



## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

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

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

A Créteil, le 04 Juin 2018.

Signature :

NELA Charlotte

Note au lecteur :

*« 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 tout d'abord à remercier ma maîtresse de mémoire, Hélène FAURE, pour ses retours constructifs, ses conseils et son accompagnement tout au long de cette année de travail.

Les référents méthodologiques, Hélène HERNANDEZ et Aleksandra PIOT, pour leurs conseils et leurs pistes de réflexion, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Créteil.

Florence JEAY, responsable du service de formation continue de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), qui m'a permis de participer à la formation sur la DOTCA-Ch.

Monsieur LOUBASSOU, pour ses conseils en méthodologie d'analyse des données.

Je remercie également les ergothérapeutes ayant accepté de me consacrer de leur temps pour des entretiens dans le cadre de mon enquête.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien et leur patience tout au long de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche.

# Sommaire

Glossaire .....	7
Introduction.....	8
Démarche méthodologique : .....	10
Cadre théorique :.....	12
<b>1 La démarche d'évaluation initiale en ergothérapie : .....</b>	<b>12</b>
1.1 Le processus d'évaluation en ergothérapie :.....	12
1.1.1 Les différentes phases de la démarche d'évaluation :.....	12
1.1.2 Un processus d'évaluation centré sur les occupations ou sur le déficit ? :.....	17
<b>2 La DOTCA-Ch : .....</b>	<b>19</b>
2.1 Les domaines cognitifs évalués : .....	19
2.2 La DOTCA-Ch, une évaluation dynamique :.....	21
2.2.1 Définition : .....	21
2.2.2 La théorie socio-culturelle de Vygotski : .....	21
2.2.2.1 Le concept de Vygotski, la Zone Proximale de Développement : 21	
2.2.3 La théorie de l'expérience d'apprentissage médiée de Feuerstein : 22	
2.2.4 Intérêts de l'évaluation dynamique :.....	23
2.3 Le concept de médiation : .....	24
<b>3 Le diagnostic ergothérapique : .....</b>	<b>27</b>
3.1 Réglementation :.....	27
3.2 Etymologie du mot diagnostic : .....	27
3.3 Définition :.....	27
3.4 Les concepts centraux du diagnostic ergothérapique : .....	28

3.5	Les étapes de l'énoncé diagnostic :.....	28
3.5.1	L'énoncé des ressources de la personne :.....	29
3.5.1.1	Le potentiel d'apprentissage, une ressource pour l'enfant :.....	29
	Partie expérimentale : .....	31
<b>4</b>	<b>Méthodologie de la recherche :.....</b>	<b>31</b>
4.1	Les objectifs :.....	31
4.2	Choix de population : .....	32
4.3	Démarche de recherche des participants :.....	32
4.4	Outil d'investigation :.....	33
4.5	Aspect éthique : .....	33
4.6	Construction du guide d'entretien : .....	34
4.7	Déroulement de l'investigation :.....	34
<b>5</b>	<b>Analyses des données recueillies : .....</b>	<b>35</b>
5.1	Choix de la méthode d'analyse :.....	35
5.2	Construction de la grille d'analyse : .....	35
5.3	Présentation des résultats bruts et analyse : .....	35
5.3.1	Thème 1 Présentation des ergothérapeutes interrogés :.....	36
5.3.2	Thème 1 : La démarche d'évaluation initiale : .....	36
5.3.3	Thème 2 Intérêt de la DOTCA-Ch : .....	37
5.3.4	Thème 3, le diagnostic ergothérapeutique : .....	40
5.3.5	Thème 4 L'impact de la DOTCA-Ch sur la mise en œuvre du plan	42
5.4	Discussion :.....	43
5.4.1	Mise en relation des résultats de l'enquête avec le cadre théorique : 43	
5.4.2	Critique de la recherche : .....	47
5.4.3	Réflexion et perspective de recherche : .....	48
	Conclusion.....	49

Bibliographie.....	51
<b>6 Ouvrages et articles : .....</b>	<b>51</b>
6.1 Sitographie :.....	55
Annexes .....	57

NB : Les citations suivies d'un astérisque représentent des traductions libres.

## Glossaire

---

**ACE** : Association Canadienne des Ergothérapeutes

**AESH** : Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap

**AJOT** : American Journal of Occupational Therapy

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**AQNP** : Association Québécoise des NeuroPsychologues

**CAOT** : Canadian Association of Occupational Therapists

**DOTCA-Ch** : Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children

**LOTCA** : Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

**MCP** : Modèle Canadien du Processus de Pratique

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

**ZPD** : Zone Proximale de Développement



## Introduction

---

D'après l'Association Québécoise des Neuropsychologues (AQNP), les fonctions cognitives sont les capacités du cerveau qui permettent de communiquer, de percevoir l'environnement, de se concentrer, de mémoriser et d'accumuler des connaissances<sup>1</sup>. En ergothérapie, l'intérêt de l'évaluation des fonctions cognitives est lié à l'impact que celles-ci ont sur les performances occupationnelles de l'enfant (RODGER et al, 2005). Avec une approche centrée sur le client, l'ergothérapeute peut être amené à évaluer les fonctions cognitives de l'enfant dans le but de trouver une explication plausible à ses difficultés occupationnelles (CRAIK et al, 2013).

De multiples outils d'évaluation des fonctions cognitives existent. Parmi eux, j'ai choisi de m'intéresser à la DOTCA-Ch (Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children). Il s'agit d'une évaluation dynamique des fonctions cognitives pour les enfants âgés de 6 à 12 ans. A l'heure actuelle, l'étalonnage n'a pas été adapté à la population française et la traduction est en cours. La DOTCA-Ch a été conçue par des ergothérapeutes israéliennes. Cet outil évalue 5 domaines cognitifs : orientation, perception spatiale, praxie, construction visuo-motrice et opérations concrètes. Elle comporte également plusieurs niveaux de médiation tel que recentralisation sur la tâche, indices verbaux, démonstration... Le but est d'évaluer la performance cognitive de l'enfant, d'identifier ses forces et ses faiblesses dans les différents domaines cognitifs, afin de mesurer ses capacités d'apprentissages (KATZ et al, 2004). En ce sens, l'idée est que les capacités cognitives sont le produit d'une interaction dynamique entre la personne, l'activité et l'environnement, et donc qu'elles sont modifiables sous certaines conditions (TOGLIA, 2005).

Par ailleurs, à la suite du processus d'évaluation, l'ergothérapeute élabore un diagnostic ergothérapeutique. Cette démarche définit de manière synthétique l'état occupationnel de la personne, les problèmes occupationnels rencontrés ainsi que

---

<sup>1</sup> <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/> Consulté le 30.01.2018

les facteurs explicatifs et leur interactions (E. TROUVE, 2018). De nombreux métiers réalisent des diagnostics. Dans le secteur de la santé, les masseurs-kinésithérapeutes ont mis en œuvre une véritable méthodologie pour son application et les infirmiers ont réalisé un lexique des termes nécessaires à son élaboration (E. TROUVE, 2018). En ergothérapie, d'après l'arrêté du 5 juillet 2010, poser un diagnostic fait partie des compétences de l'ergothérapeute (Cf : Annexe I). En outre, le diagnostic ergothérapeutique doit inclure les ressources de la personne (DUBOIS et al, 2017). Or, la DOTCA-Ch, grâce à ses médiations, permet d'identifier le potentiel d'apprentissage de l'enfant (KATZ et al, 2007). Suite à ce constat, je m'interroge sur l'impact que la DOTCA-Ch pourrait avoir sur l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaiterai pouvoir trouver une réponse à ce questionnement. Pour ce faire, ce travail se décompose en trois grandes parties : Je commencerai par présenter la méthodologie générale de mon travail afin d'expliquer mes réflexions qui m'ont permis de formuler ma problématique et mon hypothèse. Ensuite, je présenterai mon cadre théorique dans lequel je définirai les principaux concepts qui sont : la démarche d'évaluation initiale, la DOTCA-Ch et le diagnostic ergothérapeutique. La seconde partie de ce mémoire sera consacrée à la partie expérimentale. Elle comportera la présentation et la construction de l'outil utilisé. Viendront ensuite les résultats, l'analyse puis la discussion qui me permettra de répondre à l'hypothèse de recherche. Les intérêts et les limites du mémoire seront ensuite explicités avant de conclure ce travail de recherche.

## Démarche méthodologique :

---

Dans le cadre de la formation, j'ai eu l'occasion d'expérimenter la passation de la DOTCA-Ch pendant une séance de travaux pratiques. J'ai été surprise par le fait qu'il était possible d'indicer l'enfant pour l'aider à réussir les différents items. J'étais surprise car lors de mes stages, mes tuteurs me conseillaient de ne pas aider le patient pendant une évaluation afin de ne pas fausser les résultats. Or, j'ai constaté que dans la DOTCA-Ch, utiliser une médiation prend tout son sens car ceci permet à l'ergothérapeute d'identifier un niveau d'aide pouvant faciliter les apprentissages. Ainsi, je me suis demandé si l'utilisation de la DOTCA-Ch permettait d'avoir davantage d'éléments pour l'analyse des résultats de l'évaluation ?

Afin d'étayer ce premier questionnement, j'ai effectué plusieurs recherches. Dans un premier temps, j'ai constaté que contrairement aux handicaps neuromoteurs ou sensoriels, les handicaps cognitifs sont souvent invisibles et s'expriment par des manifestations indirectes tel que l'échec scolaire ou la maladresse... (BRETON & LEGER, 2007).

Ensuite, pour approfondir mes connaissances sur la DOTCA-Ch, au-delà des recherches bibliographiques, il était nécessaire que je renforce mes connaissances pratiques. Pour cela, j'ai eu l'opportunité de participer à la formation sur la DOTCA-Ch dispensée par l'ANFE. Ce fût pour moi l'occasion d'expérimenter de manière plus approfondie la passation et la cotation de cet outil, mais aussi de faire l'interprétation des résultats obtenus à partir d'un cas clinique. Aussi, au cours d'un stage de 3<sup>ème</sup> année en cabinet libéral, j'ai pu utiliser la DOTCA-Ch auprès d'un enfant et ainsi, identifier le type d'aide qui a été efficace pendant l'évaluation.

Parallèlement, je me suis renseignée sur le diagnostic ergothérapeutique. Le consensus sur la définition de ce concept est récent puisqu'il date de 2017. Le diagnostic ergothérapeutique est foncièrement centré sur la personne. De plus, dans cette démarche l'ergothérapeute doit mettre l'accent sur les points forts de la personne que ce soit au niveau des facteurs occupationnels, environnementaux ou personnels. Or, comme la DOTCA-Ch permet d'identifier le potentiel d'apprentissage de l'enfant, j'en suis arrivée à la problématique suivante :

**« En quoi le recours à des médiations avec la DOTCA-Ch pendant l'évaluation initiale des fonctions cognitives de l'enfant participe à l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique ? »**

Comme le projet d'intervention doit s'appuyer sur les éléments du diagnostic ergothérapeutique, et notamment sur les ressources de la personne, je me suis demandée si un médiateur humain autre que l'ergothérapeute pouvait utiliser une médiation dans la vie quotidienne de l'enfant, dans le but de l'aider à réaliser ses occupations. De ce fait, j'en suis arrivé à l'hypothèse suivante :

**« L'identification d'une médiation adaptée contribue à orienter l'intervention d'une aide humaine pour améliorer la performance occupationnelle de l'enfant. »**

Par le biais de cette étude, je vais tenter de trouver une réponse à ce questionnement.

# Cadre théorique :

---

## 1 La démarche d'évaluation initiale en ergothérapie :

### 1.1 Le processus d'évaluation en ergothérapie :

En France, l'ergothérapie est une profession récente, elle se développe depuis les années 1950. C'est une profession paramédicale qui intervient dans les domaines de la prévention, de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion. Il « *s'agit de l'art et de la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être* » (TONWSEND et al, 2013 p.441). En se basant sur cette définition de l'ergothérapie, la pratique est fondée sur l'habilitation à l'occupation. Plus précisément, ceci signifie « *habiliter les personnes à choisir, organiser et réaliser les occupations qu'elles considèrent utiles et significatives, dans leur environnement* » (CAOT, 2002, p.180).

Selon MEYER (2013, p.221) le processus d'évaluation en ergothérapie est défini comme « *une démarche de collecte, d'analyse et d'interprétation d'appréciation de l'information portant sur les performances occupationnelles qui vise à prioriser les problèmes et les besoins des usagers, à planifier et à modifier les interventions, ainsi qu'à juger de la valeur des interventions* ». Aussi, elle définit la performance occupationnelle comme « *Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* » (2013, p.16).

En outre, la démarche d'évaluation est inscrite dans le référentiel de compétence de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (Cf : Annexe I). L'ergothérapeute doit être capable « *d'évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie* ».

#### 1.1.1 Les différentes phases de la démarche d'évaluation :

En France, il n'existe pas encore de modèle permettant de guider une démarche clinique en ergothérapie centrée sur le client (E.TROUVE, 2018). C'est pourquoi je me suis appuyée sur le Modèle Canadien de Processus de Pratique (MCP). Il

s'agit « *d'un schème de référence générique de l'ergothérapie qui démontre le processus de l'habilitation occupationnelle avec des clients, allant des individus aux populations* » (TONWSEND et al, p.444). Le MCPP est représenté par huit points d'actions qui guident le processus de l'habilitation occupationnelle (Cf : Annexe II). Dans ce concept, le patient est désigné comme un client. Il se définit comme « *un individu, une famille, un groupe, des communautés, des organismes ou des populations qui bénéficient des services d'ergothérapie à la suite d'une recommandation directe ou d'un contrat* » (TONWSEND et al, 2013, p.436). Sachant que ce travail de recherche se réfère au MCPP, le terme client sera utilisé.

La démarche de l'ergothérapeute commence par le point d'action « initier et établir le contact ». Cette étape fait suite à une demande du médecin, prescripteur légal. Cette demande a une dimension réglementaire car l'ergothérapeute ne peut exercer que sur prescription médicale (BALLY-SEVESTRE et al, 2003). A cette étape du processus, l'ergothérapeute rentre en contact pour la première fois avec le client et coopère avec ce dernier afin de comprendre ses difficultés occupationnelles potentielles ou actuelles (CRAIK et al, 2013). Selon l'Association Américaine d'Ergothérapie (ACE), il permet de mettre en exergue les premiers éléments du profil occupationnel du client, elle le définit comme « *la première étape du processus d'évaluation, permettant la compréhension de l'histoire et des expériences occupationnelle de la personne, son organisation de vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins\**» (AOTA, 2014, p.10). Cette prise de contact permet d'établir les bases de la relation thérapeutique et d'identifier la méthode la plus efficace pour communiquer avec le client afin d'instaurer l'alliance thérapeutique\* (GRIEVE & GNASASEKARAN, 2008). L'ergothérapeute doit également recueillir les demandes de la famille et de l'entourage car dans de nombreux cas, elle fait le lien entre le professionnel et la personne (BALLY-SEVESTRE et al, 2003). Aussi, C'est à cette étape que l'ergothérapeute va rechercher s'il y a potentiellement une indication à l'ergothérapie ou si la demande relève d'une autre intervention spécialisée. Il vérifie également que le client consent à bénéficier de la prise en charge ergothérapique (MEYER, 2013), notamment en ce qui concerne les renseignements personnels de ce dernier à une tierce personne (DAVIS et al, 2013).

A la suite de l'initiation de la relation et de la décision de continuer, l'ergothérapeute et le client doivent « établir les balises ». A ce point d'action, l'ergothérapeute et le client ou sa famille entament un échange plus approfondi concernant ses difficultés occupationnelles (DAVIS et al, 2013). Pour cela, l'ergothérapeute peut utiliser des outils tels que la Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Cet outil est utilisé sous la forme « *d'entretien semi-directif, cette démarche se fait par la mise en évidence des souhaits, des désirs et des besoins de la personne en terme d'occupation en tenant compte de son environnement* » (FAURE et al, 2014, p.58). Il permet de mettre en place une collaboration entre l'ergothérapeute et le client afin d'identifier et de prioriser ses difficultés occupationnelles et ses buts occupationnels (DAVIS et al, 2013). L'ergothérapeute doit également recueillir des informations consignées par d'autres professionnels, il peut s'agir des antécédents médicaux ou de la situation familiale par exemple. Une fois ces informations récoltées, l'ergothérapeute doit les analyser, les classer pour ne garder que celles qui sont pertinentes. Ceci lui donnera des pistes pour la suite de la démarche d'évaluation (BALLY-SEVESTRE et al, 2003).

Lorsque les difficultés occupationnelles et les buts occupationnels ont été identifiés et confirmés par le client, l'ergothérapeute arrive au point d'action « Evaluer/Analyser ». Il procède à une évaluation approfondie des facteurs occupationnels, environnementaux et personnels pour expliquer difficultés occupationnelles (DAVIS et al, 2013). Les facteurs personnels sont « *les ressources, les connaissances, les capacités, les habiletés, les habitudes, les valeurs, les croyances et les dispositions qui sont propres à une personne* » (DAVIS et al, 2013, p.278). Or, pour évaluer les facteurs personnels, l'ergothérapeute procède à l'examen qui consiste à « *explorer, à l'aide d'observations, de mesures, ou d'épreuves, les difficultés effectives ou potentielles de la personne, ce qui les augmente ou les diminue* » (MEYER, 2013 p.225). L'observation est un moyen pour recueillir des informations et éclairer le processus d'évaluation. C'est une méthode d'obtention d'informations basée sur la capacité de l'observateur, à voir, à entendre, à sentir ce qu'une personne fait dans une situation donnée (REED & SANDERSON, 1999). C'est un point clé en ergothérapie car il permet « *d'enrichir un procédé d'investigation tout à fait spécifique à la pratique ergothérapique à partir de la mise en activité de la personne* » (BALLY-SEVESTRE et al, 2003 p.40). Pour qu'elle soit

efficace l'observation doit répondre à deux conditions. D'une part, l'évaluateur doit avoir conscience de l'existence de certains biais dans l'évaluation qui ajoutent de la subjectivité au processus d'évaluation (KALFAT, 2006). En effet, il existe des incidents psychologiques qui peuvent modifier la qualité de l'observation (par exemple, l'effet de générosité signifie que l'observateur tend à attribuer des caractéristiques positives à l'observé) (KALFAT, 2006). D'autre part, l'observation doit être accompagnée d'un instrument qui contient des critères permettant d'identifier des données observables pertinentes et de les décrire (MEYER, 2007). Par exemple, dans la DOTCA-Ch, l'ergothérapeute peut se référer à des critères de performance correcte pour évaluer l'enfant en train de réaliser la tâche. Par ailleurs, les instruments de mesure permettent de produire des données palpables et facilitent la communication avec les autres professionnels (MEYER, 2007).

Quant à l'expérimentation, elle consiste à utiliser des bilans « *qui ont une interface avec la pathologie et ses conséquences (...), en termes d'activités et de paramètres environnementaux* » (KALFAT, 2006, p.17). Pour choisir un outil d'évaluation l'ergothérapeute doit tenir compte de plusieurs facteurs, à savoir sa finalité, son utilité clinique, son cadre théorique et ses qualités psychométriques. La valeur scientifique d'un outil d'évaluation est estimée au moyen de qualités psychométriques. Celles-ci peuvent se décrire en termes de fidélité, validité et de sensibilité. Utiliser un outil d'évaluation standardisé permet d'avoir une pratique ergothérapique fondée sur des preuves scientifiques (MEYER, 2007). Avec des instruments standardisés, l'ergothérapeute doit suivre une procédure déterminée, noter et coder les résultats de la manière prescrite, ces résultats seront ensuite comparés à une norme (HOCKING, 2010).

En ce qui concerne l'évaluation des fonctions cognitives, elle est essentielle en ergothérapie car si ces fonctions sont déficitaires, elles ont un impact sur tous les aspects de la vie quotidiennes et peuvent créer des difficultés dans tous les domaines d'occupation (GRIECE & GNASASEKARAN, 2008). Cette démarche vise à objectiver les difficultés : quantifier et qualifier les situations de handicap, évaluer la sévérité des troubles grâce à des tests spécifiques. Cela permettra d'établir le potentiel de l'enfant sur lequel devra s'appuyer le projet d'intervention (LEFLEM & GAVAILT, 2010). En outre, l'évaluation doit permettre d'identifier les perturbations observées dans l'exécution des tâches, mais aussi les éléments de la tâche qui ont



été exécutés efficacement\* (GRIEVE & GNASASEKARAN, 2008). Par ailleurs, La collaboration pluriprofessionnelle est indispensable car « *le diagnostic d'un trouble des fonctions cognitives ne peut être effectué uniquement par l'ergothérapeute, mais au minimum avec psychologue/neuropsychologue* » (GAVAULT, LEFLEM, 2010, p.159). De plus, la confrontation des résultats des différents professionnels est le garant de la cohérence et de la qualité de l'approche pluriprofessionnelle (BALLY-SEVESTRE et al, 2003).

L'établissement des balises et l'évaluation des facteurs personnels et environnementaux aboutissent à un volume d'informations plus ou moins important que l'ergothérapeute va devoir analyser et interpréter. Cet ensemble de données issues des divers instruments et des observations cliniques donne à l'ergothérapeute une image du fonctionnement de l'enfant (BALLY-SEVESTRE et al, 2003).

Ensuite, chaque évaluation est suivie d'un temps d'analyse. L'analyse est définie comme « *l'aptitude à décomposer un ensemble en ses éléments essentiels afin d'en saisir les rapports et de donner un schéma de l'ensemble* » (FOUGEYROLLAS, 1999 cité par BALLY-SEVESTRE et al, 2003 p.43). Autrement dit, il s'agit de décomposer les données afin de mieux les comprendre et de les interpréter, mais aussi de catégoriser celles qui paraissent être en relation. L'ergothérapeute explore les performances du client ainsi que son environnement physique et social dans diverses tâches de manière à mettre en évidence ses capacités et ses difficultés de performance (MEYER, 2013). A la fin de ce processus, les atouts et les limitations du client dans son contexte environnemental sont affinés, l'ergothérapeute est donc prêt à définir les problèmes.

La définition des problèmes n'est pas une liste des performances altérées de l'utilisateur mais correspond « *à l'appréciation par l'ergothérapeute, de ce qui est important dans une situation et à la mise en relation des diverses informations retenues de manière à leur donner un sens* » (MEYER, 2013, p.237). Une synthèse écrite ou orale permet une première élaboration du plan d'intervention. C'est également une phase montrant les compétences de l'ergothérapeute à mettre en œuvre un plan. Il s'agit pour l'ergothérapeute de trier les données de manière cohérente afin d'homogénéiser diverses informations concernant un domaine

particulier (BALLY-SEVESTRE et al, 2003). Ensuite, l'ergothérapeute et le client pourront convenir des objectifs et du plan. A ce point d'action, les deux protagonistes déterminent ensemble des objectifs optimaux selon les explications des difficultés occupationnelles (DAVIS et al, 2013).

L'ergothérapeute doit aussi sélectionner les informations qu'il souhaite transmettre à l'équipe interprofessionnelle. Les transmissions peuvent être orales, lors d'une réunion pluriprofessionnelle par exemple, ou bien écrites dans le dossier du client. La terminologie doit être comprise par l'ensemble des lecteurs aussi bien auprès des autres professionnels qu'auprès du client et de son entourage (BALLY-SEVESTRE et al, 2003).

#### 1.1.2 Un processus d'évaluation centré sur les occupations ou sur le déficit ? :

Il y a eu un long débat sur quelle approche est la plus appropriée pour l'ergothérapie : l'approche Top-Down ou l'approche Bottom-up (WEINSTOCK-ZLOTNICK & HINOJOSA, 2004).

L'approche Top-down est une « *intervention portée directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser la performance occupationnelle, quelles que soient les méthodes utilisées* » (DUBOIS, 2017 p.73). D'après GRIEVE et GNASASEKARAN l'approche top-down a plusieurs avantages :

- L'expérience du client est significative et directement liée à ses besoins occupationnels.
- La relation entre l'évaluation et le plan d'intervention est clairement identifiée.
- L'orientation occupationnelle de l'approche renforce la motivation et l'implication du client au projet thérapeutique.

D'ailleurs, un consensus professionnel affirme que l'approche centrée sur le client est plus en adéquation avec les principes et les objectifs de l'ergothérapie. Des preuves appuient de plus en plus l'idée que les déficiences de la structure ou de la fonction corporelle ne correspondent pas toujours directement à un déficit donné de la performance occupationnelle. Aussi, on ne peut se fier uniquement aux évaluations du niveau de déficience pour prédire les problèmes fonctionnels\* (HOCKING, 2001).

Quant à l'approche Bottom-up, il s'agit d'une intervention portée directement sur les déficiences et les capacités de la personne dans le but d'améliorer consécutivement la performance dans les activités (WEINSTOCK-ZLOTNICK & HINOJOSA, 2004). Même si l'approche centrée sur le client correspond davantage au paradigme actuel de l'ergothérapie, les évaluations centrées sur les déficiences ont un rôle important car elles permettent d'évaluer les facteurs personnels et de compléter les évaluations de type top-down lorsque :

- Un déficit cognitif doit être confirmé ou infirmé.
- Le déficit cognitif est identifié et son effet doit être pleinement vérifiés.
- La performance occupationnelle du client est sévèrement restreinte (GRIEVE & GNASASEKARAN, 2008).

Selon Sylvie MEYER (2013), les informations obtenues sont complémentaires, qu'elles soient issues d'une approche top-down ou bottom-up. En effet, l'ergothérapeute peut avoir une pratique centrée sur le client et avoir un intérêt pour les performances qui renvoie davantage au modèle biomédical. Ainsi, les évaluations de type bottom-up sont essentielles pour étudier en détail les déficits cognitifs sous-jacents et pour faciliter la prise de décision concernant la mise en œuvre du plan Sylvie MEYER (2013). La DOTCA-Ch quant à elle correspond à une approche de type bottom-up (RODGER, 2005). Elle répond à la nécessité essentielle qui est de connaître les capacités d'apprentissage de la personne (KALFAT, 2006).

## 2 La DOTCA-Ch :

La DOTCA-Ch est une évaluation dynamique ergothérapique qui permet d'évaluer les performances cognitives de l'enfant âgé de 6 à 12 ans. Il est utilisé pour des enfants qui ont des troubles des apprentissages, ainsi que pour les enfants souffrant de lésions cérébrales ou de déficience intellectuelles légères (KATZ, 2004). A l'heure actuelle, il n'y a pas d'adaptation française de l'étalonnage de la DOTCA-Ch. La traduction française du manuel de passation est en cours.

Initialement, la DOTCA-Ch est issue de la batterie Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) développée en 1973. Elle est utilisée pour évaluer les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral, des lésions cérébrales traumatiques ou un dysfonctionnement neurologique. Elle a été conçue pour aider les ergothérapeutes à déterminer les besoins thérapeutiques de la personne souffrant d'une lésion cérébrale. Ce test évalue les aptitudes psychomotrices et perceptives, la résolution de problèmes et les opérations concrètes dans des situations inhabituelles et complexes (ANNES, 1996). Pour créer la DOTCA-Ch, des changements ont été apportés à la LOTCA afin de l'adapter à une utilisation auprès d'enfants et d'y inclure un système dynamique de tests (KATZ, 2007).

### 2.1 Les domaines cognitifs évalués :

La batterie DOTCA-CH est composée de 22 sous tests de 5 fonctions cognitives : orientation (spatiale et temporelle), perception spatiale, praxies, construction visuo-motrices et opérations concrètes :

- **Orientation** : L'orientation est la conscience de soi par rapport à son environnement et requiert une intégration efficace de la mémoire, de la perception et de l'attention. L'altération de certaines fonctions perceptuelles et de la mémoire peut mener à des défauts d'orientation, et la diminution de la conscience du temps et du lieu sont les déficits cognitifs les plus fréquents chez les personnes atteintes de maladies ou de lésions cérébrales\* (LEZAK, 1995, cité par KATZ, 2004).
- **Perception spatiale** : La perception spatiale fait référence à une catégorie de compétences perceptuelles visuelles c'est-à-dire la capacité à localiser

visuellement des objets dans l'espace. Il s'agit de la conscience de la position dans l'espace, de la détermination de la relation spatiale des figures et des objets avec soi-même. Ces capacités permettent à l'enfant de prendre conscience de la position d'un objet par rapport à lui-même et contribuent à comprendre le sens du langage directionnel tels que dedans, dehors, droite, gauche, etc (KATZ, 2004). Dans son développement, l'enfant acquiert d'abord une compréhension des directions à partir de la conscience interne de la droite et de la gauche. Ce n'est que vers l'âge de sept ans que l'enfant acquiert la capacité d'apprécier le concept de direction, ou la compréhension de la position d'un objet externe dans l'espace par rapport à lui-même (CRATTY, 1970 cité par KATZ, 2004).

- **Praxie** : Les praxies font référence au développement et à l'apprentissage des gestes. C'est un moyen primaire par lequel l'enfant atteint la maîtrise de soi et développe la compétence avec les objets et les outils dans l'environnement. En général, les enfants atteints de dyspraxie sont incapables de planifier efficacement leurs actions. Par conséquent, leurs mouvements présentent souvent un mauvais timing, ne sont pas adaptés à l'activité demandée\*. (KATZ, 2004).
- **Construction visuo-motrice** : (aussi appelée praxie constructive, ou capacité visuo-constructive) a été décrite comme «*la capacité d'intégrer des stimuli visuels et de construire ou dessiner une reproduction\**» (CERMAK, 1984 p.2). Plus précisément, la capacité visuo-motrice, permet de percevoir les relations spatiales entre les objets, et répondre avec les mouvements de la main nécessaires pour assembler ou synthétiser ces parties dans un objet entier ou une entité\*(KATZ, 2004).
- **Opération concrète** : les opérations concrètes nécessitent une capacité sous-jacente de conceptualisation, et comprend la capacité d'identifier les caractéristiques des objets, de les organiser et de catégoriser. Elles sont évaluées à travers l'utilisation de tâches consistant à catégoriser et classer les objets et les formes, ainsi que celles testant les capacités de séquençage pictural et géométrique (KATZ, 2004).

## 2.2 La DOTCA-Ch, une évaluation dynamique :

### 2.2.1 Définition :

L'évaluation dynamique se définit comme « *un processus utilisé lors de la mise en place d'une intervention pour mettre en évidence les hypothèses générées par le processus d'évaluation\** » (PRIMEAU & FERGUSON, 1999, p.503). Le concept d'évaluation dynamique a été influencé par deux théories : la théorie socioculturelle de Vygotsky (1978), notamment avec le concept de Zone Proximale Développement (ZPD), et la théorie de l'expérience d'apprentissage médiée de Feuerstein (1979).

### 2.2.2 La théorie socio-culturelle de Vygotski :

Selon Vygotski, pour comprendre le développement cognitif de l'enfant, il faut comprendre son contexte social, historique et culturel. En d'autres termes, Le développement de l'enfant dépend de l'interaction avec ses pairs, son environnement, et ses expériences. Le développement des fonctions cognitives de l'enfant découle d'interactions sociales avec des adultes plus expérimentés qui orientent l'enfant vers des niveaux supérieurs de compétence. En effet, « *toute fonction du développement d'un enfant apparaît, d'abord au niveau social et ensuite, via un processus d'internalisation, au niveau psycho-psychologique\** » (TZURIEL, 2002, p.455). Ce processus d'internalisation est progressif, en commençant par l'aide d'un adulte expérimenté ou de ses pairs. Puis, au fil des expériences, l'enfant gagne en autonomie et a de moins en moins besoin de l'aide de l'adulte.

#### 2.2.2.1 Le concept de Vygotski, la Zone Proximale de Développement :

La DOTCA-Ch est basée sur le concept de la ZPD. L'hypothèse est que les processus de développement de l'enfant ne coïncident pas avec les processus d'apprentissage. En fait, le processus de développement est en retard sur le processus d'apprentissage, et c'est cet écart qui entraîne alors des zones de développement proximal. Elle est définie comme « *la différence entre le niveau de développement réel de et le niveau de développement potentiel déterminé par la résolution de problèmes (...), elle définit les fonctions qui n'ont pas encore mûri mais qui sont en cours de maturation\** » (Vygotsky, 1978, p.86) (cf : schéma de la zone proximal de développement). L'apprentissage est possible lorsque l'enfant interagit

avec ses pairs et son environnement. Ce développement peut être classé en 3 niveaux :

1. **Le niveau actuel de développement** : l'enfant ne peut pas répondre efficacement aux demandes de l'activité avec autonomie et indépendance.
2. **La zone proximale de développement**: l'enfant peut résoudre le problème sous la direction d'adultes ou en société avec ses pairs avec une plus grande aptitude.
3. **Le niveau potentiel de développement cognitif** : l'enfant peut résoudre le problème sans aide.

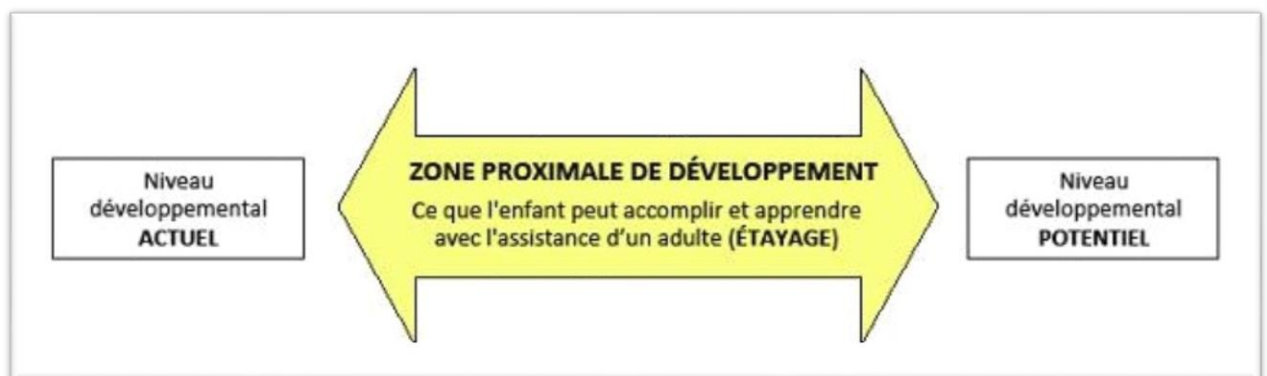


Figure 1 : La zone proximale de développement de portailenfance.ca.

Ce processus signifie qu'une personne plus compétente aide un autre individu à réaliser une activité que ce dernier ne maîtrise que partiellement. En utilisant le concept de ZPD, Vygotsky a suggéré que les enfants pourraient réussir au-dessus des limites de leur capacité initiale, en étant soutenus par un adulte expérimenté. Cette théorie implique que ce qu'un enfant peut accomplir avec la médiation ou la guidance d'un pair plus compétent indique le potentiel d'apprentissage de cet enfant (TOGLIA, 2005).

### 2.2.3 La théorie de l'expérience d'apprentissage médiée de Feuerstein :

Selon la théorie Reuven Feuerstein, sans médiation l'enfant ne peut pas progresser. Ainsi, pour qu'un changement se produise, il faut qu'il y ait une médiation humaine. Le médiateur est la personne qui s'interpose entre l'enfant et le monde, qui interprète pour l'enfant ses expériences, qui réordonne, organise, regroupe, structure les stimuli auxquels l'enfant est exposé, en les orientant vers un objectif donné (FEUERSTEIN et al., 1979 cité par TZURIEL, 2002). Et c'est cette médiation

qui crée chez l'enfant la disposition à apprendre. L'expérience d'apprentissage médiée permet de fournir des recommandations et des stratégies pour l'intervention et le développement des fonctions cognitives.

#### 2.2.4 Intérêts de l'évaluation dynamique :

Selon le modèle interactionnel dynamique, « *la cognition est considérée comme modifiable et comme un processus d'apprentissage continu et de changement qui a lieu avec l'expérience\** » (TOGLIA, 2005 p.30). Cette vision de la cognition est incompatible avec les tests standardisés car ils sont basés sur l'hypothèse que les fonctions cognitives sont fixes. Cela nécessite une manière différente de penser l'évaluation car les méthodes dynamiques se concentrent sur l'examen des changements de performance grâce à la médiation. En d'autres termes, le but de l'évaluation dynamique est de voir comment l'enfant va changer si on lui en donne l'opportunité (STERNBERG & GRIGORENKO, 1998). L'évaluateur examine si la performance peut être influencée par des indices guidés, la démonstration de stratégies ou la restructuration de l'activité. L'évaluation est donc naturellement liée à l'intervention (TOGLIA, 2005).

Tout ceci va à l'encontre des tests cognitifs normalisés conventionnels qui sont de nature statique, c'est-à-dire qu'ils examinent les performances cognitives de l'enfant dans le but d'identifier et de quantifier les troubles cognitifs. Cette information peut être utile pour le diagnostic et le suivi des progrès. Cependant, elle ne donne pas de conseils pour l'intervention car ces tests statiques ne permettent pas d'identifier les potentiels d'apprentissages (TZURIEL, 2002). Or l'évaluation dynamique donne aux professionnels l'opportunité d'estimer le potentiel d'apprentissage de l'enfant ou sa réceptivité à l'instruction (FEUERSTEIN, 1979 cité par TZURIEL, 2002). D'ailleurs, TOGLIA pensait que l'évaluateur pourrait en apprendre beaucoup sur les stratégies sous-jacentes de traitement de l'information en observant les réponses de l'enfant en fonction de la médiation administrée. Plus précisément, dans une évaluation dynamique comme la DOTCA-Ch, la réponse incorrecte initiale d'un individu n'est pas considérée comme le produit final de la tâche d'évaluation. Au lieu de cela, l'évaluateur modifie la tâche par le biais d'autres formes de médiation, afin de comprendre le type d'information qui est essentiel pour que l'enfant puisse accomplir la tâche efficacement. L'évaluation dynamique permet également à



l'examineur de recueillir des informations qui peuvent être utiles pour élaborer des stratégies de remédiation efficaces (ROTHMAN & SEMMEL, 1990).

### 2.3 Le concept de médiation :

Le mot médiation est utilisé aujourd'hui dans des contextes très variés (juridiques, politiques, culturels, scolaires... etc.). Dans le domaine de la pédagogie, la médiation est définie comme « *l'ensemble des aides ou des supports qu'une personne peut offrir à une autre personne en vue de lui rendre plus accessible un savoir quelconque (connaissances, habiletés, procédures d'action, solutions, etc.)* » (RAYNAL & RIEUNIER, 1997, p.314). Il s'agit de permettre à l'enfant, quel que soit le handicap dont il peut être porteur, de mettre en exergue tout son potentiel de développement (VINATIER & LAURENT, 2008). L'étymologie du préfixe médiat signifie le fait d'agir grâce à un moyen intermédiaire. En d'autres termes, l'action d'un sujet ne peut se déployer que parce qu'il y a une médiation, c'est-à-dire un intermédiaire qui la rend possible.

Avec la DOTCA-Ch, l'évaluateur a la possibilité d'avoir recours à des médiations graduées si l'enfant ne réussit pas la tâche. Pour pouvoir administrer ces médiations efficacement, la passation se fait en plusieurs phases. La phase initiale de l'administration du test est la phase statique, dans laquelle la performance cognitive de l'enfant est mesurée. Ensuite, dans la phase dynamique l'examineur fournit les médiations à l'enfant selon les besoins. Elles sont conçues pour obtenir son potentiel d'apprentissage maximum. La phase de re-test final de la DOTCA-Ch a été conçue pour déterminer le potentiel d'apprentissage de l'enfant et sa réceptivité à la médiation. Pour cela, l'évaluateur demande à l'enfant de refaire la tâche demandée afin de savoir si les performances de l'enfant se sont améliorées depuis la phase de test initial (KATZ et al, 2007). D'après le manuel de passation de la DOTCA-Ch traduit par l'ANFE, ces médiations sont administrées dans l'ordre suivant :

- 1. Intervention générale :** (Exemple : l'ergothérapeute dit « *Réfléchis bien* »).
- 2. Feedback général :** (Exemple : l'ergothérapeute dit « *Que dois-tu faire pour empêcher le pain de bouger ?* »).

3. **Feedback spécifique** : (Exemple : l'ergothérapeute dit « *Tu dois tenir le pain dans une main, pendant que ton autre main tient le couteau pour couper le pain* »).
4. **Médiation structurée** : (Exemple : l'évaluateur montre la tâche en faisant avec l'enfant)
5. **Simplification de la tâche** : l'évaluateur présente une tâche plus simple.

Ces médiations sont administrées par un médiateur humain. Selon CLOUTIER (2012), il propose un accompagnement par un adulte expérimenté pour favoriser la réussite. Il accompagne l'enfant dans sa Zone de Développement Proximal en lui permettant de s'approprier la tâche à effectuer. Il collabore avec l'enfant dans une perspective de résolution de problèmes. Elle lui apporte des connaissances et des compétences des activités avec lui. Le médiateur humain agit en étroite collaboration avec l'enfant. Cette forme d'accompagnement de l'enfant dans sa Zone de Développement Proximal est appelée « étayage ». S. CLOUTIER (2012, p.60) le définit comme « *une forme d'accompagnement où un partenaire avec plus d'habiletés que l'enfant le soutient, dans sa zone de développement proximal, de façon appropriée, pour que celui-ci soit capable d'augmenter ses compétences dans une situation donnée, dans une perspective d'autonomie* ». Bruner (1983) définit les six fonctions de l'étayage :

- L'enrôlement : c'est la première tâche du tuteur. On engage l'intérêt de l'enfant et l'adhésion de l'adulte envers la tâche.
- La réduction des degrés de liberté : le tuteur simplifie la tâche, il comble les lacunes et laisse l'enfant mettre au point les parties auxquelles il peut parvenir. Le maintien de l'orientation
- Le tuteur maintient la motivation de l'enfant à atteindre son but en lui démontrant de l'entrain et de la sympathie.
- La signalisation des caractéristiques déterminantes de la tâche. Le tuteur signale les caractéristiques de la tâche qui sont pertinentes à son exécution.
- Le contrôle de la frustration : le tuteur s'assure que la résolution du problème devient moins éprouvante avec lui. Il dose ses interventions.
- La démonstration : le tuteur fait une démonstration qui permettra à l'enfant d'imiter.

En outre, utiliser des médiations permet à l'ergothérapeute d'identifier la médiation qui sera la plus adaptée à son potentiel d'apprentissage. Cependant une étude de RODGER et al (2005) a relevé le fait que les médiations soient standardisées ne permettait pas toujours d'interagir avec l'enfant et donc d'identifier de façon optimale le niveau d'aide adapté à l'enfant. Je me demande donc si le recours à ces médiations peut vraiment aider l'ergothérapeute à élaborer son diagnostic ?

### 3 Le diagnostic ergothérapeutique :

#### 3.1 Réglementation :

Le diagnostic ergothérapeutique est une notion présente depuis 2010 suite à l'apparition des textes régissant l'exercice et la formation des ergothérapeutes. En effet, dans le référentiel, la compétence 1 signifie « *Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique* ». Plus précisément, il s'agit « *d'élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.* » (Cf : Annexe I).

#### 3.2 Etymologie du mot diagnostic :

Selon SEVE-FERRIEU (2010, p.52) « *Il s'agit donc, littéralement, d'acquérir la connaissance à travers les signes observables* ». Couramment, le terme est employé lorsque l'on cherche à poser une hypothèse tirée d'une analyse des symptômes (REY, 2016 cité par DUBOIS, 2017, p.3).

Appliqué à la médecine, « *il est la détermination d'un état, d'une maladie, d'après les symptômes* », c'est-à-dire que la « *diagnose est la connaissance d'une maladie qui s'acquiert par l'observation des signes diagnostics, des symptômes* » (REY, 2016 cité par DUBOIS, 2017, p.3).

#### 3.3 Définition :

Le diagnostic ergothérapeutique se définit comme étant à la fois un processus et un produit. « *Le raisonnement diagnostique est une composante du raisonnement professionnel qui aboutit à la formulation d'un énoncé diagnostique en s'appuyant sur un jugement professionnel. L'énoncé définit les problèmes présents ou potentiels relatifs à l'état occupationnel de la personne qui justifie l'intervention de l'ergothérapeute. Il identifie les facteurs internes et externes explicatifs et leurs interactions. Il met en évidence les ressources sur lesquelles l'intervention s'appuiera. Fruit d'une co-construction avec la personne concernée, il est élaboré en référence aux modèles conceptuels et approches théoriques professionnels. Il permet de définir les orientations et stratégies d'interventions de l'ergothérapeute. Il contribue au dépistage et à l'élaboration diagnostique d'autres professionnels et dispositifs.* » (DUBOIS, 2017, p.53). Il est la résultante du processus d'évaluation

mais peut être réactualisé pendant la mise en œuvre du plan d'intervention (TROUVE, 2018).

### 3.4 Les concepts centraux du diagnostic ergothérapique :

De plus en plus, les ergothérapeutes sont encouragés à adopter une vision centrée sur le client et plus particulièrement centrée sur les occupations. D'ailleurs, ce concept est utilisé pour définir la science de l'occupation afin d'informer et de renforcer la pratique des ergothérapeutes (PIERCE, 2016).

Recourir au concept d'occupation pour élaborer le diagnostic ergothérapique permet à l'ergothérapeute de rester centré sur les valeurs et les centres d'intérêt de la personne, sur les activités qu'elle considère comme signifiantes et significatives (DUBOIS, 2017).

ROGER (2004) indique que le raisonnement et l'énoncé diagnostique en ergothérapie permet de définir et expliquer l'état occupationnel (*occupational status*) d'une personne. Pour MEYER (2010), définir l'état occupationnel revient à identifier les effets de l'état de santé d'une personne sur ses performances et ses habiletés. Par ailleurs, il s'agit « *d'une image construite par le thérapeute à partir de sa compréhension de l'agir d'une personne pendant l'évaluation* » (DUBOIS, 2017, p.24). Ainsi, prendre en compte l'état occupationnel dans le diagnostic permet à l'ergothérapeute de rester sur une approche top-down et de se démarquer d'une approche biomédicale centrée sur le déficit corporel (DUBOIS, 2017).

### 3.5 Les étapes de l'énoncé diagnostique :

D'après DUBOIS (2017), le niveau descriptif de l'énoncé diagnostique correspond à définir l'état occupationnel de la personne. Plus précisément, l'ergothérapeute doit préciser les domaines de l'occupation retenus en priorité. Il peut s'agir des activités de productivité, de loisir ou de la vie quotidienne. Ensuite, il doit préciser les aspects de l'occupation considérés, c'est-à-dire s'interroger sur les problèmes de performances occupationnelle. Pour finir, il doit définir l'état occupationnel à différents niveaux de l'agir, c'est-à-dire identifier les performances et les habiletés qui entravent ou risque d'entraver l'engagement dans l'occupation.

Toujours d'après DUBOIS (2017), le niveau explicatif de l'énoncé diagnostique correspond à expliquer l'état occupationnel de la personne. En d'autres termes,

l'ergothérapeute fait le lien entre l'état occupationnel et les facteurs personnels (sa dimension physique, cognitive, affective...), et les facteurs environnementaux de la personne (l'architecture du domicile, l'entourage familial...) qui peuvent expliquer les difficultés occupationnelles de la personne.

En outre, le diagnostic s'inscrit dans une démarche d'écrit professionnel, il est donc voué à être inscrit dans le dossier du client. Il permet de communiquer avec les autres professionnels mais aussi de collaborer avec le client ou son entourage (DUBOIS, 2017).

### 3.5.1 L'énoncé des ressources de la personne :

Comme évoqué précédemment, le diagnostic ergothérapique doit mettre en évidence les ressources sur lesquelles l'intervention s'appuiera. Par définition, (LAROUSSE, 2017) les ressources sont, « *une possibilité, un moyen d'action que quelqu'un dispose* »<sup>2</sup>. Or, plusieurs auteurs soulignent l'importance de cette notion de ressource dans le diagnostic ergothérapique. En effet, SEVE-FERRIEU (2010) affirme qu'il est essentiel d'identifier et d'inclure dans le diagnostic ergothérapique les ressources de la personne car elles permettent à l'ergothérapeute de définir ses orientations et ses stratégies d'intervention. Selon BROUSSEAU (2015) l'énoncé diagnostic établit les liens entre les occupations, les facteurs personnels et environnementaux tout en faisant ressortir les forces de cette personne. De plus, MIGNET (2015) affirme qu'il faut formuler des hypothèses pour résoudre les problèmes et valoriser les ressources. Ainsi, ces auteurs insistent sur l'importance de valoriser les forces de la personne. Cet aspect permettant à l'ergothérapeute de se projeter dans des choix d'intervention.

#### 3.5.1.1 Le potentiel d'apprentissage, une ressource pour l'enfant :

Le terme de « potentiel d'apprentissage » désigne plusieurs notions soit : la vitesse d'apprentissage, la capacité à conserver l'acquis et l'habileté à les transférer (BROWN & FERRARA, 1984). BUDOFF et CORMAN (1974, p. 578) définissent explicitement le potentiel d'apprentissage comme « *l'habileté à apprendre et à tirer profit d'une expérience adéquate\** ». Avec le potentiel d'apprentissage, on peut identifier une des ressources de l'enfance. On peut donc se demander si cette ressource pourra ensuite être utilisée par une aide humaine par le biais d'une

---

<sup>2</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressources/68739> Consulté le 02.02/2018

médiation adaptée que l'on a identifiée grâce à la DOTCA-Ch. Ces aides humaines peuvent être professionnelles ou non. Parmi ces aides humaines on a les aidants naturels (ou informels), la Haute Autorité de Santé les définit comme « *les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc.* »<sup>3</sup> Chez l'enfant d'âge scolaire il s'agit principalement des parents. Il y a également l'Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap (AESH), cette aide humaine professionnelle est « *est affecté auprès d'un enfant ou d'un adolescent handicapé dans une école, un collège ou un lycée dont le projet prévoit l'accueil régulier d'élèves handicapés dans les classes ordinaires de l'Education Nationale* »<sup>4</sup>. Ces professionnels peuvent compenser le décalage dans les acquisitions scolaires de l'enfant.

---

<sup>3</sup> <http://chronisante.inist.fr/?Aidant-naturel> Consulté le 07/04/2018

<sup>4</sup> <https://glossaire.handicap.fr/definition-AESH-102.php> Consulté le 07/04/2018.

## Partie expérimentale :

---

### 4 Méthodologie de la recherche :

Dans le but d'enrichir et de confronter les recherches de ma partie théorique à la réalité de la pratique professionnelle, j'ai souhaité réaliser une enquête basée sur mes concepts. Cette enquête permettra de valider ou non mon hypothèse et d'ouvrir mon sujet en offrant d'autres réponses potentielles. Pour rappel, ma problématique est :

**« En quoi le recours à des médiations avec la DOTCA-Ch pendant l'évaluation initiale des fonctions cognitives de l'enfant participe à l'élaboration du diagnostic ergothérapique ? »**

Et mon hypothèse est la suivante :

**« L'identification d'une médiation adaptée contribue à orienter l'intervention d'une aide humaine pour améliorer la performance occupationnelle de l'enfant. »**

#### 4.1 Les objectifs :

L'objectif de l'investigation ou travail de terrain *« est de confronter le cadre théorique à la réalité du terrain, de recueillir des informations pour rendre compte de la réalité, de pouvoir comprendre ce qu'expérimentent et pensent les personnes concernées »* (VAN CAMPENHOUDT, QUIVY, 2011, p.141). Il est important de définir des objectifs car ils conditionnent et impactent directement le déroulement et l'avancement de phase exploratoire. Afin de valider mon hypothèse, j'ai construit un projet d'enquête qui a pour objectif de :

- Comprendre l'apport et les limites des médiations dans la démarche d'évaluation initiale.
- Connaître le ressenti des ergothérapeutes sur l'intérêt de la DOTCA-Ch dans l'élaboration du diagnostic ergothérapique.
- Comprendre l'impact des médiations de la DOTCA-Ch sur l'intervention d'une aide humaine et sur la performance occupationnelle de l'enfant.



Pour atteindre ces objectifs, il me semble pertinent d'avoir une approche qualitative plutôt que quantitative. J'ai donc choisi de m'entretenir avec des ergothérapeutes.

#### 4.2 Choix de population :

Pour cette enquête, mes critères d'inclusion sont :

- Ergothérapeutes exerçant en pédiatrie avec des enfants qui ont un handicap cognitif ou mental.

Sachant que la DOTCA-Ch évalue les fonctions cognitives de l'enfant, il me semble essentiel que les ergothérapeutes exercent auprès de cette population.

- Ergothérapeutes ayant déjà fait passer la DOTCA-Ch.

Pour limiter les biais, il est important que l'ergothérapeute ait déjà réalisé la passation de ce bilan.

- Ergothérapeutes ayant reçu la formation « L'évaluation des fonctions cognitives de l'enfant en ergothérapie avec la DOTCA-Ch » dispensée par l'ANFE.

A l'instar du critère précédent, il me semble pertinent de cibler ma population sur les ergothérapeutes qui ont été formés à cet outil. En effet, la formation permet de renforcer leur compétence en ce qui concerne l'utilisation de la DOTCA-Ch. A savoir la passation et la cotation des différents items, l'interprétation des résultats obtenus, l'identification de la médiation la plus pertinente parmi les 5 proposées et l'élaboration du projet thérapeutique s'appuyant sur cette évaluation. Cette formation favorise une utilisation adéquate de ce bilan, et donc limite certains biais.

#### 4.3 Démarche de recherche des participants :

Pour trouver les différents participants, j'ai contacté par e-mail les ergothérapeutes que j'ai rencontrés pendant la formation sur la DOTCA-Ch. J'ai privilégié les entretiens en face à face car cela permet de recueillir et d'analyser la communication non verbale. Par conséquent, ma zone géographique est dans un premier temps limitée à l'Île de France afin de pouvoir me déplacer facilement sur les différentes structures. Mais pour obtenir davantage de réponse j'ai étendu ma prise de contact sur la France entière en menant les entretiens par téléphone. Tous les entretiens seront enregistrés après le consentement de la personne interrogée.

#### 4.4 Outil d'investigation :

Dans ce travail, avoir recours à une méthode qualitative permet d'avoir accès aux expériences singulières des différents ergothérapeutes utilisant la DOTCA-Ch. Ainsi, cette méthode permet de s'adapter à chaque interlocuteur. En effet, ce n'est pas la quantité d'informations qui est intéressante mais bien l'aspect qualitatif des données. Un recueil de données qualitatif permet de tisser des liens, de comprendre les enjeux et ainsi tenter de comprendre l'impact de la DOTCA-Ch sur la pratique des ergothérapeutes.

L'emploi d'une méthode qualitative laisse le choix entre plusieurs outils pour le recueil des données. De ce fait, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif pour interroger les ergothérapeutes. Il se définit comme « *une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels [...] afin d'obtenir des informations ou des représentations dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs de recueil d'information* » (DE KETELE & al, 2015 ROEGIERS p.14). Avec cet outil, l'interviewer oriente la personne interrogée vers certains thèmes et lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer. Il fait appel au point de vue de l'ergothérapeute, à son ressenti, à son expérience vécue (BLANCHET & GOTMAN, 2010). L'entretien semi-directif permet l'échange avec mon interlocuteur tout en guidant un minimum l'entretien avec des questions ouvertes. Mon objectif est de recueillir des réponses argumentées et détaillées. L'entretien semi-directif me permet donc de reprendre éventuellement certains éléments émis par les ergothérapeutes et de les conduire progressivement à mon questionnement.

#### 4.5 Aspect éthique :

Des règles éthiques étaient précisées dans chaque mail envoyés aux participants potentiels (Cf : Annexe III). Ils précisait les conditions de passation, les règles de confidentialité. Je demandais également un accord oral pour que l'entretien soit enregistré à l'aide d'un dictaphone. Aussi, pour garantir l'anonymat des participants ces derniers ont été nommés par la lettre E (ergothérapeute) suivi d'un chiffre décidé aléatoirement entre un et cinq.

#### 4.6 Construction du guide d'entretien :

En amont de ces entretiens, j'ai réalisé un guide d'entretien (ANNEXE IV) pour mener à bien l'échange. Il se définit comme « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour chercheur) en question d'enquête (pour l'interviewé)* » (BLANCHET & GOTMAN, 2015 p.58). Il se compose de treize questions réparties sur quatre thématiques qui abordent les différentes notions de mon hypothèse ainsi que les concepts développés précédemment dans mon cadre théorique. Je commence mes entretiens par une brève présentation de l'ergothérapeute interrogé, de la structure, ainsi que la population qu'il prend en charge. Ces questions me permettent d'appréhender le contexte dans lequel travaille mon interlocuteur. Ensuite j'aborde la question de la démarche d'évaluation initiale pour comprendre comment l'ergothérapeute y intègre la DOTCA-Ch. Puis je questionne l'interlocuteur sur l'intérêt de la DOTCA-Ch pendant l'évaluation initiale. Pour finir, je les questionne sur l'impact de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapeutique et les aides humaines. Le même guide d'entretien a été utilisé pour toutes les entrevues.

#### 4.7 Déroulement de l'investigation :

La période d'investigation s'est déroulée entre le 09 Avril au 08 Mai 2018. Parmi les cinq entretiens effectués, deux entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de l'ergothérapeute, dans une pièce calme, en individuel, à l'exception d'un entretien qui a eu lieu au domicile de l'ergothérapeute. Sinon, pour des raisons de distances géographiques, deux entretiens ont été menés par le biais d'un téléphone. Le début de l'entretien débutait par la remise des règles éthiques (enregistrement et anonymat). La seconde partie consistait en l'entretien lui-même. Je ne dévoilais pas mon hypothèse avant l'entretien afin de ne pas influencer les réponses des ergothérapeutes. L'entretien le plus court a duré 23 minutes et le plus long 50 minutes. La période d'investigation se conclut par la retranscription des entretiens.

## 5 Analyses des données recueillies :

### 5.1 Choix de la méthode d'analyse :

En sciences humaines et sociales, la méthode des entretiens est le plus souvent associée à l'analyse dite de « contenu ». Pour A. ROBERT et BOUILLAGUET (2007, p.4), l'analyse de contenu est « *une technique permettant l'examen méthodique (...) du contenu de certains texte en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments constitutifs qui ne sont pas totalement accessible à la lecture naïve.* ». Pour cette étude j'ai choisi l'analyse thématique car elle représente la plus simple des analyses de contenu. Elle consiste à repérer des expressions textuelles des thèmes généraux récurrents, qui peuvent apparaître sous divers éléments plus concrets. L'objectif de l'utilisation de cette méthode pour cette étude, est de rendre compte des différents thèmes issus du discours, pour produire une réorganisation et une interprétation de ce qui est dit, et pour dégager des éléments de réponse à mes questionnements.

### 5.2 Construction de la grille d'analyse :

La grille d'analyse a été construite afin de faciliter l'analyse du contenu des entretiens. La grille d'analyse comprend quatre thèmes principaux catégorisés en plusieurs sous thèmes lorsque des éléments précis et détaillés étaient recherchés (Cf : Tableaux 1 à 11). Ces thèmes ont été choisis en fonction des éléments recherchés pouvant répondre à l'hypothèse et correspondant également de façon globale au sujet de la recherche. L'idée est que chaque élément du discours de l'ergothérapeute puisse être classé par thèmes, afin de pouvoir traiter plus facilement les données.

### 5.3 Présentation des résultats bruts et analyse :

Afin d'analyser les résultats, j'ai retranscrit les entretiens par écrit puis j'ai extrait des verbatims significatifs, tels qu'ils ont été prononcés. La sélection des extraits se réfère aux thèmes dont les questions de l'entretien sont issues, et ces extraits sont rédigés de manière chronologique. Précisons enfin que cette partie est un indispensable préalable au travail d'analyse. Le tableau de restitution des données met en lumière la portée les discours de chaque ergothérapeute. Il regroupe l'intégralité des éléments retenus pour formaliser l'analyse.

### 5.3.1 Thème 1 Présentation des ergothérapeutes interrogés :

La méthode utilisée se concentre sur l'interlocuteur et son discours, cela conditionne la compréhension des résultats obtenus. Il est donc important de procéder à une présentation des personnes interrogées dans le Tableau 1 ci-dessous.

	Ancienneté	Expérience en pédiatrie	Lieu d'exercice	Population
<b>E1</b>	31 ans		Soins de suite et de réadaptation	Enfants avec des lésions cérébrales acquises
<b>E2</b>	2 ans		SESSAD	Enfants avec une déficience visuelle avec ou sans troubles associés
<b>E3</b>	13 ans		Libéral	Enfants avec troubles des apprentissages et/ou trouble de l'alimentation
<b>E4</b>	10 ans	8 ans	SESSAD	Enfants avec un handicap moteur avec troubles associés
<b>E5</b>	14 ans	12 ans	Libéral	Enfant avec troubles « dys » ; Troubles du spectre autistique ; Troubles des apprentissages ; handicap moteur

Tableau 1 : Profils des ergothérapeutes

### 5.3.2 Thème 1 : La démarche d'évaluation initiale :

Lorsque les ergothérapeutes sont interrogés sur la manière de mener une évaluation initiale, je remarque très vite que chaque ergothérapeute a une pratique qu'il lui est propre comme l'illustre le Tableau 2 ci-dessous :

	Observation	Entretien	Bilan Bottom-up	Bilan Top-Down	Etude des résultats des évaluations des autres professionnels
<b>E1</b>	X		X		X
<b>E2</b>			X		X
<b>E3</b>		X	X	X	
<b>E4</b>	X	X	X	X	
<b>E5</b>		X	X		X

Tableau 2 : Les moyens utilisés par les ergothérapeutes pendant l'évaluation initiale

Parmi les bilans qui sont utilisés, les ergothérapeutes 3 et 4 mettent l'accent sur l'importance d'évaluer l'enfant avec une approche centrée sur le client, tel que la MCREO par exemple. Selon l'ergothérapeute 4, cette approche permet de mettre en place des objectifs qui ont du sens pour l'enfant et ses parents. De plus, c'est une approche qui permet en tant qu'ergothérapeute de différencier notre pratique des autres professionnels car souvent, un même bilan peut être utilisé par plusieurs professionnels. Or l'approche Top-Down est vraiment propre à

l'ergothérapie. Cependant les ergothérapeutes sont conscients que cette approche ne se substitue pas à l'approche Bottum-Up centré sur les capacités et les déficiences. Elles sont complémentaires. C'est une pratique qui est encore prédominante chez les ergothérapeutes en France. En effet, dans cet échantillon, la totalité des ergothérapeutes utilisent des bilans de type Bottum-Up. Parmi ceux qui reviennent fréquemment il y a la NEPSY, un bilan statique, qui à l'instar de la DOTCA-Ch évalue les fonctions cognitives de l'enfant. C'est pourquoi j'ai ensuite questionné les ergothérapeutes sur l'intérêt de la DOTCA-Ch.

### 5.3.3 Thème 2 Intérêt de la DOTCA-Ch :

<b>Intérêt pour les domaines cognitifs évalués</b>	<b>E1</b> : « <i>en fait pour évaluer les praxies des enfants (...) c'est un outil qui nous intéresse aussi pour ça.</i> »
	<b>E2</b> : « <i>On a besoin d'un autre regard avec d'autres épreuves... Plus complètes, plus précises. Je pense notamment aux praxies, l'évaluation des praxies.</i> » ; « <i>un peu de visuo-spatial aussi en complément</i> »
	<b>E3</b> : « <i>au niveau visumoteur aussi elle est plus poussée</i> »
	<b>E4</b> : « <i>Pour les praxies il est génial car on n'a rien comme ça</i> »
	<b>E5</b> : « <i>je les utilise pas mal sur tout ce qui est aspect praxique, surtout ce qui va être plutôt visuospatiale les constructifs</i> »

Tableau 3 : Verbatims des ergothérapeutes à propos des domaines cognitifs évalués dans la DOTCA-Ch

Tous les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que ce qui les motive à recourir à la DOTCA-Ch c'est d'abord le fait de pouvoir évaluer les praxies et les capacités visumotrices (Cf : Tableau N°3). Ils expliquent ceci par le fait que ce sont des domaines cognitifs qui sont peu évalués dans d'autres bilans. Ainsi, les ergothérapeutes 2 et 3 l'utilisent s'ils constatent par le biais d'autres bilans des difficultés gestuelles.

<b>Les médiations</b>	<b>E1</b> : « <i>s'il y a une petite médiation ça relance un petit peu et des fois on s'aperçoit qu'ils sont capables de le faire.</i> »
	<b>E2</b> : « <i>faire une démonstration à l'enfant. C'était surtout bénéfique.</i> »
	<b>E3</b> : « <i>j'ai eu un enfant où il fallait aller jusqu'au pas à pas... Donc en décomposant avec lui et il y arrivait.</i> »
	<b>E4</b> : « <i>des fois on est surpris parce que à un niveau d'aide on pensait qu'il n'y arriverait pas et finalement ça l'a aussi aidé alors que c'est bien inférieur à ce qu'on aurait pu aller si on l'avait fait spontanément.</i> » ; « <i>Même s'il y a de l'aide pour le jeune c'est quand même un peu dur à vivre.</i> »

	<b>E5</b> : « <i>Voilà quasiment toutes les épreuves il échouait et le fait de mettre en place des médiations possible de manière graduelle ça aboutissait ce n'est pas énormément</i> »
--	--

Tableau 4 : Verbatims des ergothérapeutes à propos des médiations utilisées dans la DOTCA-Ch

Par ailleurs, l'aspect dynamique de la DOTCA-Ch arrive au second plan. Cependant, il est néanmoins beaucoup mis en avant par les ergothérapeutes pendant les entretiens (Cf : Tableau 4). De ce fait, utiliser des médiations représente un des intérêts de la DOTCA-Ch. Tous les ergothérapeutes affirment qu'utiliser des médiations apportent des éléments pendant l'évaluation initiale. En effet, les ergothérapeutes 2 et 3 illustrent leurs propos en énonçant des médiations qui ont été efficaces pendant l'évaluation. De plus, l'ergothérapeute 4 met en avant le fait que les médiations permettent d'identifier le niveau d'aide dont l'enfant a réellement besoin et que ce niveau d'aide est parfois inférieur à celui que l'on imaginait au départ. Cependant, les ergothérapeutes interrogés ont des avis divergents concernant les limites de ces médiations. Les ergothérapeutes 1 et 3 ne relèvent pas de limites particulières à ces médiations. Alors que pour les ergothérapeutes 4 et 5 les médiations ne sont pas toujours pertinentes lorsque les difficultés de l'enfant sont très importantes. En effet, lorsque l'enfant est en grande difficultés, les médiations utilisées peuvent être insuffisantes. Ainsi, utiliser de manière récurrente des médiations pendant la passation peut favoriser un sentiment d'échec et de dévalorisation chez l'enfant alors que le but initial de ces médiations est d'aider l'enfant à parvenir à la réussite de la tâche.

<b>Les apports de ces médiations</b>	<b>E1</b> : « <i>Avec cet outil là on a déjà une base avec des exemples.</i> » ; « <i>en fait cet outil là il peut donner certaines pistes</i> »
	<b>E2</b> : « <i>Mais avec la DOTCA-Ch c'est vrai que on peut... On peut vraiment affirmer nos suppositions sur tel et tel aide</i> »
	<b>E3</b> : « <i>c'est là où la DOTCA-Ch est intéressante car elle nous donne des pistes</i> » ; « <i>Dès le bilan on va avoir des pistes alors que peut-être que si on n'était pas passé par la DOTCA-Ch on aurait vu l'enfant en quelques... Sur plusieurs séances avant de voir nos différentes pistes de compensation qui marchent</i> »
	<b>E4</b> : « <i>Donc en fait ça donne des pistes après il faut quand même les tester, voir ce qui marche... Un truc où je me suis dit la DOTCA-Ch ça y est je vais faire ça et ça va marcher... Non ! Ce n'est quand même pas aussi simple que ça (rire)</i> »



	<b>E5</b> : « médiation je trouve que c'est quand même ça donne quand même pas mal d'éléments sur un petit peu le potentiel de l'enfant »
--	---

Tableau 5 : Verbatims des ergothérapeutes concernant les apports de ces médiations

En outre, Tous les ergothérapeutes s'accordent à dire que ces médiations donnent des indications sur la manière la plus adéquate pour aider l'enfant pendant le projet d'intervention (cf : Tableau 5). Néanmoins, l'ergothérapeute 4 apporte une nuance à cela car elle affirme que ces pistes doivent être testées dans un contexte de vie quotidienne.

<b>Une corrélation entre médiation et moyen de compensation</b>	<b>E1</b> : « voir ce qui peut l'aider c'était super important. »
	<b>E2</b> : « ce qui est intéressant dans la DOTCA-Ch c'est euh... Les moyens de... De compensation qu'on va pouvoir envisager pour nos rééducations »
	<b>E3</b> : « elle me permet d'évaluer l'enfant sans compensation. Et ensuite, une fois qu'il a échoué je vais pouvoir voir les compensations qui marchent (...) pour ensuite mettre les compensations fonctionnelles »
	<b>E4</b> : « On va aller explorer des moyens de compensations, mais on va pas utiliser des moyens de compensations tel qu'ils les décrivent dans la DOTCA-Ch. »
	<b>E5</b> : « la médiation qui demande de réfléchir de refaire de bien regarder ça suffit surtout le fait de prendre du temps, c'est des fois un supplément de temps qui permet de mettre en route »

Tableau 6 : Verbatims des ergothérapeutes à propos des médiations et des moyens de compensation

Par ailleurs, il y a une divergence entre les propos des participants quant à la signification de ces indications évoquées précédemment (cf : Tableau 6). En effet, les ergothérapeutes 1, 2, et 3 interprètent la médiation qui a été utilisée comme une compensation efficace qui pourra aider l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne. D'ailleurs l'ergothérapeute 5 illustre cela en affirmant que grâce à la médiation intervention générale, ce dernier a identifié qu'il fallait compenser les difficultés de l'enfant en lui accordant un supplément de temps. Mais, l'ergothérapeute 4 n'a pas tout à fait le même point de vue car elle n'identifie pas le niveau d'aide comme une compensation en tant que telle mais plutôt comme une hypothèse qu'il faudra tester pendant la mise en œuvre du plan d'intervention. De plus, cette dernière va plus loin en affirmant que les médiations ne peuvent être utilisées dans la vie quotidienne sans adaptation.

	<b>E1</b> : « Pour moi c'est vraiment un bilan très ergo qui a été fait par des ergos »
	<b>E2</b> :



<b>La DOTCA-Ch, une évaluation écologique ?</b>	<b>E3</b> : « on est vraiment sur une évaluation je trouve plus écologique que la NEPSY par exemple »
	<b>E4</b> : « ça reste quand même assez peu écologique la DOTCA-Ch... Même pas du tout, on ne peut pas dire que c'est écologique »
	<b>E5</b> : « Il est déjà beaucoup plus écologique que la NEPSY où les trucs de la DTVP mais je trouve quand même qu'on est encore sur du... Enfin voilà c'est toujours encore un peu du laboratoire »

Tableau 7 : Verbatims des ergothérapeutes à propos de l'aspect écologique de la DOTCA-Ch

Les avis sont aussi partagés quant à l'aspect écologique de ce bilan (Cf : Tableau 7). Les ergothérapeutes 1 et 3 mettent en avant le fait qu'ils apprécient que la DOTCA-Ch soit créée par des ergothérapeutes et qu'ils ressentent la différence avec un bilan qui n'est pas ergothérapeutique. Alors que les ergothérapeutes 4 et 5 déplorent le fait que même si la DOTCA-Ch a été créée par des ergothérapeutes, elle reste néanmoins assez peu écologique.

### 5.3.4 Thème 3, le diagnostic ergothérapeutique :

<b>Définition</b>	<b>E1</b> : « avec les outils et l'œil d'un ergothérapeute qui quand même voit les choses sous un œil assez complet assez spécifique et en le replaçant dans la vie quotidienne de l'enfant quelque chose de pratique euh voilà... Arriver à dégager les objectifs et à donner certaines pistes pour moi ça serait ça »
	<b>E2</b> : « Le diagnostic ergo c'est bah... A partir d'un bilan on va pouvoir élaborer des objectifs, mettre en place un plan de soin avec des objectifs euh... Immédiat, à court terme, puis ensuite de choses que l'on vise plus loin à long terme en faisant le lien avec les objectifs de l'équipe pluridisciplinaire. »
	<b>E3</b> : « Ce n'est pas un diagnostic de pathologie » ; « c'est plutôt un diagnostic euh justement sur euh... Les situations occupationnelles qui ne marchent pas, et pourquoi elles ne marchent pas »
	<b>E4</b> : « Alors ça va forcément être lié à la lecture du bouquin vu que je l'ai lu (rire) » ; « C'est toute la partie recherche des difficultés occupationnelles, on va les poser on va proposer des hypothèses on va essayer de vérifier les hypothèses »
	<b>E5</b> : « je n'en suis pas encore à me poser de manière claire un diagnostic. » ; « j'ai tellement eu pendant mon étude entendue dire que foncièrement on n'était pas apte à vraiment poser des diagnostics. Sur les dyspraxies c'était au médecin de le faire. »

Tableau 8 : Les verbatims des ergothérapeutes concernant leur conception du diagnostic ergothérapeutique

Pour comprendre l'impact de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapeutique, il me semble important d'interroger les ergothérapeutes sur ce qu'est selon eux, le

diagnostic ergothérapeutique. Leur représentation de ce concept est disparate (Cf : Tableau 9). Effectivement, les ergothérapeutes 1 et 2 associent le diagnostic ergothérapeutique à la mise en place des objectifs de prise en charge. Tandis que les ergothérapeutes 3 et 4 le conçoivent comme étant centré sur les problèmes occupationnels de la personne. Quant à l'ergothérapeute 5, il associe le diagnostic ergothérapeutique à un domaine qui sort de notre champ de compétence car le diagnostic appartient au champ de la médecine.

<b>L'impact de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapeutique</b>	<b>E1</b> : « <i>qu'il n'y a pas que des difficultés. Il y a les difficultés mais les points forts de l'enfant que tu peux aussi souligner.</i> »
	<b>E2</b> : « <i>Vu que c'est une évaluation complémentaire dans cette structure ici. La déjà ça peut mettre en évidence nos objectifs que l'on n'aurait peut-être pas vu juste avec la NEPSY 2 par exemple</i> » ; « <i>De ne pas mettre des objectifs trop élever à atteindre</i> »
	<b>E3</b> : « <i>par exemple un enfant qui va avoir du mal à coordonner ses deux mains ou des choses comme ça je vais pouvoir expliquer les difficultés occupationnelles grâce à la DOTCA-Ch.</i> » ; « <i>je m'appuie aussi sur ce qui va marcher pour l'enfant. Donc les compensations qui marchent et ça me semble indispensable dans notre diagnostic ergothérapeutique.</i> »
	<b>E4</b> : « <i>moi j'ai dû mal à ressortir des ressources d'un bilan comme la DOTCA-Ch.</i> » ; « <i>C'est dans les hypothèses... Pourquoi j'ai cerné tel ou tel difficultés...</i> »
	<b>E5</b> :

Tableau 9 : Les verbatims des ergothérapeutes concernant l'impact de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapeutique

Ensuite, lorsque je les interroge sur l'impact de la DOTCA-Ch sur l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique, les avis sont aussi divergents (Cf : Tableau 9). L'ergothérapeutes 1 affirme que la DOTCA-Ch permet de mettre en avant ce qui est efficient chez l'enfant. L'ergothérapeute pense que la DOTCA-Ch peut aider à élaborer des objectifs adaptés à l'enfant. L'ergothérapeute 3 quant à elle inclue la compensation identifiée grâce à la DOTCA-Ch dans le diagnostic ergothérapeutique. L'ergothérapeute 4 affirme que la DOTCA-Ch n'est pas suffisant pour identifier les ressources de l'enfant mais elle permet d'inclure dans le diagnostic ergothérapeutique les hypothèses qui en découlent et aussi d'expliquer les difficultés occupationnelles.

## 5.3.5 Thème 4 L'impact de la DOTCA-Ch sur la mise en œuvre du plan

<b>L'impact de la DOTCA-Ch sur l'intervention des aides humaines</b>	<b>E1</b> : « <i>Ou après aider d'autres intervenants comme un instituteur, une AVS, ou quelqu'un dans le service ou un parent ou... On aura des outils à notre portée pour leur expliquer les choses</i> » ; « <i>On sait qu'on va pouvoir dire aux gens : « revoyez avec lui », « Décomposez la séquence »</i> »
	<b>E2</b> : « <i>ça permet aussi de donner des conseils à la famille au moment où il est évalué</i> » ; « <i>on va pouvoir leur donner des choses, des exemples concrets de choses qui pourront aider au quotidien leur enfant pour euh... Pour l'aider à être plus autonome pour faire quelque chose ou à l'école pour pas qu'il soit en difficultés dans tel ou tel matière quand il est avec l'AVS</i> »
	<b>E3</b> : « <i>ça va déjà donner des pistes dès le bilan aux parents. Euh... Pour qu'ils adaptent en fait... Bah l'éducation,</i> » ; « <i>auprès d'une AVS ça peut être justement comment elle se positionne pour aider l'enfant</i> »
	<b>E4</b> : « <i>ça peut aussi mettre en évidence un besoin d'aide... Un besoin d'aide humaine ou d'adaptation et du coup le faire valoir aussi aux autres intervenants.</i> » ; « <i>Pour appuyer une demande d'AVS ou une demande d'adaptation quelconque</i> » ; « <i>C'est important de pouvoir orienter mais là pour le coup (...) je ne m'arrête pas à ça et je vais aller plus loin pour pouvoir donner des éléments très concret aux aides humaines</i> »
	<b>E5</b> : « <i>ça permet de discuter avec l'équipe dans l'IME de l'enfant, de pouvoir dire un petit peu sur quoi on peut s'appuyer au niveau des médiations</i> » ; « <i>moi j'avais essayé de retravailler avec les parents je trouvais justement que c'était intéressant de donner des clés.</i> » ; « <i>ça a un impact plus sur les intervenants extérieurs que sur les parents</i> »

Tableau 10 : Les verbatims des ergothérapeutes concernant l'impact de la DOTCA-Ch sur l'intervention des aides humaines

Concernant l'impact de la DOTCA-Ch sur l'intervention de l'aide humaine, les ergothérapeutes 1, 2 et 3 admettent que la DOTCA-Ch leur permet de donner des conseils concrets aux aides humaines, que ce soit envers les parents où les AESH. Le discours de l'ergothérapeute 5 converge avec ceux de ces derniers (Cf : Tableau 10). Cependant, il admet que l'impact est plus important sur les aides humaines professionnelles que sur les parents. Quant à l'ergothérapeute 4, elle émet une réserve sur la capacité de la DOTCA-Ch à orienter l'intervention d'une aide humaine affirmant qu'il faut explorer cette compensation avant de la préconiser aux aides humaines. Toutefois, elle pense que la DOTCA-Ch peut justifier l'intervention d'une aide humaine.

<b>L'impact de la DOTCA-Ch sur la performance occupationnelle de l'enfant</b>	<b>E1</b> : « <i>La DOTCA-Ch ne suffit pas.</i> » ; « <i>Pour moi ça reste un outil d'évaluation la DOTCA-Ch mais qui est tellement riche que on va pouvoir utiliser ce qu'il a et le relier à d'autres outils après</i> »
	<b>E2</b> : « <i>Le but final c'est bien ça c'est de l'aider à faire plus facilement ce qu'on lui demande... Ou ce qu'il a envie de faire. Donc oui le but final ça serait ça. C'est sûr oui.</i> »
	<b>E3</b> : « <i>Il y a une amélioration parce que du coup on lui donne des moyens compensatoires qui marchent et on sait qu'ils marchent</i> »
	<b>E4</b> : « <i>Bah c'est difficile de dire qu'un bilan a un impact sur la performance occupationnelle parce que le bilan ça a surtout un impact pour le professionnel. Donc est-ce ça a un impact sur ma pratique qui va influencer sur la performance occupationnelle c'est un peu dur à évaluer (rire)...</i> »
	<b>E5</b> : « <i>Je ne dirais ni oui ni non. Finalement je n'ai pas l'impression d'avoir un outil qui est hyper centré sur la personne et je sais pas effectivement s'il est fait pour permettre à l'enfant de se connaître lui-même mieux dans son fonctionnement</i> »

Tableau 11 : Les verbatims des ergothérapeutes concernant l'impact de la DOTCA-Ch sur la performance occupationnelle de l'enfant

Pour finir, j'ai questionné les ergothérapeutes sur l'impact de la DOTCA-Ch sur la performance occupationnelle de l'enfant. Encore une fois, les avis sont partagés (Cf : Tableau 11). Si les ergothérapeutes 2 et 3 pensent qu'elle peut être améliorée de manière indirect, grâce aux compensations identifiées grâce à la DOTCA-Ch. Les ergothérapeutes 1, 4 et 5 mettent une réserve quant à la capacité d'un outil d'évaluation à influencer sur la performance occupationnelle. Ils argumentent ceci en affirmant que la performance occupationnelle peut être améliorée pendant la prise en charge, notamment grâce à des moyens centrés sur la personne.

## 5.4 Discussion :

### 5.4.1 Mise en relation des résultats de l'enquête avec le cadre théorique :

D'après les entretiens, chaque ergothérapeute à sa propre démarche d'évaluation initiale. Mais on retrouve néanmoins des similitudes. Les ergothérapeutes 3, 4 5 mettent en avant le point d'action initier et établir le contact car ils mènent des entretiens avec les parents ou avec l'enfant lui-même. Certains établissent les balises en utilisant des outils centrés sur la personne tel que la MCREO par exemple. Cependant tous utilisent des bilans avec une approche Bottom-up. Ces résultats convergent avec les propos de MEYER (2013), qui met en avant la

complémentarité de l'approche Top-Down et Bottom Up. Elle affirme que l'ergothérapeute peut autant avoir une pratique centrée sur le client et avoir un intérêt pour les facteurs personnels qui renvoient davantage au modèle biomédical. Elle affirme aussi que les évaluations de type bottom-up sont essentielles pour étudier en détail les déficits cognitifs sous-jacents et pour faciliter la prise de décision concernant la mise en œuvre du plan MEYER (2013).

Aussi, les ergothérapeutes interrogés apprécient le fait de pouvoir évaluer les praxies ainsi que les capacités visuo-motrices avec la DOTCA-Ch. Elle répond donc à une nécessité d'évaluer des domaines cognitifs que l'on ne retrouve pas ou peu dans d'autres outils. Elle est donc utilisée en seconde intention, en complémentarité avec d'autres bilans.

D'après les entretiens, tous les ergothérapeutes confirment que les médiations présentes dans la DOTCA-Ch permettent d'identifier un niveau d'aide adapté aux capacités cognitives de l'enfant, ce qui est concordant avec la définition du concept de médiation qui « *l'ensemble des aides ou des supports qu'une personne peut offrir à une autre personne en vue de lui rendre plus accessible un savoir quelconque (connaissances, habiletés, procédures d'action, solutions, etc.)* » (RAYNAL & RIEUNIER, 1997, p.314).

Cependant, de la théorie à la pratique, une nuance existe quant à l'interprétation de ces médiations. En effet, d'après la littérature, la DOTCA-Ch permet d'identifier le potentiel d'apprentissage de l'enfant (KATZ et al, 2007) c'est-à-dire son « habileté à apprendre » (BUDOFF et CORMAN, 1974, p. 578). A cela s'ajoute la Zone Proximale de Développement de Vygotski et la théorie de l'expérience d'apprentissage médiée de Feuerstein qui partent du postulat que l'enfant a besoin d'un médiateur humain pour progresser (Feuerstein et al., 1979). Or, dans les entretiens cette notion de progression n'apparaît pas. En effet, les ergothérapeutes interrogés associent les médiations de la DOTCA-Ch à une compensation, autrement dit « *une aide apportée à une personne subissant des altérations substantielles et durables de son état physique, intellectuel ou psychique* » (CNSA)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/Mots-cles\\_Compensation\\_26-8.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/Mots-cles_Compensation_26-8.pdf) Consulté le 30.05.2018.

De plus, les ergothérapeutes affirment qu'utiliser les médiations de la DOTCA-Ch pendant l'évaluation leur donne des hypothèses sur une compensation adaptée à l'enfant. Cela converge avec la définition de l'évaluation dynamique qui est « *un processus utilisé lors de la mise en place d'une intervention pour mettre en évidence les hypothèses générées par le processus d'évaluation.* » (PRIMEAU, FERGUSON, 1999, p.503). Si certains ergothérapeutes pensent pouvoir utiliser ces médiations comme un moyen du projet d'intervention, deux ergothérapeutes quant à eux ont identifié une limite à ces médiations. En effet, la DOTCA-Ch n'est pas une évaluation écologique car elle n'évalue l'enfant en situation de vie quotidienne. Je me demande donc si ces médiations sont adaptées à un contexte de vie quotidienne. Aussi, cela fait écho à l'article de RODGER et al (2005) qui affirmait que les médiations ne permettaient pas toujours d'identifier de façon optimale le niveau d'aide adapté à l'enfant.

Quant au diagnostic ergothérapique certaines données sont difficilement exploitables. D'une part, car certains ergothérapeutes interrogés n'avaient pas la même conception du diagnostic ergothérapique qu'on trouve actuellement dans la littérature. Par conséquent, en fonction de la définition de chacun, l'impact de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapique était très différents. Ceci rend difficile le croisement des résultats et leur confrontation au cadre théorique. D'autre part, « *La rédaction d'un diagnostic est récente en France, ce qui nous permet pas d'avoir du recul sur cet exercice d'élaboration* » (E.TROUVE, 2018 p.62). Effectivement, les ergothérapeutes interrogés ne rédigeaient pas leur diagnostic ergothérapique de manière formelle dans un compte-rendu. Il apparaît davantage sous la forme d'une réflexion et d'un raisonnement non palpable que sous la forme d'un écrit à la vue des autres professionnels. J'ai néanmoins pu relever des impacts différents de la DOTCA-Ch sur le diagnostic ergothérapique. Pour certains, la DOTCA-Ch aide au niveau explicatif du diagnostic car elle permet d'identifier des facteurs personnels qui peuvent expliquer des problèmes relatifs à l'état occupationnel du client (DUBOIS et al, 2017). Ensuite, deux ergothérapeutes font le lien entre les médiations et les ressources de l'enfant, qui doivent apparaître dans le diagnostic ergothérapique. Cependant, un ergothérapeute affirme que la médiation identifiée reste une hypothèse et de ce fait, elle ne peut pas être une ressource sur lequel pourra s'appuyer le plan d'intervention. Comme le diagnostic ergothérapique peut

être réactualisé pendant la mise en œuvre du plan d'intervention (TROUVE, 2018), il est toujours possible d'identifier une médiation comme une ressource si cette dernière a démontré son efficacité pendant le projet d'intervention.

Sachant que l'aide humaine a pour mission d'accompagner l'enfant en situation de handicap, la plupart des ergothérapeutes sont d'accord avec le fait qu'ils peuvent effectivement conseiller cette dernière en lui préconisant une d'une médiation adaptée. Cependant, PIERCE (2016) relève dans son ouvrage que le comportement de l'enfant est très différent dans un contexte clinique que dans un contexte écologique. Ainsi, j'en déduis que ces médiations n'auront probablement pas le même effet dans un contexte d'évaluation que dans la vie quotidienne de l'enfant. Ceci converge avec l'opinion de l'ergothérapeute 4 qui affirme que les médiations ne peuvent pas cibler le positionnement de l'aide humaine face à l'enfant.

Concernant l'impact de la DOTCA-Ch sur la performance occupationnelle de l'enfant. Les ergothérapeutes 2 et 3 pensent qu'il y a une amélioration de la performance occupationnelle grâce à l'utilisation d'une compensation adaptée. Cependant, d'après le MCPP, lorsque l'ergothérapeute utilise la DOTCA-Ch, il est au point d'action Evaluer/Analyser. Or, la performance occupationnelle ne peut être améliorée qu'au niveau du point d'action « Mise en œuvre du plan ». Ainsi, cela peut expliquer que les autres ergothérapeutes aient des difficultés à se positionner sur cette question et qu'ils mettent en avant des moyens de types Top-Down pour améliorer cette performance occupationnelle

L'analyse ainsi que la confrontation des résultats au cadre théorique permettent de comprendre que la DOTCA-Ch répond à un besoin des ergothérapeutes d'évaluer les praxies et les capacités visuo-motrices. La DOTCA-Ch, grâce à ses niveaux de médiations permet d'avoir une hypothèse sur une compensation adaptée aux capacités cognitives de l'enfant. Élément que l'ergothérapeute n'aurait pas pu identifier avec un bilan statique. Cependant pour pouvoir transmettre cette compensation aux aides humaines, l'ergothérapeute doit d'abord l'expérimenter avec l'enfant en dehors du processus d'évaluation pour confirmer son efficacité dans la vie quotidienne de l'enfant. Ainsi, dans le cadre de ce travail, l'hypothèse est partiellement validée.



#### 5.4.2 Critique de la recherche :

Même si j'ai pu obtenir quelques éléments de réponse à ma problématique et mon hypothèse, cette recherche comprend certaines limites et biais méthodologiques concernant la population d'enquête et les outils utilisés.

Tout d'abord, mon échantillon est restreint et n'est pas donc représentatif de tous les ergothérapeutes qui utilisent la DOTCA-Ch en France. De plus, même si les ergothérapeutes avaient bénéficié de la formation dispensée par l'ANFE, certains n'avaient pas encore beaucoup expérimenté la DOTCA-Ch sur le terrain.

Par ailleurs, le guide d'entretien aurait gagné en précision si je l'avais testé au préalable auprès d'un ergothérapeute correspondant à mes critères d'inclusion. Cependant, très peu étaient disponibles pour un entretien, je ne pouvais donc me permettre d'utiliser l'un d'eux pour un test. De plus, je me suis questionné au fil des entretiens, sur la pertinence de l'intégration du concept de diagnostic ergothérapique dans cette étude. En effet, la publication d'un consensus sur sa définition est très récente, donc ce concept n'a pas encore été intégré à la pratique de tous les professionnels. Par conséquent les résultats sont difficilement interprétables. Peut-être que j'aurais dû axer mon travail de recherche davantage sur le projet d'intervention que sur le diagnostic ergothérapique. Aussi, je m'interroge sur ma manière de formuler mes questions à propos de l'impact de la DOTCA-Ch sur la performance de l'enfant. Sachant que c'est un outil d'évaluation, il paraît évident que la DOTCA-Ch ne peut pas à elle seule avoir un impact sur la performance occupationnelle. De ce fait, j'aurais peut-être pu formuler ma question autrement sous la forme suivante : « *Utilisez-vous cette médiation dans votre projet d'intervention ? Si oui que pensez-vous de son impact sur la performance occupationnelle de l'enfant ?* »

Ensuite, j'ai constaté que pendant les entretiens, même en ayant été vigilante à poser des questions neutres afin de ne pas influencer les participants, la spontanéité me poussait parfois à poser des questions fermées et donc à orienter les réponses des participants de façon involontaire.

Pour finir, malgré de longues recherches bibliographiques, je n'ai pas trouvé de définition concernant les différents niveaux de médiations de la DOTCA-Ch. Or, je pense que c'est un élément qui aurait pu enrichir mon cadre théorique.



#### 5.4.3 Réflexion et perspective de recherche :

Dans le cadre de cette étude, j'ai choisi de m'intéresser à l'impact de la DOTCA-Ch sur la pratique des ergothérapeutes. De nombreuses informations m'ont été transmises, et ont montré leur utilité à travers l'analyse que j'ai pu en faire. D'ailleurs, certains propos m'ont fait émerger des questionnements comme « *On va aller explorer des moyens de compensations, mais on ne va pas utiliser des moyens de compensations tel qu'ils les décrivent dans la DOTCA-Ch.* ». Ce verbatim pousse ma réflexion et ainsi je me demande : **De quelle manière les ergothérapeutes utilisent les médiations de la DOTCA-Ch auprès de l'enfant pendant son projet d'intervention ?**

## Conclusion

---

L'objectif de ce travail de recherche était de comprendre l'intérêt et les limites de la DOTCA-Ch dans la pratique des ergothérapeutes. Par le biais des divers articles et ouvrages que j'ai pu consulter pour réaliser ce mémoire, j'ai pu appréhender d'une part, la démarche de l'ergothérapeute centrée sur le client et d'autre part les particularités de la DOTCA-Ch. De ces lectures, ce qui a retenu mon attention, c'est le fait que la démarche des ergothérapeutes comprend le diagnostic ergothérapique. Il doit inclure les ressources de la personne. Ces ressources peuvent être issues des facteurs personnels, environnementaux ou occupationnels de la personne. Or, les écrits s'accordent à dire qu'une évaluation dynamique tel que la DOTCA-Ch permet d'identifier le potentiel d'apprentissage de l'enfant. Ainsi, je me suis demandé si le potentiel d'apprentissage pouvait être une des ressources que l'ergothérapeute recherche pendant le processus d'évaluation. Je me suis posé la question suivante : l'identification d'une médiation adaptée aux capacités cognitives de l'enfant peut-elle orienter l'intervention d'une aide humaine ?

Pour répondre à mon hypothèse, j'ai utilisé des modèles et des concepts qui m'ont permis de réaliser un cadre théorique. Ce dernier a été le support de la construction de mon guide d'entretien, ainsi qu'une base sur laquelle je me suis appuyée pour analyser les résultats de l'enquête. J'ai ainsi réalisé des entretiens semi-directifs, auprès d'ergothérapeutes. Cette étude a permis de comprendre que les médiations de la DOTCA-Ch permettent d'identifier le niveau d'aide le plus adapté aux capacités cognitives de l'enfant. Néanmoins, avant de préconiser ce niveau d'aide à une aide humaine, l'ergothérapeute doit confirmer son efficacité. Pour ce faire, il doit l'expérimenter dans un autre contexte que celui d'une évaluation. Ainsi, dans le cadre de ce travail, l'hypothèse est partiellement validée.

Par ailleurs, Il apparait que malgré les publications sur le diagnostic ergothérapique, ce dernier peine à être intégré dans la pratiques en ergothérapie. Le fait que ces publications soient très récentes peut expliquer ces résultats. Cependant, L'ANFE et ses délégations territoriales, proposent jusqu'à la fin de l'année 2018 un cycle de conférences itinérantes gratuites en régions, pour aller à la rencontre des ergothérapeutes sur le terrain afin de présenter ce nouvel outil. Cela favorisera

l'intégration de la démarche du diagnostic ergothérapeutique dans la pratique des ergothérapeutes.

D'un point de vue professionnel, ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir une démarche méthodologique pour réaliser une recherche mais également d'affiner mon analyse de la pratique en ergothérapie. En effet, quel que soit le domaine de pratique, il me semble fondamental de s'appuyer sur des données validées scientifiquement et de centrer mon approche sur le client. La réflexion menée à travers ce mémoire m'a permis de comprendre l'importance de se documenter et de se former continuellement afin de réactualiser ses connaissances et de proposer un accompagnement optimal à la personne.

## Bibliographie

---

### 6 Ouvrages et articles :

- American Occupational Therapy Association. (2014). *Occupational Therapy Practice and Framework : Domain & Process* (3<sup>rd</sup> ed.). American Journal of Occupational Therapy. March/April 2014. Volume 68 (Supplement 1).
- Annes G., Katz N., Cermak S. (1996). Comparison of younger and older healthy American adults on the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment. *Occupational Therapy International*, 3. 157–173.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (éd. Rév). Ottawa ON : CAOT Publications ACE. p.180.
- Bally-Sevestre D., Chaumeil M., Derceville D., Guihard J.-P., Liard M. A., Orvoine C., Rouxel M.-P., Prudent Y., Villard A. (2003). Démarche d'évaluation en ergothérapie. *Evaluation en évolution*. ErgOTHérapie. (12). 33-45.
- Blanchet A., Gotman A. (2010) *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Armand Colin, Paris.
- Blanchet A., Gotman A. (2015). La réalisation des entretiens. L'enquête et ses méthodes. *L'entretien (2<sup>ème</sup> édition)*. Armand Colin, Paris. 58-83.
- Brousseau M., (2015). Perspective canadienne du diagnostic ergothérapique : historique, critère de qualité et exemples avec diverses clientèles. In M.H. Izard (coord). *Expériences en ergothérapie* (28<sup>ème</sup> série). Montpellier : Sauramps médical. 47-55.
- Brown A. L., Ferrara R. A. (1987). Diagnosing zones of proximal development. Dans J. V. Wertsch (Eds.), *Culture, communication and cognition*. 273- 305 Cambridge: Cambridge University Press. 273- 305;
- Bruner J.S. (1983). Le rôle de l'interaction de tutelle. *Le développement de l'enfant : savoir-faire, savoir dire*, Paris, Presses universitaires de France pp.277-278.
- Budoff M., Gorman L. (1974). Demographic and psychometric factors related to improved performance on the Kohs learning-potential procedure. *American Journal of Mental Deficiency*, 78. 578-585.

- Cermak, S. (1984). Constructional apraxia. *Sensory Integration Special Interest 1-3. Australian Occupational Therapy Association. 7(3). 1-3;*
- CLOUTIER S., (2012) L'accompagnement de l'enfant sous la forme de l'étayage. *L'étayage, agir comme guide pour soutenir l'autonomie.* Presse de l'Université du Québec pp.57-71.
- Craik J., Davis J., Polatajko H. J. (2013). Présenter le Modèle Canadien de Processus de Pratique (MCP) : Déployer le contexte. *Habiliter l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation, 2<sup>nd</sup> édition.* COAT Publication ACE, Ottawa, 269-289.
- Davis J., Craik J., Davis J., Polatajko H. J. (2013). Employer le modèle canadien du Processus de Pratique : Développer le processus. *Habiliter l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation, 2<sup>nd</sup> édition.* COAT Publication ACE, Ottawa, 292-320.
- De Ketele J-M., et al., (2009), *Méthodologie du recueil d'informations*, De Boeck, p 14.
- De Ketele J-M., Roegiers X. (2015). Approche générale du recueil d'informations. *Méthodologie du recueil d'informations (5<sup>ème</sup> édition).* De Boeck.10-25.
- Dubois B (coord.), Thiébaud Samson S., Trouvé E., Tosser M., Poriel G., Tortora L., Riguet K., & Guesné J. (2017). Le diagnostic comme énoncé : fruit du raisonnement. *Guide du diagnostic en ergothérapie.* Paris, De Boeck Supérieur. 49-53.
- Dubois B (coord.), Thiébaud Samson S., Trouvé E., Tosser M., Poriel G., Tortora L., Riguet K., & Guesné J. (2017). Glossaire. *Guide du diagnostic en ergothérapie.* Paris, De Boeck Supérieur. 73-75.
- Faure, H., Martinen, A., Maury, M. (2014). La mesure canadienne du rendement occupationnel, une étape dans l'évaluation en ergothérapie. *8<sup>ème</sup> Journée d'Ergothérapie de Garches « évaluation et rééducation en situation écologique ».* Association pour la Recherche et la Formation des Ergothérapeutes de l'Hôpital de Garches. 58-63.
- Feuerstein R., Rand Y., & Hoffman M. B. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: The learning potential assessment device: Theory, instruments, and techniques.* Baltimore : University Park Press.

- Fougerollas P., et Coll. (1999). *Processus de Production du Handicap, RIPPH/SCCIDH*. Québec. Distribué en Europe par Gravir, Belgique.
- Grieve, J., Gnasasekaran, L. (2008). *Occupation and cognitive rehabilitation. Neuropsychology for occupational therapist, cognition in occupational performance (3<sup>rd</sup> edition)*. Wiley-Blackwell.
- Grigorenko E., Sternberg R. (1998). Dynamic testing. *Psychological Bulletin* (124). 75-111.
- Guihard JP., (2007). *Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ?*. Expérience en ergothérapie, 20<sup>ème</sup> série, Sauramps Médical, Montpellier
- Hocking C. (2001). Implementing occupation-based assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 463-469.
- Hocking, C. (2010). Process of assessment and evaluation. *Occupational Therapy and physical dysfunction* (6th Ed) 81-93 Edinburgh : Churchill livingtone Elsevier. 81-93;
- KALFAT H. (2006). L'évaluation en ergothérapie : quelles possibilités et quelles règles?. *Histoire et évolution de l'ergothérapie*. ErgOTHérapie (21).15-19.
- Katz, N., Golstand, S., Traub Bar-Ilan, R., & Parush, S. (2007). The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA–Ch): A new instrument for assessing learning potential. *American Journal of Occupational Therapy*, 61. 41–52.
- Lefévère G., Palu M., Vauvillé B. (2010). Une évaluation des fonctions cognitives : Pour qui ? A quel moment ? Pourquoi ?. *Ergothérapie en pédiatrie*. Marseille. Solal. 159-176.
- Léger F., Breton S. (2007). Conséquence de la dyspraxie sur les habitudes de vie : le défi du quotidien. *Mon cerveau ne m'écoute pas, comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. Éditions du CHU Sainte-Justine. 51-58.
- Meyer S. (2013). Mesurer le « faire » : l'examen et l'évaluation. *De l'activité à la participation*. Ergothérapie. 217-228.
- Meyer S., (2007). Le processus de l'ergothérapie. *Démarches et raisonnement en ergothérapie*, 2<sup>ème</sup> édition. Suisse, Lausanne : Haute école de travail social et de la santé – EESP. 51-101.

- Mignet G. (2015). Le MOHOST : un outil d'aide au diagnostic ergothérapeutique ? In M.H Izard (coord), *Expériences en ergothérapie* (28ème série). Montpellier : Sauramps médical. 56-67.
- N. Katz., S. Parush., et R. Traub Bar-Ilan. (2004). Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children. *Manual*. Israel : The Hebrew University and Hadassah.
- Pierce D., (2016). La science de l'occupation. La perception des ergothérapeutes en pédiatrie de la dynamique de la pratique fondée sur l'occupation. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Bruxelles : De Boeck Supérieur. 281-288.
- Primeau L.-A, Ferguson J.-M. (1999). Occupational frame of reference. *Frames of reference for paediatric occupational therapy*. Lippincott Williams and Wilkins. 469-516.
- Raynal F., Rieunier A. (1997) *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, ESF éditeur, Paris. 314
- Reed K., Sanderson S. (1999). Doing process. *Concepts of occupational therapy (4ème édition)*. London: Lippincott Williams and Wilkins. 106-131.
- Rey, A. (2016). Dictionnaire historique de la langue française. *Le Petit Robert*.
- Robert A., Bouillaguet A. (2007). Introduction. *L'analyse de contenu (3ème édition)*. PUF. 3-8.
- Rodger S., Daley E., Hughes K., Ziviani J. (2005). Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children : Perceived utility in Australian occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 52, 337–349.
- Roger J.C., (2004). Occupational Diagnosis. In M. Molineux (ed), *Occupation for occupational Therapists*, Oxford, UK : Blackwell Publishing. 16-31.
- Roger J.C., Holm M.B. (1991). Occupational Therapy Diagnostic Reasoning : A Component of Clinical Reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11). 1045-1053.
- Rothman H., Semmel R. (1990). Dynamic assessment : A comprehensive review of the literature. In R. Gaylord-Ross (Ed.), *Issues and Research in Special Education, Vol. 1*. Teachers College Press, Columbia University. 355-386;

- Sève-Ferrieu, N., (2010). Que doit-on entendre par « diagnostic ergothérapeutique » ?, *ErgOThérapie*, n°40. Décembre 2010. pp. 51-54.
- Toglia J. P. (2005). A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. *Cognition and occupation across the life span: Models for intervention in occupational therapy*. In N. Katz 2<sup>nd</sup>. American Occupational Therapy Association. 29–72.
- Townsend E., Polatajko H. J., Cantin N. (2013). Glossaire. *Habiliter l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, 2<sup>nd</sup> édition. COAT Publication ACE, Ottawa, 434-448.
- Trouvé., (2018). Le diagnostic en ergothérapie : de la définition à l'usage. *Engagement, Occupation et Santé, une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans ce contexte de vie*. Actualité en ergothérapie. 61-79.
- Tzuriel D. (2002). Dynamic Assessment of Learning potential. *Handbook of psychoeducational assessment*. Academic Press. 451-512.
- Van Campenhoudt L., Quivy R. (2011). L'observation. *Manuel de recherche en science sociale (4<sup>ème</sup> édition)*. Dunod, Paris. 141.
- Vinatier I., Laurent J-M. (2008) « Médiation, enseignement-apprentissage. Présentation du dossier », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* (42). 5-14.
- Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between Learning and Development; *Mind in Society*. Cambridge, MA, Harvard University Press. 79-91
- Weinstock-Zlotnick G., Hinojosa J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation : is one better than the other ? *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594-599.

## 6.1 Sitographie :

- <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/developpement-de-lenfant/concepts-specifiques-utiles-en-therapie-2/en-lien-avec-les-caracteristiques-de-lenvironnement-des-sources-et-strategies-de-stimulation/>. Consulté le 16/01/2018.
- <http://chronisante.inist.fr/?Aidant-naturel> Consulté le 07/04/2018.



- <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/> Consulté 30.05.2018.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressources/68739> Consulté 02.06.2018
- <https://glossaire.handicap.fr/definition-AESH-102.php> Consulté le 07/04/2018
- <http://chronisante.inist.fr/?Aidant-naturel> Consulté le 07/04/2018

## Annexes

---

**Annexe I** : Extrait du référentiel de compétence de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

**Annexe II** : Schéma du Modèle Canadien du Processus de Pratique.

**Annexe III** : Exemple mails envoyés aux ergothérapeutes.

**Annexe IV** : Guide d'entretien.

**Annexe V** : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 3

## Annexe I : Extrait du référentiel de compétence de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

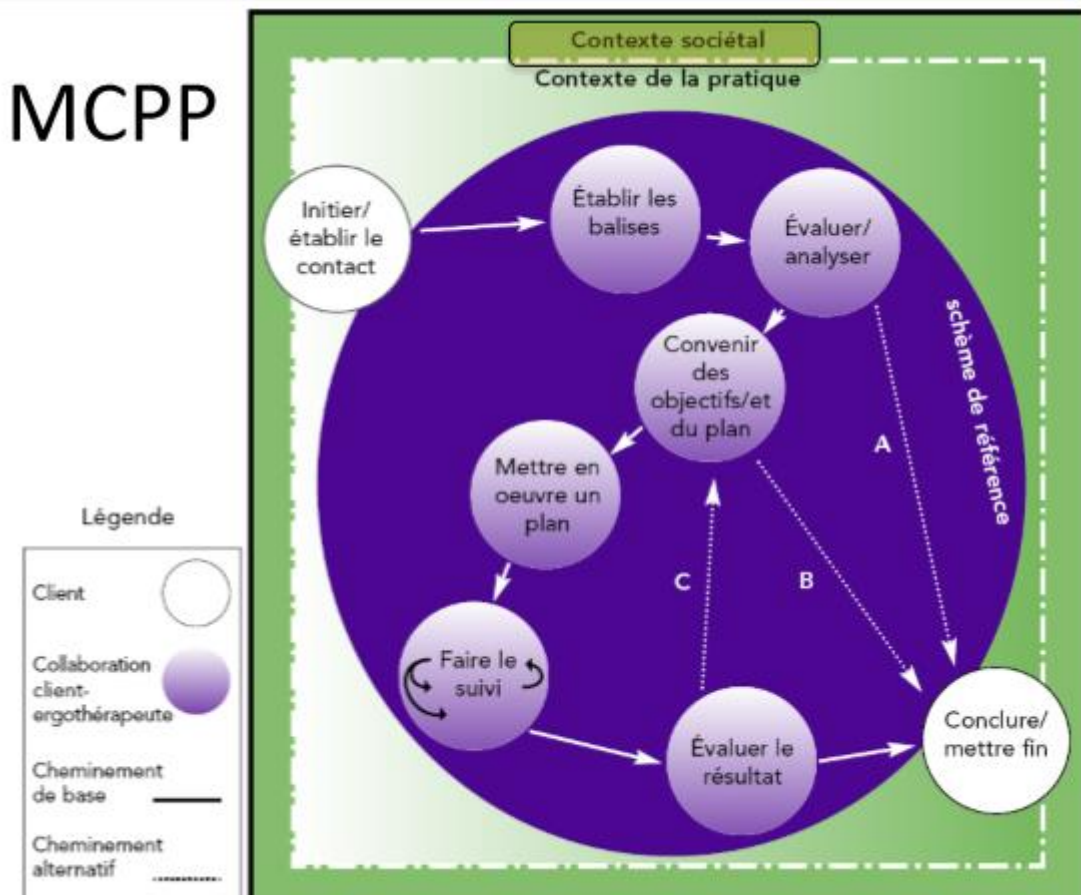
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

### Le référentiel de compétences

#### **1 - Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique**

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention
5. Evaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé
8. Elaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis, dans le dossier du patient

## Annexe II : Schéma du Modèle Canadien du Processus de Pratique



## Annexe III : Exemple de mails envoyés aux ergothérapeutes.

De : Nela Charlotte

Envoyé : dimanche 25 mars 2018 23:23

À

Objet : Demande d'entretien - DOTCA-Ch

Bonjour

Je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. Comme vous, j'ai participé à la formation sur la DOTCA-Ch à l'ANFE. Dans le cadre de mon mémoire, je recherche des ergothérapeutes qui utilisent la DOTCA-Ch pendant l'évaluation initiale et qui ont été formés à l'utilisation de cet outil. L'objectif étant de comprendre l'impact de la DOTCA-Ch sur l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du projet d'intervention. Ce travail garantit l'anonymat et la confidentialité des réponses données qui ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche. Accepteriez-vous de participer à un entretien enregistré de 30 à 40 minutes environ ?

En vous remerciant d'avance,

Cordialement, Charlotte Nela

## **Annexe IV : Guide d'entretien**

### **Renseignements généraux sur la personne interrogée :**

- Dans quel type de structure travaillez-vous ? Avec quelle population travaillez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? Depuis combien de temps exercez-vous en pédiatrie ?

### **Thème 1 : Démarche d'évaluation initiale :**

- Comment se déroule la démarche d'évaluation initiale ?
- Dans quelles circonstances proposez-vous la DOTCA-CH ?

### **Thème 2 : DOTCA-Ch :**

- Qu'est-ce qui vous intéresse lorsque vous proposez la DOTCA-Ch ?
- Quel sont les apports et les limites des médiations de la DOTCA-Ch ?

### **Thème 3 : Diagnostic ergothérapique et projet d'intervention :**

- Pouvez-vous me parler du diagnostic ergothérapique ? qu'est-ce que ça représente pour vous ?
- De quelle manière les résultats de la DOTCA-Ch ressortent dans le diagnostic ergothérapique ?
- Qu'est-ce que vous apportent ces résultats lorsque vous élaboré votre projet d'intervention ?
- Selon vous qu'est-ce que peut apporter la DOTCA-Ch aux aides humaines qui interviennent auprès de l'enfant ?
- Que pensez-vous de l'impact de la DOTCA-CH sur la performance occupationnelle de l'enfant ?

## **Annexe V : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute**

### **3**

E3 : Allo.

C : Allo bonjour Mme R ?

E3 : Oui

C : Oui bonjour c'est Charlotte Nela l'étudiante en ergothérapie pour l'entretien.

E3 : Oui oui allez-y.

C : Euh... Vous acceptez d'être enregistrée ?

E3 : Oui.

C : Parfait. Alors euh... Pour commencer euh... Dans quelle structure travaillez-vous ?

E3 : En libéral.

C : Avec quelle population ?

E3 : Euh... Troubles des apprentissages et trouble de l'alimentation.

C : Hum... Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

E3 : Euh... J'ai été diplômée en 2005 donc ça doit faire 13 ans.

C : 13 ans d'accord. Et depuis combien de temps travaillez-vous en pédiatrie ?

E3 : Depuis 13 ans.

C : D'accord, hum... Maintenant je vais aborder la question de la démarche d'évaluation initiale. Donc euh, comment se déroule la démarche d'évaluation initiale habituellement ?

E3 : Euh... Bah pour quelle pathologie ?

C : Euh... Pour euh... Trouble des apprentissages par exemple.

E3 : Euh... Et bah il y a une anamnèse donc on a un protocole. On reçoit la demande, on envoie une anamnèse puis le QTAC1, c'est le questionnaire par rapport aux coordinations. Les parents nous revoient et reviennent avec cette

anamnèse et le QTAC lors de l'entretien de l'évaluation ; Ce qui nous permet nous d'approfondir un peu plus euh... Certaines parties et de ne pas perdre trop de temps dans le questionnaire même. Euh... Et ensuite on a la partie évaluation d'1h30.

C : D'accord... Et c'est là que vous utilisez plusieurs bilans ?

E3 : Alors... On utilise plusieurs bilans, nous on a la MCREO2. Donc on s'est formées à la MCREO. Euh... souvent c'est par ça que l'on peut commencer l'entretien. Euh... Par rapport à la MCREO. Et Ensuite en fonction des difficultés pointées par rapport à l'anamnèse, par rapport à la demande, par rapport à la vie quotidienne, on fait passer plusieurs tests comme la NEPSY, on a la DOTCA-Ch, on a le Perdue. On a à peu près tous les tests sauf le MABC.

1 QTAC : Questionnaire sur le Trouble de l'Acquisition et de la Coordination 2  
MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

C : D'accord. Hum... Justement à ce propos, dans quelle circonstance proposez-vous la DOTCA-Ch ?

E3 : Alors la DOTCA-Ch on va la proposer euh... Par exemple par rapport aux signes qu'on aura détecté dans l'anamnèse, ça va être bien-sûr des troubles au niveau de la coordination dans les activités de la vie quotidienne.

C : D'accord.

E3 : Euh... Dans les activités aussi scolaires pour les enfants. Hum... Quand je vais avoir des suspicions euh... Par exemple quand je fais souvent le VMI assez rapidement dans l'évaluation. Quand j'ai une suspicion de troubles visuo-constructifs aussi hum... Je vais partir sur la DOTCA-Ch dans ces cas-là, c'est à peu près les deux gros cas où je pars là-dessus.

C : D'accord et... Qu'est-ce qui vous intéresse lorsque vous proposez la DOTCA-Ch ?

E3 : Alors ce qui m'intéresse c'est tout ce qui va être évaluation dynamique justement. Dans le sens où elle me permet d'évaluer l'enfant sans compensation. Et ensuite, une fois qu'il a échoué je vais pouvoir voir les compensations qui marchent. Et donc ça va déjà donner des pistes dès le bilan aux parents. Euh...



Pour qu'ils adaptent en fait... Bah l'éducation, comment ils se positionnent pour l'élever. Donc ça c'est plus de la guidance thérapeutique, on peut faire aussi par rapport à ça. Et ensuite moi ça va aussi me donner des pistes au niveau de la rééduc réadapt. Où comment je vais justement proposer à l'enfant les exercices. Qu'est-ce que je vais mettre en place aussi au niveau de l'école, comme soutien et comme méthode qui vont compenser ses difficultés ?

C : D'accord... Donc si j'ai bien compris ça vous donne des pistes non seulement pour votre prise en charge à vous mais aussi pour euh... Pour les aidants qui interviennent dans la vie quotidienne de l'enfant.

E3 : Tout-à-fait. Ouais.

C : D'accord... Et... Vous avez un exemple d'enfant à me donner pour lequel ça a été... Ça a été concluant ?

E3 : Bah... J'en ai plusieurs. Par exemple qui arriverait pour des troubles euh... Du graphisme, donc je vois qu'au niveau du visuo-constructif c'est compliqué d'assembler les différents éléments pour former la lettre. Hum, donc euh... Du coup il échoue au VMI donc je lui fais passer tous ce qui est visuoconstructif. Je me rends compte que dans les... Si je lui propose comme ça sans étayage il est en échec après je vais essayer de voir si je décompose avec lui verbalement en lui indiquant. Je vais voir aussi donc euh... Si je lui montre s'il arrive à le refaire en modèle ou si vraiment il faut que je le décompose pas à pas avec lui. Et là c'était un enfant où il fallait aller jusqu'au pas à pas. Donc vraiment faire un par un des éléments graphiques sans lui donner l'information globale. Donc en décomposant avec lui et là il y arrivait. Donc ça veut dire que je peux me positionner sur la maîtresse en disant qui lui montrer un « a » ne sert à rien. Par contre, lui montrer les différents enchaînements pour arriver à la construction du « a » lui permet de faire le « a ».

C : D'accord... Très bien. Et concernant les différentes médiations que propose la DOTCA-Ch euh... Quels sont les apports et les éventuelles limites que vous trouvez à ces médiations ?

E3 : Les limites je trouve pas qu'il y en est. La DOTCA-Ch elle est limitée en termes de cohorte et d'étalonnage. Ça veut dire que ça nous donne plus des indications

qualitatives que quantitatives. Et c'est ça la limite, je pense. Donc effectivement la cohorte elle est pas énorme. Euh... Elle n'est pas française...

C : C'est vrai que l'étalonnage n'est pas français.

E3 : Tout-à-fait. C'est plutôt là.

C : D'accord... Et euh... Est-ce que vous pouvez me parler du diagnostic ergothérapique ? Qu'est-ce que le diagnostic ergothérapique pour vous ?

E3 : Le diagnostic ergothérapique c'est euh... Ce n'est pas un diagnostic de pathologie. On n'est pas... Notamment pour les troubles des apprentissages il faut un pédiatre, il faut un consensus de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux. Mais c'est plutôt un diagnostic euh justement sur euh les situations occupationnelles qui ne marchent pas, et pourquoi elles ne marchent pas. Et donc c'est plutôt là-dessus que je pose mon diagnostic ergothérapique, c'est-à-dire que je rescence les difficultés occupationnelles et je liste les troubles qui sont euh à l'origine de ces difficultés occupationnelles.

C : D'accord... Et de quelle manière les résultats que vous trouvez grâce à la DOTCA-Ch ressortent dans ce diagnostic ergothérapique ?

E3 : Euh... Et bah... Les troubles que je vais avoir au niveau pratique ou par exemple un enfant qui va avoir du mal à coordonner ses deux mains ou des choses comme ça je vais pouvoir expliquer les difficultés occupationnelles grâce à la DOTCA-Ch. Ensuite euh... Tous ce qui va être visuo-moteur aussi. Du coup je ressort de la DOTCA-Ch les troubles pour expliquer les difficultés occupationnelles de l'enfant.

C : D'accord... Et est-ce que... Hum... Comment formuler ma question ? Euh... Est-ce que le côté dynamique de la DOTCA-Ch vous aide à... De quelle manière les médiations vous aident à construire votre diagnostic ergothérapique ?

E3 : Bah... Parce que sans le côté dynamique je ne listerai que les troubles. Et grâce à l'évaluation dynamique je ne fais pas que lister des troubles, je m'appuie aussi sur ce qui va marcher pour l'enfant. Donc les compensations qui marchent et ça me semble indispensable dans notre diagnostic ergothérapique. C'est-à-dire que ça ne reste pas simplement un listage des troubles. On peut aller plus loin. C'est-à-

dire que l'on peut se positionner déjà dans comment on peut améliorer l'occupation de l'enfant dans ses activités scolaires, loisirs et vie quotidienne.

C : D'accord...

E3 : Par rapport à la NEPSY. Du coup on a une déviation standard, on sait qu'il est en trouble, mais on ne sait pas comment l'aider.

C : D'accord... D'accord... Donc si j'ai bien compris, selon vous la DOTCA-Ch a une plus-value par rapport à d'autres bilans standards

E3 : Effectivement de par son côté compensation. Mais au-delà de ça je trouve qu'elle a une plus-value aussi dans l'évaluation même c'est-à-dire que dans les évaluations on est vraiment sur une évaluations je trouve plus écologique que la NEPSY par exemple euh... C'est-à-dire que la NEPSY, quand on fait une évaluation du .... 9, 42 c'est pas très occupationnel par rapport à la DOTCA-Ch où on va dans l'utilisation d'objet on va dans le ? par exemple au niveau gestuel. Elle a ce côté je trouve... Pareil sur le visuomoteur on est dans de l'assemblage de cubes, on est dans des constructions de copies, on est dans des constructions en 2D. Donc des choses qui vont être quand même plus en corrélation avec ce que l'enfant peut avoir au quotidien à l'école.

C : C'est vrai que la NEPSY, c'est une évaluation neuropsychologique alors que la DOCTA-Ch c'est une évaluation ergothérapique...

E3 : Et moi c'est vrai que je fais passer très peu la NEPSY parce que je pense que dans le diagnostic ergothérapique c'est maintenant une nouvelle tendance qui va être plus sur justement évaluer l'occupation humaine et aussi évaluer comment on peut l'aider notamment par la guidance thérapeutique et c'est là où la DOTCA-Ch est intéressante car elle nous donne des pistes que la NEPSY ne donne pas du tout.

C : D'accord... Du coup je vais aborder des questions dont on a déjà parler tout-à-l'heure... Qu'est-ce que vous apportent ces résultats lorsque vous élaborez votre projet d'intervention ?

E3 : En fait dans le projet d'intervention donc nous on a reformulé notre bilan après la formation MCREO. Donc on liste les difficultés occupationnelles. Ensuite dans mon bilan vient le pourquoi de ces difficultés occupationnelles et après dans nos objectifs en ergothérapie euh... On va s'appuyer sur les demandes de l'enfant, de sa famille qu'on a relevé dans la MCREO. Et après on va aussi y mettre nos objectifs par rapport aux différentes évaluations qu'on a faite et notamment la DOTCA-Ch pour ensuite mettre les compensations fonctionnelles. Donc on a... Une évaluation occupationnelle où on va donner nos objectifs occupationnels, nos objectifs aussi au niveau ergothérapie fonctionnels je dirais plus. Et après on a tous les objectifs compensatoires qui vont nous aider.

C : D'accord... Et hum... Tout à l'heure vous avez abordé la question de l'impact de la DOTCA-Ch sur les aides humaines. Est-ce vous pouvez m'en-dire plus ?

E3 : Alors en fait nous comme on fait aussi un listing à la fin de notre bilan, il y a deux trois pages qui sont un peu tirées du PAP actuel pour aider les aidants, notamment les aidants scolaires. Que ce soit la maîtresse ou une AVS. Donc du coup dans ce listing occupationnel c'est là où on va pouvoir, dans les adaptations, lister les moyens qui marchent. Hum... matière par matière quasiment en fonction du niveau de l'enfant et c'est là où intervient tous ce qu'on a pu observer au niveau compensatoire dans la DOTCA-Ch.

C : D'accord... Hum... Est-ce que vous avez un exemple à me donner. Un exemple où une intervention, une préconisation que vous avez faite auprès d'une AVS par exemple ?

E3 : Bah auprès d'une AVS ça peut être justement comme nt elle se positionne pour aider l'enfant. Bon, elles ne sont pas formées. Donc euh ça veut dire que on va... Pour un enfant j'avais vraiment listé puis après j'étais vraiment aller avec elle pour lui expliquer que quand il faisait une construction géométrique ou de la symétrie ou des choses comme ça. Déjà un il fallait qu'elle mette de la couleur. Deux qu'elle lui décompose pas à pas. Qu'elle le guide c'est-à-dire qu'elle fasse vraiment une décomposition analytique. Qu'est-ce que tu fais un premier ? Qu'est-ce que tu fais en deuxième ? Qu'est-ce que tu fais en troisième ? Donc ça on le liste à l'écrit. Ce qui est important c'est aussi de pouvoir transmettre oralement aux personnes qui sont sur place donc notamment les maîtresses.

C : Donc est-ce que vous pensez que ça peut aussi aider les parents au quotidien, dans un contexte en dehors de la scolarité ?

E3 : Alors dans un contexte en dehors de la scolarité par exemple euh... Là me vient l'exemple d'un enfant où... Qui aurait des difficultés pour reproduire dans la DOTCA-Ch euh... Les activités avec objet. Donc là par exemple je corrèle le questionnaire de rendement occupationnel puisque j'ai des difficultés dans la vie quotidienne : l'habillage ou couper la viande. Donc là j'ai proposé aux parents justement des décompositions analytiques de l'action en leur disant qu'il faut vraiment que vous décomposez. Et au-delà de ça pour cet enfant il fallait aussi répéter plusieurs fois, c'est ce qui avait été identifié dans la DOTCA-Ch. Donc j'ai demandé aux parents de décomposer mais aussi qu'il fallait lui faire faire régulièrement plusieurs fois et qu'à partir de ce moment-là il arrivait à reproduire le geste.

C : D'accord... Et hum... Qu'est-ce que vous pensez de l'impact de la DOTCA-Ch sur la performance occupationnelle de l'enfant ?

E3 : Bah il y a une amélioration. Il y a une amélioration parce que du coup on lui donne des moyens compensatoires qui marchent et on sait qu'ils marchent. Euh... Il y a aussi cette notion de lenteur dans la DOTCA-Ch au niveau de la compensation. C'est-à-dire que l'on peut aussi dire que l'enfant peut le faire mais il va mettre plus de temps. Alors ça veut dire qu'un parent qui aurait été très... Notamment dans les jours où il y a école. Il lui demande de s'habiller rapidement. On lui explique que pour lui ce n'est pas facile c'est pas évident. Par contre on va lui dire de lui laisser un peu plus de temps ou si on n'a pas le temps de privilégier une autonomie le week-end dans un premier temps pour automatiser certaines choses et après de transférer sur la semaine où c'est plus compliqué pour lui puis qu'il faut aller plus vite.

C : D'accord... Donc ça aide aussi les parents à ajuster leur positionnement auprès de leur enfant.

E3 : Ouais. Et beaucoup au niveau éducatif je pense parce que du coup un parent qui va être... Ça peut être énervant un enfant qui va s'habiller très lentement tout ça. Un parent va peut-être le presser ou être dans euh... Bah le disputer ou être dans la confrontation avec l'enfant en lui disant « va plus vite » « va plus vite ». Et

là on va pouvoir lui dire c'est parce qu'en fait il ne le fait pas exprès ce n'est pas pour vous embêter il ne peut pas aller plus vite. Il a besoin de temps pour décomposer ces gestes, pour faire les choses. Ou si vous voulez de l'autonomie il faut lui laisser du temps. Par contre si vous n'avez pas le temps le matin, effectivement, privilégiez l'autonomie dans les moments où vous avez du temps. Ou compensez un peu en l'aidant euh... Quand le temps que nous on améliore cette performance-là.

C : D'accord... Et hum... Tout-à-l'heure vous avez parlé de guidance thérapeutique. Euh... Comment vous pourriez définir ça ? C'est un concept que je n'avais pas entendu auparavant.

E3 : Bah je pense que c'est essentiel dans notre travail aussi c'est-à-dire que si nos compensations marchent au cabinet parce que nous on les connaît bien. Si à aucun moment on les transferts que ce soit chez les aidants ou dans la famille euh il n'y a pas d'amélioration significatives de l'occupation. Donc il est indispensable que l'ergothérapeute soit dans la guidance thérapeutique. En mettant des décompositions visuelles par exemple c'est-à-dire que je m'habille : par quoi je commence ? On met des pictos pour aider ça peut être effectivement une image à l'école comme on sait que le visuel va lui apporter de l'aide. Et... Cette guidance c'est pour moi... C'est pas simplement que le parents voient ce qu'on fait c'est qu'on leur apprennent un peu les compensations qu'on propose en leur expliquant de quelle sorte et de quelle nature elles sont. Mais aussi qu'on crée des outils qui seront transférés soit à l'école soit à la maison. Donc moi je mais souvent soit des plannings en place soit à l'école ça va être effectivement des images. Ou aussi des décompositions c'est-à-dire est ce que t'a pensé à sortir ta trousse ? Donc des petits pictos qui sont sur la table. Et pour moi ça c'est de la guidance thérapeutique. On accompagne les parents en leur faisant comprendre ce qu'on est entrain de faire. Et donc il y a une adhésion au protocole de soin. Et ensuite on met en place des outils pour que tous ce qui est mis en place au cours des séances puissent être transféré dans les différents lieu de vie de l'enfant.

C : D'accord...

E3 : Sinon pour moi ça n'a pas de sens. C'est-à-dire qu'ils sont en réussite avec moi au cabinet s'il n'arrive pas à transférer dans ces lieux de vie. Bah ce n'est pas un boulot d'ergo.

C : D'accord... Donc si j'ai bien compris ce qui est important c'est le transfert des acquis dans la vie quotidienne de l'enfant. Du coup est-ce que vous pensez...

E3 : C'est que dans la guidance thérapeutique. On ne peut pas donner les pictos sans les expliquer, les mettre en place, donner les lignages sans les expliquer et mettre en place. Et c'est là où intervient nous dans la guidance thérapeutique.

C : Et du coup qu'elle est l'impact de la DOTCA-Ch sur cette guidance thérapeutique ?

E3 : Et bah, elle nous donne les pistes pour être au plus juste et moins tâtonner. C'est-à-dire que quand on se dit je vais mettre en place tel ou tel compensation que je transférer. Euh... Dès le bilan on va avoir des pistes alors que peut-être que si on n'était pas passer par la DOTCA-Ch on aurait vu l'enfant en quelques... Sur plusieurs séances avant de voir nos différentes pistes de compensation qui marchent parce que c'est quand même quelques choses qu'on fait naturellement en tant qu'ergothérapeute. On ne va pas seulement lister les troubles. Après lors de nos séances on essaye de trouver tous les moyens de compensations efficaces. Là dès le bilan je peux donner des pistes commencer ma guidance thérapeutique. On sait des fois que les délais entre les bilans et la prise en charge sont longues car justement à cause de... Parce qu'il n'y a pas de prise en charge financière. Il y a des affectations MDPH qui prennent du temps. Et là j'ai des pistes pour voir quand les parents repartent avec mon bilan, je peux déjà rentrer dans la guidance thérapeutique au moment de la restitution.

C : D'accord... Donc si j'ai bien compris il y a un gain de temps grâce à la DOTCA-Ch.

E3 : Ouais il y a un gain de temps et du coup on peut déjà rentrer dans un accompagnement thérapeutique.

C : D'accord... Et hum... J'ai oublié de poser la question... Ça fait combien de temps que vous utilisez la DOTCA-Ch ?

E3 : Alors ça fait combien de temps... Euh... Ça doit faire déjà à peu près... 9 ans.

C : D'accord... Et hum... Tout-à-l'heure vous m'aviez dit que vous utilisez la DOTCA-Ch pour les troubles de l'apprentissage par exemple. Est-ce que vous l'utilisez pour d'autres pathologies ?

E3 : Oui je peux l'utiliser chez les enfants avec TSA souvent qui sont scolarisés quand même et qui ont une compréhension verbale des consignes. Donc je pense au syndrome d'Asperger ou TED aussi. Après sur l'autisme typique les tous petits c'est plus compliqué. Mais... Dès qu'il y a des plaintes je peux aussi vraiment faire quand il y a des plaintes ou qu'il n'y a pas un dysfonctionnement au niveau gestuel pas des troubles mais simplement une immaturité ou quelques choses comme ça. Ça me donne réellement des pistes de rééducation quand on sait qu'on a pas un trouble structurel. Au niveau gestuel on a plus un retard chez des enfants où je trouve qu'il manipule de moins en moins. Donc on a de plus en plus des enfants qui ont juste un retard et qui nous permet de mettre en place des pistes de rééducation et d'aller plus vite.

C : D'accord... Et hum... Dans quel cas vous n'utilisez pas la DOTCA-Ch ?

E3 : Bah chez les tous petits. Alors elle est étalonnée qu'à partir de 6 ans et effectivement les tous petits les 3-4 ans je vais pas forcément l'utiliser. Chez les enfants qui n'ont pas de compréhension verbale. Ou là elle n'a pas d'intérêt. Malheureusement chez les grands ? Du coup elle est pas étalonnée chez les grands.

C : Jusqu'à 12 ans.

E3 : Ouais c'est ça. C'est plus ces limites-là.

C : Oui. Et une autre question. Ce qui est ressortis dans les entretiens que j'ai fait passer précédemment c'est qu'il y a des domaines cognitifs plus poussés dans la DOTCA-Ch que dans d'autres bilans comme les praxies par exemple.

E3 : Oui parce qu'effectivement ce que je disais c'est qu'on a une décomposition dans le visuel. On a une décomposition sur imitation. On a avec des objets. Après on arrive à avoir plusieurs entités c'est-à-dire : actions sans objets, avec objet aussi après l'action entre les champs visuels. Ensuite au niveau visuomoteur aussi elle est plu poussées c'est-à-dire que la NEPSY on a les cubes au niveau



visuoconstructifs et là on a une partie de dessin en 2D, on peut avoir des cubes de couleurs, des cubes sans couleurs. On peut aussi avoir puzzle. Il y a vraiment différentes zones cognitives qui sont évaluées. Et pas simplement une modalité par rapport à la NEPSY.

C : D'accord... Je pense que j'ai fait le tour de mes questions. Donc euh... Merci d'avoir accepté cet entretien.

E3 : Derien.

C : Et hum... Bah je vous souhaite une bonne journée. Et merci pour votre contribution.

E3 : Au revoir..

# Résumé

## INTRODUCTION :

La DOTCA-Ch est une évaluation dynamique des fonctions cognitives de l'enfant qui grâce à l'utilisation de médiations, permet d'identifier son potentiel d'apprentissage.

## OBJECTIF :

L'objectif de cette étude est de comprendre l'intérêt des médiations de la DOTCA-Ch dans la pratique des ergothérapeutes.

## METHODE :

Pour cette enquête, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 5 ergothérapeutes formés à l'utilisation de la DOTCA-Ch et qui l'utilisent pendant l'évaluation initiale.

## RESULTATS :

Suite à une analyse thématique, les résultats montrent que les médiations utilisées dans la DOTCA-Ch permettent d'identifier un niveau d'aide adapté aux capacités cognitives de l'enfant. Cependant, pour s'assurer de l'efficacité d'un niveau d'aide, les ergothérapeutes doivent l'expérimenter auprès de l'enfant après la démarche d'évaluation. En outre, les résultats de l'impact de la DOTCA-Ch sur l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique sont difficilement exploitables car cette démarche est actuellement peu formalisée dans la pratique des ergothérapeutes en France.

## CONCLUSION :

Cette étude a permis de découvrir l'intérêt et les limites de la DOTCA-Ch dans la pratique des ergothérapeutes. Elle permet également de se questionner sur la manière dont les ergothérapeutes utilisent un niveau d'aide auprès de l'enfant après la démarche d'évaluation.

Mots Clés : DOTCA-Ch - Médiation - Diagnostic ergothérapeutique - Evaluation initiale.

## Abstract

### INTRODUCTION :

DOTCA-Ch is a dynamic assessment of the cognitive functions of the child which with the use of mediations, allows the identification of his learning potential.

### OBJECTIVE :

The aim of this study is to understand the interest of DOTCA-Ch mediations in the occupational therapists practice.

### METHOD :

For this survey, semi-structured interviews were conducted with 5 occupational therapists trained in the use of DOTCA-Ch and using it during the initial assessment.

### RESULTS:

After a thematic analysis, the results show that the mediations used in the DOTCA-Ch allow to identify a level of help adapted to the cognitive abilities of the child. However, to confirm the effectiveness of a level of help, occupational therapists must test it with the child after the evaluation process. In addition, the results of the impact of the DOTCA-Ch on the development of occupational therapy diagnosis are difficult to exploit because this approach is not formalized in the occupational therapists practice in France.

### CONCLUSION:

This study revealed the interest and limitations of DOTCA-Ch in the occupational therapists practice. It also raises questions about how occupational therapists use a level of help with the child after the assessment process.

Key words : DOTCA-Ch - Mediation - Occupational therapy diagnosis - Initial assessment.