que la prévalence augmente avec la hausse du retard mental.

#### 2.2.5.3.7 Troubles sensoriels

Au sein des différents troubles existants, ceux qui vont nous intéresser plus particulièrement pour la suite de ce mémoire sont ceux-ci : les troubles d'ordre sensoriel. A titre d'exemple, nous pouvons citer l'hyperacousie, la sensibilité du corps et les troubles de la vue. Nous reviendrons sur ce sujet dans le développement de la partie concernant l'intégration sensorielle.

### 2.2.5.4 Les comportements problèmes

Jusqu'à présent les comportements problèmes (ou aussi comportement défi traduit de *challenging*) anciennement évoqués sous la dénomination : trouble du comportement, comportement agressif, comportement destructeur ou encore comportement perturbateur, posent par ailleurs un défi aux structures d'accueil. (Labbé et Morin, 1999 repris dans (Willaye & Magerotte, Évaluation et intervention auprès des comportements défis, déficience intellectuelle et autisme, 2014, p. 24). Il n'y a pas officiellement de vraie définition du terme « comportement problème ». Emerson définit les

« comportements problèmes » comme étant des « comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité » (Emerson, 2001, p. 3). Cette appellation se retrouve également dans les recommandations de bonnes pratiques ((HAS) & (ANESM), 2012)<sup>15</sup>.

A noter que : « Être adulte, avoir une déficience intellectuelle sévère à profonde, avoir de l'autisme induit une forte probabilité de présenter des comportement-défis » (Willaye, 2010), c'est ce qu'énonce ce docteur en psychologie qui dirige un Service Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme, après le croisement de plusieurs études statistiques. (Emerson, 2001) (Fombonne, 2003) (Baird, et al., 2006) (Borthwick-Duffy, 1994) (Deb & Prasad, 1994) (Qureshi, 1994) A souligner que les comportements problèmes ne concernent pas l'ensemble des personnes handicapées et ne sont pas spécifiques à l'autisme ((ANESM), 2016, p. 13). De plus, il est important de définir quels sont les comportements posant un problème ; en effet, tous les comportements inadaptés ne sont pas nécessairement des comportements problèmes. Ils dépendent de leur fréquence, de leur intensité et de leur entourage ou encore du danger, de l'aggravation du comportement, d'une intégration sociale difficile, et des difficultés d'apprentissage en raison de celui-ci. (Willaye, 2010, p. 8) (Willaye & Magerotte, 2014, p. 27)

Il est nécessaire de garder en tête selon ces recommandations que « tout comportement a une signification et est l'expression de quelque chose qui nécessite d'être investigué (médical, environnemental, relationnel, etc. » ((ANESM), 2016, p. 13) Toujours selon ces mêmes recommandations, les comportements-problèmes « sont définis par leurs manifestations et caractéristiques, le comportement lui-même puis par ses répercussions et ses conséquences (conséquences sociales, conséquences sur la vie quotidienne, conséquences sur les proches » ((ANESM), 2016, p. 13). Soulignons que les comportements problèmes peuvent être évalués à l'aide de l'EPOCAA<sup>16</sup> pour les personnes adultes présentant des TSA (Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre, 2012)

Il est possible de classer les comportements problèmes en six grandes catégories d'après l'adaptation d'une étude de McBrien & Felce (Willaye & Magerotte, 2014, p. 24) :

- L'automutilation : le patient altère son intégrité physique par des blessures de gravité variable

---

<sup>15</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

<sup>16</sup> Echelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme

- L'agression : le patient met son entourage (médical, familial, ...) en danger. Comme précédemment, cela peut exprimer un danger mineur comme majeur, ceci avec une composante physique comme psychologique
- La destruction : le patient peut être amené à dégrader certains éléments de son environnement
- Les autostimulations et stéréotypies : le patient est amené à avoir certaines actions répétées non dangereuses qui lui sont propres dans le but d'une recherche de sensation
- Les comportements anti-sociaux, perturbateurs, dangereux, nuisance : le patient a des comportements atypiques non en accord avec la norme sociale ou pouvant gêner le cadre dans lequel il est
- Les troubles de l'alimentation : le patient a des habitudes alimentaires non typiques pouvant avoir des répercussions négatives sur sa santé.

[Annexe V : Tableau n°1 : catégories de comportements-défi selon Mc Brien & Felce \(1992, traduction et adaptation](#) (Willaye & Magerotte, 2014, p. 24)

La condition des personnes présentant des comportements problèmes à un « impact sur la vie familiale et sociale [qui] est important » (Baghdadli, Noyer, & Aussilloux, 2007, p. 58) (Hupez, Laurent, Mimmo, & Willaye, 2006). Ce qui constitue des possibilités d'interrogation concernant le rendement occupationnel, soit la problématique de ce mémoire d'initiation à la recherche. Nous pouvons citer cette mère d'un enfant avec TSA dont le comportement problème interroge sur la santé physique comme le rendement occupationnel « *mon fils à la naissance refusait de se nourrir, il a été hospitalisé en sortie de la maternité, il ne prenait pas de poids voir en perdait, il était très affaibli* »<sup>17</sup>

Nous allons nous intéresser plus loin dans notre développement, à la compréhension des comportements par le biais de l'intégration sensorielle qui est un type d'approche utilisée notamment en ergothérapie. Dans la partie pratique de ce développement, nous interrogerons des ergothérapeutes avec pour objectif de savoir si l'intégration sensorielle permet une compréhension et une diminution des comportements problèmes. Il s'agit également de savoir si cette diminution améliore le rendement occupationnel, soit l'hypothèse de ce mémoire. Le but de mon mémoire est de cibler sur une des facettes possibles affectant le rendement occupationnel. Au sein de cette initiation à la recherche, j'ai décidé de traiter les comportements problèmes qui peuvent représenter un obstacle physique comme psychologique pour l'enfant avec TSA et les parents. (Willaye & Magerotte, 2014, p. 24)

---

<sup>17</sup> [https://forum.doctissimo.fr/psychologie/Autisme-2/besoin-parents-autiste-sujet\\_5303\\_1.htm](https://forum.doctissimo.fr/psychologie/Autisme-2/besoin-parents-autiste-sujet_5303_1.htm)

## 2.2.6 La prise en soin

---

La recherche sur les TSA avance de jour en jour, notamment dans le but de mettre en place des interventions précoces prescrites, comme peut l'évoquer les engagements du plan Autisme 2018-2022. (Cluzel, Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, 2020) A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement curatif pour ce trouble neurodéveloppemental, notamment dû à son étiologie multifactorielle (génétique, environnemental...).

### 2.2.6.1 Intervenants

#### 2.2.6.1.1 Intervenants médicaux

Nous dénombrons plusieurs types d'intervenants dits médicaux, ayant chacun un rôle dans les différentes thérapies utilisées :

- Les « médecins, particulièrement médecins psychiatres, médecins de l'Éducation nationale et de la protection maternelle et infantile, médecins généralistes et pédiatres » ((HAS) & (ANESM), 2012, p. 6) qui élaborent le diagnostic, qui ajustent le traitement médicamenteux ou/et autre et enfin qui guident vers les professionnels paramédicaux nécessaires
- Les infirmiers, en structure ou non, prodiguent les premiers soins aux patients, les éventuelles surveillances des patients et parfois l'administration de traitement.

Les traitements médicamenteux ne sont pas prescrits avec pour but de guérir l'autisme mais pour traiter les pathologies associées dans des dimensions telles que l'épilepsie, la douleur ou les comorbidités somatiques. En seconde intention, ils peuvent être délivrés en cas de dépression, anxiété, ou encore trouble sévère du comportement.

#### 2.2.6.1.2 Intervenants paramédicaux

Nous dénombrons plusieurs types d'intervenants dits paramédicaux travaillant sous prescription médicale :

- L'ergothérapeute, dont nous mobiliserons la définition et la pratique dans sa partie dédiée
- Le psychomotricien, qui permet d'agir sur les fonctions psychomotrices de l'enfant avec TSA : sur les difficultés d'attention, l'organisation spatio-temporelle ou encore la relaxation
- L'orthophoniste, qui travaille avec l'enfant avec TSA sur les difficultés de langage (aspect réceptif) de la compréhension et de communication orale (aspect expressif), traitant également l'utilisation sociale du langage.

### 2.2.6.1.3 Intervenants psychologiques

Les intervenants de la psychologie sont :

- Les psychologues, qui étudient les dimensions affectives et cognitives de la psyché, et de leur retentissement au sein du comportement de la personnalité et des relations interpersonnelles. Il existe de nos jours des outils diagnostics comme "l'A.DI-R (*Autism Diagnostic Interview Revised*) produite par l'INSERM, la CARS (*Children Autism Rating Scale, Schopler*) éditée aux E.A.P. (Paris)" (Adrien, 2002, p. 39) qui sont utilisés par ses praticiens
- Les neuropsychologues, évaluent la gravité et l'origine des dysfonctionnement cérébraux des enfants avec TSA, ceci grâce à des entretiens cliniques et des tests neuropsychologiques.

### 2.2.6.2 Interventions

Il n'existe aucun consensus sur le choix d'une thérapie ou encore d'une prise en charge unique applicable à toutes les personnes avec TSA qui serait efficace. Cependant, il existe deux grandes catégories d'approches définies par l'HAS : les interventions personnalisées globales et coordonnées, et les interventions par domaines fonctionnels. ((HAS) & (ANESM), 2012)

#### 2.2.6.2.1 Interventions personnalisées globales et coordonnées

Ces interventions recommandées, débutées avant l'âge de 4 ans, ont pour but de réaliser des prises en charge adaptées pour chaque enfant, en fonction de leurs développements et de leurs suivis dans le cadre de plusieurs domaines : Sensoriel et moteur, Communication et langage, Interactions sociales, Émotions et comportements. ((HAS) & (ANESM), *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, 2012, p. 169)

Elles tendent « à promouvoir la généralisation et le transfert des acquis à des situations nouvelles et comportent une transition graduelle vers des environnements notamment sociaux de plus en plus larges et ordinaires » ((HAS) & (ANESM), *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, 2012, p. 24). La plupart de ces interventions globales résultent de la supervision d'une équipe formée par des professionnels qualifiés et expérimentés. Ceci, notamment par le biais d'un mode communication et d'interactions commun avec l'enfant. L'objectif est de faciliter la compréhension de ce qui l'entoure (environnement et individus). Nous pouvons citer :

- La méthode TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren*, ou Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles

de la communication associés) qui repose principalement sur la façon dont est organisée l'environnement et l'individualité des séances (Klinger, 2020)

- La méthode ABA (*Applied Behaviour Analysis* ou analyse appliquée du comportement), qui consiste à réaliser un apprentissage scolaire classique, avec des prises en séances répétées en succession rapide. Enseignement qui peut être réalisé à tout endroit et à tout moment afin de guider l'enfant. (AbaAutisme, 2020)

A noter, ces interventions personnalisées globales et coordonnées ne se résument pas qu'à une association de « pratiques éducatives, pédagogiques, rééducatives ou psychologiques avec des techniques très hétérogènes ou éclectiques » ((HAS) & (ANESM), 2012, p. 24)

La psychanalyse, quant à elle étant définie telle qu'une « Méthode d'investigation psychologique visant à élucider la signification inconsciente des conduites et dont le fondement se trouve dans la théorie de la vie psychique formulée par Freud » (Larousse, 2020) est une discipline très implantée en France. Cependant, elle ne figure pas officiellement dans la liste des approches thérapeutiques recommandées. En effet, elle reste dans la catégorie non consensuelle. ((HAS) & (ANESM), 2012, p. 27). En revanche selon ses praticiens, l'approche psychanalytique tend à aider les enfants autistes au travers de la construction de capacité de représentation et du réinvestissement de leur appareil psychique. (Baghdadli, Noyer, & Aussilloux, 2007)

#### 2.2.6.2.2 Interventions par domaines fonctionnels

Les interventions par domaines fonctionnels se focalisent sur l'un des domaines définis par l'HAS : sensoriel et moteur, communication et langage, interactions sociales, émotions et comportements, cognitif, somatique, autonomie dans les activités quotidiennes, apprentissage scolaire et préprofessionnel, environnement matériel. Chacune de ces interventions par domaine n'est recommandée que dans le cas où elles sont rattachées à des interventions globales, c'est-à-dire qu'elle s'ajoute à une méthode globale déjà en place.

Parmi ces méthodes nous pouvons citer la thérapie cognitivo-comportementale, qui est une approche suggérée par l'HAS, notamment dans le domaine des interactions sociales, des émotions et du comportement. Cette thérapie est plus particulièrement recommandée pour les patients ayant un syndrome d'Asperger. L'approche cognitivo-comportementale qui « s'attache à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux pour la personne ou pour autrui (automutilations, agressivité) » (Tardif & Gepner, 2010, p. 201). L'objectif est que la personne avec TSA réalise un réapprentissage des comportements adaptés par le biais de techniques codifiées.

Parmi les approches spécifiques, nous pouvons évoquer l'intégration sensorielle que je développerai ultérieurement, qui s'inscrit dans le domaine sensori-moteur. Pour l'instant, l'HAS ne sait se prononcer sur l'efficacité de l'intégration sensorielle, ceci au vu des données publiées. ((HAS) & (ANESM), Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012, p. 30)

#### 2.2.6.2.3 Lieu d'intervention

Pour la très jeune enfance, il existe des alternatives à la crèche ou la halte-garderie, telles que des jardins d'enfants adaptés et des assistantes maternelles.

Pour les enfants et les adolescents, il est possible d'intégrer le milieu ordinaire de la scolarisation avec la présence d'auxiliaires de vie scolaire, ou bien, de s'intégrer de manière collective au sein d'ULIS<sup>18</sup> anciennement appelés CLIS<sup>19</sup>, ou d'Unité Localisées pour l'Intégration Scolaire (ULIS) ou de bénéficier du Service d'Éducation Spécialisé et de Soins à Domicile (SESSAD). (Lebaut, 2020)

Pour les enfants et adolescents, dont la situation l'exige, plusieurs établissements médico-sociaux et/ ou structures de soins peuvent être proposés, pour un accompagnement adapté, qu'il soit éducatif, scolaire ou thérapeutique. (Lebaut, 2020)

Les structures de soins sont par exemple : les Centres Médico-Psychologique (CMP), le Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), l'Hôpital De Jour (HDJ).

Les établissements médico-sociaux sont par exemple : le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP), l'Institut Médico-Éducatif (IME), l'Institut Médico-Pédagogique ou Externat Médico-Pédagogique (IMP ou EMP), l'institut Médico-Professionnel ou Établissement Médico-Professionnel (IMPRO ou EMPRO).

#### 2.2.6.3 L'ergothérapie avec les personnes ayant des TSA

Selon une ergothérapeute interviewée, un des buts de l'ergothérapie auprès des personnes présentant des TSA, est d'évaluer les difficultés que peuvent présenter ces personnes dans leurs activités de la vie quotidienne au sein d'une société. (De Ruelle, 2011, p. 1)

L'évaluation, préalable à toute intervention thérapeutique, passe par le biais d'observations de la personne dans son milieu (scolaire, domicile, périscolaire) mais aussi par des bilans normés. Nous pouvons notamment parler du profil sensoriel. Ces différents moyens d'évaluation viennent s'inscrire

---

<sup>18</sup> Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

<sup>19</sup> Classe d'Intégration Scolaire

dans une prise en charge pluridisciplinaire afin d'avoir un regard aguerri de chaque corps de métiers. (De Ruelle, 2011, p. 1)

Des difficultés sur le plan moteur peuvent également apparaître. En effet, l'ergothérapeute peut constater des difficultés au niveau de la planification motrice (capacité de déterminer les actes nécessaires pour accomplir une tâche motrice) avec une probable lenteur dans les gestes, un manque de précision. Des troubles d'autorégulation peuvent aussi ressortir. Ces derniers se caractérisent par un manque de concentration ou d'attention, une distraction ou des difficultés lors de changements dans une routine établie. D'autres troubles sont également à constater : difficultés dans l'acquisition de tâches liées aux soins corporels et à l'habillement, difficultés dans la généralisation des actes dans leur vie quotidienne (domicile et école). (De Ruelle, 2011, p. 1)

Les déficits de l'intégration sensorielle nous intéressent plus particulièrement dans cet écrit. En effet, les sensations tactiles peuvent avoir une influence sur le comportement d'une personne présentant des TSA. Les personnes dites hypo-réactives, peuvent rechercher des stimulations extérieures. Au contraire, les personnes hyper-réactives peuvent éviter certaines stimulations. Dans son plan d'intervention, l'ergothérapeute va chercher à faciliter l'élaboration de stratégies afin que la personne puisse gérer au mieux ses troubles. Le thérapeute pourra également intervenir auprès de l'environnement de la personne, que ce dernier soit matériel ou humain ; d'où l'importance en ergothérapie et particulièrement en pédiatrie, de prendre en compte l'enfant et sa famille, ceux-ci étant « des partenaires indispensables » (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Vauvillé, 2010, p. 230). L'ergothérapeute orientera ses objectifs et son plan d'action en fonction des difficultés que ressentent l'enfant et sa famille, ceci par exemple, afin de faciliter l'acquisition des habiletés sociales et des apprentissages scolaires.

Ainsi, les enfants présentant des TSA une fois diagnostiqués, peuvent présenter une sémiologie variable bien qu'il y ait une triade autistique établie. Les différents troubles associés peuvent par ailleurs constituer des éléments de prises en charge diverses. L'intégration sensorielle, en ergothérapie, fait partie des approches de prise en soin que nous allons développer dans la partie suivante. En effet, il s'agit d'une méthode basée en partie sur l'analyse des comportements et c'est ce en quoi, cette approche nous intéresse.

## 2.3 INTEGRATION SENSORIELLE

---

### 2.3.1 Historique de l'intégration sensorielle

---

L'intégration sensorielle a été théorisée par Anna Jean Ayres, une ergothérapeute américaine. Dans les années 1950, se basant sur les travaux de Charles S. Sherrington et en observant le lien entre le cerveau et le comportement, elle commence à étudier les dysfonctionnements de ce qu'elle appellera l'intégration sensorielle. Ce n'est que dans les années 1960, qu'Ayres a développé le concept de dysfonctionnement de l'intégration sensorielle souhaitant expliquer la relation entre les déficits dans l'interprétation des sensations du corps et de l'environnement et les difficultés d'apprentissage académique ou moteur. Entre 1968 et 1989, elle développera et théoriserà l'intégration sensorielle et ses applications pratiques en réalisant des tests sur des enfants présentant ou non des problèmes d'apprentissage ou sensori-moteurs.

En 1972, elle livre la première définition de l'intégration sensorielle comme étant « le processus neurologique qui organise les sensations du corps d'un individu et de son environnement et permet d'utiliser efficacement son corps dans l'environnement » (Ayres, *Sensory integration and learning disorders*, 1972). Elle a établi des tests standardisés qui ont été publiés en 1975 (*Southern California Sensory Integration Tests*) puis révisés en 1989 (*Sensory Integration and Praxis Tests*, (Mailloux & Bodison, 2006)). Ayres a été la pionnière de la thérapie par intégration sensorielle, suivie par Winnie Dunn qui a ajouté une dimension neuroscientifique, ce que nous développerons plus précisément dans les parties suivantes de ce mémoire.

On peut également citer Lucy Jane Miller qui a complété les travaux de A.J. Ayres, proposant la classification la plus récente à ce jour. Cette dernière se divisant en 3 trois ensembles de problématiques : (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007, p. 137)

- Les troubles de discrimination sensorielle (liés aux sens)
- Les troubles de modulation sensorielle (hyperréactivité, hyporéactivité, recherche sensorielle)
- Les troubles moteurs d'origine sensorielle (dyspraxie, troubles posturaux).

#### Annexe VI : Une nouvelle proposition pour la nosologie des troubles sensoriels

Durant ce mémoire, nous nous rattacherons cependant à la théorie qui guident l'évaluation du profil sensoriel développé plus loin (Dunn, *Profil Sensoriel : Manuel*, 2010). A noter que cette approche ne représente pas une méthode spécifique à la prise en charge des personnes présentant des TSA.

### 2.3.2 L'approche d'intégration sensorielle en Ergothérapie

---

L'intégration sensorielle est un terme utilisé dans le monde de l'ergothérapie depuis une cinquantaine d'années. Avec le temps, cette théorie est devenue une approche pratique relative à la prise en charge à part entière. A noter que l'intégration sensorielle d'Ayres est une approche dont le titre est protégé par la loi sous le terme *Intégration Sensorielle de Ayres*. (Santha & Caron, 2017)

Cette approche requiert une formation comme stipulé par l'ANFE dans sa présentation de la formation dans la rubrique pédagogie, en signifiant que les modules 1 et 2 sont indispensables pour la partie clinique (existence de 3 modules). Les prérequis de cette formation sont d'être « [Ergothérapeute] intervenant auprès d'enfants présentant des troubles du neurodéveloppement (TND), un retard de développement, des troubles sensoriels à minima ou des troubles moteurs à minima. » (ANFE, 2020)

L'intégration sensorielle est une approche liée à la neurophysiologie dans le sens où elle décrit le processus neurologique du traitement des informations sensorielles par le système nerveux. En effet le système nerveux reçoit les stimulations sensorielles issues du corps ou de l'environnement, aussi nommées perceptions et les organise. Ces informations peuvent être fournies par les différents systèmes sensoriels : tactile, olfactif, auditif, gustatif, visuel, vestibulaire et proprioceptif, afin de coordonner le corps de la façon la plus efficace et adéquate possible. « Le but de la thérapie d'intégration sensorielle est de faciliter le développement des capacités du système nerveux à traiter les données sensorielles d'une façon plus normale » sous-entendu par rapport à la norme. (Bogdashina, 2013, p. 214)

### 2.3.3 Prise en charge du dysfonctionnement du traitement de l'information sensorielle

---

L'intégration Sensorielle repose sur plusieurs conditions pour être utilisée de la meilleure des manières et doit prendre en compte le contexte, ainsi que les interventions concernant l'enfant. (Schaaf & Davies, 2010). Il existe plusieurs termes ou expressions faisant référence aux dysfonctionnements du traitement de l'information sensorielle ; on peut par exemple parler de troubles du traitement de l'information sensorielle ou encore de dysfonctionnement de l'intégration sensorielle. Nous retiendrons ici le terme DTIS<sup>20</sup>.

Il existe plusieurs évaluations en rapport avec l'aspect sensoriel :

---

<sup>20</sup> Dysfonctionnements Du Traitement De L'information Sensorielle

- Le ***Sensory Integration and Praxis Test (SIPT)*** qui n'est en vente qu'aux États Unis d'Amérique après une formation spécialisée et développée. Il est utilisé avec les enfants de 4 à 8 ans et 11 mois. Ce dernier « aide à identifier les problèmes organiques spécifiques associés aux troubles d'apprentissage, aux troubles émotionnels et à un dysfonctionnement cérébral minimal. » (Ayres, *The sensory integration and praxis tests*, 1989)
- Le ***Sensory Processing Measure (SPM)*** pour les 5 à 12 ans. Cette évaluation teste les capacités de traitement des informations sensorielles, praxiques et de participation sociale de l'enfant à travers les principaux environnements dans lesquels il évolue, chez lui et à l'école. (Parham, Ecker, Miller Kuhaneck, Henry, & Glennon, 2007)
- ***The Developmental NEuroPSYchological Assessment (NEPSY) II*** pour les 5 à 16 ans et 11 mois a pour but de faire un bilan neuropsychologique complet ou pour investiguer une difficulté spécifique (ECPA, 2012)<sup>21</sup>. La NEPSY a été élaborée en 2012 par M. Korkman, U. Kirk et S. Kemp.
- ***Le Sensory Profile Checklist Revised (SPCR)*** a été conçu comme un outil de dépistage destiné à relever le profil sensoriel d'un enfant avec autisme. Il est spécialement adapté aux TSA. (Bogdashina, 2013, p. 254)
- **L'Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA)** « vise à faciliter le repérage des troubles sensoriels de l'adulte avec autisme et de la sévérité de ces anomalies » (Degenne-Richard, 2014, p. 106)
- **L'Échelle d'Évaluation pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA)** permet d'évaluer les comportements problèmes. (Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre, 2012)
- ***The Observation Based on Sensory Integration Theory***. Des observations habiles de la dysfonction sensorielle intégrative permettent aux thérapeutes d'analyser discrètement le comportement et les compétences d'un enfant et, à leur tour, d'élaborer des plans d'intervention plus efficaces. Les thérapeutes analysent le comportement et les compétences d'un enfant par le biais d'observations des troubles sensoriels intégratifs et élaborent ensuite un plan d'intervention adéquat. (Blanche, 2002)

Durant ce mémoire nous allons nous intéresser au modèle de Winnie Dunn pour plusieurs raisons. Premièrement, il s'agit d'un modèle que j'ai eu l'opportunité de mettre en pratique en étant supervisée lors de mon stage du 5ème semestre. Deuxièmement, c'est un test standardisé, utilisable par les ergothérapeutes ; il associe le traitement de l'information sensorielle au rendement occupationnel dans la vie quotidienne. Troisièmement, il est rapide, facile à administrer, à coter ainsi qu'à interpréter.

---

<sup>21</sup> Éditions du Centre de Psychologie Appliquée

(Caillol, 2012, p. 2) Enfin, il accorde aux parents un rôle à part entière au sein de l'équipe (Dunn, 2010, p. 4).

### 2.3.3.1 Modèle de Dunn

#### 2.3.3.1.1 Présentation

##### 2.3.3.1.1.1 L'auteure

L'auteure du profil sensoriel est une ergothérapeute américaine nommée Winnie Dunn qui a un master en éducation spécialisée avec pour spécialité les troubles d'apprentissage. Elle possède aussi un doctorat en neurosciences appliquées. (Dunn, Meet the author : Winnie Dunn, 2015, p. 1) Dans ses écrits, elle mentionne que « le comportement d'un enfant peut être interprété sous l'angle de sa capacité d'intégration des stimuli sensoriels » (Dunn, The impact of sensory processing abilities on the daily live a of young children and their families : a conceptual model, 1997). Cette citation est par ailleurs reprise sur la plaquette de présentation du test. (Caillol, 2012)

##### 2.3.3.1.1.2 Composition

Le modèle de Dunn s'adresse aux parents ou à la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant de 3 à 10 ans et 11 mois. Le Profil Sensoriel est un questionnaire pourvu de 125 items regroupés en trois sections (1,2 et 3), elles-mêmes subdivisées en plusieurs sous sections allant de A à N. Les trois sections principales s'intéressent : au traitement de l'information sensorielle, à la modulation ainsi qu'aux réponses comportementales et émotionnelles. Les Items du questionnaire sont eux même regroupés en neuf facteurs sur la fiche du résultat du test.

[Annexe VII : Organisation des sections et des facteurs du Profil Sensoriel](#) (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 3)

Les résultats permettent de définir si l'enfant est dans une performance typique, une différence probable ou une différence avérée en fonction des notes brutes moyennes et écart types par section et par âge (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, pp. 20-21). Il existe aussi une version abrégée composée de 38 Items.

#### 2.3.3.1.2 Evaluation

##### 2.3.3.1.2.1 Seuils sensoriels

Une notion de seuil de sensibilité se retrouve dans la plupart des théories de l'intégration sensorielle. « Les seuils bas et les seuils élevés délimitent le continuum de seuil neurologique. » (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 34)

- Hypersensibilité : correspond à une réponse fréquente aux stimuli puisque le seuil est bas, c'est à dire « un faible niveau de stimulation suffit à atteindre le seuil et à activer le système » (Dunn, 2010, p. 34)
- Hyposensibilité : correspond à une faible réponse aux stimuli puisque le seuil est élevé, c'est à dire « la plupart du temps le système ne réagit pas. » (Dunn, 2010, p. 34)

La notion d'hypo ou d'hyper sensibilité dépend de l'influence de la modulation de l'information sensorielle. La modulation est la capacité du système nerveux à filtrer ou non, les informations pour ensuite leur permettre d'être traitées et analysées en vue d'une réponse comportementale adaptée. (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, pp. 8-9)

Le seuil est la résultante d'une balance entre l'habituation et la sensibilisation. (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 9) L'habituation est la capacité du cerveau à ne plus prêter attention à des stimuli fréquents qui sont inhibés par ce dernier. La sensibilisation quant à elle, à l'opposé de l'habituation, est la capacité du cerveau à nous faire réagir à des stimuli non habituels pouvant évoquer un danger. Nous pouvons par exemple évoquer le bruit de la détonation des pétards qui peut parfois nous surprendre et nous faire adopter des postures défensives (protection, fuite). Selon la modulation de l'information sensorielle, et par conséquent l'élaboration d'un seuil plus ou moins élevé dépendant en partie de nos expériences sensorielles de notre développement, après ce traitement de l'information sensorielle, l'enfant adoptera un réponse comportementale en fonction de s'il agit « en accord avec son seuil" ou bien s'il agit " pour contrer son seuil ».

#### Annexe VIII : Continuum des seuils neurologique (Dunn, 2010)

##### 2.3.3.1.2.2 Réponses comportementales

Il existe alors un rapport entre réponses comportementales et seuils neurologiques. (Dunn, 1997)

Continuum de seuils neurologiques	Continuum de réponses comportementales	
	Agir EN ACCORD avec le seuil	Agir pour CONTRER le seuil
<b>SEUIL ÉLEVÉ (habituation)</b>	Hyposensibilité sensorielle	Recherche de sensation
<b>SEUIL BAS (sensibilisation)</b>	Hypersensibilité sensorielle	L'évitement des sensations

TABLEAU N°2 : RAPPORTS ENTRE REPONSES COMPORTEMENTALES ET SEUILS NEUROLOGIQUES (DUNN, 1997)

##### 2.3.3.1.2.2.1 Hyposensibilité sensorielle (Dunn, 2010, p. 36)

**Facteurs associés du profil sensoriel** : endurance/tonus faible (3), hyporéactivité sensorielle (6) et sédentarité (8).

**Sections correspondantes** : traitement de l'information sensorielle lié à l'endurance/ au tonus(G) et modulation du mouvement affectant le niveau d'activité (I).

**Indicateurs comportementaux** : peu intéressé, insensible, atone, en retrait, « toujours fatigué », apathique et « dans ses pensées ».

*2.3.3.1.2.2.2 Hypersensibilité sensorielle (Dunn, 2010, p. 36)*

**Facteurs associés** : sensibilité sensorielle orale (4), inattention/ distractibilité (5) et sensibilité sensorielle (7).

**Sections correspondantes** : traitement de l'information auditive (A) et traitement de l'information sensorielle orale (F).

**Indicateurs comportementaux** : distractif et hyperactif.

*2.3.3.1.2.2.3 Recherche de sensations (Dunn, 2010, p. 36)*

**Facteurs associés** : Recherche de sensations (1).

**Sections correspondantes** : modulation liée à la position du corps et au mouvement (H).

**Indicateurs comportementaux** : actif, continuellement dans l'action, agité et excitable.

*2.3.3.1.2.2.4 Evitement des sensations (Dunn, 2010, p. 36)*

**Facteurs associés** : réactivité émotionnelle (2) et sédentarité (8).

**Sections correspondantes** : comportement résultant du traitement de l'information sensorielle (M).

**Indicateurs comportementaux** : résistant au changement et s'appuie sur des rituels rigides.

### 2.3.3.1.3 Objectifs

#### 2.3.3.1.3.1 Objectif du Profil Sensoriel

Cette dernière citation est en accord avec les objectifs du profil sensoriel ; l'outil a pour but d'évaluer la part du traitement de l'information sensorielle observée dans la vie quotidienne au travers des comportements (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 3).

Les objectifs du profil sensoriel de Dunn sont les suivants :

- « Mesurer les spécificités de traitement de l'information sensorielle de l'enfant et évaluer l'impact sur ses performances dans la vie quotidienne
- Aménager l'environnement de l'enfant pour favoriser sa participation dans les activités quotidiennes, renforcer ses capacités d'apprentissage et l'aider à mieux gérer son stress face aux situations nouvelles

- Mettre en place un programme d'intervention thérapeutique pour élargir l'éventail des sensations perçues et traitées par l'enfant et l'aider à mieux organiser son comportement » (Caillol, 2012, p. 3)

#### 2.3.3.1.3.2 Objectif en ergothérapie

« Les difficultés d'intégration sensorielle ont été identifiées chez les personnes avec autisme et autres troubles du développement. » (Bogdashina, 2013, p. 184)

Aujourd'hui il n'est plus à prouver que les troubles sensoriels font partis des troubles associés des personnes avec TSA comme peuvent en témoigner certain d'entre eux. Nous pouvons parler de Donna Williams qui évoque ne serait-ce qu'avec son titre que « *si on [la] touche [elle] n'existe plus* » (Williams, Gérard, & Bartak, 1999). Nous pouvons également évoquer Temple Grandin qui ne se tient qu'à un type d'alimentation particulier « *du pudding et de la gelée* »<sup>22</sup>, comme représenté dans le film tiré de son autobiographie (Jackson, 2010). Ou encore sa perception de la chaleur lorsqu'elle sort d'un avion « *il fait chaud [...] je vois des flammes* »<sup>23</sup>.

En ergothérapie, le profil sensoriel d'un enfant avec TSA peut constituer un point de départ pour faire émerger les objectifs de prise en charge et les moyens qui en découlent, des « méthodes » en fonction des « besoins individuels de chacun » (Bogdashina, 2013, p. 198). L'intégration neurosensorielle fait désormais partie de la théorie comme de la pratique, de la profession de l'ergothérapie (Babington, 2018, p. 47), ceci d'autant plus quand la prise en charge concerne une personne avec TSA, qui a possiblement des troubles sensoriels. L'objectif de la prise en charge en ergothérapie des enfants avec TSA, d'un point de vue sensoriel, serait de leur permettre de « mieux répondre » (comportement) aux stimuli de leur environnement. En effet, sans prise en compte de leurs troubles sensoriels, les « enfants apprennent à compenser et utilisent les seuls méthodes et systèmes qui sont à leur portée comme les comportements stéréotypés, l'automutilation, des accès de colère et le retrait social » (Bogdashina, 2013, p. 198)

Il est important de spécifier que le profil sensoriel fait partie d'une multitude d'évaluations possible avec les enfants ayant des TSA. Il ne constitue que des pistes de réflexions et ne permet en aucun cas de réaliser un diagnostic. De plus, les observations cliniques restent malgré tout essentielles avec une part de subjectivité, bien qu'elles ne représentent pas un test écrit standardisé.

---

<sup>22</sup> De 6 min 39 à 6 min 45 : (Jackson, 2010).

<sup>23</sup> De 2 min 09 à 2 min 20 : (Jackson, 2010).

#### 2.3.3.1.4 Moyens

Les moyens utilisables en ergothérapie relèvent des mêmes techniques bien qu'elles s'adaptent en fonction des 4 types de réponses comportementales décrites ci-dessus, toujours en tenant compte du contexte de la vie quotidienne.

Il existe deux techniques couramment utilisées et expliquées dans plusieurs ouvrages : la rééducation du système nerveux central et l'adaptation. Le premier « [vise] au développement d'un meilleur traitement de l'information sensorielle » alors que le second "[conçoit] un environnement plus convivial pour l'enfant ». (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 1 (Chap. 8))

##### 2.3.3.1.4.1 Rééducation du système nerveux

La rééducation du système nerveux central se traduit par des méthodes de sensibilisation et d'habitation (désensibilisation) au travers d'expériences sensorielles, dans le but de réajuster (augmenter ou diminuer) les seuils sensoriels. L'habitation par exemple, qui a pour but d'augmenter le seuil sensoriel de l'enfant par exposition du ou des sens auxquels l'enfant réagit souvent (alors qu'il ne devrait pas) pourrait « [diminuer] les stéréotypies, l'automutilation et les conduites agressives » (Bogdashina, 2013, p. 215) par exemple l'hypersensibilité tactile peut être traitée en stimulant la peau de l'enfant avec différentes textures (Ayres, Sensory integration and the child, 1979).

Notons qu'il existe des méthodes utilisées par les ergothérapeutes, tel que le régime sensoriel pour effet positif optimal en étant adapté aux besoins de chaque enfant (Wilbarger, 1995). Ce genre de régime quotidien répond aux besoins physiques comme émotionnels de l'enfant. (Kranowitz, 1998)

La rééducation du système nerveux est cependant complexe à évaluer, ceci notamment du point de vue des changements cérébraux qui ne sont évaluables que par le biais de l'observation des comportements (Bogdashina, 2013, p. 217). Un fois les techniques apprises aux parents, le thérapeute devra veiller à l'aspect sensoriel et si nécessaire modifier en conséquence la méthode de traitement. (Koomar & Bundy, 1991)

##### 2.3.3.1.4.2 Adaptation

L'adaptation est la mise en harmonie de l'environnement pour une personne donnée et ses occupations. Les diverses adaptations peuvent aussi bien concerner un élément technique qu'un déroulement d'occupation.

Par exemple, on peut permettre à un enfant avec un seuil sensoriel bas (hyperactivité sensorielle ou évitement des sensations) « de se retirer lorsqu'il en a besoin » (Côté, 2016, p. 75). Parallèlement pour un enfant avec un seuil élevé (hyporéactivité sensorielle ou recherche de

sensation), l'utilisation de balles texturées « entraînera une amélioration notable de son attention » (Côté, 2016, p. 79)

Pour une personne avec TSA et un dysfonctionnement du traitement de l'information sensorielle, « un changement dans l'environnement est aussi recommandé ». (Bogdashina, 2013, p. 215)

#### 2.3.3.1.5 Approche d'intervention (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 36)

Par le biais de l'adaptation et de la rééducation, les approches d'intervention dépendent des quatre réponses comportementales possibles.

**Pour l'hyposensibilité sensorielle** : il est recommandé de « concentrer l'information sensorielle dans toutes les expériences pour renforcer la probabilité que les seuils soient atteints et que l'enfant soit en mesure de remarquer les signaux de l'environnement et d'y répondre ».

**Pour l'hypersensibilité sensorielle** : il est recommandé de « fournir à l'enfant des expériences sensorielles comme parties intégrantes de la tâche en cours qui lui permettent de poursuivre la tâche et de limiter les chances que les seuils soient continuellement atteints ».

**Pour la recherche de sensations** : il est recommandé d'intégrer « les stimulations sensorielles supplémentaires dans les routines de l'enfant pour que ces seuils puissent être atteints dans le cours de sa vie quotidienne ».

**Pour l'évitement des sensations** : il est recommandé de « respecter le besoin de l'enfant de limiter les stimuli non familiers et élargir le champ de traitement de l'information sensorielle au sein même de rituels acceptables ».

En conclusion, le rendement occupationnel au centre des prises en charges en ergothérapie, dépend de la personne, de son environnement et de ses occupations. Dans le cas où il s'agit d'un enfant avec des TSA, la prise en charge dépend en partie aussi de la demande des parents, qui rappelons le sont des « partenaires indispensables » (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Vauvillé, 2010, p. 230). A noter, qu'il existe autant d'enfants autistes que de TSA, ceci sans oublier les troubles associés possibles. Les comportements problèmes pouvant notamment faire partie de ces troubles, mais encore des demandes et des interrogations des parents. L'intégration sensorielle fait partie des méthodes qui visent à comprendre ces comportements, par des théories basées sur le sensoriel. Cependant cette approche est pour rappel, encore à l'étude vis à vis de l'HAS du fait du peu de données recueillies ((HAS) & (ANESM), 2012, p. 30).

Désormais après ces multiples recherches, qu'elles soient scientifiques, médiatiques ou provenant de témoignages, ceci autour des enfants avec TSA (rendement occupationnel) et de leurs différents troubles (comportements problèmes, troubles sensoriels), qu'en est-il finalement dans le milieu ergothérapeutique sur le terrain ? L'emploi de l'intégration sensorielle est-il une réponse réaliste aux problèmes soulevés ?

## 3 CADRE PRATIQUE

---

Pour donner suite à cette partie théorique, nous arrivons donc au cadre pratique dans lequel seront développés la méthodologie suivie, les résultats, les analyses ainsi qu'une discussion autour du sujet.

### 3.1 MÉTHODOLOGIE

---

Dans le cadre de la recherche d'un sujet de mémoire, je me suis interrogée en deux temps. Tout d'abord, le choix d'une population suscitant ma curiosité, puis, les solutions possibles aux problématiques soulevées par cette dernière.

Un des choix fût de ne pas réaliser une pré-enquête, ceci pour plusieurs raisons. Ayant un sujet qui était trop vaste à traiter, seulement réduit à une population qui m'interpelait, j'ai décidé de multiplier mes recherches afin de comprendre quelles étaient les problématiques occupationnelles des enfants autistes. Après avoir privilégié la lecture de nombreux témoignages, de personnes autistes comme de parents d'enfants autistes, en centrant mon attention sur « le client » de la prise en charge, la problématique est la suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il permettre d'augmenter le rendement occupationnel des enfants présentant des troubles de spectre de l'autisme (TSA) ?**

Après de multiples recherches, plus particulièrement sur l'aspect sensoriel, mon hypothèse est la suivante :

**L'emploi de l'intégration sensorielle en ergothérapie permet une diminution des comportements problèmes favorisant ainsi le rendement occupationnel des enfants avec TSA.**

Afin d'évaluer l'hypothèse ci-dessus, la réalisation d'une enquête est nécessaire. Pour se faire, plusieurs objectifs doivent être établis au préalable.

#### 3.1.1 Objectifs de l'enquête

---

Durant l'enquête, plusieurs thèmes seront abordés, les situations problématiques occupationnelles des personnes autistes ainsi que leurs troubles du comportement, maintenant appelés comportements problèmes ((HAS) & (ANESM), 2012). Mais l'enquête permettra aussi

d'approfondir l'intégration sensorielle et son impact, ses conditions et son utilisation. Ainsi, nous pourrions répondre aux trois objectifs de la partie expérimentale :

- **Objectif 1 : Interroger les pratiques des ergothérapeutes concernant l'utilisation de l'intégration sensorielle avec les enfants ayant des TSA**
- **Objectif 2 : Interroger les pratiques des ergothérapeutes concernant la prise en charge des comportements problématiques des enfants TSA**
- **Objectif 3 : Déterminer l'impact de l'IS sur les comportements problématiques et sur le rendement occupationnel des enfants ayant des TSA**

## 3.1.2 Outils d'expérimentation

---

### 3.1.2.1 Choix de l'outil

Au départ et après plusieurs recherches, je pensais que mon hypothèse se baserait autour de l'usage du protocole Wilbarger (Labbé, Le protocole Wilbarger, 2020), qui est un processus sensoriel qui comporte une partie de brosse et une partie avec des compressions articulaires. Ce n'est qu'après que j'ai découvert que le protocole Wilbarger s'inscrivait dans un plus grand registre, celui de l'intégration sensorielle comme j'ai pu l'évoquer dans l'introduction. Au début, pour comprendre si l'application de ce protocole était une des hypothèses solutions à ma problématique, j'imaginai choisir l'outil de l'observation. Cependant, après avoir établi la dernière problématique ci-haut et étudié les outils méthodologiques d'expérimentation, sera utilisée la technique de l'entretien.

En effet, l'observation ne semble pas être un outil pertinent à la vue de la population étudiée. Un comportement problème variant en fonction de l'environnement, l'introduction d'un nouvel élément, ici l'observateur (moi-même), modifierait le comportement problème étudié de façon indissociable de l'application de l'intégration sensorielle. De plus, les personnes avec TSA sont attachées à l'immuabilité de ce qui les entoure (Kanner, 1943) et tout changement pourrait entraîner des conséquences sur leur prise en charge générale. « L'observateur transforme son objet » c'est à dire son objet d'étude (Combessie, I. L'observation, 2007, p. 15)

L'interrogation, quant à l'utilisation d'un questionnaire a rapidement été écartée, en raison d'un sujet désormais limité. Le questionnaire repose sur une analyse quantitative des résultats, puisque « Les analyses sur un faible nombre d'individus permettent rarement, en effet, d'obtenir des résultats statistiquement significatifs » (Parizot, 2012, p. 94)

L'entretien semble être l'outil le plus adapté et ceci pour plusieurs raisons. Avec une population ciblée interrogée, il se révèle être le plus pertinent.

### 3.1.2.2 Population ciblée

L'entretien a pour principal objectif la collecte d'informations par le biais de discussions orales orientées avec un échantillon de personnes choisies spécifiquement du fait de leur lien avec le sujet étudié établi. (De Ketele & Roegiers, 1996)

Les entretiens seront semi-dirigés, entretiens qui consiste en une méthode de collecte d'informations qui participe au développement de connaissances avec un versant qualitatif (Lincoln, 1995).

Ceci, afin de pouvoir avoir quelques points de repères, tout en permettant à l'interviewé de développer les thèmes abordés de façon ouverte et donc de récolter de plus amples informations. Ces mêmes thèmes dont l'ordre varie en fonction des réactions et du discours de l'interviewé. De plus, l'entretien semi-dirigé permettra d'obtenir des informations de bonne qualité tout en restant orienté vers les objectifs. Ceci contrairement aux entretiens dirigés où le recueil d'information serait réduit ou partiel, ou bien encore l'entretien libre qui recueillerait des informations de qualité mais perdraient en pertinence par rapport aux objectifs. (De Ketele & Roegiers, 1996, p. 172)

Afin de préparer ces entretiens, sera utilisé un guide d'entretien préalablement réalisé répertoriant plusieurs thèmes.

Après avoir établi que l'utilisation de l'entretien semi-directif, soit d'une méthode d'enquête qualitative (Imbert, 2010, p. 23), plutôt que quantitative, était intéressante pour valider ou invalider mon hypothèse, il me paraissait peu abordable d'interroger la population étudiée, pour rappel des enfants avec TSA ayant des comportements problématiques. Il est en effet compliqué de mettre en place un entretien, avec cette population. Ceci, compte tenu des difficultés de communication faisant partie de la triade autistique dans la sémiologie de ce trouble du neurodéveloppement. ((OMS), 2017)

De plus, il est davantage pertinent de réaliser un entretien avec des ergothérapeutes, puisqu'ils pourront nous apporter des connaissances théoriques comme pratiques pour répondre à nos objectifs. En effet, nous aurions pu interviewer des parents d'enfants avec TSA, des éducateurs, ou encore des enseignants. Cependant, j'ai choisi de m'intéresser au choix des ergothérapeutes lors des entretiens semi-directifs. En effet, ils sont à la jonction de chacun des accompagnants cités ci-dessus, ceci quelles que soient les structures où ces enfants sont suivis. Les ergothérapeutes, quel que soit le lieu (structure ou domicile) ou la temporalité, tenteront dans leur prise en charge, d'avoir un point de vue holistique de la situation au travers des occupations de la personne au sein des environnements concernés, ceci en étudiant les « changements dans [le] rendement occupationnel au fil du temps » (Low, et al., 2014, p. 1) .

Ici l'ergothérapeute dans l'entretien, sera questionné non seulement sur l'approche de l'intégration sensorielle où il est formé, mais aussi sur les impacts au quotidien de cette pratique qui lui sont rapportés ou bien qu'il observe lui-même.

Les critères d'inclusion des ergothérapeutes sont :

- **Critère 1 : Posséder un diplôme d'ergothérapeute**
- **Critère 2 : Avoir suivi la formation à l'intégration sensorielle (fournie par l'ANFE ou formation équivalente)**
- **Critère 3 : Utiliser l'approche de l'intégration sensorielle depuis 6 mois minimum, auprès d'enfants avec TSA ayant des comportements problèmes**

A noter qu'il n'y a pas de critère d'exclusion particulier.

Les entretiens seront semi-directifs pour garder au maximum une technique inductive, ceci tout en conservant un axe sur les objectifs de cette enquête, grâce à une grille d'entretien. Ces mêmes entretiens permettent un balancement entre théorie et pratique (De Singly, 1992).

### 3.1.2.3 Guide d'entretien

« Le guide d'entretien est un *memento* (un *pense-bête*). Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien» (Combessie, II. L'entretien semi-directif, 2007). Ces mêmes thèmes ou aspects de thèmes sont en lien avec les objectifs précédemment posés, d'où l'importance de les préparer antérieurement sous forme de guide. Les thèmes que nous aborderons en accord avec les objectifs feront référence aux parties traitées du cadre théorique, ils seront les suivants :

- **Thème A** : Les enfants avec TSA
- **Thème B** : Les comportements problèmes
- **Thème C** : La pratique de l'intégration sensorielle

L'ensemble de ces thèmes seront toujours traités étroitement en lien avec le rendement occupationnel auprès des ergothérapeutes interrogés.

### [Annexe IX : Guide d'entretien](#)

### 3.1.3 Démarchage des ergothérapeutes

Pour réaliser des entretiens, il m'a tout d'abord fallu trouver des moyens de communiquer ma demande. Pour se faire, j'ai pu solliciter de nombreux groupes d'intérêt sur des réseaux sociaux, contacter l'ANFE, contacter le groupe d'intérêt ergo-Insens se rapportant à l'ANFE, consulter la liste des ergothérapeutes libéraux de l'ANFE, contacter un directeur d'association lié à l'autisme, mais aussi réaliser du bouche-à-oreille. Les méthodes utilisées ont été principalement du mailing, de la messagerie mobile (orale ou écrite), des appels téléphoniques et des messages écrits par les réseaux sociaux. Par ces biais, j'ai pu retenir une liste de 13 ergothérapeutes, avec pour résultats 4 non-réponses, 4 refus et 5 accords pour des entretiens téléphoniques.

## 3.2 RESULTATS DE L'ENQUETE ET ANALYSES DES RESULTATS

### 3.2.1 Présentation et analyse globale des résultats

#### 3.2.1.1 Ergothérapeutes interrogés

En effet, 5 ergothérapeutes ont été interrogés durant ces entretiens. Afin de préserver l'anonymat de ces derniers, ils sont annotés E1, E2, E3, E4 et E5 pour les nommer, E signifiant ergothérapeute. Les résultats sont présentés sous formes de tableaux qui précèdent les analyses.

A noter que sont repris les acronymes suivant précédemment inscrits au sein du glossaire : IS : Intégration Sensorielle, RO : Rendement Occupationnel et CP : Comportements Problèmes.

Ci-dessous, les différents profils des ergothérapeutes.

Ergothérapeutes	E1	E2	E3	E4	E5
<b>Année d'obtention du DE</b>	2019 (France)	1994 (Argentine) 2004 (France équivalence)	2007 (Belgique)	1993 (France)	2018 (France)
<b>Structure</b>	Cabinet Libéral	Cabinet Libéral	Cabinet Libéral	SESSAD / UEM / MAS / Cabinet Libéral	SESSAD / UMA
<b>Intervalle / Moyenne d'âge des enfants</b>	[5.5;9] M=7	[6;8] M=7	[4.5;14] M=inconnue	[2.5;7] M=4	[3;11] M=6

<b>Formations complémentaires</b>	IS	IS, BOBATH (enfant, membres supérieurs, IS)	IS(ANFE), Snoezelen PECS TSA(ANFE) Approche et médiation aquatique ABA, Spécialisation psychomotricité (Belgique)	IS / Profil de Dunn Snoezelen PECS SOS comportement dérangeant Pédiatrie Modèle ludique Education structurée Dyspraxie visuo-spatiale Intégration des réflexes archaïques	IS (Voir les deux formations ci-dessous) Particularités psychomotrices et sensorielles chez la personne présentant un TSA(CRA) Particularités psychomotrices et sensorielles perfectionnement(CRA) Licence ingénierie de la santé
<b>Année de formation à l'IS</b>	2019	2017/2018	2018	Avant 2000	2018/2019
<b>Cadre / institut de formation</b>	Gwenaëlle Roscoe	Université of Southern California (USA)	ANFE	Proposition de la structure en intramuros	Le CRA Nord Pas-de-Calais
<b>Pratique avec les personnes ayant des TSA (depuis)</b>	2019	2018	2015	2015	2019

TABLEAU N°3 : PROFIL DES ERGOTHERAPEUTES

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés remplissent les critères d'inclusion nécessaires à l'enquête. A noter que la totalité de ces derniers disent ne pas utiliser de modèles conceptuels en particulier.

Les résultats et analyses suivantes abordent les différents thèmes élaborés au sein du guide d'entretien.

### 3.2.1.2 Thème A : Les enfants avec TSA

Durant ce thème, plusieurs questions ont été posées aux ergothérapeutes au sujet de la prise en charge des enfants ayant des TSA. Ce premier tableau de la partie expérimentale présente les données préliminaires référant directement aux enfants.

<b>E</b>	<b>Demandes des parents, enseignants, éducateurs, autres</b>	<b>Situations occupationnelles problématiques</b>	<b>Évaluations de base</b>
<b>E1</b>	« Mieux comprendre pourquoi l'enfant réagit comme ça » (parents) « Difficultés à l'habillement » « Difficultés à l'école »	L'habillement L'école La maison L'alimentation Le sommeil Les transitions/ changements	MABC II BEERY(VMI, oculomoteur, perception) Profil de Dunn SPM Questionnaire interne créé (administratif, médical, familial, AVQ ,capacité) Observation/évaluation clinique/ comportementale

			Entretiens avec les parents
<b>E2</b>	<p>« Ils n'arrivent pas à comprendre » (parents)</p> <p>« Savoir comment on peut l'aider » (parents)</p> <p>« Qu'il fasse des activités » (parents)</p> <p>« Concentré » (parents)</p> <p>« En lien avec la nourriture » (parents)</p> <p>« Côté relationnel »</p> <p>« Problèmes en lien avec le sensoriel qui impacte le quotidien »</p>	<p>L'alimentation</p> <p>La selle/WC</p> <p>La toilette</p> <p>« Brossage des dents, se laver »</p> <p>Les transitions</p> <p>La socialisation/le relationnel, (autres enfants, parents)</p> <p>Les jeux avec les autres</p>	<p>SPM</p> <p>Observation clinique</p> <p>Observations cliniques d'Erna Blanche</p> <p>Entretien avec les parents</p> <p>MABC II</p> <p>DTVP III</p> <p>Peabody</p> <p>BOT</p> <p>SPCR (PSP-R) de Olga Bogdashina</p>
<b>E3</b>	<p>« Il faut qu'elle tienne assise qu'elle arrête ses crises » (Professionnels)</p> <p>« Autonomie » (parents)</p> <p>« J'aimerais jouer avec lui » (parents)</p> <p>« La scolarisation : compter et écrire »</p>	<p>Être en classe</p> <p>La mise à table, troubles alimentaires, repas</p> <p>L'aversion au papier</p> <p>« Pour un les transports sont très compliqués »</p> <p>Habillage/ déshabillage</p> <p>La toilette</p> <p>WC</p> <p>Jeu ( avec les parents)</p> <p>Scolaire</p> <p>« Il y en a beaucoup »</p> <p>Occupation plaisir/loisir</p> <p>Le relationnel</p>	<p>Profil de Dunn</p> <p>Observation clinique</p> <p>Observations cliniques d'Erna Blanche</p> <p>Grille d'observation clinique sensorielle (création interne: mise en situation tous les sens mise en situation AVQ)</p> <p>NEPSY</p> <p>MABC II</p> <p>BEERY(VMI)</p> <p>BHK</p> <p>Batterie de Talbot</p> <p>Modèle ludique de Francine Ferland</p> <p>Entretien avec les parents</p> <p>Souhait de posséder le SPM</p>
<b>E4</b>	<p>« La demande des parents c'est la lecture »</p> <p>« Pour les parents ergo égal écriture »</p> <p>« Pour les enseignants aussi, l'écriture »</p> <p>« Les aider pour la propreté » (enseignants)</p> <p>« Ne peut pas se concentrer sur un jeu »</p> <p>« Les lacets »</p> <p>« Les fermetures éclair » (parents)</p> <p>« Habillage déshabillage » (parents éducateurs enseignants)</p> <p>« Le repas » (éducateurs)</p> <p>« La propreté et le langage » (structure et parents)</p>	<p>« Toutes »</p> <p>Gestion de la frustration</p> <p>Communication/langage</p> <p>Hygiène (couche)</p> <p>Repas</p> <p>Attention conjointe</p> <p>Habillage/ déshabillage</p> <p>Retard développemental</p> <p>Sociabilisation/ relationnel</p> <p>Jeu</p>	<p>« J'utilise très peu d'évaluations »</p> <p>Utilisation du ABLL de la psychologue</p> <p>Profil de Dunn</p> <p>Observation en comparaison de l'âge du graphisme</p> <p>Observation clinique / Mise en situation</p> <p>Entretien avec les parents</p>
<b>E5</b>	<p>« La demande la plus courante c'est le scolaire »</p> <p>« Éviter la déscolarisation »</p> <p>« Une demande qu'on a quand même assez souvent c'est le jeu » (relationnel)</p> <p>« Des parents qu'ont du mal à comprendre leur enfant »</p> <p>« Renforcer le lien entre les parents et l'enfant »</p> <p>« La propreté c'est souvent quelque chose qui nous est demandé aussi, je pense à l'UMA [...] C'est une demandes des parents aussi »</p>	<p>Scolaire et comportements problème.</p> <p>Jeu</p> <p>La nouveauté et comportements problème</p> <p>Stéréotypie et activités restreintes (sensoriel)</p> <p>Troubles alimentaires</p>	<p>Profil de Dunn</p> <p>SPCR (PSP-R) de Olga Bogdashina</p> <p>Entretien avec les parents (AVQ)</p> <p>Bilan motricité fine et globale</p> <p>Bilan vie quotidienne</p> <p>Visite à domicile (observation)</p> <p>Observation clinique / mise en situation</p> <p>Mention de plusieurs outils non utilisés avec les TSA pour « manque d'adaptabilité » :</p> <p>MABC II</p> <p>NEPSY</p> <p>Purdue pegboard</p>

TABLEAU N°4 : DONNEES PRELIMINAIRES

Premièrement, il semblerait que la demande des parents s'oriente vers un besoin d'autonomisation de leur enfant concernant plusieurs domaines de l'occupation. Le domaine le plus impacté étant celui des soins personnels (n=5, 100%) tels que l'habillement, l'hygiène ou encore l'alimentation. L'hygiène étant notamment une des demandes des autres professionnels d'unité maternelle où travaillent E4 et E5. Les situations occupationnelles problématiques de ce domaine peuvent par ailleurs se retranscrire par des difficultés au niveau du sommeil, de la selle, de la toilette, du brossage des dents, et comme cités précédemment de l'alimentation mais aussi des repas, de l'habillement et de l'hygiène générale.

Le second domaine, la productivité de leur enfant, fait également partie des demandes les plus courantes, plus particulièrement pour ce qui a trait à la scolarité (n=5, 100%), avec pour exemple le graphisme. Cela peut aussi se traduire par la problématique occupationnelle d'être en classe, de maintenir une interaction conjointe, le fait de supporter des éléments sensoriels (aversion au papier), ou encore la possibilité de prendre les transports en autonomie.

Le dernier domaine, les loisirs, peut quant à lui être sujet à des requêtes sur l'aspect relationnel et activités ludiques, qui transparaissent au travers de la majorité des entretiens, (n=4, 80%) ceci en particulier avec les parents et les camarades de classe ou amis. A noter que le langage peut aussi faire partie des problématiques et des demandes.

De plus le besoin de compréhension général vis à vis des enfants et de leurs comportements reste majoritairement une demande fréquente des parents (n=3, 60%).

Plusieurs autres éléments pouvant faire partie des trois domaines de l'occupation semblent être parfois problématiques : l'attention conjointe, les transitions, les changements, la nouveauté, les activités répétitives et stéréotypées mais aussi les comportements problèmes et la gestion de la frustration.

La totalité des ergothérapeutes interrogés n'ont pas précisé avoir une prescription avec un intitulé spécifique. E1, E2 et E3 ont un intitulé généraliste concernant la prise en charge et l'évaluation de l'enfant. E4 et E5 mentionnent avoir des prescriptions « incluses » dans les structures de soin ou est suivi l'enfant répondant à un « cahier des charges ».

Les évaluations de base des ergothérapeutes s'avèrent être partagées entre bilans pédiatriques, bilan de vie quotidienne et bilans d'intégration sensorielle pour la majorité. Postérieurement, une analyse des évaluations en lien avec l'approche de l'intégration sensorielle sera développée.

Après ces évaluations, voici les objectifs et les moyens de prise en charge des ergothérapeutes interrogés quant à la population ciblée, c'est à dire les enfants avec TSA.

E	Objectifs de Prise en charge	Moyens de prise en charge
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Identifier les troubles du processus sensoriel (qui sont lié à l'autisme) »</li> <li>« Plus de capacités de répondre à toutes ces stimulations quotidiennes »</li> <li>« Les interactions »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Je pratique exclusivement l'IS »</li> <li>« Toutes les séances sont exclusivement du jeu »</li> <li>« Il n'y a pas de temps de bureau [...] d'apprentissage d'ordinateur ou de l'écriture »</li> <li>« Integrated Listening Systems »</li> <li>Monter descendre seuil « plasticité neuronale » (choisir termes plus tard)</li> <li>« Beaucoup de suspensions [...] pour stimuler le système vestibulaire »</li> <li>« Il faut stimuler au moins deux sens en même temps, deux systèmes sensoriels en même temps. Si je ne me trompe pas, c'est peut-être même trois »</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les problématiques que présentent les parents »</li> <li>« Le passage d'une activité à une autre » (transition/changement)</li> <li>« Régulation au niveau de l'alerte »</li> <li>« Travaille pas mal la partie jeu »</li> <li>« Pouvoir s'engager dans une activité avec quelqu'un d'autre »</li> <li>« Le relationnel avec les autres »</li> <li>« Gérer les différents moments de la journée »</li> <li>« C'est l'engagement »</li> <li>« Au niveau de l'IS [...] des difficultés [...] qui produisent aussi des comportements défensifs » (sensoriel)</li> <li>« Adapté dans son quotidien »</li> <li>« Soucis au niveau sensoriel » (identifié)</li> <li>« Attitude très défensive, une attitude de retrait, des attitudes [...] agressives » (CP / troubles sensoriels évoqués / IS utilisée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Utiliser les bases de l'IS »</li> <li>« Travailler souvent sur trois aspects: tactile, proprioceptif et vestibulaire » (sensoriel/IS évoqué)</li> <li>« Dans la thérapie, la base c'est le jeu, c'est pas assis à table »</li> <li>« Des équipements suspendus »</li> <li>« L'engagement avec l'enfant »</li> <li>« Ce n'est pas des exercices, c'est vraiment dans le jeu »</li> <li>« L'enfant comme acteur » E2 explique qu'elle part des intérêts de l'enfant pour établir ses séances avec l'exemple du « camion sur la balançoire »</li> <li>« Augmenter l'alerte » / « Baisser [l'alerte] »</li> <li>Exemples multiples d'adaptation de la régulation des stimulations sensorielles</li> <li>« Il sort, il court »</li> <li>« Activité avec du poids » (adaptation)</li> <li>« Qu'il revienne à un niveau convenable pour s'engager dans des activités »</li> <li>« Support visuels » (Anticipation)</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avec les enfants qui ont énormément de troubles sensoriels, du coup j'utilise beaucoup l'IS pour ce qui va être la modulation et les problème de discrimination »</li> <li>« Les compétences tout ce qui est : mouvements oculo-posturaux, coordination, motricité, discrimination [...] l'accès au langage, l'accès à la régulation du tonus postural, tout ce qui va être les praxies »</li> <li>« Toutes les compétences nécessaires aux activités, aux occupations du quotidien »</li> <li>« Avec les tout petits je me base beaucoup sur l'IS » (4 ans et demi)</li> <li>« Trouble de la modulation et du comportement surtout »</li> <li>« Aversion au papier » (ado asperger)</li> <li>« Savoir dire stop plutôt que de partir en crise » (ado asperger)</li> <li>« Engagement dans l'activité » (compétence)</li> <li>« S'engager dans un jeu »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« J'utilise beaucoup l'IS »</li> <li>« En essayant de mettre trois modalités sensorielles en présence », « souvent proprioceptif, vestibulaire et tactile »</li> <li>« Je pars de ce que l'enfant choisit [...] et je dérive un peu pour l'amener vers des choses plus complexes »</li> <li>« Mise en situation désagréable [...] pour aussi qu'eux connaissent leurs corps [...] et leurs limite »</li> <li>« Savoir mon seuil de tolérance pour redescendre avant d'exploser » (adapter)</li> <li>« En SESSAD, t'arrives un peu plus à travailler avec l'équipe »</li> <li>« J'essaie de l'amener vers un travail à table, toujours »</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Voir les particularités sensorielles de l'enfant et de pouvoir aménager au mieux son environnement pour pas qu'il vrille trop » (IS/Profil de Dunn)</li> <li>Identification et analyse des CP ( utilisation de la « grille ABC » )</li> <li>« Ne jamais mettre un enfant en échec »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Voir les particularités sensorielles de l'enfant et de pouvoir aménager au mieux son environnement pour pas qu'il vrille trop » (IS/Profil de Dunn)</li> <li>« Il faut être une bonne grand-mère, c'est la méthode du pairing »</li> <li>« Le be-fun, c'est à dire que tout ce que l'enfant fait</li> </ul>

		<p>c'est génial »  « Les renforçateurs » (tout ce que l'enfant aime)  « Renforçateurs alimentaires »</p>
<b>E5</b>	<p>« Que l'enfant soit le plus autonome possible »  « Travail sur l'IS pour répondre aux particularités sensorielles des jeunes [...] et de transposer dans les actes de la vie quotidienne pour que l'enfant soit le plus autonome possible tout en respectant quand même son âge »  « Travailler avec les enseignants et les enfants »  « Renforcer le lien entre les parents et l'enfant »</p>	<p>« Travail sur l'IS pour répondre aux particularités sensorielles des jeunes [...] et de transposer dans les actes de la vie quotidienne pour que l'enfant soit le plus autonome possible tout en respectant quand même son âge »  « Travailler avec du jeu pour que l'enfant transpose avec ses parents »  « Quand on leur propose quelque chose de nouveau c'est tout de suite très compliqué on fonction en fait au système récompense »  « Mise en situation par le jeu »  « L'enfant il va m'amener des choses et je me base un peu sur ça » (exploration de l'espace)  « Travaux sur table si c'est possible pour lui » (exemple d'un enfant),  « Collaborer avec les autres » (enseignants, éducateurs et entre les enfants)  « J'essaie même d'intégrer un peu d'IS pour travailler les deux aspects, l'aspect moteur et l'aspect sensoriel »  « Planning visuel » (anticipation)</p>

TABLEAU N°5 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AVEC TSA

Les premiers objectifs semblent être en rapport avec les troubles d'origine sensoriels ( n=5, 100%). En effet, sont mentionnés le fait d'identifier les troubles du processus sensoriel, le travail de régulation ou de modulation et l'adaptation du quotidien.

Les seconds objectifs, en accord avec la demande des parents plus particulièrement, paraissent être reliés aux interactions sociales avec l'entourage (n=4, 80%), aux activités de la vie quotidienne (n=4, 80%) mais aussi la gestion des comportements (n=3, 60%).

L'engagement dans une activité peut aussi représenter un des objectifs des ergothérapeutes avec les enfants présentant des TSA (n=2, 40%). De plus, la collaboration avec les enseignants et les enfants peuvent également être un but.

Tous mentionnent l'utilisation de l'intégration sensorielle comme moyen de prise en charge dont certains de façon directe (n=4, 80%). Afin d'utiliser ce moyen, il semble important de stimuler trois modalités sensorielles, à savoir souvent le tactile, le proprioceptif et le vestibulaire (n=3, 60%). Les activités ludiques sont évoquées (n=3, 60%) et parallèlement les choix de l'enfant semblent servir d'appui à la séance d'ergothérapie (n=3, 60%).

Quant à la mise en place d'un travail sur table, les avis divergent, E1 et E2 prônent l'utilisation quasi-totale du jeu, E3 et E5 essaient plutôt d'amener l'enfant vers cette mise en place. E4 n'a pas mentionné ce sujet mais souligne à plusieurs reprises l'importance de ne pas mettre l'enfant en échec

peu importe le moyen utilisé. Au sein des méthodes de prises en charge sont notifiées l'adaptation d'un point de vue sensoriel (n=3, 60%) et la rééducation du système nerveux central (n=3, 60%).

D'autres moyens sont mentionnés tels que : les éléments de suspension notamment pour E1 et E2 travaillant en libéral, les renforçateurs dont ceux alimentaires, le *be-fun* et la méthode du *pairing* pour E4 et l'utilisation de supports visuels dans un but d'anticipation pour E2 et E5. E1 utilise de façon complémentaire la méthode de *l'Integrated Listening Systems* et E5 ajoute comme moyen la collaboration avec les autres professionnels et les systèmes de récompenses.

En faisant appui aux seconds objectifs précédemment mentionnés, les réponses suivantes traitent de la prise en charge des comportements, en particulier ceux considérés comme problèmes.

### 3.2.1.3 Thème B : les comportements problèmes (CP)

Toujours en s'intéressant à la population des enfants présentant des TSA ce thème aborde les comportements problèmes de ces derniers et leur prise en charge.

E	CP rencontrés	Impact des CP sur le RO
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Agitation »</li> <li>« Hurlement »</li> <li>« Crises »</li> <li>« Hétéro agressivité »</li> <li>« Homo agressivité »</li> <li>« Repli social »</li> <li>« Ça va beaucoup dépendre de ce que les parents définissent étant un problème ou non »</li> <li>Insultes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Il peut être très très important »</li> <li>« Echec scolaire »</li> <li>« Sur les interactions sociales, ils ne vont plus réussir à être en contact avec les jeunes de leurs groupes, avec ses pairs, avec ses parents aussi »</li> <li>« [Toutes]les activités de la vie quotidienne »</li> <li>« Souvent liés à une interaction »</li> <li>« Empêcher d'obtenir cet équilibre occupationnel »</li> <li>« Empêcher de jouer »</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« On parle pas tous des mêmes choses, des mêmes termes, chaque auteur.. » (En parlant de la définition de CP)</li> <li>« Le relationnel, la rigidité »</li> <li>« La communication »</li> <li>« Les problèmes sensoriels [...] qui peut aussi créer des réponses qui ne sont pas adaptées »</li> <li>« Attitude très défensive, une attitude de retrait, des attitudes [...] agressives » (CP / troubles sensoriels évoqués / IS utilisée) »</li> <li>« Les intérêts restreints »</li> <li>« Des comportements d'évitement »</li> <li>« La compréhension » (de l'enfant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« De manger » (alimentaire)</li> <li>« Les toilettes c'est un peu compliqué » (WC)</li> <li>« Habillage, alimentation, soin personnel [...] l'hygiène ou la douche »</li> <li>« Se brosser les dents »</li> <li>« Les apprentissages aussi »</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les morsures, les griffures, les crises, les pleurs l'enfant qui frappe »</li> <li>« Ça va dans les deux sens » (Auto et Hétéro agressivité)</li> <li>« Des comportements qu'on a du mal à identifier »</li> <li>« Il va insulter tout le monde, il va vouloir se taper »</li> <li>« Pleurer, crier »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Un gros impact »</li> <li>« Un enfant au-dessus de son seuil, jamais il va pouvoir s'engager dans ses activités et ses occupations »</li> <li>« Ça le met en échec, ça le met à mal, il peut pas s'engager »</li> <li>Scolaire (exemple d'un Ado)</li> <li>« Mettre en danger, lui ou autrui »</li> <li>« Impact sur sa sociabilisation »</li> <li>« Impact sur le plaisir loisir et de jeu » ( explication : l'enfant se sert du jeu comme stimulation et non dans</li> </ul>

		un but ludique) « Ne peut pas se laver et s'habiller tout seul » (Conséquence du retrait autistique :pas de praxie) « Utiliser un crayon avoir accès à l'écriture » (retrait, pas d'engagement)
<b>E4</b>	« Réaction à la frustration » « La colère, l'agressivité » « Les pleurs, la tristesse » « Certains ils vont pas arriver à s'exprimer, ils vont s'arrêter de manger » « Ils vont faire pipi ou caca sur eux » Colère due à des difficultés de communication « la couverture pointue qui était en fait une couverture avec des pois » Evocation de plusieurs persistance concernant la modicité des intérêts « faire tenir en équilibre des objets improbable » qui peuvent donner » des grosses colères à s'arracher la peau (mise en danger) « Il hurlait »	« Ils arrivent pas à faire ce qu'ils veulent » « Relations avec ses copains, apprendre des choses j'en suis pas sûr, ils veulent s'amuser surtout » « Rester assis » (maternelle ordinaire) « Si on les laissait faire ils ne feraient que ça » (intérêt restreint) « Aucune activité qu'un enfant de son âge ne devrait faire à son niveau scolaire » « Le regroupement » (scolaire)
<b>E5</b>	« Dans les jeunes que je suis, ils ont quasiment tous des stéréotypies c'est vraiment des activités dans lesquelles ils vont s'enfermer [...] et très souvent ses activités elles vont être en lien avec des particularités sensorielles » (exemple de l'écholalie) « On va avoir pas mal de jeunes qui vont être obnubilés par tout ce qui va être visuel et qui du coup ne vont pas pouvoir accéder à d'autres activités » « Echolalie » « La violence » « Des cris » « Se mettre en danger »	« Essayer de le recentrer c'est très compliqué » « On a une perte des activités demandées » « Pas autonomes pour la propreté et l'habillement, brossage de dents ce genre de choses » Activités scolaires: « Apprentissage des nombres, apprentissage des lettres »

TABLEAU N°6 : IDENTIFICATION ET IMPACT DES COMPORTEMENTS PROBLEMES

La totalité des ergothérapeutes s'accorde sur la nature majoritaire des comportements problèmes qui semble être l'auto ou l'hétéro agressivité associée parfois à un état d'agitation ou à des crises pouvant parfois mettre en danger l'enfant lui-même. Les crises peuvent se caractériser par des hurlements ou des écholalies (n=4, 80%), certains ergothérapeutes parlent de pleurs ou d'état de tristesse (n=2, 40%), d'autres ergothérapeutes interrogent quant au sens donné au terme comportement problème (n=2, 40%). Enfin l'attitude restreinte des activités a également été évoquée à plusieurs reprises en tant que cause ou en tant que comportement à part entière (n=3, 60%). E4 indique que certains enfants peuvent s'arrêter de manger ou encore avoir des soucis de propreté.

Les impacts des comportements problèmes rencontrés sur le rendement occupationnel se recoupe avec les précédentes données du thème A, parmi les trois domaines de l'occupation, à savoir les soins personnels, la productivité, et les loisirs. Quelques ergothérapeutes interrogés soulignent l'importance de manière explicite de cet impact (n=2, 40%).

Ayant désormais caractérisés les comportements problèmes, voici comment interviennent les ergothérapeutes interrogés.

E	Evaluation des CP	Prise en charges des CP
<b>E1</b>	<p>« Évaluer en fonction de l'impact qu'il aura au quotidien »            Questionnaire interne créé            « Observations de la famille ou de l'enseignant »            « Observations clinique »</p>	<p>« Je vais mettre[...]l'IS en œuvre »            « Identifier le pourquoi » (Des CP)            « Sans parler, quasiment jamais »            « Les aider à comprendre » (les enfants)            « Les jours sans et les jours avec [...] l'enfant il a sa journée dans les pattes, sa semaine »</p>
<b>E2</b>	<p>« Observations des contextes »            « Pas d'évaluation »            « Ce sont les psychologue »            « Au niveau familial »            (interrogations et analyses)</p>	<p>« On essaye de voir avec les parents s'il y a un lien ou pas avec le sensoriel »            « Je vais émettre des hypothèses sensorielles » (identifier)            « Anticipation »            « La parole ce ne signifie rien comme ça, donc met le timer »            « Guidage des parents [...] pour qu'ils aient eux-mêmes cette démarche » (en parlant de démarche réflexive concernant l'IS)            « Son niveau d'alerte ne sera pas le même toute la journée »            « La nourriture devient quelque chose de spécial » (renforçateur ABA),</p>
<b>E3</b>	<p>« Beaucoup les parents qui les relatent » (entretien avec les parents)            « Dans les PEC tu les observes »</p>	<p>« Identifier ce qui déclenche ces CP pour pouvoir travailler dessus »            « D'une semaine à l'autre son seuil ne sera pas le même, il sera peut-être plus fatigué, plus stimulé le matin »            « Sans cesse adapter la PEC » (en parlant de notions de seuil)            « Réfléchir à ce qui a causé un comportement problème, t'essaie d'adapter l'activité » (sensoriel)            « Planning visuel, planning d'activité » (anticipation)            « Des renforçateurs » (pour rééducation neuro)            « Techniques de travail basées sur l'ABA et TEACCH »            « Mise en place des techniques de travail » (adapter)            « Aménagement de l'environnement » (adapter)            « Tableau de récompense [...] c'est très comportemental, très répétitif, très structuré » (pour rééducation neuro)            « Ça permet de donner des repères à l'enfant » (ABA,TEACCH)</p>
<b>E4</b>	<p>Grille de comportements ABC (ABA)            « On filme » (observation)            Cf Psy évaluation de base</p>	<p>« Les renforçateurs », « Ils veulent des fraises Tagada »            « On ne sait pas » (plusieurs répétitions concernant plusieurs situations incomprises)            Variation des éléments et observation en fonction des antécédents des comportements et des conséquences observés grâce à la grille d'évaluation ABC (ABA)            « Mettre en place le PECS, tu lui donne son classeur PECS »            « La contention, c'est à dire tenir l'enfant, maintenir l'enfant assez fort, assez fermement [...] pour le protéger et protéger les autres »            « Objets lesté, couverture lesté [...] sur les pieds, sur les genoux et ça ça calme » (adapter, sensoriel)            « Tu peux avoir recours au doudou de l'enfant, à la tétine, pour le calmer »            « Tu peux mettre de la musique »            « D'où là, le profil sensoriel de Dunn il peut être très important pour connaître les particularités sensorielles »            « Techniques de pression profondes » (sensoriel)            Mise à disposition de stimulation sensorielle pour « recharger les batteries » sauf au niveau du « goût, parce que c'est le renforçateur alimentaire »            « On détourne l'attention »</p>
<b>E5</b>	<p>« Uniquement de l'observation »            Mise en situation : « Inhiber les recherches sensorielles pour voir derrière comment ils se comportent , s'il le tolère ou si c'est insupportable pour lui » , « dans un second temps je vais créer un maximum de stimulation que ce soit auditif ou visuel pour</p>	<p>« Leur proposer à l'enfant ce qu'il avait l'habitude de faire afin de le rassurer et pour éviter un maximum les troubles du comportement » (sensoriel et autre)            « Insister pour qu'il réalise l'activité » (Bien qu'il y ait un CP)            Utilisation des intérêt des enfants            « Activités pédagogiques et thérapeutiques »            « Activités motrices de manière assez ludique » (avec l'utilisation de l'IS )            « Renforçateur pour canaliser l'enfant » (notamment pour emmener l'enfant à un travail sur table » )</p>

<p>voir derrière comment il réagit pour voir s'il y a des comportements d'évitement ou si au contraire il reste impassible »</p> <p>« Les comportements c'est plutôt évalué par notre psychologue qui a des outils »</p> <p>« Généralement les troubles du comportement c'est plutôt évalué par notre psychologue qui a des outils spécifique validés »</p>	<p>« Apporter une stimulation à l'enfant » (définition de canaliser, pour éviter les CP et continuer la séance)</p> <p>« Je me base uniquement sur de l'IS »</p> <p>« J'essaie d'identifier si la crise elle est uniquement en lien avec du sensoriel »</p> <p>« J'utilise uniquement le sensoriel que ce soit à but d'habituation ou même parfois de désensibilisation » (rééducation neuronale)</p> <p>« A partir du moment où la crise n'est pas sensorielle, mais uniquement comportementale [...] c'est plutôt les éducateurs et psychologues qui vont gérer »</p> <p>« Anticiper un maximum »</p>
---	---

TABLEAU N°7 : ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS PROBLEMES

Les cinq ergothérapeutes interviewés utilisent tous l'observation de façon clinique afin d'évaluer les comportements problèmes des enfants qu'ils prennent en charge. En effet, il s'agit du principal point d'appui de ceux-ci. Pour E2, E4 et E5 l'évaluation de cette composante de l'enfant fait aussi parti des bilans des psychologues avec qui ils collaborent E1, E2 et E3 qui travaillent en cabinet libéral, mentionnent que l'évaluation peut se faire avec ce qu'apportent les parents tant bien par leur observations que par leurs analyses. De plus l'évaluation des comportements problèmes semble pouvoir être traité par des questionnaires internes (n=1, 20%), la mise en place et observation en fonction des facteurs présents dans l'environnement (n=3, 60%), ceci par le biais d'utilisation de grille de comportement ABC (E4), d'observation des contextes(E2) et de mise en situation sensorielle (E5).

Une fois de plus, les méthodes de prise en charge, ici plus particulièrement des enfants présentant des TSA et de leurs comportements problèmes se rapportent de façon plus ou moins directe à l'intégration sensorielle (n=5, 100%). La rééducation du système nerveux central sur un aspect sensoriel apparaît de nouveau dans les réponses fournies par les personnes interviewées (n=2, 40%), ceci avec un ergothérapeute qui n'en avait pas fait la mention précédemment. L'adaptation est également citée de nouveau (n=3, 60%). Quelques ergothérapeutes interrogés indiquent ne pas privilégier l'usage de la parole avec cette population d'enfants (n=2, 40%). Certains notent le fait de veiller à identifier l'origine du comportement problème, c'est à dire s'il s'agit ou non de troubles sensoriels (n=2, 40%). La méthode des renforçateurs alimentaires est citée comme l'un des moyens possibles au sein d'une prise en charge qui devient en conséquence quelque chose de « particulier » (n=2, 40%) ; ce qui fait par ailleurs écho aux techniques globales de type TEACCH, ABA et PECS aussi indiqués lors des entretiens (n=3, 60%) avec un ergothérapeute supplémentaire qui annonce l'usage de renforçateurs de façon général qui représente un des termes spécifiques de la méthode ABA bien qu'il ne la nomme pas directement. Plusieurs ergothérapeutes indiquent faire attention à la variation de l'état de l'enfant d'un point de vue plus ou moins sensoriel afin de le prendre en charge (n=3, 60%).

Par ailleurs les éléments pouvant servir d'appui semblent pouvoir être l'anticipation (n=4, 80%). Un des ergothérapeute déclare avoir recours aux doudous de l'enfant.

Les comportements problèmes dont il est question dans ce mémoire sont désormais délimités, grâce aux retranscriptions des entretiens des différents ergothérapeutes, qui s'accordent tous sur l'utilisation de la pratique de l'intégration sensorielle lorsqu'il y a des troubles de cet ordre. Ci-bas, leurs réponses quant aux différents questionnements au sujet de cette approche.

### 3.2.1.4 Thème C : Pratique de l'intégration sensorielle (IS)

Afin d'aborder le dernier thème, ci-dessous les différentes évaluations utilisées en intégration sensorielle ou en lien avec celle-ci, ainsi que les approches complémentaires pratiquées parallèlement à l'intégration sensorielle.

E	Évaluations en lien avec l'IS	Approche complémentaire
E1	Profil de Dunn SPM Observation/évaluation clinique Questionnaire interne créé	ILS ( Integrated Listening Systems)
E2	SPM SPCR (PSP-R) de Olga Bogdashina Observations cliniques d'Erna Blanche Peabody BOT	Floor time, Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR) ABA, TEACCH BOBATH
E3	Profil de Dunn Observations cliniques d'Erna Blanche Entretiens avec les parents Grille d'observation clinique, Grille d'observation clinique sensorielle(création interne: mise en situation tous les sens mise en situation AVQ)	TEACCH ABA
E4	Profil de Dunn Visite à domicile	Education structurée (Be-fun, pairing) PECS Intégration des réflexes archaïques
E5	Profil de Dunn SPCR (PSP-R) de Olga Bogdashina Mise en situation	Protocole de Wilbarger Pyramide du développement ABA

TABLEAU N°8 : CADRE SCIENTIFIQUE DE L'INTEGRATION SENSORIELLE

L'évaluation la plus courante en intégration sensorielle semble être le profil de Dunn (n=4, 80%), ensuite le SPM (n=2, 40%) , le SPCR (n=2, 40%) et les observations cliniques d'Erna Blanche (n=2, 40%), sont des tests qui reviennent à plusieurs reprises. D'autres formes de bilans peuvent être mis en place tel que l'utilisation de questionnaires internes (n=2, 40%),les visites à domicile ou encore l'utilisation de mise en situation et la prise en compte des données fournies par les parents lors d'entretien.

Les approches complémentaires pratiquées en parallèle sont globalement les techniques de prise en charge globale (n=4, 80%) : ABA, TEACCH, PECS ou encore BOBATH. Les autres approches mentionnées sont en lien avec le sensoriel ou les apprentissages et le développement de l'enfant.

Pour faire suite, voici les différents objectifs de l'intégration sensorielle et les réponses autour de cette approche en rapport avec les comportements problèmes.

E	Objectifs de l'IS	Lien entre IS et CP	Effets de l'IS sur les CP
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Que l'enfant soit dans sa phase de régulation »</li> <li>« On va construire l'enfant dans du jeu »</li> <li>« D'être moteur »</li> <li>« De mieux réagir, de savoir prendre en compte son environnement et c'est des choses qui en fait au quotidien. Ducoup, au quotidien prendre en compte son environnement et y réagir devient de moins en moins coûteux, et il peut de plus en plus se focaliser sur des choses comme les apprentissages scolaires ou les interactions sociales ou ce genre choses »</li> <li>« Plasticité neuronale »</li> <li>« Ils doivent adapter et gérer » (sensoriel)</li> <li>« Que l'enfant soit en phase de régulation pour pouvoir répondre à ces justes défis »</li> </ul>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avoir un effet sur l'environnement [...]les parents, les frères et l'école »</li> <li>« Les parents vont commencer à s'adapter »</li> <li>« Et suite à une thérapie, il peut être beaucoup plus facile pour lui d'y répondre et de s'y adapter » en parlant de CP à la suite de stimuli sensoriels</li> <li>« Qu'ils le vivent de manière adaptée et bah ils répondent ... d'une meilleure façon »</li> <li>« Il restera donc possiblement dans sa zone de régulation et donc engendra moins de comportements problèmes. »</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Aider l'enfant avec un milieu riche en IS »</li> <li>« Alliance thérapeutique »</li> <li>« Créer des réponses adaptées »</li> <li>« Dans la vie quotidienne qu'il soit plus adapté et qu'il arrive à mieux agir dans son environnement » (l'enfant)</li> <li>« Sensibiliser l'entourage pour qu'il comprenne »</li> <li>« Que le patient puisse changer et évoluer » (CP)</li> <li>« Les parents aident à la régulation »</li> </ul>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Si on voit que les problèmes c'était à l'origine sensoriels, et qu'on arrive à modifier ça, forcément après les comportements ils seront moins, il y aura moins de comportements de ce type » (CP/ « comportements négatifs » )</li> <li>« Agir mieux dans son environnement »</li> <li>« Envie d'explorer l'environnement »</li> <li>« Il va y avoir moins de [...] en anglais c'est « meltdown » [...] moins de cris » (CP)</li> <li>« Moins de comportements agressifs » (CP)</li> <li>« Plus dans l'échange » (moins de retrait)</li> <li>Plusieurs exemples de diminution des CP (parfois disparition)</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Déjà trouver un moyen de travailler avec l'enfant » (sensoriel)</li> <li>« D'avoir un engagement et une première relation avec l'enfant »</li> <li>« La mise en confiance »</li> <li>« Amené vers une autonomie de l'habillage, de la douche, le scolaire, la gestion de la frustration, la gestion des émotions » (point de vue sensoriel)</li> <li>« Essayer de comprendre son corps »</li> </ul>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Je ne répondrais pas je n'ai pas suffisamment de recul, ça fait peu de temps que je l'utilise » (relance de la question des effets de l'IS sur les CP)</li> <li>« L'IS de base n'est pas utilisé pour les CP »</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Retrouver un seuil de sensorialité qui soit neutre » (rééducation neuronale)</li> <li>« Gros travail de collaboration avec les parents qui est important »</li> <li>« Varier le matériel et les stimulations »</li> <li>« Travailler les récepteurs » (sensoriel, rééducation neurosensorielle)</li> <li>« Créer un réseau neuronal plus ou moins efficace et adaptable à l'enfant pour lui permettre de s'engager »</li> <li>« Pouvoir être en mesure de discriminer correctement »</li> <li>« Permettre à l'enfant d'accepter son environnement » (stimulations, seuils sensoriels)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>« Il y a des choses qui en découlent mais ce n'est pas le truc de base »</li> <li>« L'IS est là pour modifier les modulations sensorielles »</li> <li>« On ne travaille pas l'IS pour travailler les troubles du comportement » (CP)</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Trouver la petite porte que je vais essayer d'ouvrir pour entrer en communication avec eux »</li> <li>« Trouver la clé qui va pouvoir les aider »</li> <li>« Leur permettre de trouver eux une clé [...] pour pouvoir vivre dans notre monde au mieux possible avec leur particularité » ( identifier comprendre, permettre tout au quotidien)</li> </ul>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Ça peut calmer, pas tous, mais ça peut vraiment calmer »</li> <li>« Ça peut estomper et espacer la fréquence des CP »</li> <li>« Le truc c'est de pouvoir anticiper les CP »</li> <li>« Tu lui laisse ses petites décharges sensorielles » (pour avoir les effets précédents)</li> </ul>
<b>E5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Cibler les troubles du processus sensoriel »</li> <li>« Leur apporter la stimulation sensorielle pour qu'ils puissent accéder aux deux activités sur une même séance » (adapter)</li> <li>« Création d'outils sensoriels » (adapter)</li> <li>« S'habituer un maximum au stimulations sensorielles s'il est en hypersensibilité » (rééducation neuronale)</li> <li>« Protocole de désensibilisation, toujours dans le cadre de l'hypersensibilité » (rééducation neuronale)</li> <li>« Arriver au brossage des dents »</li> <li>« Travail de la zone orale pour que les enfants acceptent qu'il puisse y avoir quelque chose dans sa bouche » (accepter de nouveaux aliments)</li> <li>« Dans un premier temps, sur la base du développement, tourné sur l'importance des stimulations sensorielles qui sont à la base de la pyramide [...] pour pouvoir accéder aux notions développementales qui sont au-dessus : tout ce qui est sensorimoteur, perceptivo moteur et développement intellectuel » (pyramid of Learning et niveau au-dessus du niveau sensoriel dans la pyramide)</li> <li>« Répondre aux besoins sensoriels de l'enfant, pour progresser sur d'autres éléments : progresser sur le domaine scolaire, sur le domaine de la communication » (Pyramid of Learning)</li> <li>« Proposer des activités adaptées » (sensoriel)</li> <li>« Aménagement de l'environnement »</li> <li>« Alimentaire, les besoins primaires »</li> <li>« Tout ce qui va être axé à l'autonomie : je pense à la propreté tout ce genre d'éléments »</li> <li>« Trouble du sommeil »</li> <li>« Aménager le milieu scolaire [...] Par exemple isoler l'enfant de la classe » (d'un point de vue sensoriel)</li> <li>« Eviter un maximum ces comportements au domicile » (CP)</li> </ul>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>« En ayant remédié à l'hypersensibilité qu'il avait, on a pu accéder à autre chose, » (exemple de l'enfant)</li> <li>« Il y a beaucoup de comportement problèmes qui sont en lien avec les troubles de la modulation sensorielle [...] minimiser le risque de crise »</li> <li>« Beaucoup moins de trouble du comportement que ce qu'on avait au tout début »</li> </ul>

TABLEAU N°9 : PRATIQUE DE L'INTEGRATION SENSORIELLE

Parmi les objectifs de cette approche, l'objectif global se rapporte à la façon de savoir réagir en fonction de l'environnement sensoriel et ceci de façon adaptée (n=5, 100%). L'objectif premier semble servir à solidifier les objectifs personnels des enfants comme l'autonomisation dans les soins

personnels ou la productivité. Au sein de ce thème C, sont mentionnés une nouvelle fois la rééducation du système nerveux d'un point de vue sensoriel (n=4, 80%) et l'adaptation (n=3, 60%). Les ergothérapeutes parlent aussi de la sensibilisation de l'entourage par un travail de collaboration (n=2, 40%)

La plupart des personnes interrogées, évoquent comme un des objectifs de l'intégration sensorielle la mise en place d'une alliance thérapeutique, c'est à dire une mise en confiance de l'enfant pour entrer en communication avec eux (n=3, 60%). De plus, E3 indique le fait d'aider l'enfant à comprendre son corps, plus spécialement pour les plus grands en termes d'âge.

Tous les ergothérapeutes ont répondu par l'affirmative à la question de l'existence d'un lien entre intégration sensorielle et comportement problème.

Une des personnes interrogées signifie le fait qu'elle se sent incapable de répondre du fait d'un manque de recul dû à une pratique personnelle de cette approche encore balbutiante. Elle déclare cependant que l'usage de cette pratique n'est pas utilisé comme un objectif de base pour les comportements problèmes. De manière générale, les effets de l'intégration sensorielle sur les comportements problèmes se traduisent par une diminution de ceux-ci (n=4, 80%). Certains expriment par exemple une baisse de la fréquence d'apparition des comportements problèmes, la minimisation des risques de ses apparitions. E1, déclare par ailleurs que l'intégration sensorielle a un effet sur l'entourage tels que les parents.

Il y a une notion d'action sur le mieux agir par un aspect comportemental dans l'environnement (n=2, 40%)

Enfin, voici un tableau concernant l'impact et les évaluations du rendement occupationnel, plus particulièrement une fois que l'intégration sensorielle a affecté les comportements problèmes.

E	Impacts sur le RO quand l'IS affecte les CP	Évaluation des résultats de l'IS sur le RO
E1	« C'est qu'on va aider l'enfant à mieux intégrer les choses et donc lui son quotidien sera beaucoup plus facile » « Qu'ils le vivent de manière adaptée » « Ce traitement soit de plus en plus efficace » « Ces interactions sociales, en résumé serait plus efficace ?- exactement »	Réévaluation objective (MABC II, BEERY, questionnaire interne crée,...) Retour des parents (subjectif)
E2	« C'est plus facile pour les parents » « Le relationnel c'est plus apaisé » « L'enfant il est moins stressé, ils peuvent mieux gérer » « Dans l'alimentation ça se voit beaucoup »	Objectifs de PEC accomplis,
E3	« Même si des fois il y a un impact minime sur les 3/4 d'heures de séances par semaine on ne peut pas parler d'une amélioration ou quoi que ce soit puisque l'enfant vit dans son quotidien et que c'est là qu'il faut un amélioration » « Normalement une amélioration » « Pas de recul »	« Pas de recul »

E4	<p>« Tu lui laisse ses petites décharges sensorielles [...] comme ça il peut continuer ses apprentissages » (pour « estomper et espacer la fréquence des CP » )</p> <p>« Il est plus présent du coup »</p> <p>« Recharger ses batteries émotionnelles »</p> <p>« Ça lui permet d'être plus présent plus disponible il est moins envahi » (CP)</p> <p>« Disponible pour les apprentissages »</p>	Observations en classe
E5	<p>« Il l'exprime oralement » (exemple de l'enfant )</p> <p>« Il arrive à dormir 5 à 6h c'est quand même mieux que la nuit de 2/3 heures qu'il avait avant »</p> <p>« Il peut se centrer sur une activité sans être perturbé par ce qu'il se passe à côté »</p> <p>« Ça va minimiser la crise en classe » (casque anti bruit), « Enfant plus accessible et il peut rentrer dans des notions d'apprentissage [...] par exemple scolaire ou éducatif »</p> <p>« L'autonomie, on va avoir des enfant plus autonomes, ils vont pouvoir s'habiller et se déshabiller tout seul »</p> <p>« D'avoir travaillé un petit peu sur l'aspect oral avec certains jeunes va faire qu'ils se brossent les dents, pareil pour la diversification alimentaire »</p>	<p>« Ils me le disent » (parents)</p> <p>« C'est eux qui me disent qu'il y a eu beaucoup de changement par rapport au début » (parents)</p> <p>« C'est souvent les parents ou les éducateurs »</p> <p>« Je n'ai pas encore eu de bilan pour un jeune » (pas de réévaluation)</p>

TABLEAU N°10 : RESULTATS DE L'INTEGRATION SENSORIELLE

Quand l'intégration sensorielle affecte les comportements problèmes plusieurs impacts sur le rendement occupationnel sont développés par les ergothérapeutes.

Comme précédemment, E3 juge qu'il n'a pas le recul nécessaire pour répondre aux questions de ce sujet.

Autrement, dans l'ensemble, les ergothérapeutes relèvent une amélioration de l'autonomie au quotidien (n=4, 80%), notamment dans ce qui correspond : aux interactions sociales, à l'alimentation, le sommeil, au stress général, la concentration, la communication, aux apprentissages, le fait d'être plus « présents » et accessibles mais aussi tout ce qui concerne l'habillement ou l'hygiène tel que le brossage des dents. Ces différentes améliorations concernant le rendement occupationnel sont mesurées différemment pour chacun des ergothérapeutes interrogés. A noter que E3 ne donne pas d'éléments de réponses quant aux évaluations, pour les mêmes raisons que celles citées précédemment. Les évaluations possibles par rapport à ce rendement occupationnel peuvent être de façon objective : une réévaluation de type MABC II, BEERY, questionnaire interne et l'accomplissement des objectifs de prise en charge. De façon subjective, l'évaluation de l'amélioration du rendement occupationnel semble pouvoir être établie grâce au retours des parents et des éducateurs (n=2, 40%) et par l'observation en classe comme pour E4 travaillant en unité maternelle et en SESSAD. E5 mentionne que pour l'instant il n'a pas eu à faire une réévaluation concernant un éventuel bilan de sortie.

## 3.2.2 Analyse par objectifs

---

Ainsi, après l'analyse globale du contenu des réponses obtenues lors des entretiens, il est nécessaire d'analyser ce même contenu en fonction des objectifs précédemment établis durant la méthodologie de la partie expérimentale.

### 3.2.2.1 Objectif 1 : Interroger les pratiques des ergothérapeutes concernant l'utilisation de l'intégration sensorielle avec les enfants ayant des TSA

Tout d'abord, avant même d'interroger les ergothérapeutes concernant la pratique de l'intégration sensorielle il semblerait qu'il y ait un consensus sur la nécessité d'avoir comme objectif l'identification des troubles du processus sensoriel (n=5, 100%). Ainsi, ceci mène à l'utilisation de l'intégration sensorielle comme moyen en réponse aux particularités sensorielles évaluées (n=5, 100%). Les évaluations rapportées par les ergothérapeutes (abordés dans les thèmes A et réitéré en thème C), sont le plus souvent utilisés sont le profil de Dunn (n=4, 80%) comme il cela a pu être expliqué avant au sein de l'analyse globale. Dans un second temps, il semblerait que le SPM, les observations de Erna Blanche et le SPCR de Olga Bogdashina soient les évaluations les plus courantes. Pour s'ajouter à cela les ergothérapeutes mentionnent les bilans réalisés grâce aux visites à domicile, aux observations cliniques à l'aide de mises en situations ou encore l'utilisation de questionnaires internes créés par les ergothérapeutes interrogés.

Parmi les objectifs de cette approche l'objectif principal réfère au fait d'apprendre à réagir en fonction de l'environnement sensoriel et ceci de façon adaptée (n=5, 100%). Effectivement, cet objectif ci permettrait d'accompagner les objectifs personnels de l'enfant tel que l'autonomisation dans les différents domaines de l'occupation. L'intégration sensorielle permettrait également la mise en place d'une alliance thérapeutique ce qui se traduit par une mise en confiance de l'enfant pour entrer en communication avec lui (n=3, 60%)

En revanche, il semblerait que cette technique de prise en charge focalisée soit souvent mise en place avec d'autres pratiques globale en parallèle : ABA, TEACCH, PECS (n=4, 80%).

Les prises en charges effectuées par le biais de l'utilisation de l'intégration sensorielle de façon plus ou moins importante comme moyen, peut se traduire par la méthode de l'adaptation en fonction de l'enfant, de l'environnement et de ses occupations (n=5, 100%). Mais cela peut aussi se traduire par la rééducation du système nerveux central de l'aspect sensoriel (n=4, 80%).

Lors des différents questionnements en lien avec cette approche, plusieurs ergothérapeutes ont exprimé le fait de devoir travailler avec l'enfant sous au moins trois modalités sensorielles qui sont souvent le tactile, le proprioceptif et le vestibulaire (n=3, 60%).

Les moyens de prise en charge sur le terrain paraissent souvent en lien avec des activités ludiques (n=3, 60%) avec une tendance à se servir des choix de l'enfant comme appui pour réaliser la séance d'ergothérapie. La mise en place d'un travail sur table est quant à elle discutée, en effet certains prônent l'utilisation quasi totale du jeu alors que d'autres essaient plutôt d'amener l'enfant vers ce style de travail.

La collaboration avec les parents quant à l'usage de cette pratique est un fait mis en valeur par la totalité des ergothérapeutes interrogés travaillant en cabinet libéral (n=3, 60%). Les ergothérapeutes interrogés travaillant en unité maternelle et en SESSAD soulignent le fait de devoir respecter l'acquisition des compétences en fonction de l'âge de l'enfant.

La pratique de l'intégration sensorielle étant désormais clarifiée, le second objectif peut nous permettre de mettre en lumière la pratique de l'ergothérapie au sujet des comportements problèmes que peuvent avoir les enfants présentant des TSA.

### **3.2.2.2 Objectif 2 : Interroger les pratiques des ergothérapeutes concernant la prise en charge des comportements problèmes des enfants TSA**

Dans le cadre de l'objectif 2, deux catégories apparaissent : l'évaluation et la prise en charge de ces comportements problèmes.

Dans un premier temps, en ce qui concerne l'évaluation des comportements problèmes, l'observation semble faire consensus (n=5, 100%). A noter qu'il existe plusieurs moyens d'observer que ce soit des mises en situation mais aussi des observations cliniques ; ce qui peut être mis en relation avec un fait qui a été rapporté par l'ensemble des ergothérapeutes : chaque enfant est unique et il n'existe pas une solution universelle pour tous les enfants mais des solutions dépendant de l'observation exercée sur chaque enfant. Comme cité précédemment au sein de l'analyse globale, les informations issues des parents peuvent permettre d'établir une évaluation subjective des comportements problèmes ceci d'après les ergothérapeutes travaillant en cabinet libéral (n=3, 60%).

Les bilans peuvent, par ailleurs, être réalisés par des psychologues avec qui les ergothérapeutes sont en collaboration plus particulièrement pour les ergothérapeutes qui travaillent dans le cadre d'une structure mais aussi pour les ergothérapeutes en cabinet libéral (n=3, 60). Enfin, l'un des ergothérapeutes indique utiliser une grille de comportement ABC qui permet d'étudier un comportement problème selon trois composantes : le « avant », le « pendant » et le « après » comportement problèmes. Il est également pertinent de constater que dans la prise en charge des enfants présentant des TSA et des comportements problèmes, les ergothérapeutes veillent à identifier quelle est l'origine des comportements problèmes (n=3, 60%). Si ce dernier n'est pas d'origine

sensorielle mais plutôt à tendance comportementale, alors il pourra être du ressort d'autres professionnels.

Afin de remédier à ces comportements problèmes, une fois les évaluations réalisées, il semblerait que l'intégration sensorielle soit la principale méthode utilisée (n=5, 100%), ceci en prenant compte que la totalité des ergothérapeutes interrogés sont formés à cette approche. L'utilisation de cette approche est développée au sein des réponses fournies par l'explication de techniques d'adaptation et de rééducation du système nerveux central, toujours quant à l'aspect sensoriel. Parallèlement d'autres moyens sont mis en place comme le fait de ne pas privilégier l'usage de la parole (n=2, 40%), l'utilisation de renforçateurs dont certains alimentaires ce qui devient par ailleurs d'après les ergothérapeutes quelque chose de particulier (n=2, 40%), ces mêmes renforçateurs font référence à la méthode ABA qui constitue l'une des techniques globales possibles. En effet afin de prendre en charge ces comportements problèmes, les ergothérapeutes mentionnent utiliser des techniques globales tel que TEACCH, PECS ou ABA. Ils en annoncent l'usage de façon indirecte par l'utilisation de termes spécifiques (n=3, 60%).

De plus il semble nécessaire de veiller à la fluctuation de l'état de l'enfant pour ce qui est du sensoriel afin de réaliser la prise en charge (n=3, 60%), aussi, sont utilisés tous les éléments permettant d'exprimer l'anticipation de près ou de loin, afin d'améliorer la prise en charge des enfants présentant des TSA et des comportements problèmes. Un ergothérapeute déclare utiliser des doudous.

L'objectif 3 va s'intéresser à la capacité de l'intégration sensorielle et de son usage sur les comportements problèmes en lien avec le rendement occupationnel, afin de nous permettre de synthétiser l'ensemble des résultats récolté en faveur ou non de l'hypothèse émise.

### **3.2.2.3 Objectif 3 : Déterminer l'impact de l'IS sur les comportements problèmes et sur le rendement occupationnel quotidien des enfants ayant des TSA**

Dernièrement, au sein de l'objectif 3, l'effet de l'intégration sensorielle sur les comportements problèmes qui est principalement évoqué par les ergothérapeutes interrogés s'avère être la diminution de ceux-ci (n=4, 80%). Cependant, un des ergothérapeutes comme expliqué précédemment, dans le thème C, n'a pas souhaité répondre faute de recul. En revanche, tous mentionnent être en accord sur le fait qu'il y ait un lien entre intégration sensorielle et comportement problème. Pour la suite de l'analyse de cet objectif, le manque de recul d'E3 ne constitue pas un élément de réponse exploitable dans le cadre de ce mémoire ne validant ou invalidant pas l'hypothèse établie. Lorsque les comportements problèmes ont été impactés grâce à l'utilisation de l'intégration sensorielle, les ergothérapeutes annoncent une amélioration générale de l'autonomie au quotidien (n=4, 80%). Cette amélioration s'exprime notamment au niveau des interactions sociales, à

l'alimentation, le sommeil, au stress général, la concentration, la communication, aux apprentissages, le fait d'être plus « présents » et accessibles mais aussi tout ce qui concerne l'habillement ou l'hygiène tel que le brossage des dents.

Les évaluations au sujet de l'amélioration du rendement occupationnel sont diverses et variées, effectivement, chacune des personnes interrogées en a exprimé des différentes.

D'un point de vue objectif, cela correspond à des possibles réévaluations de type MABC II, BEERY, questionnaire interne et l'accomplissement des objectifs de prise en charge. Sur un aspect subjectif, cette amélioration semble pouvoir être évaluée grâce au retours des parents et des éducateurs (n=2, 40%) mais aussi par de l'observation en classe comme un des ergothérapeutes travaillant en unité maternelle et en SESSAD.

Désormais, qu'en est-il si nous confrontons ceci à la partie première de ce mémoire, c'est à dire la partie théorique ?

## 3.3 DISCUSSION

---

### 3.3.1 Confrontation de la partie expérimentale à la partie théorique

---

Cette partie aura pour but de confronter théorie et pratique, ceci afin de répondre à la problématique de cette initiation à la recherche : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il permettre d'augmenter le rendement occupationnel des enfants présentant des troubles de spectre de l'autisme (TSA) ?**

#### 3.3.1.1 Aparté sur l'utilisation de l'intégration sensorielle

Durant les entretiens, des questions ont été posées aux ergothérapeutes, non seulement sur leurs pratiques autour de l'intégration sensorielle, mais aussi, sur leurs motivations dans le choix de cette pratique et l'intérêt de l'utiliser.

En effet, plusieurs questions ont permis aux ergothérapeutes d'exprimer les raisons pour lesquelles ils s'étaient formés à l'intégration sensorielle. A l'unanimité, une notion de compréhension générale a été évoquée au sujet des TSA, de l'aspect sensoriel ou encore de soi-même. Ensuite, une majorité a qualifié cette approche d'« intéressante » comme l'une des raisons (n=4, 80%). En troisième position, sont mentionnées l'aptitude de cette méthode à « trouver des réponses » (n=3, 60%) et la transmission de l'intérêt quant à l'usage de cette méthode par un tiers (n=3, 60%). Autrement, les raisons déclarées concernent : des obligations d'utilisation de la méthode dans un cabinet de pratique

exclusive de l'intégration sensorielle, le fait d'avoir manqué d'informations durant leur formation au diplôme d'état d'ergothérapie ou la curiosité professionnelle, ceci en plus de mentionner quelques avantages de la pratique. Ceci, peut être mis en parallèle avec la théorie, qui énonçait l'absence de consensus quant au choix d'une thérapie ou d'une prise en charge, unique applicable à toutes les personnes présentant des TSA.

Les différents avantages, d'après les ergothérapeutes interrogés sont le fait de : travailler avec du jeu, respecter l'individualité de l'enfant, d'obtenir une adhésion de celui-ci, mais aussi de retrouver le rôle de l'ergothérapeute, ceci en additionnant la compréhension et le fait de pouvoir trouver des solutions comme cité précédemment au sujet des raisons d'avoir réalisé la formation à l'approche. Ces avantages peuvent se recouper avec les spécificités du profil de Dunn (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 4), qui seront abordés au sein de la discussion concernant l'intégration sensorielle.

D'un autre côté, les ergothérapeutes ont pu citer quelques contraintes de l'utilisation de cette pratique. Effectivement, un consensus quasi-total énonce que l'intégration sensorielle nécessite une salle équipée et du matériel, que ce soit pour les ergothérapeutes ou les parents de l'enfant présentant des TSA (n=4, 80%). Par la suite, ces mêmes éléments peuvent représenter un investissement financier (n=3, 60%), notamment pour tout ce qui a été cité quant aux aides techniques ou matériel en général (n=3, 60%), ceci pour mettre en place les deux méthodes expliquées au sein de la partie théorique : l'adaptation et la rééducation du système nerveux central. De plus, d'un point de vue de la MDPH, l'intégration sensorielle selon quelques ergothérapeutes est encore « peu connue, peu reconnue » (E1) (n=2, 40%). Certains expriment aussi que la transmission et la formation des parents de cette approche peut s'avérer complexe en raison des termes spécifiques employés (n=2, 40%). Enfin, la dernière contrainte concerne la mise en pratique de cette même approche, qui ne « peut pas donner des réponses à tout » (E2) et « ne peut pas être utilisée de façon unique dans une prise en charge » (E3) (n=2, 40%). Ceci, est toujours en accord le fait qu'il n'y a pas de consensus sur le choix d'une thérapie ou encore d'une prise en charge unique applicable à toutes les personnes avec TSA.

### 3.3.1.2 Les enfants avec TSA

Effectivement, lors des entretiens a été indiquée à plusieurs reprises que cette pratique focalisée était de façon quasi-systématique associée à des approches de prises en charge globales tel que TEACCH, PECS, ABA ou encore BOBATH. Au sein de la théorie, nous avons pu constater que les interventions personnalisées globales et coordonnées constituent des interventions recommandées ((HAS) & (ANESM), 2012, p. 169). Ce qui, par ailleurs, fait écho au travail de collaboration évoqué par les ergothérapeutes interrogés, tant bien au niveau des parents que des professionnels qui gravitent autour de l'enfant présentant des TSA et des comportements problèmes. Les parents semblent

effectivement représentés comme étant « des partenaires indispensables » (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Vauvillé, 2010, p. 230).

De plus, durant la présentation des TSA en première partie de ce mémoire, a été présentée une multitude de troubles associés à la suite de la triade autistique et de sa sémiologie. La définition des TSA qui évoque que « chaque personne se situe à un degré différent dans ce spectre » ((CRAIF, 2020) été retrouvée au travers des échanges lors des entretiens, où l'ensemble des ergothérapeutes a exprimé l'unicité de chaque enfant présentant des TSA. Pour faire suite, certains ont pu développer qu'il s'agissait d'une population « large » .

La prise en charge des ergothérapeutes interrogés, à même titre que celle expliquée, parmi la partie de « l'ergothérapie avec les personnes ayant des TSA » , s'exécute effectivement à la suite d'évaluations qu'elles soient observationnelles ou par des bilans normés.

### 3.3.1.3 Les comportements problèmes

Les évaluations spécifiques au sujet des comportements problèmes ont été difficiles à cerner au niveau théorique : la seule évaluation développée a été celle de l'EPOCAA, c'est à dire l'Échelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme. Il s'agissait d'une échelle non adaptée au vue de la population ciblée de cette initiation à la recherche. Cependant, grâce aux réponses récoltées, il semblerait que d'autres évaluations ne serait-ce que l'observation, bien que développée par rapport à la prise en soin, de façon générale des enfants présentant des TSA, soient utilisées. Les bilans normés quant à eux sont parfois réalisés par des psychologues dans un travail de collaboration pour certains des ergothérapeutes. Lors des recherches théoriques, il n'avait pas été trouvé et mentionné une technique des ergothérapeutes , qui est celle de la grille ABC, permettant d'établir une sorte de journal sur ce qui a précédé un événement, quel type de comportement a été rencontré et ce qu'il s'est passé à la suite ce dernier. Un notion d'anticipation de ses comportements par le biais d'aides visuelles est également notifiée pour éviter les comportements problèmes ce qui n'avait pas été abordé au sein de la prise en charge niveau théorique.

A noter que l'interrogation de la définition des comportements problèmes pointée en théorie par un manque de définition officielle, a été évoquée durant les entretiens, ceci bien qu'il ait été développé les différents termes préexistants tels que l'appellation « troubles du comportement » par exemple. E1 explique que cela « [dépend de ce que les parents définissent étant un problème ou non » ]. E2 exprime le fait que l'on ne « parle pas tous des mêmes choses, des mêmes thèmes » . Finalement qu'est-ce qu'un comportement dit problème ? Et est-ce que l'intégration sensorielle est une approche qui permet de le diminuer, favorisant ainsi le rendement occupationnel des enfants avec TSA comme le sous-entend l'hypothèse.

### 3.3.1.4 La pratique de l'intégration sensorielle

Dans le cadre de la conception de ce mémoire, plus particulièrement théorique, l'approche de l'intégration sensorielle a été appuyée grâce au profil de Dunn. Il a été constaté lors de l'enquête, que ce dernier semble être le plus utilisé par les ergothérapeutes. Durant les échanges, à la question des objectifs établis par les ergothérapeutes avec l'utilisation de cette pratique, les réponses se recourent parfois avec les spécificités du profil de Dunn (Dunn, Profil Sensoriel : Manuel, 2010, p. 4). Le premier qui correspond à « capturer les principales informations relatives au traitement de l'information sensorielle » à en outre été confirmé par la totalité des ergothérapeutes interrogés. Le second qui consiste à « relier clairement le traitement de l'information sensorielle à la performance dans la vie quotidienne » , a également été abordé au sein des entretiens, avec une notion de rendement occupationnel sur les différents points de l'occupation : la productivité, les soins personnels et les loisirs. Pour ce qui est « de fournir des informations en vue d'une prise de décision basée sur un modèle théorique » , qui est développé dans la théorie comme étant ce qui correspond aux moyens de prise en charge en fonction d'un seuil sensoriel et d'un accord, ou non, envers celui-ci (Dunn, 1997), a aussi été évoqué par les ergothérapeutes interrogés. En effet, ces derniers ont pu déclarer l'utilisation de l'adaptation et de la rééducation du système nerveux central sur un aspect sensoriel au sein de leur prise en charge. La spécificité « d'accorder aux parents un rôle important au sein de l'équipe » a pu quant à elle se retrouver à plusieurs reprises au sein de la partie expérimentale. En accord avec le fait « de s'appliquer aux enfants présentant des déficiences de tous types et tous niveaux » l'intégration sensorielle n'a pas été associée à un « type d'autisme » particulier, durant les échanges avec les ergothérapeutes. En revanche, un des ergothérapeutes a appuyé qu'il ne s'agissait effectivement pas d'une approche spécifique aux personnes présentant des TSA, comme cela a été développé dans la théorie de cette initiation à la recherche. Cette initiation, où le choix a été de ne pas restreindre davantage la population des enfants avec TSA. Les spécificités du profil de Dunn quant aux faits « d'être facile à administrer, à coter, et à interpréter » mais aussi « d'être rapide à administrer » à cependant pu être remis en question. Ceci notamment, par rapport aux systèmes de notation, qualifiés de « peu fiables » (E3).

Nonobstant les bilans existants listés au sein de la partie conceptuelle, il existe un ensemble de manières d'exercer l'intégration sensorielle. S'il a été évoqué le protocole Wilbarger de façon succincte, les ergothérapeutes ont pu apporter d'autres moyens d'appliquer cette approche. Par exemple, un d'entre eux a mentionné la prise en compte de l'intégration des réflexes archaïques. Ces mêmes réflexes « automatiques, involontaires que l'on observe chez le nouveau-né en réaction à des stimuli sensoriels spécifiques » ((AFReM), 2020), dont « l'évolution peut être entravée par le fait que certains réflexes ne se développent pas, ne s'intègrent pas complètement ou réapparaissent », ce qui

peut constituer un élément pertinent lors de la prise en charge d'un enfant présentant des TSA par le biais de l'intégration sensorielle. Par ailleurs, un des ergothérapeutes indique prendre appui sur la pyramide des apprentissages<sup>24</sup> (Taylor & Trott, 1991), qui répertorie les développements nécessaires pour accéder aux apprentissages supérieurs. En outre, cette pyramide a pour base le système nerveux central puis le système sensoriel pour permettre par la suite : le développement sensori-moteur, le développement perceptuo- moteur et la cognition ainsi que l'intelligence. A noter, que les activités de la vie quotidienne sont sur la partie haute de la pyramide.

Durant la conception de cette initiation à la recherche, le rendement occupationnel de ces activités quotidiennes a été interrogé. Ceci, plus spécifiquement, à la suite des questions au sujet des effets de l'intégration sensorielle sur les comportements problèmes des enfants présentant des TSA. En effet, au sein de l'analyse des résultats, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordaient premièrement sur l'existence d'un lien entre intégration sensorielle et comportements problèmes. Ensuite, presque la totalité, a mentionné que cette approche permettait une diminution des comportements problèmes, comme émis dans l'hypothèse. Pour ce qui est de favoriser le rendement occupationnel, à la suite de cette diminution, la théorie avait permis d'insister sur l'évaluation de la mesure canadienne du rendement occupationnel qui pour rappel est « utilisé afin de déterminer la nature des difficultés concernant le rendement occupationnel » (Low, et al., 2014). Cette évaluation permettant également de coter ce rendement occupationnel par l'utilisation du modèle conceptuel du MCREO. Les entretiens n'ont pas révélé l'utilisation de ce modèle ainsi que de ce bilan. Cependant, la définition du rendement occupationnel lue aux ergothérapeutes n'a pas semblé freiner les réponses aux questions concernant : l'impact de l'intégration sensorielle sur le rendement occupationnel lorsque cette dernière affecte les comportements problèmes, et sur la mesure des résultats de l'utilisation de cette approche au quotidien. Les ergothérapeutes utilisent presque tous des moyens d'évaluation de ce rendement différents, comme il été précisé au sein de l'analyse. En revanche, le retour des parents mentionné par quelques ergothérapeutes comme évaluation subjective peut soulever un questionnement. Qu'en est-il réellement du point de vue des parents introduits comme partenaires indispensables » aussi bien en théorie qu'en pratique?

### 3.3.2 Limites de l'initiation à la recherche

---

Ce dernier point peut constituer une limite fragilisant cette initiation à la recherche. Il est vrai qu'il aurait pu être pertinent d'interroger les parents de ces enfants dont il est l'étude depuis le début de cet écrit. Puisque les ergothérapeutes ne voient pas de façon « exacte » les enfants dans leurs

---

<sup>24</sup> Traduction libre de : *Pyramid of Learning*

quotidiens bien que ceux-ci puissent réaliser des visites à domicile, des mises en situation et des recueil d'information auprès de toutes personnes gravitant autour de l'enfant. Il aurait également pu être intéressant de questionner directement ces enfants outre les troubles de la communication qui font partie de leur sémiologie.

Malgré l'intérêt d'avoir pu s'entretenir avec cinq ergothérapeutes, qui détiennent les connaissances obtenues par le biais de formations à l'intégration sensorielle, il ne s'agit que d'un faible échantillon d'ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion de l'enquête. De plus, la particularité des entretiens semi-dirigés a pu constituer une limite à l'expression libre des ergothérapeutes du faits des thèmes et des questions ciblés qui ont dirigés le discours. A cela s'ajoute un contexte de crise sanitaire de l'année 2020, qui a restreint les modalités de mise en place des entretiens. En effet, il était impossible de réaliser ces entretiens en présentiel, de ce fait, il se sont déroulés de façon virtuelle, par téléphone. Cette modalité d'entretien n'était pas idéale, de par la distance que peut mettre un entretien téléphonique, bien que cela m'ait quand même permis de converser avec des professionnels de santé, ceci en me dispensant d'un stress qu'aurait pu imposer un entretien en présentiel. En revanche, il émerge cependant une question autour de ce qu'aurait pu apporter un entretien en visioconférence, afin de rendre plus réaliste l'entretien. Cela aurait aussi pu permettre de saisir l'aspect non verbal de la discussion faisant partie de la communication dans sa globalité.

Un des éléments qui constitue une limite en lien avec le démarchage des ergothérapeutes, notamment le troisième critère : « Utiliser l'approche de l'intégration sensorielle depuis 6 mois minimum, auprès d'enfants avec TSA ayant des comportements problèmes ». Ce critère apportant une limite d'expérience, volontairement restreinte à 6 mois afin de permettre un recrutement plus important par sécurité, a pu constituer une limite dans l'enquête. Un des ergothérapeutes a par exemple exprimé « [manquer] de recul » et n'a par conséquent pas permis de fournir des résultats exploitables, c'est à dire : de valider ou d'invalider l'hypothèse en réponse à la problématique.

Cette même hypothèse et cette même problématique pouvant constituer une limite étant donné l'utilisation de termes spécifiques. En outre, ces termes renvoient non seulement à un modèle conceptuel ergothérapeutique spécifique alors qu'aucun des ergothérapeutes interrogés n'utilisaient de modèle conceptuel, mais aussi à des mots qui ont connus diverses appellations. Ceci, tels que les troubles du spectre de l'autisme représentant la dernière des appellations pour qualifier la population ciblée de ce mémoire, anciennement nommés « autistes ». Tout comme, les comportements problèmes ayant également eu de nombreuses dénominations, expliqués auparavant dans la partie théorique.

Malgré les limites, cette initiation à la recherche a été motivée par plusieurs intérêts.

### 3.3.3 Intérêts de l'initiation à la recherche

---

Tout d'abord, l'intérêt premier de cette initiation à la recherche a consisté à enrichir mes connaissances autour de plusieurs thèmes tels que : les enfants présentant des TSA, les comportements problèmes et l'intégration sensorielle. Au travers de l'apprentissage de la méthodologie de mémoire et des recherches qu'il implique, j'ai pu développer une qualité générale d'écriture et un esprit critique.

L'intégration sensorielle est une approche encore à l'étude, qui est en évolution. Si sa reconnaissance est encore mise en question, notamment auprès de la MDPH<sup>25</sup>, il s'agit d'une technique présentant des résultats d'après les ergothérapeutes interrogés.

Enfin, le dernier intérêt de cette initiation à la recherche est représenté par le fait d'avoir eu l'opportunité de réaliser l'enquête avec des ergothérapeutes aux profils différents. Ces derniers ont obtenu leurs diplômes d'état d'ergothérapie au sein de trois pays différents, avec des dates d'obtention variées. Par ailleurs, ceux-ci ont tous des formations complémentaires différentes, tant bien de façon générale que pour ce qui est de la formation à l'intégration sensorielle. A cela s'ajoute que les ergothérapeutes ne travaillent pas dans le même type de structure pour certains. De plus, cela m'a permis d'acquérir des contacts de personnes du milieu de l'ergothérapie mais aussi de groupes d'intérêt.

---

<sup>25</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées

## 4 CONCLUSION

---

La situation d'appel qui a mené à ce sujet relevait à première vue d'une problématique préoccupante. Depuis le début de ma première année d'ergothérapie, et même bien avant, je me suis interrogée à cette mal connaissance voire méconnaissance de l'autisme. Le sujet de cette initiation à la recherche a finalement été la résultante de cet intérêt croisé lors des différents stages qui ont composé mon parcours de formation.

Désormais, après un travail de recherche, où les TSA sont composés de troubles sensoriels mais aussi de comportement problèmes, notamment chez l'enfant, peuvent apparemment être mis en lien avec l'intégration sensorielle. Cette approche, qui a été étudiée au sein de l'enquête de ce mémoire, a permis de supposer qu'il pourrait s'agir d'une méthode qui diminuerait les comportements problèmes favorisant ainsi le rendement occupationnel des enfants avec TSA. L'hypothèse est alors partiellement validée, le doute d'une affirmation totale étant dû à l'absence d'une partie des réponses d'un des cinq ergothérapeutes interrogés.

Finalement, nous sommes en connexion avec le monde par le biais de nos sens et ceci dans toutes les activités de la vie quotidienne impliquant par conséquent le rendement occupationnel. De ce fait, l'unicité de chaque enfant présentant des TSA représente autant de types d'autismes, au même titre qu'il existe autant d'ergothérapies que d'ergothérapeutes.

Pour rappeler l'image de la radio brouillée mise en parallèle avec les personnes présentant des TSA, comme présentée dans l'introduction de ce travail, l'ergothérapeute pourrait faciliter la recherche de la fréquence de cette même radio grâce à l'intégration sensorielle.

De nos jours, l'autisme constitue un problème de santé publique auquel le gouvernement français répond par des plans, notamment celui de 2018-2022 qui correspond à la quatrième récurrence proposée. L'intégration sensorielle est-elle et sera-t-elle au service de cette stratégie nationale (Cluzel, Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, 2020) ? En outre, répondra-t-elle aux engagements de ce plan comme « renforcer la recherche et les formations », « mettre en place les interventions précoces prescrites par les recommandations de bonnes pratiques » mais aussi tout ce qui « [garantit] la scolarisation effective des enfants et des jeunes ». Ceci sans compter le fait de « favoriser l'inclusion des adultes et de soutenir les familles ».

## 5 REFERENCES

---

- (AFReM), A. F. (2020). *Réflexes archaïques*. Consulté le mai 24, 2020, sur AFReM: <http://afrem.org/reflexes-archaiques>
- (ANESM), A. n.-s. (2016, décembre). *Les "comportements problèmes" : prévention et réponse*. Saint-Denis: ANESM. Consulté le avril 11, 2020, sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp\\_comportements\\_problemes\\_volets\\_1\\_et\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf)
- (ANFE), A. N. (2019, février 1). *La profession (définition)*. Consulté le mars 09, 2020, sur ANFE: <https://www.anfe.fr/definition>
- (CDC), C. f. (2014, mars 28). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder*. Consulté le octobre 10, 2019, sur CDC: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6302.pdf?fbclid=IwAR2VI7KsRzVQDeqpprH5RdievbnECLQs5rCT6S1dELR2SG0DxpNKEsx7fnY>
- (CIM-10), C. I. (2008). *Troubles envahissants du développement*. Consulté le février 21, 2020, sur CIM-10 version : 2008: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#F84>
- (CRAIF), C. d.-d.-F. (2020). *Qu'est-ce que l'autisme*. Consulté le mai 24, 2020, sur CRAIF: <https://www.craif.org/quest-ce-que-lautisme-44>
- (CRETCD), C. d.-C. (2013). *Journée d'appropriation du DSM-5*. Consulté le octobre 10, 2019, sur Fédération Québécoise de l'Autisme (FGA): <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/FORMATIONDSM-5.pdf>
- (HAS), H. A. (2010, janvier). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Consulté le avril 11, 2020, sur HAS: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme\\_\\_etat\\_des\\_connaissances\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf)
- (HAS), H. A. (2018, février 19). *Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Consulté le avril 11, 2020, sur Haute Autorité de Santé (HAS): [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent)

- (HAS), H. A., & (ANESM), A. n.-s. (2012, mars). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Consulté le avril 11, 2020, sur Haute Autorité de Santé (HAS): [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/argumentaire\\_autisme\\_ted\\_enfant\\_adolescent\\_interventions.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf)
- (OMS), O. M. (2000). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris: Masson.
- (OMS), O. M. (2017, avril 4). *Troubles du spectre autistique*. Consulté le avril 10, 2020, sur (OMS), Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- (OMS), O. M. (2020, février 7). *Epilepsie*. Consulté le avril 10, 2020, sur Organisation Mondiale de la Santé (OMS): <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- AbaAutisme. (2020). *qu'est ce que l' A.B.A. ?* Consulté le 02 24, 2020, sur La méthode ABA: <https://www.abaautisme.org/menupresentation/methodeaba>
- Adrien, J.-L. (2002, août). Le bilan psychologique des enfants avec autisme. *Le carnet psy*, 39-41. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2002-8-page-39.htm>
- Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., & Vauvillé, B. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. Paris: De Boeck.
- ANFE. (2020). *S'inscrire / Rechercher une formation*. Consulté le octobre 10, 2019, sur ANFE: <https://www.anfe.fr/>
- Asperger, H. (1944). Die „Autistische Psychopathen" im Kindesalter. *Aus der Wiener Universitäts-Kinderklinik*, pp. 76-136. Récupéré sur [http://autismus-biberach.com/Asperger\\_Hans\\_Autistischen\\_Psychopathen.pdf](http://autismus-biberach.com/Asperger_Hans_Autistischen_Psychopathen.pdf)
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1989). *The sensory integration and praxis tests*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Babington, I. (2018). *L'enfant extraordinaire : comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement de l'enfant*. Paris: Eyrolles.

- Baghdadli, A., Noyer, M., & Aussilloux, C. (2007, juin). *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*. Paris: Direction Générale de l'Action Sociale (Ministère de la santé et des solidarités). Récupéré sur <https://www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/autisme-interventions-educatives-pedagogiques-therapeutiques-baghdadli.pdf>
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006, juillet 15). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet*, 368(9531), pp. 201-215. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16844490>
- Barthélémy, C. (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris: Lavoisier.
- Blanche, E. (2002). *Observation Base On Sensory Integration Theory*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*.
- Bogdashina, O. (2013). *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger*. Grasse: Autisme France Diffusion.
- Borthwick-Duffy, S. (1994). Prevalence of Destructive Behaviors : A Study of Agression, Self-Injury, and Property Destruction. Dans T. Thompson, & D. B. Gray, *Destructive behavior in developmental disabilities : diagnosis and treatment* (pp. 3-23). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Caillol, P. (2012). *Profil Sensoriel : plaquette*. Montreuil: Pearson. Récupéré sur [https://www.ecpa.fr/uploaded/profilsenso\\_plaquette.pdf](https://www.ecpa.fr/uploaded/profilsenso_plaquette.pdf)
- Cluzel, S. (2018, avril 6). *Autisme Changeons la donne !* Récupéré sur Gouvernement: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_pour\\_lautisme\\_-\\_vendredi\\_6\\_avril\\_2018\\_2.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf)
- Cluzel, S. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. Paris: Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Récupéré sur [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf)
- Cluzel, S. (2020, février 02). *Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022*. Consulté le avril 10, 2020, sur handicap.gouv.fr: <https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>
- Combessie, J.-C. (2007). I. L'observation. Dans J.-C. Combessie, *La méthode en sociologie* (pp. 12-23). Paris: La découverte.

- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. Dans J.-C. Combessie, *La méthode en sociologie* (pp. 24-32). Paris: La découverte.
- Côté, S. (2016). *Favoriser l'attention par des stratégies sensorielles*. Montréal: Chenelière Education.
- Daongam, M. (2004). *Mes enfants sont autistes*. Paris: Josette Lyon.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations*. Louvain-La-Neuve: De Boeck.
- De Ruelle, C. (2011). Les ergothérapeutes : À quoi vous attendre? (AutismONTARIO, Intervieweur) Récupéré sur <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Sant%C3%A9/Autismontario-ergo.pdf>
- De Singly, F. (1992). *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris: Nathan.
- Deb, S., & Prasad, K. (1994, septembre). The Prevalence of Autistic Disorder among Children with a Learning Disability. *The British Journal of Psychiatry*, 165(3), pp. 395-399. Récupéré sur <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/prevalence-of-autistic-disorder-among-children-with-a-learning-disability/D022C9CAD1A1F116D615A61DB5C90918>
- Degenne-Richard, C. (2014, juin 27). Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie. *Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec*. Paris.
- Dunn, W. (1997, avril). The impact of sensory processing abilities on the daily live a of young children and their families : a conceptual model. *Aspen Publishers*, 23-25. Récupéré sur [https://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/1997/04000/The\\_Impact\\_of\\_Sensory\\_Processing\\_Abilities\\_on\\_the.5.aspx](https://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/1997/04000/The_Impact_of_Sensory_Processing_Abilities_on_the.5.aspx)
- Dunn, W. (2010). *Profil Sensoriel : Manuel*. Paris: Pearson.
- Dunn, W. (2015, septembre 25). Meet the author : Winnie Dunn. (Pearson, Intervieweur) Pearson. Récupéré sur <https://www.pearsonclinical.co.uk/AlliedHealth/PaediatricAssessments/Sensory/sp2/Resources/winnie-dunn-bio.pdf>
- ECPA. (2012). *Nepsy II : Plaquette*. Montreuil: Pearson. Récupéré sur [https://www.ecpa.fr/uploaded/nepsy\\_ii\\_plaquette.pdf](https://www.ecpa.fr/uploaded/nepsy_ii_plaquette.pdf)
- Emerson, E. (2001). *Challenging behavior, analysis and intervention in people with severe behavior problems*. Cambridge: Unity press.

- Emeye, E. (2016). *AUTISME, ce sont les familles qui en parlent le mieux*. Paris: Libro.
- Fombonne, E. (2003, août 1). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(4), pp. 365-382. Récupéré sur <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025054610557>
- Froehlich-santino, W., Londono Tobon, A., & Cleveland, S. (2014, Juillet 7). Prenatal and perinatal risk factors in a twin study of autism spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 54, pp. 100-108. Récupéré sur ScienceDirect: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24726638>
- Gouvernement du Canada. (2018, mars). *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018*. Consulté le octobre 10, 2019, sur [canada.ca: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf)
- Hupez, M., Laurent, M.-C., Mimmo, L., & Willaye, E. (2006, janvier 01). Une gestion holistique des troubles graves du comportement chez des personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou de l'autisme. *Bulletin scientifique de l'ARAPI*(17), pp. 41-44. Récupéré sur [https://doc.handicapsrares.fr/index.php?lvl=bulletin\\_display&id=1676#.XpHA78gzZPY](https://doc.handicapsrares.fr/index.php?lvl=bulletin_display&id=1676#.XpHA78gzZPY)
- Imbert, G. (2010, septembre). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), pp. 23-34. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
- INSERM. (2018, mai 18). *Autisme*. Consulté le avril 10, 2020, sur INSERM: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme#topPage>
- Jackson, M. (Réalisateur). (2010). *Temple Grandin* [Film].
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, pp. 217-250. Récupéré sur <https://www.resodys.org/IMG/pdf/kanner-scan.pdf>
- Klinger, D. L. (2020). *TEACCH® Autism Program*. Consulté le février 24, 2020, sur [Unc school of medicine: https://teacch.com/](https://teacch.com/)
- Koomar, J., & Bundy, A. (1991). The art and science of creating direct intervention from theory. Dans A. Fisher, E. .. Murray, & A. Bundy, *Sensory integration theory and practice*. Philadelphia: Davis Company, F.A.

- Kranowitz, C. (1998). *The Out of Synch Child : Recognizing and Coping with Sensory Integration*. New York: The Berkley Publishing Group.
- Labbé, S. A. (2019, décembre 12). *Les niveaux de sévérité et de soutien chez l'enfant ou l'adulte présentant un trouble du spectre de l'autisme*. Consulté le février 21, 2020, sur Spectre de l'autisme: <https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/niveaux-de-soutien-niveau-de-severite/>
- Labbé, S. A. (2020, janvier 19). *Le protocole Wilbarger*. Consulté le février 20, 2020, sur Spectre de l'autisme: <https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa-intervention-et-therapies/protocole-wilbarger-autisme-tsa/>
- Labbé, S. A. (2020, janvier 24). *Les statistiques et le taux de prévalence en lien avec le trouble du spectre de l'autisme TSA*. Consulté le avril 10, 2020, sur Spectre de l'autisme: [https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/statistiques-autisme-tsa/?fbclid=IwAR1kY\\_Uk\\_kPLpLi-d4YP6tNmdYKbXsl\\_lkqg3xAN0mTF8XsLwlz9rTCSJtc](https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/statistiques-autisme-tsa/?fbclid=IwAR1kY_Uk_kPLpLi-d4YP6tNmdYKbXsl_lkqg3xAN0mTF8XsLwlz9rTCSJtc)
- Larousse. (2020). *Autisme*. Consulté le avril 10, 2020, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autisme/6565>
- Larousse. (2020). *Psychanalyse*. Consulté le avril 10, 2020, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychanalyse/64802>
- Lebaut, B. (2020, mars 4). *Mieux connaître les structures et dispositifs*. Consulté le avril 6, 2020, sur CRAIF: <https://www.craif.org/mieux-connaître-les-structures-et-dispositifs-94#scrollNav-2>
- Lebaut, B. (2020, mars 4). *Scolarité et études*. Consulté le avril 6, 2020, sur CRAIF: <https://www.craif.org/scolarite-et-etudes-88>
- Légifrance. (2020, mai 2). *Article L246-1*. Consulté le mai 2, 2020, sur Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006797133&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20050212>
- Lincoln, Y. S. (1995, septembre 1). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), pp. 275-289. Récupéré sur <https://www.semanticscholar.org/paper/Emerging-Criteria-for-Quality-in-Qualitative-and-Lincoln/ef37b3f446d4545dbd13c4223b1ddee9b0e0f8ba>
- Lossifov, I., Levy, D., Allen, J., Ye, K., Ronemus, M., Yamrom, B., & Wigler, M. (2015, octobre 13). Low load for disruptive mutations in autism genes and their biased transmission. *Proc Natl Acad Sci*

- (PNAS) *Plus Significance Statements USA*, 112(41), pp. E5600-E5607. Récupéré sur PNAS: <https://www.pnas.org/content/pnas/112/41/E5600.full.pdf>
- Low, M., Baptiste, S., Carswell, A., Ann Mcoll, M., J. Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *MCRO*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Mailloux, Z., & Bodison, C. S. (2006, septembre 25). The Sensory Integration and Praxis Tests : Illuminating Struggles and Strengths in Participation at School. *OT Practice*, pp. CE1-CE8. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/283382142\\_The\\_sensory\\_integration\\_and\\_praxis\\_tests\\_Illuminating\\_struggles\\_and\\_strengths\\_in\\_participation\\_at\\_school](https://www.researchgate.net/publication/283382142_The_sensory_integration_and_praxis_tests_Illuminating_struggles_and_strengths_in_participation_at_school)
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. (2007, mars). Concept Evolution in Sensory Integration : A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), pp. 135-140. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/6391388\\_Concept\\_Evolution\\_in\\_Sensory\\_Integration\\_A\\_Proposed\\_Nosology\\_for\\_Diagnosis](https://www.researchgate.net/publication/6391388_Concept_Evolution_in_Sensory_Integration_A_Proposed_Nosology_for_Diagnosis)
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (éd. 3e). Paris: De Boeck.
- Outrequin, G., & Boutillier, B. (2019, septembre). *La moelle épinière (2) - Anatomie fonctionnelle*. Consulté le février 21, 2020, sur Anatomie Humaine: <https://www.anatomie-humaine.com/La-moelle-epiniere-2-Anatomie.html>
- Parham, L. D., Ecker, C., Miller Kuhaneck, H., Henry, D. A., & Glennon, T. (2007). *Sensory Processing Measure (SPM): Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. Dans S. Paugam, *L'enquête en sociologie* (pp. 93-113). Paris 14: Presses Universitaires de France.
- Qureshi, H. (1994). The size of the problem. Dans E. Emerson, M. P., J. Mansell, E. Emerson, P. McGill, & J. Mansell (Éds.), *Severe Learning Disabilities and Challenging Behaviours* (pp. 17-36). Boston: Springer. Récupéré sur [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-2961-7\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-2961-7_2)
- Recordon-Gaboriaud, S., & Granier-Deferre, C. (2012). *EPOCAA : Echelle pour l'observation des comportements-problèmes d'adultes*. Montreuil: Pearson.
- Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir* (éd. 3è). Malakoff: Dunod.

- Rossignol, D. A., Genius, S. J., & Frye, R. E. (2014, février 11). *Environmental toxicants and autism spectrum disorders: a systematic review*. Consulté le avril 10, 2020, sur Nature: <https://www.nature.com/articles/tp20144>
- Rzhetsky, A., Bagley, S. C., Wang, K., Lyttle, C. S., Cook, E. H., Altman, R. B., & Gibbons, R. D. (2014, mars 13). Environmental and State-Level Regulatory Factors Affect the Incidence of Autism and Intellectual Disability. *Public Library Of Sciences (PLOS)*. Récupéré sur PLOS: <https://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1003518>
- Sandin, S., Lichtenstein, P., & Kuja-Halkola, R. (2014, mai 7). The Familial Risk of Autism. *JAMA*, 311(17), pp. 1170-1777. Récupéré sur Jama Network: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1866100>
- Santha, & Caron, J. (2017, février 22). *Comprendre l'intégration sensorielle pour l'enfant ou l'adulte vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Consulté le avril 10, 2020, sur Spectre de l'autisme: <https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa-intervention-et-therapies/integration-sensorielle/>
- Schaaf, R. C., & Davies, P. L. (2010, mai 01). Evolution of the Sensory Integration Frame of Reference. *The american journal of Occupational Therapy*, 64, pp. 363-367. Récupéré sur <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1854556>
- Schovanec, J. (2015). *Je suis à l'est*. Paris 13: Plon.
- Schultz, R. T., Levy, S. E., & Mandell, D. S. (2009, novembre 7). Autism. *The Lancet*, 374(1701), pp. 1627-1638. Récupéré sur The lancet: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961376-3/fulltext>
- Tardif, C., & Gepner, B. (2010). *L'autisme* (éd. 3e). Paris: Armand Colin.
- Taylor, K. M., & Trott, M. A. (1991). Pyramid of learning.
- Wilbarger, P. (1995). The sensory diet : activity programs based on sensory processing theory. *American Occupational Therapy Association (AOTA) Sensory Integration Special Interest*(18), 1-4. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/313383995\\_The\\_sensory\\_diet\\_Activity\\_programs\\_based\\_on\\_sensory\\_processing\\_theory](https://www.researchgate.net/publication/313383995_The_sensory_diet_Activity_programs_based_on_sensory_processing_theory)
- Willaye, E. (2010, juin 25). *Comportements-problèmes, comportements-défis : définir, comprendre, intervenir*. Consulté le avril 10, 2020, sur La vie active formation:

[http://vie.active.formation.pagesperso-orange.fr/Docs/Colloques/2010/04\\_DefinirComprendreIntervenir.pdf](http://vie.active.formation.pagesperso-orange.fr/Docs/Colloques/2010/04_DefinirComprendreIntervenir.pdf)

Willaye, E., & Magerotte, G. (2014). *Évaluation et intervention auprès des comportements défis, déficience intellectuelle et autisme* (éd. 2e). Louvain-La-Neuve: De Boeck.

Williams, D., Gérard, F., & Bartak, L. (1999). *Si on me touche je n'existe plus*. Paris: J'ai lu.

Wing, L., & Gould, J. (1979, mars). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children : Epidemiology Classification. *Journal of Autism Developmental Disorders*(9), pp. 11-29. Récupéré sur <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01531288>

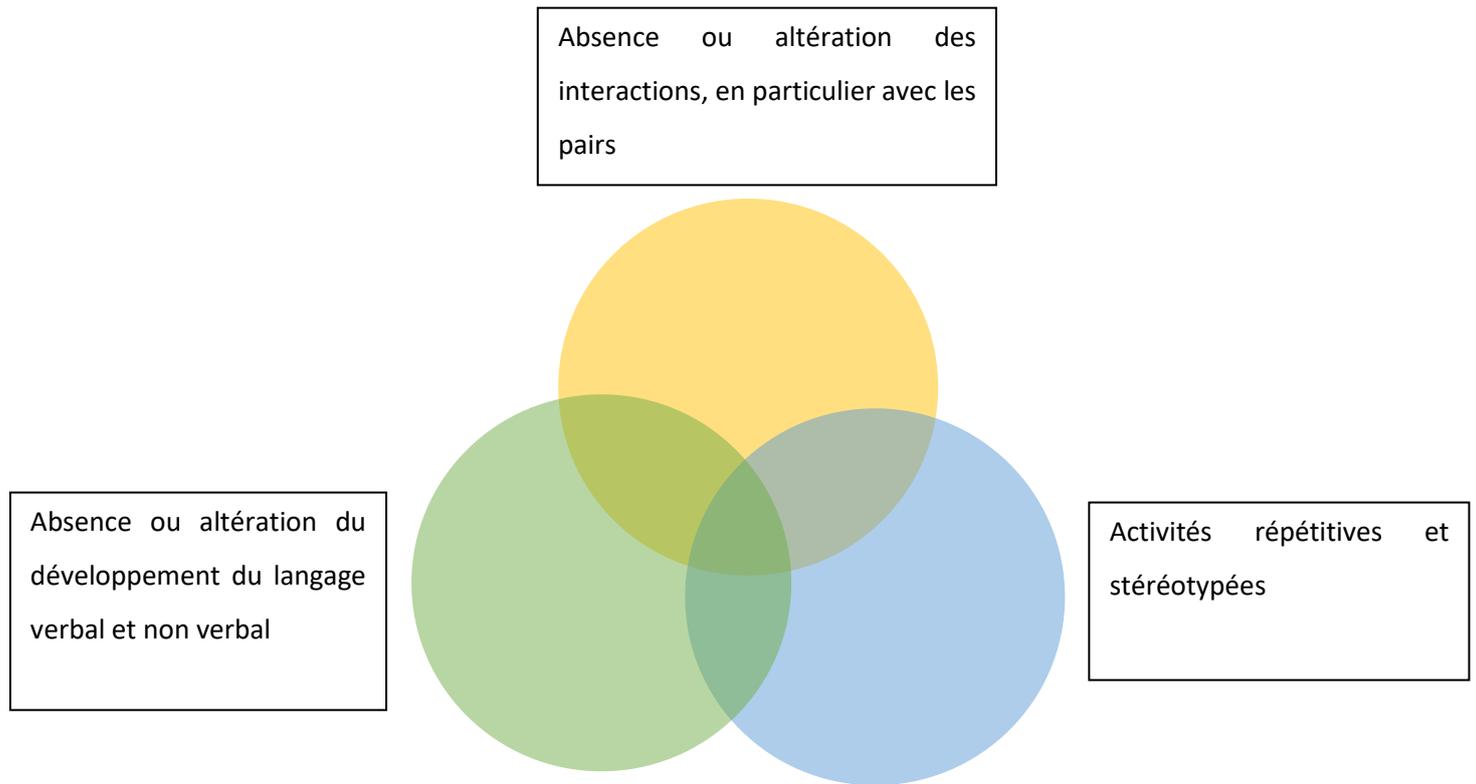
Yvon, D., Philip, C., Rogé, B., & De Schonen, S. (2020). *À la découverte de l'autisme: Des neurosciences à la vie en société*. Malakoff: DUNOD.

## 6 SOMMAIRE DES ANNEXES

---

Annexe I : La triade autistique .....	I
Annexe II : Critères de la CIM-10 pour l'autisme infantile.....	II
Annexe III : Parcours de l'enfant et de sa famille, de l'identification des premiers signes d'alerte à la mise en place des premières interventions .....	III
Annexe IV : Niveaux de sévérité du TSA .....	IV
Annexe V : Tableau n°1 : catégories de comportements-défi selon Mc Brien & Felce (1992, traduction et adaptation .....	V
Annexe VI : Une nouvelle proposition pour la nosologie des troubles sensoriels .....	VI
Annexe VII : Organisation des sections et des facteurs du Profil Sensoriel .....	VII
Annexe VIII : Continuum des seuils neurologiques .....	VIII
Annexe IX : Guide d'entretien .....	IX
Annexe X : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1 .....	XII

Annexe I : La triade autistique (Wing & Gould, 1979)



## Annexe II : Critères de la CIM-10 pour l'autisme infantile

**A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :**

- (1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale
- (2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques (3) Jeu fonctionnel ou symbolique

**B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :**

(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales

(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions

(c) manque de réciprocité socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs

(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)

(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

(a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique

(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases

(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

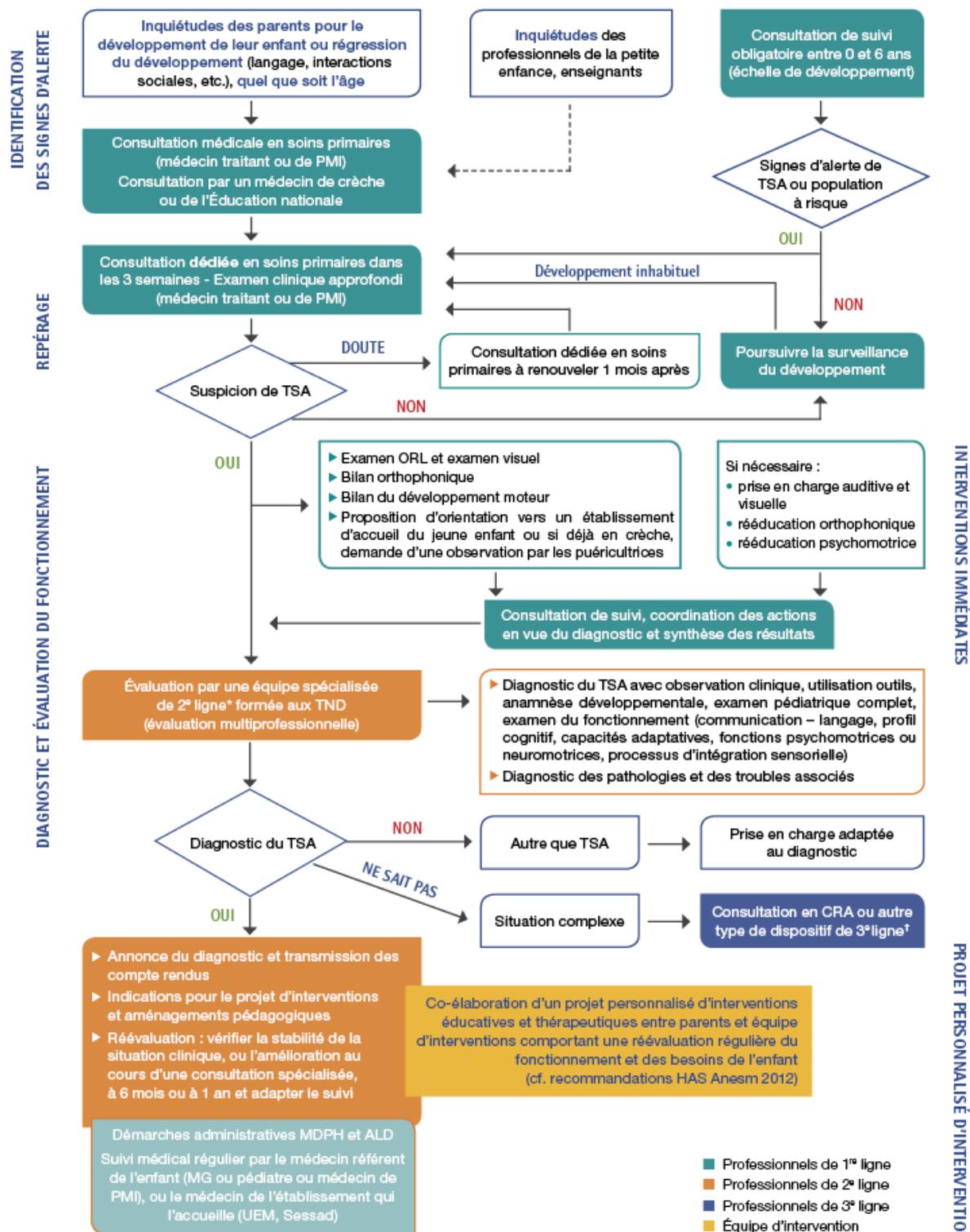
(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation

(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps

(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent)

**Annexe III : Parcours de l'enfant et de sa famille, de l'identification des premiers signes d'alerte à la mise en place des premières interventions** ((HAS), Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, 2018)



\*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. †Professionnels exerçant en centre ressources autisme (CRA) ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuropédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale.

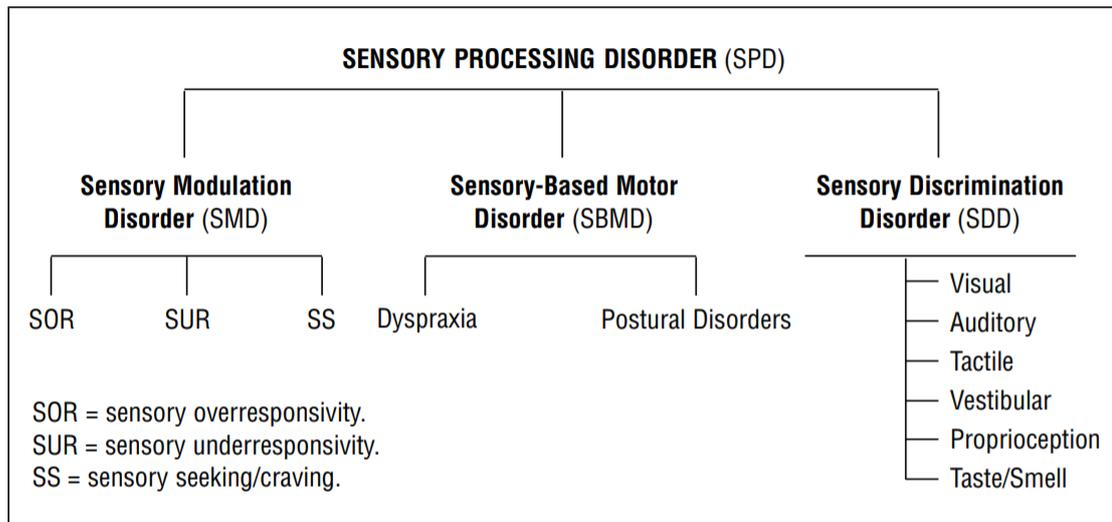
## NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ DU TSA

NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	COMMUNICATION SOCIALE	INTÉRÊTS RESTREINTS ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS
<p><b>Niveau 3</b></p> <p><b>Nécessite un soutien très important</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficiences graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement.</li> <li>• Initiation très limitée des interactions sociales.</li> <li>• Réponse minimale aux tentatives de socialisation d'autrui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des préoccupations, des rituels fixes et/ou des comportements répétitifs qui nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines.</li> <li>• Détresse marquée lorsque les rituels et/ou routines sont perturbés.</li> <li>• Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.</li> </ul>
<p><b>Niveau 2</b></p> <p><b>Nécessite un soutien important</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficiences marquées au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales.</li> <li>• Altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place.</li> <li>• Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les comportements restreints et répétitifs et/ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes.</li> <li>• La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.</li> </ul>
<p><b>Niveau 1</b></p> <p><b>Nécessite un soutien</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans soutien, les déficiences au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables.</li> <li>• Difficulté à initier des interactions sociales, manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui.</li> <li>• Manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes.</li> <li>• Résistance lors des tentatives d'une personne tierce de mettre fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.</li> </ul>

**Tableau 1.2 Catégories de comportements-défis selon Mc Brien & Felce (1992, traduction et adaptation personnelle)**

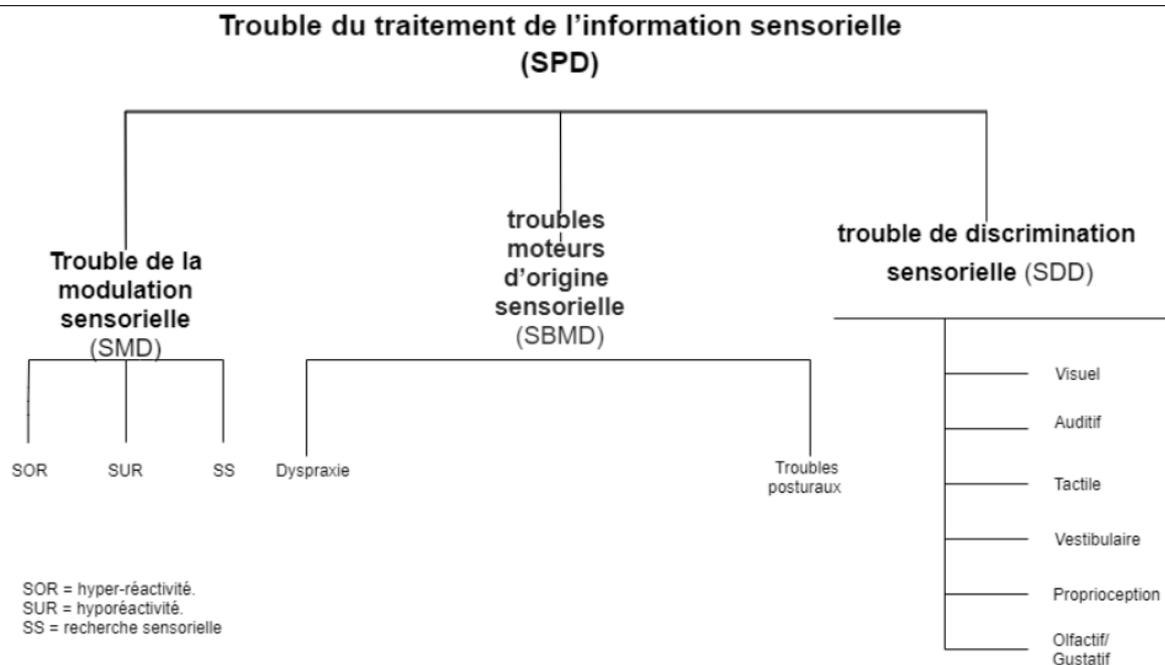
Agression	Automutilation	Destruction
<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frapper</li> <li>• Tirer les cheveux</li> <li>• Pousser les gens</li> <li>• Donner des coups de pied</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se frapper la tête</li> <li>• Se donner des coups ou s'enfoncer le doigt dans l'œil</li> <li>• Se mordre la main</li> <li>• S'arracher les cheveux</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casser de la vaisselle</li> <li>• Jeter des objets</li> <li>• Casser des vitres</li> <li>• Renverser des meubles</li> <li>• Déchirer des livres/ des vêtements</li> </ul>
Perturbation, Anti-social, Dangereux, Nuisance	Stéréotypie/ Autostimulation	Alimentation
<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crier</li> <li>• Se mettre en colère</li> <li>• S'enfuir</li> <li>• Opposition permanente</li> <li>• Se déshabiller en public</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balancements</li> <li>• Mouvements des mains</li> <li>• Bruits répétitifs</li> <li>• Balancer une ficelle</li> <li>• Arpenter</li> </ul>	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypersélectivité</li> <li>• Vomissement</li> <li>• Pica</li> <li>• Recherche permanente de nourriture</li> </ul>

Annexe VI : Une nouvelle proposition pour la nosologie des troubles sensoriels (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007)



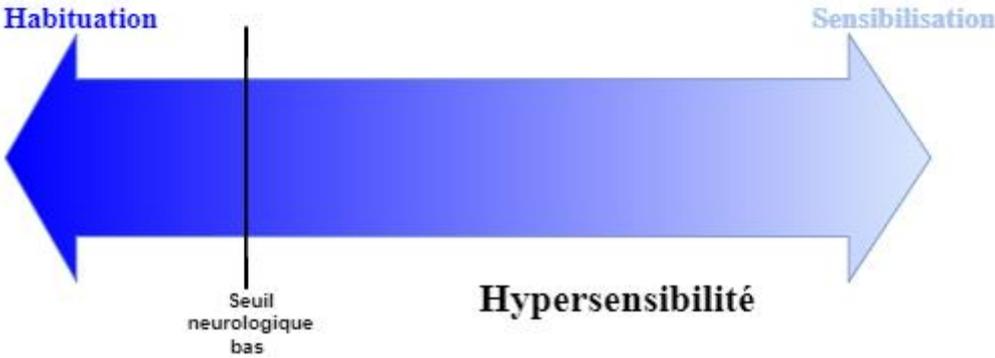
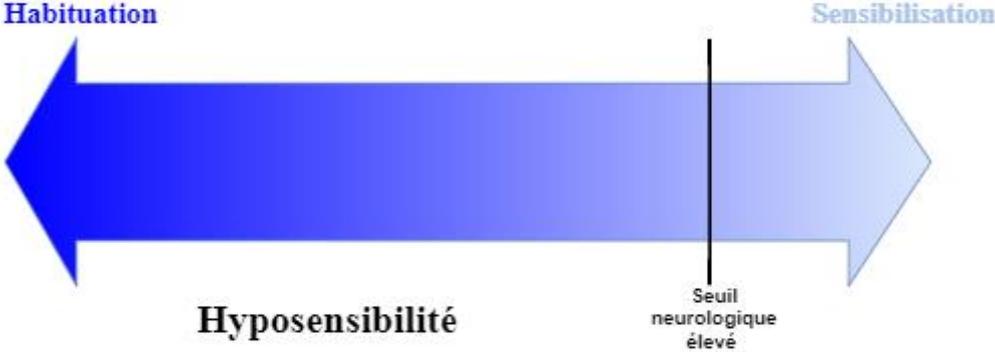
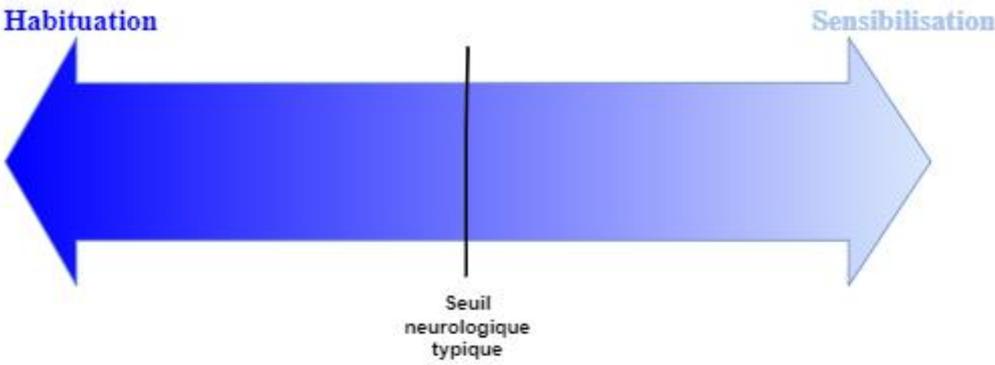
**A proposed new nosology for sensory processing disorder.**

Traduction française libre



Section 1 Traitement de l'information sensorielle	Section 2 Modulation	Section 3 Réponses comportementales et émotionnelles
<p>Section A : Traitement de l'information auditive</p> <p>Section B : Traitement de l'information visuelle</p> <p>Section C : Traitement de l'information liée à l'équilibre</p> <p>Section D : Traitement de l'information tactile</p> <p>Section E : Traitement de l'information multisensorielle</p> <p>Section F : Traitement de l'information sensorielle orale</p>	<p>Section G : Traitement de l'information sensorielle liée à l'endurance / au tonus</p> <p>Section H : Modulation liée à la position du corps et au mouvement</p> <p>Section I : Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité</p> <p>Section J : Modulation de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles</p> <p>Section K : Modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité</p>	<p>Section L : Réponses émotionnelles / sociales</p> <p>Section M : Comportement résultant du traitement de l'information sensorielle</p> <p>Section N : Items indiquant les seuils de réponses</p>
Facteurs		
<p>Facteur 1 : Recherche de sensations</p> <p>Facteur 2 : Réactivité émotionnelle</p> <p>Facteur 3 : Endurance / Tonus faibles</p> <p>Facteur 4 : Sensibilité sensorielle orale</p> <p>Facteur 5 : Inattention / Distractibilité</p> <p>Facteur 6 : Hyporéactivité sensorielle</p> <p>Facteur 7 : Sensibilité sensorielle</p> <p>Facteur 8 : Sédentarité</p> <p>Facteur 9 : Motricité fine / Perception</p>		

Annexe VIII : Continuum des seuils neurologiques (Dunn, 2010)



## **INFORMEL**

### **PRESENTATION PERSONNELLE**

Bonjour, je m'appelle Charlotte Pichon et je suis en troisième année d'ergothérapie à Créteil.

### **PRESENTATION DU CONTEXTE**

Je me suis permise de vous solliciter pour cet entretien dans le cadre de mon mémoire dont les mots clefs sont : Enfants avec TSA - Comportements-problèmes - Intégration Sensorielle. En effet, dans le cadre de ma troisième année de formation, je suis amenée à effectuer un travail d'enquête. Avant de débiter, êtes-vous d'accord que j'enregistre nos échanges ? Dans le cas où cet entretien pourrait être retranscrit, il serait anonymisé et je vous ferai parvenir une copie si vous le souhaitez.

### Vérification des critères d'inclusion :

- De quel(s) diplôme(s) disposez-vous ?
  - ✓ Critère 1 : Posséder un diplôme d'ergothérapeute en cours de validité.
- Quelle(s) autre(s) formation(s) avez-vous suivi ? Ou avez-vous une formation complémentaire ?
  - ✓ Critère 2 : Avoir suivi la formation à l'intégration sensorielle
- Depuis combien de temps utilisez-vous l'intégration sensorielle auprès d'enfants avec TSA ayant des comportements problèmes ?
  - ✓ Critère 3 : Utiliser l'approche de l'intégration sensorielle depuis 6 mois minimum, auprès d'enfants avec TSA ayant des comportements problèmes.

### La situation de prise en charge :

- Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ? Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants avec TSA ?
- Pouvez-vous rappeler dans quel type de structure vous travaillez ?
- Utilisez-vous des modèles conceptuels ? Si oui, lesquels ?

### **Annnonce préalable aux questions :**

A partir de maintenant, nous ne parlerons que de vos patients enfants présentant des TSA.

## Annnonce du thème A

### **THEME A : LES ENFANTS AVEC TSA**

- Quelle est la moyenne d'âge des enfants que vous prenez en charge ?
- Quel est l'intitulé de vos prescriptions médicales ?
- Que faites-vous et que travaillez-vous avec les enfants qui ont des TSA ?
- Quelle est la demande des parents, des enseignants, des éducateurs ou autres personnes accompagnant l'enfant dans sa vie quotidienne ?
- Quels sont les situations occupationnelles qui posent des problèmes ?
- Quelles sont vos évaluations de base ? Utilisez-vous des évaluations spécifiques à l'ergothérapie ?

## Annnonce du thème B

### **THEME B : LES COMPORTEMENTS PROBLEMES**

- Quels sont les comportements problèmes que vous, les parents ou encore les accompagnants rencontrez ?
- Quels sont les impacts de ses comportements sur le rendement/ la performance des activités de la vie quotidienne ?
  - « Le rendement occupationnel est le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation" (Low, et al. p.3) il est défini comme la capacité d'un individu à exécuter certaines occupations ainsi que sa satisfaction à l'égard de sa réalisation. « Une difficulté au plan du rendement occupationnel se définit comme : une occupation qu'une personne VEUT REALISER ou DEVRAIT REALISER, mais N'ARRIVE PAS A REALISER ou NE REALISE PAS A SA PROPRE SATISFACTION. « (Low, et al. p.4)
- Êtes-vous amené(e) à évaluer les comportements problèmes ? Si oui, comment ?
- Comment prenez-vous en charge les comportements problèmes auprès des enfants ayant des TSA ?

## Annnonce du thème C

### **THEME C : LA PRATIQUE DE L'INTEGRATION SENSORIELLE**

- Pourquoi avez-vous réalisé la formation en intégration sensorielle ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique ?
- Quels sont vos objectifs avec l'utilisation de cette pratique ?

- Utilisez-vous d'autres approches en complément ou non ?
- Êtes-vous amené(e) à réaliser certaines évaluations (intégration sensorielle) ? Si oui, lesquelles, provenant de quelle théoricien ?
- Il y a-t-il un lien entre l'intégration sensorielle et les comportements problèmes ?
  - (Quels sont les effets de l'intégration sensorielle sur les comportements problèmes ?)
  - Il y a-t-il un impact sur le rendement occupationnel lorsque l'utilisation de l'intégration sensorielle affecte les comportements problèmes ?
- Quels sont les résultats de l'utilisation de l'approche de l'intégration sensorielle au quotidien ? Et comment les mesurez-vous ?
- Quel est l'impact de l'intégration sensorielle sur le rendement occupationnel ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Connaissez-vous d'autres ergothérapeutes qui pourraient être sensible à ce sujet d'étude ?

### **Remerciements**

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir accordé de votre temps. Je reste entièrement à votre disposition si vous souhaitez ajouter une remarque ou autre.

Annexe X : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1

=====

Entretien exporté depuis Sonal (v.2.1) le 15/04/2020 à 05:41:09

=====

2020-04-06\_16-03-55.mp3

\*\*\*\*\*

Caractéristiques : réalisé le 6 avril à 16 heures en 1h01min58sec.

\*\*\*\*\*

Observations :

Entretien téléphonique avec un ergothérapeute ayant répondu à une publication Facebook. Enregistré à l'aide d'une application mobile.

\*\*\*\*\*

[Charlotte Pichon] :

Bonjour ?

[Ergothérapeute 1] :

Allo ?

[Charlotte Pichon] :

Allo, oui bonjour.

[Ergothérapeute 1] :

Bonjour.

[Charlotte Pichon] :

Vous allez bien, enfin tu vas bien ? C'est vrai que je dois te tutoyer.

[Ergothérapeute 1] :

Ça va et toi ?

**[Charlotte Pichon] :**

Ça va merci. Bah du coup j'ai quelques vous qui vont m'échapper durant l'entretien il faudra pas m'en vouloir.

**[Ergothérapeute 1] :**

Il n'y a pas de soucis. Après si ça te dérange je peux te vouvoyer il n'y a pas de soucis.

**[Charlotte Pichon] :**

Non, non, moi ça me va, c'est juste une question d'habitude, mes questions sont rédigées en vouvoiement donc je vais juste les adapter au fur et à mesure.

**[Ergothérapeute 1] :**

Pas de soucis, pas de problème.

**[Charlotte Pichon] :**

Pareil, s'il y a quelques petits blancs qui se passent, c'est normal c'est que je switche d'une question à une autre, faudra pas s'inquiéter.

**[Ergothérapeute 1] :**

Du coup, toi c'est sur. ton thème principal c'est les comportements problèmes ? C'est bien ça ?

**[Charlotte Pichon] :**

Euh, donc c'était : les comportements problèmes, enfants avec TSA et intégration sensorielle.

**[Ergothérapeute 1] :**

ok, très bien.

**[Charlotte Pichon] :**

Je vais te refaire un petit résumé et me présenter aussi, ça peut être intéressant. (Rires)

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok (rires)

**[Charlotte Pichon] :**

Du coup je m'appelle Charlotte Pichon, je suis en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. Donc, aujourd'hui je me suis permise de te solliciter pour cet entretien avec les maîtres mots que je t'ai énoncé : enfants avec troubles du spectre de l'autisme, comportements problèmes et intégration sensorielle. Ça me permettra dans le cadre de ma formation de euh valider ma partie d'enquête. Avant de démarrer, je vous savoir si tu étais toujours ok pour que j'enregistre nos échanges ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bien sûr.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, et si tu veux je pourrais te fournir une copie dans le cas où cet entretien serait retranscrit dans mon mémoire. Parce que l'on doit retranscrire un entretien parmi tous nos entretiens.

**[Ergothérapeute 1] :**

D'accord pas de soucis.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok. Je vais commencer les questions. Euh... Je voulais savoir de quels diplômes tu disposes ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Excuse-moi, je n'ai pas entendu.

**[Charlotte Pichon] :**

De quels diplômes tu disposes ?

**[Ergothérapeute 1] :**

J'ai.. Euh. Je suis diplômé de hm j'ai le diplôme d'ergothérapie depuis 2019 et c'est le seul diplôme que j'ai.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord merci. Euh.. Quels autres formations as-tu suivi ou as-tu des formations complémentaires ?

**[Ergothérapeute 1] :**

J'ai.. hm.. Comment dire.. Les formations sur l'intégration sensorielle à la sortie de mon école. Hm... donc en juillet 2019, j'ai suivi le module. Le module 1 en 2019, le 2 en octobre et le 3 en décembre. Et

j'effectue les formations de Gwenaëlle Roscoe qui .. Donc pas les formations de l'ANFE, formation de Gwenaëlle Roscoe qui est aussi ma collaboratrice.

**[Charlotte Pichon] :**

Comment elle s'appelle excuse-moi ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Gwenaëlle Roscoe

**[Charlotte Pichon] :**

Comment s'écrit Roscoe s'il te plait ?

**[Ergothérapeute 1] :**

R-O-S-C-O-E, R-O-S-C-O-E ouais c'est ça.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, merci beaucoup. Et depuis combien temps du coup tu utilises cette intégration sensorielle auprès des enfants qui ont des troubles du spectre de l'autisme mais aussi des comportements problèmes ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Euh... depuis mes débuts... je pratique exclusivement l'intégration sensorielle, c'est la spécificité de notre cabinet, on fait que ça.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

Du coup... Depuis que moi... Officiellement j'ai commencé en septembre 2019. Donc depuis septembre 2019, à 100 % en intégration sensorielle. Et donc forcément je réponds à tous les comportements et y compris les comportements problèmes.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord, merci. Du coup tu es ergothérapeute, tu m'as bien répondu depuis quand... Donc tu es.. Excuse-moi j'ai un petit de mal, je reformule mes questions vu que tu as répondu à certaines d'entre elles. Et du coup tu es en libéral avec Gwenaëlle Roscoe ?

**[Ergothérapeute 1] :**

C'est ça, je suis en cabinet libéral sur Rennes. Et nous sommes donc... Gwenaëlle Roscoe est la créatrice de ce cabinet et on est trois autres collaborateurs. Le cabinet s'appelle « La cabane sensorielle », tu pourras retrouver il y a un site internet.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, je note tout ça. Donc vous êtes trois collaborateurs en plus de Gwenaëlle Roscoe ou vous êtes en tout trois.

**[Ergothérapeute 1] :**

Non on est quatre en tout, trois... Gwenaëlle Roscoe et trois collaborateurs.

**[Charlotte Pichon] :**

Euh.. Est-ce que tu utilises des modèles conceptuels particuliers, si oui lesquels ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Non, j'en utilise pas particulièrement mis à part la vision que j'ai grâce à l'intégration sensorielle.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, merci beaucoup. Avant de commencer les questions qui vont être plus ciblées sur le sujet, qui vont plus dépendre de ta pratique ou de ton diplôme. Je voudrais préciser que maintenant on parlera uniquement, je ne sais pas si tu as d'autres patients autres que des personnes avec troubles du spectre de l'autisme. Maintenant on va juste s'attarder sur ces patients-là qui sont des enfants avec troubles du spectre de l'autisme pour tout le reste des questions.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok. Quand on parlera de troubles du spectre de l'autisme est ce qu'on prendra en compte les troubles du processus sensoriel ?

**[Charlotte Pichon] :**

Euh.. Oui on les prendra en compte mais après. On va toujours partir sur cette population, puisque c'est la population que j'étudie du coup pour mon mémoire.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok, pas de soucis.

**[Charlotte Pichon] :**

Donc c'est pour ça que l'on parlera uniquement de ces enfants-là. On va aborder trois thèmes, à chaque fois je t'énoncerai quand on en entamera un. Le premier du coup c'est justement les enfants avec troubles du spectre de l'autisme.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok.

**[Charlotte Pichon] :**

Donc, je voulais savoir, quelle est la moyenne d'âge des enfants que tu prends en charge ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Alors, la moyenne d'âge des enfants, alors j'ai pas la moyenne exacte je vais juste pouvoir te donner la fourchette. Le plus jeune et le plus âgé. Le plus jeune a (hésitation) cinq ans et demi et le plus âgé a neuf ans. Et euh... ils sont tous à peu près autour des sept ans.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok

**[Ergothérapeute 1] :**

Sept ans.

**[Charlotte Pichon] :**

Je voulais savoir, quel était.. Quel est l'intitulé des prescriptions médicales que tu reçois ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... alors...hm... La majorité sont avec troubles du spectre de l'autisme de tous les niveaux.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok.

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... Et encore aucun n'a le diagnostic trouble du processus sensoriel vu qu'il est encore très très peu reconnu. Enfin il est difficilement reconnu. On a beaucoup de diagnostic, fin... hm... diagnostic un petit peu posé pour pouvoir avoir derrière une prise en charge de dyspraxie, ce genre de chose qui sont à la base hm... causé par les trouble du processus sensoriel.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord, et est-ce que t'as besoin du coup d'avoir un diagnostic spécifique par rapport au troubles du spectre de l'autisme ou pas du tout ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Pas du tout, on peut travailler sans diagnostic, juste par contre une prescription médicale.

**[Charlotte Pichon] :**

Et donc souvent, sur cette prescription... j'ai pas très bien compris. Qu'est ce qui est marqué mot pour mot ? Dyspraxie, quelque chose comme ça ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Non, ce qui sera sur la prescription médicale, ce qu'il sera indiqué, ça sera uniquement « prise en charge en ergothérapie en intégration sensorielle. »

**[Charlotte Pichon] :**

Ok. (Écrit) Hm... et du coup qu'est-ce que tu fais ou travailles avec ces enfants qui ont des troubles du spectre de l'autisme ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah.. Nous notre spécialité va être hm... Du coup avec l'intégration sensorielle on va essayer de.. D'identifier les troubles du processus sensoriel qui sont liés à l'autisme et par le biais des séances que l'on va pratiquer, d'essayer de donner une base plus... comment dire... c'est difficile à expliquer par téléphone... d'essayer d'apporter plus de capacité de répondre à toutes ces stimulations quotidiennes pour les enfants.

**[Charlotte Pichon] :**

(Écrit) Et c'est à dire, qu'est-ce que tu vas faire, est ce que tu as des exemples ? Des choses auxquelles tu penses ?

**[Ergothérapeute 1] :**

De séances ?

**[Charlotte Pichon] :**

Oui de séances par exemple, pour justement mieux répondre à ces stimuli sensoriels.

**[Ergothérapeute 1]:**

Bah... tous ces enfants sont... Tous les enfants qu'ont... Toutes les séances sont exclusivement du jeu. Et c'est quasiment que ça, il n'y a pas de temps de bureau. On a pas de bureau. Pas non plus de temps d'apprentissage d'ordinateur ou de l'écriture. On va être uniquement sur du jeu. On a beaucoup de suspension euh... Pour les séances pour stimuler le système vestibulaire. Après ça va être (se racle la gorge) on travaille aussi, on couple toutes nos séances à une thérapie par le son, qui s'appelle ILS.

**[Charlotte Pichon]:**

ILS ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Oui,

**[Charlotte Pichon]:**

Qu'est-ce que c'est ?

**[Ergothérapeute 1]:**

C'est de l'anglais, c'est... Hm... attends que je ne me trompe pas. C'est *Integrated Listening Systems*.

**[Charlotte Pichon]:**

Merci.

**[Ergothérapeute 1]:**

Toutes nos thérapies sont couplées à cette thérapie, c'est une thérapie à part entière.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Pour avoir des résultats qui soient plus rapides, plus durables, et voilà.

**[Charlotte Pichon]:**

Ça nécessite une formation en plus ou ça faisait partie du pack que t'as pu avoir ?

**[Ergothérapeute 1]:**

C'est quelque chose que nous pour le moment on apprend sur le tas, qu'on applique nous même que Gwenaëlle Roscoe est formée et nous inculque.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord. Hm... Et quelle est la demande qui ressort des parents, des enseignants, des éducateurs ou des personnes qui accompagnent l'enfant dans sa vie quotidienne ? Des demandes, des questionnements tout ce qui va être autour de la prise en charge ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah... Souvent... Prime abord, c'est d'essayer de mieux comprendre pourquoi l'enfant réagit comme ça ? Euh... à ce type de comportement, en général c'est d'abord ça, et les questionnements. Après c'est, chaque enfant va avoir des comportements qui seront uniques et des façons de répondre qui seront uniques donc chaque parent aussi ses questions qui seront différentes. Ça peut être très bien des enfants qui ont des difficultés à l'habillage qui ont des difficultés à l'école. On peut avoir des enfants qui sont des anges à l'école pour qui ça se passe bien mais qu'en fait les parents vivent un enfer à la maison. Et d'autres c'est totalement l'inverse, à la maison c'est parfait et c'est l'enfer à l'école. Il n'y a vraiment pas de...de... généralité sur comment ça s'exprime. Mais souvent, les parents viennent pour comprendre.

**[Charlotte Pichon] :**

Ils viennent pour comprendre, ok. Hm... Les situations occupationnelles, je parle des situations occupationnelles parce que j'en réfère au modèle canadien du rendement occupationnel... S'il y a des mots ou des termes où tu veux être sûr, hésite pas à me dire, je me base par rapport à ce lexique-là.

**[Ergothérapeute 1] :**

D'accord.

**[Charlotte Pichon] :**

Donc je parle des situations occupationnelles qui posent problèmes, tu m'as évoqué l'habillage, l'école, la maison, est ce que tu as d'autres exemples à me fournir ? Des situations qui reviendraient souvent par exemple ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... (longue expiration) Absolument toutes les sphères peuvent être touchées, ça peut être l'alimentation... je te donne des exemples mais ça peut être absolument tout. Ça peut être :

l'alimentation, le sommeil, les transitions, absolument tout. Tout peut être impacté comme des fois ça peut être des toutes petites choses mais qui ont un impact très très important.

**[Charlotte Pichon] :**

C'est à dire ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Il y a des enfants qui peuvent juste être en difficulté... je sais pas... dans les transitions... Et juste à ce moment-là mais rendent la chose invivable au quotidien.

**[Charlotte Pichon] :**

C'est quoi que t'appelles les transitions ? Parce que je ne sais pas ce que c'est...

**[Ergothérapeute 1] :**

Une transition ça va être le changement d'activités, le changement de lieu, le changement... changer de quelque chose à quelque chose. Euh... se lever pour se mettre debout c'est une transition, c'est un peu comme les transitions assis-debout, debout-assis ou ce genre de choses. Mais là pour les enfants tout est une transition quasiment. C'est à dire que passer du jeu ou du temps devant la télé au repas, on effectue une transition.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

Là ça va être des transitions qui sont assez faibles mais les transitions souvent les plus dures vont être de passer de la maison à l'école et de l'école à la maison ou de la classe au self et du self à la cour, ça va être des transitions qui sont très importantes et qui peuvent être très difficiles.

**[Charlotte Pichon] :**

Merci. Et est-ce que toi tu as des évaluations de bases que tu passes ou des évaluations spécifiques à l'ergothérapie que tu utilises ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Oui.

**[Charlotte Pichon] :**

Quelles sont-elles ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Du coup, on questionne avec le ... (hésitation) attends je vais pas te le trouver. Hm... dans notre bilan on utilise le MABC 2.

**[Charlotte Pichon]:**

Ok. (Écrit)

**[Ergothérapeute 1]:**

Le Beery.

**[Charlotte Pichon]:**

Pardon?

**[Ergothérapeute 1]:**

Le Beery, B-E-E-R-Y.

**[Charlotte Pichon]:**

B-E-E-R-Y, ok..

**[Ergothérapeute 1]:**

Ouais, le Beery, toutes ses formes. Il y a le Beery VMI, le Beery oculo-moteur et le Beery perception si je ne me trompe pas. Il y en a trois.

**[Charlotte Pichon]:**

C'est quoi le premier ?

**[Ergothérapeute 1]:**

VMI.

**[Charlotte Pichon]:**

VMI ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Ouais.

**[Charlotte Pichon] :**

Comment ç a s'écrit, excuse-moi ?

**[Ergothérapeute 1] :**

La lettre V comme Valérie, M comme Mathieu et I comme Isabelle, c'est juste ça.

**[Charlotte Pichon] :**

Merci.

**[Ergothérapeute 1] :**

Et c'est Visio-moteur je sais plus quoi, attends je vais peut-être te retrouver ça. (Hésitation) non je n'ai pas trouvé là maintenant.

**[Charlotte Pichon] :**

Je regarderai sur internet ce que ça veut dire pour un plus m'intéresser, je ne connais pas du tout.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok. Donc on utilise ça, je t'ai dit hm... MABC, Beery... En fonction de l'âge, pour question le profil sensoriel, on va faire soit le profil de Dunn, en fonction de l'âge ou (hésitation) je vais pas te trouver, attends. On a le SPM.

**[Charlotte Pichon] :**

Le SPM (écrit) .

**[Ergothérapeute 1] :**

Tu connais ?

**[Charlotte Pichon] :**

Comment ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Tu connais le SPM ?

**[Charlotte Pichon] :**

Oui, je connais le SPM.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok, bah j'étais en train de... j'hésitais à te le dire parce que je me souvenais plus de ce que ça voulait dire, mais si tu connais c'est parfait. Et hm... on a un questionnaire que nous-même avons créé pour questionner tout ce qui est occupation au quotidien hm... Voilà.

**[Charlotte Pichon] :**

Et qu'est-ce que fait ressortir... Hm... Est-ce que tu peux m'en dire un peu plus à propos de ce questionnaire ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Alors attends, je vais me mettre devant. (Cherche) .

**[Charlotte Pichon] :**

S'il te plait.

**[Ergothérapeute 1] :**

Pas de soucis. Alors le questionnaire, donc tout d'abord c'est les renseignements administratifs, savoir tout, où il est à l'école, comment... la situation familiale, les antécédents médicaux... Euh... On demande de décrire l'enfant, et après on passe sur des questions qui vont être plus précises au quotidien. Euh... on va questionner le parcours développemental, le sommeil : endormissement, réveil, la propreté, la toilette, l'habillement, l'alimentation, les interactions sociales, tout ça bien sûr c'est sous énormément de questions. Chaque point que je te dis fait à peu près une page.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

Les capacités à jouer, les interactions, les fonctions sociales et la vie familiale, la vie en communauté, les compétences scolaires : c'est tout ce que l'on va interroger. Et les capacités motrices.

**[Charlotte Pichon] :**

(Écrit)

**[Ergothérapeute 1] :**

Et après, donc on parlait de... Là on est toujours sur les évaluations que l'on faisait passer ?

**[Charlotte Pichon] :**

Oui sur les évaluations que tu utilises.

**[Ergothérapeute 1]:**

Après, on met en place des évaluations cliniques qui ne sont pas toutes validées mais... Parce qu'il y a beaucoup de choses qui sont américaines mais euh... voilà les observations cliniques qui sont notre bilan.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Tout ce que je te dis, il y a des choses que l'on envoie avant et il y a des choses qu'on fait passer pendant.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord. Et euh... Je reviendrai sur certaines de ces évaluations dans la suite des questionnements. On va passer justement aux thèmes B, qui s'appelle les comportements problèmes.

**[Ergothérapeute 1]:**

Ok.

**[Charlotte Pichon]:**

Je voulais savoir quels sont les comportements problèmes que toi tu rencontres, les parents ou les accompagnements... Les accompagnements... Pardon, les accompagnants... qu'est-ce que vous rencontrez comme comportements problèmes ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... Pouf ! Il y en a énormément, il faut retenir qu'avant... en fait je vais juste en énumérer mais avant c'est important de savoir qu'un enfant va mettre en place un comportement et c'est unique. C'est à dire que tu prends deux enfants avec un trouble du spectre de l'autisme et tous les troubles qui s'en suivent et difficultés à être en interactions et à mettre en place des activités tu prends ces deux enfants, tu les mets je sais pas sur une cour de récré, ils auront tous les deux des comportements différents. T'en prends dix, ils auront dix comportements différents. C'est vraiment très euh... très unique dans ce sens-là. Et euh... les comportements problèmes ça va être de l'agitation, ça va être des hurlements, des crises, de l'hétéro-agressivité, de l'homo-agressivité. Ce peut être euh... du repli social,

ça peut être tout. Ça peut être vraiment tout ce que tu as en tête. Je ne sais pas s'il faut que je t'en énumère pour euh...

**[Charlotte Pichon] :**

C'est à toi de me dire, ce qui ressort le plus selon toi. Quels sont vraiment les problèmes, que les parents peuvent te dire, que l'école peuvent te dire, que toi tu observes également. Ceux auxquels toi tu penses quand je te pose cette question par exemple, comme là.

**[Ergothérapeute 1] :**

Là, ce que je viens de te dire, les comportements problèmes alors... ça va être ouais... L'agressivité, du repli, euh... Il y en a tellement, c'est une infinité.

**[Charlotte Pichon] :**

En effet, j'ai pu les étudier... J'ai vu qu'il y en avait des différents. Après, par comportements problèmes j'entends ce qu'on appelait anciennement les troubles du comportement.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok.

**[Charlotte Pichon] :**

Donc, si ça t'évoque d'autres choses, n'hésite pas à me dire.

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah euh... En fait, c'est plus des parents vont venir et vont évoquer ses comportements et c'est à ce moment-là qu'on identifiera que c'est un comportement problème. Ça va beaucoup dépendre de ce que les parents définissent étant un problème ou non quoi.

**[Charlotte Pichon] :**

Qu'est-ce qu'ils peuvent par exemple te dire ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah c'est ... Il y a des parents pour qui un enfant qui va dire «oh putain, fait chier», ce genre de choses c'est totalement anodin ça fait partie de son vocabulaire et pour d'autre où ça va être un comportement problème. Euh... Après à nous d'identifier, si un putain à un moment je veux dire «je suis en difficulté et j'ai trouvé que ça pour l'exprimer» ou est-ce que c'est quelque chose qui ne va pas dire grand-chose et sort comme ça.

**[Charlotte Pichon] :**

Et du coup, est ce que les comportements problèmes peuvent faire parties des demandes des parents ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Ah oui, oui , complètement.

**[Charlotte Pichon] :**

Quels sont les impacts de ses comportements sur ce que j'appelle le rendement ou encore la performance de la vie quotidienne ? C'est un terme qu'est défini, j'ai une petite définition. «Le rendement occupationnel, c'est le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et ses occupations». C'est défini comme «la capacité d'un individu à exécuter certaines occupations ainsi que la satisfaction à l'égard de sa réaction. On peut dire qu'une difficulté au plan de ce rendement occupationnel, c'est défini comme une occupation qu'une personne veut ou devrait réaliser mais n'arrive à réaliser ou ne peut pas réaliser à sa propre satisfaction. Bien sûr tout ceci en lien aussi avec son environnement. Ça faisait une grosse définition. Pour rappel la question c'était : quel était l'impact de ces comportements sur le rendement occupationnel.

**[Ergothérapeute 1] :**

L'impact il peut être très très important, des enfants qui vont être en... Ça va avoir des impacts sur la scolarité comme l'échec scolaire. Ça va avoir un impact sur les interactions sociales, ils ne vont plus réussir à être en contact avec les jeunes de leurs groupes, avec ses pairs, avec ses parents aussi. Ça impacte tous les activités de la vie quotidienne... qui sont en groupe ou en famille. Souvent ses enfants qui ont des comportements problèmes ont un... sont souvent liés à une interaction en fait. Euh... Souvent, un enfant qui est seul dans sa chambre en faisant peu de choses aura moins de chance d'avoir un comportement problème qu'un enfant qui a une petite sœur par exemple. Et du coup ses comportements problèmes vont avoir un impact sur ce rendement, sur ses capacités à interagir avec l'environnement. Et ça va... ça peut les empêcher d'obtenir cet équilibre occupationnel, ça peut les empêcher de jouer, ce qui est l'activité principale d'un enfant. Voilà.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord. (Voix basse)

**[Ergothérapeute 1] :**

Je ne sais pas si ça répond à tes questions ?

**[Charlotte Pichon] :**

Si, si ! C'est que j'analyse comment rebondir sur ce que tu me dis.

**[Ergothérapeute 1] :**

Pas de soucis.

**[Charlotte Pichon] :**

Du coup, ces comportements qu'on appelle «problème», euh... Comment est-ce que tu es amené à les évaluer?

**[Ergothérapeute 1] :**

Excuse-moi je n'ai pas bien entendu. Tu peux me répéter ?

**[Charlotte Pichon] :**

De quelle façon tu évalues ces comportements problèmes toi ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Euh... On va les évaluer en fonction de l'impact qu'il aura au quotidien. Et ça, ça va dépendre de son environnement, son environnement familial et scolaire. Comme je te le disais, là c'était un exemple assez simple mais euh... Comment dire... Est-ce qu'un enfant qui met un coup de poing, c'est un comportement problème ou pas ? Ça dépend de la structure, ça dépend de l'environnement familial. Et du coup, nous c'est pour ça que nous dans nos questionnaires, on étudie beaucoup la vie familiale, qui est très importante. Là on va juger que le comportement impacte... Le comportement problème impacte le quotidien et l'équilibre de vie, aussi en fonction de son environnement.

**[Charlotte Pichon] :**

Et du coup, est ce que les évaluations que tu fais passer, par exemple, je pensais à celle que t'avais citées quand on a parlé du MABC II, du Beery, du Profil de Dunn, du SPM. Est-ce que c'est quelque chose qui peut t'aider ou pas à évaluer ces comportements problèmes ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm, assez peu. Les comportements problèmes on va les relever avec les observations de la famille ou de l'enseignant, bien sûr. Et après... en fait... ces questionnaires sont remplis avant le bilan. Donc on a une petite idée quand on rencontre l'enfant des possibles comportements problèmes. Après, on peut nous avoir notre idée de pourquoi ce comportement se met en place, et au sein de notre bilan ça va plus être dans tous ce qui est observations cliniques. Donc observations cliniques, j'entends des mises

en place d'activités qui vont être diverses et variées : des activités sur table, des activités avec euh... des balles, des activités de lancer, des activités de précision oculo-motrice. Fin, plein d'activité. Ça va le mettre justement un peu en difficulté et c'est souvent à ce moment-là que peuvent apparaître ses comportements problèmes. Ou du moins la difficulté à subvenir, à maintenir la performance due à la fatigue, due à beaucoup de choses. Donc souvent ça sera plus dans les... Dans la phase de bilan quand on aura... Quand j'entends phase de bilan c'est la phase où on est avant l'enfant, on aura des comportements problèmes. Sachant que nous notre bilan on les réalise en deux fois deux heures. On observe aussi des choses souvent très différente entre la première rencontre en fonction d'un enfant qui est un petit peu timide, qui prend du temps à découvrir son environnement. Et la seconde fois, mais en général les comportements problèmes sont quand même assez peu présent en bilan. Enfin, je parle en tout cas personnellement. Mais j'en ai rencontré assez peu. Mais ils sont beaucoup plus présents dans les suivis, on a une place qui est beaucoup plus forte avec l'enfant. Surtout que nous, on a une fréquence qui est très importante pour les séances, c'est à dire que l'on fait deux séances semaines. Donc on est très présent même dans la vie de l'enfant, et on est aussi là les jours sans et les jours avec. Et donc les jours sans, il faut aussi adapter sa demande. On peut aussi se heurter à... Au fait que l'enfant il a sa journée dans les pattes, sa semaine, il a toutes ses choses-là. Et à ce moment on pourra voir apparaître souvent des comportements problèmes avec tous ce qui sous-entends.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord, et comment est-ce que du coup, tu prends... Comment est-ce que tu prends en charge ces comportements problèmes, une fois que tu les as observés, les as analysés ? Comment est-ce que tu fais?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah... Je lève mes... Je vais mettre mes tous ce que j'ai appris dans les troubles du processus sensoriel et dans l'intégration sensorielle en œuvre. C'est à dire que je vais d'abord essayer d'identifier le pourquoi. Et déjà, c'est (discours incompréhensible / problème d'écoute téléphonique) faire que ça ne se reproduise pas, ça se reproduise moins facilement....

**[Charlotte Pichon] :**

J'ai pas compris, excuse-moi, il y a eu... J'ai mal entendu.

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... t'as pas entendu à partir de quand ?

**[Charlotte Pichon] :**

J'ai entendu jusqu'à «identifier», comprendre le pourquoi et après je n'ai pas entendu...

### [Ergothérapeute 1]:

En gros, j'avais identifié et essayer de comprendre pourquoi. Souvent quand on est dans le comportement problème, ça veut dire que le comportement est là, on est un peu face au mur. Euh... C'est déjà trop tard, mais il faut quand même le faire. Mais, une fois que tu l'as identifié, ça permettra pour les prochaines fois de limiter ce comportement, voire d'empêcher son apparition. Euh... Par exemple, que si un enfant... je vais prendre l'exemple d'un enfant qui est en difficulté sur la balançoire, et que je sais que si je pousse trop fort euh... ça le met dans un état d'insécurité et que ça engendre comportements problèmes. Et bah la prochaine fois j'irai moins fort. Mais quand je suis face à ce comportement problème, tu diras en général l'enfant il met des choses en place pour se mettre en sécurité. Et donc, dans cette phase en général je vais le suivre, c'est à dire qu'il va aller dans un coin de la pièce, on a beaucoup de petit espace dans lesquels il va pouvoir se recroqueviller tout seul et à ce moment-là je vais l'accompagner, sans parler, quasiment jamais. Euh... Le fait de parler, les met souvent beaucoup plus en difficulté donc j'y vais en silence avec lui, j'essaie d'être proche de lui pour avoir le... pour être le plus contenant possible et qu'il retrouve un petit peu de sécurité, qu'il avait perdu dans ce qu'il s'était passé avant et qui avait engendré ce comportement problème. Je pars du fait que les enfants ne sont pas méchants, c'est à dire que s'il y a un comportement problème c'est qu'il y a eu une cause. Une fois que la cause est réglée et qu'elle passe, l'enfant euh... J'ai vu des enfants qui en claquement doigts quasiment revenait dans un jeu et retrouvait cette sécurité... Mais juste parce qu'il l'avait perdu avant, et avait mis des comportements problèmes comme on pourrait les appeler là euh... Extrêmement violents. Des enfants qui peuvent être mis en insécurité vont se mettre à hurler et à taper, vont s'isoler. Et après tu reprends doucement avec lui et ça repart en dix minutes. Il faut juste laisser le temps aussi à l'enfant d'identifier ce qu'il s'est passé et de repartir. Je me suis un emballé là sur la réponse.

### [Charlotte Pichon]:

Non, il n'y a pas de soucis, moi plus j'ai du contenu, plus ça m'intéresse. C'est hyper intéressant, en plus, c'est ce qu'il me manque moi, bientôt future diplômée. Non, non il y a pas de souci, tout ce que tu as me dire, je suis vraiment très contente. Ça me fait beaucoup de contenu et c'est très intéressant. Est-ce que tu as d'autres exemples par rapport à d'autres enfants ou bien le même enfant dont tu parles par rapport à ce que tu fais, une fois que tu as ces comportements problèmes. Comment est-ce que tu fais ? Comment est-ce que tu prends en charge tout ça ? Quand l'enfant par exemple l'enfant a un comportement problème dans ton cabinet, comment est-ce que toi tu fais ? Tu m'as parlé par exemple, que tu poussais moins fort sur la balançoire, est ce que tu as un autre exemple à me donner?

**[Ergothérapeute 1]:**

Pour l'exemple de la balançoire, c'est des exemples que j'invente, ça ne s'est même pas produit mais ça peut. Mais euh... Imagine je suis dans l'activité il est sur la balançoire, je le pousse trop fort, ça le met en insécurité et ça engendre un comportement problème : c'est déjà trop tard. Il n'y aura pas de prochaine fois, je pousserai pas moins fort aujourd'hui, c'est à dire qu'il ne se remettra pas dessus.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Du coup, pour les prochaines fois ! Mais après, je vais me radoter encore un petit peu... Un enfant a un comportement et ils sont tous différents face à un stimulation et d'autres enfants vont avoir du mal... En fait souvent, les enfants qui sont en début de suivi ont du mal à identifier pourquoi ils ont eu comportement problème. Hm... Des fois il faut aussi les aider à comprendre. Là par exemple, si on reprend l'exemple de la balançoire. Peut-être donc... On va être dans l'espace, dans le petit espace avec lui, contenant, au calme, il sera en sécurité, c'est à dire qu'il va pouvoir se ressourcer. Toi au début, tu te tais, tu dis rien parce le fait de parler, on est dans l'apprentissage, on est dans le cognitif, on est dans la compréhension verbale. On est dans des choses qui sont très coûteuses et très demandeuses pour l'enfant, surtout quand il est dans cet état-là. Donc on se tait de prime à bord et ensuite on va reprendre les interactions tout doucement. Et c'est là qu'on peut aussi les gestes ou par exemple du Makaton quand on y est formé, si l'enfant en a la compréhension. Euh... Mince... je me suis perdu. Euh... qu'est-ce que je disais ?

**[Charlotte Pichon]:**

Euh... d'utiliser les gestes et Makaton, que ça dépendait de la situation si j'ai bien compris. D'un petit peu s'adapter euh... Bah une fois que ce comportement est apparu de remettre un cadre contenant...

**[Ergothérapeute 1]:**

Ah oui ,j'ai retrouvé ce que je voulais dire ! C'est que souvent au début ils ont du mal à identifier pourquoi ça allait mal.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... le même enfant va être dans le self, va mettre un coup de poing à son camarade de derrière mais il sait pas trop pourquoi en fait. C'est assez étonnant, ils ont vraiment un changement de phase c'est un euh... ça rentre dans la théorie pluri-vagale, ça c'est un petit terme que tu pourras rechercher et si tu tapes ça sur internet tu en auras pour des heures de compréhension. Mais c'est très intéressant d'avoir cet œil-là, donc la théorie pluri-vagale, où t'as vraiment un changement dans l'état de l'enfant qui se passe. Et il passe en action de défense/ fuite/combat. Le jeune dont je te parle depuis tout à l'heure, lui il est plutôt en combat.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

Dont lui il est sur la balançoire, je l'ai poussé trop fort, état d'insécurité, comportements problèmes. Donc après je vais avec lui dans un coin et je vais essayer d'identifier, d'aider à comprendre ce qu'il s'est passé. «Ah j'y suis peut-être aller un peu fort» puis ça se trouve il va me dire «non c'est pas ça». «Ah peut être que je t'ai demandé», parce que souvent c'est pas juste le balancer, ça va être le balancer et il doit toucher quelque chose où tu dois taper dans ses mains euh... C'est «peut-être trop ou peut être que ta maman» ou souvent... il peut y a voir les frères et sœurs ou les parents sont présents dans une séance. «Peut-être que maman a fait ci ou la stagiaire a fait ci». Ou ça peut être plein d'autres choses, on va essayer d'identifier avec lui aussi pour essayer de lui apporter ce retour. Ce retour, sur lui-même qui est difficile à avoir pour ses enfants.

**[Charlotte Pichon] :**

Merci, c'est beaucoup d'éléments pour moi. On va passer sur le thème Comportement : la pratique de l'intégration sensorielle que du coup tu pratiques.

**[Ergothérapeute 1] :**

(Bruits)

**[Charlotte Pichon] :**

Allo ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Oui.

**[Charlotte Pichon] :**

Ah je croyais avoir été mis en attente. Nous allons donc passer sur ce thème comportement la pratique de l'intégration sensorielle que tu pratiques. Je voulais savoir pourquoi tu as réalisé cette formation d'intégration sensorielle ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... Moi quand j'étais en troisième année à l'école d'ergothérapie, j'ai effectué un stage en... Novembre /décembre, donc mon stage de troisième année auprès d'une ergothérapeute... avec un jour en libéral et qui travaillait en SESSAD aussi à côté.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

Et qui se formait en intégration sensorielle et qui... non qui s'était formée pardon. Et qui continuait de pratiquer avec un... comment dire... un tutorat, c'est une autre ergothérapeute qui discutait, c'était un peu groupe parole de ce qui s'y passait mais en formation à l'intégration sensorielle. Et donc cette personne c'était Gwenaëlle Roscoe, mon actuelle collaboratrice.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

En fait, moi quand j'étais dans ce stage, il n'était pas question de Gwenaëlle Roscoe ou d'intégration sensorielle, c'était comprendre tout ce qui se passait pour un enfant avec troubles du spectre de l'autisme. Et euh... bah moi ça m'a apporté énormément de réponses. En fait ça m'a apporté toutes les réponses mêmes, à toutes mes questions, du pourquoi du comment, du... De tout ce qui engendre un enfant avec troubles du spectre de l'autisme. Ça m'a apporté énormément de réponses. Et j'y ai vu comme... Enfin voilà, j'en étais tellement convaincu... Ah non au début je n'étais pas du tout convaincu même, ça a mis du temps mais avec l'expérience je me posais la question, un peu comme tu pourrais te poser : pourquoi un enfant a eu ce comportement problème. Puis à chaque fois ma maître de stage que j'avais, elle m'identifiait tout ce qui avait pu et au fil... Au bout du compte, elle avait encore trouvé la solution grâce à cette vision des troubles du processus sensoriel et de l'intégration sensorielle. Et après il s'est avéré que quand j'ai fini mon stage, j'ai cherché quelqu'un et j'ai intégré le cabinet. Et du coup, je me suis formé tout de suite, et c'est aussi un cabinet qui pratique exclusivement avec cette pratique et ça aide beaucoup dans là... C'est à dire que tout est fait pour pratiquer en intégration sensorielle.

**[Charlotte Pichon] :**

(Bruits de note) D'accord, et pour toi quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique de l'intégration sensorielle ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Euh... Bah euh... Les avantages, c'est un peu tout ce que je t'ai dit. Enormément... Ça apporte énormément de réponses à... la compréhension d'un enfant et là... même à la compréhension de son propre fonctionnement, personnel... Moi-même je me suis beaucoup découvert et ça marche aussi pour tous les enfants... Le développement typique d'un enfant pas forcément avec troubles du spectre de l'autisme. Hm... Ça c'était pour les points positifs. Il y en a beaucoup d'autres. Les points négatifs sont peut-être qui demande à être... Qui est encore peu connue, peu reconnue... qui du coup on avance un petit peu... tout seul dans l'ombre quoi... On bataille un petit peu avec la MDPH pour se faire reconnaître. Les parents, ils sont un peu en difficulté financièrement pour subvenir à ces deux séances que je te disais. Donc tout ça, des points qui sont assez négatifs. Hm... Après souvent...le... après je ne sais pas du coup les connaissances que tu as sur la pratique en elle-même... Mais euh... Souvent du coup, il faut souvent des suspensions et un peu de matériel pour cette pratique qui est un peu... qui a un coût qui est sûrement supérieur à l'ergothérapie «classique» mais on peut quand même y subvenir. Sans non plus se ruiner, je pense... Donc ça... Mais... de prime abord ça me permet comme être un... un inconvénient dans le sens où il y a quand même un investissement supplémentaire à de la pratique classique.

**[Charlotte Pichon] :**

Je vois, en comparaison entre guillemets avec à un cabinet libéral... «classique» ?

**[Ergothérapeute 1] :**

C'est ça. T'as peut-être fait un stage en intégration sensorielle.

**[Charlotte Pichon] :**

Euh... pas vraiment, j'ai fait un stage dans une maison d'accueil spécialisée avec des adultes du coup ayant des troubles du spectre de l'autisme. J'ai été sensibilisée à un protocole. (Rires bas) Je t'en parlerai après pour pas que ça biaise les informations que l'on a derrière si ça t'embête pas.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok, pas de problème, on finit.

**[Charlotte Pichon] :**

(Rire bas) Désolée, j'ai pas trop le choix, niveau méthodologie. Euh... par rapport... tu me parlais dans les avantages... que euh... Ça te donnait de réponses par rapport à la compréhension pour l'enfant.

**[Ergothérapeute 1]:**

Oui !

**[Charlotte Pichon]:**

... Pour toi, pour les parents de ces troubles qui peuvent apparaître par rapport aux troubles si j'ai bien compris sensoriel ? Qu'est-ce que t'en fais de ces réponses ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Bah déjà la réponse, elle m'aide à mieux comprendre un enfant et euh... l'aider lui-même mieux se comprendre.

**[Charlotte Pichon]:**

Mh-mh.

**[Ergothérapeute 1]:**

Hm... Pendant mes suivis, enfin cette lecture elle va m'aider à garder l'enfant dans cette performance... qu'on pourrait dire... même si c'est pas du tout ce qu'on vise. On est plus dans le cheminement pour parvenir à l'activité.

**[Charlotte Pichon]:**

Mh-mh.

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... Ça va me permettre de le maintenir en permanence dedans sans être tout le temps... C'est un point qui est très très important dans notre pratique : c'est le juste défi. Être toujours dans une demande qui est suffisante, c'est à dire que je... Pour donner un exemple, je ne vais pas demander à enfant de monter un... mur de dix mètres d'escalade euh... Ou non plus, je ne vais pas juste lui demander de faire une galipette. En fonction d'un enfant je parle. Il y a un défi qui est à trouver en permanence. Et donc ce que je vois de l'enfant... ce que ... de comportements qu'il va mettre en place, des moyens de régulation neuronale qu'il mettra en place... Ça va m'aider pour ça. Je sais pas si tu es au fait avec le terme de régulation neuronale ?

**[Charlotte Pichon]:**

Euh... par rapport au seuil sensoriel j'imagine ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... Oui surement (hésitant) .

**[Charlotte Pichon]:**

Euh... Oui ! Je veux bien que tu m'expliques un peu plus, pour toi... En quelques mots ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Je pense que... on a dû te l'apprendre avec le terme seuil. Explique-moi ce que tu ... tu dirais ?

**[Charlotte Pichon]:**

Euh... Par rapport au seuil, j'imaginerais que la régulation c'est... (inspiration en réfléchissant) le fait de pouvoir s'adapter par rapport aux stimuli que tu reçois, tout dépend si tu es en hyper ou en hypo. Euh... si on a besoin ou si on a pas besoin... Si on est en accord ou pas avec ce seuil... J'ai également étudié le modèle de Dunn, donc je suis basée plutôt sur ça.

**[Ergothérapeute 1]:**

Ok. Et oui oui, donc la régulation c'est un peu ça. Et donc la régulation neuronale, c'est la phase où on est au milieu, où on est bien et on est ... Apte à être dans les apprentissages, dans les interactions et euh... dans la cognition. On est bien.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Nous la première chose... C'est l'objectif numéro un d'une séance, c'est que l'enfant soit dans sa phase de régulation. Une fois qu'il est bien, on va se mettre à construire et on va... On va... apporter du défi dans nos séances. Hm... Mais justement cette lecture que l'intégration sensorielle m'apporte me permet de poser des défis en permanence et de garder cette régulation pour ne pas avoir un enfant qui justement qui comme tu le dis serait, comme tu dis, en hyper ou en hypo, c'est à dire qui surréagit ou souréagit.

**[Charlotte Pichon]:**

(Prend des notes) D'accord.

**[Ergothérapeute 1]:**

Par rapport à l'hyper et à l'hypo. T'as vu la classification de Lucy Miller ?

**[Charlotte Pichon] :**

Euh... oui ! Je l'ai un petit peu regardé mais je ne sais pas jusqu'où...

**[Ergothérapeute 1] :**

Parce que c'est important aussi de pas oublier la... la recherche sensorielle. (Léger blanc)

**[Charlotte Pichon] :**

Oui, j'ai pu regarder, j'ai pu tomber sur ces termes effectivement.

**[Ergothérapeute 1] :**

Voilà, c'était juste pour ta... pour toi.

**[Charlotte Pichon] :**

Merci beaucoup ! (Léger blanc) Quels sont toi tes objectifs de l'utilisation de cette pratique. Quand tu l'utilises tu m'as parlé de l'objectif un. Donc l'objectif un c'est qu'il soit... Que l'enfant soit en phase de régulation pour pouvoir répondre à ces justes défis.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ouais.

**[Charlotte Pichon] :**

Quels sont les autres objectifs que tu mets derrière cette pratique ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Euh... Pouf... Après ça va se construire très différemment en fonction des enfants. Mais déjà, la première... Comme je te... tu euh... la régulation pour ensuite on va construire avec l'enfant dans du jeu. On va essayer de se maintenir en interaction. Donc déjà ça demande à l'enfant beaucoup de capacités : de maintenir l'interaction sachant que les séances durent une heure. D'être moteur, c'est pas moi qui va donner... c'est très très différent d'une séance classique, c'est tu donnes pas du tout... Moi en tant qu'adulte «je te donne un exercice». C'est «qu'est-ce que l'on pourrait faire, ensemble». «Comment est-ce que l'on pourrait «... Je ne sais pas si on a des tobogans par exemple, qu'est-ce qu'on pourrait faire avec ça. Et qu'avec l'enfant, on va faire quelque chose. En fait ça va leur donner beaucoup de capacités d'adaptation, de hm... d'être plus comment dire... Euh... De mieux réagir, de savoir prendre en compte son environnement et c'est des choses qui en fait au quotidien. Du coup, au

quotidien prendre en compte son environnement et y réagir devient de moins en moins couteux, et il peut de plus en plus se refocaliser sur des choses comme les apprentissages scolaires ou les interactions sociales ou ce genre choses.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok... (bruits de notes) Excuse-moi, je note en même temps.

**[Ergothérapeute 1] :**

Vas-y, vas-y. En très global, on va aider les enfants. C'est assez dur à expliquer par téléphone. On va aider les enfants à ce que... ce qu'ils perçoivent, ce qu'ils reçoivent de leur environnement soient de moins en moins couteux. On est vraiment sur l'intégration sensorielle, l'intégration des sens. Euh... Par exemple, là je suis en train de te parler. Moi, si je dis là j'ai été gêné par le soleil qui tape sur ma fenêtre, j'aurai beaucoup de mal à me concentrer : à être dans les interactions avec toi. Par exemple, si j'étais gêné par l'étiquette de mes vêtements et bah... j'aurais beaucoup de mal euh... même chose. Et bah avec ces enfants, à force de travail, d'interactions, de... En fait on les met surtout des situations qui sont uniques et différentes, et du coup ils doivent y réagir. Et à force d'y réagir, il y a des choses qui s'intègrent.

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord.

**[Ergothérapeute 1] :**

On part en gros sur de la plasticité neuronale... et sur de la plasticité neuronale... (léger blanc)

**[Charlotte Pichon] :**

Et du coup, tu as dit aussi que tu utilisais des approches / des thérapies en compléments... Il y avait la thérapie avec les sons, il y avait le Makaton que t'as évoqué. Est-ce que tu as d'autres techniques, méthodes ou approches que tu utilises en complément de ta prise en charge ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Euh... Bah après euh... Moi je ne suis pas formé au Makaton et ce n'est pas quelque chose que j'utilise mais euh... Juste, quand je disais... Je ne vais pas signer avec l'enfant mais je vais. .. Il y a quelque chose de très important, on est très expressif, énormément, pour que justement l'enfant se... Hm... comment dire... Bah c'est difficile par téléphone. Il faut que l'enfant aussi, il perçoive ce genre de choses, ces expressions, comprendre quand une personne face à lui, elle est contente, quand elle pas contente de ce qu'on est en train de faire. Et qu'il puisse construire avec ça. On essaie de... De... D'avoir peu de

paroles, c'est important. Parce que la parole, on est en permanence dans le cognitif, dans les apprentissages, dans l'explication, ce qui aide pas forcément les enfants avec troubles du spectre de l'autisme. Justement les enfants avec troubles du spectre de l'autisme, il faut qu'ils perçoivent un petit peu plus avec son corps. Et c'est là que la thérapie par l'intégration sensorielle est bonne pour eux. C'est absolument génial de... Voir les progrès qu'ils peuvent faire. Je suppose justement qu'ils ne perçoivent pas avec leur corps. C'est surtout ça. Mais sinon en d'autres choses, non ... On a l'ILS qui est... nous accompagne en permanence. Tu vois on parlait d'intégration sensorielle, mais comme c'est par le son, ils sont en permanence dans ces... Toute la séance, donc pendant une heure, ils sont en interaction avec moi, ils sont dans le jeu, ils sont dans la construction de jeux, d'objectifs avec moi. Et en même temps, ils perçoivent du son. Donc ils sont vraiment un peu comme tout à l'heure je te comparais, j'ai du soleil sur ma fenêtre. Bah euh... ils ont en permanence un son dans les oreilles, qu'ils doivent adapter et gérer. (Léger blanc)

**[Charlotte Pichon] :**

Donc ça fait tous ces éléments-là, à prendre en compte.

**[Ergothérapeute 1] :**

C'est ça, exactement. Sachant que dans la théorie, on dit que pour euh... être efficace en thérapie d'intégration sensorielle il faut stimuler au moins deux sens en même temps, deux systèmes sensoriels en même temps. Si je ne me trompe pas, c'est peut-être même trois. Non c'est deux !

**[Charlotte Pichon] :**

Euh... c'est dit dans quoi par rapport à... Est-ce que tu as un théoricien ? C'est pour que je puisse consulter cet élément-là de deux trois sens en même temps. Est-ce que c'est quelque chose qui revient selon...

**[Ergothérapeute 1] :**

Ça doit être euh... Comment dire attend.

**[Charlotte Pichon] :**

Peut-être que je m'exprime mal ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Non, non non j'ai bien compris que tu voulais de la théorie, il fallait un nom. Moi j'ai appris ça pendant mes formations, ça doit être soit le Star Center. (Blanc) Ou Jean Ayres j'aurai dit.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, c'est pour que je puisse compléter mes recherches.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ouais, les deux noms que je t'ai dits, ce sont des choses que tu connais ?

[2819,5] **[Charlotte Pichon] :**

Oui.

**[Ergothérapeute 1] :**

Ok.

**[Charlotte Pichon] :**

Ça fait sens.

**[Ergothérapeute 1] :**

Oui là c'est très théorique.

**[Charlotte Pichon] :**

Parce que j'ai croisé un petit peu euh... Ceux dont tu me dis. Je vais un peu plus m'intéresser dessus.

**[Ergothérapeute 1] :**

T'auras peut ce genre d'informations sur notre site, peut-être...

**[Charlotte Pichon] :**

Ah bah, je regarderai avec plaisir.

**[Ergothérapeute 1] :**

Je sais pas, à voir.

**[Charlotte Pichon] :**

Ça marche. Je voulais savoir, est ce qu'il y a un lien pour toi entre... Parce du coup on en a déjà un petit peu évoqué... entre l'intégration sensorielle et les comportements problèmes, est ce que toi tu vois par exemple... Quels sont les effets de l'intégration sensorielle sur les comportements problèmes ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... Tu parles des effets suite à un suivi ?

**[Charlotte Pichon] :**

Suite à un suivi de la théorie de l'approche de l'intégration sensorielle sur les comportements problématiques ? Est-ce qu'il y a un effet ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Evidemment, déjà l'effet... Quand on commence en fait, on va déjà avoir un effet sur l'environnement. En fait, bizarrement, on commence déjà à avoir un effet sur l'environnement c'est à dire : les parents, les frères et l'école, ce qui est l'environnement principal d'un enfant. Euh... Juste en les aidant à comprendre. Aller on va prendre un exemple, un enfant qui vient, on perçoit quand même qu'il y a beaucoup... Je sais pas... d'hypersensibilité auditive et que tout son environnement est très stimulant. Bah les parents vont commencer à s'adapter, ils vont faire attention à tout ça et donc il sera moins stimulé et il y aura probablement moins... il restera donc probablement dans sa zone de régulation et donc engendra moins de comportements problématiques. Souvent ça commence comme ça. Ça commence aussi souvent comme ça, parce que euh... On est un peu obligé, parce qu'il y a une telle liste d'attente, que l'on ne peut pas prendre en charge toutes les personnes qui viennent faire des demandes au cabinet.

**[Charlotte Pichon] :**

M-hm.

**[Ergothérapeute 1] :**

Donc on est obligé un petit peu de former les parents à répondre. Et donc comme ça, il y a cette première chose. Et après, suite à un suivi, donc un suivi complet (accentuation), on se base sur un suivi d'un an : en gros soixante séances, un an, deux séances semaines. Euh... Donc comme je disais à ta question précédente, c'est qu'on va aider l'enfant à mieux intégrer les choses et donc lui son quotidien sera beaucoup plus facile. C'est à dire que... un autre exemple, si un enfant bah il avait peut-être des comportements problématiques parce qu'il supportait pas euh... ses vêtements ou l'étiquette de ses vêtements, ça le mettait en état de dérégulation, d'hyperréactivité et donc de comportements problématiques. Et suite à une thérapie, il peut être beaucoup plus facile pour lui d'y répondre et de s'y adapter.

**[Charlotte Pichon] :**

Qu'est-ce que tu appelles un quotidien plus facile ?

**[Ergothérapeute 1]:**

Bah, c'est à dire que... Enfin... Euh... C'est à dire que l'enfant lui... Il faut imaginer que on est bombardé sensoriellement en permanence.

**[Charlotte Pichon]:**

M-mh.

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... Et donc ses enfants on va juste les aider à ce que ce bombardement soit mieux intégrer, qu'ils le perçoivent mieux, qu'ils vivent comme toi et moi et comme une grande majorité de la population le vive. C'est à dire qu'ils le vivent de manière adapter. C'est à dire que ça une fois qu'ils le vivent de manière adaptée et bah ils répondent... D'une meilleure façon. Si on reprend la boucle de l'intégration sensorielle, si tu l'as pas je pourrai te l'envoyer, d'abord il y a un stimuli.

**[Charlotte Pichon]:**

M-mh.

**[Ergothérapeute 1]:**

Ensuite, il y a un traitement de l'information et une réponse (accentuation) . Et tout ça en dépend, c'est une boucle puisque du coup ta réponse va en découler un nouveau stimuli, un nouveau traitement, une nouvelle réponse. Il faut juste se dire que ces enfants ils ont un traitement qui est pas déficitaire mais différent. Et donc forcément, ils y répondent différemment, ils ne peuvent pas avoir la réponse adaptée, si leur traitement n'est pas efficace. Donc nous, en fait, on va essayer d'augmenter ce traitement, c'est pour ça qu'on les stimule énormément pendant les séances pour qu'il y ait du traitement. Et que...Au bout d'un an, ce traitement soit de plus en plus efficace et que du coup un enfant. Bah si on reprend l'enfant qui est dans l'école, dans la file de la cantine, cette fois quand son camarade va lui toucher l'épaule, et bah il va intégrer que c'est un contact normal et donc qu'il réponde normalement. Alors qu'avant, peut être que ce petit contact sur l'épaule il le prenait pour une tape, et qu'il y répondait comme une tape.

**[Charlotte Pichon]:**

Et du coup, ce que tu appelles ce traitement efficace, ça serait... Dis-moi si je me trompe ça serait un travail par rapport à la gestion de ses seuils et de l'intégration sensorielle ?

**[Ergothérapeute 1]:**

C'est ça, c'est ça. En fait, on va augmenter le seuil par la thérapie.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok... (bruit de note) Donc du coup, de ce que j'ai compris, si on prenait cet enfant qui a reçu une tape sur l'épaule d'un camarade derrière, par exemple à la cantine d'un self hm... Comment dire... Ces interactions sociales, en résumé serait plus efficace ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Exactement.

**[Charlotte Pichon] :**

Donc il serait plus performant par rapport à ces interactions, qui peuvent faire le trait d'un objectif d'une séance.

**[Ergothérapeute 1] :**

On peut dire ça. En séance, on cherchera jamais la performance, ce n'est pas du tout ça qui nous intéresse, c'est à dire que si l'enfant met quarante-cinq minutes à euh... monter sur une estrade. Bah c'est pas grave, nous ce qui nous intéresse c'est le cheminement, tout ce qu'il a réfléchi, tout ce qu'il a pensé et comment il a traité les choses. Après à la fin d'une thérapie ou même souvent au milieu de la thérapie : oui, l'enfant va avoir une amélioration de sa performance au quotidien, à l'école, dans les activités de la vie quotidienne et ce genre choses. (Léger blanc)

**[Charlotte Pichon] :**

D'accord, et est ce qu'il y a une manière mesurer les résultats d'utilisation de cette approche sur le quotidien ? Comment est-ce que tu vois les résultats ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah... De manière objective, ça va par être une réévaluation. Et de manière subjective, ça va être par des (discours non compris) des parents.

**[Charlotte Pichon] :**

Des retours des parents pardon ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Ouais, au quotidien, c'est ça.

**[Charlotte Pichon] :**

Et quand tu parles de réévaluation, tu penses à quelle réévaluation.

**[Ergothérapeute 1]:**

On va faire un peu comme un bilan, donc toutes les évaluations que je t'ai passées, dont je t'ai parlé au début euh... On va le refaire au bout d'un an.

**[Charlotte Pichon]:**

Du coup, le MABC II, le Beery, le questionnaire personnel ? Enfin que vous...

**[Ergothérapeute 1]:**

Euh... oui !

**[Charlotte Pichon]:**

J'appelle questionnaire personnel, celui que vous avez ensemble dans votre cabinet.

**[Ergothérapeute 1]:**

C'est ça, c'est ça. (Léger blanc) Après il y aussi... Enfin... Je te l'ai dit mais «observations comportementales» je ne sais pas si tu te souviens. Mais ça prend aussi... c'est un autre questionnaire mais cette fois c'est nous qui le réalisons avec l'enfant.

**[Charlotte Pichon]:**

M-mh.

**[Ergothérapeute 1]:**

C'est à dire que c'est le test des réflexions, de la coordination, l'intégration bilatérale, la dextérité. Toutes ces choses qui sont évaluées... Qui sont... Qui font le principe même, l'élément principal du bilan.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord. (Bruits de note)

**[Ergothérapeute 1]:**

(Discours non compris) ... écouter, on va faire, tout ce genre de choses à un enfant. Il y aussi tout ce genre de choses qu'on fera.

**[Charlotte Pichon]:**

D'accord. En fin de compte, si t'avais un petit résumé. Pour finir cet entretien, pour toi, quel est l'impact de l'intégration sensorielle sur ce fameux rendement occupationnel dont on parle depuis le début à travers tous les termes qu'on a pu traverser ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... (léger blanc) L'impact, il est énorme. Euh... Comment dire. Ça va permettre aux enfants d'être plus fluide, de traiter plus facilement... Déjà, on va leur traiter, leur permettre de traiter de manière efficace les choses. Du coup ils vont traiter de manière plus rapide, et donc être plus présent, mieux répondre. En fait, c'est un cercle vertueux l'intégration sensorielle, c'est à dire que plus quelque chose va, bah du coup on s'attaque à un autre problème et on continue comme ça en permanence. Et on monte, on monte. Et du coup les enfants ils montent en performance. Et pour te donner un exemple, nous par exemple, la thérapie par le son, c'est quelque chose que je suis actuellement en train de faire sur moi-même, pour avoir des objectifs qui sont beaucoup plus haut que euh... les enfants. Mais, en fait justement ce cercle vertueux, moi je l'ai repris plus haut parce que j'avais des capacités plus hautes que les enfants, et il continue. C'est quelque chose qui peut se développer... Je ne sais pas si ça peut se développer à l'infini... Mais on devient plus performant, sur l'attention, la concentration. On monte dans les tâches cognitives. Alors que les enfants, bah déjà on les aide à être plus habiles, à avoir une meilleure dextérité. Et du coup, vu que la dextérité, le maintien du tonus postural, la stabilité est moins coûteuse, ils peuvent s'occuper, ils ont plus d'énergie pour s'occuper des apprentissages et de la performance au quotidien.

**[Charlotte Pichon] :**

(Bruits de note) Ok, merci beaucoup. Est-ce que toi, tu as quelque chose à ajouter par rapport à tout ce qu'on a pu traiter ou quelque chose que toi, juste comme ça tu voudrais dire ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Hm... Non ça va.

**[Charlotte Pichon] :**

Ok, j'ai juste une toute dernière question, juste pour savoir si tu connais d'autres ergothérapeutes, dans ton cabinet ou pas du tout qui pourraient être sensible à mon sujet d'étude ?

**[Ergothérapeute 1] :**

Bah, j'ai mes deux collègues mais je pense que ça va être compliqué parce qu'elles ont des enfants, donc là pendant le confinement, elles ne pourront pas te répondre. Enfin, j'ai mes trois collègues.

Après, il y a un autre cabinet sur Montpellier, je les connais pas mais je sais qu'il existe, qui s'appelle la Meex.

**[Charlotte Pichon] :**

Comment ça s'écrit s'il te plait ?

**[Ergothérapeute 1] :**

M-E-E-F, non M-E-E-X pardon.

**[Charlotte Pichon] :**

J'ai pas du tout compris comment je devais l'écrire, excuse-moi.

**[Ergothérapeute 1] :**

M-E-E-X.

**[Charlotte Pichon] :**

M-E-E-X. Ok.

**[Ergothérapeute 1] :**

La maison des enfants extraordinaires.

**[Charlotte Pichon] :**

(Bruits de note) Ok, merci... Merci d'avoir répondu à toutes mes questions et de m'avoir accordé de ton temps. Si jamais tu as quelque chose à ajouter ou qui te revient ou autre, je reste entièrement disponible et n'hésite pas. C'était très intéressant.

**[Ergothérapeute 1] :**

Tant mieux, ça t'a apporté des choses ?

**[Charlotte Pichon] :**

Ça m'a apporté des choses ! Merci beaucoup !

(Conseil personnel de l'ergothérapeute et développement du protocole sensoriel non développé précédemment [37:58 ; 38:03] par Charlotte Pichon)

**[Charlotte Pichon] :**

Bonne soirée !

[Ergothérapeute 1]:

A toi aussi ! Du coup si tu as besoin n'hésite pas !

[Charlotte Pichon]:

Merci beaucoup, au revoir !

[Ergothérapeute 1]:

Salut !



**Résumé, Mots clefs :** Ergothérapie, TSA, Comportement problème, Intégration sensorielle, Rendement occupationnel. **Introduction :** D'après l'HAS, l'Intégration Sensorielle ne fait pas encore partie des approches recommandées, elle est encore sujet à l'étude, bien qu'elle représente une des méthodes utilisées auprès des personnes présentant des TSA ainsi que des troubles sensoriels. **Objectif :** L'intérêt de cette étude est d'évaluer l'impact de l'intégration sensorielle auprès de jeunes présentant des TSA. L'idée étant de mettre en exergue le lien entre les comportements problèmes et le rendement occupationnel au travers de cette approche. **Méthodologie :** Afin de répondre à cet objectif, 5 ergothérapeutes évoluant auprès d'enfants TSA, formés l'intégration sensorielle, ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-dirigés. **Résultats et Analyses :** A la suite des divers entretiens, les réponses aux questions posées évoquent un lien entre intégration sensorielle et comportements problèmes qui diminuent et favorisent par la suite le rendement occupationnel. Par ailleurs, les ergothérapeutes ont tous notifié l'importance de la prise en compte de l'unicité de chaque enfant et de la participation des parents. **Discussion et Conclusion :** En somme, l'intégration sensorielle pourrait s'avérer être une approche potentielle afin de diminuer les comportements problèmes et ainsi de favoriser le rendement occupationnel. Cependant, il s'agirait d'une approche nécessitant de s'inscrire au sein d'une approche globale. Cette enquête reste incomplète, en effet, celle-ci manque d'éléments de réponse des parents de ces enfants ou de ces derniers quant à l'impact de l'intégration sensorielle.

---

**Abstract, Key words :** Occupational therapy, ASD (Autism Spectrum Disorder), challenging behavior, sensory integration, occupational performance measure. **Introduction :** According to the HAS (Health Authority), sensory integration is not yet a part of the recommended approaches. It is in fact still subject to studies even though it is used to help people with ASD and sensory disturbances. **Objective :** This study aims at evaluating how sensory integration impacts young people with ASD. The idea of this approach is to highlight the link between challenging behavior and the occupational performance measure. **Methodology :** In order to meet the intended purpose, 5 occupational therapists that progressed around children with ASD, having a background in sensory integration, were interrogated by semi-structured interviews. **Results and Analyses :** Following different interviews, the answers to the questions asked evoke a link between sensory integration and challenging behaviors that are reduced and that favor the occupational performance measure. Furthermore, all the occupational therapists have brought to light the importance of both the unicity of each child and the parents' participation. **Discussion and Conclusion :** In summary, sensory integration could be a possible and effective approach in reducing challenging behavior and favoring the occupational performance measure. However, this approach needs to be incorporated to a global approach. This investigation is still incomplete. In fact, answers coming from the parents of these children and the children in question are missing to further complete the impact of sensory integration.