Juin 2020

CO-OP'érer avec mon TDC

L'utilisation de l'approche CO-OP dans l'accompagnement ergothérapique des soins personnels d'enfants ayant un Trouble Développemental de la Coordination

Mémoire d'initiation à la démarche de recherche présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute

Tiffany SERNA

Maître de mémoire : Mme Cécilia Galbiati

IINSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE
L'UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL VAL-DE-MARNE
61 AVENUE DU GENERAL DE GAULLE
94000 CRETEIL CEDEX

UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL
INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

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.

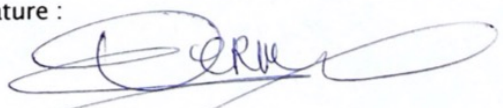
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* SERNA Tiffany étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Créteil, le 28/05/20

Signature :



*NOM, Prénom

« 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 ».

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement mon maître de mémoire Cécilia Galbiati, qui m'a accompagnée et conseillée lors des différentes étapes de la réalisation de cet écrit. Son expertise et son expérience m'ont aidée à mener cet écrit à termes dans de bonnes conditions. Son écoute, son professionnalisme, ses conseils et sa disponibilité ont eu raison de mes incertitudes et m'ont permis de ne jamais perdre mes objectifs de vue.

Je tiens également à remercier tous les professionnels qui m'ont entourée pendant ces trois années de formation. Ils ont tous joué un rôle déterminant tout au long de mon parcours pour devenir ergothérapeute. Les différents membres de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil m'ont transmis leurs savoirs et leurs savoir-faire et ainsi rendu apte à aller sur le terrain.

Par ailleurs, je remercie tous mes tuteurs de stages qui, chacun dans leur domaine, m'ont fait partager leurs expériences, avec beaucoup de bienveillance et de patience. Une part de chacun d'eux se trouve ainsi dans ce mémoire. Je leur en suis très reconnaissante.

Enfin, je souhaite remercier mes proches, famille et amis, qui m'ont soutenue et encouragée pendant ces trois années de formation. Ils ont été présents à mes côtés en toutes circonstances.

Merci à tous.

Sommaire

INTRODUCTION **1**

Cadre conceptuel

I) TROUBLE DEVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION **3**

A. NOMENCLATURE 3
B. DEFINITION 3
C. SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC 4
D. PRISE EN CHARGE INTERPROFESSIONNELLE 6
E. ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE 7

II) LES OCCUPATIONS DE L'ENFANT **10**

A. MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL 10
B. OCCUPATIONS DE L'ENFANT : DIFFERENCES ET CONTEXTE 11
C. DEVELOPPEMENT DES SOINS PERSONNELS DES ENFANTS DE 6 A 12 ANS 12
D. CONSEQUENCES DU TDC SUR LA VIE DE L'ENFANT 14
i. La personne *14*
ii. Les occupations *14*
iii. L'environnement *15*
E. LE VECU DES PARENTS 15

III) L'APPROCHE CO-OP **17**

A. HISTORIQUE ET CREATION 17
B. DEFINITION ET PRINCIPES CLES 18
C. OBJECTIFS DE L'APPROCHE ET PREREQUIS D'UTILISATION 18
i. Les objectifs *18*
ii. Les prérequis *19*
D. LES ELEMENTS CLES DE CO-OP 19
i. Les buts choisis par le client *20*
ii. L'analyse dynamique de la performance (ADP) *21*
iii. L'utilisation de stratégies cognitives *21*
iv. La découverte guidée *22*
v. Favoriser l'habilitation *23*
vi. Le rôle des proches *23*

vii. La structure de l'intervention 24

E. DONNEES PROBANTES 24

Partie expérimentale

I) PRE-ENQUETE (MARS 2019) 26

II) OBJECTIFS 28

III) POPULATION 29

IV) OUTILS 30

A. LE QUESTIONNAIRE 30

B. L'ENTRETIEN 31

V) PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 32

A. PROFIL DES REPONDANTS 32

B. OBJECTIFS DE LA POPULATION ETUDIEE 34

C. ATTEINTE DES OBJECTIFS AVEC CO-OP 37

D. CO-OP ET PARTICIPATION SOCIALE 45

DISCUSSION 50

A. CONFRONTATION AVEC LE CADRE CONCEPTUEL 50

B. VALIDATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 52

C. LIMITES DE L'ENQUETE 53

D. APPORTS DE CETTE ETUDE 53

CONCLUSION 54

RESSOURCES 56

ANNEXES 63

Table des signes et abréviations utilisés

ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
ADP	Analyse Dynamique de la Performance
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CIM	Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder / Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux
EACD	European Academy of Childhood Disability / Académie européenne du handicap et de l'enfance
MABC	Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant
MCREO	Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
MCRO-E	Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de l'Engagement
PACS	Pediatric Activity Card Sort
PQRS	Performance Quality Rating Scale
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SSD	Stratégie Spécifique de Domaine
TAC	Trouble d'Acquisition de la Coordination
TDAH	Trouble de déficit de l'attention / hyperactivité
TDC	Trouble Développemental de la Coordination
TSLA	Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

Introduction

« Dis-le-moi et je l'oublierai ; enseigne-le-moi et je m'en souviendrai ; implique-moi et j'apprendrai » (Benjamin Franklin).

Des études récentes évaluent la prévalence du trouble développemental de la coordination (TDC) entre 1,8% à 5,4% chez les enfants en âge scolaire (Inserm, 2019). Le TDC correspond à un trouble de l'organisation du geste finalisé non imputable à une affection somatique ni à un retard intellectuel (DSM-5, 2013). Ce dernier engendre divers symptômes entraînant chez les enfants de nombreuses restrictions dans leur participation et des difficultés de rendement occupationnel dans plusieurs activités du quotidien (Missiuna, Pollock, 2007). En ergothérapie, l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance), développée dans les années 90 par H. Polatajko, est une approche de résolution de problèmes utilisée notamment avec ces enfants. Cette approche permet, via l'utilisation de stratégies et un processus de découverte guidée, d'aider l'enfant à acquérir de nouvelles habiletés motrices. Elle favorise par ailleurs la généralisation et le transfert des acquis dans le quotidien (Mandich, Polatajko, 2017). Cette dernière, partant des buts choisis par le client (enfant et généralement ses parents), permet de répondre de façon précise à ses besoins en se situant au cœur de ses difficultés occupationnelles (Mandich, Polatajko, 2017). L'accompagnement est donc personnalisé pour chaque enfant et rejoint complètement les valeurs de la profession d'ergothérapeute.

Durant mon premier stage de deuxième année de formation en ergothérapie, j'ai eu l'occasion d'assister à la formation donnée sur l'approche CO-OP à l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), co-animée par ma tutrice de stage. De par ses résultats, son fonctionnement, sa rigueur, ses objectifs et ses valeurs, cette méthode m'a tout de suite intéressée et c'est naturellement que mon choix s'est porté dessus pour le thème de cet écrit. La population des enfants ayant un TDC m'a par ailleurs beaucoup questionnée durant ce stage de par la multitude de symptômes retrouvés et les difficultés rencontrées par ces enfants au quotidien. J'ai constaté, grâce à des recherches effectuées sur les données probantes concernant l'utilisation de CO-OP, qu'il existe déjà plusieurs études relatives à l'application de CO-OP avec les enfants ayant un TDC pour des objectifs concernant la scolarité. Dans une volonté d'explorer une nouvelle piste, j'ai donc choisi de centrer cet écrit sur l'utilisation de CO-OP pour les soins personnels, sphère toute aussi importante au quotidien pour les enfants et dans laquelle ceux ayant un TDC ont souvent de nombreuses difficultés.

Les observations sur le terrain et les recherches théoriques effectuées m'ont amenées à la question suivante : **Quels sont les apports de l'approche CO-OP dans l'accompagnement ergothérapique des soins personnels d'enfants ayant un trouble développemental de la coordination ?**

Dans la partie conceptuelle nous étudierons dans un premier temps le trouble développemental de la coordination et les conséquences qu'il engendre chez l'enfant, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ces enfants. Nous parlerons ensuite des occupations des enfants de 6 à 12 ans afin de les mettre en parallèle avec les difficultés rencontrées par la population étudiée. Enfin nous présenterons l'approche CO-OP et ses apports dans l'accompagnement ergothérapique des enfants ayant un TDC. Cela nous permettra de poser une hypothèse de recherche. Nous parlerons ensuite de la méthodologie de l'enquête qui sera réalisée via un questionnaire puis nous analyserons les résultats de cette enquête et nous les confronterons avec le cadre conceptuel dans le but d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse de cet écrit.

Cadre conceptuel

I) Trouble développemental de la coordination

Dans cette première partie nous allons parler du TDC. D'abord nous parlerons de la nomenclature et de la définition de ce trouble puis des symptômes les plus fréquents et de la façon dont s'établit son diagnostic. Enfin nous verrons quels sont les professionnels qui accompagnent l'enfant ayant un TDC en insistant plus précisément sur le rôle de l'ergothérapeute.

a. Nomenclature

Plusieurs termes se sont succédé dans l'histoire pour définir ce syndrome : En 1937, Orton parlait de « maladresse anormale » puis, en 1960, Ford parlait de « maladresse congénitale ». C'est en 1961 que le terme de dyspraxie a été utilisé pour la première fois par le neurologue britannique W.R Brain (Vaivre-Douret, 2016). Ce terme regroupait alors un ensemble de troubles notamment de la planification et de l'automatisation du geste couplé à des troubles visuo-spatiaux (Magnat, Xavier, Zammouri, Cohen, 2015).

- Plusieurs types de dyspraxie étaient ainsi décrits :
  - Les dyspraxies constructives visuo-spatiales : troubles du geste et troubles visuo-spatiaux ;
  - Les dyspraxies idéomotrices et idéatoires : difficulté dans la séquentialisation du mouvement, dans l'imitation et dans la reproduction de gestes ;
  - Dyspraxie de l'habillage, dyspraxie oro-faciale…

En 1994, le terme de dyspraxie motrice a été remplacé par celui de trouble de l'acquisition de la coordination « TAC » (DSM-4, American Psychiatric Association, 1994) puis par celui de trouble développemental de la coordination (TDC) qui figure dans le DSM-5 depuis 2013 et qui est aujourd'hui utilisé par la communauté internationale (Barray, 2012).

b. Définition

Le TDC est un trouble neuro-développemental de l'exécution, de la planification et de la coordination du geste non imputable à une affection somatique ni à un retard intellectuel (DSM-5, 2013). La classification CIM-10 le définit comme un trouble développemental spécifique des fonctions

motrices (CIM-10, version 2008). Les enfants touchés sont souvent décrits comme étant malhabiles ou maladroits, comme manquant de coordination et comme ayant des difficultés organisationnelles au quotidien. Généralement le trouble est permanent (Blank et al. 2019) bien qu'il puisse s'atténuer voire disparaitre avec le temps chez certaines personnes (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018).

On estime aujourd'hui que 1,8% à 5,4 % des enfants en âge scolaire présentent un TDC. Pour établir ces pourcentages, le 5ème percentile du score du MABC a été choisi comme seuil d'interprétation de la performance motrice de l'enfant en fonction de son âge (Inserm, 2019). Ce trouble toucherait en moyenne trois fois plus les garçons que les filles (EACD, 2019).

Les enfants ayant un TDC présentent des difficultés de rendement occupationnel dans de nombreuses activités de la vie quotidienne : loisirs, scolarité, soins personnels, bien que les répercussions soient très différentes d'un enfant à l'autre (Mazeau, 2010*)*. Ces difficultés seront souvent à l'origine de questionnements dans l'entourage de l'enfant qui les amèneront à consulter un médecin (généraliste ou pédiatre) qui pourra ou non poser le diagnostic du TDC (Inserm, 2019).

c. Symptômes et diagnostic

Dans la majorité des cas, ce sont les parents et l'entourage proche de l'enfant qui constatent les difficultés de l'enfant dans ses activités de tous les jours. Les symptômes les plus souvent relatés par les parents sont (Magnat, Xavier, Zammouri, Cohen, 2015) :

- Une maladresse générale, l'enfant trébuche, est peu habile et fait souvent tomber des objets ;
- L'enfant a des difficultés organisationnelles ;
- Il réalise peu de tâches motrices et a une préférence pour les activités intellectuelles ;
- Il met plus de temps que ses pairs à apprendre de nouvelles tâches motrices (vélo, marche…) ;
- L'enfant présente des difficultés dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne (couper ses aliments, attacher les boutons de ses vêtements…) ;
- Certaines activités scolaires sont difficiles pour lui comme la lecture, l'écriture et la géométrie.

Les difficultés motrices de l'enfant seront constatées dans un premier temps par un médecin. Après avoir éliminé une possible cause organique qui pourrait expliquer les difficultés motrices, ce dernier orientera l'enfant vers d'autres professionnels comme par exemple un ergothérapeute ou un neuropsychologue afin d'étayer son hypothèse pour poser son diagnostic. Par des entretiens sur les habitudes de vie et les difficultés rencontrées au quotidien, et par des évaluations type MABC-2,

l'ergothérapeute objectivera les difficultés motrices de l'enfant. Il rédigera ensuite un diagnostic ergothérapique sur les performances occupationnelles de l'enfant et sur ses difficultés du quotidien pour aider le médecin à poser son diagnostic médical. Le neuropsychologue utilisera quant à lui l'échelle de Wechsler (WISC) pour objectiver les difficultés cognitives de l'enfant pouvant avoir un impact sur son quotidien. En parallèle le médecin pourra orienter l'enfant vers d'autres professionnels médicaux pour que ces derniers cherchent la présence ou non de comorbidités. Par la suite un programme d'accompagnement personnalisé sera mis en place en fonction des besoins de l'enfant et de son entourage (Site web, Institut des troubles d'apprentissage).

D'après le DSM-5, pour que le diagnostic de TDC soit posé l'enfant doit présenter les 4 symptômes suivants même si ces derniers ne sont pas présents de façon égalitaire :

a. *« L'acquisition ou l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau attendu pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences. Il en ressort donc un retard significatif dans l'acquisition de ces compétences par rapport aux enfants du même âge. »*
b. *« Les déficiences des compétences motrices du critère A interfèrent de façon importante et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge chronologique et ont un impact sur les performances universitaires/scolaires ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux. »*
c. *« Le début des symptômes date de la période développementale précoce »*
d. *« Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice »* (DSM-5 315.4, APA, 2013).

Le DSM-5 prévoit aussi des critères d'exclusion pour le diagnostic de TDC. En effet, ce diagnostic ne peut être posé si l'enfant ne présente pas de difficultés motrices significatives, si ces dernières n'impactent pas son quotidien ou si l'enfant présente une déficience intellectuelle ou visuelle qui pourrait être à l'origine des difficultés (DSM-5 315.4, APA, 2013).

Il est recommandé de ne pas poser le diagnostic de TDC avant les 5 ans de l'enfant, âge auquel s'acquiert normalement de nouvelles compétences motrices significatives (Magnat, Xavier, Zammouri, Cohen, 2015). De même, l'entrée à l'école marque un tournant important dans l'acquisition d'habiletés et est la période durant laquelle les difficultés se font plus importantes pour les enfants ayant un TDC. En 2012, l'European Academy for Childhood Disability, a montré que le TDC pouvait dans certains cas

être diagnostiqué à 3 ans en fonction du contexte et si une réévaluation est faite trois mois après pour confirmer le diagnostic (Magnat, Xavier, Zammouri, Cohen, 2015).

Chez de nombreux enfants ayant un TDC, des facteurs de risque ont été retrouvés : le plus important est la prématurité ou la survenue de complications notamment neurologiques pendant la période périnatale. Les scientifiques estiment que 32 à 49% des enfants étant né prématurément présentent des difficultés motrices et notamment un TDC. De même, les enfants issus d'un environnement matériel et humain défavorisé auraient plus de risque de développer un TDC que ceux issus d'un environnement socialement plus favorisé. Ce lien a été démontré en étudiant les scores au bilan M-ABC cité ci-dessus (Inserm, 2019).

Plusieurs comorbidités peuvent être observées : des difficultés de langage, d'apprentissage (dyslexie, dyscalculie…), regroupées sous le terme de TSLA (Trouble Spécifique du Langage et des Apprentissages), de l'attention, des habiletés sociales, de comportement… (Asonitou, Koutsouki, et al. 2012). De même, les enfants ayant un TDC sont plus susceptibles que les autres de développer des troubles psychopathologiques tels que des dépressions ou des troubles anxieux (Inserm, 2019). Lorsqu'il y a des comorbidités, la collaboration avec d'autres professionnels de santé, comme des orthophonistes, des neuropsychologues et des psychomotriciens, est indispensable (CanChild).

d. Prise en charge interprofessionnelle

L'interprofessionnalité désigne *« le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux »* (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

Pour les enfants ayant un TDC, les professionnels de santé doivent travailler ensemble afin de favoriser le bien-être et la réussite de l'enfant. Certains professionnels seront toujours présents et d'autres le seront en fonction de la présence ou non de comorbidité (CanChild). De même il sera indispensable que les membres de l'équipe échangent avec l'école de l'enfant et sa famille, pour transmettre leurs observations, expliquer ce qui est fait en séance et ce qui devrait être mis en place à l'école et à la maison pour faciliter les occupations de l'enfant (Vaivre-Douret, 2016).

Les différents professionnels pouvant accompagner un enfant ayant un TDC sont :

- Divers médecins, par exemple des neuropédiatres, qui gèrent l'aspect médical et médicamenteux et coordonnent le parcours de soin de l'enfant avec les autres professionnels de santé (Harris, Mickelson, Zwicker, 2015) ;
- Des neuropsychologues recevront l'enfant s'il présente des troubles cognitifs ou neuro-visuels spécifiques. Leurs objectifs viseront à aider l'enfant à investir ses différentes fonctions cognitives efficientes afin de compenser les difficultés motrices liées au trouble (site web Cenop.ca) ;
- Des ergothérapeutes sur lesquels nous reviendrons de façon détaillée dans la partie suivante ;
- Des orthoptistes pourront intervenir si les évaluations mettent en avant des difficultés de coordination occulo-motrice ou de poursuite visuelle ;
- Des kinésithérapeutes qui vont se concentrer sur le développement des compétences physique de l'enfant en travaillant particulièrement sur le tonus musculaire, la force, l'équilibre et l'endurance afin de lui permettre par exemple de pratiquer une activité physique ou de monter des escaliers (Maharaj, Lallie, 2016) ;
- Des psychomotriciens vont aider l'enfant à se réapproprier son corps en apprenant à le maitriser dans les activités du quotidien. Ils peuvent par exemple travailler sur la coordination, sur l'équilibre et sur la motricité globale via des parcours et des exercices dans l'espace (Salvan, Albaret, 2006).
- Des psychologues peuvent intervenir car les répercussions du TDC sur la vie de l'enfant peuvent être très difficiles à gérer pour lui et pour sa famille. Une faible estime de soi et une mise à l'écart de ses pairs peuvent le fragiliser, la participation sociale de ces enfants étant très souvent moindre. Les enfants ayant un TDC ont beaucoup plus de risque de développer une dépression et de l'anxiété que les autres (Harris, Mickelson, Zwicker, 2015). De même, il est fréquent que l'enfant présente des troubles du comportement ou un TDAH (trouble de déficit de l'attention / hyperactivité). Le psychologue peut donc aussi travailler avec l'enfant sur son comportement et sur ses compétences sociales afin de favoriser les relations avec son entourage ;
- Des orthophonistes peuvent accompagner l'enfant s'il présente des difficultés de communication ou du langage oral, pouvant le gêner dans son quotidien de manière générale, ou des difficultés de communication écrite pouvant le gêner à l'école (Vaivre-Douret, 2008) ;
- D'autres professionnels : ostéopathes… Peuvent intervenir en fonction des besoins de l'enfant.

e. Accompagnement en ergothérapie

Comme nous l'avons dit précédemment, l'enfant ayant un TDC est confronté à de nombreuses difficultés au quotidien, qu'elles soient au niveau de la réalisation de ses occupations et/ou au niveau de sa participation sociale (Mazeau, 2010). En effet, ses troubles du geste viendront le gêner dans

beaucoup d'activités et entraver ses relations avec ses pairs. L'enfant se retrouve souvent isolé et marginalisé à cause de sa différence. Nous reviendrons sur ces impacts dans la seconde partie.

Le suivi en ergothérapie est donc nécessaire car l'ergothérapeute est un professionnel qui amène son client à acquérir des habiletés et qui cherche à favoriser ses occupations et sa participation sociale en l'aidant à devenir le plus autonome et indépendant possible dans sa vie quotidienne (définition ANFE). Il permet ainsi à l'enfant de prendre part à ses différents rôles dans sa vie quotidienne : devenir indépendant, être productif et participer à des activités de jeux ou de loisirs. L'incapacité de l'enfant à participer et à s'engager dans ses activités à cause de son trouble engendrera un isolement social et une baisse de son estime de soi (Novak, Honan, 2019).

L'ergothérapeute est donc un professionnel qui interviendra à plusieurs niveaux pour accompagner l'enfant ayant un TDC. D'une part, il essaiera d'aider l'enfant à atteindre un rendement occupationnel satisfaisant, c'est-à-dire à être capable de réaliser l'activité (Law et al., 2014), en l'aidant à être plus autonome et indépendant dans ses activités de la vie quotidienne. Les activités travaillées seront choisies via des entretiens portant sur les habitudes de vie et les occupations de l'enfant, réalisés avec l'enfant et ses parents, pour déterminer quelles sont ses difficultés occupationnelles les plus importantes au quotidien. Via des moyens de compensations et l'utilisation de stratégies, l'ergothérapeute pourra aider l'enfant ayant un TDC à réussir des activités qui jusqu'à lors étaient difficiles voire impossibles pour lui (faire ses lacets, écrire ses leçons, apprendre à faire du vélo…). Il aidera conjointement l'enfant à augmenter son répertoire occupationnel constitué de toutes les occupations réalisées par l'enfant durant une période de sa vie (Faure, Galbiati, 2019). Nous détaillerons les difficultés occupationnelles engendrées par le TDC dans la seconde partie.

D'autre part, l'ergothérapeute aura pour mission d'aider l'enfant à augmenter sa participation sociale. Il n'existe pas de consensus sur la définition de la participation sociale. Le modèle conceptuel du PPH (Processus de Production du Handicap, 1998), révisé en 2010, la définit comme *« la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (…). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence »* (Castelein, 2015, p1).

La participation sociale est donc très subjective et est propre à chacun mais est un droit pour tous. Chez les enfants ayant un TDC, ou un handicap en général, les difficultés rencontrées provoqueront souvent une faible estime de soi et une mise à l'écart de la société (Castelein, 2015). En

fonction des objectifs choisis, l'ergothérapeute aura donc pour but de *« réduire les situations de handicap subies par l'enfant en lui permettant de participer à la vie en société »* (Faure, Galbiati, 2019, p10). L'amélioration de la participation sociale de l'enfant aura aussi un impact celle de ses parents, qui bien souvent restreignent leurs occupations, essentiellement sociales, à cause du handicap de leur enfant, notamment pour les enfants ayant un TDC (Gravillon, 2017).

Durant tout l'accompagnement, l'ergothérapeute devra collaborer activement avec la famille de l'enfant, car elle assurera le relais entre les séances et la maison et aura donc un rôle fondamental dans l'atteinte de ses objectifs (Gosselin, portail enfance). L'ergothérapeute devra par ailleurs collaborer avec l'enseignant de l'enfant afin de l'aider à identifier les difficultés concrètes de ce dernier causées par le TDC. La finalité étant de mettre en place rapidement des adaptations pédagogiques pour faciliter ses activités scolaires (Lewandowski, Aguirre, Bara, Albaret, 2018).

Plusieurs approches thérapeutiques se sont succédé en ergothérapie pour accompagner les enfants ayant un TDC :

- Dans les années 60, les approches ascendantes « bottom-up », centrées sur les déficits, étaient utilisées. Partant des principes mécanistes de Kielhofner, elles expliquaient que le fait de travailler et de renforcer les habiletés motrices de bases allait aboutir à un rendement occupationnel satisfaisant dans les AVQ (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018). La rééducation est longue et est basée sur la répétition du geste (Barray, 2012) → Exemples : méthode Bobath, thérapie du miroir, intégration sensorielle…
- Dans les années 90, ont émergé les approches descendantes « top-down », centrées sur l'occupation ayant pour objectif d'augmenter le rendement occupationnel de la personne et sa participation sociale. Celles-ci partent du principe que *« l'exécution motrice émerge de l'interaction dynamique de nombreux systèmes incluant le corps, la tâche et l'environnement »* (Barray, 2012, p41) et sous-tendent que ces trois systèmes sont en interaction permanente. Elles favorisent la prise en compte des parents en tant qu'environnement de l'enfant. La triade parent-enfant-thérapeute favorise donc l'engagement et la motivation de l'enfant et est à chercher dès le début du suivi (Rodgers, 2010). → Exemples : approche CO-OP, mise en situation écologique…

Pour conclure cette première partie nous pouvons donc dire que les difficultés engendrées par le TDC nécessitent un accompagnement interprofessionnel de l'enfant et de sa famille dans lequel l'ergothérapeute a une place importante. Étant expert de l'occupation et utilisant des approches

centrées sur le client (Polatajko, 2017), l'ergothérapeute va pouvoir aider l'enfant à trouver ses propres stratégies pour résoudre ses problèmes rencontrés au quotidien et ainsi favoriser sa participation sociale et son engagement occupationnel. Nous allons à présent nous intéresser aux occupations de l'enfant et aux répercussions qu'engendre le TDC sur ces dernières.

II) Les occupations de l'enfant

Dans cette seconde partie nous allons nous intéresser au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) qui servira de base pour la suite du travail. Nous verrons quels peuvent être les différents facteurs faisant varier les occupations de l'enfant. Nous nous intéresserons ensuite au développement des soins personnels des enfants de 6 à 12 ans. Enfin nous verrons quelles sont les répercussions du TDC sur les occupations de l'enfant puis nous finirons par expliquer l'impact que peut avoir ce trouble sur les familles.

a. Modèle Canadien du Rendement et de l'engagement occupationnel

Un modèle conceptuel est *« une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique »* (Morel-Bracq, 2017 p2). Un modèle conceptuel est donc une façon d'organiser sa réflexion clinique autour d'un patient pour adapter son accompagnement. Il existe des modèles généraux interprofessionnels comme la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF et des modèles spécifiques à l'ergothérapie comme le MCREO (Morel-Bracq, 2017).

Cet écrit s'appuiera sur le modèle du MCREO[1] qui a été développé en 1997 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes et qui a été révisé en 2007 pour inclure le concept de la participation **(**Miaz, s.d). J'ai choisi d'utiliser ce modèle car il prend en compte la personne (le client), ses occupations et son environnement. La coupe transversale du modèle montre bien le domaine d'expertise de l'ergothérapeute qui se situe au niveau de la zone de chevauchement des trois sphères (ACE, 2008).

Les trois sphères du modèle sont **(**Miaz, s.d) :

- La personne avec ses composantes spirituelle, physique, cognitive et affective ;
- Ses occupations : soins personnels, productivité et loisirs ;
- Son environnement : physique, institutionnel, culturel et social.

[1] Voir annexe I.

Ce mémoire étudie plus particulièrement les enfants ayant un TDC et des objectifs centrés sur les soins personnels. Cette catégorie regroupe l'ensemble des occupations qui permettent de s'occuper de soi (CAOT, 1997) par exemple se laver, manger, s'habiller… Dans la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) les soins personnels sont définis comme *« les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner »*. Ils sont divisés en trois groupes : L'hygiène personnelle, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire (Law, Baptiste et al. 2014).

Nous verrons dans la partie suivante que cette même sphère varie énormément entre les enfants en fonction de différents paramètres.

Par ailleurs, de ce modèle découle la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)[2]. Cette évaluation permet à la personne de classer les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, via un entretien semi-directif. Cela permet d'orienter l'accompagnement en ergothérapie sur les objectifs définis avec le client, qu'il soit un adulte ou un enfant (avec bien souvent ses parents). Le fait de partir de ses besoins/envies permettra d'augmenter significativement sa motivation et son adhésion à la prise en charge (Bigex, 2017). Nous y reviendrons par la suite mais cette évaluation est celle de base de l'approche CO-OP dont nous parlerons dans la dernière partie (Morel-Bracq, 2017).

b. Occupations de l'enfant : différences et contexte

L'ergothérapeute est un professionnel qui met l'accent sur l'occupation du client. Il essaie tant que possible de se servir des occupations qui sont signifiantes et significatives pour la personne afin de construire son accompagnement (ministère du travail, 2010). Il est par ailleurs indispensable pour l'ergothérapeute de prendre en compte l'environnement humain et matériel dans lequel vit l'enfant car cela influencera ses occupations. Il doit donc mettre de côté ses valeurs et ses croyances si elles ne sont pas en adéquation avec la demande du client car par exemple les cultures occidentales prônent l'individualisme et l'autonomie de la personne alors que les cultures orientales tendent plus vers *« l'interdépendance des personnes au sein de leur famille et de leur communauté »* (Drolet, Maclure, 2016, p176). L'ergothérapeute se doit donc de considérer *« toute personne comme étant unique, ayant une valeur et une dignité intrinsèque et ayant la capacité de faire des choix dans sa vie et pouvant faire preuve d'autodétermination »* (Meyer, 2010, p19).

[2] Voir annexe II.

Voici trois exemples de paramètres qui peuvent faire varier les demandes du client :

- L'environnement : Dans le MCREO, l'environnement est la dimension la plus large dans laquelle se trouvent les occupations notamment les soins personnels. L'environnement et la culture associée est donc un élément fondamental pour le choix des objectifs du client. Prenons l'exemple du repas : D'après Patrick Rambourg, historien spécialisé dans l'art de la table, *« 3,3 milliards d'êtres humains dans le monde utilisent des couverts »* et *« 3,5 milliards d'êtres humains se nourrissent avec leurs doigts »*. En effet alors qu'en Europe nous utilisons des couverts, de nombreux pays d'Afrique ou d'Asie utilisent d'autres ustensiles ou leurs doigts (Rambourg, 2019, p1 et 4). Ainsi pour l'occupation de la prise du repas, les objectifs pourront être très différents d'un enfant à l'autre.
- Le genre : Les soins personnels ont un socle commun entre les deux sexes. Cependant il peut arriver que des demandes spécifiques et des choix d'objectifs précis émergent en fonction du sexe de l'enfant. Par exemple, une fille pourra avoir comme objectif de pouvoir se faire une tresse ou de s'attacher des petits bijoux. Il faut aussi faire en sorte de ne pas avoir de préjugés quant aux stéréotypes du genre c'est-à-dire à nos représentations des occupations que devraient réaliser les garçons et les filles en fonction de leur sexe (Cherney, Harper, Winter, 2006).
- La place laissée par les parents : Le degré d'autonomie laissé par les parents à l'enfant conditionnera ses demandes. En effet alors que certains parents auront comme souhait de laisser leur enfant faire seul ses soins personnels (se laver, s'habiller…), d'autres voudront faire le plus possible pour leur enfant quitte à faire à sa place (Falk, 2017). Souvent, les parents d'enfants ayant un handicap, ont tendance à vouloir faire à la place de l'enfant pour ne pas le mettre en échec à cause notamment d'un sentiment de culpabilité (Minet, 2011). Ce facteur peut donc modifier ses demandes concernant les soins personnels. Nous devons donc accompagner l'enfant et ses parents durant tout le suivi en ergothérapie afin que personne ne soit lésé et pour trouver un compromis entre faire pour, faire faire et faire avec (Scelles, 2006, Mozère, Jonas 2011).

c. Développement des soins personnels des enfants de 6 à 12 ans

Pour ce mémoire, j'ai choisi de centrer mon étude sur les enfants de 6 à 12 ans. Afin de programmer au mieux son intervention, l'ergothérapeute doit visualiser comment s'effectue le développement de l'enfant dans le but de savoir quelles sont les activités qu'il devrait être en mesure ou non de réaliser selon son âge pour constater l'écart avec l'enfant reçu (Rogders, 2010).

En 2015, Francine Ferland a écrit une série d'ouvrages expliquant comment se développe l'enfant selon différents critères, afin de donner un repère sur ce qui peut être généralement attendu

selon l'âge de l'enfant que nous rencontrons (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015). Elle explique par exemple, qu'entre 6 et 12 ans l'enfant acquiert davantage d'aisance avec son corps, que ce soit au niveau de la motricité globale ou fine. Cela augmente avec l'âge de l'enfant et lui permet par exemple d'acquérir de plus grandes possibilités sportives ou de gagner en précision dans les gestes fins. Nous pouvons constater que cela est en contradiction avec les symptômes énoncés plus tôt des enfants ayant un TDC qui sont caractérisés comme étant maladroit et ayant des difficultés dans les activités manuelles nécessitant de la précision (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015).

Par ailleurs, si l'on se focalise sur les soins personnels qui sont l'objet de notre étude, Francine Ferland nous apprend les choses suivantes [3]:

- Entre 6 et 7 ans, l'enfant acquiert toutes les capacités nécessaires lui permettant de s'habiller de façon indépendante (faire les lacets, attacher des boutons…) ;
- Au niveau de l'alimentation, entre 6 et 7 ans l'enfant est capable de se servir de ses couverts, notamment de son couteau pour couper ses aliments et à partir de 8 ans il est capable de *« se préparer seul un repas simple : petit-déjeuner, salade… » ;*
- Enfin au niveau de l'hygiène, à partir de 6 ans l'enfant est en mesure de se coiffer seul, à partir de 8 ans il peut se laver seul et à partir de 10 ans il est capable de réaliser des tâches plus complexes comme se *« nettoyer les ongles »* (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015).

De même, le fait pour un enfant de pouvoir être l'acteur principal de certaines activités, indépendamment de l'adulte, est quelque chose qui lui permet de changer sa relation avec ses parents. Cela donne à l'enfant une sorte de respect de l'adulte vis-à-vis de lui qui est fondamental pour son développement. Bien souvent, cela se fait plus tardivement chez l'enfant ayant un TDC car il peut être plus difficile pour lui de réaliser certaines activités en autonomie (Falk, Rasse, 2017).

Ces explications montrent qu'à la sortie de cette tranche d'âge, l'enfant tout venant a déjà énormément d'acquis lui permettant d'être autonome et indépendant dans ses activités de la vie quotidienne, notamment dans ses soins personnels. Cette tranche d'âge permet donc à l'enfant d'élargir son répertoire occupationnel, en fonction de différents facteurs dont nous avons parlé précédemment (Dubois et all, 2017, p47). Parlons maintenant des répercussions qu'ont le TDC sur les différentes sphères de la vie quotidienne de l'enfant en comparaison avec ce qui est cité ci-dessus.

[3] Voir annexe III.

d. Conséquences du TDC sur la vie de l'enfant

Pour étudier les conséquences du TDC sur ces enfants nous allons reprendre les trois sphères du modèle conceptuel présenté précédemment pour montrer certaines répercussions que nous retrouvons dans chaque sphère. Nous allons dans le même temps essayer de trouver un lien entre les conséquences du TDC et les soins personnels de l'enfant qui font l'objet de notre étude. Rappelons que les trois sphères du MCREO sont : la personne, l'occupation et l'environnement.

i. La personne

Cette sphère comprend la composante affective, physique et cognitive de la personne. Les difficultés que l'enfant rencontre au quotidien à cause de son TDC ont des conséquences multiples sur sa façon d'être et de penser. En effet, l'enfant ressentira plus fréquemment que les autres le sentiment de honte, de détresse, d'angoisse, d'embarras face à ses difficultés qui ne sont pas partagées par ses pairs. Cela aura pour conséquence majeure une auto-exclusion du groupe et ainsi une restriction de sa participation sociale (Harris, Mickelson, Zwicker, 2015). L'enfant aura donc bien souvent une faible estime de lui. Des études ont montré que ces enfants étaient plus souvent que les autres confrontés à un phénomène de dépression (Kaiser, Mueggler, 2011). Pour illustrer le lien avec les soins personnels nous pouvons par exemple parler de la difficulté à faire ses lacets. J'ai rencontré en stage un jeune garçon qui ne souhaitais plus jouer au foot car il avait honte de ne pas savoir faire ses lacets et préférais ainsi ne plus participer à l'activité plutôt que ses amis se rendent compte de sa difficulté.

ii. Les occupations

Cette sphère comprend les soins personnels, les loisirs et la productivité. Nous allons donner pour chacune des trois sous-parties un exemple de difficulté engendrée par le TDC :

- Les soins personnels sont une des catégories touchées par le TDC. Les difficultés engendrées dans ce domaine occupationnel peuvent avoir des répercussions sur toutes les autres sphères. L'enfant peut par exemple avoir des difficultés pour l'habillage (enfiler ses vêtements dans le bon sens, lacer ses chaussures, attacher ses boutons de chemise…), pour la toilette/hygiène (s'essuyer aux WC, se laver ou s'essuyer le corps lors de la douche…) ou bien lors des repas (couper ses aliments, se servir à boire, manger proprement…), (Missuina, Pollock, 2007). Nous pouvons donc constater que les difficultés citées ci-dessus sont en contradiction avec les capacités attendues classiquement chez un enfant de 6 à 12 ans dont nous avons parlé dans la partie précédente ;

- Au niveau de la productivité (scolarité), le TDC peut se manifester par des troubles de l'écriture, situation qui est très invalidante au quotidien notamment lors des situations de doubles tâches comme par exemple les dictées ou la copie des leçons (Kaiser, Mueggler, 2011). Par ailleurs l'enfant peut rencontrer des difficultés organisationnelles, notamment être dans l'impossibilité de préparer seul son cartable sans oublier des affaires ;
- Les loisirs sont aussi perturbés par ce trouble. En effet, nous avons dit précédemment que les enfants ayant un TDC étaient souvent considérés comme maladroits, malhabiles. Ainsi ils auront tendance à privilégier les activités intellectuelles au profit des activités sportives, de surcroit lorsque ces dernières s'effectuent en équipe. Que ce soit à l'école ou à l'extérieur l'enfant aura donc tendance à privilégier les moments de solitude et à éviter le plus possible de se retrouver au sein d'un groupe (Missuina, Pollock, 2007**).** J'ai rencontré en stage une jeune fille dont la maman ne souhaitait plus qu'elle aille à la piscine avec l'école car elle mettait trop de temps à se changer. Ainsi cette jeune fille ne pouvait plus prendre part à un de ses loisirs à cause de sa difficulté d'habillage.

iii. L'environnement

Cette dernière sphère comprend l'environnement social, culturel, institutionnel et physique. Intéressons-nous ici à l'environnement social de l'enfant. Comme nous l'avons dit, l'enfant ayant un TDC aura tendance à se mettre à l'écart des autres enfants ou des autres adultes pour ne pas avoir à affronter leurs regards ou leurs moqueries, ce qui diminuera leur participation sociale (Kaiser, 2011). De même pour ces enfants, des difficultés à comprendre et à assimiler les normes sociales sont parfois constatées ce qui ne favorise pas l'acceptation par les pairs. L'enfant peut avoir des difficultés à construire de nouvelles relations. Son environnement social est donc très restreint et se limite bien souvent à un petit cercle d'amis et à la famille (Réseau Santé 360). Nous allons maintenant voire qu'au-delà de la souffrance des enfants, se trouve une réelle souffrance des parents et de l'entourage proche qui se retrouvent dans l'obligation de repenser leur quotidien pour répondre aux besoins de leur enfant. Ils se retrouvent ainsi eux-mêmes grandement limités dans leur participation sociale.

e. Le vécu des parents

Toutes les répercussions dont nous avons parlé ont un impact sur la famille du jeune. Nombreux sont les parents qui essaient, parfois en amont de la prise en charge thérapeutique, de trouver des adaptations et des solutions pour faciliter le quotidien de leur enfant (scratch, t-shirts faciles à enfiler, couper les aliments au préalable). Cependant, de nombreux parents sont victimes des propos de tierces personnes jugeant que leur enfant serait capable de faire les choses s'ils ne les

faisaient pas à leur place. Cela remet en question leur façon d'éduquer leur enfant ce qui peut être très mal vécu (Huron, 2017).

Au-delà de la déception et de la culpabilité qui peut être ressentie par les parents, le trouble « dys » quel qu'il soit peut provoquer un sentiment de solitude chez les familles dû à un isolement notamment social (Gravillon, 2017).

Nous pouvons aussi constater des conséquences indirectes engendrées par n'importe quel trouble chez les familles des enfants atteints. Une fois que la prise en charge pluridisciplinaire a été mise en place, il y a souvent de nombreuses séances qui ont lieu dans la semaine sur les temps libres de l'enfant. Cela rajoute une charge de travail et donc une fatigue non négligeable pour l'enfant et pour ses parents qui doivent donc revoir complètement l'organisation du foyer (Gravillon, 2017).

A partir des faits décrits ci-dessus, nous mettons donc en évidence l'aspect primordial de la collaboration en tant qu'ergothérapeute avec les parents de l'enfant reçu. Ceux-ci sont experts de leur enfant, ainsi leur soutien et leur appui est primordial pour mener à bien l'accompagnement en ergothérapie (HAS, 2017). Seuls les parents sont capables de nous décrire de façon précise leur quotidien et celui de leur enfant. Ainsi, nous ne pouvons pas ignorer leur souffrance. Il est aussi important de les aider, d'accueillir leurs demandes et de les intégrer autant que possible dans l'accompagnement. L'ergothérapeute doit donc systématiquement faire en sorte de se situer au centre de la triade enfant-thérapeute-parents afin de répondre au mieux aux besoins de la famille et de l'enfant suivi (Keen, Rodger, 2010).

Pour conclure cette seconde partie, nous pouvons donc dire que sur la tranche d'âge étudiée, les occupations des enfants sont très larges et les attendus nombreux, notamment au niveau des soins personnels. Bien que plusieurs paramètres puissent les faire varier d'un enfant à l'autre, un socle commun d'occupations existe et ce sont souvent les premières touchées chez un enfant présentant un TDC. En tant qu'ergothérapeute nous avons donc toute notre place au côté de cette population. En effet, nous avons entre autres pour mission de permettre la réalisation des occupations qui sont signifiantes et significatives pour eux. Nous pouvons par exemple, les aider à trouver des compensations et des adaptations pour faciliter leur quotidien et indirectement celui de leur famille (Faure, Galbiati, 2019). Dans la partie suivante, nous parlerons spécifiquement d'une approche centrée sur le client : l'approche CO-OP, qui est de plus en plus utilisée en ergothérapie notamment avec les enfants ayant un TDC. Elle fut, par ailleurs, initialement créée pour cette population.

III) L'approche CO-OP

Nous allons dans cette partie nous intéresser à l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance) utilisée en ergothérapie pour résoudre des problèmes de rendement occupationnel notamment avec les enfants ayant un TDC. Nous parlerons de son histoire, de ses objectifs et principes clés, de ses différentes étapes. Nous finirons en évoquant une étude réalisée par les fondatrices de CO-OP en lien avec les thèmes de cet écrit**.**

a. Historique et création

Quand CO-OP a été créée les approches bottom-up étaient utilisées pour les enfants ayant des difficultés motrices et des troubles du geste. En l'absence de données probantes affirmant l'efficacité de ces approches, des ergothérapeutes canadiennes ont cherché à en développer une qui permettrait aux enfants d'améliorer leur rendement occupationnel. Dans les années 1990, H. Polatajko et ses collègues ont voulu constater sur le terrain les besoins des enfants ayant des troubles du geste, notamment de ceux ayant un TDC afin de créer une approche adaptée (CO-OP Academy).

L'approche CO-OP a été construite à partir de plusieurs courants de pensée notamment celui des neurosciences qui explique que l'apprentissage moteur résulte d'un réseau neuronal et de connexions cérébrales particulières. La capacité de plasticité neuronale du cerveau permet l'apprentissage de nouvelles occupations et augmente en fonction des acquisitions et des expériences vécues (Kolb, Teskey, Gibb, 2010). CO-OP utilise les différentes théories de l'apprentissage moteur. Selon Fitts et Posner il existe trois étapes successives menant à l'apprentissage d'une nouvelle habileté motrice (Fitts, Posner 1967 dans Ferrel-Chapus, Tahej, 2010) :

- Étape cognitive : l'enfant apprend une nouvelle activité en s'appuyant sur une réflexion cognitive qui guide le mouvement. L'enfant cherche à comprendre ce qui lui est demandé. De nombreuses erreurs sont commises, l'enfant met en place diverses stratégies et a besoin de beaucoup de concentration pour réaliser l'activité. Les gestes sont souvent lents et imprécis ;
- Étape associative : l'enfant parvient à exécuter le mouvement demandé avec plus de facilité et plus d'aisance. Le résultat obtenu est proche de celui attendu. L'enfant gagne alors en précision et en vitesse et parvient à se corriger seul lorsqu'il commet des erreurs grossières ;
- Étape autonome : l'habileté est acquise par l'enfant qui peut l'exécuter sans erreur de façon automatique. Une meilleure aisance est observée.

Il nous faut avoir en tête les trois étapes citées ci-dessus lorsque nous utilisons CO-OP pour savoir dans laquelle se situe l'enfant afin de l'accompagner efficacement. Cela est important pour les enfants ayant un TDC car les répétitions sont souvent nécessaires à cause de leur fragilité attentionnelle et de leur trouble du geste. Parlons maintenant de l'approche CO-OP et de ses principes clés et objectifs.

b. Définition et principes clés

« L'approche CO-OP (Cognitive Orientation for daily Occupational Performance) est une approche centrée sur le client, fondée sur le rendement et sur la résolution de problème, qui rend possible l'acquisition d'habiletés à travers un processus d'utilisation de stratégies et de découverte guidée » (Polatajko, Mandich, 2017, p4). CO-OP a pour but d'aider la personne à réaliser les activités qu'elle souhaite faire, qu'elle devrait faire ou qu'elle n'est pas en mesure de faire. C'est une approche centrée sur le client qui lui permet d'acquérir les habiletés qu'il choisit.

Les concepts fondamentaux de CO-OP sont les suivants (Polatajko, Mandich, 2017) :

- Approche centrée sur le client : Considère les besoins/envies du client comme la base du suivi en ergothérapie. La personne doit jouer un rôle actif et être pleinement inscrite dans son accompagnement afin d'augmenter son adhésion et sa motivation (Trombly, 1995) ;
- Basée sur le rendement : Le rendement désigne la capacité qu'a la personne à réaliser l'activité souhaitée. Le but de CO-OP est de permettre à chaque client d'atteindre le plus haut niveau de rendement occupationnel possible. La modification d'une des trois sphères du MCREO, modèle rattaché à CO-OP, peut provoquer une altération du rendement occupationnel de la personne ;
- Permettant la résolution de problèmes : Résolution des problèmes occupationnels choisis par le client au début de l'accompagnement.

c. Objectifs de l'approche et prérequis d'utilisation

i. Les objectifs

L'approche CO-OP a quatre objectifs principaux (Polatajko, Mandich, 2017) :

1. L'acquisition d'habiletés : Basée sur les souhaits / envies de l'enfant et de ses parents, concernant les soins personnels, les loisirs ou la productivité, au travers d'objectifs définis au préalable ;

2. L'utilisation de stratégies cognitives : dans le but de permettre l'acquisition d'habiletés. Utilisation de la stratégie globale et de stratégies spécifiques de domaines (SSD) propres à chacun, afin de permettre aux enfants de résoudre leurs problèmes ;
3. La généralisation de l'apprentissage : Constitue la capacité de l'enfant à réaliser la même activité avec les mêmes outils dans des lieux différents (maison, école…). Le but étant que l'enfant puisse réaliser son but dans son environnement quotidien, en dehors des séances d'ergothérapie.
4. Le transfert de l'apprentissage : Permet à l'enfant d'appliquer lui-même la stratégie globale et les SSD qui lui conviennent afin de résoudre en autonomie ses problèmes occupationnels du quotidien.

ii. Les prérequis

Il existe de nombreux prérequis nécessaires chez le thérapeute pour pouvoir utiliser cette approche : il faut que le thérapeute soit familier avec les approches centrées sur la personne car CO-OP part des objectifs choisis par le client. Il doit aussi savoir communiquer avec un public d'enfants afin de parvenir à leur expliquer le fonctionnement de cette méthode et de pouvoir gérer leurs comportements. Le thérapeute doit pouvoir travailler avec l'entourage de l'enfant car ce sera lui qui assurera le relais entre les séances et la vie quotidienne de l'enfant (Polatajko, Mandich, 2017).

Il existe de la même façon des prérequis nécessaires chez l'enfant pour utiliser CO-OP : l'enfant doit être capable de dégager trois buts. Il doit avoir des habiletés de communications, orales idéalement, pour qu'un échange soit réalisable avec le thérapeute. L'enfant doit avoir des capacités cognitives lui permettant d'échanger, de comprendre les consignes et de trouver des stratégies. Enfin, il faut que le comportement de l'enfant soit propice aux interactions. Ces critères montrent donc que l'enfant ayant un TDC est parfaitement capable de bénéficier de cette approche car il ne présente, à priori, aucun des critères d'exclusions cités ci-dessus (Polatajko, Mandich, 2017).

d. Les éléments clés de CO-OP

L'approche CO-OP est constituée de 7 clés[4] répondant chacune à un ou plusieurs des objectifs de CO-OP. Elles sont essentielles pour l'atteinte des objectifs choisis par le client (Polatajko, Mandich, 2017). Elles lui permettent de comprendre ce qui se passe durant la réalisation de l'activité afin qu'il puisse déterminer quelles sont les stratégies qui lui conviennent le mieux (Ohrvall et al, 2018).

[4] Voir annexe IV.

i. Les buts choisis par le client

En premier lieu, le client (l'enfant et ses parents), définit trois buts comme étant ceux les plus importants, et se référant à des habiletés motrices qu'il souhaite acquérir et qui sont signifiantes pour lui. Des études ont montré qu'un enfant pouvait être en mesure de dire beaucoup de choses, si tant est que nous puissions l'écouter et recevoir ses demandes (Meichenbaum, 1977). Il arrive que les habiletés travaillées ne soient pas celles choisies par l'enfant si celles-ci ont une importance capitale pour sa vie quotidienne (Polatajko, Mandich, 2017). Il existe plusieurs outils pour établir les buts :

- Délimiter les paramètres d'un BUT : L'ergothérapeute s'entretient en général dans un premier temps avec les parents, pour leur expliquer la méthode et le fait que les buts travaillés seront ceux choisis par leur enfant. En cas de désaccord, les buts définis seront les résultats de compromis ;
- Le Journal des activités quotidiennes : Permet de décrire une journée type de l'enfant (une journée scolaire et une journée du week-end). Cela est demandé en amont de la première séance pour avoir un aperçu de son répertoire occupationnel ;
- Le PACS (Pediatric Activity Card Sort) : 75 cartes regroupant les loisirs, les soins personnels, les tâches ménagères et les sports permettant aux enfants de définir leur profil occupationnel et de déterminer les activités qu'ils maitrisent, celles qui sont difficiles et celles qu'ils souhaitent ou non travailler. Cet outil complète le journal des AVQ en présentant à l'enfant d'autres occupations qui pourraient être importantes pour lui (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018) ;
- OT'HOPE : Outil permettant à l'enfant de déterminer les objectifs qu'il souhaite travailler en ergothérapie. L'enfant classe plusieurs activités proposées selon celles qu'il sait faire ou non (vie quotidienne, scolarité et loisirs) et détermine celles qui sont difficiles pour lui et qu'il souhaiterait travailler en séance (site web ot-hope.com).
- La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) : découlant du MCREO, cette grille d'évaluation permet au client, via un entretien semi-directif, de classer selon trois catégories : soins personnels, productivité et loisirs, les problèmes de rendement occupationnel qu'il rencontre au quotidien. Le client note sur 10 l'importance de chaque activité. Les 5 plus importantes sont retenues, puis le client note sur 10 sa perception de sa capacité à réaliser l'activité ainsi que sa satisfaction lorsqu'il la réalise. Une réévaluation est faite en fin d'accompagnement pour voir comment a évolué sa perception quant à ses difficultés occupationnelles ;
- Le rendement initial (PQRS : Performance Quality Rating Scale) : Est évalué pour les trois buts choisis. Cette évaluation subjective sur 10, effectuée par le thérapeute, permet d'estimer la

capacité de l'enfant à réaliser l'activité[5]. Bien que cette mesure soit subjective, une étude portant sur ses qualités psychométriques a relevé une bonne fidélité inter-juges entre plusieurs évaluateurs pour la cotation de PQRS sur la base de vidéos (Martini, Rios et al., 2015).

ii. L'analyse dynamique de la performance (ADP)

L'ADP consiste à observer le client en train de réaliser les buts choisis afin de déterminer quels sont les points d'échecs l'empêchant de mener l'activité à son terme. L'ADP va nous donner une idée des différents moyens que nous pourrons mettre en place pour aider l'enfant. Elle permet de chercher si les points d'échecs se situent au niveau du client, de son environnement ou de l'activité.

L'ADP possède son propre arbre de décision[6] qui permet de déterminer si l'enfant possède les prérequis nécessaires pour atteindre un rendement satisfaisant et où se situent les points d'échecs empêchant l'exécution de l'activité. On cherche d'abord si l'enfant est motivé à exécuter l'activité et s'il a une certaine connaissance celle-ci. Puis on s'intéresse à la compétence d'exécution de l'enfant dans l'activité choisie. Quand plusieurs points d'échecs sont relevés, il faut les prioriser et les travailler l'un après l'autre, parfois de façon différente. Le thérapeute doit donc avoir une connaissance assez solide de l'activité afin d'en appréhender les différentes composantes et les façons de les enseigner (Polatajko, Mandich, 2017).

iii. L'utilisation de stratégies cognitives

Une stratégie cognitive constitue l'ensemble des comportements développés par une personne pour parvenir à résoudre un problème (Bosson, Hessels, 2009). Ce sont donc des outils cognitifs qui aident l'enfant dans ses apprentissages notamment dans l'acquisition d'habiletés (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018). CO-OP est constituée de deux stratégies : la stratégie globale et les SSD qui guident l'enfant et favorisent la généralisation et le transfert (Polatajko, Mandich, 2017).

La première étape de l'utilisation des stratégies est d'enseigner à l'enfant la stratégie globale :

1 – But : qu'est-ce que je veux faire ?	**3 – Fais :** Je mets en place le plan
2 – Plan : comment est-ce que je vais le faire ?	**4 – Vérifie :** est-ce que le plan a fonctionné ?

[5] Voir annexe V.
[6] Voir annexe VI.

Au départ, la stratégie sera verbalisée par le thérapeute mais, il est attendu que l'enfant soit capable de le faire seul pour se l'approprier. Des supports visuels peuvent être utilisés comme moyens mnémotechniques. L'enfant doit définir les étapes du plan avec son vocabulaire. Lors de la vérification il pourra choisir de le modifier si certaines étapes sont incomplètes ou ne fonctionnent pas.

Les stratégies spécifiques de domaine utilisées sont choisies en fonction de l'habileté motrice à acquérir et des besoins de l'enfant. Elles sont personnelles et variables d'un enfant à l'autre et sont basées sur la guidance verbale de l'enfant par le thérapeute qui l'incite progressivement à s'autoguider. Les 7 SSD utilisées dans CO-OP sont (Mandich, Polatajko, Missuina, Miller, 2001) : Le positionnement du corps, l'attention à l'exécution de la tâche, les particularités / modifications de la tâche, compléter les connaissances quant à la tâche, attirer l'attention sur les sensations ressenties lors du mouvement, la verbalisation mnémotechnique motrice, le script verbal.

Pour l'enfant ayant un TDC, l'utilisation des stratégies et de la guidance verbale sera un vrai soutien pour palier ses difficultés à planifier et à séquencer ses gestes lors d'une activité. Il faudra donc trouver avec lui les bonnes stratégies et s'assurer qu'il pourra les réutiliser ensuite dans son quotidien.

iv. La découverte guidée

Consiste à encourager l'enfant à trouver lui-même les solutions à ses difficultés sans lui donner directement les réponses. D'après S. Hales : *« l'estime de soi émerge habituellement des défis que l'on affronte et des obstacles que l'on surmonte avec succès, les enfants doivent avoir la chance de résoudre les problèmes par eux-mêmes »* (Polatajko, Mandich, 2017, p30).

Le thérapeute doit guider l'enfant vers la recherche de solutions en le coachant et en lui donnant des indices. Lors de la réalisation du plan, il guide l'enfant et l'amène à réfléchir sur ce qui ne fonctionne pas afin qu'il puisse se réajuster. La découverte guidée favorise l'acquisition de nouvelles habiletés ainsi que la généralisation et le transfert et vise à rendre l'enfant plus autonome. Elle permettra à l'enfant de trouver les stratégies qui lui conviennent et qu'il pourra utiliser à l'extérieur pour d'autres difficultés occupationnelles.

H. Polatajko résume ainsi les principes de la découverte guidée (Polatajko, Mandich, 2017) :

- « Une chose à la fois ! » : traiter les difficultés une par une pour ne pas perdre l'enfant avec trop de stimuli. Cela implique d'être capable de prioriser les difficultés et les objectifs ;

- « Pose la question, sans répondre ! » : Trouver les questions pertinentes à poser à l'enfant qui le feront avancer dans sa réflexion sans lui donner la réponse ;
- « Coache, sans ajuster ! » : Guider l'enfant verbalement et éviter d'agir directement sur son activité sans lui expliquer la raison de notre intervention ;
- « Rend ça évident ! » : attirer l'attention de l'enfant sur les caractéristiques de l'activité, l'amener à se questionner, poser des questions pertinentes dans la recherche de solutions ;

v. Favoriser l'habilitation

L'habilitation définit l'ensemble des processus permettant aux personnes de diriger leur vie (CAOT, 2002). Ici, l'habilitation se réfère aux différents moyens permettant au client d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé. Quatre principes facilitants l'habilitation sont recensés dans CO-OP :

- Rendre amusant : De par son comportement et ses stratégies, le thérapeute doit rendre l'accompagnement amusant pour maintenir l'adhésion de l'enfant qui se trouve en difficulté ;
- Favoriser l'apprentissage : Par différentes techniques comme par exemple l'instruction verbale, l'enseignement direct, le questionnement, les indices. Il doit être réalisé par étapes, les informations doivent être claires, le thérapeute doit apporter soutien et motivation à l'enfant ;
- Viser l'autonomie : En fin de suivi, l'enfant doit être capable d'utiliser la stratégie globale dans son quotidien face à d'éventuelles difficultés occupationnelles ;
- Favoriser la généralisation et le transfert : Objectifs clé de CO-OP.

vi. Le rôle des proches

Dans CO-OP, la participation active des proches de l'enfant est essentielle car ce seront eux qui l'accompagneront à l'extérieur dans la résolution de ses problèmes. Ils seront les témoins de la réussite ou non de la généralisation et du transfert de ce qui a été abordé en ergothérapie. Ils seront donc à même de nous faire des retours et de trouver des astuces pour aider leur enfant. Leur présence lors de l'apprentissage de la stratégie globale est fondamentale car ce sera cette dernière qui sera la plus utilisée à l'extérieur. De même, les proches seront aussi informés des bénéfices de la découverte guidée comme méthode d'apprentissage (Polatajko, Mandich, 2017).

Les parents ont aussi comme rôle de soutenir et de motiver leur enfant tout au long du processus, par exemple lorsque ce dernier sera en train d'apprendre une nouvelle habileté, ainsi que de le féliciter lorsqu'il la mettra en place en autonomie dans son quotidien. Dans le cas d'enfants ayant

un TDC, l'enseignant pourra être informé de l'utilisation de CO-OP comme outil de résolution de problèmes afin d'encourager l'enfant à poursuivre son utilisation en classe. Le soutien des proches et le partenariat actif de ces derniers, avec l'enfant et le thérapeute, sera donc fondamental pour ces enfants ayant souvent une faible estime d'eux-mêmes.

vii. La structure de l'intervention

CO-OP est une méthode qui se veut être structurée. Elle est donc composée de trois étapes bien distinctes ayant chacune leurs objectifs et leurs moyens :

- La phase préparatoire : Choix des trois BUTS par le client et évaluation du PQRS par le thérapeute ;
- La phase d'acquisition : Correspond aux étapes du PLAN et du FAIS. Utilisation des différentes stratégies et travail sur l'acquisition des nouvelles habiletés. Cette phase dure généralement 10 séances. Trois buts sont travaillés par séance d'une heure. D'une séance à l'autre il est demandé à l'enfant de faire certaines choses à la maison pour s'entraîner et cultiver les progrès réalisés ;
- La phase de vérification : Correspond à l'étape VERIFIER. Retour sur les apprentissages effectués, sur les progrès réalisés, sur les différentes stratégies utilisées et sur la possibilité de l'enfant à les généraliser et à les transférer au quotidien. La MCRO et le PQRS sont réévalués.

e. Données probantes

Il existe de nombreuses études qui ont été faites sur l'efficacité de CO-OP avec différentes populations et selon différents critères. En lien avec notre problématique, nous allons parler d'une étude pilote qui a été réalisée par les fondatrices de CO-OP. Dans cette étude la productivité est étudiée plus spécifiquement. Cela explique pourquoi dans la partie expérimentale nous nous intéresserons aux soins personnels, qui sont peu étudiés à l'heure actuelle.

En 2001, Miller, Polatajko, Missiuna et Mandich ont réalisé une étude nommée « A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder ». Le but était de comparer l'efficacité des approches classiquement utilisées (biomédicale, intégration sensorielle…) à celle de l'approche CO-OP dans le suivi de 20 enfants ayant un TDC. La moyenne d'âge des enfants était de 9.05 ans. Tous les enfants avaient des scores normaux aux tests d'intelligence et présentaient des difficultés motrices significatives au quotidien. Deux groupes ont été constitués, l'un bénéficiant des approches traditionnelles et l'autre de CO-OP. Dans chaque groupe, des évaluations furent administrées comme la MCRO, le PQRS, le VMI (Visual Motor Integration), le VABS (Vineland

Adaptative Behavior Scales). Pour 15 enfants, l'objectif le plus choisi concernait l'écriture manuscrite. Les résultats de cette étude montrèrent des améliorations dans les cotations de la MCRO. Les deux groupes présentent une amélioration des objectifs choisis mais les améliorations sont supérieures dans le groupe ayant bénéficié de CO-OP. Les parents informent que 100% des enfants ayant bénéficié de CO-OP ressentent une meilleure confiance en eux et une meilleure généralisation des acquis contre 71% chez les autres enfants. CO-OP aurait donc permis un meilleur rendement ainsi qu'une meilleure généralisation et transfert des acquis ainsi qu'une augmentation de la confiance en soi des enfants (Macnab, Mandich, Miller, Missiuna, Polatajko, 2001).

Pour conclure cette troisième partie nous pouvons donc remarquer que l'approche CO-OP est une méthode très structurée favorisant l'acquisition d'habilités, la généralisation et le transfert des acquis de nombreuses populations : traumatisés crâniens enfants et adultes, paralysés cérébraux, enfants ayant un TDC… (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018). De par son côté ludique et personnalisé, cette dernière permet de répondre clairement et efficacement aux objectifs et d'améliorer le rendement occupationnel des enfants. Les problèmes occupationnels concernant la productivité de l'enfant ayant un TDC ayant été de nombreuses fois étudiés, nous allons ici nous intéresser aux buts concernant les soins personnels, sphère tout aussi importante dans la vie de l'enfant. Nous allons aussi chercher à démontrer si l'atteinte des objectifs de l'enfant lui permet ou non, par la suite, d'augmenter sa participation sociale.

A la suite de ces trois parties théoriques et dans le but de répondre à ma problématique :

Quels sont les apports de l'approche CO-OP dans l'accompagnement ergothérapique des soins personnels des enfants ayant un trouble développemental de la coordination ?

J'ai choisi de dégager l'hypothèse suivante :

Partant des buts choisis par le client, l'approche CO-OP permet à l'enfant ayant un TDC d'atteindre ses objectifs centrés sur les soins personnels et d'augmenter sa participation sociale.

Partie expérimentale

Nous allons dans cette partie, parler de l'enquête qui a été réalisée en lien avec l'hypothèse de recherche. Dans un premier temps, nous étudierons les résultats de la pré-enquête que j'ai mené en mars 2019, puis nous verrons quels sont les objectifs de cette enquête, la population cible et les outils réalisés. Par la suite nous analyserons les résultats obtenus afin de les mettre en lien avec la partie théorique au sein de la discussion avant de conclure ce mémoire.

I) Pré-enquête (mars 2019)

En mars 2019, j'ai pu assister à la troisième journée de la formation « CO-OP » à l'ANFE pour un groupe de 19 d'ergothérapeutes. Celle-ci a lieu 6 mois après les deux premières journées de formation. Ce laps de temps permet aux ergothérapeutes nouvellement formés d'expérimenter l'utilisation de CO-OP sur le terrain en vue de la dernière journée de formation. En prévision de cette journée, j'avais préparé un questionnaire[7] que j'ai fait circuler aux différents professionnels présents afin d'avoir des éléments de réponses pour choisir mon sujet de mémoire de fin d'étude. Je cherchais à savoir, au travers de ce questionnaire, quelles étaient les populations avec lesquelles ces professionnels utilisaient le plus CO-OP, sur quelles tranches d'âge et pour quels types d'objectifs.

Sur les 19 ergothérapeutes que j'ai interrogés, 18 **(94,7%)** travaillaient en libéral et 1 **(5,3%)** travaillaient en SESSAD.

J'ai tout d'abord voulu savoir quelle était la tranche d'âge de la population avec laquelle ils utilisaient le plus CO-OP dans leur pratique quotidienne. Pour cette question, plusieurs items étaient proposés et ils pouvaient indiquer d'autres réponses. Plusieurs choix de réponses étaient possibles. 18 des interrogés **(45%)** ont indiqué l'utiliser plus pour les enfants ayant entre 10 et 12 ans, 10 d'entre eux **(25%)** pour la tranche d'âge 5-10 ans, 9 **(23%)** pour la tranche d'âge 12-15 ans et enfin 3 **(8%)** pour des personnes ayant plus de 15 ans. Lors des recherches que j'ai effectué pour ma partie conceptuelle, j'ai pris connaissance des tableaux de Francine Ferland. En fonction des tranches d'âges qu'elle avait déterminé dans ses recherches et des résultats de cette enquête, j'ai choisi pour ce mémoire de cibler la tranche d'âge 6-12 ans, qui regroupe 28 des réponses obtenues **(70%).**

[7] Voir Annexe VII.

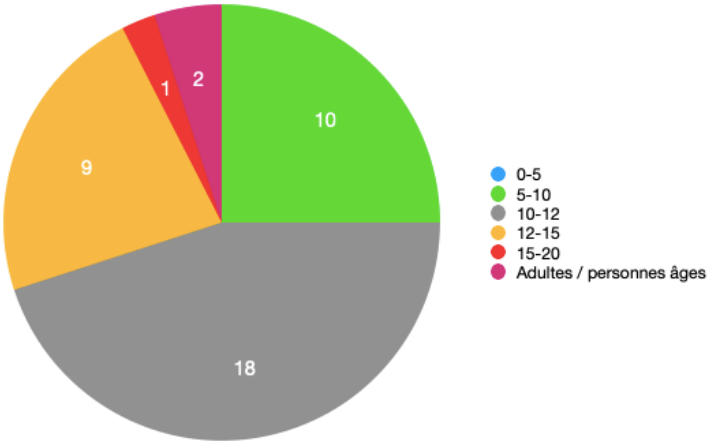


Figure 1 : Utilisation de CO-OP en fonction de l'âge de l'enfant

Par la suite je leur ai demandé avec quelle population ils utilisaient le plus CO-OP. Dans cette question, les interrogés pouvaient inscrire plusieurs réponses. La population ayant obtenue le plus de réponses est celle des enfants « dys » **(36%)** avec 14 réponses recensées, la deuxième était celle des enfants ayant un TDC avec 11 réponses obtenues **(28%).** Plusieurs autres réponses ont aussi été ajoutées : TDAH **(13%),** autisme / TSA **(8%)** … En fonction des réponses obtenues et des différentes observations que j'ai pu faire en stage, j'ai décidé de choisir la population des enfants ayant un TDC.

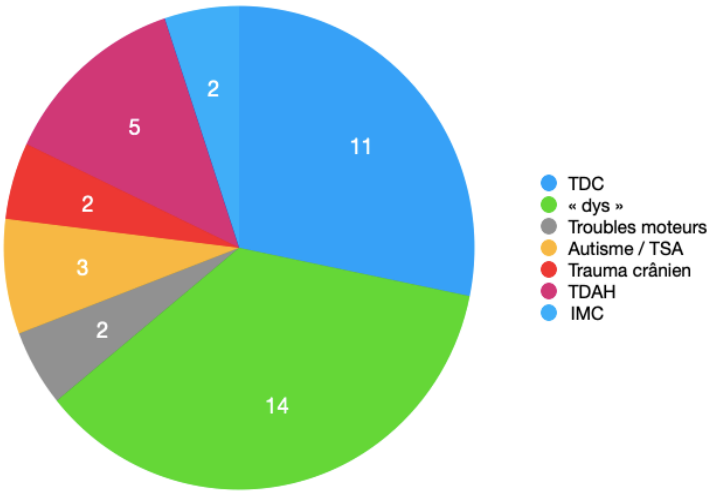


Figure 2 : Populations avec lesquelles CO-OP est utilisée

Enfin le dernier élément qui m'a permis de choisir mon sujet est le domaine occupationnel le plus demandé par les enfants et avec lequel CO-OP est utilisé. Cette question figure par ailleurs aussi dans le questionnaire d'enquête de ce mémoire. Dans cette pré-enquête les interrogés pouvaient mettre plusieurs réponses et, il ne leur était pas demandé de classer les domaines par ordre de priorité.

De même, la question n'était pas en lien avec une population particulière mais plutôt en lien avec les demandes générales des enfants reçus en ergothérapie. Cette question était donc moins précise que celle de l'enquête finale. Pour 15 des interrogés **(79%)**, les soins personnels représentent l'une des sphères les plus demandées par les enfants, quelle que soit leur pathologie. Pour 12 d'entre eux **(63%),** la sphère de la productivité figure parmi les demandes principales des enfants et enfin pour 9 d'entre eux **(47,4%)** la sphère des loisirs est souvent demandée. Ces réponses m'ont donc permis de confirmer mon souhait de centrer cette étude sur les soins personnels.

Ce questionnaire de pré-enquête comportait d'autres questions dont les réponses ne figurent pas dans cet écrit car elles ne sont pas en lien avec notre sujet. Celles-ci s'intéressaient aux expériences des interrogés sur la pratique de CO-OP et n'étaient donc pas spécifiques à la population étudiée ici ni aux thèmes de ce mémoire.

Cette pré-enquête m'aura donc permis de cibler mon sujet, en confrontant mes premières idées avec les pratiques concrètes des interrogés sur le terrain. A la fin de celle-ci j'avais donc choisi le sujet de cet écrit qui porterait sur l'utilisation de CO-OP, pour les enfants ayant un TDC entre 6 et 12 ans, et ayant des objectifs centrés sur les soins personnels.

II) Objectifs

En lien avec ma partie théorique et pour pouvoir affirmer ou non mon hypothèse, j'ai choisi trois objectifs pour cette enquête.

1. Observer si les soins personnels figurent parmi les objectifs choisis par les enfants ayant un TDC pour être travaillés avec CO-OP et quels sont ceux qui sont récurrents pour cette population.

- Critères d'évaluation : Les critères d'évaluation seront quantitatifs et qualitatifs.
    - Réponses obtenues dans le questionnaire relatives au classement des objectifs les plus demandés par les enfants afin de voir la fréquence de la réponse « soins personnels » ;
    - Exemples cités dans le questionnaire concernant les objectifs les plus souvent demandés par les enfants dans la sphère des soins personnels (repas, habillage…).

2. Constater si l'approche CO-OP permet aux enfants ayant un TDC d'atteindre leurs objectifs concernant les soins personnels.

- Critères d'évaluation : Les critères d'évaluation seront quantitatifs et qualitatifs.

- Évolution des scores de la MCRO initiale et ceux la réévaluation finale pour mesurer l'évolution de la perception de l'enfant concernant son rendement occupationnel et sa satisfaction pour les difficultés travaillées avec CO-OP concernant les soins personnels ;
- Évolution du PQRS entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale pour les buts choisis. Cela permettra d'objectiver l'évolution de la performance occupationnelle de l'enfant du point de vue de l'ergothérapeute.

3. Décrire l'impact de l'atteinte des objectifs sur la participation sociale de l'enfant.

- Critères d'évaluation : Pour cet objectif, les critères d'évaluation seront qualitatifs.
  - Retours d'expériences des ergothérapeutes par des exemples concrets selon différents points de vue (parents, enfants) recueillis via le questionnaire ;
  - Fréquence et contenu des témoignages reçus par les ergothérapeutes post-intervention, de parents et d'enfants, objectivant une augmentation de participation sociale du client.

III) Population

1. Ergothérapeutes : En lien avec mes objectifs, j'ai décidé d'inclure les ergothérapeutes :

- Étant formés à CO-OP ;
- Travaillant en pédiatrie ;
- Ayant plusieurs fois travaillé avec des enfants âgés de 6 à 12 ans ayant un TDC ;
- Ayant utilisé CO-OP avec ces enfants au moins trois fois sur un protocole complet. Suite au nombre restreint de réponses obtenu, ce chiffre a été diminué afin de pouvoir inclure toutes les réponses reçues. Pour pouvoir être validé, le questionnaire devra être rempli par des ergothérapeutes ayant au moins réalisé un protocole complet avec ces enfants.

Recrutement : J'avais à disposition 15 coordonnées d'ergothérapeutes correspondant à ces critères récupérés lors de ma pré-enquête. Une formatrice CO-OP de l'ANFE m'a communiqué 15 coordonnées d'ergothérapeutes formés et travaillant en pédiatrie. J'ai effectué des recherches directement sur les sites internet d'ergothérapeutes pour trouvés ceux étant formés à CO-OP et travaillant en France. Par ailleurs j'ai diffusé mon questionnaire sur les réseaux sociaux dans deux groupes d'ergothérapeutes. J'espérais obtenir 25 réponses, j'en ai obtenu 13 en 5 semaines de diffusion. J'ai réalisé 3 relances durant ces cinq semaines.

Les deux populations citées ci-dessous devaient être interrogées lors d'entretiens dans la méthodologie initiale de cet écrit. Cela n'a pas pu se faire à cause de la crise sanitaire du Covid-19.

2. Enfants :

- Enfants ayant un diagnostic de TDC (avec comorbidités associées ou non) ;
- Âgé entre 6 et 12 ans ;
- Ayant bénéficié ou bénéficiant toujours d'un suivi en ergothérapie ;
- L'approche CO-OP devra avoir été utilisé pour travailler les soins personnels ;

3. Parents : parents des enfants correspondant aux critères d'inclusion cités ci-dessus ayant accepté de participer à cette étude ainsi que leur enfant.

Recrutement 2. et 3. : Un texte explicatif était inséré au début du questionnaire et dans le mail envoyé aux ergothérapeutes pour leur demander s'ils auraient un client correspondant à ces critères, et s'ils accepteraient de me communiquer ses coordonnées pour réaliser un entretien. Je n'ai pu réaliser aucun entretien téléphonique, ceux en présentiels étant impossible à cause du Covid-19.

IV) Outils

Afin de mener cette enquête et dans le but d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse, j'ai choisi de mettre en place deux outils : le questionnaire et l'entretien.

a. Le questionnaire

J'ai choisi cet outil car il permet de rassembler un grand nombre d'informations, quantitatives et qualitatives, auprès d'un grand nombre de personnes et d'analyser les relations entre les différents critères étudiés (Parizot, 2012). Cet outil offre par ailleurs la possibilité d'étendre le périmètre de recherche et ainsi de vérifier par des statistiques *« jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées »* (Combessie, 2007, p33). L'échantillon recueilli est caractéristique de la population mais non représentatif car tous les ergothérapeutes formés à CO-OP et travaillant avec la population étudiée n'ont pas pu le remplir (VanCampenhoudt et Quivy, 2011). Le questionnaire était composé de questions ouvertes à réponses courtes et de questions fermées à choix multiples ou uniques. Les échelles de Likert furent utilisées pour certaines questions dans le but d'obtenir des réponses plus nuancées (Roussel, 2005). La formulation des questions devant être comprise par tous les interrogés afin d'être remplies avec exactitude, je l'avais testé préalablement

auprès de plusieurs personnes dont ma maître de mémoire (Lièvre, 2016). L'administration directe a été utilisée : les participants ont rempli le questionnaire seuls au moment qui leur convenait le mieux.

Mon questionnaire[8] a été envoyé par mail aux ergothérapeutes m'ayant laissé leurs coordonnées et à d'autres ergothérapeutes formés à CO-OP. Je l'ai envoyé par mail à 40 personnes. J'ai l'ai aussi partagé dans des groupes d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux afin d'élargir mon périmètre de recherche. Au début du questionnaire figurait un texte dans lequel je me présentais ainsi que mon sujet et les buts de mon enquête. Il était anonyme mais un onglet était présent pour qu'ils laissent leurs coordonnées afin que je puisse les contacter pour un entretien téléphonique avec un de leur client. Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms et était constitué de 20 questions réparties en trois thèmes : généralités sur CO-OP, l'atteinte des buts avec CO-OP (objectif 1 et 2) et le lien entre les buts et la participation sociale (objectif 3). Cet outil m'a permis de voir si, d'après cet échantillon, CO-OP permet aux enfants d'atteindre leurs buts, via des questions et le remplissage d'une MCRO et de l'évolution du PQRS. D'autre part, via des questions ouvertes, j'ai pu avoir leurs avis concernant le lien entre l'atteinte des objectifs et l'amélioration de la participation sociale de l'enfant. J'ai diffusé mon questionnaire mi-mars 2020 et je l'ai laissé en ligne jusqu'à mi-avril 2020 (5 semaines). J'ai effectué 3 relances espacées d'une ou deux semaines.

b. L'entretien

L'entretien[9], constituait mon outil d'investigation secondaire, il n'a cependant pas pu être utilisé en partie à cause de la crise sanitaire du Covid-19. L'intérêt de l'entretien est qu'il permet de mesurer des données qualitatives et qu'il se focalise plus sur la description de processus ou de phénomènes que sur l'explication de ces derniers (Imbert, 2010). J'avais choisi de mener un entretien semi-directif, c'est-à-dire un entretien sous forme de conversation entre deux personnes dans laquelle des thématiques et des questions précises sont à aborder. Cela permet donc à la personne de s'exprimer plus librement que dans un entretien directif mais tout en suivant une certaine trame imposée par l'interviewer (Giust-Ollivier, 2002).

Je voulais me servir de cet outil pour approfondir les résultats obtenus dans mon questionnaire notamment ceux sur la participation sociale de l'enfant. Réaliser des entretiens avec des enfants et leurs parents m'aurait permis d'avoir un témoignage plus précis. Ma grille d'entretien était composée

[8] Voir annexe VIII.
[9] Voir annexe IX.

d'une dizaine de questions ouvertes, reprenant mes trois objectifs de recherche. Après une présentation générale, la première partie portait sur les buts choisis par l'enfant et sur leur atteinte ou non avec CO-OP. La deuxième partie des questions s'intéressait au lien entre l'atteinte des buts et la participation sociale. Initialement, j'avais pour projet de réaliser des entretiens en présentiel avec l'ergothérapeute, l'enfant et ses parents. Finalement, les entretiens téléphoniques ont été envisagés. L'entretien devait être enregistré si possible après recueil du consentement des parents et de l'enfant afin d'être analysé. J'espérais pouvoir réaliser 2 entretiens au moins d'avril. Finalement, la crise sanitaire et le confinement qui a eu lieu m'ont empêché de réaliser ces entretiens.

V) Présentation et analyse des résultats

Pour cette enquête, j'ai obtenu 13 réponses en 5 semaines de diffusion. Mon questionnaire a été envoyé par mail à 40 ergothérapeutes et a été diffusé sur les réseaux sociaux. Les 13 réponses obtenues sont exploitables, le questionnaire ne pouvant être complété que si tous les critères d'inclusion étaient vérifiés. Toutes les questions étaient obligatoires. En parallèle, sept ergothérapeutes m'avaient contactée pour me dire qu'ils ne pouvaient pas y répondre.

a. Profil des répondants

Sur les 13 réponses obtenues, 6 ergothérapeutes **(46,2%)** exercent depuis moins de 10 ans, 5 d'entre eux **(38,5%)** depuis 10 à 20 ans et 2 d'entre eux **(15,4%)** depuis plus de 20 ans. Parmi cet échantillon, 9 d'entre eux **(69,2%)** exercent en cabinet libéral, 2 d'entre eux **(15,4%)** exercent en structure hospitalière et les 2 derniers **(15,4%)** en SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile).

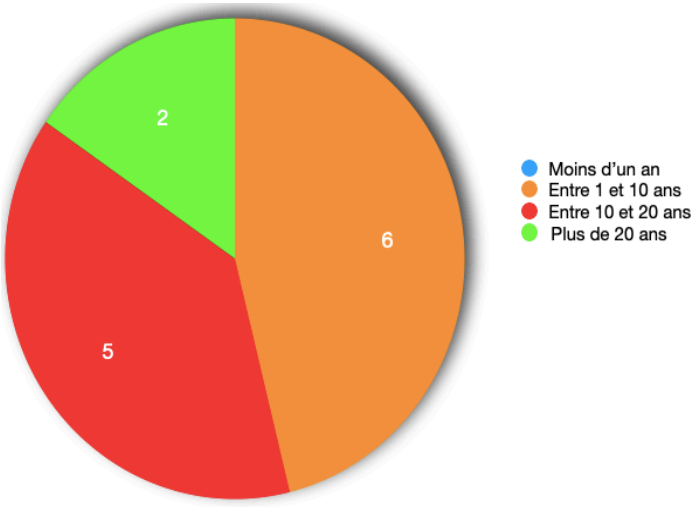


Figure 3 : Nombre d'années d'exercice en temps qu'ergothérapeute des répondants

Intéressons-nous maintenant à l'expérience des répondants concernant l'approche CO-OP. Il s'agit ici de savoir depuis combien d'années sont formés les ergothérapeutes interrogés et combien de protocoles complets (de l'évaluation finale à la réévaluation finale) ils ont mis en place avec la population étudiée.

Parmi les 13 interrogés, 2 d'entre eux (**15,4%**) sont formés depuis moins d'un an, nous pouvons donc nous attendre à ce qu'ils aient moins de recul sur cette approche que ceux formés depuis plusieurs années. Cela n'était néanmoins pas un critère de non-inclusion à l'enquête. 7 des répondants **(53,8%)** sont formés depuis 1 à 3 ans et enfin 4 d'entre eux **(30,8%)** sont formés depuis plus de 3 ans.

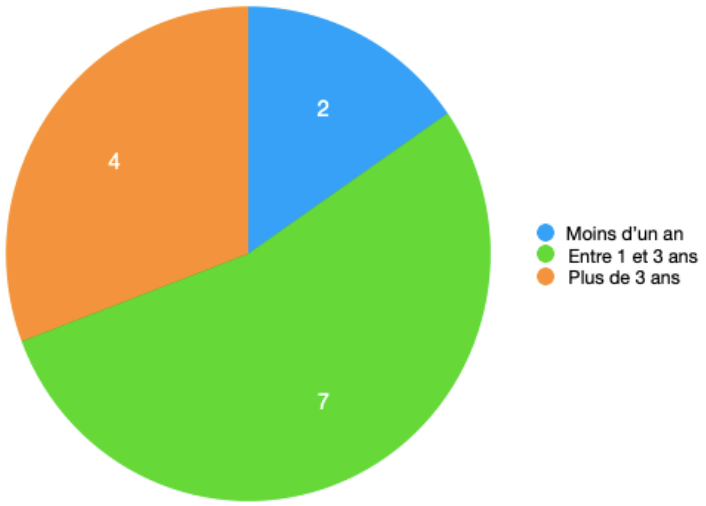


Figure 4 : Nombre d'années écoulées depuis la formation CO-OP.

En ce qui concerne le nombre de protocoles réalisés, j'avais initialement souhaité exclure les ergothérapeutes ayant réalisé moins de trois protocoles complets avec la population étudiée. J'ai par la suite décidé de supprimer ce critère au vu du nombre de réponses obtenues afin de pouvoir toutes les étudier. Cela m'a permis d'exploiter 13 réponses au lieu de 9. Parmi les 13 répondants, 4 **(30,8%)** ont effectué moins de deux protocoles avec la population étudiée, 6 **(46,2%)** en ont effectué entre 3 et 5 et enfin 3 **(23%)** en ont effectué plus de 5. En conclusion, **69,2%** des répondants ont effectué plus de trois protocoles et ont donc plusieurs exemples d'accompagnement avec la population étudiée ce qui leur facilitera le remplissage de la suite du questionnaire.

Pour conclure, le graphique ci-dessous montre la corrélation entre le nombre d'années écoulées depuis la formation et le nombre de protocoles réalisés. Il nous permet de constater que ce ne sont pas forcément les ergothérapeutes formés depuis le moins longtemps qui ont effectué le moins de protocoles complets avec la population étudiée. En effet, si nous prenons les deux

ergothérapeutes formés depuis moins d'un an, l'un d'entre eux a effectué entre 3 et 5 protocoles complets alors qu'un des ergothérapeutes formés depuis plus de trois ans en a effectué moins de 2. Ce graphique permet donc de montrer la légitimité de tous les répondants que ce soit en termes de nombre d'années d'expérience ou en termes de nombre de protocoles réalisés. Il permet ainsi d'expliquer pourquoi j'ai décidé d'exploiter toutes les réponses obtenues.

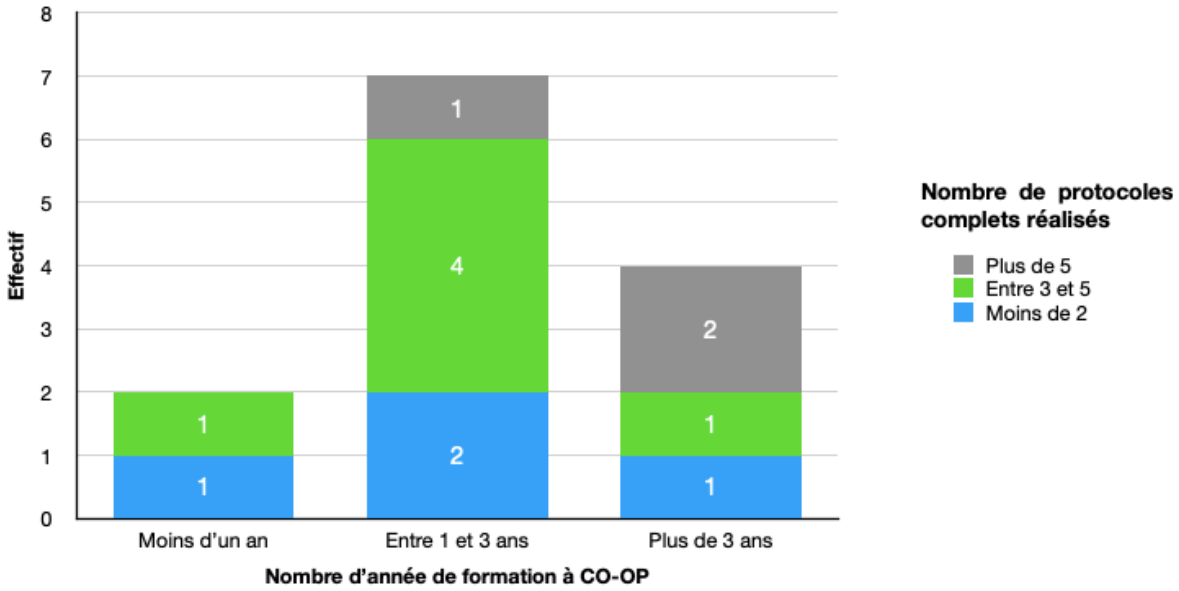


Figure 5 : Nombre de protocoles réalisés en fonction du nombre d'années écoulées depuis la formation.

En lien avec l'hypothèse de recherche, nous allons maintenant nous intéresser au choix des objectifs de ces enfants et à leur atteinte ou non avec l'utilisation de CO-OP.

b. Objectifs de la population étudiée

Dans un premier temps, j'ai voulu constater quels étaient les objectifs les plus demandés par les enfants ayant un TDC en fonction des trois sphères du MCREO (productivité, soins personnels et loisirs) et quels étaient ceux les plus demandés par leurs parents. Mon but était de voir s'il y avait des différences entre les volontés des enfants et celles de leurs parents.

Pour ce faire, j'ai demandé aux répondants de classer de 1 à 3 (1 étant la sphère la plus demandée) quel était l'ordre d'apparition « classique » des objectifs entre les deux populations (enfant et parent). J'ai par la suite calculé les moyennes des rangs obtenus pour chaque sphère du MCREO. Ainsi pour la suite, la moyenne la plus basse correspond à la sphère la plus demandée et la plus haute

à celle la moins demandée. Pour les choix des enfants, sur les 13 réponses obtenues, la moyenne des rangs choisis pour les soins personnels était de **1,6**, la moyenne était de **2** pour la productivité et de **2,2** pour les loisirs. Nous pouvons donc constater que les soins personnels sont la sphère la plus choisie, suivi par la productivité et enfin par les loisirs. Le tableau suivant répertorie les différentes réponses données par les interrogés concernant les objectifs choisis par les enfants.

	Soins personnels	Productivité	Loisirs
Rang 1	6	5	3
Rang 2	6	2	4
Rang 3	1	6	6
Moyenne	**1,6**	**2**	**2,2**

Tableau I : Classement des objectifs les plus demandés par les enfants

Selon les répondants, les choix des parents sont quant à eux beaucoup moins nuancés. Sur les 13 interrogés, tous sont d'accord pour placer les soins personnels en deuxième position dans l'ordre des objectifs les plus demandés. La productivité (scolarité) est pour 12 d'entre eux classée en première position et les soins personnels en troisième position.

	Soins personnels	Productivité	Loisirs
Rang 1	0	12	1
Rang 2	13	0	0
Rang 3	0	1	12
Moyenne	**2**	**1,1**	**2,8**

Tableau II : Classement des objectifs les plus demandés par les parents

Le graphique ci-dessous présente donc une synthèse des résultats obtenus plus haut. Rappelons que les moyennes les plus basses se réfèrent aux sphères les plus demandées. Ce graphique permet de constater qu'il y a souvent un réel écart entre les demandes des enfants et celles de leurs parents. En effet alors que les objectifs les plus demandés par les parents concerneront généralement la scolarité de l'enfant, cette dernière ne sera pas la priorité de l'enfant, celle-ci étant souvent relative aux soins personnels, la productivité arrivant pour eux presque au même niveau que les loisirs. Cela permet donc de mettre en évidence l'importance de la prise en compte des soins personnels pour l'enfant ayant un TDC car ils feront partie des difficultés les plus invalidantes pour lui au quotidien. Le

choix des buts finaux travaillés avec CO-OP résultera donc d'un compromis entre les besoins/envies de l'enfant et de ses parents si leurs volontés ne coïncident pas.

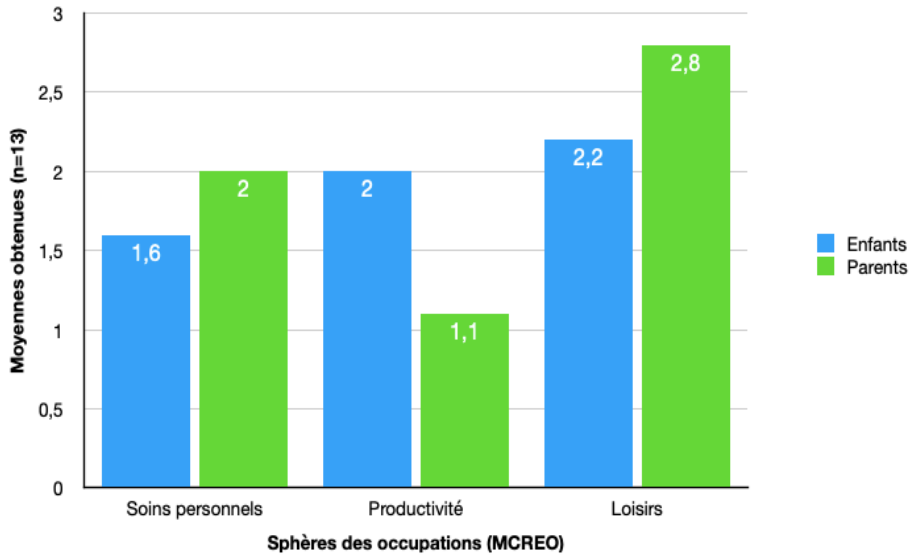


Figure 6 : Classement des objectifs les plus demandés par les enfants et les parents

Je me suis ensuite intéressée à la façon dont l'enfant parvient à verbaliser ses difficultés dans le but de choisir ses objectifs. Dans cette question, plusieurs réponses pouvaient être choisies. Nous pouvons ici constater que sur cette tranche d'âge et pour la population étudiée, la verbalisation des difficultés et le choix des objectifs se fait dans la très grande majorité des cas **(92,3%)** avec l'aide d'un outil (MCRO, OT'Hope, journée type…). Pour 3 répondants **(23,1%)**, le choix des objectifs est fait par les parents de l'enfant, d'où l'importance de bien vérifier le cas échéant que l'enfant est d'accord avec ces objectifs car le principe de base de CO-OP est de partir des buts choisis par le client. Enfin 2 répondants **(15,4%)** indiquent qu'en général les enfants de cette population arrivent à choisir leurs objectifs seuls, spontanément, sans utiliser d'outil.

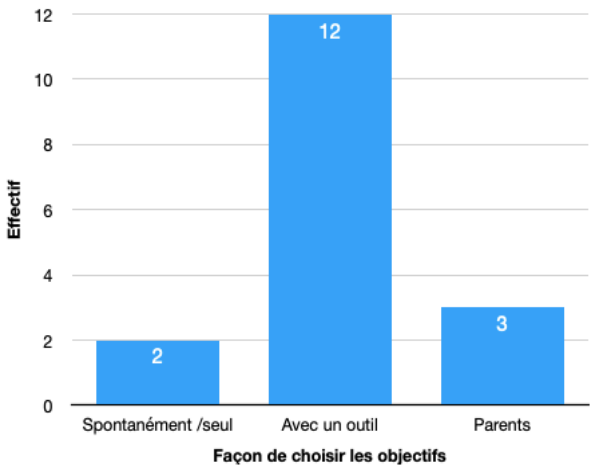


Figure 7 : Façon dont l'enfant choisi les objectifs travaillés en ergothérapie

J'ai ensuite demandé aux répondants de me mettre des exemples d'objectifs qui revenaient le plus souvent pour ces enfants relatifs aux soins personnels. Voici les catégories les plus citées :

- Habillage **(54%)** :
    - Faire les lacets (12 fois cité) ;
    - Enfiler les chaussettes / vêtements à l'endroit (3 fois cité) ;
    - Attacher les boutons (2 fois cité) ;
- Repas **(24%)** :
    - Couper la viande (4 fois cité) ;
    - Tartiner (2 fois cité) ;
- Soins de l'apparence **(22%)** :
    - Se brosser les dents (4 fois cité) ;
    - Se laver les cheveux (2 fois cité) ;
    - Faire sa queue de cheval (3 fois cité).

Nous pouvons ici constater que les exemples donnés par les répondants sont identiques aux occupations citées dans la partie théorique. Nous pouvons donc imaginer à quel point ces difficultés peuvent être invalidantes au quotidien pour l'enfant. Le suivi en ergothérapie est donc essentiel afin d'aider l'enfant à trouver des solutions et des stratégies pour compenser ou même supprimer complètement ces difficultés du quotidien.

Maintenant que nous avons vu quels étaient les objectifs demandés par les enfants, rentrons dans le cœur de notre sujet pour constater si CO-OP permet ou non aux enfants ayant un TDC d'atteindre leurs objectifs concernant les soins personnels…

c. Atteinte des objectifs avec CO-OP

J'ai dans un premier temps voulu avoir l'avis des répondants sur la fréquence d'atteinte des objectifs de ces enfants avec CO-OP. Sur les 13 répondants, 3 **(23%)** ont répondu que CO-OP permettait « toujours » à l'enfant d'atteindre ses objectifs, 10 **(77%)** ont répondu « souvent » et aucun n'a répondu « parfois » ou « jamais ». Nous pouvons donc constater que CO-OP semble être, d'après eux, une méthode assez efficace permettant généralement à l'enfant d'atteindre ses objectifs. Prenons cependant ce résultat avec précaution car le nombre d'interrogés n'est pas suffisant pour faire une vérité absolue de ces résultats.

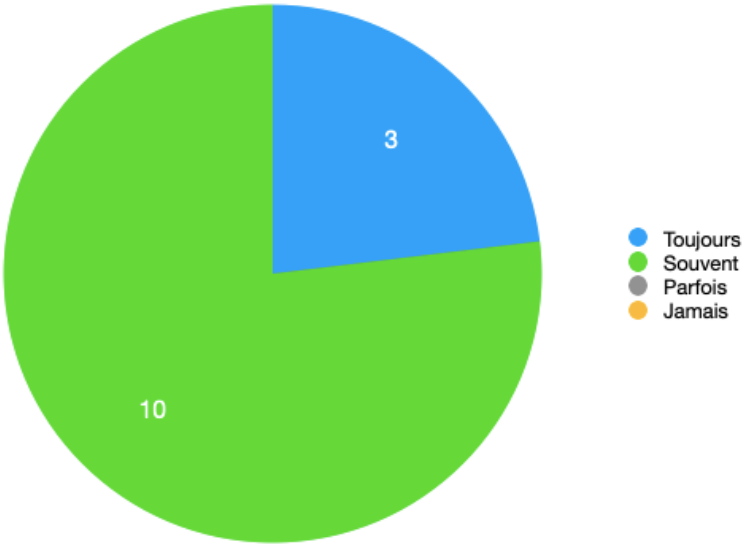


Figure 8 : Fréquence d'atteinte des objectifs avec CO-OP

Comparativement aux autres approches utilisées en ergothérapie, pour les répondants, CO-OP permet à l'enfant d'atteindre ses objectifs car :

- Elle rend l'enfant acteur de son suivi en partant de ses connaissances et de ses stratégies propres ;
- Elle favorise son implication et son engagement car les objectifs sont déterminés par lui et ses progrès sont visibles progressivement ;
- Elle lui impose une certaine rigueur (par l'élaboration systématique du plan) lui permettant d'améliorer ses capacités de planification. Cela lui donne la possibilité de transférer et de généraliser les acquis à l'extérieur, pour d'autres difficultés.

En lien avec mon hypothèse stipulant que CO-OP permettrait aux enfants d'atteindre leurs buts car elle se base justement sur ces derniers, j'ai demandé aux interrogés de choisir, parmi les 7 clés de CO-OP, quelles étaient selon eux, les deux clés qui facilitaient le plus l'atteinte des objectifs. Celle qui est revenue la plus souvent, avec 8 réponses **(61,5%)** est « les buts choisis par le client ». Cela va donc dans le sens de mon hypothèse car ces réponses confirment que parmi les 7 clés de CO-OP, le fait de partir des buts directement choisis par le client est la clé qui facilite l'atteinte des objectifs car elle favorise son engagement. En effet, le fait de partir de ses difficultés va le stimuler et ainsi augmenter son adhésion au suivi et son efficacité.

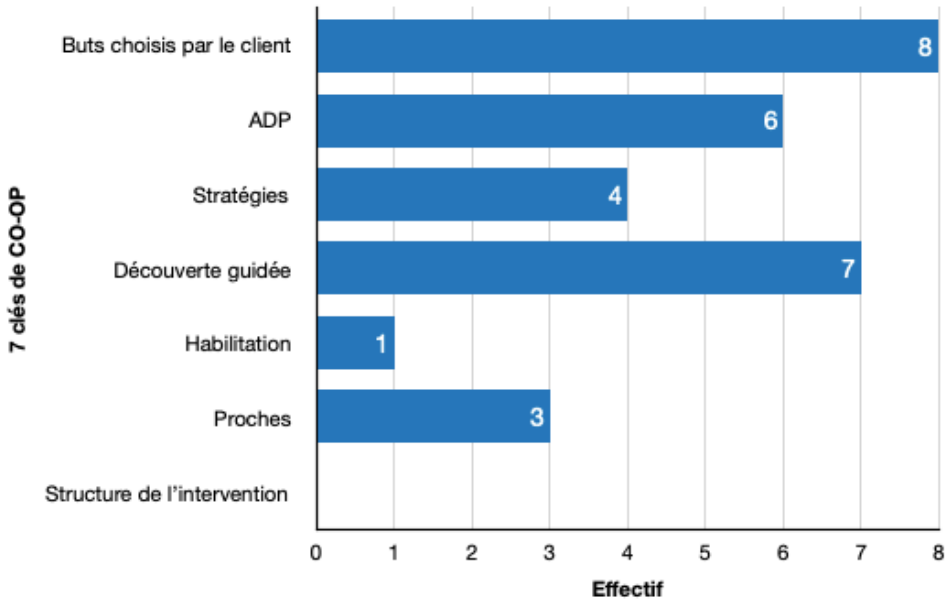


Figure 9 : Classement des clés de CO-OP facilitant l'atteinte des buts du client

Par la suite, je me suis demandée quels étaient les moyens utilisés par les ergothérapeutes interrogés pour déterminer si l'enfant avait atteint ou non ses objectifs.

Pour cette question 3 items étaient proposés et un autre permettait de donner une nouvelle réponse. Parmi les différents items proposés, celui qui est revenu le plus est l'évolution des cotations (rendement et satisfaction) de la MCRO pour 10 des répondants **(76,9%).** En effet cette grille d'évaluation permet via un entretien semi-directif d'objectiver la perception de l'enfant quant à sa capacité à réaliser l'activité et sa satisfaction lors de la réalisation. En comparant les cotations données par l'enfant en début et en fin de suivi, nous pouvons donc observer s'il a progressé, selon lui. Une évolution plus ou moins importante permet de se rendre compte si pour lui, l'objectif est atteint ou non. Selon les textes officiels, un écart de deux points dans les cotations de la MCRO est considéré comme significatif. Le deuxième moyen le plus cité par 9 des interrogés **(69,2%)** est l'évolution des cotations du PQRS. Cette évaluation, qui est elle aussi subjective, permet de mesurer si l'objectif est atteint du point de vue de l'ergothérapeute. En comparant le PQRS en début de suivi avec celui de la fin, nous pouvons aisément voir si l'enfant a progressé, du point de vue du professionnel. Nous retrouvons ensuite les entretiens qui permettent, pour 7 des interrogés **(46,2%)** de savoir si l'enfant a atteint ou non ses objectifs. Enfin les mises en situation et le retour des proches, avec une réponse chacun, représentent respectivement **7,7%** des réponses obtenues.

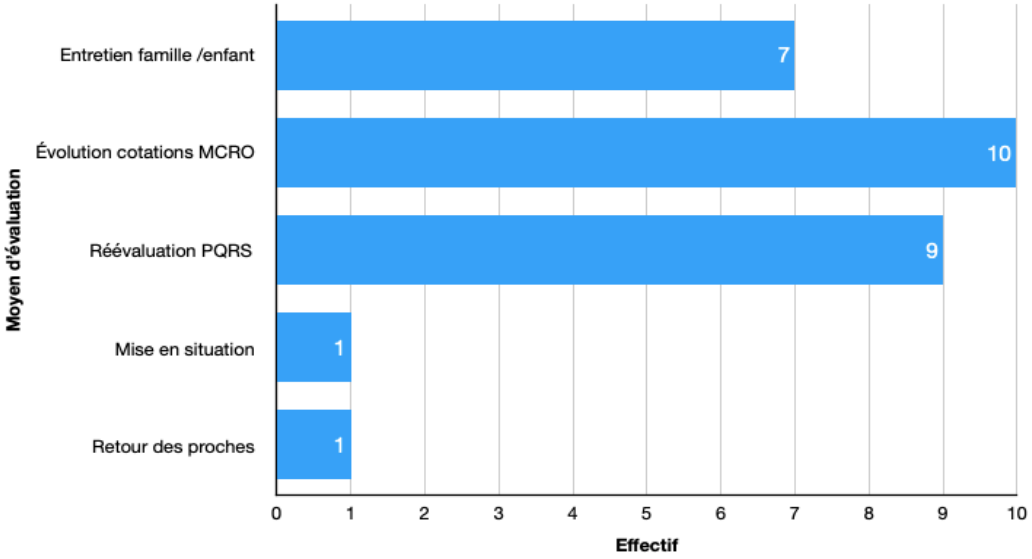


Figure 10 : Moyen d'évaluation de l'atteinte des objectifs

Afin de pouvoir obtenir des valeurs concrètes permettant de mesurer l'atteinte des objectifs, j'ai demandé aux interrogés de se munir du dossier d'un client qu'ils avaient accompagné correspondant à la population étudiée. L'approche CO-OP devait avoir été utilisée avec cet enfant pour travailler des objectifs centrés sur les soins personnels. J'ai demandé aux ergothérapeutes de choisir deux objectifs ayant été travaillés par le même enfant et de remplir pour chaque objectif la grille d'évaluation de la MCRO en début et en fin de suivi ainsi que l'évolution du PQRS. Pour plus de clarté, les résultats seront présentés sous forme de « boîtes à moustaches ». Pour rappel, voici comment lire et interpréter ce type de représentation graphique (site web AlgoRythmes.com) :

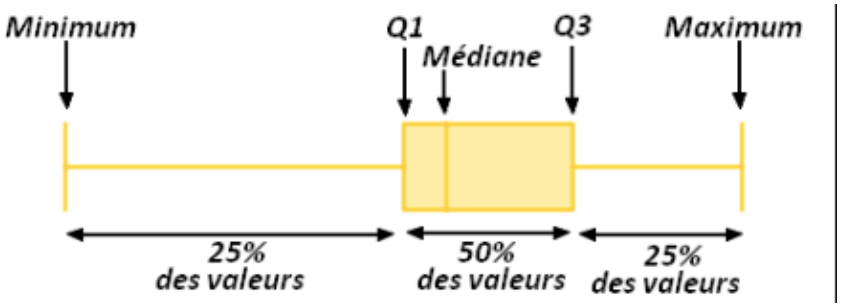


Figure 11 : Interprétation d'une boîte à moustaches

Pour commencer voici les évolutions que j'ai pu obtenir concernant le rendement et la satisfaction évaluée en début et en fin d'accompagnement avec la MCRO. Rappelons qu'une évolution des cotations supérieure à 2 points est considérée comme significative. De même, n'oublions pas que

la MCRO est une évaluation subjective de la perception du client quant à sa capacité à réaliser la tâche et sa satisfaction lorsqu'il la réalise. Il est difficile de savoir qu'elle est la cotation « seuil » pour laquelle nous pouvons considérer l'objectif atteint, celle-ci pouvant différer d'une personne à l'autre. Par conséquent nous nous intéresserons aux évolutions afin de déterminer l'atteinte ou non des objectifs.

- Pour le **rendement** : l'évolution minimale obtenue est de (+3) points, ce qui est déjà significatif. L'évolution maximale obtenue est de (+8) points. Le changement moyen était de (+5,25) points. 25% des répondants renseignent une évolution située entre (+3) et (+4) points (1er quartile) et 25% indiquent une évolution se situant entre (+6,75) et (+8) points (3ème quartile). L'évolution médiane était quant à elle de (+5) points. Nous pouvons constater que pour tous les exemples indiqués dans le questionnaire, les évolutions sont souvent importantes entre l'évaluation initiale et la réévaluation finale. Nous pouvons donc penser que les objectifs ont été atteints en grande majorité, les enfants se sentant plus capables de réaliser les activités choisies en fin de suivi. Nous pouvons aussi remarquer que pour tous les exemples donnés, les évolutions ont été positives, allant dans le sens d'une amélioration post-accompagnement.

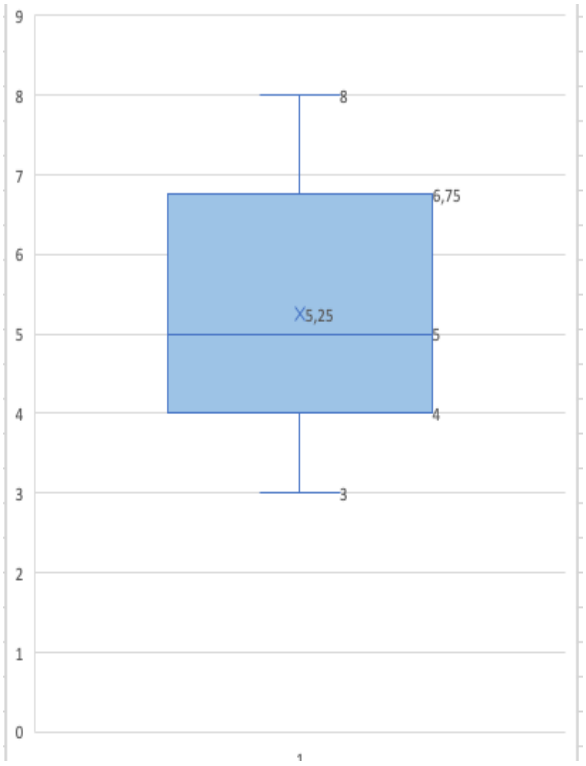


Figure 12 : Évolution des cotations à l'item **rendement** de la MCRO

- Pour la **satisfaction** : l'évolution minimale obtenue est de (+1) points, ce qui selon les critères de l'évaluation est considéré comme peu significatif. L'évolution maximale obtenue est de (+9) points ce qui est supérieur à celle obtenue pour le rendement. Le changement moyen était de (+5,25) points, identique au précédent. 25% des répondants renseignent une évolution située entre (+1) et (+4) points (1er quartile), ce qui est plus étendu que pour la cotation du rendement et 25% indiquent une évolution se situant entre (+6) et (+9) points (3ème quartile). L'évolution médiane était quant à elle de (+5,5) points, elle est donc légèrement supérieure à la médiane obtenue pour le rendement. Nous remarquons ici que l'évolution de la cotation de la satisfaction est beaucoup plus étendue. En effet, cet item est généralement plus difficile à renseigner que le précédent car il parait plus abstrait. Il est donc plus susceptible de changer sur un laps de temps assez court. Toutefois nous pouvons tout de même observer qu'ici aussi, toutes les évolutions sont positives, même si certaines sont moins franches que d'autres. En fin d'accompagnement l'enfant est donc plus satisfait de la réalisation des activités qui étaient difficiles pour lui au démarrage.

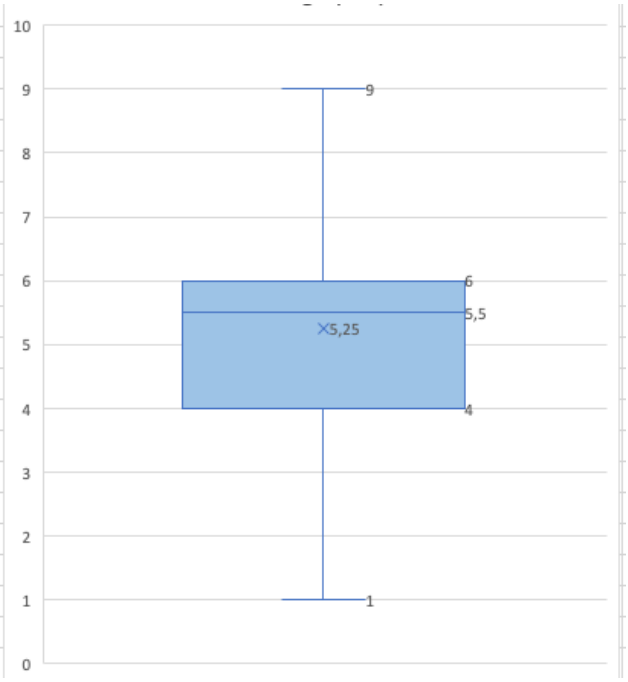


Figure 13 : Évolution des cotations à l'item **satisfaction** de la MCRO

Enfin si nous mettons en parallèle les deux figures ci-dessus nous pouvons mieux visualiser que les réponses au paramètre de satisfaction sont beaucoup plus étendues comparées à celle du rendement. Nous pouvons constater que la MCRO est véritablement un outil efficace pour se rendre compte de l'atteinte des objectifs du point de vue du client. Cela est très important dans la mesure où parfois, cela n'est pas du tout en accord avec la perception du thérapeute. A ce titre, intéressons-nous maintenant à la perception du thérapeute quant à l'atteinte des mêmes objectifs…

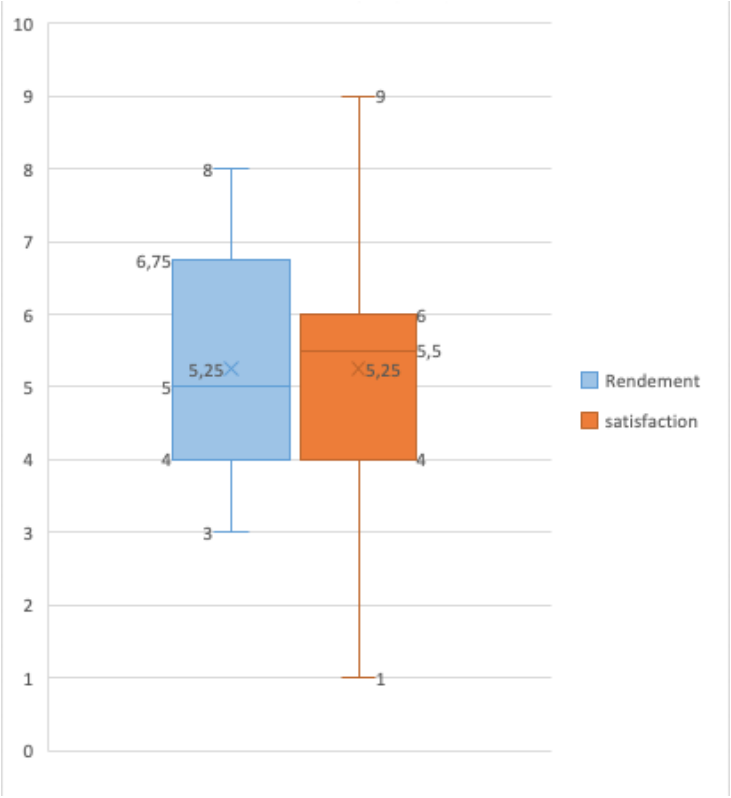


Figure 14 : Évolution des cotations aux deux items de la MCRO

Pour voir l'évolution de la perception de l'ergothérapeute concernant l'atteinte des objectifs de son client, j'ai proposé aux interrogés de remplir le PQRS initial et le PQRS final qu'ils avaient déterminés pour les objectifs cités plus haut. Cela nous permet donc de pouvoir comparer directement l'évolution des cotations du client avec celles du thérapeute afin d'observer s'il y a ou non un décalage. Ici, nous ne pouvons pas comparer individuellement chaque objectif, je vais donc croiser les informations recueillies dans les MCRO avec celles des PQRS afin d'avoir une vue globale.

Sur le même principe que précédemment, nous pouvons constater que l'évolution minimale du PQRS de cet échantillon était de (+3), cela étant déjà significatif d'une amélioration de la performance du client. L'évolution du PQRS maximale est de (+9), le résultat obtenu pour cet exemple étant de 1 en début de suivi et de 10 en fin de suivi. 25% des répondants indiquent une évolution du PQRS se situant entre (+3) et (+4) points (1er quartile) et 25% indiquent une évolution se situant entre (+7) et (+9) points (3ème quartile). La médiane des évolutions recueillies dans cet échantillon est de (+6) et la valeur moyenne est de (+5,6) points. Ici encore, rappelons que l'évolution du PQRS est subjective et dépend de l'examinateur, même s'il existe une bonne fidélité inter-juges. Ainsi pour que le PQRS soit le plus fiable possible il faut que ce soit le même évaluateur qui détermine le PQRS initial et final.

Nous pouvons donc constater que pour tous les exemples donnés, les évolutions sont positives, la capacité du client à exécuter la tâche étant ici toujours supérieure en fin de suivi comparativement au début de celui-ci.

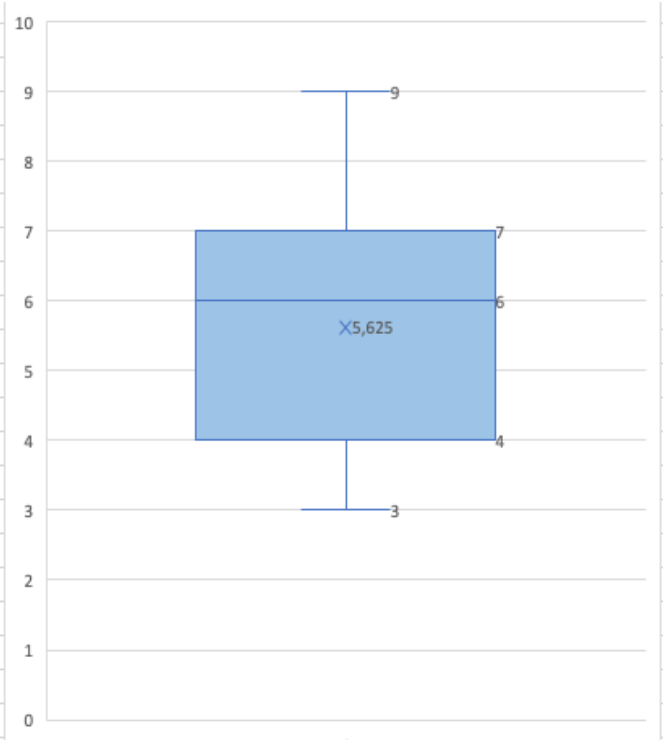


Figure 15 : Évolution des cotations du PQRS

Les différentes évolutions obtenues lors de l'analyse des MCRO fournies montre que l'utilisation de CO-OP, semble permettre l'atteinte des objectifs de ces enfants concernant les soins personnels, ou bien semble en tout cas améliorer grandement leur performance occupationnelle. Le fait que les évolutions des scores de la MCRO et du PQRS soient similaires, témoigne de l'atteinte des objectifs choisis, du point de vue de l'enfant (MCRO) et du point de vue de l'ergothérapeute (PQRS).

Nous allons maintenant voir si l'atteinte des objectifs de l'enfant avec CO-OP permet d'améliorer sa participation sociale. Nous étudierons d'abord l'avis des interrogés quant à l'amélioration de la participation sociale post-intervention et les raisons l'expliquant. Puis nous verrons si les parents et l'enfant témoignent de restrictions de participation sociale avant le début de l'accompagnement, et enfin si cela s'améliore ou non en fin de suivi grâce à l'atteinte des objectifs.

d. CO-OP et participation sociale

J'ai d'abord demandé aux interrogés si, d'après eux, l'atteinte des buts choisis par l'enfant relatifs aux soins personnels permet d'augmenter sa participation sociale au quotidien. Sur les 13 interrogés, 1 **(7,7%)** a répondu « parfois », 8 **(61,5%)** ont répondu « souvent » et 4 **(30,8%)** ont répondu « toujours ». Personne n'a répondu jamais. Ces réponses vont donc dans le sens de mon hypothèse. En effet, bien qu'elles ne soient pas unanimes, la majorité des ergothérapeutes **(92,3%)** a répondu « souvent » ou « toujours » ce qui est assez positif.

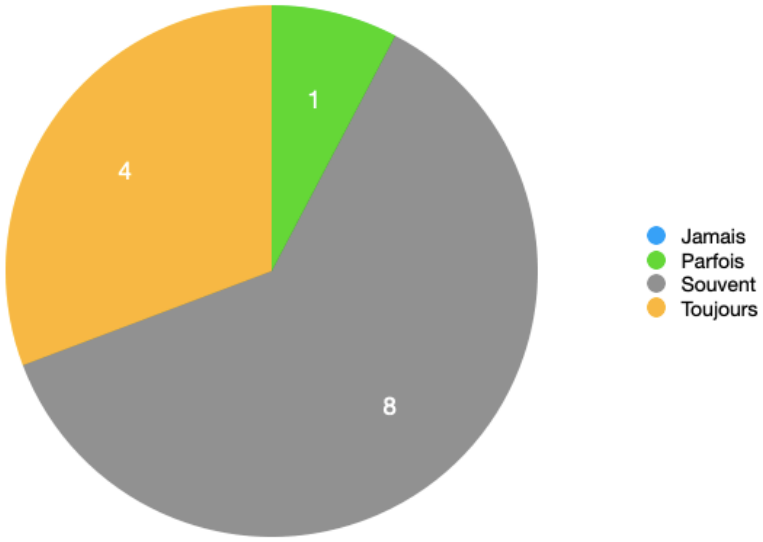


Figure 16 : Fréquence d'amélioration de la participation sociale post-accompagnement

Je leur ai par la suite demandé pourquoi d'après eux, l'atteinte des objectifs permettrait d'augmenter la participation sociale de l'enfant. Voici les réponses revenues le plus souvent :

- L'enfant peut réaliser une occupation qui était difficile pour lui, il est donc moins à l'écart de ses pairs et est plus intégré au groupe. Il est par ailleurs capable de réaliser des activités attendues pour sa tranche d'âge ;
- CO-OP partant des buts choisis par l'enfant, et se situant donc au cœur de ses difficultés occupationnelles, l'atteinte des objectifs aura un impact concret sur son quotidien et sur sa participation sociale ;
- En atteignant ses objectifs, de surcroit ceux centrés sur les soins personnels, l'enfant peut répondre aux exigences attendues par son environnement familial ;
- L'atteinte des objectifs améliore l'estime qu'à l'enfant de lui-même, sa confiance en lui et lui permettra ainsi d'être plus en relation avec les autres.

Afin de constater une éventuelle évolution de la participation sociale des enfants de la population étudiée grâce à l'atteinte des objectifs relatifs aux soins personnels, j'ai par la suite voulu avoir un état des lieux concernant les éventuelles restrictions de participation subies par l'enfant et ses parents avant l'accompagnement.

Tout d'abord je voulais constater si les parents témoignaient habituellement de restrictions de participation sociale vécues par leur enfant avant l'accompagnement. D'après les interrogés, 7 **(53,8%)** expriment avoir déjà eu des témoignages de parents dans ce sens. J'ai demandé ensuite aux ergothérapeutes ayant répondu « oui » d'inscrire un exemple de témoignage donné par les parents concernant leur enfant. Voici des exemples que j'ai récupérés :

- Refus de l'enfant de participer à des activités sportives (ex : foot, piscine) car il est en difficulté pour faire sa toilette seul ;
- L'enfant ne veut plus aller à la cantine car il met de la nourriture tout autour de l'assiette lorsqu'il mange / il utilise ses doigts plutôt que ses couverts ;
- Appréhension à aller dormir chez un de ses amis car il n'est pas autonome pour ses AVQ (brossage de dents, habillage…) ;
- Mise à l'écart de ses pairs car il n'a pas les mêmes chaussures « à la mode » car il ne sait pas faire ses lacets.

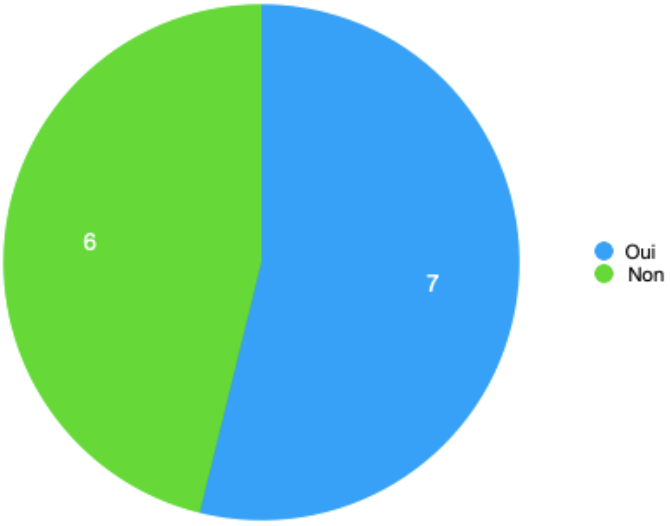


Figure 17 : Fréquence de témoignages de parents concernant leur enfant

Ensuite, j'ai demandé aux interrogés si les parents de ces enfants leur avaient déjà fait part de restrictions de participation subies pour eux-mêmes à cause des difficultés de leur enfant relatives aux soins personnels. Une fois encore, sur les 13 répondants, 7 (**53,8%)** ont répondu « oui » à cette

question. De la même façon, j'ai demandé aux ergothérapeutes d'inscrire des exemples collectés au cours de leur pratique. Voici quelques exemples cités :

- Ils vont moins chez leurs amis car leur enfant a des difficultés à manger proprement / à utiliser des couverts ;
- Ils vont moins au restaurant car leur enfant peine à rester à table sur une longue période.

Ces exemples permettent de constater à quel point la prise des repas est un évènement socialement important et baigné de coutumes (dépendent du pays de résidence), qui est parfois très compliqué pour les enfants et pour leurs familles. Ces derniers vont, bien souvent, préférer restreindre ces moments au cercle familial proche plutôt que d'affronter le regard des autres.

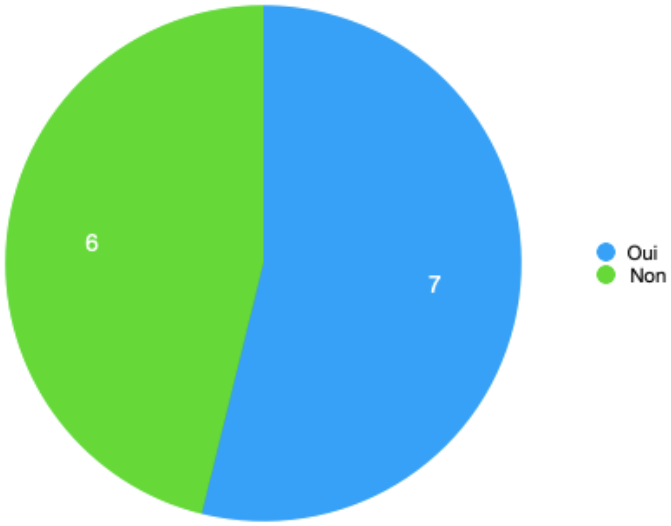


Figure 18 : Fréquence de témoignages de parents les concernant

Une fois les retours donnés par les interrogés sur les témoignages des parents, j'ai voulu m'intéresser aux témoignages fait par les enfants. En effet j'ai demandé aux répondants s'ils avaient déjà eu des informations données par les enfants de la population étudiée sur d'éventuels restrictions de participations sociales qu'ils vivraient au quotidien à cause de leurs difficultés, une fois encore centrées sur les soins personnels.

Sur les 13 réponses obtenues à cette question, 9 ont été positives **(69,2%).** Nous pouvons ici constater que de nombreux enfants ayant un TDC expriment vivre une restriction de leur participation sociale causée par leurs difficultés liées aux soins personnels. Ces résultats semblent montrer que les enfants vont plus exprimer de restriction de participation en début d'accompagnement que leurs parents. Rappelons que d'après la figure 7 ci-dessus, les soins personnels représentent la sphère la

plus demandée par les enfants de cette population pour être travaillée en ergothérapie. J'ai demandé aux interrogés de renseigner des exemples de témoignages reçus par les enfants. Voici quelques exemples cités :

- L'enfant dit recevoir des moqueries de ses camarades à cause de ses difficultés lors des repas (utilisation des couverts, se tâche les vêtements…) / car il tombe souvent car ses lacets sont défaits et qu'il ne sait pas les refaire seul ;
- Il a besoin de demander de l'aide à un adulte lors des repas pour ouvrir les pots de yaourts et pour couper les aliments. Ayant honte de devoir demander de l'aide il préfère s'abstenir et ne pas consommer les aliments en question ;
- L'enfant demande à ses parents de lui acheter des chaussures à scratch car il ne sait pas faire ses lacets ;
- Il ne souhaite pas partir en colonie par il n'arrive pas à se laver ni à s'habiller seul ;
- Se fait punir par son professeur de sport car il ne se rhabille pas assez vite après la séance ;
- Se retient d'aller aux WC à l'école car il n'arrive pas à se rhabiller seul.

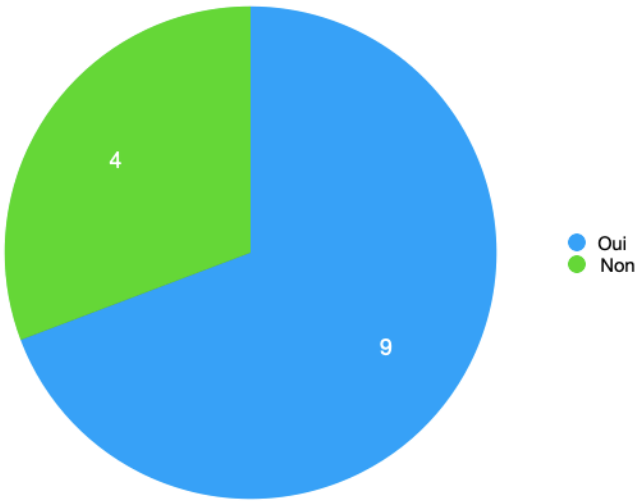


Figure 19 : Fréquence de témoignages d'enfants les concernant

Nous pouvons constater, grâce à ces exemples, que sur cette tranche d'âge, les difficultés que rencontrent les enfants dans leurs soins personnels ont souvent des répercussions non négligeables sur leur participation sociale au quotidien, notamment à l'école. C'est la raison pour laquelle il est important de les prendre en compte dans l'accompagnement en ergothérapie, si l'enfant ou ses parents en font la demande car elles seront très invalidantes pour lui au quotidien.

Enfin pour conclure ce questionnaire, j'ai demandé aux ergothérapeutes s'ils avaient déjà eu des retours de l'enfant ou de sa famille, post-accompagnement, d'amélioration de participation sociale de l'enfant suivi grâce à l'atteinte des objectifs. Sur les 13 interrogés, 10 ont répondu « oui » **(76,9%)**. Il leur a été proposé de donner un exemple, voici quelques éléments obtenus :

- Les parents témoignent d'un changement de comportement chez leur enfant, qui parait plus serein et apaisé qu'avant ;
- L'enfant dit avoir repris confiance en lui et en ses capacités, cela lui permettant d'aller plus vers les autres et d'élargir son répertoire occupationnel ;
- L'enfant reçoit moins de moqueries de ses camarades car il chute moins à l'école / sa mère ne rentre plus dans le vestiaire pour l'aider… ;
- Témoignages de parents disant que l'enfant est fière de lui car il a réussi à faire ses lacets seul, il pourra donc reprendre sereinement ses entraînements de foot sans appréhender les séances.

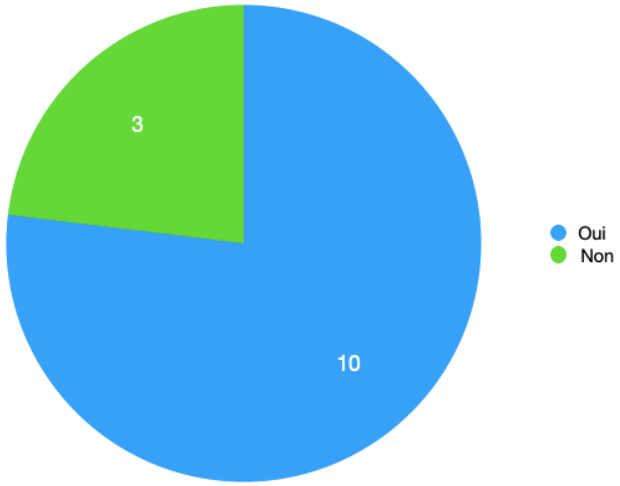


Figure 20 : Amélioration de participation sociale post-accompagnement

Nous pouvons donc constater, grâce aux exemples donnés ci-dessus, que sur cette tranche d'âge, l'enfant ayant un TDC subit souvent des restrictions dans sa participation sociale non négligeables. Avant le début de l'accompagnement, les enfants et leurs parents témoignent souvent de ces restrictions, qui semblent s'estomper voire disparaître après le suivi en ergothérapie grâce à l'atteinte des objectifs de l'enfant. Ces témoignages nous ont aussi permis de constater que la sphère des soins personnels est fondamentale à prendre en compte pour cette population, car les difficultés se trouvant dans cette dernière engendrent souvent beaucoup d'autres conséquences. Nous allons maintenant passer à la discussion de ces résultats en les mettant en lien avec la partie théorique de cet écrit. Nous verrons par la suite quels sont les limites et les points forts de cette étude.

Discussion

Nous allons dans cette partie mettre en lien les résultats du questionnaire réalisé avec les éléments théoriques présentés dans le cadre conceptuel. Nous verrons dans le même temps si les objectifs d'enquête sont atteints. Par la suite nous déterminerons si l'hypothèse de recherche est validée ou non. Enfin, nous présenterons les limites de cette enquête ainsi que les apports de cette recherche dans ma future pratique professionnelle.

a. Confrontation avec le cadre conceptuel

Ce questionnaire nous permet de constater que, les soins personnels constituent bien l'une des sphères les plus demandées par les enfants ayant un TDC. En effet la figure 6 (p36) et le tableau I, (p37) nous montrent que 6 des interrogés ont classé les soins personnels en rang 1 des objectifs choisis par ces enfants, les classant à la première place des objectifs les plus demandés. Cela confirme donc que cette sphère est une des plus choisies par ces enfants car les difficultés rencontrées dans celle-ci ont des conséquences dans tous les autres domaines de l'occupation (Missuina, Pollock, 2007). De même, lorsque l'on regarde les difficultés relatives aux soins personnels les plus demandées par cette population (p37), nous pouvons observer que ce sont les mêmes que celles retrouvées dans la littérature (Missuina, Pollock, 2007) : couper les aliments, mettre les vêtements à l'endroit, faire ses lacets… En lien avec le premier objectif de cette enquête, nous pouvons constater que les soins personnels figurent bien parmi les objectifs choisis par ces enfants pour être travaillés avec CO-OP.

De même si l'on compare les objectifs récurrents cités par les interrogés (p37) concernant par exemple les repas et l'habillage, nous pouvons constater que ceux-ci sont en contradiction avec les habiletés acquises par les enfants ayant entre 6 et 12 ans. Les résultats de cette enquête montrent donc le réel écart entre les enfants ayant un TDC et la « norme » pour cette tranche d'âge (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015). Cela permet donc de montrer l'importance fondamentale du travail des soins personnels dans l'accompagnement ergothérapique de ces enfants.

Ensuite, nous voulions savoir si CO-OP permettait à l'enfant ayant un TDC d'atteindre ses buts centrés sur les soins personnels. Comme nous l'avons vu, un des quatre objectifs de CO-OP est l'acquisition d'habileté (Polatajko, Mandich, 2017), c'est-à-dire le fait que la personne parvienne à réaliser des activités qui étaient difficiles pour elle. Les résultats obtenus montrent que 77% des interrogés pensent que cette approche permet « souvent » aux enfants ayant un TDC d'atteindre leurs objectifs centrés sur les soins personnels et 23 % pensent qu'elle le permet « toujours » (figure 8, p38).

De même, d'après sa définition, l'approche CO-OP est « fondée sur le rendement et sur la résolution de problèmes », il semblerait donc qu'elle puisse aider le client à atteindre ses objectifs (Polatajko, Mandich, 2017). Le remplissage des évolutions des scores de la MCRO et du PQRS demandés ici va dans le sens de l'amélioration du rendement occupationnel de la personne. Si l'on s'intéresse à la perception des enfants quant à l'amélioration de leur rendement via l'évolution des scores à la MCRO, nous obtenons une évolution moyenne de +5,25 points (figure 12, p41). En ce qui concerne le PQRS, c'est-à-dire l'évolution du rendement du point de vue du thérapeute (Martini, Rios et al., 2015), nous obtenons une évolution moyenne de +5,6 points (figure 15, p44). Nous pouvons observer une amélioration du rendement dans les deux cas, ce qui semble indiquer une atteinte fréquente des objectifs ou en tout cas une nette progression de la performance de l'enfant dans les occupations qui étaient difficiles pour lui.

Nous pouvons penser que plusieurs éléments de CO-OP peuvent permettre l'amélioration du rendement occupationnel de l'enfant. Par exemple le fait que cette approche parte directement des objectifs du client (figure 9, p39), grâce à de nombreux outils comme la MCRO (Law, Baptiste et al. 2014), qui est un des moyens les plus utilisé pour que le client détermine ses objectifs (figure 7, page 36) pourrait être un élément favorisant l'amélioration de son rendement occupationnel. De même, la prise en compte de l'environnement global de l'enfant, ainsi que l'implication directe de ses proches dans l'accompagnement avec CO-OP (Polatajko, Mandich, 2017), pourrait constituer deux éléments favorisant le rendement. Par ailleurs, la stratégie globale pourrait permettre à ces enfants ayant des difficultés d'organisation et de planification (Magnat, Xavier, Zammouri, Cohen, 2015), de mettre en place des routines, dans leur quotidien, propices à l'amélioration de leur rendement occupationnel. D'après les critères d'évaluations établis dans le deuxième objectif, nous pouvons donc dire que l'approche CO-OP semble à priori permettre aux enfants ayant un TDC d'atteindre leurs objectifs centrés sur les soins personnels.

Enfin, en ce qui concerne la participation sociale de ces enfants les résultats indiquent que cette dernière est souvent amoindrie par leurs difficultés. En effet, 53,8% des interrogés (figure 17, p46) stipulent avoir déjà reçu des témoignages de parents indiquant des restrictions de participation vécues par leur enfant à cause des difficultés liées aux soins personnels (habillage, repas, p46). De plus, 69,2% des interrogés (figure 19, p48) donnent des témoignages directs d'enfants de cette population concernant des restrictions de participation sociale qu'ils vivent au quotidien (moquerie, habillage, repas, WC…). Les exemples donnés confirment donc que l'enfant ayant un TDC se sent souvent exclu du groupe à cause de ses difficultés qui ne sont pas partagées par ses pairs. L'enfant ressentira divers

sentiments tels que de l'angoisse, de la honte et de l'embarras à l'idée de réaliser certaines activités. Cela aura donc des effets délétères sur sa participation sociale (Harris, Mickelson, Zwicker, 2015).

Ce questionnaire a par ailleurs montré que les parents de ces enfants subissent aussi des restrictions de leur participation sociale à cause des difficultés de leur enfant (Gravillon, 2017). En effet, 53,8% des interrogés indiquent avoir déjà reçu des témoignages de parents allant dans ce sens : ils ne fréquentent plus les restaurants… (figure 18, p47). Cela montre qu'il est nécessaire en ergothérapie de prendre en compte les demandes des parents car les difficultés de leur enfant auront aussi de nombreuses répercussions sur leur quotidien (Keen, Rodger, 2010).

Pour terminer, le dernier objectif de cette enquête était de décrire l'impact de l'atteinte des objectifs sur la participation sociale de l'enfant. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, le but de l'ergothérapeute est d'aider l'enfant à participer et à s'engager dans les activités de la vie quotidienne (Novak, Honan, 2019). L'atteinte des buts de l'enfant aura donc un impact positif sur sa participation sociale car elle lui permettra d'augmenter son répertoire occupationnel et ainsi d'être plus intégré par ses pairs. D'après les résultats de cette enquête, 76,9% des interrogés (figure 20, p49) indiquent avoir eu des retours positifs concernant l'augmentation de la participation sociale de l'enfant suite à l'accompagnement avec CO-OP. Le fait de n'avoir pas pu réaliser d'entretien à cause du contexte sanitaire actuel ne m'a pas permis de récolter plus d'informations sur ce point. Par conséquent le troisième objectif est partiellement atteint car je ne dispose que de l'avis des professionnels et pas de celui des clients comme souhaité initialement. Cependant il semblerait que l'atteinte des objectifs augmente significativement la participation sociale de ces enfants.

b. Validation de l'hypothèse de recherche

En lien avec la problématique de cet écrit qui cherchait à savoir quels étaient les apports de l'approche CO-OP dans l'accompagnement de ces enfants, l'hypothèse de départ pour cette recherche était :

Partant des buts choisis par le client, l'approche CO-OP permet à l'enfant ayant un TDC d'atteindre ses objectifs centrés sur les soins personnels et d'augmenter sa participation sociale.

Au vu des résultats obtenus dans cette enquête, nous pouvons dire que l'hypothèse de recherche tend à être validée. En effet, malgré la taille de l'échantillon et le fait que ces réponses ne soient pas applicables à toute la population, celles obtenues vont dans le sens des éléments du cadre

conceptuel. Par ailleurs, les objectifs de recherche déterminés initialement ont tous été étudiés. Par conséquent, il semblerait que l'approche CO-OP permette aux enfants ayant un TDC et ayant entre 6 et 12 ans d'atteindre leurs objectifs en rapport avec les soins personnels et d'augmenter, grâce à leurs atteintes, leur participation sociale.

c. Limites de l'enquête

Nous pouvons toutefois relever quelques limites qui se sont posées lors de la réalisation de cette enquête et l'analyse des résultats.

La première limite relevée concerne le questionnaire et le faible nombre de réponses reçues. En effet, lors de la diffusion de mon enquête, je souhaitais obtenir au moins 25 réponses afin d'avoir un échantillon suffisamment large, j'en ai ici obtenu 13. Les résultats décrits plus haut sont donc à interpréter avec précaution car ils ne sont pas représentatifs de l'avis de tous les ergothérapeutes formés à CO-OP et travaillant avec la population étudiée. Par ailleurs, j'ai rencontré une limite de temps. En effet je n'ai laissé mon questionnaire en ligne que pendant 5 semaines, afin d'avoir le temps par la suite d'interpréter les résultats. Peut-être que quelques semaines de plus m'auraient permis d'avoir plus de réponses. Il aurait alors fallu que je diffuse mon questionnaire plus tôt, à partir de fin février.

Enfin, la limite la plus importante que j'ai rencontrée est que je n'ai pas pu réaliser d'entretiens comme je l'avais souhaité avec des enfants et leurs parents. Je voulais réaliser ces entretiens en présence de l'ergothérapeute de l'enfant, probablement sur son lieu d'exercice. La crise sanitaire que nous avons vécue a rendu impossible les déplacements dans des structures pour réaliser des entretiens. Il est apparu trop délicat pour les professionnels sollicités de me laisser les coordonnées d'un de leurs clients correspondant aux critères de recherche pour que je puisse réaliser un entretien téléphonique. Par ailleurs le nombre élevé de critères d'inclusions rendait difficile la diffusion de demande d'entretien dans des associations de parents ou sur les réseaux sociaux. Par conséquent il a été impossible pour moi d'en faire passer alors que cela aurait été une grande plus-value pour l'analyse de mes résultats d'avoir l'avis des enfants et de leurs parents.

d. Apports de cette étude

La rédaction de cet écrit m'aura beaucoup apporté, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Tout d'abord, réaliser ce projet m'aura énormément fait gagner en rigueur dans ma

pratique professionnelle ainsi que dans ma vie quotidienne. En effet, porter un projet d'une telle ampleur sur une période de plus d'un an a été pour moi une grande première. Il m'aura fallu beaucoup de concentration, d'implication mais surtout renforcer ma capacité de remise en question tout au long de ce travail afin de parvenir à le mener à terme. Ce travail m'aura par ailleurs appris à davantage accepter les critiques, et à savoir les prendre en compte pour avancer.

La rédaction de ce mémoire m'aura permis d'apprendre à chercher des sources bibliographiques fiables, à travailler sur des données probantes et à prendre du recul vis-à-vis de celles-ci, ce qui sera un élément fondamental pour ma future carrière. Par ailleurs, je me suis efforcée dans cet écrit de travailler sur la synthétisation des données, en me fixant des objectifs de pages concrets afin de respecter les consignes et d'en fluidifier la lecture. Cela me permettra dans ma future pratique de réaliser des transmissions et des comptes rendus dans lesquelles ne figurent que les éléments essentiels à l'accompagnement de la personne.

Conclusion

Cet écrit est construit autour de la question suivante : **Quels sont les apports de l'approche CO-OP dans l'accompagnement ergothérapique des soins personnels d'enfants ayant un trouble développemental de la coordination ?** Dans le cadre conceptuel nous avons démontré que le trouble développemental de la coordination avait des impacts dans toutes les sphères de l'occupation des enfants, et engendrait notamment une diminution de leur rendement occupationnel et de leur participation sociale. Les recherches effectuées ont montré qu'un accompagnement par différents professionnels était donc nécessaire pour ces enfants. En ergothérapie, l'approche CO-OP, centrée sur le client et permettant la résolution de problème semblait donc être une approche très efficace pour accompagner ces enfants. En lien avec le cadre conceptuel, et avant d'entamer les recherches sur les terrains, nous avons établi l'hypothèse suivante : **Partant des buts choisis par le client, l'approche CO-OP permet à l'enfant ayant un TDC d'atteindre ses objectifs centrés sur les soins personnels et d'augmenter sa participation sociale.**

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai construit un questionnaire ayant pour objectif de recueillir le point de vue des ergothérapeutes quant à l'atteinte des objectifs centrés sur les soins personnels des enfants ayant un TDC grâce à CO-OP mais aussi quant à l'amélioration de la participation sociale de ces enfants post-intervention.

Les résultats du questionnaire ont montré que sur les différentes MCRO analysées et réalisées avec ces enfants, l'évolution moyenne du rendement obtenu en fin de suivi est de +5,25 points. Pour ces mêmes dossiers, l'évolution des évaluations faites par les ergothérapeutes du PQRS en début et en fin de suivi est en moyenne de +5,625. Cela montre donc une nette évolution dans l'atteinte des buts concernant les soins personnels, du point de vue des enfants et des ergothérapeutes. CO-OP semble donc permettre à ces enfants d'atteindre leurs objectifs. Par ailleurs sur les 13 réponses obtenues, 8 des interrogés indiquent que la participation sociale des enfants s'améliore « souvent » post-accompagnement avec CO-OP, l'un d'entre eux a répondu « parfois » et 4 ont répondu « toujours ». L'atteinte des buts qu'il avait choisis semble donc permettre à l'enfant d'augmenter sa participation sociale.

D'après ces résultats nous pouvons dire que l'hypothèse tend à être validée. Notons cependant que les résultats obtenus sont peu représentatifs, l'échantillon étant trop faible pour s'appliquer à toute la population. Un autre frein à cette enquête a été que je n'ai pas pu réaliser d'entretiens avec des enfants de la population étudiée et leurs parents en partie à cause de la situation sanitaire liée au COVID-19. Ce travail aura malgré tout été très enrichissant car il m'aura permis d'acquérir des connaissances théories et pratiques que je m'emploierai à mettre en application dès la prise de fonction de mon premier poste. Rédiger cet écrit m'aura permis de renforcer ma rigueur dans le travail, nul doute que cette compétence sera bénéfique dans ma vie professionnelle et personnelle.

Par conséquent à la fin de ce travail et suite aux limites rencontrées, plusieurs questions restent en suspens et pourraient faire l'objet d'un complément d'enquête via des entretiens avec les enfants et leurs parents ou des questionnaires **:** Ont-ils pu généraliser et transférer les stratégies enseignées dans CO-OP dans d'autres difficultés de leur quotidien ? Les enfants se sont-ils appropriés les différentes stratégies enseignées dans CO-OP afin de les utiliser pour d'autres difficultés ? Comment s'est manifesté l'amélioration de leur participation sociale post-accompagnement, s'il y en a eu une ? Le regard des parents a-t-il changé post-accompagnement ? CO-OP est-elle une approche facilitant l'autonomie et l'indépendance des enfants ayant un TDC ?

Ressources

Ouvrages et articles :

Albaret, J. M. (2019). Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. *Les éditions Inserm*, 1-74.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4e éd.). *Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.*

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5e éd.). *Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.*

Asonitou, K., Koutsouki, D., Kourtessis, T., et Charitou, S. (2012). Motor and cognitive performance differences between children with and without developmental coordination disorder (DCD). *Research in Developmental Disabilities*, *33*, 996-1005.

Audureau, W., et Rambourg, P. (2019). « Manger avec la main, c'est naturel, manger avec une fourchette, c'est culturel », *Les Décodeurs*, 1-6.

Barray, V. (2012). Dyspraxie/trouble de l'acquisition de la coordination et écriture manuelle, partie 1 : Présentation d'une méthode d'apprentissage. *Développements*, *11*, 37-52.

Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, *36*, 502.

Blank, R., et Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychological aspects of developmental coordination disorder. *Developmental medicine & child neurology, EACD recommendations,* 242- 272.

Bossom, M., Hessels, M., et Hessels-Schlatter, C. (2009). Le développement de stratégies cognitives et métacognitives chez des élèves en difficulté d'apprentissage. *Développements*, *1*, 14-20.

CAOT. ACE. (2008). Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. *Actualités ergothérapiques*, *10*, 3-5.

Castelin, P. (2015). La participation sociale : un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions. *Les carnets de la Persagotière, 63.*

Cermak, S., et Larkin, D. (2002). Developmental Coordination Disorder. *Delmar Thomson Learning*, 2-10.

Cherney, I., Harper, H., et Winter, J. (2006). Nouveaux jouets : ce que les enfants identifient comme « jouet de garçons » et « jouets de filles ». *Enfance*, *58*, 266-282.

Combessie, J.-C. (2007). Le questionnaire. *La méthode en sociologie*, 33-40

Drolet, M. J., et Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Erudit*, 166-190.

Dubois, B., Thiébault-Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K., Guesné, J. (2017). Guide du diagnostic en ergothérapie. *Deboeck Supérieur.*

Falk, J. (2017). Les fondements d'une vraie autonomie chez le jeune enfant. *Autonomie et activités du bébé*, 23-42.

Falk, J., et Rasse, M. (2017). Autonomie et cooperation. *Spirale*, *81*, 147-150.

Faure, H., et Galbiati, C. (s. d). Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. *ANFE.*

Ferrel-Chapus, C., et Tahej, P. K. (2010). Processus attentionnels et apprentissage moteur. *Mouvement & sport sciences*, *71*, 71-83.

Gravillon, I. (2017). Ce que vit l'enfant, ce qu'éprouvent les parents. *L'école des parents*, *624*, 32-35.

Giust-Ollivier, A.-C. (2002). Entretien. *Vocabulaire de psychologie*, 343-350

Harris, S., Mickelson, E., et Zwicker, J. (2015). Diagnosis and managements of developmental coordination disorder. *CMAJ Review,* 659-664.

Haute Autorité de Santé. (2017). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?. *Les Parcours de Soins, HAS*, 12-16.

Huron, C. (2017). De la souffrance à l'autonomie. *L'école des parents*, *62*, 51-53.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-26.

Kaiser, M. L., et Mueggler, F. (2011). Effets de l'ergothérapie auprès des enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) : expériences d'une équipe d'ergothérapeutes. Paediatrica, *22*, 10-12.

Kolb, B., et Teskey, G. (2010). Factors influencing cerebral plasticity in the normal and injured brain. *Hum. Neuroscience*, *4*, 1-15.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., Pollock, N. (2014). Canadian Occupational Performance Measure (5 ed.). *CAOT Publication ACE.*

Lewandowski, C., Aguirre, P., Bara, F., et Albaret, J. M. (2018). Travail interprofessionnel et adaptations pédagogiques : qu'en est-il de l'accompagnement des enfants avec un trouble développemental de la coordination (TDC) ?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *66*, 421-431.

Lièvre, P. (2016). Construction et passation du questionnaire. *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*, 103-109.

Magnat, J., Xavier, J., Zammouri, I., et Cohen, D. (2015). Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(7), 446–456.

Maharaj, S., et Riona, L. (2016). Does a physiotherapy programme of gross motor training influence motor function and activities of daily living in children presenting with developmental coordination disorder ? *South African Journal of Physiotherapy*, 1-6.

Mandich, A., et Polatajko, H. (2017). Habiliter les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP. Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien. *CAOT Publication ACE.*

Martini, R., Galbiati, C., et Lebrault, H. (2018). Support pédagogique. L'approche CO-OP : l'orientation cognitive au rendement occupationnel quotidien, *mil*, 1-67.

Martini, R., Rios, J., Polatajko, H., Wolf, T., McEwen, S. (2015). The performance quality rating scale (PQRS) : reliability, convergent validity, and internal responsiveness for two scoring systems. Disability and Rehabilitation, (37), 231-238.

Mazeau, M. (2010). Aspects développementaux des troubles de la gestualité chez l'enfant. *Kinésithérapie, la Revue*, 10(102), 28–29.

Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnement en ergothérapie. *Les Cahiers de l'EESP*, 45, 153-178.

Meichenbaum, D. (2010). Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *6*, abstract.

Miaz, A. C. (s. d). Le modèle canadien du rendement occupationnel et de participation MCRO-P, 14-15.

Miller, L. T., Polatajko, H. J., Missiuna, C., Mandich, A. D., et Macnab, J. J. (2001). A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, *20*, 183-210.

Minet, A. (2011). Se construire parent d'un enfant handicapé à partir de la représentation du bon parent*. VST – Vie Sociale et Traitements*, *110*, 36-42.

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. N°2010/7 du 15 août 2010, 177-186

Missiuna, C., et Pollock, N. (2007). Reconnaître et référer un enfant présentant un Trouble de l'Acquisition de la coordination. *Centre for Childhood Disability Research*, 1-3.

Morel-Bracq, M. C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux, *De Boeck Supérieur*, (2e édition), 85-91.

Mozère, L., Jonas, I. (2011). Nos compétences avec les enfants. « On « garde » des vaches mais pas les enfants… », 87-127.

Novak, I., et Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities : a systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal.*

Ohrvall, A. M., Bergqvist, L., Hofgren, C., Peny-Dahlstrand, M. (2019). "With CO-OP I'm the boss" - experiences of the cognitive orientation to daily occupational performance approach as reported by young adult with cerebral palsy or spina bifida. *Disability and Rehabilitation.*

Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. *L'enquête sociologique*, 93-110

Rodger, S., Keen, D. (2010). Occupation Centred Practice with Children. A practical guide for Occupational therapists, chapter 3 : Child and Family-centred Service Provision, *Wiley-Blackwell, 3*, 45-46.

Rodgers, S. (2010). Occupation Centred Practice with Children. A practical guide for Occupational therapists, chapter 8 : Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance : A Uniquely Occupation-centred Intervention created for children, *Wiley-Blackwell*, *8*, 160-180.

Roussel, P. (2005). Chapitre 9, méthodes de développement pour questionnaire d'enquête. *Management des ressources humaines*, 245-250

Salvan, M., Albaret, J. M. (2006). Quelle reeducation psychomotrice pour le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) ?. A.N.A.E, (88-89), 164-171

Scelles, R. (2006). Devenir parent d'un enfant handicapé. *Informations sociales*, *132*, 82-90.

Trombly, C. (1995). Occupation : Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *Eleanor Clarke Slagle Lecture, 49, (10),* 960-963.

Vaivre-Douret, L. (2008). Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge. *Contraste*, *28-29*, 321-341.

Vaivre-Douret, L. (2016). Dyspraxie développementale ou trouble de l'acquisition de la coordination (tac) : repérage, évaluation et indications thérapeutiques. *Enfances & Psy*, *71*, 30-43.

VanCampenhoudt, L., Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. (5è ed. revue et corrigée), *Dunod*

Sites WEB :

ANFE. Définition de l'ergothérapie. Consulté le 19 septembre, 2019, de https://www.anfe.fr/definition

CanChild, C. C. Assessment & Diagnosis | CanChild. Consulté le 10 octobre, 2019, de https://www.canchild.ca/en/diagnoses/developmental-coordination-disorder/assessment-diagnosis

Cénop, Centre d'Evaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique. Consulté le 4 mai, 2020, de https://cenop.ca/troubles-apprentissage/dyspraxie.php

CHU-Sainte-Justine. Le développement de l'enfant au quotidien de 6 à 12 ans par Francine Ferland, (2015). Consulté le 28 octobre, 2019, de https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_syntheIse_Dev_612ans.pdf

Classification Internationale des Maladies, CIM-10 (2008). Consulté le 15 septembre, 2019, de https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F82

Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en santé, cité par Philip, E, (2017). Consulté le 25 septembre, 2019, de https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/IFSICarcassonnelaCIP2017.pdf

Institut des troubles d'apprentissages. Le point sur le trouble développemental de la coordination. Consulté le 19 septembre, 2019, de https://www.institutta.com/mediatheque/trouble-developpemental-coordination-tdc

OT-HOPE. En savoir plus. Consulté le 6 mai, 2020, de http://www.ot-hope.com/index.html

Portail enfance. Intervention Précoce en Ergothérapie. Consulté le 30 septembre, 2019, de http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/

Réseau Santé 360. Qu'est-ce que le trouble d'acquisition de la coordination ?. Consulté le 15 novembre, 2019, de http://reseausante360.ca/chroniques/97-ergotherapie/343-qu'est-ce-que-le-trouble-d'acquisition-de-la-coordination

The CO-OP Approach. History. Consulté le 07 janvier, 2020, de http://co-opacademy.ca/about-co-op/the-co-op-approach/#history

Annexes

Sommaire des annexes

ANNEXE I : MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL (MCREO) II

ANNEXE II : MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL (MCRO) III

ANNEXE III : EXTRAITS DEVELOPPEMENTS ENFANTS 6-12 ANS D'APRES F. FERLAND IV

ANNEXE IV : SEPT CLES DE CO-OP V

ANNEXE V : GRILLE D'EVALUATION PQRS V

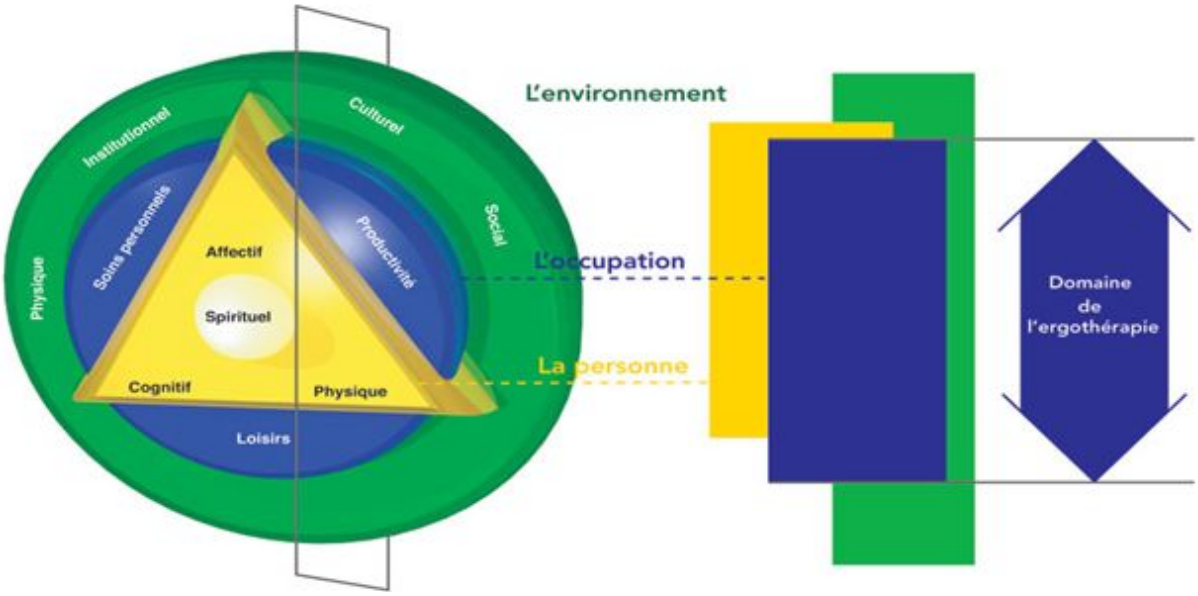
ANNEXE VI : ARBRE DE DECISION ANALYSE DYNAMIQUE DE LA PERFORMANCE (ADP) VI

ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE PRE-ENQUETE VII

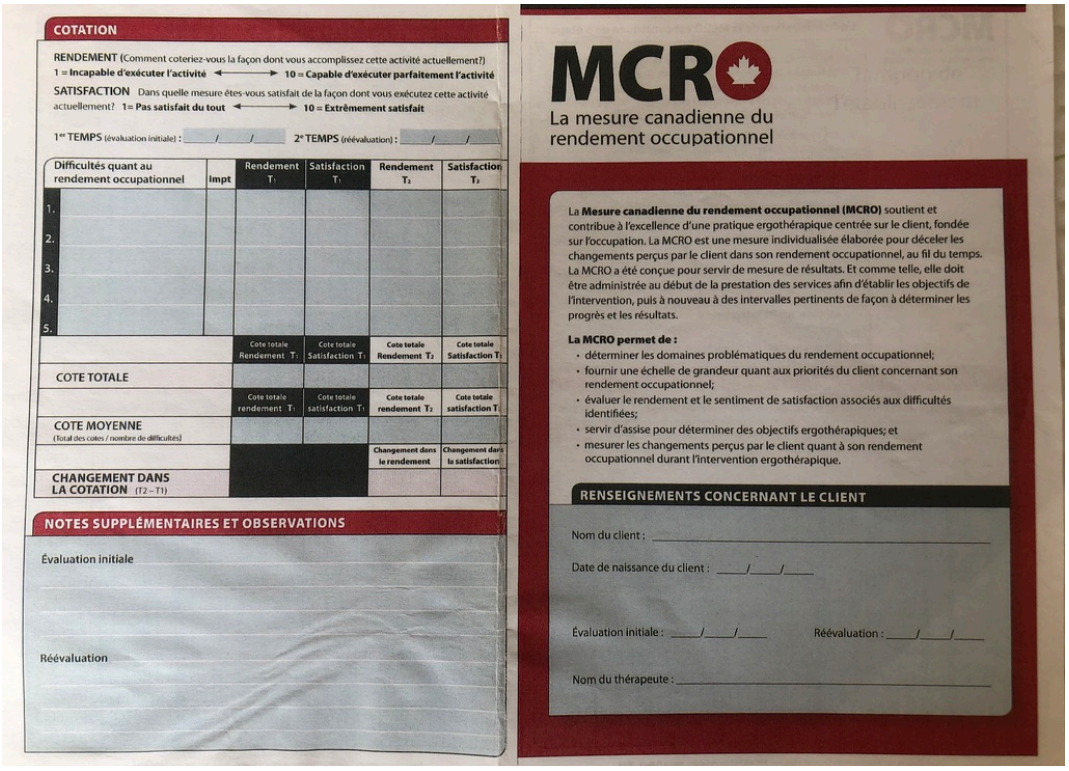
ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRE IX

ANNEXE IX : GRILLE D'ENTRETIEN XIIIII

Annexe I : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), (Miaz, s.d).



Annexe II : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), (Law, Baptiste et al. 2014).



COTATION

RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)
1 = Incapable d'exécuter l'activité ◄——► 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité

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

1er TEMPS (évaluation initiale) : ____/____/____ 2e TEMPS (réévaluation) : ____/____/____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T_1	Satisfaction T_1	Rendement T_2	Satisfaction T_2
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T_1	Cote totale Satisfaction T_1	Cote totale Rendement T_2	Cote totale Satisfaction T_2
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T_1	Cote totale satisfaction T_1	Cote totale rendement T_2	Cote totale satisfaction T_2
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
				Changement dans le rendement	Changement dans la satisfaction
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T2 – T1)					

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale

Réévaluation

MCRO
La mesure canadienne du rendement occupationnel

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

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

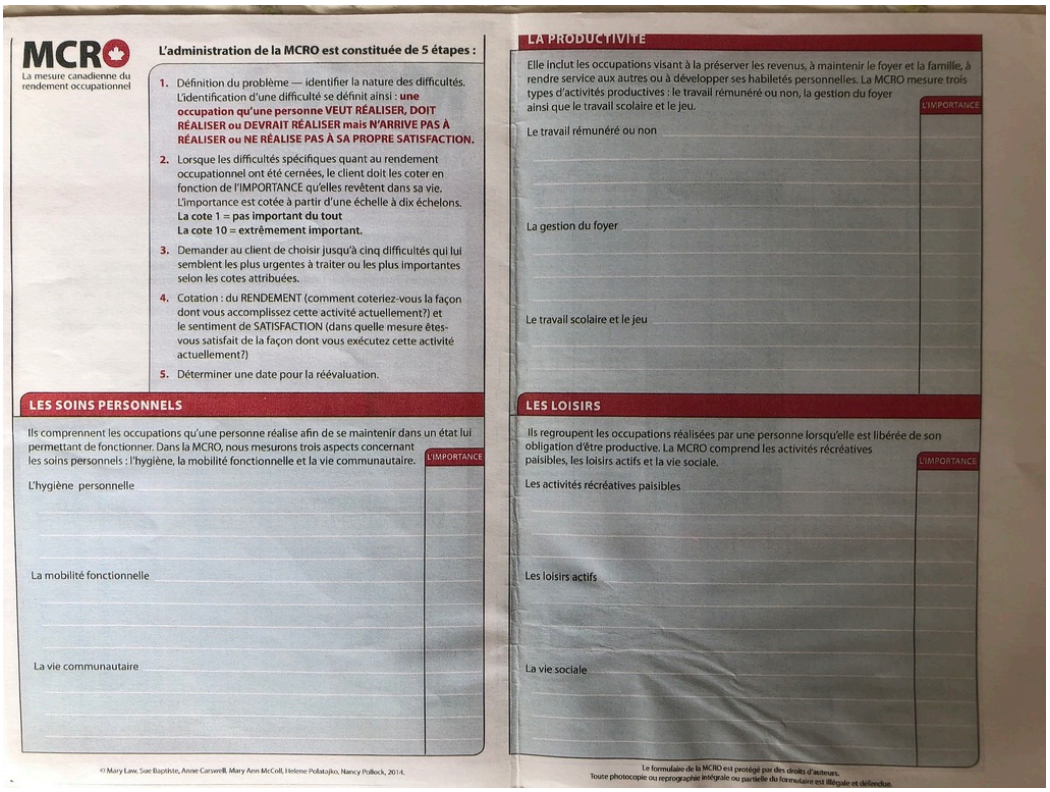
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

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

Nom du thérapeute : _____



MCRO
La mesure canadienne du rendement occupationnel

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

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

LES SOINS PERSONNELS

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

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

© Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock, 2014.

LA PRODUCTIVITÉ

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

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

LES LOISIRS

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

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

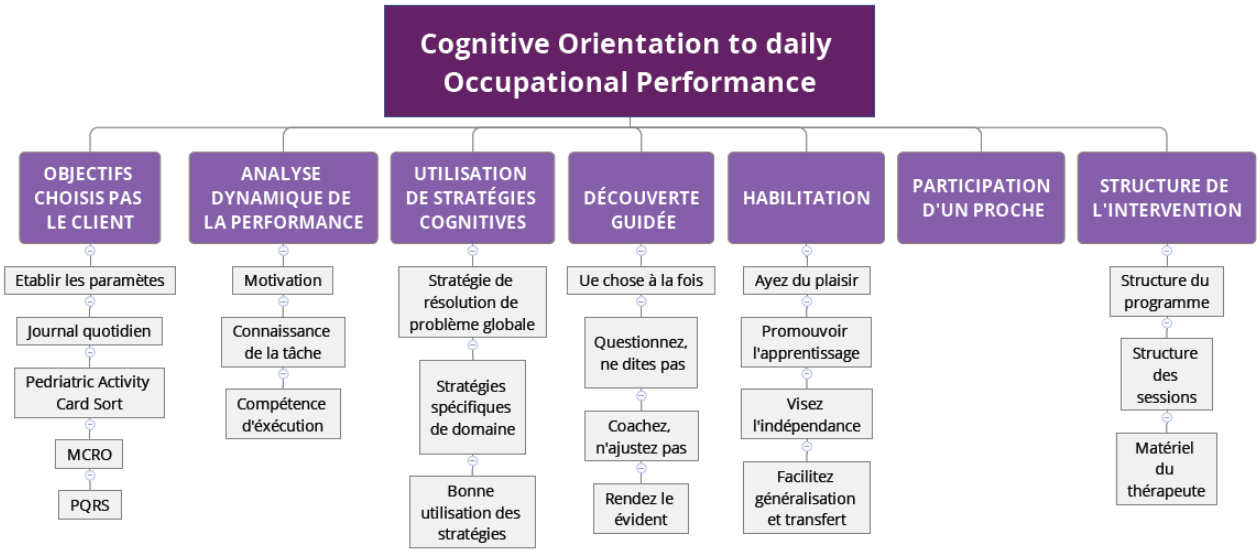
Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteurs.
Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle du formulaire est illégale et défendue.

Annexe III : extraits développements enfants 6-12 ans d'après F. Ferland, (Ferland dans editions-chu-sainte-justine.org, 2015).

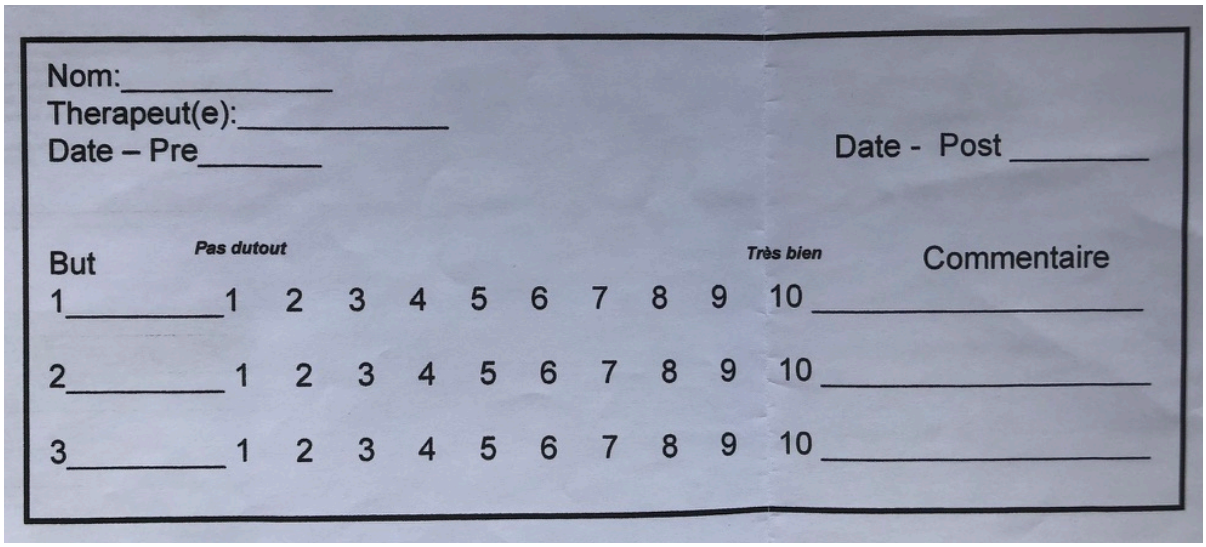
<table>
<tr><th></th><th>6 ans</th><th>7 ans</th><th>8 ans</th><th>9 ans</th><th>10 ans</th><th>11 ans</th><th>12 ans</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Motricité globale</td><td colspan="7">› Plus grande aisance corporelle, meilleure coordination et meilleur équilibre qu'à la période préscolaire.
› Augmentation de la masse corporelle, de la force musculaire et de l'endurance à l'effort.
› Besoin d'au moins une heure d'activité physique tous les jours.
› Période importante pour développer la coordination et apprendre des techniques d'étirement.
› Meilleure motricité globale chez les garçons.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">› Saute à pieds joints et à cloche-pied ;
› Court en franchissant des obstacles et en changeant brusquement de direction ;
› Fait bondir un ballon et commence à dribbler ;
› Apprend à conduire un vélo.</td><td rowspan="2">› Marche sur une ligne droite, le talon gardant contact à chaque pas avec l'autre pied.</td><td rowspan="2">› Saute sur un pied plus de 20 fois.</td><td colspan="2">› Fait un saut en longueur sans élan de 1 mètre à 1,50 mètre ;
› Court à une vitesse de 5m/sec.</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">› Lance une balle 2 fois plus loin qu'à 6 ans ;
› Peut circuler à vélo dans la circulation ;
› A une pratique sportive plus soutenue.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Motricité fine</td><td colspan="7">› Motricité fine plus développée chez les filles.
› Plus de fluidité dans les gestes.
› Meilleure coordination.</td></tr>
<tr><td colspan="2">› Écrit des lettres de taille plus petite et plus uniforme qu'avant ;
› Peut apprendre à faire de l'origami ;
› Découpe des formes plus complexes comme un losange.</td><td colspan="5">› Peut apprendre les rudiments de la jonglerie et des tours de magie ;
› Maîtrise l'écriture cursive ;
› Utilise de nouveaux outils : agrafeuse, marteau, aiguille à coudre, à tricoter ;
› Fait des constructions plus complexes requérant l'utilisation d'écrous et de vis.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th>6 ans</th><th>7 ans</th><th>8 ans</th><th>9 ans</th><th>10 ans</th><th>11 ans</th><th>12 ans</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Activités de la vie quotidienne</td><td colspan="2">› Habillage : peut faire une boucle, un nœud, attacher de petits boutons, remonter une fermeture éclair dans le dos, lacer ses souliers.</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">› Alimentation : se sert d'un couteau d'abord pour tartiner puis pour couper ses aliments.</td><td colspan="2">› Peut se préparer seul un repas simple : petit-déjeuner, salade, etc.</td><td colspan="3">› Peut écaler un œuf cuit dur.</td></tr>
<tr><td colspan="2">› Hygiène : peut se coiffer seul et se moucher.</td><td colspan="2">› Sait se laver les oreilles et prendre son bain de façon tout à fait autonome.</td><td colspan="3">› Peut se nettoyer les ongles.</td></tr>
<tr><td>Tâches domestiques</td><td colspan="2">› Peut mettre le couvert, vider le lave-vaisselle, ratisser les feuilles, préparer une salade, trier les serviettes sortant du sèche-linge et les plier, regrouper les chaussettes propres et changer le rouleau de papier de toilette.</td><td colspan="2">› Peut mettre la vaisselle dans le lave-vaisselle, épousseter les meubles, ranger l'épicerie.</td><td colspan="3">› Peut balayer le plancher, tondre le gazon, nettoyer la salle de bain et le comptoir de cuisine, nettoyer la litière du chat, sortir les poubelles.</td></tr>
</table>

Annexe IV : sept clés de CO-OP, (ANFE)

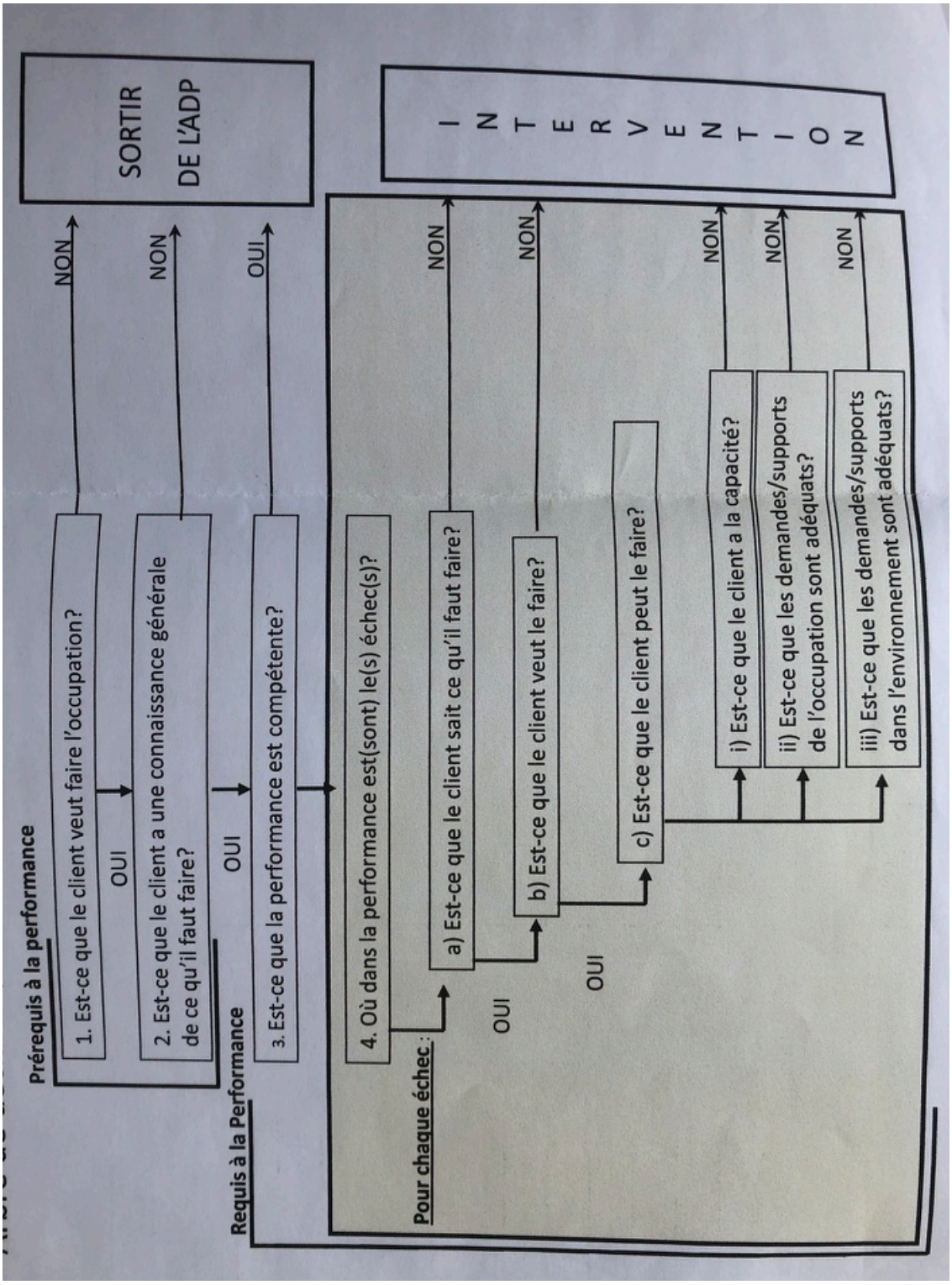


Annexe V : Grille d'évaluation PQRS, (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018).


Nom:_____
Therapeut(e):_____
Date – Pre_____
Date - Post _____

But	Pas dutout									Très bien	Commentaire
1_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
2_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
3_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Annexe VI : Arbre de décision Analyse Dynamique de la Performance (ADP), (Galbiati, Lebrault, Martini, 2018).



Annexe VII : Questionnaire pré-enquête

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie je souhaite parler de l'utilisation de l'approche CO-OP en pédiatrie. Ayant encore des doutes sur la population que je souhaite étudier, je me permets de vous poser quelques questions afin de préciser mon sujet. Merci par avance pour le temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

1. Dans quel type de structure exercez-vous ?

    - Cabinet libéral
    - Structure hospitalière
    - CAMSP
    - SESSAD
    - Autre :

2. Avec quelle tranche d'âge utilisez-vous le plus CO-OP ?

    - 0-5 ans
    - 5-10 ans
    - 10-12 ans
    - 12-15 ans
    - Autre :

3. Pour quelle population utilisez-vous le plus CO-OP ?

    - TDC
    - Enfants « dys... »
    - Autre :

4. Les demandes des enfants concernent elles généralement ?

    - Les loisirs
    - Les soins personnels
    - La productivité (scolarité)
    - Autre :

5. La principale plainte des parents concerne t-elle plus ?

    - Les loisirs
    - Les soins personnels
    - La productivité (scolarité)
    - Autre :

6. En moyenne, en combien de séances parvenez-vous à atteindre vos objectifs avec votre client ?

    - 2
    - 4
    - 6
    - Autre :

7. Avez-vous des objectifs « clés » avec lesquels vous avez déjà utilisé CO-OP et pour lesquels CO-OP a fonctionné ?

    - 1 :
    - 2 :

8. Quels sont selon vous les deux avantages principaux de cette méthode ?

    - 1 :
    - 2 :

9. Avez-vous rencontré des difficultés en utilisant CO-OP ?

    _____

10. Seriez-vous éventuellement d'accord pour me laisser vos coordonnées afin que je puisse vous recontacter si besoin ?

    Si oui : NOM et Prénom :
    Lieu d'exercice :
    Adresse mail :

Annexe VIII : Questionnaire

Généralités :

1. Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
    - Moins d'un an
    - Entre 1 et 10 ans
    - Entre 10 et 20 ans
    - + 20 ans

2. Depuis combien de temps êtes-vous formés à CO-OP ?
    - Moins d'un an
    - Entre 1 an et 3 ans
    - Plus de 3 ans

3. Quel est votre lieu d'exercice ?
    - Cabinet libéral
    - Structure hospitalière
    - SESSAD
    - Autre :

4. Combien de protocoles CO-OP avez-vous menés à leur termes (de l'évaluation initiale à la réévaluation finale) avec des enfants ayant un TDC ?
    - Moins de 2
    - Entre 3 et 5
    - Plus de 5

CO-OP et buts : pour la suite du questionnaire nous nous intéresserons UNIQUEMENT aux enfants ayant un TDC et ayant bénéficié de CO-OP lorsqu'ils avaient entre 6 et 12 ans

5. Les objectifs les plus demandés par les ENFANTS concernent ? (Classer par ordre de priorité : 1 étant la sphère la plus choisie)
    - Loisirs
    - Soins personnels
    - Scolarité / productivité

6. L'enfant exprime-t-il en général ses objectifs ?
    - Spontanément
    - Avec un outil (MCRO, journée type, OT'HOPE…)
    - Les objectifs sont déterminés par les parents

7. Les objectifs les plus demandés par les PARENTS concernent ? (Classer par ordre de priorité : 1 étant la sphère la plus choisie)
    - Soins personnels
    - Loisirs
    - Scolarité / productivité

8. Quels sont les objectifs les plus demandés par les enfants concernant les soins personnels ? (Citez trois exemples)

---

9. Selon vous CO-OP permet d'atteindre les objectifs de ces enfants concernant les soins personnels ?
    - Toujours
    - Souvent
    - Parfois
    - Jamais

10. D'après vous, qu'apporte-t-elle de plus que les autres approches pour atteindre les résultats ?

---

11. Quels sont selon vous les éléments facilitateurs de CO-OP facilitant l'atteinte des objectifs ? (2 réponses maximum)
    - Buts choisis par le client
    - Analyse Dynamique de la Performance (ADP)
    - Stratégies cognitives
    - Découverte guidée
    - Habilitation
    - Participation des proches
    - Structure de l'intervention

12. Comment évaluez-vous que l'enfant a atteint ou non ses objectifs ?
    - Entretien
    - Évolution cotation MCRO
    - Évolution PQRS

- Autre :

Pour les deux prochaines questions, pouvez-vous prendre le dossier d'un ENFANT ayant entre 6-12 ans et ayant un TDC avec lequel vous avez fait CO-OP :

13. Citez une occupation prioritaire identifiée dans la MCRO relative aux soins personnels s'étant transformée en BUT travaillé avec CO-OP et précisez l'âge de l'enfant (ex : faire ses lacets / 8 ans)

---

14. Pour le but cité ci-dessus remplissez la grille de MCRO suivant :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Importance										
Rendement initial										
Rendement final										
Satisfaction initiale										
Satisfaction finale										

15. Pour le but choisi ci-dessus, indiquez le PQRS initial et le PQRS final que vous avez déterminé (ex : faire ses lacets : PQRS initial 2, PQRS final 8)

- PQRS initial :
- PQRS final :

16. Citez une deuxième occupation prioritaire identifiée dans la MCRO relative aux soins personnels s'étant transformée en BUT travaillé avec CO-OP avec le MEME ENFANT :

---

17. Pour le but cité ci-dessus remplissez la grille de MCRO suivant :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Importance										
Rendement initial										
Rendement final										
Satisfaction initiale										
Satisfaction finale										

18. Pour le but choisi ci-dessus, indiquez le PQRS initial et le PQRS final que vous avez déterminé

- PQRS initial :
- PQRS final :

CO-OP et participation sociale (toujours pour les enfants 6-12 avec TDC) :

19. L'atteinte des buts choisi par l'enfant permet d'augmenter sa participation sociale ?
    - Toujours
    - Souvent
    - Parfois
    - Jamais

20. Pourquoi selon-vous ?

---

21. Avant l'accompagnement, des parents vous font-ils part de restriction de participation de leur enfant à cause des difficultés liées aux soins personnels (ex : il refuse d'aller à la piscine car il n'arrive pas à se rhabiller seul) ? Si oui indiquez un exemple (répondre dans l'item « autre ») ?
    - Oui
    - Non
    - Autre :

22. Avant l'accompagnement, des <u>parents</u> vous font-ils part de restriction de participation pour eux-mêmes à cause des difficultés de leur enfant (ex : nous n'allons plus au restaurant car notre enfant ne mange pas « proprement ») ? Si oui indiquez un exemple (répondre dans l'item « autre ») ?
    - Oui
    - Non
    - Autre :

23. Avant l'accompagnement, les <u>enfants</u> vous font-ils part de restriction de participation à cause de leurs difficultés liées aux soins personnels (ex : on se moque de moi car je me tâche quand je mange) ? Si oui indiquez un exemple (répondre dans l'item « autre ») ?
    - Oui
    - Non
    - Autre :

24. Après l'intervention, avez-vous eu des retours concernant un changement de participation sociale chez l'enfant ou sa famille grâce à l'atteinte des objectifs (témoignages de situation, changement de comportement, satisfaction de l'enfant…) ? Si oui indiquez un exemple dans l'item « autre)
    - Oui
    - Non
    - Autre :

Annexe IX : Grille d'entretien

Présentation + sujet d'enquête et raison de l'entretien / objectifs principaux (non rédigé pour l'instant)

Les réponses de l'enfant seront attendues avant celles de son parent.

Questions	Réponse de l'enfant	Réponse du parent
1 - Présentation de l'enfant		
2- Objectifs Rappel des objectifs choisis Par qui (choix) ? Pourquoi ?		
3 - Atteinte des objectifs en fin de suivi ? • Exemples • Stratégies / comment ?		
4 - Avis sur CO-OP : Éléments facilitateurs Obstacles Éléments retenus (stratégie…)		
5 - Transfert stratégies à d'autres difficultés au quotidien ?		
6 - Difficultés **participation sociale AVANT** (maison, école, amis, loisirs) : • Exemples :	(Avis de l'enfant sur lui)	(Avis des parents sur eux)
7 - Amélioration **participation sociale APRES** (maison, école, amis, loisirs) : 4. Exemples :	(Avis de l'enfant sur lui)	(Avis des parents sur eux)
8 – Y'a-t-il encore des **difficultés** aujourd'hui ?		
9 - quelque chose à rajouter ?		

L'utilisation de l'approche CO-OP dans l'accompagnement ergothérapique des soins personnels d'enfants ayant un TDC.

Le trouble développemental de la coordination touche de nombreux enfants et a des répercussions sur toutes les sphères de leurs occupations, notamment celle des soins personnels. Les difficultés engendrées auront des répercussions sur leur rendement occupationnel et sur leur participation sociale au quotidien. Dans ce travail, nous chercherons à déterminer si l'approche CO-OP, utilisée en ergothérapie, permet à ces enfants d'atteindre leurs buts concernant les soins personnels et ainsi d'augmenter leur participation sociale. Un questionnaire a été diffusé pendant cinq semaines aux ergothérapeutes formés à CO-OP, 13 réponses ont été obtenues. Les résultats montrent que les soins personnels figurent parmi les objectifs les plus demandés par ces enfants. Par ailleurs, 23% des répondants jugent que CO-OP permet « toujours » l'atteinte des objectifs et 77% répondent « souvent ». De même, 76,9% des interrogés disent avoir des retours relatant d'une amélioration de la participation sociale de l'enfant post-accompagnement. L'hypothèse de recherche tend donc à être validée. L'approche CO-OP, utilisée en ergothérapie semble permettre à ces enfants d'atteindre leurs objectifs et d'augmenter leur participation sociale en leur donnant la possibilité de réaliser des activités signifiantes pour eux qui étaient difficiles voire impossibles auparavant.

Mots-clés : trouble développemental de la coordination (TDC), soins personnels, CO-OP, buts, participation sociale.

The use of the CO-OP approach in the occupational therapy support of self-care of children with DCD

Developmental coordination disorders affect many children and impact all their spheres of occupation, including self-care. The difficulties generated will have impacts on their performance and on their daily social participation. In this work, the use of the CO-OP approach in occupational therapy will be assessed to see whether it allows children to reach their self-care goals, and thus to increase their social participation. During five weeks, a survey was distributed to occupational therapists trained to use CO-OP, 13 answers were obtained. Results show that activities of self-care are the most requested goals for these children. Furthermore, 23% of the interviewees considered that CO-OP "always" allowed the achievement of objectives and 77% answered "often". Moreover, 76,9% of those questioned said they had feedback relating to an improvement in children's social participation after support. So, the hypothesis tends to be validated. The CO-OP approach use in occupational therapy seems to allow these children to achieve their goals and increase their social participation, by allowing them to carry out their meaningfully activities which were difficult or even impossible for them before.

Keywords : developmental coordination disorder (DCD), self-care, CO-OP, goals, social participation

Tiffany SERNA
Maître de mémoire : Cécilia Galbiati