



L'intégration sensorielle en ergothérapie

Accompagner vers l'autonomie l'enfant présentant un
Trouble du Spectre de l'Autisme

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du diplôme
d'Etat d'Ergothérapeute

Session Juin 2019

BARANGER Célia

Sous la direction de ROUL Emmanuel

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute précise que l'unité d'intégration U.E 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'étudiante 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'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

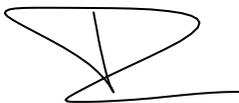
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Célia BARANGER, étudiante 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 20/05/2019.

Signature :



BARANGER Célia.

NOTES 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

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Emmanuel Roul, mon maître de mémoire, pour son accompagnement tout au long de cette année, sa bonne humeur, ses précieux conseils et encouragements.

Merci aux ergothérapeutes et aux parents ayant participé à l'enquête, pour m'avoir consacré du temps et encouragé dans mon travail.

Une pensée envers ma famille ; mes grands-parents, mes parents, mon frère et mes sœurs pour leur soutien et les moments partagés en famille. Je remercie en particulier mon père pour ses relectures et ma grande sœur pour ses talents en anglais.

Un grand merci à mon compagnon, Nicolas pour son soutien durant ces 3 années d'études, pour ses mots d'encouragements, ses relectures et surtout son amour au quotidien.

Enfin, je remercie mes amis d'enfance : Nikita, Clothilde, Guillaume et Raphaël pour ces moments d'amitié passés ensemble, ainsi que mes amies de promotion : Coralie, Lana, Tiffanie, Laurine et Léa, pour leur soutien, cet esprit d'entraide et ces instants partagés avec de nombreux éclats de rires. Une amitié qui s'est créée durant ces trois ans et qui va perdurer.

« Les autistes regardent le monde comme il est vraiment », Allan Snyder.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. CADRE CONCEPTUEL | 3 |
| II. 1 : Troubles du Spectre de l'Autisme (T.S.A)..... | 3 |
| II. 1.1. Historique : évolution nosographique | 3 |
| II. 1.2. Sémiologie | 4 |
| II. 1.3 Facteurs de risques | 6 |
| II. 1.4. Le diagnostic précoce en France | 7 |
| II. 1.5. Thérapies, interventions et accompagnements | 8 |
| II. 1.6. L'intervention précoce en ergothérapie | 10 |
| II. 2 : L'Intégration Neuro-Sensorielle (INS)..... | 12 |
| II. 2.1. Genèse et définition de la théorie..... | 12 |
| II. 2.2. Développement sensoriel de l'enfant | 13 |
| II. 2.3. Troubles du traitement de l'Intégration Sensorielle (TIS)..... | 14 |
| II. 2.4. Intervention en ergothérapie | 18 |
| II. 3 : Le jeu : du sensoriel vers l'autonomie | 21 |
| II. 3.1. Modèle conceptuel ludique de Ferland..... | 21 |
| II. 3.2. Les jeux selon les stades de développement de l'enfant..... | 22 |
| II. 3.3. Le jeu chez un enfant atteint de TSA | 23 |
| II. 3.4. L'intervention ludique en ergothérapie | 24 |
| II. 3.5. Le lien avec l'entourage de l'enfant..... | 27 |
| II. 3.6. Le développement de l'autonomie au quotidien | 29 |

| | |
|---|----|
| III. CADRE PRATIQUE | 31 |
| III. 1 : Méthodologie | 31 |
| III. 1.1. Objectifs de l'étude | 31 |
| III. 1.2. Outils d'investigation | 31 |
| III. 1.3. Population..... | 33 |
| III. 2 : Résultats de l'enquête | 35 |
| III. 2.1. Résultats bruts | 35 |
| III. 2.2. Analyse des résultats | 43 |
| III. 3 : Discussion..... | 52 |
| III. 3.1. Interprétations des résultats | 52 |
| III. 3.2. Limites de l'enquête | 56 |
| III. 3.3. Limites du mémoire..... | 57 |
| III. 3.4. Intérêts du mémoire | 58 |
| IV. CONCLUSION | 59 |
| BIBLIOGRAPHIE | 60 |
| ANNEXES | 66 |

SOMMAIRE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : La pyramide de Williamson. | 13 |
| Figure 2 : Classification diagnostique. | 15 |
| Figure 3 : Le modèle ludique et l'enfant. | 21 |
| Tableau 1 : Informations générales concernant les ergothérapeutes. | 35 |
| Tableau 2 : Population et cadre des séances de thérapie. | 36 |
| Tableau 3 : Outils d'évaluation de l'intégration sensorielle. | 36 |
| Tableau 4 : Troubles de l'intégration sensorielle observés chez les enfants. | 37 |
| Tableau 5 : Le 1 ^{er} entretien avec les parents. | 37 |
| Tableau 6 : Les objectifs de la thérapie d'intégration sensorielle. | 38 |
| Tableau 7 : Réalisation de séances de thérapie en groupe. | 38 |
| Tableau 8 : Interventions thérapeutiques associées à la thérapie. | 38 |
| Tableau 9 : Impacts des troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant. | 39 |
| Tableau 10 : La place du jeu dans la thérapie d'intégration sensorielle. | 39 |
| Tableau 11 : Habilités sociales et adaptatives développées à travers les jeux sensoriels. ... | 40 |
| Tableau 12 : La place des parents et le transfert au domicile au quotidien. | 40 |
| Tableau 13 : Les impacts de la thérapie sur l'autonomie de l'enfant. | 41 |
| Tableau 14 : Présentation de l'enfant. | 41 |
| Tableau 15 : L'accompagnement en ergothérapie de l'enfant. | 42 |
| Figure 4 : Profils des ergothérapeutes. | 43 |
| Figure 5 : Comparaison des outils d'évaluation de l'intégration sensorielle. | 45 |
| Figure 6 : Comparaison des troubles de l'intégration sensorielle. | 45 |
| Figure 7 : Domaines dans lesquels l'enfant est en difficulté au quotidien. | 47 |
| Figure 8 : Comparaison des modalités d'intervention. | 48 |
| Figure 9 : Rôles du jeu dans la thérapie d'intégration sensorielle. | 49 |
| Figure 10 : Habilités sociales et d'adaptation développées à travers le jeu. | 50 |
| Figure 11 : Degrés d'évolution de l'autonomie selon les domaines. | 51 |

I. INTRODUCTION

L'histoire débute en décembre 2017, lorsque j'entreprends la lecture de l'ouvrage autobiographique : *ma vie d'autiste*, de Temple Grandin dans lequel elle retrace des périodes de son histoire personnelle et fait part de ses pensées, sentiments et réactions. Elle dévoile notamment l'envie que sa mère la prenne dans ses bras mais ne supporte pas d'être touchée : « *notre corps crie son envie de contact humain, mais au moment où il se produit, nous reculons de douleur et de confusion* » (Grandin, 2012, p. 56). Paradoxalement, elle apprécie et trouve apaisant d'être compressée entre les parois d'une trappe à bataille : « *la trappe à serrer me donne le sentiment d'être portée, câlinée, bercée doucement dans les bras de Maman* » (Grandin, 2012, p. 140). Je me suis alors questionnée : « Pourquoi Temple Grandin apprécie-t-elle d'être serrée par cette machine mais ne supporte-t-elle pas les étreintes de sa mère ? ».

Le domaine de l'autisme m'intéressant particulièrement, j'ai alors souhaité développer mes connaissances. En mai 2018, je réalise donc un stage au sein d'un Centre Ressources Autisme (CRA). J'ai ainsi pu accompagner des enfants, adolescents et adultes atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme présentant des particularités sensorielles et constater l'impact de ces dernières dans la socialisation. Le cas d'un jeune homme m'a interpellé, ce dernier parvient à exprimer avec une grande finesse et sensibilité sa vie au quotidien et ses difficultés de socialisation. En effet, présentant des particularités sensorielles, il s'isolait afin d'éviter toute stimulation de l'environnement. Ce stage a également été l'occasion de découvrir le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population, en particulier concernant les particularités sensorielles. Cette expérience, m'a ainsi orienté dans le choix de mon sujet de mémoire, qui est également un thème d'actualité.

En effet, enjeu majeur de santé publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) estime que la prévalence des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) avoisine 1% de la population mondiale (HAS, 2018). A l'échelle de la France, d'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (l'ISERM), cela concerne ainsi environ 700 000 personnes dont 100 000 ont moins de 20 ans. Les Troubles du Spectre de l'Autisme résultent d'anomalies neurodéveloppementales. Les premiers signes évocateurs se manifestent le plus souvent au cours de la petite enfance, entre l'âge de 18 et 36 mois puis persistent à l'âge adulte. (Barthélémy, 2018). Le gouvernement met alors en place une Stratégie Nationale pour l'Autisme (2018-2020) à travers des Recommandations de Bonne Pratiques Professionnelles (RBPP) prônant l'importance de diagnostic précoce afin de favoriser l'intervention précoce auprès des enfants atteints de TSA. (HAS, 2018).

J'ai ainsi entrepris des recherches en débutant par le sujet de l'autisme de manière générale, puis sur les particularités sensorielles chez les personnes atteintes de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population. J'ai alors découvert le concept de l'Intégration Sensorielle (IS), ce dernier a été développé en 1972, aux États Unis, par Anna Jean Ayres, ergothérapeute. La thérapie d'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) a pour objectif de faciliter le développement des capacités du système nerveux à traiter les données sensorielles d'une façon plus normale et ainsi de favoriser l'adaptation de l'enfant à son environnement. Par la suite, j'ai remarqué la place du jeu dans cette thérapie et dans le développement de l'enfant.

Ces recherches théoriques et mon expérience en stage m'ont permis d'aboutir à la problématique suivante : « **De quelle manière la mise en place précoce d'une thérapie d'intégration neuro-sensorielle en ergothérapie peut-elle favoriser l'autonomie chez un enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme ?** ».

Nous débuterons dans un premier temps, par l'étude des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) avec notamment leurs manifestations cliniques fréquentes et l'impact sur l'autonomie. Puis, nous nous intéresserons à l'exploration du monde sensoriel à travers la thérapie d'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) en ergothérapie. Enfin, sera présentée, la pratique ludique de cette thérapie à travers le jeu sensoriel en ergothérapie et son transfert au quotidien en abordant le lien avec l'entourage de l'enfant.

II. CADRE CONCEPTUEL

II. 1 : Troubles du Spectre de l'Autisme (T.S.A)

II. 1.1. Historique : évolution nosographique

La terminologie du mot « autisme » a pour origine le grec ancien « *autos* », qui signifie « *soi-même* ». Le psychiatre suisse, Eugen Bleuler, emploie ce terme pour la première fois en 1911 afin de décrire une attitude et une adaptation particulière de ses patients schizophrènes. (Des Rivières-Pigeon & Poirier, 2013).

Par la suite, en 1943, ce terme est à nouveau utilisé par le pédopsychiatre Leo Kanner pour décrire le tableau clinique de trouble du spectre de l'autisme à travers des comportements d'indifférences sociales et de troubles affectifs chez des jeunes enfants. (Des Rivières-Pigeon & Poirier, 2013). Dans son article princeps : *Autistic disturbances of affective contact* (les *troubles autistiques du contact affectif*), Leo Kanner décrit également certains aspects sensoriels et sensori-moteurs chez ces enfants. (Gepner, 2014).

En 1944, le pédiatre autrichien, Hans Asperger, publie l'article princeps : « *Die Autistischen Psychopathen » im Kindesalter* » (les « *psychopathies autistiques* » dans *l'enfance*). Dans ce dernier, il expose ses observations cliniques réalisées sur quatre petits garçons décrits comme présentant : « *un manque d'empathie, une faible capacité à se créer des amis, une conversation unidirectionnelle, une intense préoccupation pour un sujet particulier et de mouvements maladroits* ». Chez ces enfants particuliers, il met au premier plan l'échec d'insertion sociale. De plus, il complète et approfondit la description du monde sensoriel et sensori-moteur. (Gepner, 2014).

En 1979, en continuité avec ces travaux, l'étude de Camberwell menée par Lorna Wing et Judith Gould, définit une « triade de déficience » ou plus communément nommée « triade autistique » caractérisée par : une absence ou un trouble de l'interaction sociale, de la communication et des activités répétitives ou stéréotypées. (Wing & Gould, 1979).

L'ensemble de ces travaux inspirent ainsi les classifications internationales du diagnostic de l'autisme.

II. 1.2. Sémiologie

II. 1.2.1. De la triade à la dyade autistique

En 1994, l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP) publie le 4^{ème} manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux : DSM-4), dans lequel l'autisme et ses troubles associés sont définis comme des Troubles Envahissant du Développement (TED). Les critères diagnostics de l'autisme étaient alors classifiés en une triade autistique de symptômes : trouble de la réciprocité sociale, trouble du langage et/ou de la communication et les activités et intérêts restreints et répétitifs. La catégorie des Troubles Envahissants du Développement était composée de 5 sous-catégories : les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance, les troubles envahissants du développement non spécifiés (TED-non spécifiés), ainsi que le syndrome de Rett. (Vivanti & Vivanti, 2018).

La 10^{ème} version de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10), publiée en 1996 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit également l'autisme à travers une triade autistique. L'autisme est classé dans la catégorie « troubles mentaux et du comportement », dans la section « troubles du développement psychologique » et dans la sous-section « Troubles Envahissants du Développement (TED) ». Elle définit également une triade autistique.

Dix-sept ans plus tard, les dénominations en vigueur utilisées dans le DSM-4 et la CIM-10 laissent place en 2013, avec la publication du DSM-5, au terme de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) regroupant les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger et les TED-non spécifiés, le syndrome de Rett ne faisant désormais plus partie de la classification.

Selon le DSM-5, le Trouble du Spectre de l'Autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux. Les critères diagnostics de Troubles du Spectre de l'Autisme sont alors classifiés en une dyade autistique, à savoir :

A-Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés.

B-Caractère stéréotypés ou répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. (American Psychiatric Association, 2015, p. 55-56).

II. 1.2.1.1. Les altérations de la communication sociale

Le DSM-5 regroupe les atteintes de la communication et celles des interactions sociales sous le terme « d'altération de la communication sociale ».

Concernant le domaine de la communication, des signes peuvent être visibles dès les premiers mois de la vie. L'enfant est alors considéré comme « très sage », calme et indifférent au monde qui l'entoure : il ne réagit pas aux bruits ou encore à l'appel par son prénom. L'enfant ne regarde pas les visages, n'échange pas de regard avec autrui et ne montre pas d'intérêt pour les objets ou jeux fonctionnels (Mars, 1998 ; Wetherby et al., 2004 cités dans Rogé et al., 2008).

Une absence ou un retard de développement du langage peut également être identifié. En cas de présence de langage, ce dernier peut être limité, écholalique, stéréotypé ou composé de néologismes (création de mots) (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

Ainsi, l'enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme va avoir des difficultés à interagir avec autrui et à s'adapter à son environnement et aux réactions d'autrui. « *L'adaptation sociale dépend de la compréhension par l'enfant de ce que l'on attend de lui, ainsi que de ce qu'il attend des autres.* » (Soyez-Papiernik, 2005, p. 71). En effet, l'enfant atteint de TSA a souvent des difficultés à imaginer ce que peut savoir ou ressentir l'autre ou encore à comprendre les sous-entendus ou l'humour. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

II. 1.2.1.2 Caractère stéréotypés ou répétitif des comportements, des intérêts ou des activités

L'enfant atteint de TSA peut présenter un répertoire d'activités ou de centres d'intérêts restreints et personnels comme par exemple s'intéresser uniquement aux modèles de voiture. Il peut également porter un intérêt particulier à des objets en en détournant l'utilisation comme aligner des personnages ou faire tourner inlassablement un stylo. L'enfant va apprécier mettre en place des rituels au quotidien et n'apprécie pas que ces derniers soient bouleversés, en effet il peut présenter une intolérance au changement : il est dans l'incapacité d'anticiper et de s'adapter à toute situation nouvelle. (Barthélémy, 2018).

De nombreux enfants atteints de TSA peuvent également présenter des comportements stéréotypés ou répétitifs (balancements, flapping, etc.) qui peuvent être dus à des particularités sensorielles. (Bogdashina, 2013). Ces dernières peuvent se présenter sous la forme d'une hyper- ou d'une hyposensibilité aux stimuli engendrant des réponses inhabituelles influençant la socialisation de l'enfant. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

Pour synthétiser, les troubles du spectre de l'autisme peuvent être définis selon des troubles majeurs dans trois grands domaines : la communication, la socialisation et l'adaptation. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

II. 1.2.2. Retard mental, troubles et syndromes associés

Les Troubles du Spectre de l'Autisme sont ainsi caractérisés par un large panel de manifestations. De plus, à ces derniers peuvent s'associer divers troubles, anomalies ou syndromes. Dans 70 % des cas, un retard mental de sévérité variable est présent. Le niveau intellectuel est alors évalué, allant de l'autisme dit de haut potentiel (anciennement Syndrome d'Asperger) à l'autisme de bas niveau. Ainsi, afin d'évaluer la sévérité des troubles autistiques chez l'enfant, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande certaines échelles standardisées telles que la CARS (*Childhood Autism Rating Scale* ou *Echelle d'Evaluation de l'Autisme Infantile*) qui quantifie l'autisme à travers 3 niveaux : non-autiste, autisme léger à moyen et autisme sévère. (Adrien, 2011).

On peut également retrouver la qualification « d'autisme syndrome » dans le cadre de maladies génétiques telles que le syndrome de Rett ou le syndrome de l'X fragile. Des anomalies morphologiques ou encore des pathologies neurologiques telles que l'épilepsie peuvent de même être présentes. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

Les personnes atteintes de Trouble du Spectre de l'Autisme présentent également souvent des troubles du sommeil, une hyperactivité, des troubles d'apprentissage, des troubles de l'attention ou encore des troubles psychiatriques (anxiété, dépression, etc.). Ces derniers impactent leur vie quotidienne. (Barthélémy, 2018).

II. 1.3 Facteurs de risques

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « De nombreux facteurs génétiques, anténataux et environnementaux sont suspectés d'augmenter le risque de TSA avec des niveaux de preuve plus ou moins élevés et des hypothèses de mécanismes plus ou moins démontrés. ». Ainsi, la synthèse de l'état des connaissances publiée en 2010 concluait notamment que : l'autisme infantile est quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Le risque de TSA est augmenté en cas d'antécédents familiaux de TED et l'âge avancé des parents lors de la naissance de l'enfant serait un facteur de risque de TSA. Des antécédents médicaux, pré- et périnataux et environnementaux pourraient également impacter la prévalence de TSA. (HAS, 2010).

II. 1.4. Le diagnostic précoce en France

Actuellement, le dépistage des Troubles du Spectre de l'Autisme repose sur un suivi du développement de l'enfant entre 0 et 6 ans, réalisé par les médecins dits de 1^{ère} ligne¹. A travers des entretiens, des observations cliniques et examens de santé obligatoires, des signes précoces peuvent être décelés. (HAS, 2018).

Les signes à repérer et à identifier sont présents aux différentes étapes du développement de l'enfant et cela dès la première année de vie (passivité, irritabilité, particularités alimentaires, troubles d'ajustement tonico-postural, troubles moteurs, exploration inhabituelle de l'environnement et des objets, etc.). Puis, à partir de l'âge de 18 mois, les signes sont plus facilement identifiables, il s'agit en particulier de difficultés dans l'engagement et la réciprocité relationnelle, aux jeux sociaux et symboliques ainsi qu'aux réponses sensorielles. Concernant ce dernier aspect, les particularités sensorielles, sont parmi les premiers signes d'alerte. (Caucal & Brunod, 2014). Enfin, chez les jeunes enfants, certains signes sont considérés comme source « d'alerte majeure » : absence de babillage, de pointage ou de gestes sociaux pour communiquer à 12 mois, une absence de mots à l'âge de 18 mois et une absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois. (HAS, 2018).

Selon les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de la HAS, l'identification de ces signes d'alerte est une démarche commune aux parents de l'enfant et à toute personne ayant potentiellement une influence sur son développement (professionnels de la petite enfance, enseignants, psychologues, etc.). En effet, la prise en compte des impressions et inquiétudes concernant le développement, en particulier à propos des habiletés langagières et/ou relationnelles, est fondamentale pour permettre un dépistage et un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

Afin de répondre à une demande croissante de diagnostic, le plan autisme de 2005, instaure la création d'un Centre Ressource Autisme (CRA) dans chaque région de France. La circulaire du 8 mars 2005 en rappelle les missions dont, entre autres, l'accueil et le conseil aux personnes et à leur famille et la réalisation d'évaluations et de diagnostics. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012 ; Centre-Val-de-Loire, 2018 ; HAS, 2018). En effet, selon la FFP-HAS 2005, le diagnostic clinique des Troubles du Spectre de l'Autisme requiert l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés et expérimentés dans le domaine de l'autisme dans des structures comme des CRA, CAMPS², CMPP³, service de pédiatrie, etc.

¹ Médecin généraliste, médecin de la Protection Maternelle Infantile, pédiatre, etc.

² Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.

³ Centre Médico Psycho Pédagogique.

De ce fait, le diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme est établi cliniquement sur des anomalies ou altérations du comportement de l'enfant dans trois domaines. Le premier concerne la réciprocité sociale, le second la communication et le troisième les activités et intérêts restreints et répétitifs. Ces retards ou dysfonctionnements dans ces domaines doivent survenir avant l'âge de 3 ans. (Rogé et al., 2008).

Afin de dépister et diagnostiquer précocement un Trouble du Spectre de l'Autisme des outils sont utilisés. L'ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule ou Echelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme*) est l'un de ces outils et permet d'évaluer la communication, les interactions sociales et le jeu chez des enfants âgés entre un à seize ans. En complément, l'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised ou entretien de diagnostic de l'autisme*) peut être utilisé. Il se présente sous la forme d'un entretien semi-structuré avec les parents du jeune enfant concernant les interactions sociales réciproques, la communication et le langage ainsi que les comportements stéréotypés et répétitifs. De plus, *L'échelle des comportements socio-adaptatifs de Vineland (Vineland Adaptativ Behavior Scales)* est fréquemment utilisée au sein des CRA comme aide pour établir un diagnostic. Elle permet de mesurer l'autonomie dans la vie quotidienne des enfants âgés entre 3 à 18 ans à travers les domaines de la communication, la socialisation, la motricité, la vie quotidienne et les comportements inadaptés. Cette échelle définit les comportements adaptatifs comme « *l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permettent de fonctionner au quotidien* » (définition de l'AAMR *American Association of Mental Retardation*, 2003 cité dans *Comprendre l'autisme*, 2019). Cet outil est donc pertinent pour visualiser les points forts et points faibles des comportements socio-adaptatifs de l'enfant afin de permettre une intervention adaptée selon les difficultés rencontrées au quotidien. Elle peut également être utilisée à plusieurs reprises afin de suivre l'évolution de l'enfant durant son accompagnement. (*Comprendre l'autisme*, 2019).

Ainsi, la Stratégie Nationale pour l'Autisme de 2018, mise en place par le gouvernement, prône l'importance du diagnostic précoce afin de favoriser l'intervention précoce auprès des enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme. (HAS, 2018).

II. 1.5. Thérapies, interventions et accompagnements

II. 1.5.1. Les différentes approches

Il existe de nombreuses approches afin d'accompagner les enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme. Toutefois, elles sont nombreuses à faire l'objet de controverses.

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'appuie alors sur des études certifiant un niveau de preuve scientifique pour mettre en place des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP). Ces dernières définissent 2 catégories d'interventions qualifiées de « globales » ou « focalisées ».

II. 1.5.1.1. Les approches globales

Les approches d'interventions dites globales visent à « *répondre aux besoins multidimensionnelles de la personne* » (HAS, 2012, p. 48). Elles s'intéressent ainsi à l'enfant d'une manière globale à travers tous ses domaines de fonctionnement : moteur, sensoriel, comportemental ou encore concernant ses interactions sociales. Les interventions comportementales, éducatives et développementales sont ainsi recommandées. Les plus connues sont respectivement : la méthode ABA (« *analyse appliquée du comportement* »), le programme développemental de Denver et le programme TEACCH (« *traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication* »). (HAS, 2012, p. 24). De plus, concernant les approches développementales de type « intégratives », la HAS en reconnaît la pertinence notamment pour la thérapie d'Echange et de Développement (TED) qui s'intéresse aux besoins singuliers de chaque enfant TSA.

II. 1.5.1.2. Les approches focalisées

Les approches « focalisées » sont dites spécifiques, en effet elles concernent uniquement un domaine précis du fonctionnement de l'enfant. Ces interventions sont préconisées uniquement si elles interviennent dans le cadre de programmes globaux, permettant ainsi une complémentarité. La thérapie dite « d'intégration sensorielle » est l'une de ces approches focalisées. Le manque d'études scientifiques ne permet pas à la HAS d'appuyer son efficacité. Toutefois, elle en reconnaît les bénéfices dans de nombreux domaines pour les enfants TSA présentant des particularités sensorielles ou motrices. La thérapie d'intégration sensorielle sera développée par la suite dans cet écrit.

A propos de toutes ces approches, la HAS souligne l'importance d'interventions précoces, personnalisées, pluridisciplinaires et élaborées en partenariat avec les parents et leur enfant. En effet, afin de favoriser le développement de l'enfant atteint de TSA, il est préférentiellement recommandé que ces dernières débutent avant l'âge de 4 ans, dans les 3 mois suivants le diagnostic de TSA. Ce texte reconnaît également l'ergothérapeute comme un professionnel habilité à intervenir auprès de cette population pédiatrique atteinte de troubles du spectre de l'autisme. (HAS, 2012, 2018).

II. 1.6. L'intervention précoce en ergothérapie

II. 1.6.1. L'ergothérapie

L'arrêté du 5 Juillet 2010 définit le métier d'ergothérapeute à travers ses compétences et référentiels d'activités. L'ergothérapeute est ainsi décrit comme : « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». (Quillet, 2010, p. 170). Pour cela il évalue les domaines moteurs, sensoriels ou encore cognitifs de la personne et s'intéresse à ses besoins, habitudes de vie et facteurs environnementaux. Ainsi, il peut adopter un accompagnement centré sur la personne : il éduque, rééduque et réadapte à travers l'activité afin de favoriser l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale.

II. 1.6.2. L'intervention précoce auprès des enfants TSA

Selon les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par la HAS, l'ergothérapeute est reconnu comme un professionnel sollicité pour favoriser l'autonomie tant personnelle (repas, habillage, etc.) que sociale (temps de jeux, d'échanges avec autrui, etc.) de l'enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme.

L'ergothérapeute intervient en particulier en cas de troubles praxiques, toniques, posturaux, gnosiologiques ou sensoriels. Afin d'amoindrir l'impact de ces derniers dans la vie quotidienne, des séances de rééducation et des aménagements de l'environnement peuvent être mis en place par l'ergothérapeute. (HAS, 2012).

L'autisme étant un trouble neurodéveloppemental d'apparition précoce, la HAS souligne l'importance d'une prise en charge précoce de l'enfant TSA, c'est-à-dire entre l'âge de 0 à 6 ans. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). Une étude met en avant l'expertise des ergothérapeutes dans cette intervention précoce auprès de ces bébés et enfants TSA. (Hébert, Kehayia, Prelock, Wood-Dauphinee et Snider, 2014 cité dans L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2015).

« *Agir plus tôt pour influencer le développement global de l'enfant est l'idée directrice de l'action précoce* » (Santinelli, 2015, p. 399). Pour cela, les actions précoces de l'ergothérapeute en pédiatrie sont en particulier centrées sur l'intégration sensori-motrice et le développement d'habiletés de jeux et d'interactions sociales. (Chantal de Ruelle, 2011). L'ergothérapeute a ainsi pour rôle d'accompagner le jeune enfant TSA et son entourage à mieux comprendre l'impact au quotidien des particularités sensorielles. La collaboration avec les parents de l'enfant est primordiale pour cet accompagnement et va ainsi permettre de favoriser les échanges précoces avec leur enfant au quotidien.

Afin d'évaluer les particularités sensorielles du jeune enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme, l'ergothérapeute peut utiliser divers outils.

Le Profil perceptif sensoriel d'Olga Bogdashina est réalisé par l'ergothérapeute en collaboration avec les parents de l'enfant. Les réponses de ces derniers concernant les particularités sensorielles de leur enfant, permettent de réaliser un demi-disque qualifié « d'arc-en-ciel » afin de visualiser les différents secteurs du développement sensoriel de l'enfant qui présentent le plus de particularités. (Caucal & Brunod, 2014).

L'ergothérapeute peut également demander aux parents de remplir un questionnaire : le Profil Sensoriel de Winnie Dunn. Cette évaluation permet de définir les domaines de traitement sensoriel présentant un fonctionnement particulier et atypique chez l'enfant.

Ces évaluations servent ainsi à dresser un profil sensoriel subjectif du jeune enfant atteint de TSA. En parallèle de ces évaluations, l'ergothérapeute réalise également des observations cliniques. Cela va permettre de déceler les particularités sensorielles de l'enfant et de comprendre leur impact dans la vie quotidienne. L'ergothérapeute pourra alors préconiser une intervention personnalisée « focalisée » ayant pour objectif de favoriser l'intégration de ces informations sensorielles. (Adrien, 2011). La thérapie d'intégration neuro-sensorielle fait partie de ces interventions focalisées.

II. 2 : L'Intégration Neuro-Sensorielle (INS)

II. 2.1. Genèse et définition de la théorie

La théorie de l'Intégration Sensorielle est développée dans les années 70 aux Etats-Unis par Ana Jean Ayres (1920-1989), ergothérapeute et docteure en neurosciences et psychologie du développement. Elle est fondée sur de nombreux travaux dont ceux de Charles S. Sherrington⁴ et Jean Piaget⁵.

Ayres définit l'intégration sensorielle comme « *le processus neurologique qui organise les sensations issues de son propre corps et de l'environnement et qui permet d'utiliser le corps de manière efficace dans l'environnement* » (A. J. Ayres & Robbins, 1979 ; Bundy, Lane, & Murray, 2002, p. 11).

Deux termes à définir émanent de cette théorie : l'intégration et la sensorialité.

L'intégration est un processus neurologique central complexe. A la suite d'un stimulus, les récepteurs spécifiques de nos organes sont sollicités et vont avoir pour rôle le traitement, la filtration et la sélection de ce flux d'informations. Cela constitue le stade de perception. Puis, ces éléments perçus sont stockés. Dans un second temps, le décodage central de ces informations est réalisé : l'information est transportée par des circuits de neurones et traduits en signaux neuronaux, elle est transcodée, comparée, mise en relation avec le stock déjà mémorisée, recomposée et enfin renvoyée en feed-back pour une part, et pour l'autre restockée en mémoire. C'est l'ensemble de cette opération qui constitue l'intégration. (D. Ray-Kaeser, 2013, p. 14 ; Soyez-Papiernik, 2005, p. 9).

La sensorialité constitue l'appareil nerveux récepteur captant l'information et la transportant jusqu'au cerveau. Les organes mesurent ainsi les caractéristiques physiques et chimiques des informations provenant de l'environnement. (Soyez-Papiernik, 2005).

Cette théorie de l'intégration neuro-sensorielle ou intégration sensorielle comporte trois composantes : tout d'abord la première concerne le développement sensoriel typique de l'intégration sensorielle, la seconde définit le dysfonctionnement intégratif sensoriel, puis la troisième expose les programmes d'intervention. (Bundy et al., 2002). Ces composantes vont être exposées successivement dans la suite de cet écrit.

⁴ Charles S. Sherrington (1857-1952), neurophysiologiste anglais, publication : *L'action intégrative du système nerveux* (1906) : la communication synaptique entre neurones du système nerveux central.

⁵ Jean Piaget (1896-1980), psychologue et biologiste suisse, le stade sensori-moteur du développement de l'enfant comme base de développement de son intelligence.

II. 2.2. Développement sensoriel de l'enfant

Le développement de l'intégration neuro-sensorielle débute dès la vie utérine. En effet, le fœtus, perçoit les mouvements du corps de la mère, les pressions sur le ventre ou encore les contractions utérines. Ainsi, il commence à développer ses sens tactiles, proprioceptifs et vestibulaires ainsi que les autres modalités sensorielles. A sa naissance, le nouveau-né connaît alors un développement sensoriel avancé. Puis, il continuera à se développer au cours des années de sa vie à travers des expériences et interactions avec son environnement. (Dayan, 2015).

Au cours de la période de développement entre la naissance et l'âge de 2 ans, Piaget décrit un stade « sensori-moteur ». Pour l'enfant, cette période est caractérisée par la découverte de son propre corps en mouvement ainsi que de l'environnement à travers l'utilisation de matériaux de nature sensorielle et motrice. L'activité psychique est alors dite pratique et d'action, en effet les réponses adaptatives de l'enfant sont alimentées par ses sensations, source de connaissances par la suite.

En effet, jusqu'à l'âge de 7 ans, au cours du « stade pré-opératoire », l'enfant acquiert de nombreuses compétences dans le domaine des représentations mentales. Il va accéder aux aspects symboliques des objets et des relations sociales.

Selon la pyramide du développement de Williamson, les systèmes sensoriels sont à la base du développement.

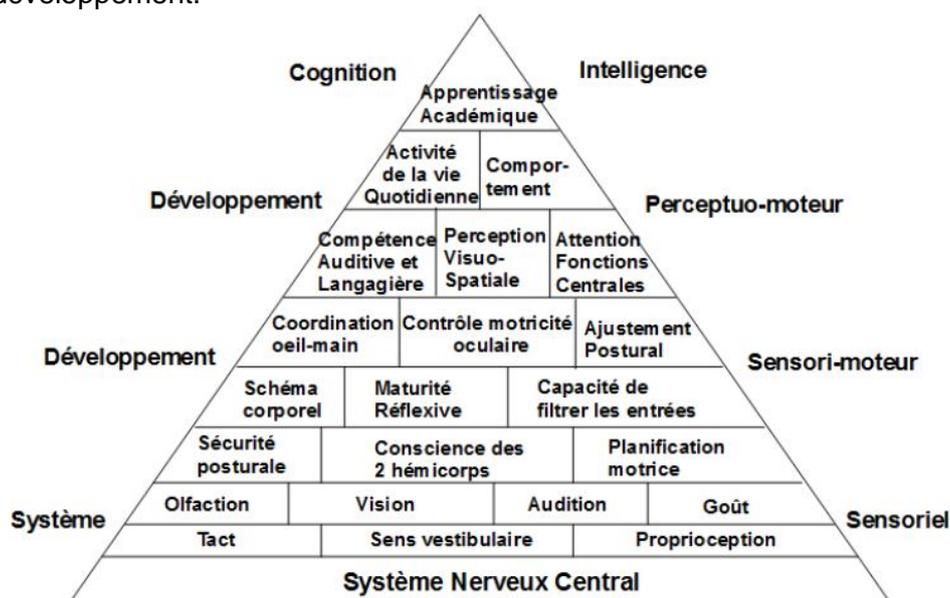


Figure 1 : La pyramide de Williamson, tiré de l'article : *Autismes et troubles sensoriels : expériences en ergothérapie* (2010), de Delphine Dechambre.

Cette dernière illustre le fait qu'il n'existe non pas cinq mais sept sens. La base de cette pyramide est ainsi constituée de trois modalités sensorielles : le sens du tact ainsi que deux systèmes : vestibulaire et proprioceptif. (Dechambre, 2010). Le système vestibulaire correspond au sens de l'équilibre et renseigne sur la position de la tête et les mouvements et le système proprioceptif aide à la prise de conscience de son corps et renseigne sur l'état et la position des parties du corps. (Caucal & Brunod, 2014, p. 53 ; Soyez-Papiernik, 2005).

L'intégration neuro-sensorielle constitue donc une base du développement sensori-moteur de l'enfant, lui permettant ainsi de se mouvoir et d'acquérir le langage. Ce processus se développe exponentiellement au cours de la petite enfance. Il va alors permettre d'établir progressivement des bases d'apprentissages ultérieurs plus complexes tels que manipuler des outils, écrire, lire, jouer ou encore d'interagir avec ses pairs de manière adaptée. (Babington, 2017 ; Bullinger, 2015 ; Joly, 2018).

La seconde composante de la théorie de l'INS concerne le dysfonctionnement intégratif sensoriel. (Bundy et al., 2002).

II. 2.3. Troubles du traitement de l'Intégration Sensorielle (TIS)

Le terme de dysfonctionnement intégratif sensoriel résulte de nombreuses recherches. (Ayres, 1972, 1977, 1989 ; Fisher, Murray et Bundy, 1991 ; Bundy, Lane et Murray, 2002 cités par Dufour et Ray-Kaesler, 2013). Il comprend des troubles de la modulation sensorielle, posturaux ou encore praxiques. Cette terminologie a évolué pour laisser place aux *troubles du traitement des stimuli sensoriels* ou *Sensory Processing Disorder* ou *troubles du traitement de l'intégration sensorielle*. Ces derniers sont recensés dans des classifications diagnostics ⁶.

J. Ayres définit les troubles d'intégration sensorielle comme « *une incapacité du cerveau à donner un sens aux sensations afin de pouvoir les organiser en perception puis finalement arriver au concept.* » (Ayres, 1979, cité dans Bogdashina, 2013, p.33).

La thérapie d'intégration sensorielle développée par Jean Ayres est utilisée en cas de troubles de l'intégration sensorielle. (Dufour, 2018). De nombreux enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme présentent des difficultés d'intégration sensorielle. Leurs systèmes nerveux sont alors incapables d'organiser, de réguler, de trier et/ou d'utiliser les informations sensorielles perçues pour fonctionner d'une manière adaptée dans la vie quotidienne.

⁶ Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (Zero to Three, 2005).

Manuel diagnostique de la première et petite enfance (Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, 2005).

En effet, chez cette population, les taux de prévalence des troubles du traitement sensoriel sont estimés entre 40% à plus de 90% (Baker, Lane, Angley et Young, 2008 ; Baranek, David, Poe, Stone et Watson, 2006 ; Tomchek & Dunn, 2007 cités dans Roley et al., 2014).

Selon plusieurs études, dont celle de Ahn et al. (2004), environ 5% des enfants allant à l'école maternelle, soit âgés de 2 à 6 ans, présenteraient des signes de troubles du traitement des informations sensorielles. (Ray-Kaeser & Dufour, 2013). Ces désordres neurologiques peuvent concerner toutes les modalités sensorielles citées auparavant. (Babington, 2018).

Une hiérarchisation de ces troubles peut être schématisée ainsi :

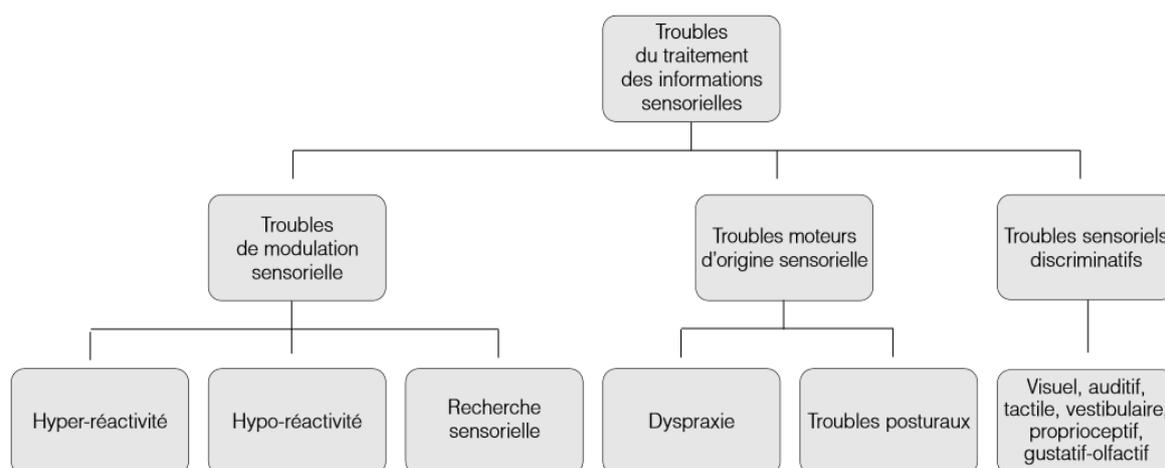


Figure 2 : *Classification diagnostique*, traduit librement de Miller, Azalone, Cermak et Osten (2007), tiré de l'article : *Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle* (2013), de Sylvie Ray-Kaeser et Cécile Dufour.

II. 2.3.1. Troubles de modulation sensorielle

Ayrès définit la modulation sensorielle comme « *la régulation par le cerveau de sa propre activité* ». (A. J. Ayres & Robbins, 1979, p. 182 ; Bogdashina, 2013, p. 189). Elle permet ainsi de produire des réponses graduées et adaptées à un stimulus sensoriel provenant de l'environnement. (Parham et Mailloux, 1996, cité dans Bogdashina, 2013).

Toutefois cette faculté peut être altérée ; des jeunes enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme peuvent présenter des troubles de la modulation sensorielle avec des taux de réponses inhabituelles aux stimulus sensoriels pouvant atteindre 90%. (Suarez, 2012). Ainsi, en cas de troubles de la modulation sensorielle, le système nerveux central présente des difficultés à réguler et moduler l'intensité et la nature des réponses (sociales, comportementales, émotives) à un stimulus provenant de l'environnement. Selon la classification diagnostic (figure 2) ces troubles regroupent : l'hyper-réactivité, l'hypo-réactivité et la recherche sensorielle.

II. 2.3.1.1. L'hyper-réactivité

On parle d'hyper-sensibilité sensorielle lorsque le système nerveux n'arrive pas à filtrer tous les stimulus sensoriels, le cerveau reçoit alors une multitude d'informations sensorielles et se retrouve dans l'incapacité de les traiter afin d'y apporter une réponse adaptée.

Un enfant hyper-sensible peut alors réagir à travers une réaction d'hyper-réactivité, c'est-à-dire que sa réponse à la stimulation sensorielle sera excessive. Toute son attention va être portée sur cette multitude d'informations sensorielles, ainsi l'enfant peut se mettre en colère ou être effrayé dans un environnement trop lumineux pour lui par exemple. Il peut également présenter des activités et des intérêts persévérants et répétitifs comme la production de bruits itératifs pour bloquer les autres sons de l'environnement.

La littérature met également en lien l'hypersensibilité et la sélectivité alimentaire chez les enfants TSA. Environ 40 à 60 % de ces enfants présentent en effet un panel restreint d'aliments qu'ils acceptent de manger, source d'inquiétude pour les parents. Cette sélectivité alimentaire peut être due aux textures des aliments, à leur goût ou encore leur odeur.

Pour éviter toutes ces stimulations vécues comme désagréables ou dangereuses, l'enfant peut adopter un autre comportement : l'évitement de ces sensations. L'enfant peut alors se replier sur lui-même, éviter les environnements bruyants avec du monde et ainsi s'isoler progressivement socialement. Ces enfants vont également éviter les situations de jeu avec d'autres enfants et préféreront jouer seul ou avec des adultes.

Il peut également mettre en place des rituels afin d'accoutumer son système nerveux à ces stimulations sensorielles. (Ray-Kaeser, 2013 ; Suarez, 2012).

II. 2.3.1.2. L'hypo-réactivité

Au contraire, l'enfant peut présenter une hyposensibilité. Cela signifie que seuls les stimuli de fortes intensités sont traités par son système nerveux, ainsi peu d'informations sont reçues par le cerveau. Ce dernier n'a alors pas les informations nécessaires pour générer une réponse adaptée à la stimulation sensorielle. L'enfant peut être hypo-réactif ; il semble insensible aux stimulations de l'environnement qui l'entourent. Les parents peuvent relever une absence de réponse à son prénom, peu de réaction à la douleur, etc. Selon des études, l'hypo-réactivité serait associée à des troubles du fonctionnement adaptatif, de la communication et des capacités sociales. (Liss et al., 2006 cité dans Dunn et al., 2018).

II. 2.3.1.3. Recherche sensorielle

D'autres enfants hyposensibles, vont eux être en recherche de sensations, ils vont chercher à fournir un nombre suffisant de stimulations pour engendrer une réponse. Ces enfants peuvent alors être décrits comme agités ou bruyants.

Ils vont courir, sauter, grimper jusqu'à des hauteurs dangereuses ou encore toucher ou sentir leurs pairs, etc. Ces comportements inadaptés et parfois dangereux rendent les relations sociales difficiles. (Suarez, 2012).

II. 2.3.2. Troubles moteurs d'origine sensorielle

De nombreux enfants atteints de TSA présentent des particularités dans le développement moteur, ces dernières peuvent avoir une origine sensorielle. (HAS, 2018).

II. 2.3.2.1. Dyspraxie ou trouble développemental de la coordination

La praxie peut être définie comme : « *la capacité à apprendre, à mémoriser et éventuellement à automatiser une séquence d'actions pour accomplir un geste intentionnel.* » (Babington, 2018, p. 158). Les gestes du quotidien tels que manger, s'habiller ou encore faire du vélo, font donc appel à ces capacités praxiques.

Selon Ayrès, la dyspraxie est due à un trouble du traitement des informations sensorielles tactiles et parfois vestibulaires et proprioceptives. Ce trouble est développemental ; il influence le développement de l'enfant, notamment dans le domaine moteur. (J. A. Ayres & Soechting, 2013). Un jeune enfant dyspraxique moteur présente alors des difficultés à concevoir, planifier et réaliser des activités. L'enfant peut avoir des difficultés à utiliser les informations provenant de son propre corps ainsi que de son environnement. Cela va engendrer un apprentissage plus complexe pour réaliser et apprendre de nouvelles tâches. L'enfant dyspraxique peut alors avoir du mal à réaliser diverses activités de la vie quotidienne, il semble maladroit, son jeu est limité, il peine à l'école pour dessiner, écrire ou mémoriser, etc. (Babington, 2018 ; Gaudet, Giguère, Nancy, & Talbot, 2013).

II. 2.3.2.2. Troubles posturaux

Les enfants atteints de TSA peuvent également présenter des troubles posturaux d'origine sensorielle. Une hyposensibilité proprioceptive peut se traduire par une mauvaise adaptation posturale et tonique, à l'origine d'un faible tonus musculaire ou encore de maladresse motrice. L'enfant a des difficultés à situer son corps dans l'espace, il a tendance à lâcher les objets, à trébucher ou à se cogner. Des troubles du tonus musculaire peuvent également être présents chez ces jeunes enfants, ces derniers sont alors décrits comme hypo- ou hypertoniques. L'ensemble de ces troubles posturaux ont un impact sur le développement du jeune enfant. (Degenne-Richard, Wolff & Adrien, 2014).

II. 2.3.3. Troubles sensoriels discriminatifs

Des troubles sensoriels discriminatifs peuvent aussi être décelés chez ces enfants. Ces derniers peuvent concerner toutes les modalités sensorielles (tactile, vestibulaire, etc.). L'enfant a alors des difficultés à discriminer les stimuli provenant de l'environnement, il perçoit ces dernier mais ne parvient pas à les localiser, les distinguer parmi d'autres, etc. Dans le cadre d'un environnement bruyant, il peut alors ne pas différencier des sons de paroles lorsqu'on l'appelle par son prénom, à d'autres sons comme ceux provenant de la télé par exemple. (HAS, 2018).

L'ensemble de ces troubles du traitement de l'intégration sensorielle a un impact sur le développement du jeune enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme. En effet, le traitement des informations sensorielles est lié aux compétences sociales, adaptatives, comportementales, émotionnelles ou encore scolaires. (Dunn et al., 2018).

Ainsi, afin d'accompagner ces jeunes enfants à mieux traiter ces données sensorielles, la théorie de l'intégration sensorielle considère des programmes d'intervention, en particulier en ergothérapie. (Bundy et al., 2002).

II. 2.4. Intervention en ergothérapie

II. 2.4.1. Evaluation

« *La prise en compte des aspects sensoriels est capitale dans la compréhension et la prise en charge des troubles autistiques* » (Caucal & Brunod, 2014, p. 27).

Ainsi, avant de débiter tout accompagnement auprès d'un jeune enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme, l'ergothérapeute s'intéresse au traitement de l'information sensorielle chez cet enfant. Pour cela, il peut procéder à une évaluation à travers divers outils.

Le *Profil Sensoriel* (Dunn, 2010), est actuellement l'évaluation la plus utilisée par les ergothérapeutes en France. En effet, c'est la seule évaluation validée et bénéficiant d'une traduction française du « *Sensory Profile* » (Dunn, 1999). Elle est réalisée sous la forme d'un questionnaire destiné aux proches ou parents du jeune enfant. Cet outil de dépistage permet de renseigner sur le comportement sensoriel de l'enfant au quotidien afin de dresser un profil spécifique relatif aux particularités sensorielles selon trois grands domaines : le traitement sensoriel, la modulation sensorielle et les comportements et réponses émotionnelles. Le *Profil sensoriel* permet ainsi à l'ergothérapeute de mettre en évidence les troubles du traitement de l'information sensorielle chez l'enfant et ses impacts dans les domaines de la vie quotidienne. (Adrien, 2011 ; Ray-Kaeser, 2013 ; Turrette & Guedeney, 2012).

Il existe également d'autres outils utilisés par les ergothérapeutes. Les plus évoqués et utilisés selon la littérature sont : le *Sensory Profile Checklist Revised* (Bogdashina, 2003), le *Sensory Integration and Praxis Tests* (Ayres, 1989), les *Observations Based on Sensory Integration Theory* (Blanche, 2002) et les *clinical observations* (Bundy, Lane et Murray, 2002).

Le *Sensory Profile Checklist Revised (SPCR)* ou *Profil perceptif sensoriel* d'Olga Bogdashina est spécifiquement adapté aux enfants avec autisme. C'est un questionnaire s'adressant aux parents de l'enfant permettant de visualiser, sous l'aspect d'un « arc-en-ciel », les secteurs de développement sensoriel chez l'enfant présentant le plus de particularités et l'impact de ces dernières au quotidien.

Le *Sensory Integration and Praxis Tests (SIPT)*, développé par Ayres, permet d'évaluer les particularités sensorielles, les praxies et la motricité du jeune enfant dès l'âge de 4 ans.

Les *Observations Based on Sensory Integration Theory* et les *clinical observations* permettent à l'ergothérapeute, d'observer et d'évaluer les troubles de l'intégration sensorielle chez le jeune enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme. (Caucal & Brunod, 2014 ; Ray-Kaeser, 2013).

Ces outils, l'observation et la collaboration avec les proches de l'enfant permettent ainsi à l'ergothérapeute de dresser un profil sensoriel de l'enfant afin de sélectionner des outils et activités adaptés à ses particularités.

II. 2.4.2. Les objectifs et principes

Le principal objectif pour Jean Ayres, lors de l'élaboration de la thérapie d'intégration sensorielle, était de déceler la cause sous-jacente aux difficultés de l'enfant afin de mettre en place un accompagnement adapté et spécifique à ses besoins. (Ayres, 1972a, 1975a, 1979 cité dans Bundy et al., 2002). Ainsi, l'ergothérapeute évalue les troubles du traitement de l'information sensorielle et l'accompagne afin d'améliorer le traitement de ces stimuli. Selon Sylvie Ray-Keaser et Cécile Dufour : « *L'approche vise à fournir à l'enfant des expériences sensorielles riches et variées, lui offrant un challenge et nécessitant qu'il ajuste son comportement à l'intensité des stimuli environnants.* » (Ray-Kaeser & Dufour, 2013, p. 15). Cette thérapie a ainsi pour but de favoriser les habilités motrices, tonico-posturales ou encore praxiques et ainsi permettre à l'enfant de mieux organiser son comportement tant au niveau de sa participation dans les activités de la vie quotidienne, que scolaires ou sociales.

Les grands principes de la théorie de l'intégration sensorielle furent établis par Ayres et sont basés sur l'hypothèse qu'une stimulation tactile, proprioceptive et vestibulaire simultanées pourrait favoriser le développement des capacités d'intégration sensorielle chez le jeune enfant atteint d'autisme.

Actuellement, des ergothérapeutes appliquent rigoureusement ces principes. Toutefois, à travers l'évolution des connaissances au cours des années, ont émergé de nouveaux principes d'intervention pour cette thérapie. Cette dernière peut alors prendre diverses formes selon l'ergothérapeute qui la pratique et les particularités sensorielles du jeune enfant atteint de TSA. (Bogdashina, 2013).

L'intégration sensorielle multiple préconise l'exposition à une stimulation simultanée de plusieurs modalités sensorielles. Cela peut permettre d'évaluer les causes qui peuvent être à l'origine de surcharge sensorielle chez l'enfant.

La désensibilisation est réalisée par l'ergothérapeute à travers des activités sensorielles ludiques dans le but d'augmenter le seuil d'éveil et ainsi de procurer une réponse adaptée de la part de l'enfant.

De plus, en complémentarité avec la thérapie d'intégration sensorielle, une adaptation de l'environnement de l'enfant peut également être réalisée afin de favoriser le développement des habilités nécessaires aux activités de la vie quotidienne. (Wilbarger, 1995 cité dans Bogdashina, 2013).

La thérapie d'intégration sensorielle vise donc à développer les capacités d'intégration sensorielle chez le jeune enfant atteint de TSA. Quelle que soit la forme utilisée par l'ergothérapeute, elle doit être adaptée aux besoins spécifiques de chaque enfant et être réalisée dans un contexte signifiant et ludique. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

Dans le cadre de la thérapie d'intégration neuro-sensorielle, le jeu est ainsi utilisé en ergothérapie. (Santinelli, 2015).

II. 3 : Le jeu : du sensoriel vers l'autonomie

II. 3.1. Modèle conceptuel ludique de Ferland

Le modèle ludique de Ferland reconnaît le jeu comme un « *processus naturel permettant à l'enfant de développer tant ses capacités d'adaptation et d'interaction avec les autres que son autonomie.* (Morel-Bracq, 2017, p. 151). A travers le jeu, l'enfant découvre ainsi l'environnement qui l'entoure et développe diverses habilités influençant notamment sur sa façon de s'adapter à ce dernier et à interagir avec autrui. (Ferland, 2003).

Ce modèle est omniprésent dans la pratique en ergothérapie en pédiatrie. En effet, « *Ce modèle est en cohérence avec les concepts fondamentaux de l'ergothérapie : la nature occupationnelle de l'être humain, le besoin d'agir sur l'environnement, l'approche holistique centrée sur l'enfant et l'adaptation.* » (Morel-Bracq, 2017, p. 151). L'intervention ludique en ergothérapie est ainsi centrée sur l'enfant, son entourage et le jeu.

Ce modèle caractérise le jeu selon 3 éléments en interactions réciproques : l'attitude ludique, l'action et l'intérêt.

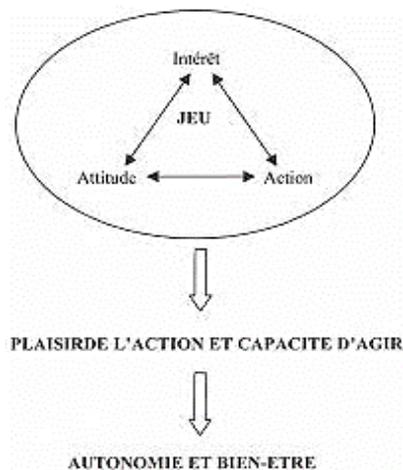


Figure 3 : Le modèle ludique et l'enfant : cadre conceptuel, tiré de l'ouvrage : Ergothérapie en pédiatrie (2015), de Alexandre Aude et al.

L'attitude ludique correspond tout d'abord au plaisir qui est essentiel pour que l'enfant souhaite maintenir cette sensation agréable pour lui. Cela va éveiller sa curiosité, une prise d'initiative, une spontanéité ou l'envie de relever des défis. L'enfant va ainsi progressivement développer un intérêt pour ce jeu et le plaisir de l'action à réaliser cette activité ludique. En cas de difficultés, le jeune enfant atteint de TSA est invité à prendre des initiatives, à faire des choix, à s'adapter à diverses situations et ainsi à contrôler son environnement. Toutes les habilités développées dans ce cadre ludique ont pour but d'amener l'enfant vers une plus grande autonomie. (Santinelli, 2015).

Ce modèle ludique, à travers le jeu, permet donc un accompagnement de l'enfant tout au long de son développement, tout d'abord au niveau sensoriel, puis moteur, cognitif, affectif et social. (Ferland, 2003).

II. 3.2. Les jeux selon les stades de développement de l'enfant

Le jeu occupe une grande place dans la vie d'un enfant et influe sur toutes ces composantes développementales. Ainsi, l'activité ludique et le développement de l'enfant évoluent conjointement. (Ferland, 2003).

II. 3.2.1. Le jeu sensoriel

De la naissance à dix-huit mois, le bébé est en pleine découverte de son corps et de l'environnement qui l'entoure. Le jeu est alors sensoriel, c'est-à-dire qu'il est guidé par la recherche de sensations. Le bébé explore son propre corps et ceux de ses parents à travers ses différents sens. Il touche, porte à la bouche, mordille, regarde les visages, examine les objets, il sent les odeurs et parfums, bouge, écoute ce qui se passe autour de lui, etc. Un large panel d'expériences ludiques à travers ces jeux sensoriels est ainsi possible. Le bébé est de ce fait soumis à des stimulations dans diverses modalités sensorielles lui permettant ainsi de l'accompagner dans la découverte de son corps et de son environnement.

Ces jeux sensoriels suscitent éveil et curiosité chez le jeune enfant, l'amenant progressivement vers le jeu moteur. (Ferland, 2003 ; Marinopoulos, 2017).

II. 3.2.2. Le jeu moteur

De dix-huit mois à l'âge de trois ans, le jeune enfant poursuit la découverte de son environnement. Il fait preuve de curiosité, il tente de nouvelles expériences sensorielles et commence à prendre conscience de la présence des autres personnes de son entourage. A travers l'observation, il apprend comment jouer, comment les personnes réagissent et, notamment à travers l'imitation, il développera progressivement une expérience d'action dans le domaine du jeu. L'enfant développe ainsi des habilités de manipulation d'objets et de jouets et commence à en comprendre le fonctionnement. De plus, au cours de cette période l'enfant commence à interagir avec autrui, il apprécie de plus en plus jouer avec d'autres enfants.

II. 3.2.3. Le jeu cognitif et symbolique

De trois à six ans, l'enfant maîtrise de mieux en mieux son propre corps, ses capacités motrices sont plus précises. Cette meilleure maîtrise lui permet de faire preuve de davantage d'inventivité et d'imagination dans ses activités ludiques. L'enfant développe alors des habilités à jouer et à collaborer avec d'autres enfants.

Dans le cadre de ces activités ludiques, il instaure des éléments du monde extérieur, à travers la reproduction de règles semblables à celles qui régissent le monde des adultes. Vers l'âge de cinq ans, l'enfant appréciera les jeux dans lesquels il s'inventera un rôle et établira lui-même des règles. Puis progressivement cela l'amènera vers des jeux avec des règles prédéfinies. (Ferland, 2003).

II. 3.2.4. Le jeu affectif et social

Entre six et dix ans, l'enfant est en plein développement de son imaginaire, il s'invente des histoires à travers le jeu et à parfois des difficultés à distinguer la réalité de cet imaginaire. L'enfant commence peu à peu à se détacher des parents, il va apprécier aller vers les autres enfants pour jouer et progressivement collaborer avec eux autour d'un projet de jeu commun. (Ferland, 2003).

Ces périodes de développement de l'enfant à travers le jeu ne sont pas figées, elles interagissent entre elles et sont complémentaires. Ainsi, tout au long du développement de l'enfant, le jeu est un mode d'interaction privilégié avec son environnement, tant physique que social. Toutefois, chez les enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme ce procédé interactif peut être altéré.

II. 3.3. Le jeu chez un enfant atteint de TSA

L'enfant ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme présente précocement des difficultés dans le domaine des interactions sociales, de la communication ainsi que dans le domaine du jeu. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012). En effet, les jeunes enfants atteints de TSA peuvent apprécier jouer mais leur façon de jouer peut-être différente de celle de leurs pairs. (Ferland, 2003a). Certains vont privilégier les jeux solitaires, sans interactions sociales avec d'autres personnes. (Schröder et al., 2015). En effet, ces enfants peuvent présenter des difficultés à interagir avec autrui, à être en contact avec eux et à savoir comment réagir aux interactions dans ce cadre de jeu. (Restall et Magill-Evans, 1994 ; Sigafoos, Robert-Pennell, Graves, 1999 cités dans Ferland, 2003). De plus, des difficultés à jouer à des jeux spontanés, faisant appel à l'imagination et au faire semblant peuvent se relever chez ces enfants. (Beyer et Gammelfolt, 2000 ; Charman et Baron-Cohen, 1997 cités dans Ferland, 2003).

Par ailleurs, les enfants atteints de TSA peuvent présenter des anomalies du maniement des objets et jouets. Ils ne vont pas jouer avec ces derniers, mais les utiliser d'une manière détournée et atypique (aligner des voitures plutôt que de les faire rouler, jouer avec des ficelles, etc.) (Schröder et al., 2015). Ils vont également avoir une tendance à effectuer des gestes répétitifs et à s'intéresser à une partie précise du jouet et à sa propriété sensorielle. (Perrin, 2011).

Par exemple, faire tourner inlassablement un objet ludique pour sa propriété visuelle ou encore être captivé au niveau auditif par une musique. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012).

L'enfant va ainsi découvrir l'environnement qui l'entoure à travers ses différentes modalités sensorielles, c'est-à-dire par des « jeux sensoriels », plutôt qu'à travers des jeux fonctionnels ou symboliques (Caucal & Brunod, 2014). Des études démontrent ainsi les particularités de jeu des enfants TSA avec une prédominance du jeu sensori-moteur. (Blanc, Adrien, Roux, & Barthélémy, 2005).

Les jeunes enfants TSA présentent donc des difficultés dans le jeu social, le jeu doit donc être source de plaisir afin de susciter leur envie d'explorer leur environnement et de développer leurs habilités sociales. (Gayle et Magill-Evans, 1994, cité dans Ferland, 2003).

II. 3.4. L'intervention ludique en ergothérapie

Les spécialistes du domaine du jeu en ergothérapie définissent « *qu'une activité est jeu lorsque qu'elle est à la fois spontanée, librement choisie et organisée par l'enfant, qu'elle lui procure de l'amusement, du plaisir et de la joie, tout en lui offrant la possibilité de découvrir, de s'exprimer et de créer.* » (Bundy, 2012 ; Ferland, 2003 ; Parham, 2008 ; Reilly, 1974 ; Sturgess, 2009 ; Tanta & Knox, 2015 cités dans S. Ray-Kaeser & Lynch, 2017, p. 28).

II. 3.4.1. L'ergothérapie et le jeu

« *Le modèle ludique est un modèle spécifiquement élaboré pour les ergothérapeutes* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 154). En ergothérapie, le jeu est ainsi une modalité et un but d'intervention privilégiée en pédiatrie, notamment dans le cadre de la thérapie d'intégration sensorielle. En effet, le jeu est utilisé pour susciter l'intérêt de l'enfant et donner du sens aux activités réalisées afin de favoriser son implication dans l'accompagnement en ergothérapie ainsi que dans ses activités quotidiennes. (Law et al., 2005 cité dans Alexandre, 2015).

II. 3.4.1.1. L'évaluation

Il existe deux évaluations conçues en cohérence avec le modèle ludique : l'Entrevue Initiale avec les Parents (EIP) et l'Evaluation du Comportement Ludique (ECL). L'objectif est de permettre à l'ergothérapeute de mieux connaître l'enfant. (Morel-Bracq, 2017).

L'entrevue initiale avec les parents a pour but de renseigner l'ergothérapeute sur le comportement ludique de l'enfant au domicile : sa façon de communiquer, ce qu'il apprécie ou ce qu'il n'aime pas, ses aptitudes et difficultés dans les activités ludiques et ses réactions à ces dernières. L'ergothérapeute s'intéresse également au matériel de jeu utilisé, aux caractéristiques de ces jeux, ses partenaires de jeu et son attitude ludique.

L'évaluation du comportement ludique se réalise à travers l'observation de l'enfant sur un temps de jeu libre. (Ferland, 2003). L'ergothérapeute cherche à déterminer le degré d'intérêt de l'enfant pour le jeu ainsi que pour l'environnement sensoriel. Il observe également l'attitude ludique de l'enfant : sa curiosité, l'initiative, le plaisir ou encore son goût du défi.

Ces évaluations permettent à l'ergothérapeute d'élaborer des objectifs spécifiques et adaptés aux besoins de l'enfant atteint de TSA et aux attentes de l'entourage. Elles peuvent être réalisées à plusieurs reprises afin d'estimer l'évolution de l'enfant et ainsi ajuster l'accompagnement en ergothérapie. (Morel-Bracq, 2017).

II. 3.4.1.2. Principes et techniques de l'approche ludique

L'approche ludique en ergothérapie est guidée par des grands principes (Santinelli, 2015) :

- L'enfant est le maître d'œuvre de sa thérapie.
- Le thérapeute s'adapte aux choix de l'enfant et manifeste une attitude ludique.
- La thérapie déborde l'activité du jeu et favorise le processus de décision et de choix.
- L'analyse d'activité est l'outil de choix de l'ergothérapeute.

Le cadre thérapeutique de l'approche ludique se doit d'être sécurisant, souple et dynamique. Pour cela, l'ergothérapeute doit établir une relation de confiance avec l'enfant en lui portant notamment une attention particulière. Il considère ses envies, ses capacités et difficultés ainsi que son comportement et réactions. De plus, une large variété de matériel est souhaitable afin que l'enfant puisse s'adonner à tous types de jeux. L'approche de l'ergothérapeute est non directive et doit s'inscrire dans un contexte ludique : il laisse l'enfant choisir le jeu qui l'intéresse afin de stimuler son plaisir et sa capacité d'agir. L'ergothérapeute doit ainsi s'adapter aux choix et envies de l'enfant. La thérapie est donc centrée sur l'enfant, ce dernier en étant le principal acteur. En effet, l'enfant est amené à choisir à quoi il veut jouer, à faire des choix, à prendre des décisions et trouver des solutions en cas de difficultés rencontrées lors de l'activité ludique. Ces actions lui permettent d'avoir un sentiment de maîtrise et de satisfaction sur l'activité réalisée et sur l'environnement qui l'entoure. (Morel-Bracq, 2017).

Dans le cadre de ce modèle ludique de pratique en ergothérapie, l'objectif est de considérer toutes les sphères de développement du jeune enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme ainsi que son attitude et son intérêt, ressources nécessaires pour développer une activité autonome. (Ferland, 2015).

Le développement de l'autonomie à travers l'évolution du comportement ludique est retranscrit dans un tableau (cf. annexe 1) conçu par Francine Ferland. Ce dernier considère les composantes sensorielles, motrices, cognitives, affectives et sociales de l'activité ludique.

II. 3.4.2. L'approche ludique de la thérapie d'intégration sensorielle

Instaurer un contexte ludique est l'un des concepts de la thérapie d'intégration sensorielle. (Dufour, 2018).

L'évolution de l'attitude ludique se réalise selon 3 étapes (Ferland, 2015) :

- L'approche sensorielle.
- La manipulation du matériel et l'exploration des objets et de l'espace.
- L'activité ludique proprement dite.

L'ensemble de ces principes et composantes de cette approche ludique sont en adéquation avec la pratique de la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'approche ludique de cette thérapie, nous nous intéresserons plus particulièrement à la 1^{ère} composante autour de l'approche sensorielle.

La 1^{ère} étape concerne la démarche sensorielle à travers les stimulations et les réponses sensorielles de l'enfant. Ainsi, c'est la composante sensorielle qui va attirer l'enfant atteint de TSA vers le jeu. Il va s'intéresser à sa couleur, sa texture ou encore le son qu'il produit. Il va porter un intérêt envers cet objet et aller le découvrir à travers ses sens : il va le regarder, le toucher, le secouer, le déplacer, etc. Cela permet alors à l'enfant de pouvoir contrôler les sensations qui sont source de plaisir pour lui. Il doit ainsi comprendre que l'ergothérapeute n'est pas là pour lui imposer des activités et ainsi qu'une relation de confiance s'instaure. De manière progressive, si l'enfant développe sa curiosité, de nouveaux jeux peuvent être mis à disposition. L'ergothérapeute peut également jouer avec l'enfant, lui proposer de retrouver différentes textures dans un sac, faire une course en sautant sur des gros ballons, etc. Cela demande alors à l'enfant atteint de TSA de s'adapter à diverses situations et d'accroître sa découverte de l'environnement, en particulier à travers la diversification de ses expériences sensorielles. Les jeux sensoriels doivent ainsi favoriser le développement de l'enfant à travers l'intégration sensorielle. (Ferland, 2003).

A travers cette approche ludique, l'accompagnement en ergothérapie peut aller au-delà de ces aspects sensoriels. En effet, l'envie et la curiosité, développés chez l'enfant lors de ces jeux sensoriels, vont l'amener à prendre des initiatives. Il va entrer dans une phase d'exploration et de manipulation des objets et de l'environnement qui l'entoure. L'enfant cherche à savoir les utilisations possibles de l'objet.

Pour cela, il va solliciter ses capacités motrices et cognitives pour prendre l'objet, le déplacer, l'orienter, etc. De plus, en cas de difficultés rencontrées, il est invité à trouver une solution en fonction de ses ressources. Il peut interagir avec l'ergothérapeute pour lui demander de l'aider dans cette recherche de solution. L'enfant va ainsi acquérir un sentiment de contrôle sur cet environnement et va s'ouvrir à de nouveaux défis ludiques. (Ferland, 2003).

Au cours des étapes précédentes, l'enfant a vécu de nombreuses expériences riches et variées. L'enfant a appris à mieux se connaître en se retrouvant face à ses difficultés, il a dû faire preuve d'adaptation et solliciter ses aptitudes pour trouver une solution. Il a ainsi pu développer ses capacités d'initiative et de prise de décision. De plus, cela a favorisé l'acquisition de connaissances dans l'utilisation des objets et de son environnement, lui permettant d'élargir son panel de jeux. L'enfant va alors commencer à associer des objets entre eux et leur trouver d'autres usages que ceux conventionnels à travers son imagination. L'enfant réalise alors une activité dite ludique. (Ferland, 2003).

Au cours de cet accompagnement ludique en ergothérapie, de nombreuses capacités sont donc sollicitées et développées, concourant au développement de l'autonomie de l'enfant. Pour cela, le partenariat avec les parents de l'enfant est indispensable.

II. 3.5. Le lien avec l'entourage de l'enfant

II. 3.5.1. Le partenariat parents-ergothérapeute

Le modèle ludique considère ainsi l'enfant et son entourage afin de faciliter leur quotidien et améliorer leur qualité de vie. (Morel-Bracq, 2017).

La collaboration entre l'ergothérapeute et les parents de l'enfant est en effet primordiale dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie.

II. 3.5.1.1. Instaurer une relation de confiance

Lorsque les parents se tournent vers un ergothérapeute afin que leur enfant puisse bénéficier d'un accompagnement, l'ergothérapeute doit considérer tout le parcours réalisé en amont. Certains ont déjà eu un long cheminement et ont vécu l'annonce d'un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme. Ce dernier est un bouleversement dans une vie familiale. Les parents ont des inquiétudes et questionnements concernant les solutions pouvant être proposées à leur enfant dans le cadre de cette intervention. L'ergothérapeute doit ainsi être à leur écoute, considérer leurs attentes et leur apporter des réponses. Il doit se présenter et expliquer ses compétences et son rôle auprès de leur enfant. (Santinelli, 2015).

Les parents sont considérés comme des « experts » de leur enfant et sont avec lui au quotidien, toutefois ils sont parfois démunis face à certains comportements de leur enfant. A travers des échanges, l'ergothérapeute apprend à découvrir l'enfant et son environnement, en respectant une neutralité, il peut apporter des réponses sur le fonctionnement de l'enfant et en expliquer le lien avec ses particularités sensorielles. (Santinelli, 2015).

En effet, « *Les anomalies du traitement sensoriel ont été décrites comme les plus grandes préoccupations des parents atteints de TSA* » (O. Miguel et al., 2017, p. 2426 ; Rogers & Ozonoff, 2005). Lorsque les parents évoquent ces difficultés rencontrées au quotidien, l'ergothérapeute est présent pour mettre en valeur leurs compétences, considérer leurs observations et réflexions. La recherche de solutions sera réalisée en commun, parents et ergothérapeute étant complémentaires dans cet accompagnement de l'enfant atteint de TSA.

La posture de l'ergothérapeute doit ainsi permettre d'instaurer et de maintenir une relation de confiance avec les parents afin que ces derniers trouvent notamment leur place dans cet accompagnement. (Santinelli, 2015).

II. 3.5.1.2. La place des parents dans l'accompagnement

Pour que l'entourage trouve sa place dans le cadre de cette intervention en ergothérapie, la communication est essentielle. Pour cela, des rencontres formelles et informelles sont à établir pour maintenir des contacts réguliers.

L'ergothérapeute doit s'adapter aux préférences de parents concernant les modalités de communication (téléphone, rendez-vous, etc.) et sélectionner la plus appropriée selon le contexte et les sujets à aborder. Un carnet de liaison peut également permettre une communication écrite entre le domicile et l'ergothérapeute. Les parents peuvent y inscrire les activités appréciées par l'enfant, son comportement au quotidien, les difficultés rencontrées ou encore l'évolution perçue. L'ergothérapeute peut y écrire le déroulement des séances de la thérapie, les habilités développées ou encore leur proposer des activités à mettre en place au domicile. Cet outil permet le maintien d'un lien entre ergothérapeute et parents afin que chacun puisse faire part des éléments importants à considérer pour accompagner au mieux l'enfant atteint de TSA.

L'évaluation initiale est réalisée en présence des parents, permettant de rassurer l'enfant ainsi que le recueil de nombreuses informations. De plus, les regards entre parents et ergothérapeute vont être complémentaires. A travers l'échange, les observations et interprétations de chacun vont mettre en évidence les difficultés et capacités de l'enfant en valorisant ces dernières

A la suite de cette évaluation, les objectifs de l'intervention vont ainsi pouvoir être établis. Ces objectifs doivent considérer les attentes de l'entourage tout en prenant en compte les résultats de l'évaluation afin qu'ils soient réalisables et atteignables. Ces objectifs ne sont pas fixes et peuvent être modifiés au cours de l'accompagnement. En effet, ils doivent être une source motivationnelle à travers l'observation de l'évolution de l'enfant au quotidien.

Concernant la place des parents durant les séances d'intégration sensorielle en ergothérapie, les parents peuvent être présents ou non. Cela diffère selon les parents, l'enfant et la pratique de l'ergothérapeute. Certains parents souhaitent rester pour partager un moment de jeux avec leur enfant. D'autres apprécient observer l'ergothérapeute avec leur enfant dans la cadre de cette thérapie afin de découvrir des techniques thérapeutiques dont ils pourront s'inspirer pour les utiliser au domicile. (Santinelli, 2015).

II. 3.6. Le développement de l'autonomie au quotidien

L'objectif à long terme de cet accompagnement en ergothérapie et de développer l'autonomie au quotidien du jeune enfant atteint de TSA. Dans ce contexte, le terme autonomie est défini comme « *la capacité à se gouverner soi-même* » ; « *être capable de se débrouiller dans ses activités courantes* » ou encore « *être capable d'entrer en rapport avec les autres et de s'insérer dans la vraie vie* ». (Ferland, 2003, p. 55-76).

II. 3.6.1. L'intégration sensorielle dans l'environnement de l'enfant

En effet, « *La thérapie d'intégration sensorielle s'adresse à des enfants qui rencontrent des difficultés dans les activités quotidiennes [...] lorsque des troubles du traitement des stimuli sensoriels sont mis en évidence.* » (Ray-Kaeser & Dufour, 2013, p. 15). Dans ce contexte de transfert au quotidien, ergothérapeute et parents sont complémentaires. L'ergothérapeute s'intéresse alors particulièrement aux activités les plus difficiles et/ou désagréables pour leur enfant ainsi que pour eux en tant que parents. Les activités de soins telles que la toilette, l'habillage ou le repas sont les plus souvent exposées comme difficiles. A contrario, l'ergothérapeute relève les activités appréciées et importantes pour l'enfant et son entourage. Puis, l'ergothérapeute demande aux parents les activités qu'ils souhaiteraient réaliser avec leur enfant. Cela va favoriser l'imagination d'activités au domicile et ainsi permettre à l'enfant de développer de nouvelles habiletés au quotidien. (Ferland, 2003).

Pour favoriser le bien-être de l'enfant et de son entourage dans la réalisation de ces activités, l'ergothérapeute peut préconiser des adaptations au domicile. Ces aménagements de l'environnement ont pour objectif de favoriser l'implication de l'enfant dans ces activités tout en sollicitant ses capacités d'intégration sensorielle au quotidien. (Parham et al., 2007).

De plus, cette thérapie « *donne à l'enfant l'occasion de se livrer à des activités ludiques qu'il est encouragé à initier dans un environnement aménagé.* » (Ray-Kaeser & Lynch, 2017, p. 29). L'ergothérapeute est donc amené à donner des conseils pour faciliter le quotidien. Des activités ludiques à réaliser au domicile peuvent ainsi être proposées.

II. 3.6.2. Le jeu au quotidien

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le jeu doit être mis au centre de la vie de l'enfant. (ANFE, 2019a). En effet, le jeu est la première occupation au quotidien de l'enfant. Toutefois, l'accès au jeu dépend notamment de l'attitude de l'entourage familiale à travers la place qu'il lui donne (King et al, 2003 cité dans Ray-Kaeser & Lynch, 2017). En effet, cet accompagnement à travers le jeu peut susciter une perplexité de la part des parents. L'ergothérapeute se doit alors de leur expliquer l'importance du jeu dans le développement et le bien-être de leur enfant. De plus, analyser une activité de jeu peut permettre aux parents de comprendre toutes les habilités requises et sollicitées par leur enfant pour la réaliser, les rassurant ainsi sur cette approche ludique.

« *Mon plus grand souhait ? Que grâce au modèle ludique, l'enfant apprenne à se jouer des difficultés* » (Ferland, 2015, p. 113). En effet, l'enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme présente des difficultés notamment pour jouer et interagir avec ses pairs, exprimer ses émotions ou encore s'adapter aux changements. Ces difficultés ont un impact sur son autonomie au quotidien. De ce fait, dans le cadre de cette approche ludique, le jeu permet de s'intéresser à l'enfant dans sa globalité pour qu'il donne un sens et un intérêt aux activités réalisées tout en considérant ses capacités et difficultés à surmonter. Pour cela, ergothérapeute et parents peuvent échanger autour d'un aménagement de temps de jeu au domicile, permettant d'assurer une continuité au quotidien dans l'environnement de l'enfant. Ces moments de jeux sont privilégiés pour développer les interactions sociales entre l'enfant et ses parents ou encore avec la fratrie. (Ray-Kaeser & Lynch, 2017).

Ce mémoire vise donc à lier l'approche ludique à la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie auprès de jeunes enfants atteints de TSA. De ce fait, il s'intéresse au rôle du jeu dans le développement du plaisir, de l'adaptation à l'environnement ou encore des interactions sociales. A cela s'ajoute le transfert de ces capacités dans le quotidien de l'enfant afin de favoriser le développement de son autonomie.

Ainsi, l'hypothèse de recherche est la suivante : « **Une approche ludique de cette thérapie, à travers l'utilisation de jeux sensoriels par l'ergothérapeute, permet à l'enfant de développer ses capacités socio-adaptatives** ».

III. CADRE PRATIQUE

III. 1 : Méthodologie

III. 1.1. Objectifs de l'étude

Afin de valider ou réfuter l'hypothèse précédemment formulée dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, les objectifs de cette étude sont de déterminer si l'approche ludique de la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie :

- Favorise l'intérêt et le plaisir de l'enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme lors des activités ludiques.
- Permet à l'enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme de développer ses capacités sociales et adaptatives.
- Favorise l'autonomie au quotidien de l'enfant atteint de TSA.

« *L'enquête est un moyen de contact avec la réalité* » (Marmoz, 2001, p. 19). En effet, cette étude a pour objectif de « confronter » les données théoriques aux informations pratiques recueillies à travers l'utilisation d'outils d'investigation. Ainsi, deux outils ont été utilisés : l'entretien et le questionnaire.

III. 1.2. Outils d'investigation

III. 1.2.1. Entretien avec des ergothérapeutes

L'un des outils utilisé est l'entretien semi-directif auprès d'ergothérapeutes pratiquant la thérapie d'intégration neuro-sensorielle avec de jeunes enfants atteints de TSA. En effet, les résultats visés sont qualitatifs à travers le recueil de la démarche d'accompagnement des ergothérapeutes. Cet outil permet d'obtenir des réponses subjectives développées, détaillées et illustrées à travers des exemples concrets.

Les thèmes à aborder étaient prédéfinis selon le sujet d'étude. L'entretien a été réorienté en cas de besoin, tout en gardant une posture neutre. De plus, cela a demandé de s'adapter aux paroles des ergothérapeutes et de leur laisser une liberté d'expression. Cela permet l'apport de nouvelles informations inattendues, source d'enrichissement dans le cadre de ce mémoire. (Thompson, 1980 cité dans Blanchet & Gotman, 2001).

L'entretien était divisé en grands thèmes en lien avec l'hypothèse de recherche formulée : une introduction avec des généralités, des échanges autour de la thérapie d'intégration sensorielle, de la place du jeu dans cette dernière, de son transfert au domicile et de l'impact de cet accompagnement sur le développement de l'autonomie chez l'enfant.

La trame d'entretien est disponible en annexe (cf. [annexe 3](#)).

Pour réaliser cette étude, l'accord des ergothérapeutes à participer en étant enregistré lors des entretiens a été obtenu. Je me suis engagée à utiliser les résultats uniquement dans le cadre de ce travail de recherche. L'authenticité de leurs propos est conservée ainsi que leur anonymat. (CNIL, 2018 ; Marmoz, 2001).

De plus, il a été envisagé d'utiliser l'observation clinique comme outil d'investigation. Toutefois cette idée n'a pas été retenue. En effet, l'intégration sensorielle est un processus long, les résultats de la thérapie d'intégration sensorielle sont visibles au bout de plusieurs mois. La durée de l'enquête était donc trop restreinte pour observer une évolution de l'enfant. De plus, ma présence en tant qu'observatrice lors de séances de thérapie est un élément perturbateur tant au niveau de la relation duelle entre l'ergothérapeute et l'enfant, que de l'environnement. L'enfant atteint de TSA est en effet sensible aux changements, je suis donc considérée comme un élément extérieur pouvant influencer le comportement de l'enfant.

III. 1.2.2. Questionnaire destiné aux parents

Ce mémoire portant sur les jeunes enfants atteints de TSA, les parents sont donc incontournables dans le cadre de cette enquête.

Dans un premier temps, la passation d'entretiens semi-directifs auprès de parents a été envisagé. En effet, l'entretien est un outil qui permet de leur donner la parole afin d'évoquer des faits particuliers, propres à leur enfant. Le but était de laisser les parents s'exprimer sur leur quotidien, sur les difficultés rencontrées ainsi que sur l'accompagnement en ergothérapie et son impact sur l'autonomie de l'enfant au quotidien. (Blanchet & Gotman, 2001).

Toutefois, parmi les ergothérapeutes interrogées, certaines ont fait preuve de mise en garde concernant l'accord des parents à participer à une enquête et à être enregistrés. De plus, ces derniers sont occupés et donc peu disponibles. Face à ce constat, la trame d'entretien réalisée en amont a été modifiée en un questionnaire disponible en ligne. Pour cela le vocabulaire employé a été ajusté afin de le rendre le plus compréhensible possible tout en conservant les thèmes en lien avec le sujet de recherche. Ce questionnaire, destiné aux parents, est divisé en plusieurs parties et est consultable en annexe (cf. [annexe 4](#)).

Dans un premier temps, les questions concernent l'enfant : son âge actuel, l'âge auquel a été posé le diagnostic de TSA, le niveau de sévérité d'autisme et l'impact des troubles au quotidien pour l'enfant et son entourage.

Ensuite, la seconde partie évoque l'accompagnement de cet enfant en ergothérapie à travers la thérapie d'intégration sensorielle : les attentes des parents, depuis combien d'années l'enfant est suivi, la fréquence et la durée des séances ainsi que la place des parents dans cet accompagnement.

La 3^{ème} partie s'intéresse à la place du jeu au sein de cette thérapie et aux jeux qu'apprécie l'enfant. Puis, les questions sont ciblées sur le transfert de cette thérapie au quotidien et l'impact de cette dernière sur le développement de l'autonomie de l'enfant.

III. 1.3. Population

III. 1.3.1. Les ergothérapeutes

Pour cette enquête, des entretiens auprès d'ergothérapeutes ont également été réalisés. Ces derniers doivent répondre à des critères d'inclusion :

- Etre titulaire du diplôme d'Etat d'ergothérapeute et exercer en France.
- Travailler en pédiatrie auprès d'enfants âgés entre 2 et 10 ans, atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).
- Etre formé à l'intégration sensorielle et pratiquer la thérapie d'intégration sensorielle régulièrement auprès de ces enfants depuis au moins 1 an.

Concernant l'âge des enfants, il est justifié par le fait que les 1ers signes évocateurs apparaissent vers 18 mois et l'âge moyen du diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme est entre 3 et 4 ans en France. De plus, selon ma problématique, le terme « précoce » correspond à un âge entre 0 et 6 ans. (HAS, 2018). Toutefois, pour certains troubles tel que celui de la dyspraxie ou trouble développemental de la coordination, l'âge moyen du diagnostic est de 6,5 ans (Breton & Léger, 2012). J'ai donc sélectionné une population d'enfants âgés entre 2 et 10 ans, période au cours de laquelle l'enfant est en plein développement.

Concernant la constitution de l'échantillon, le carnet d'adresses des ergothérapeutes formés en intégration sensorielle en France a été utilisé. Ce dernier est disponible sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Ainsi, pour l'enquête, plusieurs de ces ergothérapeutes ont été contactés par mail, sur dix-neuf ergothérapeutes contactés, quatre ont accepté de participer à l'enquête. Des messages sur les réseaux sociaux de groupes d'ergothérapeutes ont également été postés mais ces tentatives ont été infructueuses.

III. 1.3.2. Les parents

Pour réaliser cette étude, des parents d'enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et présentant des troubles de l'intégration sensorielle ont été recrutés. De même, les parents doivent répondre à des critères d'inclusion, à savoir :

- L'enfant doit être atteint de TSA et être âgé entre 2 et 10 ans.
- L'enfant doit bénéficier d'un suivi en ergothérapie, à travers des séances de thérapie d'intégration sensorielle, depuis au moins 2 mois.

En effet, le but est de recueillir un regard rétrospectif sur les effets de cette thérapie au quotidien, en particulier dans les domaines de l'adaptation et de la socialisation.

Pour cela, le recrutement a été indirect et s'est fait par l'intermédiaire des ergothérapeutes accompagnant cette famille afin d'optimiser les chances d'acceptation de leur part. (Blanchet & Gotman, 2001). Ainsi, parmi les ergothérapeutes ayant accepté de participer à l'enquête, deux d'entre elles ont accepté la mise en relation avec des parents. Néanmoins, l'une des ergothérapeutes n'a pas donné suite. Une unique réponse de parent au questionnaire a ainsi été obtenue.

De plus, des associations de parents d'enfants atteints d'autisme (Vaincre l'Autisme, Autisme Ensemble 95 et Autisme Ile-de-France) ont été contacté par mail. Ces associations disposent d'un article sur leur site internet concernant la thérapie d'intégration sensorielle. Actuellement, aucune réponse n'a été reçue de leur part.

L'ensemble de cette méthodologie d'enquête est résumé sous forme d'un schéma de type diagramme de flux intégré en annexe (cf. [annexe 2](#)).

III. 2 : Résultats de l'enquête

III. 2.1. Résultats bruts

III. 2.1.1. Entretiens avec les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes interrogés correspondent aux critères d'inclusion cités auparavant. Les quatre entretiens semi-directifs réalisés ont duré en moyenne vingt minutes. Le tableau ci-dessous répertorie les données générales concernant les ergothérapeutes.

| | Année du DE | Lieu d'exercice | Année de formation en IS | Lieu de formation en IS |
|----|-------------|-----------------|--------------------------|--|
| E1 | 2013 | Libéral | 2014 | ANFE ⁷ (Isabelle Babington) |
| E2 | 1982 | Libéral | 1995 | Etats-Unis |
| E3 | 2015 | Libéral | 2018 | ANFE (Isabelle Babington) |
| E4 | 2001 | Libéral | 2014 | ANFE (Isabelle Babington, Cécile Dufour, etc.) |

Tableau 1 : Informations générales concernant les ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes interrogées exercent en libéral et pratiquent la thérapie d'intégration sensorielle auprès d'enfants atteints de TSA depuis leur formation en intégration sensorielle. De plus, elles disposent de diplômes ou formations complémentaires :

- L'ergothérapeute E1 dispose d'une « formation en médiation animale ».
- L'ergothérapeute E2 a obtenu d'autres diplômes sans souhaiter préciser lesquels.
- L'ergothérapeute E3 a réalisé diverses formations autour de l'autisme, à savoir : « autisme et stratégies éducatives, autisme et développement, autisme et communication, les particularités sensorielles, comprendre et gérer les troubles du comportement ». Elle a également été formée au Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO).
- L'ergothérapeute E4 est formée aux Troubles du Spectre de l'Autisme, aux troubles de l'oralité (ANFE), aux réflexes archaïques par la méthode RMT (Method Rhythmic Movement Training), à la remédiation cognitive ainsi qu'aux troubles neuro-visuels.

Dans le cadre de cette présentation des résultats bruts, l'ensemble de la retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3 est disponible en annexe (cf. [annexe 5](#)).

⁷ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes : association créée en 1961 par Jacqueline Roux pour promouvoir l'ergothérapie (*Occupational Therapy*) en France (ANFE, 2019).

Depuis combien d'années exercez-vous auprès d'enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme ? Quel âge ont ces enfants ? En moyenne, quelle est la durée des séances de thérapie et à quelle fréquence sont-elles réalisées ?

| | Expérience avec enfants TSA | Âge des enfants | Durée - fréquence des séances |
|----|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|
| E1 | 6 ans | 4,5 à 15 ans | 30 min à 1h – 1 fois / semaine |
| E2 | 24 ans | 3 à 20 ans | 50 min – 1 fois / semaine |
| E3 | 4 ans | Jusqu'à 12 ans | 45 min à 1h – 1 fois / semaine |
| E4 | 17 ans | A partir de 4 ans | 45 min – 1 fois / semaine |

Tableau 2 : Population et cadre des séances de thérapie.

Les enfants sont âgés entre 3 et 20 ans. Les ergothérapeutes accompagnent des enfants allant d'un niveau de sévérité d'autisme léger à sévère.

III. 2.1.1.1. Evaluation de l'intégration sensorielle

Les questions qui vont suivre visent à identifier les outils utilisés pour évaluer l'intégration sensorielle chez ces enfants et les troubles de l'intégration sensorielle observés.

Quels outils utilisez-vous pour évaluer l'intégration sensorielle de ces enfants ?

| | |
|----|--|
| E1 | « Profil sensoriel de Winnie Dunn » ; « Evaluation qualitative que je me suis faite avec des comportements à observer, je mets l'enfant en situation et j'observe comment il réagit, ce qu'il accepte » ; « Stimulation avec les fauteuils qui tournent, balançoire, trampoline, bacs de textures différentes, le protocole de Wilbarger » |
| E2 | « Questionnaire de Dunn qui permet de poser des hypothèses » ; « Observations cliniques ; on met l'enfant dans des situations » ; « J'emploie de DeGangi. » |
| E3 | « Profil sensoriel de Dunn [...] de Bogdashina » ; « Observations à la maison, sur le lieu scolaire, au sein d'association » ; « Je compare au niveau du développement » ; « La batterie de Talbot pour les petits » |
| E4 | « Je fais ma propre évaluation [...] c'est beaucoup d'observation et de mises en situation » ; « Quelques tests étalonnés, le questionnaire d'évaluation du profil sensoriel de Dunn que je fais passer systématiquement aux parents » |

Tableau 3 : Outils d'évaluation de l'intégration sensorielle.

De plus, l'ergothérapeute E3 réalise : « des évaluations qui interviennent en ergothérapie donc au niveau visuo-spatial, visuo-moteur, la motricité fine et la motricité globale. Et la MCRO dont je me sers pour voir les attentes que les parents ont et que l'enfant a ».

Quels sont les troubles de l'intégration sensorielle que vous observez le plus fréquemment ? Quels sont les systèmes sensoriels concernés ?

| | |
|----|---|
| E1 | « Le plus souvent des troubles de l'oralité avec un trouble tactile » |
| E2 | « Hypersensibilités tactiles, auditives, vestibulaires, recherches sensorielles au niveau visuel, vestibulaire et proprioceptif » |
| E3 | « Hyposensibilité vestibulaire et proprioceptive, soit à l'inverse un versant hyper » ; « Tactile et auditif qui reviennent beaucoup » |
| E4 | « Tous types de troubles [...], troubles de la discrimination, de la modulation et dans les différents systèmes sensoriels » |

Tableau 4 : Troubles de l'intégration sensorielle observés chez les enfants.

III. 2.1.1.2. L'intégration sensorielle en ergothérapie

Les questions suivantes avaient pour but de recueillir les modalités de pratique de cette thérapie selon chaque ergothérapeute ainsi que la place des parents de l'enfant dans cet accompagnement.

Lors du 1er entretien avec les parents, quelles sont les inquiétudes et difficultés rencontrées au quotidien dont ils vous font part ? Quelles sont leurs attentes vis-à-vis de l'accompagnement en ergothérapie ?

| | |
|----|---|
| E1 | « Pleins d'inquiétudes diverses et variées » ; « Leur enfant n'arrive pas à communiquer » ; « Ils s'inquiètent pour leur avenir, l'autonomie au quotidien, comment il va vivre dans cette société, le positionnement social » |
| E2 | « La vie quotidienne essentiellement, les cris de l'enfant, les difficultés à s'adapter à sa journée, à sa vie quotidienne. » |
| E3 | « Besoin de beaucoup d'aide dans les activités de la vie quotidienne » ; « Demande au niveau scolaire » ; « S'adapter à l'environnement pour pas qu'il y ait d'apparition de troubles du comportement. » |
| E4 | « Très variable » ; « Difficultés au niveau de la propreté, de l'alimentation, des crises, le relationnel avec les copains [...] habilités sociales, graphisme, écriture, coordination gestuelle » ; « Trouver des solutions sur le plan sensoriel et des adaptations de vie quotidienne. » |

Tableau 5 : Le 1^{er} entretien avec les parents.

Quels sont les objectifs de cette thérapie ?

| | |
|----|---|
| E1 | « Diminuer les comportements problèmes pour avoir des comportements plus socialement acceptables » ; « Diminuer la souffrance de l'enfant, qu'il soit moins agressé par l'environnement » ; « Qu'il vive mieux au quotidien. » |
| E2 | « Améliorer leur fluidité de la vie quotidienne, donner des pistes et outils aux parents, faire monter en compétence les parents. » |
| E3 | « Améliorer le traitement des informations sensorielles en adaptant l'environnement » ; « Améliorer tout ce qui est activités de la vie quotidienne et mise en place de routines quotidiennes pour qu'ils aient moins besoin des parents ». |
| E4 | « Amélioration des activités de la vie quotidienne » ; « Etre de plus en plus autonome et avoir des réactions adaptées face à des situations de vie quotidienne. » |

Tableau 6 : Les objectifs de la thérapie d'intégration sensorielle.

Réalisez-vous des séances de thérapie en groupe ? Pourquoi ?

| | |
|----|---|
| E1 | « Faire de l'intégration sensorielle en groupe avec des enfants autistes j'ai jamais fait » ; « Je faisais des groupes habilités sociales et j'ai utilisé l'intégration sensorielle en groupe avec des enfants TDAH * » |
| E2 | « Ça m'est arrivée en pluridisciplinaire [...], le groupe permet de travailler les aspects sociaux, sur le cadre, le vivre ensemble » |
| E3 | « Non » |
| E4 | « Oui pour les enfants qui ont des problèmes d'habilités sociales » |

Tableau 7 : Réalisation de séances de thérapie en groupe.

* Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).

Associez-vous cette thérapie à d'autres interventions thérapeutiques ?

| | |
|----|---|
| E1 | « J'interviens avec les chiens, le fait qu'il soit imprévisible, peut aboyer, par rapport aux troubles auditifs [...], la caresser par rapport aux difficultés tactiles, puis en motivation » ; « Après il y a d'autres choses à travailler en parallèle, la motricité » |
| E2 | <i>Absence de réponse *</i> |
| E3 | « Non » |
| E4 | « Je travaille avec la neuropsychologue pour les habilités sociales » ; « Pour moi c'est vraiment indissociable je travaille sur les deux versants, bottom-up et top-down du coup on arrive à des choses très intéressantes en fonction de l'âge de l'enfant, de son niveau, c'est pas forcément que de l'intégration sensorielle » |

Tableau 8 : Interventions thérapeutiques associées à la thérapie.

* E2 ayant une réunion, elle a mis fin à l'entretien et n'a donc pu répondre à cette question.

III. 2.1.1.3. Approche ludique et autonomie au quotidien

La série de questions ci-dessous porte principalement sur les grands concepts mis en valeur dans ma problématique et hypothèse de recherche. J'ai souhaité relever les impacts des troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant, notamment dans les domaines de l'adaptation à l'environnement et de la socialisation. De plus, je me suis intéressée à la place du jeu dans le cadre de cet accompagnement et dans le développement de ces domaines chez l'enfant atteint de TSA.

Quels impacts peuvent avoir ces troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant ?

| | |
|----|--|
| E1 | « Impact négatif [...], pas autonome pour l'habillage, la toilette, pour moi il y a un impact important sur l'autonomie, sur le quotidien, sur les relations sociales. » |
| E2 | « La toilette, l'habillage et des relations avec les autres et des émotions et des réponses émotionnelles [...] et puis la motricité [...], la coordination globale et fine » |
| E3 | « Beaucoup d'impacts, en rapport avec la toilette, le repas ça reste problématique » ; « Au niveau de l'autonomie scolaire, au niveau attentionnel ça peut être compliqué » |
| E4 | « Les réactions ne sont pas adaptées » ; « Impact au niveau des activités de la vie quotidienne [...] ou scolaire, au niveau de la posture ». |

Tableau 9 : Impacts des troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant.

Quelle est la place du jeu au cours de cette thérapie d'intégration sensorielle ?

| | |
|----|--|
| E1 | « Tout est à base de jeux ou ludique » ; « Les troubles sensoriels c'est une souffrance pour les enfants, aucune stimulation sensorielle imposée, l'enfant choisit ce qu'il veut faire, il faut que ce soit motivant, que ça donne envie à l'enfant, qu'il y voit un intérêt, qu'ils mettent du sens dans ce qu'ils font » |
| E2 | « Oui, il faut, c'est la motivation, ce qui permet à l'enfant de s'impliquer » |
| E3 | « C'est que sous forme de jeux, il faut qu'il y ait un côté ludique à chaque fois » |
| E4 | « Elle est omniprésente, je passe que par le jeu, je propose des activités qui sont toujours ludiques pour que l'enfant soit acteur, qu'il soit motivé, qu'il ait envie [...], c'est comme ça que l'enfant participe activement » |

Tableau 10 : La place du jeu dans la thérapie d'intégration sensorielle.

Selon vous, quelles sont les habilités sociales et d'adaptation développées à travers les jeux sensoriels ?

| | |
|----|--|
| E1 | « Prendre l'autre en considération, rentrer en relation avec moi, me demander éventuellement de l'aide, attendre son tour, accepter de perdre » ; « Il y a beaucoup de choses qui peuvent être travaillées à travers le jeu » |
| E2 | « Habilités sociales et d'adaptation, adaptation au cadre, au rythme, aux textures, à la proximité des autres, la liste est très longue, il faut s'adapter à l'objet, à la nouveauté aussi, aux changements, aux transitions » |
| E3 | « Les habilités sociales je dirais que c'est pas dans ces moments-là quelles sont les plus développées » ; « On va chercher la communication, ce qu'il ressent » |
| E4 | « C'est l'objectif en fait, il y a effectivement des améliorations, être plus autonome, avoir des réactions adaptées, interagir avec la personne » |

Tableau 11 : Habilités sociales et adaptatives développées à travers les jeux sensoriels.

Quelle est la place des parents dans le cadre de cette thérapie ? Observez-vous un transfert des principes de cette thérapie au domicile ?

| | |
|----|--|
| E1 | « Ils ne sont pas présents lors des séances par contre on discute beaucoup avant ou après, on échange sur comment ça se passe au quotidien, c'est une thérapie qui doit se poursuivre à la maison » ; « Le protocole Wilbarger à la maison, un livret de suivi, je leur donne pleins d'adaptation d'environnement » |
| E2 | « Je vais pas au domicile, je fais un retour en fin de séance et en début de séance je leur demande comment s'est passée la semaine, je leur donne des pistes à explorer, on ne peut pas travailler sans les parents, je pars des besoins des parents » |
| E3 | « Je suis majoritairement au domicile, je donne des listes d'activités que les parents doivent diriger avec les enfants » ; « On met en place des diètes sensorielles, on essaye de mettre en place des choses et on réadapte ensuite avec les parents » |
| E4 | « J'ai essayé quelques séances avec les parents [...], par expérience je préfère qu'ils soient pas là » ; « Parfois je demande aux parents de venir pour qu'ils comprennent ce qu'on fait » ; « Je leur donne un rendez-vous tous les mois, c'est un travail de collaboration avec les parents » ; « Je leur donne des conseils à faire à la maison » ; « je ne me rends pas à domicile, c'est rare » ; « Les réflexes archaïques, mouvements de réintégration des réflexes tous les jours à faire à domicile et la diète sensorielle, avoir des repos sensoriels avec des activités ciblées » |

Tableau 12 : La place des parents et le transfert au domicile au quotidien.

À la suite de cette thérapie, quels sont les impacts sur l'autonomie de l'enfant ? Quels sont les bilans que vous utilisez pour l'évaluer ?

| | |
|----|--|
| E1 | « L'objectif c'est qu'il gagne en autonomie, après c'est pas toujours possible, ça dépend du niveau de l'enfant, de l'environnement, de l'implication des parents » ; « L'enfant supporte plus le toucher, il a moins peur des autres » ; « C'est qualitatif, je demande aux parents au début les problèmes au quotidien et après je réévalue, on en rediscute » |
| E2 | « Ça dépend de l'assiduité aux séances et comment les parents se sont impliqués donc il y a des enfants avec qui il y a un impact très fort très vite et puis d'autres plus lent [...] il y a surtout un impact quand les parents comprennent mieux l'enfant et pourquoi il réagit comme ça, comprennent les objectifs de la thérapie et qu'ils deviennent un peu co-thérapeute, il y a des impacts qui sont très forts » |
| E3 | « Trouver un apaisement, rechercher une meilleure compréhension de la part des parents, donc on a autant un impact sur le jeune que sur les parents, et l'un et l'autre est aussi bénéfique » ; « Au niveau de l'autonomie on va essayer de la développer » « C'est l'observation et je refais la MCRO pour voir si on a collé aux objectifs, voir s'il y en a de nouveaux ou si la situation actuelle est plus satisfaisante pour la famille » |
| E4 | « L'impact est bénéfique, on voit une évolution par rapport aux objectifs qu'on s'est posés, en général les enfants arrivent à une meilleure autonomie sur les activités, sur leur adaptation au quotidien, sur leur sociabilité. » ; « C'est les parents qui me donnent le retour, c'est l'enseignant aussi avec qui je suis toujours en contact [...] je refais des évaluations pour voir où est-ce qu'il en est et s'il y a des choses à revoir » |

Tableau 13 : Les impacts de la thérapie sur l'autonomie de l'enfant.

III. 2.1.2. Questionnaire destiné aux parents

L'enfant présenté répond aux critères d'inclusion cités auparavant dans cet écrit. Il est accompagné par l'ergothérapeute E3. Les tableaux ci-dessous le présentent et exposent son suivi en ergothérapie. Ces informations ont été transmises par la mère de l'enfant. Dans un souci d'anonymat et de fluidité dans l'écrit, nous nommerons cet enfant Tom.

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Présentation de l'enfant | Âge de l'enfant | 10 ans |
| | Âge du diagnostic de TSA | 3 ans |
| | Niveau de sévérité d'autisme | Léger |
| | Domaines des difficultés rencontrées au quotidien | - Socialisation - Comportement (attention) |

Tableau 14 : Présentation de l'enfant.

| | | |
|---|--|--|
| Accompagnement en ergothérapie : la thérapie d'IS * | Début de l'accompagnement | Moins de 1 an |
| | Fréquence des séances | 1 fois / semaine |
| | Autre(s) accompagnement(s) | - Psychologue - Educateur spécialisé |
| | Suivi en thérapie d'IS | Moins de 1 an |
| | Attentes des parents | « Apaisement physique et psychique » |
| | Parents présents lors des séances | Oui |
| | Comportement de l'enfant durant les séances | « Motivé en général » « Prend plaisir » |
| Transfert au quotidien de la thérapie | Conseils / activités à mettre en place au quotidien | Oui « Protocole Wilbarger » « Alternier travail scolaire et activités physiques » |
| L'enfant et le jeu | Apprécie les moments de jeu | Oui |
| | Types de jeux | - Jeux sensoriels - Jeux solitaires |
| Impact de la thérapie sur l'autonomie au quotidien | Evolution autonomie de l'enfant | Oui |
| | Degrés d'évolution de l'autonomie selon des domaines | - Communication : léger - AVQ ** : léger - Socialisation : léger - Adaptation : moyen - Motricité : moyen - Comportement : fort |
| | Bénéfices de la thérapie | « Apaisement physique et psychique » |

Tableau 15 : L'accompagnement en ergothérapie de l'enfant.

* IS : Intégration Sensorielle.

** AVQ : Activités de la Vie Quotidienne.

III. 2.2. Analyse des résultats

III. 2.2.1. Entretiens avec les ergothérapeutes

Profil des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes interrogées sont des femmes. Voici un diagramme représentatif de leurs profils concernant leurs années d'expériences en tant qu'ergothérapeute, auprès des enfants atteints de TSA et de formation en intégration sensorielle.

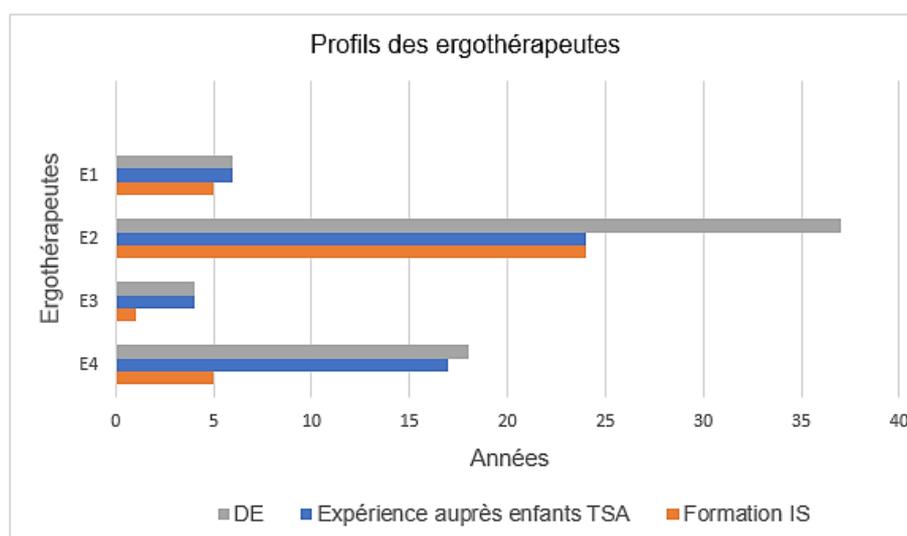


Figure 4 : Profils des ergothérapeutes.

Ce diagramme permet de visualiser les disparités d'années d'expérience entre les ergothérapeutes. D'un côté, E2 a obtenu son diplôme d'Etat d'ergothérapeute il y a 37 ans et est formée en intégration sensorielle et accompagne des enfants atteints de TSA depuis 24 années. De l'autre, E3 est ergothérapeute et exerce auprès de cette population depuis 4 ans. Elle a été formée en intégration sensorielle il y a 1 an (cf. tableaux 1 et 2).

Concernant cette formation, E1, E3 et E4 l'ont réalisée en France par l'intermédiaire de l'ANFE et ont eu comme formatrice Isabelle Babington. De plus, E4 a été formée par Cécile Dufour, Olga Jimenez et Gwénaëlle Roscoe. E3 expose ainsi le fait que : « *C'était intéressant comme ça j'ai vu plusieurs façons de faire et j'ai pu aussi prendre ce qui m'intéressait et continuer à appliquer les choses en l'ajustant à ma pratique* ». Ainsi, par rapport aux autres ergothérapeutes, E3 a pu bénéficier d'une formation riche, à travers différentes approches et visions de cette thérapie d'intégration sensorielle. Quant à E2, elle n'a pas suivi cette formation et n'a pas été formée en France mais aux Etats-Unis.

Ces différences entre les ergothérapeutes peuvent influencer la pratique de cette thérapie ainsi que leur recul vis-à-vis de ses effets. Ces aspects seront développés par la suite au cours de cet écrit.

III. 2.2.1.1. Evaluation de l'intégration sensorielle

Outils d'évaluation utilisés auprès des enfants

Afin d'évaluer l'intégration sensorielle chez l'enfant, les quatre ergothérapeutes interrogées utilisent le profil sensoriel de Winnie Dunn à travers un questionnaire complété par les parents de l'enfant. De plus, E2 et E3 emploient d'autres tests dans le cadre de cette évaluation. E2 est la seule à utiliser le test de DeGangi ⁸, test qu'elle a ramené des Etats-Unis et qui actuellement ne dispose pas de version en français. Quant à E3, elle se sert du profil sensoriel de Bogdashina, utilise la batterie Talbot ⁹ pour les plus petits ainsi que des évaluations au niveau visuo-spatial, visuo-moteur, de la motricité fine et globale. Elle compare ensuite les résultats de ces tests au niveau de développement de l'enfant.

Les ergothérapeutes questionnées couplent ces tests à des observations cliniques qualitatives. Pour cela, elles mettent l'enfant dans des situations diverses et observent ses comportements et réactions. Les outils utilisés dans le cadre de ces mises en situations varient selon les ergothérapeutes. E1 en cite des exemples : elle place l'enfant dans des fauteuils qui tournent, sur une balançoire ou encore sur un trampoline. Elle demande également à l'enfant d'aller chercher des objets dans des bacs de différentes textures. De même, elle utilise le protocole Wilbarger pour tester les réactions de l'enfant lors du passage de la brosse sur son corps et lors des compressions réalisées. Elle souhaite ainsi évaluer toutes les modalités sensorielles chez l'enfant.

Sur les quatre ergothérapeutes, E1, E2 et E4 réalisent ces évaluations cliniques au sein du cabinet libéral. Toutefois, E3 effectue ces dernières au domicile de l'enfant, sur son lieu scolaire ou encore au sein d'association.

De surcroit à cette évaluation de l'intégration sensorielle, E3 utilise la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ¹⁰ pour recueillir les attentes que les parents ont et que l'enfant a, s'il peut l'exprimer (cf. tableau 3).

⁸ De Gangi-Berk Test of Sensory Integration (TIS) : outil standardisé destiné à l'évaluation des troubles d'intégration sensorielle pour les enfants de 3 à 5 ans (Berk & DeGangi ; 1983).

⁹ Batterie de Talbot : échelle de développement graduée en âge à partir de mises en situation pour les enfants de 0 à 6 ans (G. Talbot ; 1977 et révisée en 1993).

¹⁰ Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) : évaluation et réévaluation subjective de la performance et de la satisfaction du client dans les occupations qui sont importantes pour lui.

| Outils d'évaluation | | Ergothérapeute | | | |
|------------------------|---------------------------------|----------------|----|----|----|
| | | E1 | E2 | E3 | E4 |
| Tests | Profil sensoriel de Winnie Dunn | ✘ | ✘ | ✘ | ✘ |
| | Profil sensoriel de Bogdashina | | | ✘ | |
| | Autre(s) test(s) | | ✘ | ✘ | |
| Observations cliniques | En séance | ✘ | ✘ | | ✘ |
| | En vie quotidienne | | | ✘ | |

Figure 5 : Comparaison des outils d'évaluation de l'intégration sensorielle.

Résultats des évaluations

Malgré ces méthodes d'évaluations relativement hétérogènes entre les quatre ergothérapeutes, ces dernières s'accordent sur le fait que tous les systèmes sensoriels peuvent être concernés par des troubles de l'intégration sensorielle.

E1, E2 et E3 évoquent des troubles tactiles, avec notamment pour E2 et E3 des hyper et hyposensibilités tactiles. De même, elles mentionnent des troubles vestibulaires, proprioceptifs et auditifs. De plus, deux ergothérapeutes sur quatre, à savoir E2 et E4, mettent en avant des troubles de l'oralité chez ces enfants.

E2 est la seule à décrire des troubles au niveau visuel avec des recherches sensorielles dans cette modalité. Quant à E4, elle décrit des troubles de la modulation et de la discrimination dans les différents domaines sensoriels (cf. tableau 4).

| Systèmes sensoriels | Ergothérapeute | | | |
|---------------------|----------------|----|----|----|
| | E1 | E2 | E3 | E4 |
| Tactile | ✘ | ✘ | ✘ | |
| Vestibulaire | | ✘ | ✘ | |
| Proprioceptif | | ✘ | ✘ | |
| Olfactif | | | | |
| Visuel | | ✘ | | |
| Auditif | | ✘ | ✘ | |
| Gustatif | ✘ | | ✘ | |

Légende ✘ Système sensoriel évoqué
 Tous les systèmes sensoriels sont concernés selon l'ergothérapeute

Figure 6 : Comparaison des troubles de l'intégration sensorielle.

Outre cette évaluation, E1 utilise le terme de « souffrance » à quatre reprises dans l'entretien pour qualifier le vécu au quotidien de ces enfants présentant des troubles de l'intégration sensorielle.

III. 2.2.1.2. L'intégration sensorielle en ergothérapie

Profils des enfants bénéficiant de cette thérapie

L'âge des enfants et adolescents suivis en ergothérapie est relativement similaire entre les ergothérapeutes interrogées. Toutefois, les écarts d'âges sont considérables, les enfants accompagnés vont du jeune enfant au jeune adulte, soit de 3 ans à 20 ans. Selon E4, la moyenne d'âge des enfants qu'elle accompagne est de 10 ans, avec des enfants plus jeunes et allant jusqu'à 12 ans (cf. tableau 2).

L'ensemble des ergothérapeutes suit des enfants allant de l'autisme léger à sévère. E3 évoque un enfant non verbal sans retard mental et E4 un enfant également non verbal diagnostiqué autiste sévère avec déficit intellectuel. De même, E3 et E4 suivent des enfants autistes dits de haut niveau ou Asperger.

Quant à Tom, il correspond aux profils évoqués par les ergothérapeutes. Il est âgé de 10 ans, est diagnostiqué comme ayant des troubles du spectre de l'autisme depuis l'âge de 3 ans et présente un niveau d'autisme léger.

Cadre et contexte de l'accompagnement

Concernant l'accompagnement de ces enfants atteints de TSA, les ergothérapeutes les voient une fois par semaine au cours d'une séance de thérapie allant de 30 min à 1h.

Trois ergothérapeutes sur quatre pratiquent cette thérapie en cabinet libéral. À propos de ce sujet, E4 précise « *Je ne me rends pas au domicile, c'est très rare [...], je préfère faire par confort les séances au cabinet car j'ai du matériel spécifique qui est vraiment bien adapté* ». Toutefois, E3 a une toute autre pratique de cette thérapie, elle ne la réalise qu'au domicile de l'enfant et se rend parfois sur le lieu scolaire ou en crèche.

Parmi ces ergothérapeutes, deux d'entre elles, E1 et E4, expriment le fait que selon elles il serait mieux de voir l'enfant plus fréquemment en séance. Concernant ce sujet, E4 met en avant le fait que : « *en libéral c'est compliqué de faire plus, financièrement c'est compliqué, sans remboursement c'est compliqué* ».

Attentes des parents et objectifs de la thérapie

A propos du premier entretien avec les parents, les inquiétudes émises par ces derniers sont diverses et variées. Elles sont résumées sous la forme d'un graphique ci-dessous selon les domaines concernés (cf. figure 4).

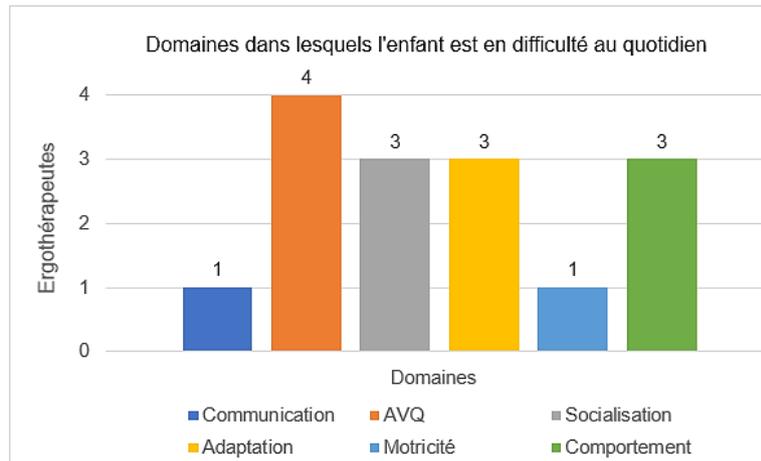


Figure 7 : Domaines dans lesquels l'enfant est en difficulté au quotidien.

Selon E1 et E4, les difficultés et inquiétudes évoquées par les parents sont « *très variables* ». En effet, cela est propre à chaque enfant. Toutefois, l'ensemble des ergothérapeutes relève des difficultés dans les activités de la vie quotidienne chez l'enfant en citant : la toilette, l'habillage ou encore le repas. E3 fait un lien entre ces difficultés et la dépendance de l'enfant vis-à-vis de ses parents pour réaliser ces activités au quotidien. Pour E1, l'une des plus grandes inquiétudes des parents est de savoir comment leur enfant va pouvoir « *vivre au sein de la société* », en particulier au niveau de son « *positionnement social* ». De même, E4 et E2 parlent des difficultés rencontrées dans les relations sociales au quotidien. Au niveau comportemental, E2 et E4 évoquent des crises qui complexifient les relations. De plus, E2 et E3 mettent en avant les difficultés de l'enfant à s'adapter à l'environnement avec un besoin de routines quotidiennes.

Dans le cas de Tom, sa mère évoque des difficultés attentionnelles et de socialisation. Ces dernières sont propres à cet enfant, toutefois, elles rejoignent les propos des ergothérapeutes concernant les difficultés les plus rencontrées chez les enfants (cf. figure 7).

Les ergothérapeutes expriment le fait que l'ensemble de ces difficultés ont un impact considérable sur l'autonomie de l'enfant au quotidien.

A propos des attentes formulées par les parents, E2 énonce que les parents n'ont pas d'attente précise mais souhaitent du soutien et des pistes pour mieux comprendre leur enfant et l'aider au mieux. Elle mentionne le cas d'un enfant qui hurle lors de la douche, situation face à laquelle les parents sont démunis. L'ergothérapeute E4 rejoint E2 sur ce sujet et parle du fait que les parents attendent des solutions sur le plan sensoriel et des adaptations de vie quotidienne, ce qui est un objectif de l'accompagnement en ergothérapie.

E4 cible donc les objectifs de cette thérapie avec les parents selon les activités problématiques rencontrées au quotidien. L'objectif le plus évoqué (E2, E3 et E4) est ainsi l'amélioration de ces activités de la vie quotidienne.

Pour cela, les moyens utilisés par les ergothérapeutes sont différents. E3 réalise un travail autour de la motricité fine et de mises en place de routines pour favoriser l'autonomie au quotidien de l'enfant. De plus, des adaptations de l'environnement sont réalisées pour améliorer le traitement des informations sensorielles. Quant à E2, elle place les parents au centre des objectifs en les liant avec leurs attentes pour « *faire monter en compétences les parents* ». Pour E1, l'objectif est centré autour du « *bien-être* » de l'enfant afin qu'il vive mieux au quotidien (cf. tableau 6). De même, concernant Tom, sa mère formule le besoin que son enfant trouve un « *apaisement physique et psychique* » à travers cette thérapie.

Modalités d'intervention

Le tableau ci-dessous permet de comparer les différentes modalités d'intervention des ergothérapeutes concernant la thérapie d'intégration sensorielle.

| Modalités d'intervention | | Ergothérapeute | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|----|----|----|
| | | E1 | E2 | E3 | E4 |
| Lieux | Cabinet libéral | ✗ | ✗ | | ✗ |
| | Domicile | | | ✗ | |
| Séances | Individuelles | ✗ | | ✗ | |
| | En groupe | | ✗ | | ✗ |
| Parents | Présents | | | ✗ | |
| | Absents | ✗ | ✗ | | ✗ |

Figure 8 : Comparaison des modalités d'intervention.

Selon ce tableau E4 n'intervient pas au domicile de l'enfant, cependant elle se rend sur le lieu scolaire ou encore en crèche. De plus, E4 justifie le fait de pratiquer la thérapie sans les parents par le fait que leur présence modifie le comportement de l'enfant et la thérapie n'est donc pas aussi bénéfique selon elle. En effet, l'enfant peut « *chercher du regard ses parents* » ou encore vouloir les impliquer. E4 ne semble pas rechercher ces interactions sociales mais le fait que l'enfant soit centré sur l'activité qu'il réalise. Toutefois, tout comme E1, elle s'adapte à l'enfant et aux parents, ainsi ponctuellement ces derniers peuvent être présents en séance. L'ensemble des ergothérapeutes échange ainsi beaucoup avec les parents avant et après chaque séance et parle notamment du quotidien de l'enfant afin d'ajuster l'accompagnement et les activités préconisées au domicile.

Cette thérapie d'intégration sensorielle peut être réalisée en individuelle ainsi qu'en groupe. E1 et E3 n'ont jamais réalisé cette thérapie en groupe avec des enfants atteints de TSA. Néanmoins, E1 l'a réalisé en groupe auprès d'enfants atteints de TDAH (cf. tableau 7). E1, E2 et E4 réalisent des séances en groupe afin de travailler les habilités sociales chez les enfants atteints de TSA.

Certaines des ergothérapeutes associent à cette thérapie d'autres interventions thérapeutiques. C'est le cas pour E1 et E4. Du côté de E1, elle utilise en parallèle de la thérapie, la médiation animale auprès des enfants et elle s'intéresse aux aspects moteurs et praxiques (cf. tableau 8). E4 va encore plus loin et mettant en avant la nécessité d'associer cette thérapie à d'autres interventions : « *c'est vraiment indissociable, je travaille sur les deux versants, Bottom-Up et Top-Down* ». En effet, la thérapie d'intégration sensorielle est considérée comme une méthode Bottom-Up ciblée sur les troubles de l'intégration sensorielle chez l'enfant. Elle l'associe alors à des interventions dites Top-Down qui considèrent l'enfant dans sa globalité avec les compétences qu'il possède pour participer aux activités de la vie quotidienne. Quant à E3, elle ne cite pas ces termes au cours de l'entretien, toutefois tout au long de ce dernier on retrouve l'association de ces deux versants dans sa pratique. Elle met par exemple en avant le quotidien de l'enfant, la place de l'entourage de ce dernier avec notamment l'utilisation de la MCRO comme outil utilisé tout au long de l'accompagnement.

Les approches Bottom-Up et Top-down seront des sujets développés par la suite au cours de la discussion de ce mémoire.

III. 2.2.1.3. Approche ludique et autonomie au quotidien

La place du jeu dans la thérapie

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogées, le jeu est au centre de cette thérapie d'intégration sensorielle (cf. tableau 10). Les termes les plus utilisés par les ergothérapeutes pour qualifier le rôle du jeu dans cette dernière sont présentés à travers le diagramme suivant.

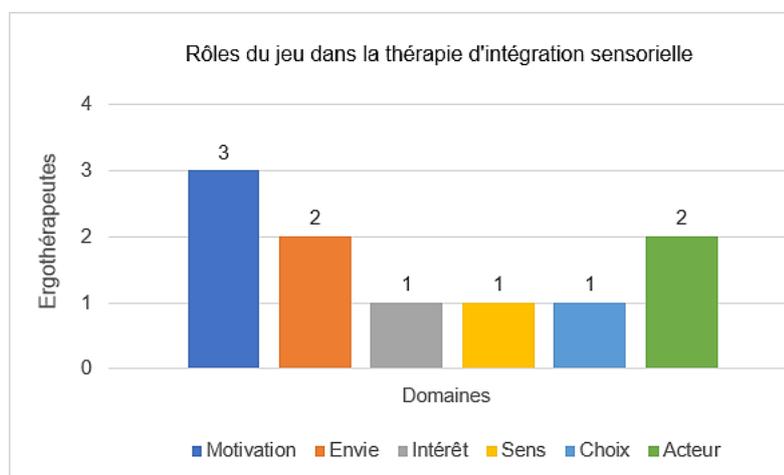


Figure 9 : Rôles du jeu dans la thérapie d'intégration sensorielle.

De même, la mère de Tom utilise des termes utilisés par les ergothérapeutes pour qualifier le comportement de l'enfant lors des séances de thérapie. L'enfant apprécie les temps de jeu, il « *prend plaisir* » et est « *motivé* ». Il s'adonne en particulier aux jeux sensoriels et solitaires (cf. tableau 15).

Habilités sociales et d'adaptation développées à travers le jeu

Selon trois ergothérapeutes (E1, E2 et E4), les jeux sensoriels favorisent le développement de l'adaptation de l'enfant à son environnement ainsi que les interactions sociales. E1 parle principalement des interactions sociales, tandis que E2 cite de nombreux exemples d'adaptation à l'environnement (cf. tableau 11). En revanche, E3 ne s'exprime pas sur l'adaptation de l'enfant et selon elle ce n'est pas dans ces moments-là que les habilités sociales sont les plus développées. Toutefois, elle parle de communication et de partage d'émotions qui sont des domaines de la socialisation.

| Habilités développées | Ergothérapeute | | | | Total |
|-----------------------|----------------|----|----|----|-------|
| | E1 | E2 | E3 | E4 | |
| Adaptation | ✗ | ✗ | | ✗ | 3 / 4 |
| Sociales | ✗ | ✗ | | ✗ | 3 / 4 |

Figure 10 : Habilités sociales et d'adaptation développées à travers le jeu.

Transfert au quotidien

Pour E1 : « *c'est une thérapie qui doit se poursuivre à la maison* ». Les quatre ergothérapeutes donnent en effet des conseils et activités à réaliser au quotidien avec l'enfant. Selon les ergothérapeutes, les activités préconisées diffèrent. E1 met en place au domicile le protocole Wilbarger¹¹. Les parents suivent un protocole donné par l'ergothérapeute et les parents notent dans un livret de suivi quand ils ont réalisé ce protocole et leurs observations. E2 part des besoins des parents et donne des pistes à explorer au quotidien sans préciser lesquelles (cf. tableau 12). Il en est de même pour E3, qui tout comme E4, met en place des diètes sensorielles¹². Ces activités nécessitent une bonne compréhension de ces méthodes par les parents ainsi qu'une implication notable de leur part au quotidien.

Impacts de la thérapie sur l'autonomie de l'enfant

Toutes les l'ergothérapeutes interrogées considèrent qu'il y a un impact bénéfique sur le développement de l'autonomie chez les enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme.

E4 précise que ce développement concerne les domaines des activités de la vie quotidienne, de l'adaptation à l'environnement ainsi que de la socialisation.

¹¹ Protocole Wilbarger : Technique du toucher proprioceptif de pression profonde à travers une technique de brossage et de pressions profondes des articulations (Bogdashina, 2013).

¹² Diète sensorielle : Type de thérapie établissant un programme d'activités planifiées selon les besoins physiques et émotionnels de l'enfant. Des techniques d'éveil, d'organisation et d'apaisement sont mis en place (Bogdashina, 2013).

Toutefois, ces propos sont à nuancer car plusieurs facteurs sont à considérer. En effet, E1 indique que cela dépend du niveau de l'enfant, de l'environnement ainsi que de l'implication des parents. De même, E2 expose que : « *ça dépend aussi beaucoup de l'assiduité aux séances et comment les parents se sont impliqués* » (cf. tableau 13). Selon l'influence de ces facteurs, le développement de l'enfant n'est ainsi pas toujours visible ou plus ou moins rapide.

E2 et E2 considèrent que cet accompagnement a un impact tant sur l'enfant que sur les parents. En effet, la thérapie permet d'améliorer la compréhension des parents vis-à-vis de leur enfant, ils apprennent à le connaître autrement à travers cette thérapie. De plus, E2 amène la notion de « *co-thérapeute* » pour qualifier le rôle des parents.

Les ergothérapeutes présentent une vision globale de l'impact de cette thérapie sur l'autonomie des enfants.

A travers un autre point de vu, celui de la mère de Tom, celle-ci expose le cas spécifique de son enfant (cf. tableaux 14 et 15). Concernant ce dernier, la thérapie a favorisé le développement de l'enfant dans divers domaines. Ils sont classés selon le degré d'évolution à travers le graphique ci-contre.

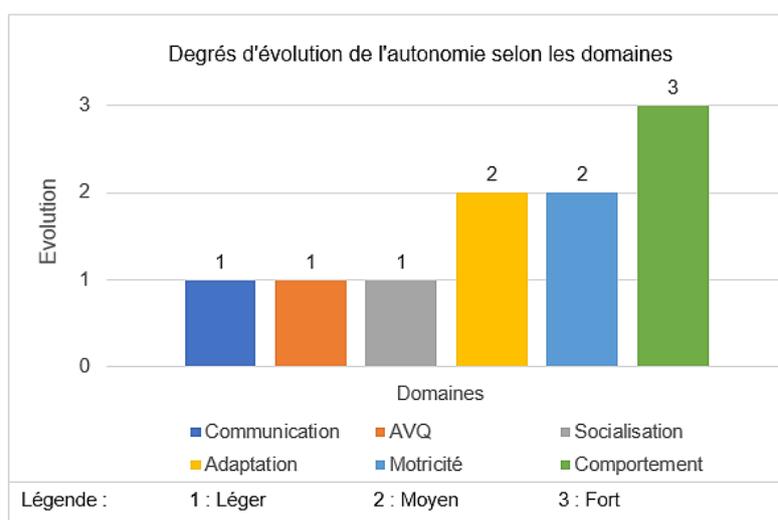


Figure 11 : Degrés d'évolution de l'autonomie selon les domaines.

En adéquation avec l'objectif de recherche d'apaisement par l'ergothérapeute E1. Cette mère notifie que cet accompagnement a participé à un apaisement physique et psychique chez son enfant. Là encore ces résultats sont à pondérer. En effet, Tom bénéficie également d'un accompagnement avec un psychologue et un éducateur spécialisé. L'ensemble de ces professionnels peut donc potentiellement avoir une influence sur le développement du bien-être et de l'autonomie au quotidien.

Evaluation de l'impact de la thérapie sur l'autonomie de l'enfant

Sur les quatre ergothérapeutes consultées, trois n'utilisent pas d'outil permettant d'évaluer de manière objective l'impact de cette thérapie sur l'autonomie de l'enfant.

Elles réalisent l'évaluation à travers l'observation et le retour des parents sur le quotidien. Elles comparent ainsi les objectifs fixés au début de l'accompagnement, si ces derniers sont atteints ou encore si de nouveaux ont émergés. Pour cela, l'ergothérapeute E3 est la seule à utiliser un outil validé : la MCRO, lui permettant d'évaluer qualitativement l'évolution de l'enfant.

En plus du retour des parents, E4 est en contact avec l'enseignant de l'enfant tout au long de l'accompagnement. Elle échange alors avec lui sur l'évolution de l'enfant au quotidien.

III. 3 : Discussion

III. 3.1. Interprétations des résultats

III. 3.1.1. Synthèse des résultats

Cette étude démontre que l'ensemble des ergothérapeutes interrogées constate des troubles de l'intégration sensorielle chez les enfants atteints de TSA qu'elles accompagnent. Ces derniers sont de tous types, concernent tous les systèmes sensoriels et sont propres à chaque enfant. Cette diversité se retrouve également dans la manière de pratiquer la thérapie d'intégration sensorielle. Les lieux, les outils d'évaluation et d'accompagnement divergent selon les ergothérapeutes.

Ces dernières établissent en lien entre ces troubles de l'intégration sensorielle et l'autonomie de l'enfant au quotidien. En effet, l'enfant présente notamment des difficultés concernant l'adaptation à son environnement et les interactions sociales.

Les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que le jeu est au centre de la thérapie d'intégration sensorielle. La mère de Tom et les ergothérapeutes estiment que cette approche ludique permet de susciter intérêt et plaisir chez l'enfant. De plus, pour trois des ergothérapeutes, cette approche favorise le développement des capacités socio-adaptatives chez ces enfants atteints de TSA. Toutefois, elles temporent les effets de cette thérapie. Cela est en effet très variable et dépend de nombreux facteurs tels que l'âge de l'enfant, son degré d'autisme, l'implication des parents ou encore l'influence de l'accompagnement d'autre professionnels.

Ainsi, au cours de cette analyse des résultats, des thèmes ont émergé. Ils sont sélectionnés et développés à travers la discussion à suivre.

III. 3.1.2. Prise en soin et accompagnement précoce

Parmi les ergothérapeutes ayant participé à cette étude, deux d'entre elles estiment qu'il faudrait augmenter le nombre de séances de cette thérapie. A ce sujet, l'une d'elle met en avant l'aspect financier entravant la fréquence et la durée de cet accompagnement en ergothérapie. Ce sujet est développé dans le cadre d'un dossier de santé publique consultable en annexe (cf. [annexe 6](#)).

La littérature et le gouvernement s'intéressent également à cette problématique impactant tant le développement de l'activité libérale des ergothérapeutes en France, que l'accompagnement des enfants et des familles.

Ainsi, la Stratégie Nationale pour l'Autisme prône l'importance du diagnostic précoce afin de favoriser l'accompagnement précoce des enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme. Pour cela, le gouvernement met en place en 2019, une loi de financement de la sécurité sociale. Cette dernière a pour objectif de permettre le financement de « *bilans et d'interventions précoces pour les enfants de 0 et 7 ans, présentant des troubles du neurodéveloppement* ». Cette loi souhaite instaurer des « *plateformes d'intervention précoce* » afin d'orienter les enfants, sur prescription médicale, vers un professionnel tel qu'un ergothérapeute. Un « *forfait d'intervention précoce* » s'élevant à 1 500€ permettra de financer cet accompagnement sur une durée limitée entre 12 et 18 mois. (Cluzel, Darmanin, & Buzyn, 2019 ; Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées, 2019). Les prestations prises en charge concernent « *l'évaluation des besoins de l'enfant dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec leur développement sensorimoteur, sensoriel et cognitif* ». Pour cela, des outils tels que l'évaluation du comportement ludique de l'enfant, le Profil sensoriel de Dunn, la Vineland ou encore la MCRO sont proposés.

La mise en place de ce financement et l'utilisation de ces outils, favoriseraient la réalisation de cette thérapie et l'évaluation de son impact sur l'autonomie de l'enfant.

III. 3.1.3. Différences et complémentarités des approches Top-Down et Bottom-up

Dans le cadre de cet accompagnement d'enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme, l'ergothérapeute peut utiliser deux types d'approches : Top-Down et Bottom-Up. L'ergothérapeute E4 met en avant le fait que ces deux versants sont indissociables.

L'intégration sensorielle fait partie des approches dites Bottom-Up. Ces dernières se fondent sur l'aspect développemental de l'enfant. Elles s'intéressent aux causes sous-jacentes des déficits des compétences fonctionnelles.

Ainsi, concernant cette thérapie, l'ergothérapeute va se concentrer sur les troubles de l'intégration sensorielle pouvant être à l'origine d'incapacités dans des domaines tel que la motricité. Comme cette enquête le révèle, l'ergothérapeute va alors évaluer ces troubles et les capacités et incapacités de l'enfant. L'objectif va être de développer l'intégration de ces informations sensorielles, provenant de l'environnement, à travers des activités ludiques. Cela va permettre à l'enfant de développer ses capacités et ainsi d'augmenter son efficacité dans les activités de la vie quotidienne. (Pass The OT, 2018 ; Weinstock-Zlotnick & Hinojosa, 2004).

Les ergothérapeutes interrogées vont au-delà de cette approche en la complétant avec celles dites Top-Down. En effet, comme le prône le modèle ludique, elles vont avoir une approche holistique centrée sur l'enfant et son entourage. Elles s'intéressent au quotidien de ces derniers et aux compétences nécessaires chez l'enfant pour réaliser les activités du quotidien. Pour cela, l'une des ergothérapeutes utilise comme outil la MCRO. De plus, selon les besoins de l'enfant, elles peuvent préconiser des aménagements de l'environnement ainsi que des moyens de compensation (casque anti-bruit, etc.).

L'association de ces deux approches est révélatrice des principes même de l'ergothérapie. Ainsi, à travers ce mémoire, j'ai souhaité lier la thérapie d'intégration sensorielle (approche Bottom-Up) au modèle conceptuel ludique (approche Top-Down). L'objectif global est de démontrer que leur complémentarité permet d'accompagner l'enfant tout au long de son développement, notamment au niveau de l'adaptation et de la socialisation et ainsi de favoriser son autonomie au quotidien.

III. 3.1.4. Diversité des pratiques

Les quatre ergothérapeutes ayant participé à cette étude sont toutes formées à l'intégration sensorielle et pratiquent cette thérapie auprès d'enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme. Pourtant, cette étude révèle une diversité des pratiques.

En effet, deux des ergothérapeutes utilisent par exemple le protocole de Wilbarger et les diètes sensorielles dans le cadre de cette thérapie. Toutefois, selon l'une des formatrices de l'ANFE en intégration sensorielle, ces méthodes ne font pas partie de l'intégration sensorielle et nécessitent des formations complémentaires (Dufour, 2018). Cette vision est discutable, les avis divergent ainsi sur ces variabilités de pratique. Ce sujet est abordé dans la littérature : « *Le manque de consensus sur les traitements de l'intégration sensorielle, et le fait qu'il n'existe pas de définition claire de l'intégration sensorielle (ses principes varient d'un auteur à un autre) complique les choses* » (Bogdashina, 2013, p. 217).

Il n'existe donc pas une intégration sensorielle mais un panel d'intégrations sensorielles.

Cette dernière varie selon les pays, les auteurs, les organismes de formations, la population concernée, le lieu d'exercice ou encore le professionnel la pratiquant. En effet, ce dernier va s'approprier cette thérapie et en développer sa propre approche thérapeutique.

De surcroît, la Haute Autorité de Santé pointe cette diversité de l'intégration sensorielle, entravant ainsi une possible évaluation de son efficacité (HAS, 2012). En effet, « *Le seul moyen d'évaluer l'efficacité de la thérapie se limite à l'observation des comportements* » (Bogdashina, 2013, p. 217). Il apparaît donc difficile d'évaluer les effets de cette thérapie dans le cadre d'un protocole de recherche clinique.

Pour permettre une reconnaissance de cette pratique et juger de son efficacité, il faudrait envisager une uniformisation des formations et pratiques avec notamment l'utilisation de bilans normés et validés. Mais-est-ce possible et pertinent auprès d'une population présentant des troubles du spectre de l'autisme et des particularités sensorielles hétéroclites ?

III. 3.1.5. L'approche ludique de la thérapie

Le modèle ludique n'est pas employé comme modèle de pratique chez les ergothérapeutes ayant participé à cette enquête. Toutefois, le vocabulaire employé et l'approche utilisée est celui du modèle ludique. Elles placent le jeu au centre de cette thérapie d'intégration sensorielle, mais semblent distinguer cette approche d'autres pratiques centrées sur les habilités motrices ou encore sociales. Elles n'utilisent ainsi pas l'évaluation du comportement ludique pour évaluer l'évolution de l'enfant à travers ses différentes sphères de développement comme l'expose la littérature. (Ferland, 2003).

D'un autre point de vu, la mère de Tom précise qu'il est préférentiellement intéressé par les jeux sensoriels et solitaires. Ces informations sont en concordance avec la littérature et les études démontrant la prédominance des jeux sensori-moteurs chez les enfants atteints de TSA (Blanc et al., 2005). Selon les réponses apportées, l'enfant n'a pas développé sa diversité de jeux. Toutefois, cette approche a su développer son autonomie au quotidien, en particulier dans les domaines du comportement, de la motricité et de l'adaptation.

Concernant le jeu chez les enfants atteints de TSA, peu d'écrits scientifiques abordent ce sujet. L'étude de Gayle et Magill-Evans (1994) expose les difficultés dans le jeu de ces enfants. Ils considèrent alors que « *l'utilisation du jeu en thérapie est la voie à retenir pour accentuer leur désir d'explorer leur environnement et de maîtriser les habiletés interpersonnelles* » (Ferland, 2003, p. 50-51).

Toutefois, en pratique, le lien entre cette approche ludique de la thérapie, et le développement de l'adaptation et de la socialisation chez ces enfants, n'est pas aisé à établir en l'absence d'utilisation d'outil d'évaluation par les ergothérapeutes.

III. 3.2. Limites de l'enquête

III. 3.2.1. Représentativité

La représentativité est l'une des limites de cette enquête. En effet, en 2018, la France compte 11 971 ergothérapeutes dont 1 432 qui exercent en libéral. Concernant le nombre d'ergothérapeutes formés à l'intégration sensorielle en France, il avoisine le nombre de 100. (ANFE, 2019 ; DREES, 2019). Parmi ces derniers, quatre ont participé à l'étude et un seul parent a répondu au questionnaire. L'ensemble de ces échantillons étant non représentatif, les résultats de l'enquête sont donc non significatifs.

Il serait donc pertinent pour cette étude d'obtenir d'autres réponses, en particulier de la part de parents afin de pouvoir évaluer l'impact de cette thérapie au quotidien.

III. 3.2.2. Subjectivité des concepts

De plus, ce mémoire aborde de nombreux concepts subjectifs tels que l'autonomie ou encore les notions d'intérêt et de plaisir. Les textes définissant ces notions sont rares, voire inexistantes. En effet, ces aspects sont propres à chaque enfant et à son entourage. De ce fait, les ergothérapeutes interrogées réalisent leur évaluation à travers l'observation et les échanges avec les parents. En outre, l'une des ergothérapeutes utilise la MCRO comme outil d'évaluation. A travers une entrevue semi-structurée, en présence de l'enfant et/ou des parents, l'ergothérapeute s'intéresse aux activités que l'enfant réalise, ne réalise pas ainsi que celles qu'il souhaiterait faire. Cet outil permet ainsi de recueillir les difficultés et attentes de l'enfant et des parents afin d'évaluer, tout au long de l'accompagnement, l'évolution de l'autonomie chez l'enfant (Law & Association canadienne des ergothérapeutes, 2000).

Ainsi, des évaluations telle que la MCRO pourraient permettre aux ergothérapeutes d'évaluer d'une manière plus objective l'évolution de l'autonomie de l'enfant dans ses différentes sphères de développement.

III. 3.2.3. Biais des méthodes et outils d'investigation

Pour effectuer cette enquête deux outils ont été utilisé ; l'un qualitatif : l'entretien et l'autre quantitatif : le questionnaire. Ces derniers étaient respectivement destinés aux ergothérapeutes et aux parents. Pour le recrutement de ces derniers les moyens employés n'ont pas toujours été appropriés. Se présenter en personne aux associations de parents ou encore les contacter par téléphone leur aurait peut-être permis de mieux comprendre ma démarche et ainsi favoriser leur investissement.

De plus, les concepts abordés dans l'enquête sont subjectifs. Or le questionnaire utilisé comme outil auprès des parents ne laisse pas de place à cette subjectivité. Les ergothérapeutes dévoilent leur propre expérience et la mère de Tom, le cas spécifique de son enfant. Ces données sont donc non transposables à l'ensemble de la population concernée. De plus, à travers ces entretiens semi-directifs, la formulation des questions, parfois trop large ou trop ciblée, a pu influencer les réponses données. Avec du recul et à travers l'analyse des résultats, j'ai pris conscience du manque de clarté de certaines questions engendrant des réponses non attendues. De plus, il n'a pas toujours été aisé de savoir quand et comment relancer l'entretien tout en restant neutre.

III. 3.3. Limites du mémoire

III. 3.3.1. Temps et organisation

Les aspects organisationnels et temporels ont eu un impact considérable sur la réalisation de ce mémoire. La multitude de littératures étudiées et de recherches réalisées a compliqué le choix des informations pertinentes pour ce sujet. La grande difficulté a été de les sélectionner et de synthétiser cet écrit. Le temps de rédaction a ainsi été considérable, rendant la double tâche compliquée avec la réalisation de l'enquête en parallèle. Concernant cette dernière, elle a parfois dû être réalisée dans la précipitation. Je n'ai pu réaliser une observation de séances d'intégration sensorielle et je n'ai pas toujours su prendre le temps nécessaire à la réalisation d'outils pertinents.

L'utilisation d'un échéancier avec les tâches à réaliser et le temps imparti pour ces dernières serait approprié pour la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche.

III. 3.3.2. Des troubles variés et complexes

Le terme de « spectre » décrit parfaitement la diversité des Troubles du Spectre de l'Autisme. Les classifications internationales du diagnostic de l'autisme classifient ces troubles, toutefois les tableaux cliniques sont très variables d'un enfant à l'autre. De plus, ces derniers peuvent présenter des troubles de l'intégration sensorielle qui, là encore, sont multiples. (Rogé et al., 2008). Selon la littérature, ils concernent 30 à 100 % des personnes atteintes de TSA. Cette disparité quantitative est due à la complexité de leur identification (Degenne-Richard et al., 2014). Cette étude illustre cette théorie, les ergothérapeutes accompagnent des enfants allant de l'autisme léger à sévère, verbal ou non et ayant des particularités sensorielles qui leurs sont propres. Il est donc complexe de généraliser les effets de cette thérapie sur les enfants atteints de TSA.

De plus, la définition des Troubles du Spectre de l'Autisme évolue au cours du temps selon les classifications diagnostiques. Ainsi, le 18 juin 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié sa nouvelle Classification Internationale des Maladies : la CIM-11. Cette dernière sera présentée en mai 2019 à l'Assemblée Mondiale de la Santé pour adoption par les Etats membres, puis entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022. La CIM-11 est similaire au DSM-5 sur des aspects tels que la dyade autistique et l'importance de considérer les particularités sensorielles chez les personnes atteintes de TSA. Toutefois, elle diverge sur d'autres sujets comme la place du jeu auprès de cette population pédiatrique. « *En ce qui concerne l'autisme pendant l'enfance, la CIM-11 insiste moins sur le type de jeu auquel les enfants participent [...]. Elle se concentre plutôt sur le fait que les enfants suivent ou imposent des règles strictes lorsqu'ils jouent, [...] une caractéristique commune chez les personnes autistes* » (Autism Europe, 2018 ; OMS, 2018). Ces textes sont source de controverses et de débats chez les scientifiques et professionnels de la santé. Cela démontre que l'autisme est un sujet complexe nécessitant une perpétuelle réflexion et remise en question.

Ces classifications internationales influencent ainsi la pratique des professionnels accompagnant cette population.

III. 3.3.3. Accompagnement pluridisciplinaire

Le diagnostic précoce et l'accompagnement des enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme nécessitent l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle formée et expérimentée dans le domaine de l'autisme (HAS, 2018). Ces professionnels vont collaborer et être complémentaires dans la prise en soin de ces enfants. Les ergothérapeutes et le parent interrogés évoquent notamment le psychologue, l'éducateur spécialisé ainsi que l'enseignant. De ce fait, ce n'est pas uniquement l'ergothérapeute qui va avoir un effet sur le développement de l'enfant dans ses différentes sphères, mais l'ensemble de cette équipe qui va favoriser l'autonomie et le bien-être de l'enfant.

III. 3.4. Intérêts du mémoire

Ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie m'a apporté tant sur le plan personnel que professionnel.

Dans un premier temps, il m'a permis de développer mes connaissances théoriques dans le domaine de l'autisme et le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population pédiatrique. Ce mémoire a également été l'occasion de mener un projet en lien avec des professionnels et parents. Cela a été très enrichissant et formateur, j'ai pu découvrir les pratiques des ergothérapeutes et avoir un retour de la part d'un parent sur l'accompagnement.

J'ai également dû acquérir une rigueur de travail demandant une organisation pour concilier vie personnelle et mémoire. J'ai appris à organiser toutes mes réflexions pour les prioriser et ainsi formaliser mes écrits. De plus, j'ai développé un esprit autocritique et appris à accepter les controverses afin de me remettre en question et avancer dans ce projet.

Enfin, c'est un bénéfice pour ma future pratique en tant qu'ergothérapeute. J'ai en effet pour projet potentiel d'exercer auprès de personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme et de me former à cette thérapie. Quoi qu'il en soit, ce mémoire a suscité mon envie de continuer à m'informer, me former et à développer ma prochaine pratique professionnelle.

IV. CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie s'est intéressé à la manière de mettre en place la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie afin de favoriser l'autonomie chez les enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme. L'étude s'est alors portée sur l'impact d'une approche ludique de cette thérapie pour développer les capacités sociales et adaptatives de l'enfant.

Ainsi, l'enquête a été réalisée à travers des entretiens auprès d'ergothérapeutes et un questionnaire destiné aux parents des enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme. Elle révèle que l'approche ludique de la thérapie d'intégration sensorielle favorise intérêt et plaisir chez l'enfant ainsi que ses capacités d'adaptation à l'environnement et ses interactions sociales. Cet accompagnement en ergothérapie participe alors au développement de l'autonomie de l'enfant au quotidien. Néanmoins, ces résultats sont à pondérer. Ils ne sont pas généralisables à l'ensemble de cette population et l'échantillon est non représentatif. À cela s'ajoute une pratique très variée de cette thérapie et une utilisation non systématique d'outils validés et/ou normés par les ergothérapeutes. Les résultats obtenus sont donc non objectifs. De plus, outre cette approche ludique, de nombreux autres facteurs influencent l'autonomie chez l'enfant. L'hypothèse de cette étude est ainsi partiellement validée.

Afin d'aller plus loin dans cette étude, il faudrait cibler une population d'enfants moins hétérogène, recueillir l'avis d'un nombre plus significatif d'ergothérapeutes et de parents ainsi que des autres professionnels accompagnant ces enfants. De plus, l'utilisation d'outils validés et/ou normés permettrait d'obtenir des résultats objectifs sur l'impact de cette thérapie.

La réalisation de ce mémoire laisse en suspens de nombreuses interrogations telles que : « *La MCRO est-elle utilisée par de nombreux ergothérapeutes pratiquant la thérapie d'intégration sensorielle ? Quels autres outils sont utilisés pour évaluer l'autonomie ?* ».

BIBLIOGRAPHIE

Adrien, J.-L. (2011). *L'autisme de l'enfant: évaluations, interventions et suivis*. Wavre, Belgique : Mardaga.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson.

ANFE. (2019a). Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté 12 avril 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/ce-qu-elle-est>

ANFE. (2019b). Démographie des ergothérapeutes en France. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse Association Nationale Française des Ergothérapeutes website : <https://www.anfe.fr/demographie>

Autism Europe. (2018, juin 21). L'Organisation Mondiale de la Santé met à jour sa classification de l'autisme dans la CIM-11. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse <https://www.autismeurope.org/fr/blog/2018/06/21/lorganisation-mondiale-de-la-sante-met-a-jour-sa-classification-de-lautisme-dans-la-cim-11/>

Ayres, A. J., & Robbins, J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services.

Ayres, J. A., & Soechting, E. (2013). *Bausteine der Kindlichen Entwicklung: Sensorische Integration Verstehen Und Anwenden, Das Original in Moderner Neuauflage* (Revised, Expanded). Berlin : Springer.

Babington, I. (2017). *L'intégration neuro-sensorielle* [Vidéo]. Consulté à l'adresse <https://www.facebook.com/watch/?v=1995285934128852>

Babington, I. (2018). *L'enfant extraordinaire : comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant*.

Barthélémy, C. (2018, mai). *Dossier d'information autisme : un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine sciences publications-Lavoisier.

Blanc, R., Adrien, J.-L., Roux, S., & Barthélémy, C. (2005). Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism. *Autism*, 9(3), 229-245.

- Blanchet, A., & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.
- Bogdashina, O. (2013). *Questions sensorielles et perceptives dans l'autisme et le syndrome d'Asperger : des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents*. Grasse (Alpes-Maritimes) : Autisme France Diffusion.
- Breton, S., & Léger, F. (2012). *Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique*.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse: Erès.
- Bundy, Lane, S. J., & Murray, E. A. (2002). *Sensory Integration : Theorie and Practice - Second edition*. 57.
- Caucal, D., & Brunod, R. (2014). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Grasse : AFD.
- Centre-Val-de-Loire. (2018). Centre Ressource Autisme (CRA). Consulté 11 décembre 2018, à l'adresse <http://www.cra-centre.org/index.php/le-cra/ses-missions>
- Chantal de Ruelle. (2011). *Questions/réponses : Les professionnels réglementés*.
- Cluzel, S., Darmanin, G., & Buzyn, A. *Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé*. Pub. L. No. SSAS1909711A (2019).
- CNIL. (2018). Les bons réflexes de la protection des données personnelles. Consulté 14 février 2019, à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/protection-des-donnees-les-bons-reflexes>
- Comprendre l'autisme. (2019). L'ADI-R (entretien du diagnostic de l'autisme) : outil diagnostic de l'autisme. Consulté 2 mars 2019, à l'adresse Comprendre l'autisme website : <http://comprendrelautisme.com/les-tests/ladi-r/>
- Dayan, J. (2015). Le bébé des neurosciences est-il un bébé nouveau? *Spirale*, N° 76(4), 18-23.
- Dechambre, D. (2010). *Autismes et troubles sensoriels : expériences en ergothérapie*. (16), 307-312.
- Degenne-Richard, C., Wolff, M., & Adrien, J.-L. (2014). Les spécificités sensorielles des personnes avec autisme de l'enfance à l'âge adulte. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant (ANAE)*, (128), 1-10.
- Des Rivières-Pigeon, C., & Poirier, N. (Éd.). (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme : état des connaissances*. Québec (Québec) : Presses de l'Université du Québec.

DREES. (2019). Effectifs d'ergothérapeutes par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques website :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3699>

Dufour, C. (2018). *Intégration sensorielle : approches sensorielles et sensori-motrices*. Présenté à Université Paris-Est-Créteil-Institut de formation en ergothérapie. Université Paris-Est-Créteil-Institut de formation en ergothérapie.

Dunn, W., Tomchek, S. D., Little, L. M., & Myers, J. (2018). Sensory Subtypes in Preschool Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2139-2147.

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*.

Ferland, F. (2015). Le jeu, tel que conçu dans le modèle ludique. In A. Alexandre, *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 113-123). Louvain-La-Neuve : De Boeck Solal.

Gaudet, G., Giguère, C., Nancy, J., & Talbot, S. (2013). *Comprendre l'intégration sensorielle*. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Gepner, B. (2014). *Autismes ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur*. Paris : O. Jacob.

Grandin, T. (2012). *Ma vie d'autiste* (1986^e éd.). Paris : O. Jacob.

HAS. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

HAS. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme-Signes d'alerte, repérage et diagnostic-HAS-Recommandation de bonne pratique 2018* (p. 257).

Joly, V. (2018, juin 22). Jean Piaget : Les stades du développement infantile. Consulté 16 décembre 2018, à l'adresse Vincent Joly, Psychologue website : <http://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2015). *Les troubles du spectre de l'autisme et l'ergothérapie*. Consulté à l'adresse [https://www.caot.ca/document/4214/L%20-%20Les%20troubles%20du%20spectre%20autistique%20et%20l%20ergoth%C3%A9rapie%20\(2015\).pdf](https://www.caot.ca/document/4214/L%20-%20Les%20troubles%20du%20spectre%20autistique%20et%20l%20ergoth%C3%A9rapie%20(2015).pdf)

Law, M., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2000). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)*. Ottawa : ACE - CAOT Publications.

- Marinopoulos, S. (2017). *Dites-moi à quoi il joue, je vous dirai comment il va*.
- Marmoz, L. (Éd.). (2001). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines : la place du secret*. Paris : L'Harmattan.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- O. Miguel, H., Sampaio, A., Martínez-Regueiro, R., Gómez-Guerrero, L., López-Dóriga, C. G., Gómez, S., ... Fernández-Prieto, M. (2017, août). Touch Processing and Social Behavior in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, p. 2425-2433.
- OMS. (2018, juin 18). L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). Consulté 16 mai 2019, à l'adresse [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Parham, L. D., Cohn, E. S., Spitzer, S., Koomar, J. A., Miller, L. J., Burke, J. P., ... Summers, C. A. (2007). Fidelity in sensory integration intervention research. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(2), 216-227.
- Pass The OT. (2018). Bottom Up vs Top Down Approach Module Four OTA. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse Pass The OT website : <https://passtheot.com/bottom-vs-top-approach-module-four-ota/>
- Perrin, J. (2011). *Le jeu chez les enfants avec autisme*. Consulté à l'adresse <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/perrin2011.pdf>
- Quillet. *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. , (2010).
- Ray-Kaesler, S., & Dufour, C. (2013). *Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle*. (49), 13-20.
- Ray-Kaesler, S., & Lynch, H. (2017). Enrichir nos points de vue sur le jeu : de l'activité ludique au jeu pour le plaisir de jouer. *ErgOthérapies, Revue Française d'Ergothérapie*, (65), 27-32.
- Rogé, B., Barthélémy, C., & Magerotte, G. (2008). *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes problématiques, méthodes, outils*. Paris; Arcueil: Dunod ; Numilog.
- Rogers, S. J., & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1255-1268.

Roley, S. S., Mailloux, Z., Parham, L. D., Schaaf, R. C., Lane, C. J., & Cermak, S. (2014). Sensory Integration and Praxis Patterns in Children With Autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1).

Santinelli, L. (2015). Le partenariat avec les familles. In A. Alexandre, *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 83-96). Louvain-La-Neuve : De Boeck Solal.

Schröder, C. M., Florence, E., Dubrovskaya, A., Lambs, B., Stritmatter, P., Vecchionacci, V., ... Danion-Grilliat, A. (2015). Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Elsevier Masson SAS*, 63(5), 279-287.

Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. (2019, avril 2). Stratégie Nationale pour l'Autisme : Engagement 2 : intervenir précocement auprès des enfants [Gouvernemental]. Consulté 12 mai 2019, à l'adresse <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-2-intervenir-precocement-aupres-des-enfants>

Soyez-Papiernik, É. (2005). *Comprendre la rééducation des anomalies du développement*. Paris: Masson.

Suarez, M. A. (2012). Sensory Processing in Children with Autism Spectrum Disorders and Impact on Functioning. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 203-214.

Tourrette, C., & Guedeney, A. (2012). *L'évaluation en clinique du jeune enfant : le bébé et ses parents, 90 tests, échelles et questionnaires, dépistage et diagnostic, clinique et recherche*. Paris : Dunod.

Vivanti, G., & Vivanti, D. (2018). *Les nouveaux critères diagnostics du DSM-5*.

Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation: is one better than the other? *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(5), 594-599.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 11-29.

Iconographie

Les illustrations utilisées dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche sont libres de droit (non soumises à une licence).

Image de 1^{ère} de couverture :

<https://www.mondealautre.fr/visuels/oeuvres/Visuel-p-8-MonPetitFrere-ext-69.jpg>

Pyramide de Williamson :

<https://juliedubeaumasso.files.wordpress.com/2018/11/schc3a9ma-3.png?w=1000>

Classification diagnostique des troubles de l'intégration sensorielle :

<http://www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2012/07/Figure-1-Classification-diagnostique-propos%C3%A9e-par-Lucy-Jane-Miller.jpg>

Tableau d'évolution du comportement ludique :

<https://books.openedition.org/pum/docannexe/image/13823/img-3.jpg>

<https://books.openedition.org/pum/docannexe/image/13823/img-4.jpg>

<https://books.openedition.org/pum/docannexe/image/13823/img-5.jpg>

Logo de la 1^{ère} page du dossier de santé publique :

<https://blog.francetvinfo.fr/dans-vos-tetes/files/2019/05/Strate%CC%81gie-nationale-autisme-e1557053702482.jpg>

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

| | |
|--|-------|
| Annexe 1 : Tableau d'évolution du comportement ludique | I |
| Annexe 2 : Diagramme de flux de méthodologie d'enquête..... | II |
| Annexe 3 : Trame d'entretien destiné aux ergothérapeutes | III |
| Annexe 4 : Questionnaire destiné aux parents | V |
| Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec E3 | XI |
| Annexe 6 : Dossier de santé publique | XVIII |

Annexe 1 : Tableau d'évolution du comportement ludique

| 1 ^{re} ÉTAPE | 2 ^e ÉTAPE | 3 ^e ÉTAPE |
|---|--|---|
| Attitude ludique | | |
| CARACTÉRISTIQUES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • éveil de l'attention • éveil de la curiosité • éveil de l'intérêt • désir de connaître | <ul style="list-style-type: none"> • intérêt soutenu • sensation de plaisir • désir de prendre des initiatives • désir d'explorer • désir d'agir | <ul style="list-style-type: none"> • intérêt pour l'action • plaisir d'agir • initiative • humour • spontanéité |
| COMPOSANTES AFFECTIVES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • sentiment de confiance | <ul style="list-style-type: none"> • sentiment de maîtriser les objets • expression des besoins • début d'autonomie | <ul style="list-style-type: none"> • sentiment de maîtrise • expression des besoins et des sentiments • autonomie • prise de décisions • estime de soi |
| 1 ^{re} ÉTAPE | 2 ^e ÉTAPE | 3 ^e ÉTAPE |
| Action ludique | | |
| COMPOSANTES SENSORIELLES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • regarde • touche • sent • écoute • porte à sa bouche • bouge | | |
| COMPOSANTES MOTRICES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • saisit • manipule • conserve une position • bouge | <ul style="list-style-type: none"> • saisit/relâche • ouvre/ferme • lance/attrape • vide/emplit • empile • transporte • change de position • se déplace | <ul style="list-style-type: none"> • utilise des outils (crayon, ciseaux) • utilise plusieurs objets • combine diverses actions |
| COMPOSANTES COGNITIVES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • expérimente la relation de cause à effet (début) • expérimente la permanence de l'objet (début) • reconnaît les caractéristiques fondamentales des objets | <ul style="list-style-type: none"> • comprend la relation de cause à effet • comprend le concept de permanence de l'objet • comprend le fonctionnement des objets • aide à résoudre des problèmes • comprend le déroulement des activités | <ul style="list-style-type: none"> • imite • fait semblant • crée une situation de jeu • utilise des symboles (jeu de faire semblant, dessin, langage) • résout des problèmes • comprend les symboles • généralise |
| COMPOSANTES SOCIALES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • joue avec l'adulte • joue seul | <ul style="list-style-type: none"> • joue en parallèle • comprend la notion de propriété | <ul style="list-style-type: none"> • partage le matériel de jeu • joue avec d'autres enfants • coopère à un jeu commun • sait demander et accepter de l'aide • peut aider l'autre • exprime ses idées |

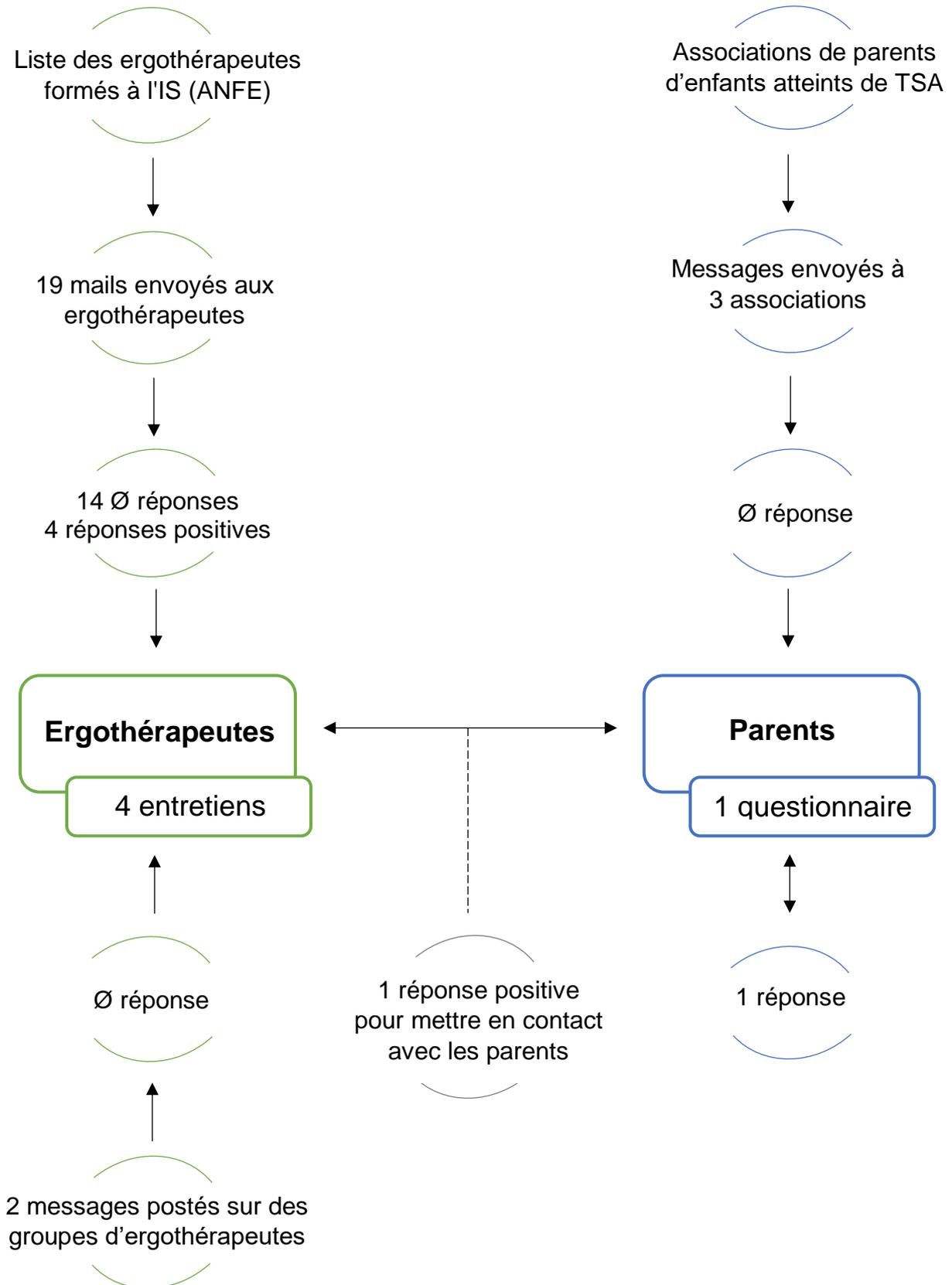
1^{ère} étape : stimulation et réponses sensorielles.

2^{ème} étape : exploration des objets, de l'espace et manipulation du matériel.

3^{ème} étape : activité ludique : utilisation fonctionnelle et non conventionnelle du matériel de jeu menant à l'acquisition d'un répertoire ludique personnel.

Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie (2003), Francine Ferland.

Annexe 2 : Diagramme de flux de méthodologie d'enquête



Annexe 3 : Trame d'entretien destiné aux ergothérapeutes

Introduction

« Bonjour, je me présente je m'appelle Célia Baranger, je suis actuellement étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. Je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui porte sur l'impact d'une approche ludique de la thérapie d'intégration sensorielle sur l'autonomie de jeunes enfants, âgés entre 2 et 10 ans atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme. Au cours de cet entretien je vais vous poser diverses questions, vous pouvez décider d'arrêter l'entretien à tout moment si vous le souhaitez. Si vous l'acceptez, cet entretien sera enregistré et sera utilisé uniquement dans le cadre de mon travail de recherche. Je m'engage à retranscrire à l'identique vos propos et à respecter votre anonymat. Avez-vous des questions ? Pouvons-nous commencer ? »

Renseignements généraux

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? Au sein de quel établissement ?

Dans quel type de structure travaillez-vous ?

En quelle année avez-vous été formé en intégration sensorielle ? Quelle formation avez-vous suivie ? (Formation ANFE, diplôme en Suisse, etc.)

Disposez-vous d'autres diplômes ou formations ?

Depuis combien d'années exercez-vous auprès d'enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme ? Quel âge ont ces enfants ?

Quel est le niveau de sévérité d'autisme des enfants que vous prenez en soin ?

Depuis combien d'années pratiquez-vous la thérapie d'intégration sensorielle auprès de ces enfants ?

Lors du premier entretien avec les parents, quelles sont les inquiétudes et difficultés rencontrées au quotidien dont ils vous font part ? Quelles sont leurs attentes vis-à-vis de l'accompagnement en ergothérapie ?

Quels sont les objectifs de cette thérapie ?

Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour évaluer l'intégration sensorielle de ces enfants ? (Observation, questionnaire, etc.)

Quels sont les troubles de l'intégration sensorielle que vous observez le plus fréquemment ?
(*Troubles de la modulation sensorielle, troubles moteurs, troubles sensoriels discriminatifs*)
Quels sont les systèmes sensoriels concernés ?

Selon vous, quels impacts peuvent avoir ces troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant ? (*Socialisation, adaptation, etc.*)

En moyenne, quelle est la durée des séances de thérapie et à quelle fréquence sont-elles réalisées ?

Réalisez-vous des séances de thérapie en groupe ? Pourquoi ?

Quelle est la place du jeu au cours de cette thérapie d'intégration sensorielle ?

Selon vous, quelles sont les habilités sociales et d'adaptation développées à travers les jeux sensoriels ?

Quelle est la place des parents dans le cadre de cette thérapie ? (*Présence lors des séances, transfert de techniques de la thérapie au quotidien, etc. ?*) Observez-vous un transfert des principes de cette thérapie au domicile ?

À la suite de cette thérapie, quels sont les impacts sur l'autonomie de l'enfant ? (*Socialisation, adaptation, participation jeux, AVQ, etc.*). Quels sont les bilans que vous utilisez pour l'évaluer ? (*Bilans, observation, etc.*)

Associez-vous cette thérapie à d'autres interventions thérapeutiques ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

« L'entretien est maintenant terminé, je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

Si vous le souhaitez je vous transmettrai les résultats de mon enquête. »

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux parents

Questionnaire pour les parents d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme

Bonjour, actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil, je réalise ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Ce dernier porte sur l'impact de la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie sur l'autonomie de jeunes enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme.

Ce questionnaire s'adresse ainsi à des parents d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme, âgés entre 2 et 10 ans bénéficiant de cette thérapie en ergothérapie.

Le questionnaire ci-dessous dure environ 15 min et est composé de questions ouvertes et fermées. Il sera utilisé uniquement dans le cadre de mon travail de recherche. Je m'engage également à respecter votre anonymat. Les éléments entre parenthèses sont présents à titre indicatifs, ce sont des exemples non exhaustifs.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt porté à ma démarche et le temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire. Le recueil de vos témoignages sera un élément précieux dans le cadre de mon mémoire.

Si vous êtes intéressé(e) par les résultats de cette étude, merci de m'envoyer un mail à l'adresse suivante : bacel@outlook.fr

Je reste également à votre disposition pour toutes informations complémentaires, questions, remarques ou pour échanger autour de ce mémoire de fin d'études.

Cordialement,
Célia BARANGER, étudiante ergothérapeute.

SUIVANT

 Page 1 sur 2

Questionnaire

J'accepte de répondre à ce questionnaire et que mes réponses anonymes soient utilisées dans un cadre de recherche pour un mémoire de fin d'étude en ergothérapie *

- Oui
- Non

Quel âge a votre enfant ? *

Votre réponse _____

A quel âge a été posé le diagnostic de Troubles du Spectre de l'Autisme ? *

Votre réponse _____

Quel est le niveau de sévérité d'autisme de votre enfant ?

- Léger
- Moyen
- Sévère

Quels sont les impacts des Troubles du Spectre de l'Autisme dans la vie quotidienne de votre enfant et dans votre vie familiale ? *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps est-il accompagné en ergothérapie ? *

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 4 ans
- Plus de 4 ans

A quelle fréquence est-il suivi en ergothérapie ? *

- 2 fois / semaine
- 1 fois / semaine
- 1 fois / 2 semaines
- Une fois / mois
- Autre : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'autre(s) accompagnement(s) en dehors de l'ergothérapie ?

- Kinésithérapie
- Orthophonie
- Psychomotricité
- Psychologue
- Éducateur/éducatrice spécialisé(e)
- Autre : _____

Depuis combien de temps votre enfant bénéficie-t-il de séances de thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie ? *

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 4 ans
- Plus de 4 ans

Quels sont vos attentes vis-à-vis de cet accompagnement en ergothérapie ? *

Votre réponse _____

Etes-vous présents lors des séances en ergothérapie ? *

- Oui
- Non
- Ponctuellement
- Autre : _____

Savez-vous quels outils/techniques sont utilisés par l'ergothérapeute en séance ? *

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous en citer quelques-uns ?

Votre réponse _____

Comment se comporte votre enfant lors des séances de thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie (implication, motivation, plaisir...) ?

Votre réponse _____

L'ergothérapeute vous a-t-elle donné des conseils et/ou activités à mettre en place avec votre enfant au quotidien au domicile ? *

- Oui
- Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Votre réponse _____

Votre enfant apprécie t-il les moments de jeu ? *

- Oui
- Non

A quel(s) type(s) de jeu(x) joue t'il ?

- Jeux sensoriels (toucher, mordiller, regarder, écouter, faire tourner, sentir, etc.)
- Jeux symboliques (jeux de faire semblant, imaginer des histoires, etc.)
- Jeux solitaires (joue seul de son côté)
- Jeux collectifs (joue avec d'autres personnes/enfants)
- Jeux de règles (règles de jeux, attendre son tour, etc.)
- Autre : _____

Depuis la mise en place de la thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie, avez-vous remarqué une évolution de l'autonomie de votre enfant au quotidien ? *

Oui

Non

Si oui, classer le(s) domaine(s) concerné(s) selon leur degré d'évolution

| | Aucune évolution | Légère | Moyenne | Forte |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La communication (regard, langage, lecture, écriture, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les activités de vie quotidienne (aller aux toilettes, la toilette, l'habillage, le repas, les règles de vie, participation aux tâches ménagères, comportement à l'école, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La socialisation (regard, expression et reconnaissance des émotions, relations aux autres, imitation, jouer, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'adaptation (passer d'une activité à l'autre, s'adapter à la situation et aux personnes, réactions aux changements de ses habitudes, règles de politesse, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La motricité (s'asseoir, marcher, courir, se tenir debout, faire du vélo, dessiner, écrire, tenir des objets, se servir d'un ordinateur, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le comportement (dépendance, agressivité, anxiété, sommeil, agitation, attention, tics, gestes/mouvements répétitifs, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quel(s) est/sont le(s) bénéfice(s) de cette thérapie d'intégration sensorielle en ergothérapie pour votre enfant et votre vie familiale ? *

Votre réponse

Avez-vous quelque chose à ajouter ? A préciser ? Des questions ?

Votre réponse

Merci pour votre participation !



RETOUR

ENVOYER

Page 2 sur 2

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec E3

Gris : Célia Baranger

Noir : ergothérapeute (E3)

Date : 26/03/2019 de 12h40 à 12h59 (durée 19 min)

Oui allo

Oui allo, bonjour c'est Célia

Oui bonjour Célia, est-ce que tu m'entends bien ou pas ?

Oui très bien et vous ça va ?

Moi c'est bon

D'accord, alors donc moi je me représente, moi c'est Célia Baranger, je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Il porte sur l'impact d'une approche ludique de la thérapie d'intégration sensorielle sur l'autonomie de jeunes enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme âgés en moyenne entre 2 et 10 ans. Donc pendant l'entretien je vais vous poser diverses questions, vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment si vous le voulez. Et si vous l'acceptez l'entretien il sera enregistré et il sera utilisé uniquement dans le cadre de mon mémoire et ça sera anonyme aussi.

Ok, pas de problème. On peut se tutoyer ?

Oui pas de souci

Je t'écoute

L'entretien dure à peu près en moyenne 20 min

D'accord

Au début je vais te poser des questions un petit peu générales. En quelle année est-ce que tu as obtenu ton diplôme d'Etat d'ergothérapeute ?

Alors je l'ai eu en 2015

D'accord et c'était au sein de quel établissement ?

A l'ADERE à Paris

Ok. Dans quel type de structure tu travailles ?

Je suis en libéral, depuis que j'ai mon diplôme je fais que du libéral

D'accord depuis le début du libéral. En quelle année est-ce que tu as été formée en intégration sensorielle ?

Alors c'était en mai de l'année dernière, donc en mai 2018

D'accord et quelle formation est-ce que tu as suivie ?

C'était celle avec Isabelle Babington à côté de Nîmes

D'accord et est-ce que tu as d'autres diplômes ou tu as suivi d'autres formations ?

Oui j'ai fait pas mal de formations avec EDI formation donc au sujet de l'autisme, j'ai fait autisme et stratégies éducatives qui était sur une semaine, j'ai fait autisme et communication qui était sur 2 jours, autisme et développement sur 2 jours, les particularités sensorielles sur 3 jours, j'ai fait comprendre, prévenir et gérer les troubles du comportement qui était sur 3 jours il me semble.

D'accord donc tu es spécialisée dans l'autisme

Oui c'est que des formations autour de l'autisme, et j'ai fait la MCRO aussi et puis voilà

D'accord, ça fait déjà pas mal

Oui c'est pas mal

Oui et justement depuis combien de temps tu exerces auprès d'enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme ?

Alors je dirais...la première année j'ai eu un petit autiste après 7 mois d'installation...donc ça fera 4 ans, on va dire 3 ans et demi

D'accord et en moyenne quel âge ils ont ces enfants ?

Je dirais en moyenne 10 ans, avec des plus petits et jusqu'à 12 ans, jusqu'à l'adolescence

D'accord et quel est le niveau de sévérité d'autisme des enfants que tu prends en soin ? Léger, moyen, sévère...ou les 3

Alors pour les niveaux, là je vois une petite qui est non verbale, intellectuellement elle n'a pas de retard mental mais il y a quand même un déficit qui est très sévère et j'ai des autistes de haut niveau et un qui est diagnostiqué entre guillemets Asperger donc voilà

D'accord et depuis combien d'années tu pratiques la thérapie d'intégration sensorielle auprès de ces enfants ?

Alors du coup j'ai été formée en mai et j'ai eu mon premier petit avec qui j'ai commencé en septembre

D'accord, là je vais parler un petit peu plus de ta pratique en ergothérapie. Donc lors du premier entretien avec les parents, quelles sont les inquiétudes ou les difficultés rencontrées au quotidien dont ils vous font part ?

Plutôt le fait que certains enfants ont besoin de beaucoup d'aide dans les activités de la vie quotidienne et qu'ils ont peu d'indépendance que ce soit dans les routines quotidiennes, à quel moment il faut se laver les dents, comment il faut se laver les dents et puis c'est plutôt l'accompagnement dans ces activités-là finalement pour lesquels ils sont en demande. Après pour les autistes qui sont de plus haut niveau, la demande va plus être au niveau scolaire, s'adapter à l'environnement pour pas qu'il y ait d'apparition de troubles du comportement aussi

D'accord donc ça, ça va être leurs attentes vis-à-vis de l'accompagnement

Oui

Et quels vont être les objectifs de cette thérapie ?

Les objectifs ça va être déjà d'essayer d'améliorer le traitement des informations sensorielles en adaptant l'environnement, je propose différents aménagements et puis par des exercices qu'ils peuvent faire à la maison et après ça va être aussi le travail de la motricité fine pour améliorer tout ce qui est activités de la vie quotidienne et mise en place de routines quotidiennes pour qu'ils aient moins besoin des parents

D'accord, pour qu'ils soient plus autonome

Oui

Quel outil vous utilisez pour évaluer cette intégration sensorielle chez ces enfants ?

Alors l'outil, j'utilise le profil sensoriel, soit celui de Dunn, soit celui de Bogdashina selon l'âge de l'enfant et ensuite beaucoup d'observation donc j'essaye d'observer que ce soit à la maison, sur le lieu scolaire et au sein d'association s'il fait partie d'association. Voilà ensuite je compare au niveau du développement, j'utilise la batterie Talbot pour les petits, ensuite c'est des évaluations qui interviennent beaucoup en ergothérapie donc au niveau visuo-spatial, visuo-moteur, la motricité fine et la motricité globale. Et la MCRO dont je me sers pour voir les attentes que les parents ont et que l'enfant a s'il est capable de verbaliser

Tout à fait, pour l'adapter à leurs besoins

C'est ça

Et quels sont les troubles de l'intégration sensorielle que vous observez le plus fréquemment ?

Et les systèmes sensoriels concernés ?

Au niveau des troubles de l'intégration sensorielle, c'est beaucoup au niveau...ce que je retrouve sur les petits que j'ai, c'est au niveau proprioceptif et vestibulaire il y en a beaucoup, tactile et après tout ce qui est au niveau de la sphère orale là je n'interviens pas parce qu'il me manque une formation donc j'envoie vers des professionnels compétents

D'accord, donc c'est des hypersensibilités ou ... ?

Alors ça dépend, il y a de l'hyper ou de l'hypo, parfois des fluctuations, donc c'est des enfants qui vont être dans certaines situations en hypersensibilité et dans d'autres plutôt en hyposensibilité. Mais oui on retrouve soit des enfants qui bougent beaucoup donc dans ce cas-là c'est plus une hyposensibilité vestibulaire et proprioceptive, soit à l'inverse c'est des enfants qui détestent bouger donc dans ce cas-là on est plus sur un versant hyper. Et auditif aussi qui revient beaucoup

Ok, et selon toi, quels impacts peuvent avoir ces troubles de l'intégration sensorielle sur l'autonomie de l'enfant ?

Alors oui il y a beaucoup, beaucoup d'impacts, un enfant qui a une hypersensibilité auditive forcément il va être plus distractible, donc avec les stimulations extérieures, il peut facilement être happé par un bruit ou par quelque chose qui l'attire donc au niveau attentionnel ça peut jouer.

Au niveau tactile, tout ce qui est hypersensibilité, et bien la douche ça va être compliquée, le port de certains vêtements ça va également être compliqué, tout ce qui est en rapport avec la toilette ça ne va pas être des moments de plaisir. Après au niveau oral, forcément, s'il y a une hypersensibilité orale même une hypo, tout ce qui est en rapport à la nourriture et à certains aliments également ça peut être compliqué selon ce qu'il mange, le repas ça reste problématique.

Et puis après au niveau de l'autonomie au niveau scolaire, si c'est un enfant qui a une hyposensibilité vestibulaire il va beaucoup bouger, dans ce cas-là au niveau attentionnel ça peut également être compliqué de rester concentré s'il n'y a pas d'adaptation qui sont mises en place pour qu'il puisse se défouler

Oui tout à fait, ça touche un petit peu toute la vie quotidienne

Oui c'est ça, oui

En moyenne quelle est la durée des séances de thérapie que vous proposez et à quelle fréquence elles sont réalisées ?

Alors je propose entre 45 min et 1h de séance par semaine en sachant qu'après je donne des listes d'activités que les parents doivent diriger avec les enfants et pour certains enfants on met en place des diètes sensorielles donc avec vraiment des horaires auxquels il faut se tenir et que les parents observent s'il y a une amélioration de l'attention ou une amélioration en tout cas de la disponibilité. Quand c'est le matin, aller faire un footing, quand c'est un moment de travail scolaire, on va faire 15 min de travail et ensuite une activité où il va pouvoir bouger énormément. Il y a des contraintes horaires, on essaye de mettre en place des choses, il y a des choses qui marchent, d'autres qui ne marchent pas et on réadapte ensuite avec les parents. Ils ont besoin d'une aide sur ce qui est insupportable quand on commence ce type de thérapie.

D'accord, donc il a vraiment un transfert au domicile au quotidien. Et est-ce que tu fais aussi des séances en groupe ?

Pour l'instant non

D'accord. Quelle est la place du jeu dans cette thérapie d'intégration sensorielle ?

Et bien c'est que sous forme de jeux, pour le tactile on va venir chercher des objets dans des sacs avec différentes textures, il faut qu'il y ait un côté ludique à chaque fois, pareil pour le vestibulaire et le proprioceptif c'est que sous forme de jeux

D'accord et quelles sont les habilités sociales et d'adaptation développées justement à travers ces jeux sensoriels ?

Alors tout dépend, je dirais que les habilités sociales c'est pas forcément dans ces moments-là quelles sont le plus développées parce qu'on va plus... on va chercher la communication, enfin tout dépend du niveau du jeune mais pour les jeunes qui ont un niveau assez bas ils vont avoir du mal à verbaliser et on va se fier à nos observations et aux observations des parents.

Par contre après si l'enfant a plus de niveau, on va chercher la communication, on va essayer d'en connaître davantage sur les centres d'intérêts etcetera donc on va travailler sur la communication réceptive, on va donner des indications pour les jeux etcetera et on va demander au niveau des émotions, ce qu'il ressent etcetera. Et tout dépend du niveau du jeune en fait.

Oui oui bien sûr. Donc tu m'avais dit que tu intervies au domicile c'est ça ? Donc il y a un transfert au quotidien

Je suis majoritairement au domicile après deux demi-journées par semaine j'ai le cabinet mais pour l'instant je vois pas d'enfant avec qui je fais de l'intégration neuro-sensorielle au cabinet

D'accord, c'est qu'au domicile, donc ça répond à ma question. Et à la suite de cette thérapie quels sont les impacts sur l'autonomie de l'enfant ?

Alors pour l'instant j'ai pas énormément de recul à part avec un petit avec qui j'ai arrêté la prise en charge donc voilà, les impacts je dirais qu'on recherche et qu'on peut arriver à trouver c'est un apaisement, apprendre une façon de gérer son attention et aussi de rechercher une meilleure compréhension de la part des parents, il faut aussi qu'ils apprennent à connaître en fait leur enfant et comment il fonctionne donc on a autant un impact sur le jeune que sur les parents finalement, et l'un et l'autre est aussi bénéfique et ensuite voilà passer le relais aux parents et que ils apprennent eux à mettre en place des outils sensoriels pour rechercher les mêmes choses, quand il y a trop d'agitation, chercher un apaisement, quand il y a un manque de stimulation, apporter les stimulations qui sont pertinentes. En tout cas c'est surtout au niveau de l'agitation que on va essayer de la diminuer, au niveau de l'autonomie on va essayer de la développer davantage en enlevant toutes les stimulations qui sont gênantes

Oui, et donc ça vous l'évaluer à la fin vous faites un point avec les parents ? Vous avez des bilans ou c'est l'observation ?

Alors c'est pareil c'est l'observation et puis je refais une MCRO pour voir si on a collé aux objectifs pour lesquels on s'était fixés et voir s'il y en a des nouveaux ou voir si la situation actuelle est plus satisfaisante pour la famille

D'accord, pour voir l'évolution. Est-ce que tu associes cette thérapie à d'autres interventions thérapeutiques ?

Non je ne pense pas

Ça fait déjà pas mal c'est sûr. Bon on a terminé, est-ce que tu as des choses à ajouter ? Que tu voudrais dire en plus

Non je pense que tu as bien fait le tour, ça me va

Ça te va, d'accord. Donc je t'enverrais si tu veux tout mon mémoire quand je l'aurais terminé

Ah oui super avec plaisir

Comme ça tu pourras voir un petit peu l'enquête ce que ça a donné et puis toute ma partie écrite

Ça marche, super

Bon je vais te laisser faire ta route alors et si tu as un petit temps de pause. En tout cas merci beaucoup c'est gentil

Oh de rien et tu hésites pas si tu as d'autres questions il n'y a pas de problèmes

Merci c'est super gentil

Bonne journée, à bientôt

Bonne journée, au revoir

Annexe 6 : Dossier de santé publique

11 Février 2019

SANTÉ PUBLIQUE

L'autisme : accompagner vers l'autonomie



BARANGER Célia
L3 ergothérapie
Groupe n°1

Résumé

La Haute Autorité de Santé (HAS) estime que la prévalence des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) avoisine 1% de la population mondiale. Ces troubles apparaissent dès la petite enfance et engendrent des difficultés dans les domaines de la communication, des interactions sociales et du comportement. Depuis 2005, une politique de santé publique dans le domaine de l'autisme est ainsi instaurée par le gouvernement français avec la mise en place de plans successifs pour l'Autisme. En 2018, Edouard Philippe, le 1^{er} ministre et Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, dévoilaient la Stratégie Nationale 2018-2022 pour l'autisme. Des engagements sont ainsi pris par le gouvernement concernant la sensibilisation et la formation des différents acteurs afin de favoriser le diagnostic précoce et l'accompagnement vers l'autonomie des enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme.

Mots clés

Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA).

Stratégie Nationale pour l'Autisme.

Autonomie.

Sommaire

I. Introduction.

II. La stratégie Nationale pour l'Autisme.

III. L'accompagnement vers l'autonomie.

IV. Réflexion et analyse critique.

V. Conclusion.

Problématique du mémoire

« De quelle manière la mise en place précoce d'une thérapie d'intégration neuro-sensorielle en ergothérapie peut-elle favoriser l'autonomie chez un enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme ? ».

Questionnement en santé publique

« Les mesures prises par le gouvernement en 2018, à travers la Stratégie Nationale pour l'Autisme, permettent-elles d'améliorer l'accompagnement vers l'autonomie des enfants atteints de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ? ».

I. Introduction

La notion « d'autonomie » est omniprésente dans notre société. Selon son étymologie grecque « autos » et « nomos » signifiant respectivement « soi-même » et « loi », l'autonomie signifie donc « se gouverner suivant sa propre loi ». Pour de nombreuses personnes l'autonomie est donc synonyme de liberté : être libre de ses choix concernant sa propre vie. Cette autonomie concerne ainsi les domaines de la vie quotidienne, personnelle ou encore sociale.

Certaines personnes considérées comme en « situation de handicap » présentent des limitations d'activité ou de participation à la vie en société, leur autonomie est ainsi fragilisée.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a ainsi pour objectif de favoriser l'autonomie de ces personnes en situation de handicap. (Gouvernement, 2005).

Depuis une dizaine d'années, l'autisme est au cœur de l'actualité en France. En effet, c'est un enjeu majeur de santé publique : d'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (l'ISERM), cela concerne 700 000 personnes en France dont 100 000 enfants, soit 1 enfant sur 100 présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (HAS, 2018)

Selon le DSM-5¹, le Trouble du Spectre de l'Autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux.

Les critères diagnostics sont classifiés en une dyade autistique, à savoir : « des déficits persistants de la communication et des interactions sociales et un caractère stéréotypé ou répétitif des comportements, intérêts ou activités ». (American Psychiatric Association, 2015).

La France a été condamnée à plusieurs reprises par le conseil de l'Europe pour non-respect des droits des personnes atteintes d'autisme. Pour rattraper son retard, le gouvernement met en place des directives depuis 1995 avec la circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la « prise en charge thérapeutique, pédagogique, éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique ». Des circulaires et rapports ont ensuite été publiés afin d'évaluer l'évolution de la situation.

Puis, en 2005, le gouvernement lance le 1^{er} plan Autisme, à la suite duquel 2 autres plans succéderont. (Barthélémy, 2018). Ces derniers promettent de former l'ensemble des acteurs de santé et un meilleur accès aux soins notamment concernant le diagnostic précoce et l'accompagnement des personnes TSA tout au long de leur vie. (ANCRA, 2019).

Actuellement, la Stratégie Nationale pour l'Autisme (2018-2022), à travers des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP), prône l'importance du diagnostic précoce, c'est à-dire entre l'âge de 0 et 6 ans. L'objectif principal est de favoriser la prise en charge pour permettre un parcours de vie plus autonome en prévenant les surhandicaps. (HAS, 2018).

¹ La 5^{ème} version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-5).

Au vu de ces éléments, j'ai émis le questionnaire suivant : « Les mesures prises par le gouvernement en 2018, à travers la Stratégie Nationale pour l'Autisme, permettent-elles d'améliorer l'accompagnement vers l'autonomie des enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ? ».

Dans le cadre de ce questionnaire de santé publique, je vais dans un 1^{er} temps présenter les mesures prises par le gouvernement à travers la Stratégie Nationale pour l'Autisme. Au travers des textes politiques de santé publique, j'évoquerais ainsi les directives concernant le diagnostic précoce, puis les acteurs en lien avec cette politique d'accompagnement vers l'autonomie. En 4^{ème} lieu, j'exposerai une analyse réflexive de ces mesures gouvernementales. Enfin, je conclurai à travers l'affirmation ou la réfutation de mon questionnaire en santé publique.

II. La Stratégie Nationale pour l'Autisme (2018-2022)

Le 6 Avril 2018, le gouvernement présente la stratégie Nationale pour l'autisme. Cette dernière repose sur 5 engagements :

- Renforcer la recherche et les formations.
- Mettre en place des interventions précoces prescrites par les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP).
- Garantir la scolarisation effective.
- Favoriser l'inclusion des adultes.
- Soutenir les familles.

Je vais en particulier développer le 2^{ème} engagement à travers le diagnostic précoce puis l'accompagnement.

Le diagnostic précoce

Selon les Recommandations de la HAS, l'identification des signes d'alerte est une démarche commune aux parents et aux professionnels. (HAS, 2018). Le dépistage repose sur un suivi du développement de l'enfant entre 0 et 6 ans, réalisé par les médecins de 1^{ère} ligne.²

Afin de répondre à une demande croissante de diagnostic de la part des parents, le plan autisme de 2005, instaure la création d'un Centre Ressource Autisme (CRA) dans chaque région de France. La circulaire du 8 mars 2005 en rappelle les missions dont, entre autres, l'accueil et le conseil au personne et à leur famille et la réalisation d'évaluations et de diagnostics. (Barthélémy & Bonnet-Brilhault, 2012 ; Centre-Val-de-Loire, 2018 ; HAS, 2018).

III. L'accompagnement vers l'autonomie

La procédure de diagnostic doit être articulée avec les actions d'accompagnement.

Les différents acteurs

Ainsi afin d'accompagner l'enfant, il est primordial d'échanger entre professionnels et de reconnaître les parents comme acteurs à part entière en tant que « experts » de leur enfant. (HAS, 2018).

² Médecin généraliste, pédiatre, etc.

Afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant, les recommandations reconnaissent l'expertise de plusieurs professionnels : infirmière, médecin, orthophoniste, kinésithérapeute, éducateur spécialisé, ergothérapeute, etc. Leurs rôles sont complémentaires dans l'accompagnement vers l'autonomie de l'enfant TSA.

L'apport du métier d'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé reconnu comme « expert » de l'activité et de l'autonomie. Il collabore avec l'entourage de l'enfant et une équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute aménage l'environnement de l'enfant et l'accompagne à travers des activités adaptées, afin de développer des compétences transposables à la vie quotidienne.

Dans une démarche thérapeutique, l'ergothérapeute amène donc l'enfant à mieux gérer son environnement et favorise son autonomie dans ses activités quotidiennes, sociales ou encore scolaire.

IV. Réflexion et analyse critique

En France, les mesures prises par le gouvernement ces dernières années montrent une avancée dans l'accompagnement des enfants atteints de TSA. L'âge moyen du diagnostic a diminué, à savoir entre 3 et 4 ans, mais des écarts restent encore importants. En effet, depuis 2005, les structures habilitées à poser un diagnostic, tels que les CRA, les CAMPS³ ou CMPP⁴ sont surchargés de demandes.

Les délais sont en moyenne de 12 à 18 mois. Cette attente retarde ainsi les soins et accompagnements pouvant être proposés. (Barthélémy & Bonnet-Brilhaut, 2012 ; HAS, 2018).

V. Conclusion

Les nombreuses mesures politiques de santé publique dans le domaine de l'autisme ont permis de sensibiliser et former des professionnels et de développer les offres de soins et d'accompagnement. Ainsi de nombreux progrès sont constatés, en particulier concernant le diagnostic précoce et la prise en charge précoce des enfants atteints de troubles du Spectre de l'Autisme.

Toutefois, mon questionnaire n'est que partiellement validé. En effet, de nombreux progrès restent encore à faire. Actuellement, près de la moitié des personnes atteintes de TSA connaissent des ruptures de parcours dues en partie à un manque de structures et de professionnels formés. (Cour des comptes, 2018).

De plus, pour de nombreuses familles cet accompagnement a un coût entre 3000 et 10 000€ par an, non pris en charge par le gouvernement. Les moyens mis en place doivent donc continuer à se développer afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population pour les accompagner vers l'autonomie et leur permettre de s'épanouir dans la société.

³ Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

⁴ Centre Médico Psycho-Pédagogique

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson.

ANCRA. (2019). L'autisme - Textes et rapports. Consulté 5 février 2019, à l'adresse <http://www.autismes.fr/fr/textes-rapports.html>

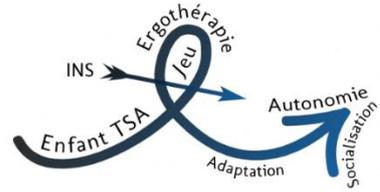
Barthélémy, C. (2018, mai). Dossier d'information autisme : un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles. Inserm. Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhaut, F. (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Médecine sciences publications - [Lavoisier.

Cour des comptes. (2018, juin 26). L'autisme en 2018 : les chiffres clés. Consulté 4 février 2019, à l'adresse <https://handicap.gouv.fr/focus-sur-l-autisme/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/article/l-autisme-en-2018-les-chiffres-cles>

Gouvernement. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 § (2005).

HAS. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme-Signes d'alerte, repérage et diagnostic-HAS-Recommandation de bonne pratique 2018* (p. 257).



RESUME

L'intégration sensorielle en ergothérapie

Accompagner vers l'autonomie l'enfant présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme

- **Introduction** : De nombreux enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) présentent des particularités sensorielles. Ces dernières ont un impact dans de nombreux domaines de la vie quotidienne. La thérapie d'intégration sensorielle est alors utilisée par des ergothérapeutes auprès de ces jeunes enfants. - **Objectif** : L'objectif de cette recherche est de déterminer si la mise en place précoce de la thérapie d'intégration sensorielle, à travers une approche ludique en ergothérapie, favorise l'autonomie chez un enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme. - **Méthode** : Pour cette étude, quatre ergothérapeutes pratiquant cette thérapie auprès de jeunes enfants atteints de TSA, ont été interrogés. De plus, un questionnaire a été transmis à des parents. - **Résultats** : Les résultats de l'étude mettent en évidence l'omniprésence du jeu dans le cadre de cette thérapie et son impact sur le développement de l'autonomie de l'enfant. - **Conclusion** : Toutefois, ces résultats sont à nuancer. En effet, l'échantillon est non représentatif et la pratique de cette thérapie varie selon les ergothérapeutes. De plus, la plupart d'entre eux n'utilisent pas d'outils d'évaluation validés. L'observation clinique est ainsi le seul moyen commun utilisé pour évaluer l'impact de cette thérapie. A cela s'ajoute de nombreux autres facteurs peuvent potentiellement influencer l'adaptation de l'enfant à son environnement et ses capacités sociales.

Mots clés : Ergothérapie, Trouble du Spectre de l'Autisme, intégration sensorielle, ludique, autonomie.

ABSTRACT

Sensory Integration in Occupational Therapy

Accompanying children with Autism Spectrum Disorders towards autonomy

- **Introduction** : Many children with Autism Spectrum Disorders (ASD) present sensory specificities. They impact many areas of daily life. Sensory integration therapy is used by occupational therapists with these young children. - **Objective** : The objective of this research is to determine whether early implementation of sensory integration therapy, through a playful occupational therapy approach, can promote autonomy in a child with Autism Spectrum Disorder. - **Method** : For this survey, four interviews were conducted with occupational therapists practicing neuro-sensory integration therapy with young children with ASD. In addition, a questionnaire was sent to parents. - **Results** : The results of the survey highlight the primary role of play in this therapy and its impact on the development of the child's autonomy. - **Conclusion** : However, these results need to be interpreted with caution. Indeed, the sample is not representative, and the way this therapy is practiced varies among occupational therapists. In addition, most of them do not use validated assessment tools. Clinical observation is thus the only common means used to assess the impact of this therapy. In addition to this therapy, many other factors can potentially influence the child's adaptation to his or her environment and social abilities.

Key words : Occupational Therapy, Autism Spectrum Disorders, Sensory Integration, playful, autonomy.