



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement,
l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

ADERE

57 rue Vitruve, 75020, Paris

**VERS UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT EN
ERGOTHÉRAPIE LIBÉRALE AUPRÈS DES
ENFANTS DE 6 À 10 ANS SUITE AU
PREMIER CONFINEMENT**

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le
cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Madame Sandrine Poinot

Romane Di Mascio
Session Juin 2023

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

Remerciements

Je remercie :

Les référents pédagogiques de l'ADERE de m'avoir permis de me questionner sur ma future pratique en libéral,

Sandrine Poinot, ergothérapeute, qui m'a guidée tout au long de mes recherches,

Les ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire.....	1
Introduction :	3
Question de recherche :	5
Cadre conceptuel :.....	5
1. L'enfant de 6 à 10 ans	5
1.1 Le développement de l'enfant de 6 à 10 ans	5
1.2 L'annonce du handicap, le parcours de soins	7
1.3 Les problématiques occupationnelles.....	9
2. L'accompagnement de l'ergothérapeute libéral auprès des enfants de 6 à 10 ans présentant un handicap.....	10
2.1 Le rôle de l'ergothérapeute libéral auprès des enfants de 6 à 10 ans	10
2.2 La demande d'accompagnement en ergothérapie.....	13
2.2.1 Le partenariat entre l'enfant, ses parents et l'ergothérapeute	13
2.2.2 La mise en place du projet de soins ergothérapeutique de l'enfant.....	15
3. L'accompagnement des enfants de 6 à 10 ans en ergothérapie pendant le premier confinement de la Covid-19.....	16
3.1 Rapides explications de la Covid-19 et du premier confinement.....	16
3.1.1 La Covid-19.....	16
3.1.2 Le premier confinement	17
3.2 Les problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents pendant le premier confinement de la covid-19.....	17
3.3 La pratique de l'ergothérapie libérale pendant le premier confinement ...	21
Hypothèse :	25
Méthodologie d'enquête :	26

Résultats :	27
Discussion :	37
Retour sur l'hypothèse :	42
Points forts et limites :	43
Conclusion :	44
Bibliographie :	46
Annexe 1 : Retranscription de l'entretien initial avec une ergothérapeute.....	I
Annexe 2 : Questionnaire	V
Résumé	IX

Introduction :

Dans son livre « dehors les enfants », Angela J. Handsom explique l'importance des jeux extérieurs et l'impact que la privation de ceux-ci pourrait causer. Elle a créé un programme qui contient des jeux en extérieur car dans sa pratique d'ergothérapeute elle a observé un nombre croissant d'enfants présentant des « problèmes atypiques » (page 20) tels que des troubles moteurs, de la coordination, de l'imagination, des relations sociales, émotionnels... Selon elle, la cause de l'apparition de ces problèmes atypiques est le manque de temps consacré à ces jeux en extérieur. La meilleure prévention pour ces problèmes est le mouvement qui est présent dans « le jeu physique en extérieur » (page 21). Ce jeu extérieur construirait chez l'enfant de bonnes aptitudes sociales et une base émotionnelle stable. Ainsi, cela offrirait à l'enfant une meilleure qualité de vie dans sa scolarité, dans son corps et dans son esprit. « Le remède » serait donc de laisser l'enfant se dépenser librement et s'amuser dehors en toute autonomie car le jeu physique libre en extérieur est un type de jeu qui favorise un développement sensorimoteur sain chez l'enfant. C'est « l'antidote » aux heures passées devant l'écran. « A l'extérieur, il n'y a pas de règles » ; l'enfant peut utiliser toute sa capacité d'imagination car les objets n'ont pas de fonction fixe comme par exemple un objet du quotidien. Ainsi ils gagnent en confiance, ils se défient à leur propre rythme, ils apprennent à s'adapter et apprennent à connaître leurs limites. « L'environnement naturel est intrinsèquement thérapeutique. Tout y stimule les sens, du parfum émanant des fleurs aux chants des oiseaux. Tout y prépare l'enfant à une intégration sensorielle réussie ».

J'ai trouvé cette méthode très intéressante et je me suis alors demandé qu'elles ont pu être les conséquences de la COVID 19. En effet, nous avons vécu un temps de pandémie ou nous avons été privés d'extérieur pendant un certain temps. Quel a pu être l'impact des confinements sur le développement des enfants ?

J'ai pu observer dans mon entourage plusieurs situations. Tout d'abord un enfant de 10 ans, atteint d'hyperactivité, qui s'est réfugié derrière son ordinateur pendant le confinement et qui maintenant n'en sort plus ; un autre enfant de 7 ans rencontrant des difficultés dans ses interactions sociales qui s'est centré sur lui-même et qui évite les autres enfants ou encore des parents qui font dorénavant appel à de

l'aide aux devoirs car le travail scolaire est devenu source de conflits ce qui altère les relations familiales au quotidien.

C'est ainsi que je me suis demandé comment l'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'occupation, peut aider les enfants à retrouver leur vie d'avant le confinement.

Ajoutons à cela les parents endossant plusieurs rôles comme celui de professeur, d'animateur, de cuisinier, de travailleur... qui ont eu aussi beaucoup de difficultés lorsque leurs enfants présentaient des troubles, des handicaps. Par exemple un enfant atteint de TDAH qu'il faut occuper sans arrêt, un autre présentant des troubles de l'attention qu'il faut aider pour les devoirs, ou encore un enfant présentant des troubles des apprentissages pour qui il faut expliquer plusieurs fois les exercices scolaires ou l'utilisation d'outils scolaires.

Comment ont-ils réussi à s'adapter à la situation ? Leur rapport avec leur enfant s'en est-il retrouvé changé ?

Lors d'un entretien avec une ergothérapeute, j'ai pris conscience qu'il peut aussi y avoir de nombreuses conséquences positives à ce confinement en fonction du milieu de vie de chacun. En effet, les enfants qui bénéficiaient d'un jardin, de frères et sœurs et des deux parents présents ont eu plus l'occasion de se divertir que les autres. Cette ergothérapeute m'a aussi mis en avant que les parents, avec tous leurs rôles se sont davantage rendu-comptes des difficultés de leurs enfants. (Cf annexe 1)

Je me suis alors demandé si lors de l'entretien initial avec l'ergothérapeute, les parents étaient dorénavant plus précis dans leurs demandes et si cette demande avait évolué. Cette réflexion m'a menée à la question de recherche suivante :

Question de recherche :

En quoi le premier confinement de la Covid-19 a-t-il fait évoluer l'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents en ergothérapie libérale ?

Dans un premier temps, nous allons aborder l'enfant de 6 à 10 ans au travers de son développement normal, de son parcours de soin en cas de handicap et des problématiques occupationnelles occasionnées par ce handicap.

Dans un deuxième temps, nous allons nous tourner vers l'accompagnement en ergothérapie libérale des enfants de 6 à 10 ans via le partenariat qui va s'établir et évoluer entre les enfants, leurs parents et l'ergothérapeute.

Enfin, dans un troisième temps, nous allons observer les restrictions sanitaires dues à la Covid-19, les adaptations mises en place par les ergothérapeutes libéraux pour poursuivre les prises en soins et les conséquences de ces restrictions sur les occupations quotidiennes des familles durant cette période.

Cadre conceptuel :

1. L'enfant de 6 à 10 ans

1.1 Le développement de l'enfant de 6 à 10 ans

A 6 ans l'enfant entre en CP et à 10 ans il entre au collège (gouv.fr). La tranche d'âge étudiée correspond donc aux classes de primaire.

A l'âge de 6 ans, un enfant au développement dit « typique » présente différentes capacités.

Le développement sensoriel, perceptif et affectif stimulé en maternelle, lui permet d'avoir toutes les clés en main pour produire les formes qu'il souhaite. Il commence l'écriture, il reconnaît les formes, il reconnaît sa latéralité et est capable de résoudre des casse-têtes. Il différencie les sexes, peut soutenir un effort assez long,

contient ses émotions, s'intéresse à sa façon de faire et à ses intérêts et se différencie de ses parents (Ferland, 2004).

Sur le plan de la motricité globale et de la motricité fine, il est agile et sa motricité globale est proche de celle de l'adulte, il commence à être précis, à manier les outils scolaires et reconnaît la droite de la gauche. Il est en capacité d'exécuter seul les activités des soins personnels, que ce soit l'habillage avec les nœuds, le boutonnage et les lacets, la prise des repas avec le geste de tartiner et de couper et les occupations d'hygiène pour lesquelles il est autonome (Ferland, 2004).

Concernant le développement cognitif, il reconnaît les chiffres, la composition d'un bonhomme et se situe dans le temps. Au niveau du langage, il possède un vocabulaire développé, il peut faire des phrases complexes et reconnaît l'usage des objets (Ferland, 2004).

Enfin, sur le plan du développement social, pour lui, les autres sont très importants, il veut faire partie d'un groupe et faire de nouvelles expériences, il est en capacité de faire des concessions et il est conscient des règles de famille et de la société (Ferland, 2004).

Puis jusqu'à ses 10 ans, il va affiner ses capacités.

Sur le plan de la motricité globale et de la motricité fine, il gagne en rapidité, en précision, en endurance et en équilibre. Ainsi, ses mouvements sont mieux coordonnés. Il peut s'adonner à de nouveaux loisirs tels que le roller, le vélo, la trottinette... l'écriture est en lettres cursives et commence à être personnalisée. Il peut manier de nouveaux outils tels que l'agrafeuse, le marteau, l'aiguille à coudre. Il est en mesure de réaliser des constructions complexes avec des écrous et des vis, de faire du bricolage (cabane à oiseaux simple, bijoux, cartes de vœux) et des maquettes, d'utiliser un ordinateur et de faire de la cuisine (mesurer un liquide, verser, casser les œufs, brasser, éplucher). (Ferland, 2023)

Concernant de développement cognitif il a accès à de nouveaux concepts tels que l'humour, l'argent, la maladie et la mort. Il a la capacité de conceptualiser, d'établir un raisonnement logique et de mettre en place des stratégies (pour chercher un objet ou gagner à un jeu par exemple). Son temps de réaction se réduit et sa vitesse de traitement des tâches mentales s'améliore (comme le calcul mental). Aussi il commence à faire la différence entre ses besoins et ses désirs. Au niveau du langage, il maîtrise tous les sons de sa langue maternelle, son récit est structuré avec l'utilisation

de plusieurs temps. Il peut écrire une véritable histoire qui comporte plusieurs épisodes. (Ferland, 2023)

Le développement affectif et social lui permet de s'intégrer dans la société, d'avoir des amis et d'interagir avec les autres. L'enfant de 10 ans a conscience des valeurs de la société et peut condamner la tricherie et le mensonge. Il peut mentir et dissimuler des choses et ainsi garder des secrets. Il commence donc à avoir une vie privée. Il a le goût de la compétition et voudra donc sans doute faire comme les autres voire mieux que les autres. Aussi, il peut choisir ses vêtements seul, composer son petit-déjeuner et élaborer la décoration de sa chambre. Il est en mesure de rester une ou deux heures seul à la maison. A cet âge, l'enfant est demandeur de plus en plus d'autonomie. Sur le plan personnel, il a conscience de sa personne et de son allure, il peut se comparer aux autres non seulement par rapport à son physique mais aussi par rapport à ses capacités, à son caractère et à ce qu'il possède. Aussi c'est le début de son orientation sexuelle. (Ferland, 2023)

Il est donc intéressant de commencer la tranche d'âge à étudier à 6 ans et de la terminer à 10 ans car l'enfant est capable d'avoir, au fur et à mesure qu'il grandit, un retour sur la réalisation ses actions lors de ses occupations et ainsi discerner un manque de rendement occupationnel et pourra identifier ce qu'il pourrait faire avec plus de satisfaction. Ce manque de rendement occupationnel peut être causé par un handicap à l'origine d'un trouble physique, cognitif et/ou sensoriel.

1.2 L'annonce du handicap, le parcours de soins

Personne n'est préparé à avoir un enfant avec un handicap.

Selon la loi du 11 février 2005, « constitue un Handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (*handicap.gouv*, s.d.). Cette définition montre que le handicap est causé par un dysfonctionnement organique ou psychique chez l'individu.

Cependant le médecin Hamonet, prend en compte l'environnement dans lequel la personne évolue en plus des dysfonctionnements personnels. Selon lui, ce sont le cadre de vie et l'organisation sociale, du fait de contraintes incompatibles avec les capacités restreintes de la personne, qui créent les handicaps (Hamonet, 2022). Les handicaps ont des répercussions sur la personne, ses occupations et son entourage.

Lorsqu'un enfant porteur de handicap arrive dans la famille, cela bouleverse le schéma familial. L'enfant n'est pas celui « idéalisé », celui souhaité, celui imaginé dans le projet familial. Cette annonce touche l'enfant et sa famille (Malifarge, 2012).

Lorsque l'enfant naît avec un handicap, il doit arriver à gagner une autonomie dans « l'interdépendance » (Malifarge, 2012, p. 70). Un parent peut donc se sentir en manque de ressources personnelles si son enfant présente un handicap qu'il ne maîtrise pas. Il sera donc difficile pour les deux parties d'accéder au bien-être.

Selon la Charte d'Ottawa, « pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie » (OMS, cité par Townsend et Polatajko, 2013, p.27).

Pour parvenir à cet état de bien-être dans sa vie quotidienne, un enfant porteur de handicap peut entrer dans un parcours de soin.

Selon la loi du 13 août 2004, le parcours de soins a pour objectifs de faire bénéficier à chacun d'un suivi médical coordonné, d'un suivi de dossier et d'un parcours personnalisé en fonction des besoins de la personne (*Ministère de la Santé et de la Prévention, s.d.*). Nous retrouvons les mêmes points dans la définition de l'HAS. Le parcours de soin est le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements et autres prises en charge (sociales...) (HAS, 2023). Il existe des guides professionnels et des guides patients pour chaque parcours de soins personnalisés (HAS, 2023).

Pour entrer dans le parcours de soin l'enfant a des consultations avec son médecin traitant. Ensuite l'enfant pourra bénéficier d'ordonnances pour des séances avec différents professionnels rééducateurs paramédicaux tels que les

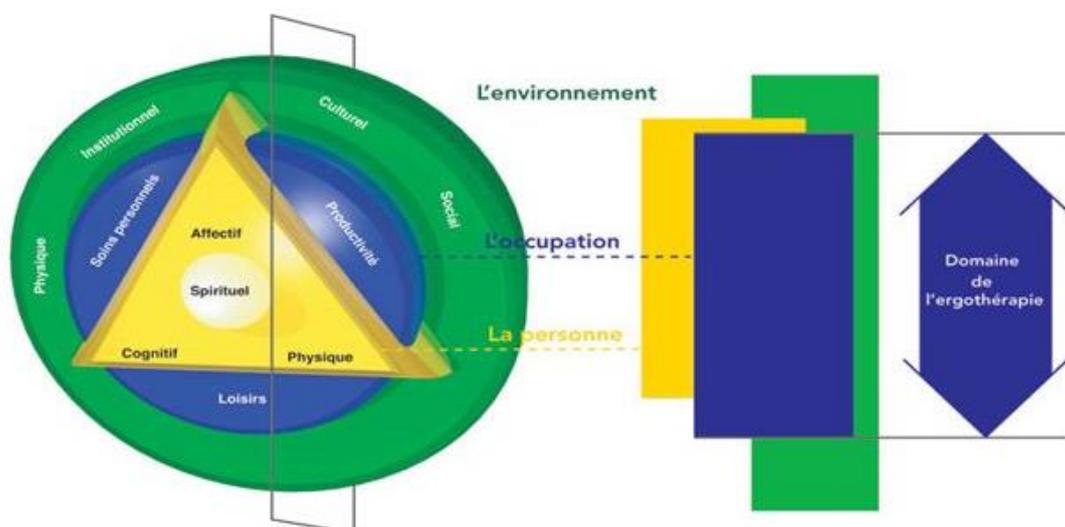
ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens... en fonction des répercussions de son handicap (Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, s.d.). Si le handicap a des répercussions sur le rendement occupationnel des activités quotidiennes (soins personnels, productivité, loisirs) de l'enfant, il pourra être adressé en ergothérapie. Pour répondre à la question de recherche, nous nous situons au niveau de l'entretien du bilan d'entrée en ergothérapie, bilan durant lequel les occupations problématiques de l'enfant sont évaluées.

1.3 Les problématiques occupationnelles

L'occupation est une activité qui constitue la vie de tous les jours (Townsend et Polatajko, 2013).

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle de l'engagement occupationnel. Cet engagement occupationnel représente « ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés ». (Townsend, Polatajko, 2013, p.28). Il fournit une représentation tridimensionnelle de la relation d'une personne avec les trois domaines de l'occupation et les quatre éléments qui constituent son environnement. C'est donc une interaction entre la personne, ses occupations et son environnement (Townsend et Polatajko, 2013).

Dans ce modèle, trois sphères sont étudiées.



Tout d'abord la sphère de la personne. La personne est un être spirituel qui peut être divisé en trois fonctions. La première est l'affectif, il faut prendre en compte ce que la personne ressent. La deuxième est le cognitif. La troisième est le physique, les systèmes organiques qui composent l'humain.

Puis la sphère de l'environnement qui comporte quatre éléments. Il s'agit de l'environnement physique, social, institutionnel et culturel.

Enfin la sphère de l'occupation. Il s'agit des trois domaines des soins personnels (prendre soin de soi), de la productivité (contribuer à l'édification sociale et économique de la société) et des loisirs (se divertir).

(Cantin, 2018) (Towsend et Polatajko, 2013)

Si nous évaluons les occupations avec ce modèle, il sera possible de discerner les problématiques occupationnelles. Ce sont les difficultés ou les changements de satisfaction et de rendement occupationnel du client qui se produisent au fil du temps. Le rendement occupationnel est défini comme étant « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfactions » (Townsend, Polatajko, 2013, p.446).

Ces changements ou ces difficultés de rendement occupationnel peuvent être présents dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Donc dans toutes les sphères de l'occupation. Pour discerner ces difficultés, ces changements, il faut procéder à une évaluation ergothérapique.

2. L'accompagnement de l'ergothérapeute libéral auprès des enfants de 6 à 10 ans présentant un handicap

2.1 Le rôle de l'ergothérapeute libéral auprès des enfants de 6 à 10 ans

L'ergothérapie, ou en anglais Occupational Therapist (OT), a connu plusieurs définitions en fonction de l'évolution des modes de vie et des besoins des individus (Détraz et al., 2012). Nous pouvons ainsi constater que cette profession est liée à la vie de chacun et à comment l'individu va évoluer dans son milieu de vie.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Il collabore avec de nombreux professionnels (médecins, orthophonistes, travailleurs sociaux...). Il intervient dans le processus

d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale (Delaisse et al., 2022) pour permettre à la personne d'avoir accès à ses occupations de productivité, de soins personnels et de loisirs.

L'occupation est un besoin fondamental de l'être humain, leur bonne réalisation améliore la qualité de vie et permet l'épanouissement (Rouault, Faure et Galbiati, 2021).

Une occupation est une activité ou ensemble d'activités réalisée(s) avec une certaine constance et régularité. Elle apporte une structure. La personne y accorde une valeur et une signification du fait de ses envies et de sa culture. (Townsend, Polatajko, 2013)

Si l'enfant présente « un retard d'acquisition des coordinations motrices et/ou habiletés manuelles, un retard global de développement, une atypie dans les interactions avec les proches, des difficultés d'intégration sensorielles » (Lequinio, Janot 2019, p. 17) il peut avoir des difficultés pour s'engager. C'est engagement comprend tout ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occuper (HoughtonMifflin Compagnyy, 2004 cité par Towsend et Polatajko, 2013) dans une occupation. Les difficultés d'engagement peuvent empêcher l'enfant d'avoir accès à certaines de ses occupations. Cet enfant pourra être adressé en ergothérapie, sous prescription médicale. La loi du 11 février 2005 qui est en faveur de l'égalité des droits et des chances pour tous afin d'assurer la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, s.d.) soutient les personnes à avoir cette prise en soins en ergothérapie.

À la suite d'un entretien, de bilans et de mises en situation, l'ergothérapeute et le patient vont pouvoir co-construire un projet de soin avec des objectifs adaptés à la personne.

Pour répondre à ces objectifs il existe différents types d'intervention en ergothérapie : le conseil, l'éducation et la prévention ; la rééducation ; la réadaptation (Estes & Pierce, 2016). L'ergothérapeute va utiliser comme moyen les mises en situation (repas, douche, habillage...), l'activité (des jeux, des exercices, activités artisanales...), les techniques manuelles (manœuvre de décontraction...), les aides techniques (pour les couverts, l'écriture, ordinateur...) et l'appareillage (des orthèses).

Il va aussi dispenser des conseils à la personne et à son entourage (Babot & Cornet, 2012).

Cette intervention a pour but d'améliorer l'autonomie de l'enfant (Aiguillon, 2012) en favorisant l'apprentissage de stratégies au domicile, la maison étant le premier lieu d'apprentissage de l'enfant (Lequinio et Janot, 2019).

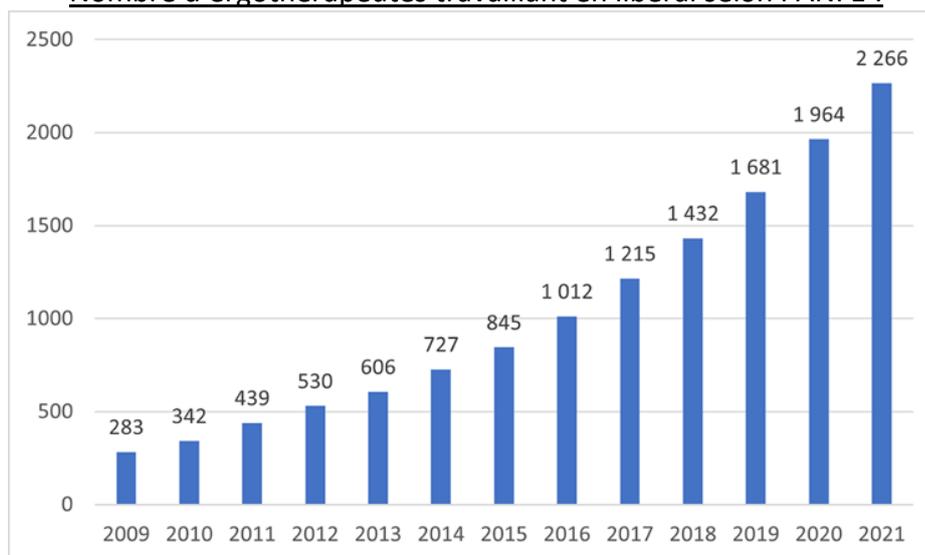
L'ergothérapeute permet aussi le maintien de la scolarisation en école ordinaire (Aiguillon, 2012) en pratiquant tout d'abord des séances de rééducation. Ce peut être de la rééducation graphique (composante gestuelle, visuo-spatiale, exécutive) (Leveque-Dupin & Guillermin, 2012), de la rééducation de troubles moteurs (motricité fine pour les préhensions et motricité globale pour les déplacements...) (San Sebastian, 2012), de la rééducation sensitivo-motrice (Avril et al., 2012) et de la rééducation de troubles cognitifs (déficience intellectuelle, troubles visuo-spatiaux (Barray, 2012), fonctions exécutives, TDAH...)

Un autre biais d'intervention est la préconisation des aides techniques (outils scolaires...), du mobilier adapté (table réglable...) et/ou du matériel spécifique (ordinateur, logiciels...) conçu spécialement pour compenser la limitation d'activité de l'enfant (Charrière & Machado, 2012). Ces aides ont pour but de faciliter les apprentissages.

Ces ergothérapeutes, qui interviennent auprès des enfants de 6 à 10 ans, au domicile et à l'école, se trouvent en SESSAD (service de soins à domicile) ou en cabinet libéral (Samson, 2012). Cela facilite la collaboration avec les professeurs et membres de l'école pour la mise en place d'adaptations.

Au 1er janvier 2021, on comptait 2 266 ergothérapeutes travaillant en libéral ce qui représente 18% du nombre d'ergothérapeutes (ADELI-Dress, 2021). Ce chiffre est en constante augmentation car dorénavant on priorise la scolarité en milieu ordinaire et les soins à domicile (Noblet, 2022).

Nombre d'ergothérapeutes travaillant en libéral selon l'ANFE :



De plus, différents plans gouvernementaux comme par exemple ceux autour des troubles du neurodéveloppement (TND) ont contribué à la mise en place de plateformes de coordination et d'orientation permettant un repérage précoce et une prise en soins rapide (handicap.gouv, 2022). Cela demande donc l'intervention encore plus tôt de la part des ergothérapeutes dans le parcours de soins des enfants.

Ce parcours de soins en ergothérapie est une approche centrée sur le client et basée sur l'occupation (WFOT, 2010). Les premiers acteurs concernés dans la prise en soins en ergothérapie sont donc les enfants et les parents (Charrière & Machado, 2012).

2.2 La demande d'accompagnement en ergothérapie

2.2.1 Le partenariat entre l'enfant, ses parents et l'ergothérapeute

A partir de 6 ans, l'enfant peut se faire un retour sur la qualité de la réalisation de ses occupations. Il pourra en faire part à l'ergothérapeute. Aussi, les parents sont avec l'enfant tout au long de son éducation. Ils le voient évoluer dans l'environnement et interagir avec celui-ci. Ainsi, ils peuvent discerner les points forts et les axes d'améliorations de leur enfant. Ce sont les parents qui vont nous raconter comment se comporte leur enfant, quelles difficultés il peut rencontrer (Santinelli, 2012). En plus de la vision de l'enfant sur sa propre réalisation de ses occupations, ils sont le partenaire idéal car ils voient évoluer leur enfant dans diverses situations.

De plus, avant de rencontrer son futur patient, l'ergothérapeute ne connaît de lui que sa pathologie (en ergothérapie libérale, il n'y a pas de dossier du patient avant la première rencontre). Ce sont les familles qui vont exposer les habitudes de vie de l'enfant (Santinelli, 2012). C'est un partenariat.

Un partenariat est, selon Santinelli, une collaboration (Santinelli, 2012). Cette collaboration s'effectue avec tous les acteurs qui gravitent autour de l'enfant comme par exemple les parents, les enseignants, les rééducateurs, les auxiliaires de vie scolaire... (Aiguillon, 2012)

Selon Maraquin le partenariat est plus qu'une collaboration, c'est une relation entre plusieurs personnes qui ont un objectif commun. Chacun reconnaît les savoirs de l'autre et s'engage à faire de son mieux pour aboutir à l'objectif (Maraquin, 2015).

Nous retrouvons cette notion de partenariat chez Noblet. Selon elle, c'est une implication de l'enfant et de sa famille qui va permettre de déterminer les objectifs et leur priorité (Noblet, 2022).

Nous voyons donc que dans un partenariat, tous les acteurs s'engagent dans un même but et chacun œuvre pour aboutir à ce but.

Durant ce partenariat, ergothérapeute et parents vont évoluer ensemble. La relation va se construire peu à peu. L'ergothérapeute place ainsi l'enfant au centre du projet de soins et intègre les parents.

L'ergothérapeute doit s'intéresser au fonctionnement familial et expliciter la participation qu'il attend de la part des parents. Aussi, il va s'intéresser aux difficultés qu'évoquent les parents, aux solutions qu'ils ont déjà cherché et à leur perception du bien-être (Santinelli, 2012). Il doit les informer du mieux possible et leur laisser la place qui leur est réservée. Il va identifier les ressources de la famille pour lui permettre de développer son sentiment de compétence alors qu'elle peut se sentir dépassée par le handicap de l'enfant. De plus, tout au long du suivi il doit essayer de garder un contact régulier avec les parents, que ce soient des rencontres formelles ou informelles.

Les parents, quant à eux, ont souvent un projet qui va au-delà de l'année scolaire, ils connaissent l'enfant et la situation mieux que tous (Santinelli, 2012). Ils pourront donc expliciter diverses demandes lors du bilan. Ensuite, tout au long du suivi ils peuvent suivre les conseils de l'ergothérapeute et essayer d'appliquer les méthodes

à la maison. Ils peuvent garder leur motivation et soutenir leur enfant dans les difficultés. Ils permettent de mettre de la continuité dans les soins apportés à l'enfant car ils peuvent aider l'enfant à appliquer dans son quotidien ce qu'il aura vu le temps d'une séance.

« Le travail avec la famille est incontournable pour l'ergothérapeute pédiatrique » (Santinelli, 2012, page 83). Ce travail peut bénéficier à l'enfant mais aussi à la famille.

2.2.2 La mise en place du projet de soins ergothérapeutique de l'enfant

L'histoire de l'enfant et de la famille, l'organisation dans la vie quotidienne, les intérêts, les valeurs, les besoins, doivent occuper dans le recueil de données autant de place que les difficultés et les ressources.

L'évaluation est souvent source d'inquiétude pour les parents. Ils connaissent le diagnostic de leur enfant mais ne savent pas toutes les répercussions dans la vie quotidienne. Il appartient à l'ergothérapeute d'être le plus transparent possible et de souligner les ressources de l'enfant (Santinelli, 2012).

La présence des parents pendant le bilan permet à l'ergothérapeute d'avoir des informations supplémentaires, d'observer la communication entre les membres de la famille et de comprendre comment les parents interprètent les comportements de l'enfant. Leur présence peut aussi permettre de rassurer l'enfant (Santinelli, 2012).

À la suite de ce bilan, ensembles (enfant, parents et ergothérapeute) vont définir et prioriser les objectifs. Les objectifs de la thérapie correspondent aux problématiques occupationnelles telles que l'enfant et ses parents les perçoivent. (Meyer, 2007). Une fois les objectifs établis, ils seront travaillés pendant les séances.

Ces prises en soins d'ordinaire faites en présentiel et régulièrement, ont dû s'adapter au contexte sanitaire entre 2019 et 2022 du fait des confinements et des restrictions sanitaires. En effet, avec la Covid-19, l'accès aux séances d'ergothérapie

a été impossible car les sorties étaient interdites. Dorénavant ces séances peuvent se pratiquer à distance avec le télésoin (Chabroud et al., 2021).

3. L'accompagnement des enfants de 6 à 10 ans en ergothérapie pendant le premier confinement de la Covid-19

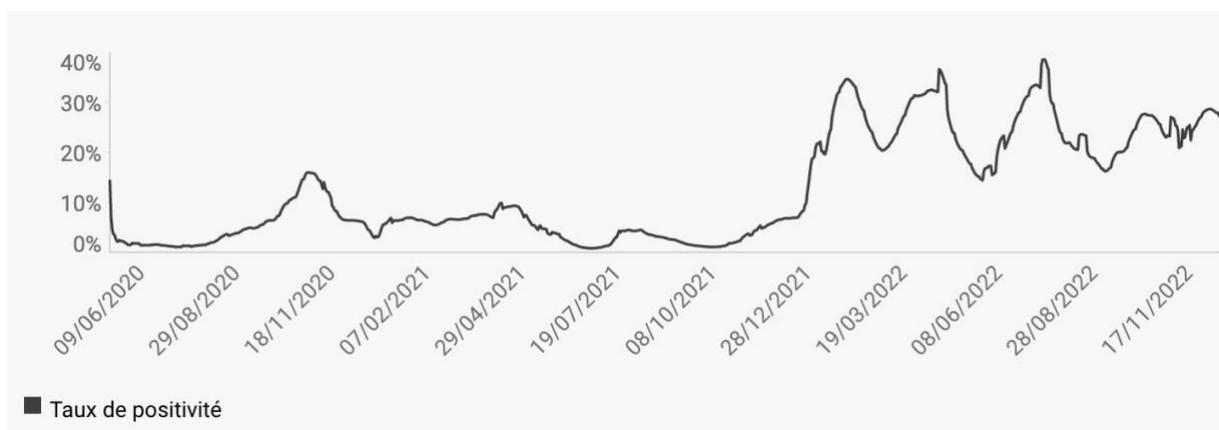
3.1 Rapides explications de la Covid-19 et du premier confinement

3.1.1 La Covid-19

Les Coronavirus sont une grande famille de virus, qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume à des pathologies plus sévères. Le virus identifié en septembre 2019 (d'où le nom de covid 19) en Chine est un nouveau Coronavirus. La maladie provoquée par ce Coronavirus a été nommée COVID-19 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (ARS, 2020). La transmission se fait essentiellement par voie aérienne et passe par un contact rapproché et durable avec un sujet contagieux.

Certaines précautions sont mises en vigueur pour éviter la transmission. Ces protections sont les gestes barrières : se laver les mains, tousser/éternuer dans son coude, éviter de se toucher le visage, utiliser des mouchoirs à usage unique, ne pas se serrer la main, conserver une distance d'au moins 1,5m, bien aérer les pièces. (Gouv.fr, 2020).

Quelques chiffres clés représentant la propagation de ce virus en France



(Santépubliquefrance.fr, s.d.).

Ce nombre élevé de cas a provoqué la mise en place de confinements de la population en France et dans le monde.

3.1.2 Le premier confinement

Voici quelques dates clés des restrictions subies lors des deux années sous Covid-19 : (Ministère de l'Économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, s.d.)

29 février 2020 : premières restrictions

17 mars : premier confinement

- Fermeture des établissements scolaires
- Fermeture des lieux de rencontres, loisirs
- Télétravail obligatoire quand le poste est adaptable

11 mai : Premier déconfinement progressif.

Nous voyons donc que durant cette période, de nombreux mois se sont écoulés confinés à la maison. Les professionnels n'ayant pas accès au télétravail ne pouvaient plus travailler, les enfants faisaient l'école à la maison et les parents ont endossé différents rôles supplémentaires.

3.2 Les problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents pendant le premier confinement de la covid-19

Dans le cadre de la pandémie liée à la COVID-19 des mesures de confinement ont obligé les parents à rester chez eux avec leurs enfants. Les parents ont dû assurer, en plus des tâches quotidiennes et du travail, la scolarité de leurs enfants (Pinel-Jacquemin et al., 2022). Pour la majorité des individus, cette politique a consisté en un repli sur un seul espace qu'est leur domicile (Collectif d'Analyse des Familles en Confinement, 2020). En fonction des dimensions et de la localisation (rural ou urbain) de leur domicile, les personnes avaient plus ou moins de proximité entre elles. En effet, les sorties hors du domicile pour aller à l'école ou pour s'adonner à ses loisirs n'étaient pas autorisées lors du confinement. Leurs activités routinières et de loisirs ont donc été changées. Il a fallu trouver de nouvelles occupations compatibles au nouveau mode de vie.

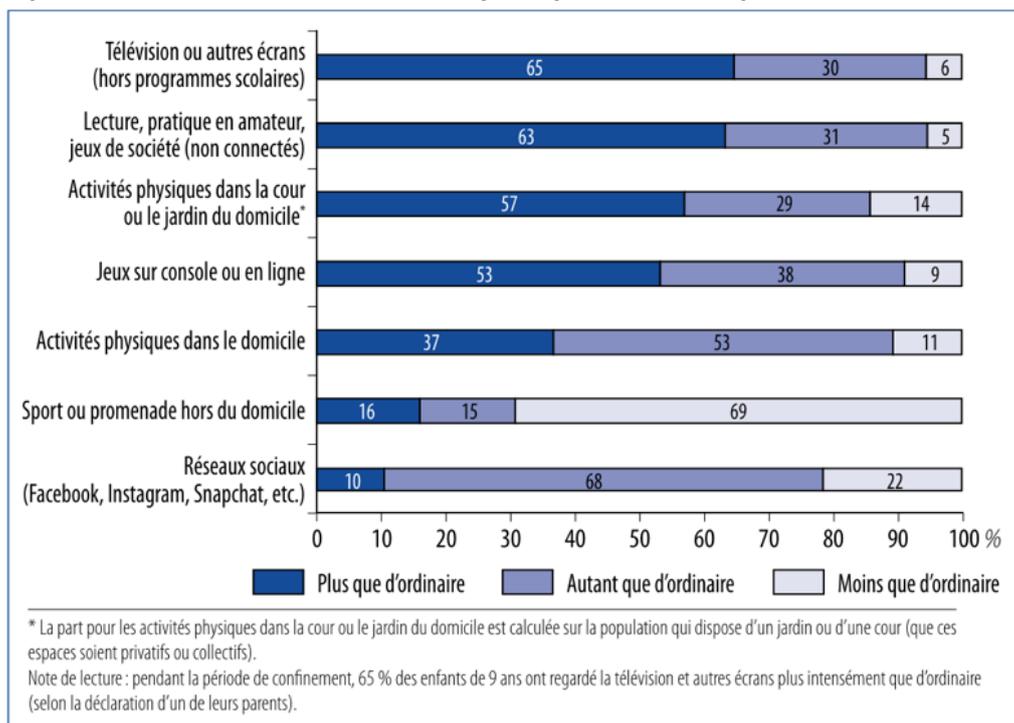
Le premier confinement du printemps 2020 a conduit à la fermeture des écoles et à la suspension des activités hors domicile. Assignés à résidence, les enfants

d'école primaire se sont plutôt bien adaptés en continuant à faire leur travail scolaire et, profitant d'un temps libéré, ont pu pratiquer leurs activités quotidiennes (soins personnels, loisirs, productivité) plus qu'en temps « normal ». Mais pour les parents de statut socioéconomique modeste, le confinement a dégradé les relations familiales, largement accru le temps passé par les enfants sur les écrans, altéré leur sommeil et leur bien-être psychologique, et rendu plus complexes les apprentissages scolaires. (Thierry et al., 2021). Pour les enfants comme pour les adultes, le confinement a accru des inégalités susceptibles de se creuser à moyen terme. (Thierry et al., 2021)

Ce remaniement occupationnel a obligé les familles à réorganiser leur quotidien au sein de leur domicile pour s'assurer d'une sécurité minimale et pourvoir à leurs besoins (Collectif d'Analyse des Familles en Confinement, 2020). Cette nouvelle organisation familiale a eu des répercussions sur le quotidien des familles. Nous verrons comment chacun a vécu cette période de confinement à travers trois études : celle de Berthomier et Octobre, celle de Bobo et celle de Lucas.

Au total, durant le confinement, les enfants de 9 ans ont passé en moyenne plus de temps derrière les écrans hors programme scolaire (télévision, jeux vidéo, réseaux sociaux), suivis par les diverses activités physiques et sportives, puis la lecture, les activités en amateur et les jeux de société non connectés (voir graph 1). (Berthomier & Octobre, 2020).

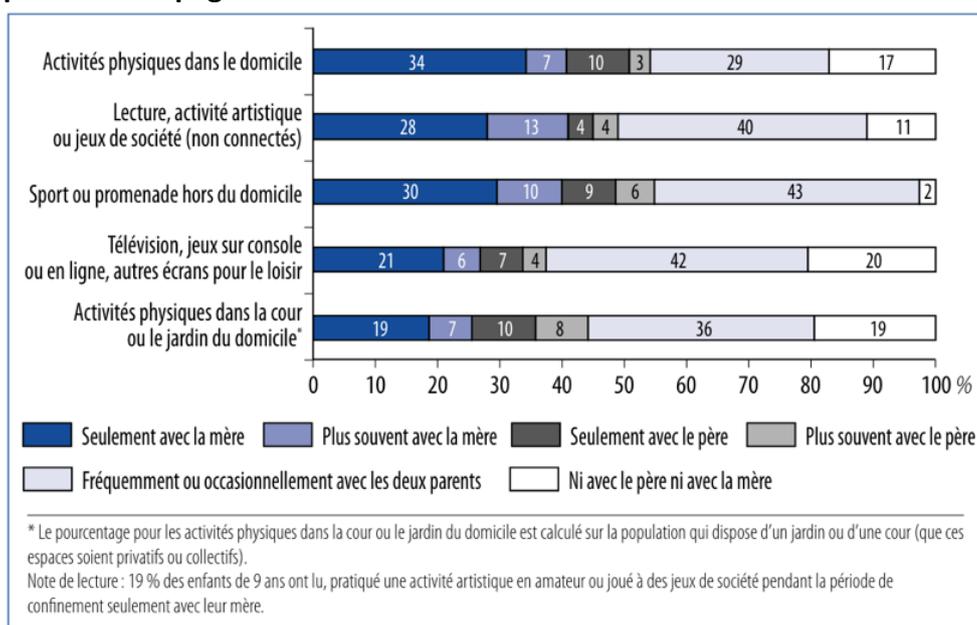
Graph 1 : Évolution de l'intensité des pratiques de loisirs pendant le confinement



Source : enquête Sapris/DEPS, ministère de la Culture, 2020

L'étude de Berthomier et Octobre montre aussi qu'en fonction de la disponibilité des parents, les activités étaient réalisées en famille (voir Graph 2). (Berthomier & Octobre, 2020). Ainsi, si l'enfant présentait des difficultés dans ses occupations, les parents ont pu en être les premiers témoins.

Graph 2 : Accompagnement des loisirs des enfants de 9 ans durant le confinement



Source : enquête Sapris/DEPS, ministère de la Culture, 2020

Une étude a été menée auprès de 538 enfants présentant un TDAH. Cette étude illustre les conséquences des confinements sur les enfants. Selon cette étude, le confinement entraînerait une détérioration de la santé mentale chez les enfants avec une réduction des temps d'activité physique, une diminution des rapports sociaux, une désynchronisation du rythme circadien, et des temps d'ennui prolongé. Selon le questionnaire rempli par les parents d'enfants avec TDAH, l'anxiété aurait été diminuée avec moins de pression scolaire, un rythme plus adapté, l'estime de soi aurait été aussi améliorée car l'enfant n'était plus confronté à sa différence en permanence, l'attention était plus présente avec un environnement de travail sans distracteurs, un emploi du temps modulable en fonction de la fatigabilité de l'enfant et une aide personnalisée grâce à la disponibilité des parents (cet emploi du temps adapté permettrait à l'enfant d'avoir des temps de jeux). Cependant l'agitation motrice est souvent décrite dans les réponses des parents : « nos enfants ont un grand besoin de courir », font des « bruits incessants », « elle a besoin de bouger tout le temps ». Ils notent aussi une augmentation de l'opposition ou de l'agressivité, une accentuation des troubles du sommeil, des troubles émotionnels, et des symptômes de TDAH (troubles de l'attention, hyperactivité, difficultés de concentration...). La scolarité à domicile était une épreuve pour les parents car c'était source de conflits et une prise de conscience des difficultés de l'enfant. Concernant la vie sociale, certains enfants s'organisent autour des réseaux sociaux ou des jeux vidéo (derrière lesquels ils se réfugient). (Bobo et al., 2020).

Une autre étude a été menée sur 1377 familles avec un enfant porteur d'un handicap physique. Selon cette étude, la majorité des familles ont révélé que le manque de prise en soins adéquat au cours de la première période de confinement COVID-19 a eu un impact négatif sur la satisfaction lors de la réalisation des activités quotidiennes. Par exemple, un enfant qui présente des difficultés pour réaliser un mouvement nécessaire pour une certaine occupation, se retrouvait seul face à cet obstacle et son unique recours était de demander de l'aide à ses parents. Aussi, du fait de l'interruption des séances de rééducation, les parents ont signalé des taux élevés d'insatisfaction en ce qui concerne la capacité de praticiens de fournir une solution. En effet, jusqu'à 87% des séances de rééducation ont été effectuées par les

parents. Ainsi ils se sont senti dépassés et inadéquats dans leurs capacités à assurer cette rééducation (Lucas, 2021).

Il est donc nécessaire de se demander pourquoi les rééducateurs n'ont pas pu proposer les solutions adéquates à ces familles. Nous allons maintenant voir comment les ergothérapeutes se sont adaptés au premier confinement et s'ils ont pu maintenir les prises en soins ergothérapeutiques.

3.3 La pratique de l'ergothérapie libérale pendant le premier confinement

Un groupe de chercheurs et d'ergothérapeutes ont mené une étude sur la capacité d'adaptation occupationnelle des ergothérapeutes pendant le confinement. Leur hypothèse était que en tant que professionnels de l'occupation, les ergothérapeutes auraient une meilleure adaptation occupationnelle que des personnes d'une autre profession. A la fin de leur étude, ces chercheurs-ergothérapeutes se sont rendu-compte qu'avant le confinement les ergothérapeutes avaient en effet un plus haut niveau de compétences d'adaptations occupationnelles que les autres personnes. Cependant, pendant le confinement, les ergothérapeutes et les autres professions sont au même niveau de ces compétences, mais les ergothérapeutes accordent plus d'importance à leur équilibre occupationnel. Il a été aussi remarqué que la capacité d'adaptation occupationnelle des ergothérapeutes était plus faible en temps de confinement que la population témoin. Cela s'explique par le haut niveau d'exigence que se fixent les professionnels de santé (Biard et al., 2021). Afin d'avoir une satisfaction suffisante au regard du temps passé dans chaque domaine de l'occupation (soins personnels, productivité et loisirs), il a fallu que les ergothérapeutes adaptent leur quotidien afin de continuer l'activité de productivité qu'est le travail.

Le travail est aujourd'hui reconnu comme un déterminant de la santé. Or, pendant cette crise sanitaire, de nombreux ergothérapeutes ont été affectés dans la réalisation de cette activité de productivité. Ceux qui ont pu poursuivre leur activité de productivité ont été moins touchés. Pour poursuivre cette activité de productivité en temps de confinement, un outil a émergé. C'est le télésoin (André & Allain, 2021).

Le télésoin fait partie de la catégorie de l'e-santé. L'HAS définit l'e-santé comme l'ensemble des services du numérique au service du bien-être de la personne (HAS, 2023). Le télésoin a été créé par l'article 534 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (gouv.fr) dans le but de faciliter l'accès aux soins et la coordination entre professionnels. Selon ce texte de loi, « le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC). Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code ». Les TIC incluent l'ensemble des outils de vidéo transmission reconnus ou non par le ministère. A noter qu'un appel téléphonique n'est pas du télésoin. Il faut une vidéo transmission. Cette vidéo transmission établit d'ailleurs un critère de remboursement des séances d'ergothérapie (HAS, 2021). A ce jour, le télésoin n'est pas encore complètement encadré et précisé dans les écrits en France.

Du fait du peu d'écrits en France, je suis me suis tournée vers l'étranger afin de voir comment cet outil est utilisé. Le terme de « telerehabilitation » en anglais est le plus employé. C'est une forme de télé médecine (Peretti, 2017, cité par Cariteau, 2021), qui vise « à maintenir ou à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et services de réadaptation » (Kairy, 2010, P.4 cité par Cariteau, 2021). Selon Sarsak, (docteur en Arabie-Saoudite) la télé réadaptation fournit les services de réadaptation par le biais des technologies de l'information et de la communication, comprenant l'évaluation, le suivi, l'intervention, la supervision, l'éducation, la consultation et le conseil (Sarsak, 2020). Ainsi la télé réadaptation peut s'adapter à toutes les étapes de la prise en soins en ergothérapie.

Au Canada, un programme pour la prise en soin de la sclérose en plaque a été étudié pour totalement se faire à distance. C'est un programme qui s'effectue en groupe. Au début du programme, les patients reçoivent un guide complet du contenu des séances. Malgré des limites qui restent à dépasser (comme le manque de temps pour échanger avec les autres), ergothérapeutes et patients trouvent cet outil pratique et acceptable (Finlayson & Holberg, 2007).

En Australie, selon l'étude de Nix et Comans, les visites à domicile sont effectuées en visioconférence via « Home Quick » afin de soulager les ergothérapeutes du déplacement (souvent de 2h aller simple pour les ergothérapeutes ruraux), de gagner un temps administratif pour organiser une visite à domicile et ainsi

pouvoir en faire pour plus de patients avant qu'ils ne sortent du centre hospitalier (Nix & Comans, 2017).

Aux États-Unis un programme pour enfants atteints de troubles du spectre autistique a été monté avec des vidéo-clips afin de maintenir l'enfant à son domicile et de guider au mieux les parents. Ce programme propose aussi des séances par webcam (Gibbs & Toth-Cohen, 2011 cité par Riou et al, 2021).

L'utilisation de télésoin a été précoce dans ces pays du fait de la surface territoriale très étendue et du peu d'ergothérapeutes présents.

En France, le télésoin a été introduit depuis 2019 pour les auxiliaires médicaux (dont les ergothérapeutes), mais l'absence de réglementation à son propos en interdisait son usage. Des travaux ont débuté en 2019 entre l'HAS, l'ANFE et le CNPE pour encadrer la pratique de l'ergothérapie par le biais du télésoin. De ces travaux sont ressortis des guides de bonnes pratiques quant à l'utilisation du télésoin. En avril 2020, les ergothérapeutes ont pu y avoir accès (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022)

Pendant le confinement en 2020, le ministère de la santé français s'est appuyé sur une première séance en présentielle (gouv.fr, 2020). De ce fait, lors du premier confinement, aucun nouveau patient ne pouvait débuter son suivi en ergothérapie. En 2021, pour faciliter l'accès aux soins, le ministère de la santé a retiré cette close (gouv.fr, 2021). Il en revient au praticien de juger de la pertinence du télésoin.

Une étude a été menée par des ergothérapeutes qui se sont penchés sur la pertinence de l'utilisation du télésoin en ergothérapie. Ce groupe d'ergothérapeutes a confirmé la faisabilité du télésoin en ergothérapie pour toutes sortes d'interventions tant que cette démarche est guidée par une réflexion clinique (Riou et al., 2021). Ainsi, aucune pratique ne peut être exclue du télésoin (HAS, 2023).

Les ergothérapeutes peuvent utiliser le télésoin pour aider les patients dans leurs activités de vie quotidienne, dans le développement de compétences, dans la surveillance de leurs rendements occupationnels, dans l'intégration des techniques d'adaptation, dans la modification de leur environnement et dans la création de routines favorables à leur santé (Heuer et al, 2019). Aussi, ils peuvent pratiquer une évaluation du domicile par visioconférence (Latulippe et al, 2020), donner des séances en groupe et/ou individuellement (Riou, 2021).

En France il existe des programmes incorporant le télésoin. Tout d'abord Pelé qui a mis en place la « télérééducation » des fonctions cognitives pour démontrer que la mise en place d'un programme informatisé à domicile de certaines fonctions cognitives est possible (Pelé, 2017) et le programme « Merci Julie » destiné aux personnes âgées et leurs aidants conduit à une expérimentation de télé-ergothérapie (Briquet et Ung, 2019).

De cette utilisation du télésoin, ressortent des axes positifs et des limites.

Lors du confinement la mise en place du télésoin a pu être à l'initiative des usagers lors de l'arrêt des soins ou de l'ergothérapeute.

Ainsi plusieurs points positifs ressortent à propos de l'utilisation du télésoin. Selon le Webinaire de l'ANFE, le télésoin permet de poursuivre l'accompagnement des patients (ANFE, 2020) (Cariteau, 2021) (Riou, 2021) (HAS, 2023), d'éviter la rupture de soins, de conserver une entrée financière, d'envisager un outil innovant, de favoriser la collaboration pluridisciplinaire, de diminuer les coûts du trajet et la pollution due aux voitures (ANFE, 2020) (HAS, 2023). Un des bénéfices majeurs est la réduction des hospitalisations et de leurs coûts (ANFE, 2020) (HAS, 2023). Cette utilisation a permis aux professionnels de rencontrer les aidants et la famille ce qui a facilité le partenariat (André et Alain, 2021) et favoriser l'engagement des parents dans les soins de leur enfant (Little et al, 2018), de voir les difficultés à la maison (André et Alain, 2021) du fait du travail dans l'environnement direct de l'enfant (Gardner, 2016 cité par Cariteau, 2021) ce qui permet un ajustement au plus près des routines (Gately et al, 2019) (Riou, 2021). Aussi c'était un gain d'autonomie pour l'enfant en ce qui concerne la prise rendez-vous, l'organisation et la connexion au lien de visioconférence (André et Alain, 2021). Enfin le télésoin permettrait de pallier la pénurie d'ergothérapeutes dans le domaine scolaire (Rortvedt et Jacobs, 2019).

Cependant l'utilisation du télésoin fait l'objet de multiples appréhensions (Hamdi-Bourgeois et Laborde, 2021). Pour veiller à la bonne pratique en ce qui concerne l'utilisation du télésoin, Guy, Ledreux, Riou et Thomas ont monté un groupe de travail en 2021 autour de l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques (Guy et al, 2021). Aussi, Fakolade propose d'intégrer cet item dans la formation initiale des ergothérapeutes (Fakolade et al, 2017). Johnsson, quant à lui propose une formation

supplémentaire après l'obtention du diplôme (Johnsson et al, 2019). Nalder, lui met en avant qu'il faut s'exercer à l'animation de groupe à distance lorsque cela est pertinent (Nalder et al, 2018).

Les écrits relèvent aussi que certaines limites restent à dépasser pour soutenir le bon développement du télésoin (Riou et al., 2021). Les principaux freins seraient le manque de confidentialité (ANFE, 2020) avec le risque de piratage des logiciels (Hamdi-Bourgois et Laborde, 2021), la présence de l'écran interposé qui influencerait la relation thérapeutique et la tâche à réaliser (ANFE, 2020), les difficultés de connexions instables avec une mauvaise qualité de la vidéo, et le versant économique car le télésoin nécessite l'accès à un outil informatique (Heuer, 2019).

L'utilisation du télésoin a donc permis aux ergothérapeutes de garder le lien avec leur patientèle. Ils ont dû réorganiser leurs séances pour convenir à ce mode de suivi et aux nouvelles restrictions mises en place dans le quotidien des familles. Le télésoin est devenu une volonté sociétale (André & Allain, 2021). Cependant il est complémentaire aux séances en présentielle (André & Allain, 2021), ce n'est pas une modalité de soins exclusive (Riou, 2021).

C'est ainsi que j'en suis arrivée à l'hypothèse suivante :

Hypothèse :

L'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans en ergothérapie libérale a pu évoluer en ce qui concerne le domaine des problématiques occupationnelles (productivité, soins personnels et/ou loisirs) et le mode de suivi à mettre en place avec l'émergence du télésoin.

Afin de répondre à cette hypothèse, j'ai mené l'enquête suivante :

Méthodologie d'enquête :

Objectif de l'enquête :

L'objectif de cette enquête est de répondre à la question « En quoi le premier confinement de la Covid-19 a-t-il fait évoluer l'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents en ergothérapie libérale ? ».

Pour cela il a été mis en avant cette hypothèse : L'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans en ergothérapie libérale a pu évoluer en ce qui concerne le domaine des problématiques occupationnelles (productivité, soins personnels et/ou loisirs) et le mode de suivi à mettre en place avec l'émergence du télésoin.

Population cible :

La population ciblée pour cette enquête est des ergothérapeutes travaillant en libéral déjà en poste avant 2019, avant la période de confinement pour pouvoir comparer leur accompagnement avant et après le confinement. Ces ergothérapeutes doivent travailler avec des enfants entre 6 et 10 ans, en classes de primaire.

Outil d'enquête :

Cette enquête sera menée grâce à un questionnaire. C'est un outil standardisé qui permet d'obtenir un nombre élevé de réponses (Vilatte, 2007) pour avoir des expériences différentes. C'est donc un outil quantifiable (Tétreault & Blais-Michaud, 2014).

Les réponses au questionnaire seront anonymes. Le logiciel utilisé pour garantir l'anonymat est Drag N Survey. Il a été transmis par mail à environ 50 ergothérapeutes dans toute la France à partir du 20 février. J'ai obtenu 15 réponses. D'autres vagues d'envois ont été faites le 12 mai 2023 et le 14 mai 2023 grâce à la liste des ergothérapeutes libéraux qui se trouve sur le Synfel et sur l'ANFE. Grâce à ces listes 200 envois supplémentaires ont été possibles. Par la suite j'ai diffusé le questionnaire sur les réseaux sociaux. J'ai récolté 44 réponses au total. Le questionnaire est en diffusion jusqu'au 10 juin afin de récolter un maximum de réponses et de voir si les résultats s'en trouvent changés.

Le questionnaire est composé de questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes.

Les questions fermées permettent d'obtenir une meilleure fidélité inter juge. Il y aura des questions dichotomiques où il faudra répondre par oui ou non, des questions à choix multiples et des listes de pointages pour identifier les intentions de la personne.

Les questions semi-ouvertes permettront aux participants de justifier leurs réponses ou d'ajouter d'autres éléments. Le but étant de ne pas limiter la réponse aux choix présentés.

Les questions ouvertes consistent à répondre avec ses propres mots sans indications précises. C'est un aspect qualitatif.

Les questions porteront sur l'attitude des ergothérapeutes par rapport à leurs pratiques et sur leurs croyances en tant que professionnels quant aux effets du premier confinement sur les occupations de leurs patients, c'est-à-dire sur leur posture d'ergothérapeute et sur ce que ces ergothérapeutes pensent des évolutions de la pratique.

Il y aura plusieurs catégories de questions : la présentation de la personne qui répond au questionnaire, l'évolution des problématiques occupationnelles, l'utilisation du télésoin pendant et après le confinement. (Cf annexe 2)

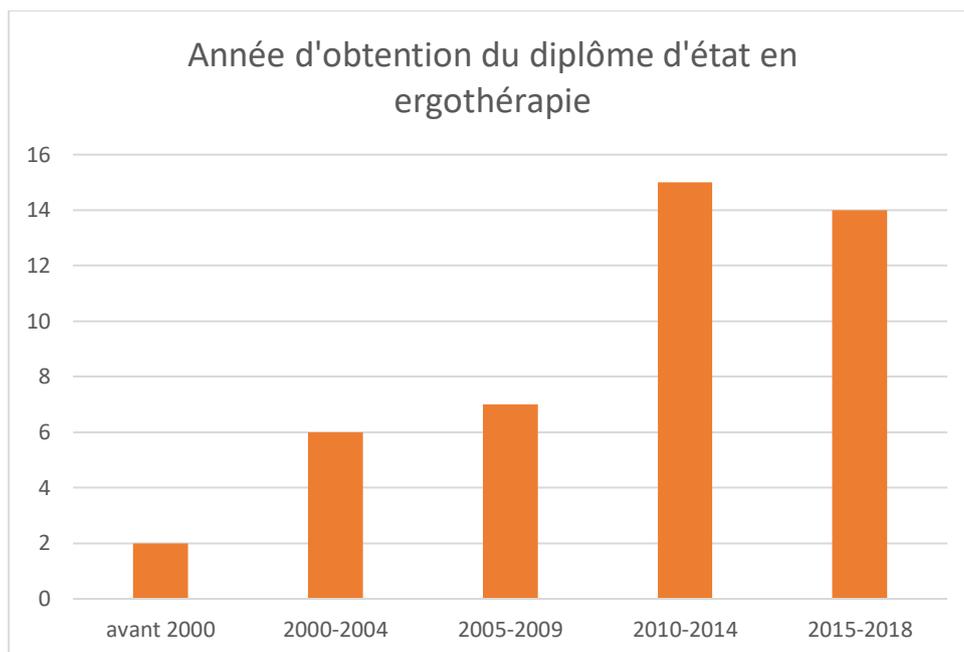
Résultats :

J'ai eu 44 réponses à mon questionnaire. Tous les répondants ne se sont pas exprimés pour chaque question. Les résultats seront restitués en trois grandes parties.

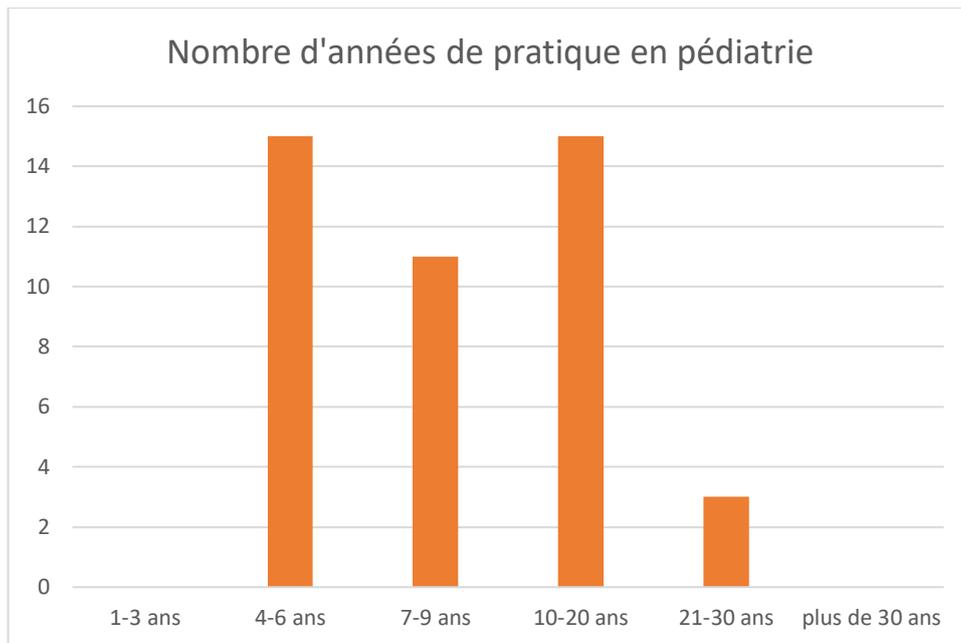
I. Informations générales

La première partie du questionnaire comporte 4 questions. L'objectif de cette partie est de récolter des informations sur les ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire. Ces informations concernent l'année d'obtention du diplôme d'état en ergothérapie, le nombre d'années de pratique en pédiatrie et en libéral, l'utilisation du MCREO et l'outil utilisé pour évaluer les problématiques occupationnelles (baisse de rendement occupationnel ou une satisfaction insuffisante pour la personne).

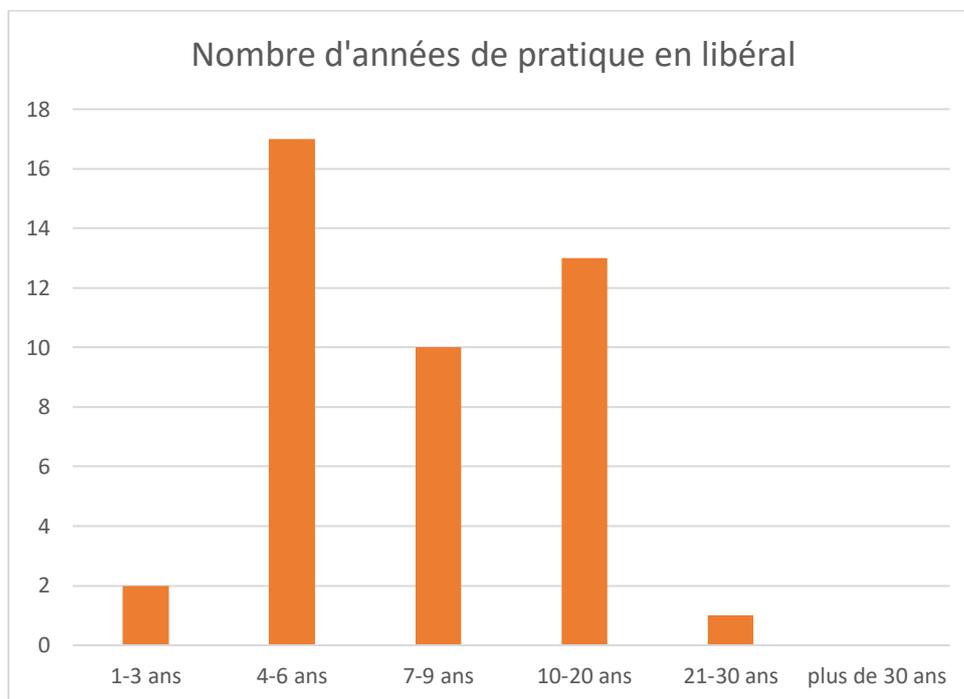
Parmi ces 44 ergothérapeutes, 2 ergothérapeutes ont été diplômés avant 2000, 6 ergothérapeutes ont été diplômés entre 2000 et 2004, 7 ergothérapeutes ont été diplômés entre 2005 et 2009, 15 ergothérapeutes ont été diplômés entre 2010 et 2014, 14 ergothérapeutes ont été diplômés entre 2015 et 2018.



Parmi ces ergothérapeutes, 15 exercent en pédiatrie depuis 4 à 6 ans. 11 exercent en pédiatrie depuis 7 à 9 ans. 15 exercent en pédiatrie depuis 10 à 20 ans. 3 exercent en pédiatrie depuis 21 à 30 ans.



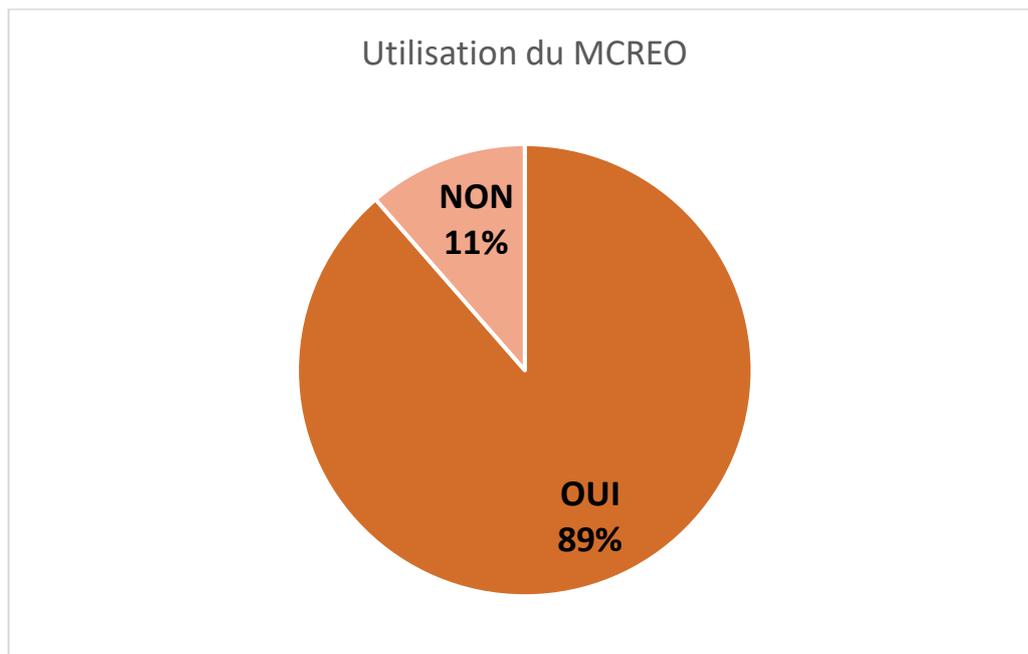
Parmi ces ergothérapeutes, 2 exercent en libéral depuis 1 à 3 ans. 17 exercent en libéral depuis 4 à 6 ans. 10 exercent en libéral depuis 7 à 9 ans. 13 exercent en libéral depuis 10 à 20 ans. 1 exerce en libéral depuis 21 à 30 ans.



Grâce à ces réponses, nous pouvons remarquer que 40 répondants sur 44 ont débuté l'exercice de la pédiatrie en libéral.

Parmi ces ergothérapeutes, 89% (soit 39 personnes) utilisent le MCREO et 11% (soit 5 personnes) ne l'utilisent pas.

35 des ergothérapeutes qui utilisent le MCREO ont reçu une formation de l'ANFE. Seulement 4 personnes utilisent le MCREO sans formation spécifique mais ont reçu les cours de leur IFE.



Les outils utilisés pour évaluer les problématiques occupationnelles pour la personne sont :

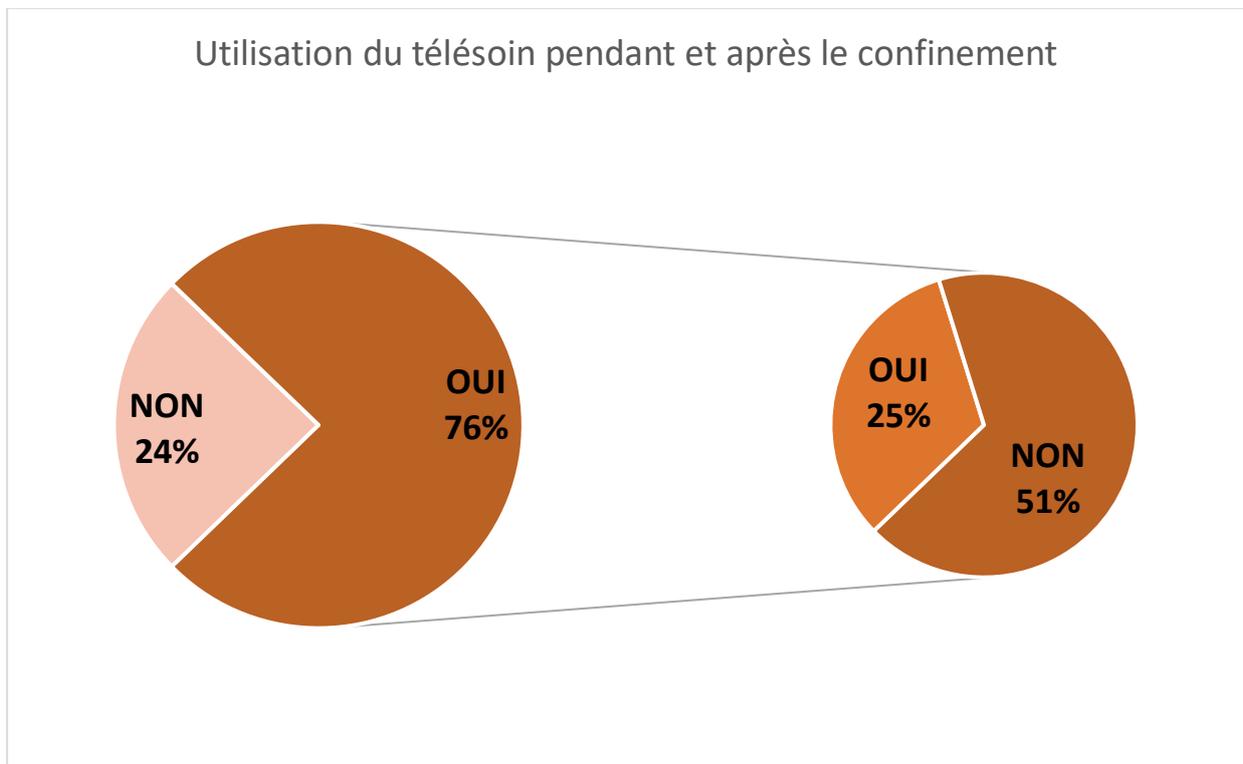
- Pour 28 répondants l'Ot'Hope,
- Pour 27 répondants un entretien,
- Pour 25 répondants la MCRO,
- Pour 5 répondants un questionnaire,
- Pour 4 répondants l'outil utilisé peut être les mises en situations,
- Pour 1 répondant l'outil utilisé peut être l'Osa,
- Pour 1 répondant l'outil utilisé peut être le PACS,
- Pour 1 répondant l'outil utilisé peut être la journée type de la personne.

Certains répondants ont stipulé que le plus souvent l'Ot'Hope est utilisé avec les enfants, la MCRO avec les parents et le questionnaire avec les enfants, les parents et les enseignants.

II. Le télésoin

La seconde partie du questionnaire porte sur la pratique ergothérapeutique pendant le confinement.

Selon les résultats obtenus, 76% des répondants ont utilisé le télésoin pendant les confinements et 24% ne l'ont pas utilisé. Parmi les 76%, 25% l'utilisent encore aujourd'hui et 51% ne l'utilisent plus.



Pendant le confinement, l'utilisation du télésoin a été un point bénéfique. Il a permis de continuer les prises en charge, de maintenir le lien, de soutenir les parents, de faire de la guidance parentale et de mieux connaître l'environnement familiale et humain de l'enfant. Les bénéfices étaient surtout pour les enfants qui apprenaient l'utilisation de l'outil informatique et pour les parents.

Cependant l'utilisation du télésoin présente aussi des difficultés. En effet, il était difficile de corriger la posture de l'enfant, il était impossible de manipuler l'enfant à distance, la diversité des supports étaient limités, l'attention de l'enfant était moindre et il fallait la présence d'un adulte pour certaines activités.

Après le confinement, le télésoin a été utilisé par 38% des répondants notamment quand il y a eu un manque de disponibilité de la part de l'enfant et/ou des parents comme pendant les vacances scolaires ou lorsque l'enfant était malade. Cet outil a aussi été utilisé pour la restitution des entretiens. Il permet aussi de vérifier le transfert des acquis de la salle d'ergothérapie à la maison et dans le quotidien lors de l'utilisation de l'outil informatique mais également de donner plus d'autonomie à l'enfant pour qu'il se souvienne de l'heure de son rendez-vous et de la procédure pour retrouver le lien de rendez-vous. Aussi nous pouvons remarquer que la majorité des répondants (soit 69% des 38%) qui utilisent encore le télésoin actuellement, travaillent en libéral depuis plus de 10 ans.

Cette utilisation actuelle du télésoin a pu être une demande à l'origine de l'enfant, des parents ou de l'ergothérapeute.

Pour 50% des répondants, le télésoin n'est plus un outil utilisé aujourd'hui. En effet, ils estiment ne plus en avoir besoin car tous les enfants viennent au cabinet. Ils observent aussi des limites rédhibitoires au télésoin comme le manque d'échange humain et la durée limitée de 45 minutes des plateformes gratuites.

L'utilisation du télésoin est une demande de la part de :

Enfant (4)	Parents (13)	Ergothérapeute (12)	N'est plus utilisé (3)
Vacances, Maladies, Demande ponctuelle, Groupe sur l'utilisation de l'outil informatique	Logistique (emploi du temps, déplacements) Vacances, Maladies	Maintien du suivi (habite loin, vacances, malades), Séances régulières, Guidances parentale, Restitutions de bilans, entretien, Transfert des acquis de l'outil informatique, Autonomie supplémentaire, Intégrer le quotidien de la personne, Réunir plusieurs enfants	Plus besoin Tous viennent au cabinet Manque l'échange humain Durée 45 min plateformes gratuites.

(x) = nombre de répondants qui ont donné cette réponse

III. Les problématiques occupationnelles :

La troisième partie porte sur l'évolution des problématiques occupationnelles et sur les possibles changements dans la pratique des ergothérapeutes.

Pour un enfant déjà pris en soin en ergothérapie, il y a eu une modification des problématiques occupationnelles (pour 76% des répondants). Cette modification est visible dans les loisirs (pour 30% des répondants ayant observé une modification), dans les soins personnels (pour 20% des répondants ayant observé une modification) et dans la productivité (pour 50% des répondants ayant observé une modification). A noté que certains répondants ont mis en avant que le regard des parents a changé

vis-à-vis de la réalisation des occupations. Ainsi la réalisation de certaines occupations n'est pas perçue comme problématique par la famille quand elle l'est vis-à-vis du thérapeute.

Modifications des problématiques occupationnelles :			
Loisirs (21)	Productivité (35)	Soins personnels (14)	Pas de modifications (5)
Diminution ou arrêt des loisirs en extérieur, Gestion du temps d'écran	Autonomie dans les devoirs, Attention, Organisation, Motivation Tâches domestiques	Habillage Lacets	

(x) = nombre de répondants qui ont donné cette réponse

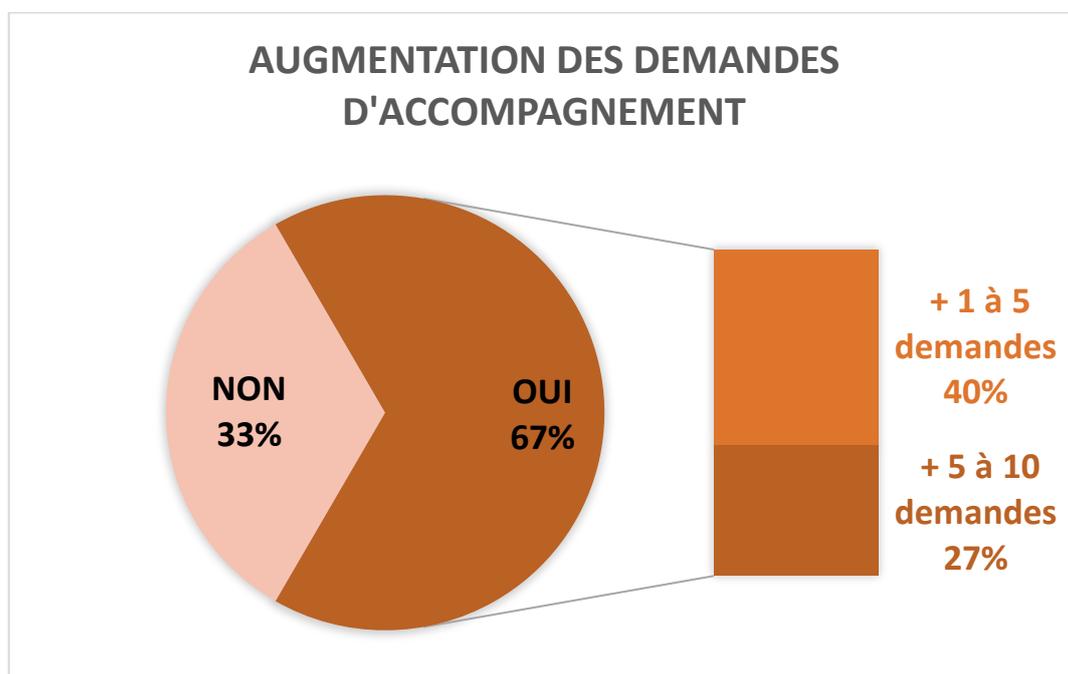
Pour un nouveau patient, dont le bilan initial a été réalisé post-confinement, pour 67% des répondants, il y a eu une modification du nombre de problématiques occupationnelles dans différents domaines de l'occupation. Ces domaines sont les loisirs (avec notamment le temps passé derrière les écrans pour jouer), la productivité (avec le graphisme, le rythme en en classe, les tâches domestiques et la cuisine) et les soins personnels (avec l'habillement). Aussi, 8% des répondants estiment que la demande est plus précise en ce qui concerne la problématique occupationnelle. Enfin 25% n'ont pas observé de modification.

Modifications des problématiques occupationnelles post- confinement :	Nombre de problématiques occupationnelles augmenté (31)	<p>Les adultes ont modifié leurs regards et leurs attentes, les occupations ne sont plus problématiques pour la famille contrairement à une vision extérieure,</p> <p>Au travers du regard des parents une occupation peut être problématique mais ne pas l'être au travers du regard des enfants</p>
	Domaine des nouvelles problématiques occupationnelles	<p>Loisir (13) : Temps d'écran (8), relations sociales</p> <p>Productivité (10) : Graphisme (5) ; Suivre le rythme en classe (8) ; tâches domestiques (9)</p> <p>Soins personnels (8) : habillage (5), lacets (1)</p>
	Origine de ses évolutions	<p>Retard des apprentissages pendant les confinements,</p> <p>Les parents qui comprennent mieux les problématiques soulevées pour les enseignants car ils se sont occupés du domaine scolaire (3)</p> <p>Nouvelle structure familiale due au confinement.</p> <p>Les enseignants qui sont davantage sensibilisés à l'outil informatique,</p> <p>Intervention en domaine scolaire ce qui dédouane la famille du suivi,</p> <p>Augmentation de la pensée monocentrée sur les bénéfices immédiats,</p> <p>Arrêt des consultations ce qui a provoqué une vague de patients.</p> <p>Volonté de participer plus, d'aider aux tâches à la maison.</p> <p>Télésoin.</p> <p>Absence dans une classe pendant une longue période freinant les apprentissages</p>

(x) = nombre de répondants qui ont donné cette réponse

La dernière question du questionnaire était centrée sur les changements dans la pratique des ergothérapeutes après les confinements. Pour la majorité des répondants (90%), l'évolution principale est le télésoin. Même si les ergothérapeutes ne l'utilisent pas, ils le considèrent comme une évolution. Une autre modification est de répondre à la demande des parents qui est encore plus exigeante en termes d'horaires et d'immédiateté. Aussi la demande est davantage voulue directement en milieu scolaire. De plus certains répondants ont ajouté qu'ils avaient observé une augmentation des demandes d'accompagnement en ergothérapie libérale.

Selon 67% répondants, il y a eu une augmentation des demandes d'accompagnement en ergothérapie libérale, cette évolution était entre 1 et 5 patients supplémentaires par semaine pour 40% et entre 5 et 10 patients supplémentaires par semaine pour 27%.



Discussion :

Cette étude a été menée pour répondre à la question suivante : En quoi le premier confinement de la Covid-19 a-t-il fait évoluer l'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents en ergothérapie libérale ?

Pour cela il a été mis en avant cette hypothèse : L'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans en ergothérapie libérale a pu évoluer en ce qui concerne le domaine des problématiques occupationnelles (productivité, soins personnels et/ou loisirs) et le mode de suivi à mettre en place avec l'émergence du télésoin.

Nous discuterons des résultats suivant trois grandes parties. Tout d'abord nous aborderons la présentation du répondant (informations générales), puis le télésoin, enfin la modification des problématiques occupationnelles.

I. Informations générales

La majorité des répondants ont été diplômés entre 2010 et 2014. Ils exercent en pédiatrie depuis plus de 10 ans et en libéral également depuis plus de 10 ans.

Aussi, nous pouvons constater que les graphiques concernant le nombre d'années d'ancienneté en pédiatrie et le nombre d'années d'ancienneté en libéral sont identiques. Ainsi, les ergothérapeutes qui ont répondu à cette enquête ont débuté la pédiatrie du fait de leur installation en libéral, que ce soit en tant que collaborateur ou en tant que propriétaire d'un cabinet. En effet, certains répondants ont spécifié dans leurs réponses qu'ils étaient collaborateurs ou alors propriétaire du cabinet libéral.

Concernant l'utilisation du MCREO, 89% de répondants l'utilisent comme modèle de référence. Je me suis alors demandé pourquoi autant d'ergothérapeutes utilisent spécifiquement ce modèle conceptuel. Nous pouvons aussi constater que les 2 ergothérapeutes qui n'ont pas reçu la formation de l'ANFE sur le MCREO sont parmi les plus récemment diplômés. Ils peuvent donc considérer que les informations reçues lors de leur formation initiale sont suffisantes et récentes pour utiliser ce modèle. Cela

peut aussi être dû à la modification du programme d'études de l'ergothérapie avec la présentation de différents modèles.

Le choix de ce modèle peut être dû au fait que c'est un modèle exclusivement utilisé par les ergothérapeutes. Aussi il fournit, comme le disent Townsend et Polatajko, une représentation tridimensionnelle de la relation d'une personne avec les trois domaines de l'occupation et les quatre éléments qui constituent son environnement. En effet, c'est un modèle qui permet de discerner les difficultés de rendement occupationnel du patient au fil du temps. (Townsend, Polatajko, 2013).

Aussi, 35 répondants sur 39 ont suivi une formation sur le MCREO. Le répondant restant a reçu une formation à son IFE lors de ses études. L'utilisation de ce modèle au quotidien nécessite donc une formation.

Les outils utilisés pour évaluer les problématiques occupationnelles sont pour la majorité des répondants l'entretien, l'OT'Hope et la MCRO. Ces trois outils sont sous forme de questionnaire dans lesquels la personne exprime ses besoins et peut les prioriser. Ces outils permettent aussi la construction du partenariat entre l'enfant, ses parents et l'ergothérapeute, car comme le dit Santinelli, le travail avec la famille est incontournable pour l'ergothérapeute pédiatrique (Santinelli, 2010). Nous voyons que la personne est placée au centre et que c'est cette personne qui va établir son projet de soins ergothérapeutiques. Cela reprend la pensée de Meyer. En effet, elle affirme qu'à la suite de ce bilan, ensembles (enfant, parents et ergothérapeute) vont définir et prioriser les objectifs (Meyer, 2007).

II. Le télésoin

Suite à la crise sanitaire de la Covid-19, en avril 2020, les ergothérapeutes ont pu avoir accès au télésoin (gouv.fr, 2020). C'est un outil pour toutes sortes d'interventions ergothérapeutiques tant que cette démarche est guidée par une réflexion clinique (Riou et al., 2021).

76% des répondants ont utilisé le télésoin pendant les confinements contre 24% qui ne l'ont pas fait. Ce résultat n'étant pas celui attendu, je me suis demandé comment les ergothérapeutes qui n'ont pas utilisé le télésoin ont-ils pu poursuivre leur activité

productive qu'est le travail. Ont-ils arrêté de travailler le temps du confinement ? ont-ils participé aux soins d'urgence dans les centres hospitaliers ? ou alors ont-ils dorénavant intégré une structure ce qui pourrait être à l'origine de l'augmentation des demandes de prise en soins en ergothérapie libérale du fait du nombre d'ergothérapeutes libéraux qui aurait diminué ? ou était-ce une question d'appréhension comme le stipule Hamdi-Bourgois et Laborde dans leurs écrits (Hamdi-Bourgois et Laborde, 2021) ?

Pour les 76% l'utilisation du télésoin pendant le confinement a permis de continuer les prises en soins, de maintenir le lien, de soutenir les parents et de faire de la guidance parentale. Les bénéfices étaient surtout pour les enfants qui apprenaient l'utilisation de l'outil informatique et pour les parents. Cela confirme ce que nous avons vu précédemment dans le cadre conceptuel. En effet le télésoin présente de nombreux bénéfices tels que poursuivre l'accompagnement des patients (ANFE, 2020) (Cariteau, 2021) (Riou, 2021), d'éviter la rupture de soins (ANFE, 2020). Cette utilisation a permis aux professionnels de rencontrer les aidants et la famille ce qui a facilité le partenariat (André et Alain, 2021)

Nous remarquons que les objectifs cités par les répondants quant à l'utilisation du télésoin pendant le confinement est davantage pour poursuivre son activité professionnelle, pour garder le lien et guider les parents que pour continuer les séances d'ergothérapie avec l'enfant. Cela confirme la pensée d'André et de Cariteau qui affirment que le télésoin a été un moyen de poursuivre le travail pendant le confinement (André & Allain, 2021) et un moyen d'assurer le suivi des patient pendant cette période (Cariteau, 2021).

En effet, selon les répondants, cette pratique ne permettant pas de corriger la posture de l'enfant, de manipuler l'enfant à distance, de diversifier les supports et d'attirer l'attention de l'enfant, il ne peut pas être efficace pour tous les objectifs ergothérapeutiques de l'enfant. Cette pensée est contradictoire avec les écrits de Riou et de l'HAS qui confirmaient la faisabilité du télésoin en ergothérapie pour toutes sortes d'interventions tant que cette démarche était guidée par une réflexion clinique (Riou et al., 2021). Mais aussi qu'aucune pratique ne devait être exclue du télésoin (HAS, 2021). L'idée d'une formation sur l'utilisation du télésoin comme le stipulent Fakolade, Johnsson et Nalder dans leurs écrits (Fakolade et al, 2017) (Johnsson et al, 2019) (Nalder et al, 2018), serait-elle intéressante pour exposer aux ergothérapeutes diverses adaptations des séances en télésoin ?

Après le confinement, la majorité des ergothérapeutes répondants ont mis de côté de télésoin. 51% ne l'utilisent plus. Selon eux, le télésoin présente des limites rédhibitoires comme le manque de relationnel et la durée limitée de l'appel sur les plateformes gratuites. En effet, certaines limites restent à dépasser pour soutenir le développement du télésoin (Riou et al., 2021). Par exemple, il ne permet pas le maintien du suivi nécessaire pour les familles avec un enfant porteur d'un handicap physique (Lucas, 2021). Aussi, le refus du télésoin peut être à l'origine des parents dans le but de limiter les écrans car durant le confinement, ce sont les écrans qui ont occupé le plus de temps les enfants (Berthomier & Octobre, 2020). Le manque de connaissances et l'appréhension (Hamdi-Bourgois et Laborde, 2021) de la part des ergothérapeutes quant à l'utilisation de cet outil pourraient être un facteur à l'origine de l'abandon de cet outil. Ajoutons à cela le manque de réglementation claires et précises (HAS, 2021), les ergothérapeutes pourraient ne pas se sentir légitimes et aptes à donner des séances en visioconférence.

Cependant, pour 90% des répondants, le télésoin est une évolution de la pratique apparue lors du confinement. La totalité des répondants qui utilisaient le télésoin lors du confinement (soit 76%) n'ont pas validé cet outil comme une évolution. Nous pouvons nous demander si parmi ces 76% certains l'utilisaient déjà avant le confinement.

25% des ergothérapeutes répondants utilisent le télésoin actuellement. Il a été remarqué dans les résultats que la majorité des ergothérapeutes libéraux qui utilisent encore le télésoin actuellement travaillent depuis plus de 10 ans (entre 10-20 ans) en libéral. Alors que je m'attendais à ce que cette majorité soit dans la tranche des 1-3 ans et/ou des 4-6 ans car étant plus jeunes, ils ont évolué avec l'outil informatique au cours de leur vie (il aurait été intéressant de demander l'âge des répondants pour valider cette pensée), ce sont les 10-20 ans qui constituent cette majorité. Cela peut s'expliquer du fait de leur expérience avec les enfants qui leur permettrait de discerner des adaptations de séances en visioconférences plus aisément.

Pour les 25% des ergothérapeutes répondants qui utilisent le télésoin encore aujourd'hui, c'est un outil qui permet de pallier les absences de l'enfant dues aux

vacances, aux maladies, aux longs trajets. Cet outil est aussi utilisé pour voir directement l'enfant dans son environnement habituel. Cela rejoint ce que nous avons vu dans le cadre conceptuel avec André et Alain, Cariteau et Riou (André et Alain, 2021) (Cariteau, 2021) (Riou, 2021). Ainsi l'ergothérapeute peut observer l'enfant évoluer dans son environnement (dans sa chambre, sa cuisine, sa salle de bain...) et avec ses propres outils (comme son lit, ses ustensiles de cuisine...). Grâce à cela il sera plus facile pour l'enfant de trouver des stratégies dans son quotidien. Ça pourrait éviter les difficultés des transferts des acquisitions à la maison, les déplacements de l'ergothérapeute au domicile lorsque son emploi du temps ne le lui permet pas et d'éviter à l'enfant d'apporter ses outils (brosse, trousse...) au cabinet ou à l'école. Les stratégies et les adaptations qui seront mises en place seront au plus proche du quotidien de l'enfant, de sa façon d'utiliser les outils, de l'usage qu'il fait des outils et personnalisées à l'enfant en question (Gately et al, 2019) (Riou, 2021).

Nous constatons que cet outil n'est pas utilisé dans la majorité des prises en soins en ergothérapie et qu'il ne s'adapte pas à toutes les prises en soins. C'est un outil de secours que ce soit une demande à l'origine de l'enfant, des parents ou de l'ergothérapeute.

Aussi l'aspect économique du télésoin n'est pas une caractéristique qui ressort du questionnaire. Plus que le fait qu'il permette de diminuer les coûts du trajet et la pollution due aux voitures, un des bénéfices majeurs serait la réduction des hospitalisations et de leurs coûts (ANFE, 2020).

III. Modification des problématiques occupationnelles

Pour la majorité des répondants, il y a eu une modification des problématiques occupationnelles que ce soit pour un patient déjà pris en soin en ergothérapie avant le confinement (76%) ou que ce soit pour un patient dont le bilan initial a été mené post-confinement (67%). Il a fallu réorganiser le quotidien au sein du domicile familial tout au long du confinement (Collectif d'Analyse des Familles en Confinement, 2020). Cette réorganisation a touché les trois domaines de l'occupation. Notamment la modification des loisirs et un partage des tâches du quotidien (productivité, soins personnels).

Restants à la maison, les enfants ont trouvé d'autres loisirs et ont contribué à la vie familiale. Il y a donc eu une réduction des temps d'activité physique, une diminution

des rapports sociaux et des temps d'ennui prolongés (Bobo et al., 2020). Un des nouveaux loisirs sont les écrans pour 22% répondants et pour Berthomier & Octobre (Berthomier & Octobre, 2020). Se défaire de ce nouvel attachement aux écrans est une nouvelle problématique occupationnelle pour 22% répondants.

En contribution à la vie familiale, les enfants ont participé aux différentes tâches du quotidien (mettre la table, faire le ménage, ranger la maison...). Pour 9 répondants cette contribution a mis en avant des difficultés et une nouvelle problématique occupationnelle. Aussi, du fait de leur proximité, selon les ergothérapeutes répondants et Bobo, les parents se sont rendus davantage comptes des difficultés scolaires de leur enfant (Bobo et al., 2020). Cette prise de conscience a fait naître de nouveaux objectifs ergothérapeutiques concernant l'autonomie dans les devoirs, l'attention, l'organisation, la motivation, le graphisme et suivre le rythme en classe.

Nous observons donc que le nombre d'occupations problématiques a augmenté après le confinement, ce qui va dans le sens de l'hypothèse exposée préalablement.

[Retour sur l'hypothèse :](#)

L'hypothèse était que l'accompagnement en ergothérapie libérale des enfants de 6 à 10 ans a pu évoluer suite au premier confinement en ce qui concerne le domaine des problématiques occupationnelles (productivité, soins personnels et/ou loisirs) et le mode de suivi à mettre en place avec l'émergence du télésoin.

Suite aux résultats et à la discussion, nous pouvons conclure qu'en effet, le premier confinement a eu des conséquences sur la prise en soins en ergothérapie avec d'une part l'utilisation du télésoin, et d'autre part avec la modification des problématiques occupationnelles des enfants.

Tout d'abord l'utilisation du télésoin qui s'est fortement propagée pendant le confinement et perdure encore aujourd'hui. C'est un outil qui a permis aux ergothérapeutes libéraux de poursuivre le suivi pendant le confinement pour la grande majorité des répondants. Cependant, après le confinement, beaucoup l'ont mis de côté au profit d'un retour aux séances habituelles, c'est-à-dire au cabinet, au domicile ou à l'école. Ainsi le télésoin, encore très peu connu et utilisé actuellement, n'est pas un

outil que l'ergothérapeute estime profitable pour mener des séances. Beaucoup de limites et d'appréhensions restent encore à dépasser. Aussi, un des points forts du télésoin est qu'il a permis d'entrer dans le quotidien des familles et ainsi d'accéder aux différentes problématiques occupationnelles.

Puis avec l'apparition de nouvelles problématiques occupationnelles suite au remaniement familiale et à la nouvelle implication des enfants dans les tâches domestiques. Cette nouvelle implication a permis aux enfants de s'essayer à différentes occupations dont ils n'avaient pas l'habitude (comme la préparation des repas, les tâches ménagères...). Cela a fait naître de nouvelles problématiques occupationnelles et par la suite de nouveaux objectifs en ergothérapie. Aussi, pendant ce premier confinement, il a été demandé aux enfants d'être plus autonome dans la réalisation des devoirs. En effet, les parents n'étaient pas toujours disponibles pour les aider dans leurs devoirs. A la suite du premier confinement, de retour en classe, le maintien de l'attention tout une journée à l'école est devenu difficile. On constate, également, que des modifications des problématiques occupationnelles sont apparues dans le domaine des loisirs avec notamment la gestion du temps d'écran et l'arrêt de certaines occupations extérieures.

Nous pouvons donc observer que l'hypothèse n'est que partiellement validée, car elle ne correspond pas la réponse d'une grande majorité d'ergothérapeutes répondants.

Toutefois comme la totalité des répondants n'ont pas répondu à toutes les questions, cette étude présente des limites.

Points forts et limites :

En effet, la première limite est le peu d'écrits concernant les répercussions du confinement sur les pratiques des ergothérapeutes et le peu d'écrits sur les conséquences du confinement sur les problématiques occupationnelles des enfants présentant un handicap pendant le premier confinement. Cette restriction bibliographique montre que les différents avis sur le sujet n'ont pas pu se confronter.

Certains répondants n'ayant pas complétés le questionnaire dans son intégralité, cela constitue une deuxième limite. En effet, cela pourrait fausser les

résultats en fonction des questions. Aussi, les parties nécessitant exemples, commentaires et illustrations n'ont été que très peu complétées ce qui ne me permet pas d'avoir un ancrage concret dans l'accompagnement de ces ergothérapeutes.

Enfin la troisième limite est de ne pas pouvoir interroger les familles. Celles-ci auraient pu partager leur vécu, leurs expériences et leurs ressentis à propos de leurs enfants en temps de confinement et leurs nouveaux points de vue à propos des problématiques occupationnelles de leurs enfants.

Nous pouvons cependant discerner des points forts à cette étude. Ainsi le fait que ce soit un sujet d'actualité me permet d'avoir des références bibliographiques récentes.

Puis, le nombre important de répondants, m'a permis d'avoir des réponses variées et d'émettre une étude représentative. Tous les répondants comprenaient les termes du MCREO, ainsi les réponses ont pu être standardisées et exploitables.

Enfin, le questionnaire a répondu à ma question de recherche.

Conclusion :

Ce mémoire traite de l'évolution de l'accompagnement en ergothérapie libérale auprès des enfants de 6 à 10 ans suite au premier confinement.

Pour répondre à cet objectif, un questionnaire a été partagé par mail. Ce questionnaire contenait trois catégories (présentation générale du répondant, les problématiques occupationnelles pendant et après le premier confinement, l'utilisation du télésoin pendant et après le confinement). 44 ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion (travailler en libéral antérieurement à 2019 auprès des enfants de 6 à 10 ans) ont répondu à ce questionnaire.

Leurs réponses, nous permettent d'observer que l'évolution de l'accompagnement en ergothérapie libérale des enfants de 6 à 10 ans suite au premier confinement a été visible d'une part dans le domaine de la problématique occupationnelle (que ce soit dans le domaine de la productivité avec les occupations liées à la scolarité et aux tâches domestiques, ou dans le domaine des loisirs avec le

temps passé derrière les écrans et l'arrêt des occupations extérieures) et d'autre part dans le mode de prise en soins avec le télésoin.

Ce travail d'initiation à la recherche a permis d'approfondir mes connaissances dans le domaine du libéral et ainsi de me projeter davantage dans ma future vie professionnelle. J'ai pu organiser mes idées et mes recherches en m'appuyant sur des sources fiables. Mes recherches et le questionnaire ont mis en évidence le véritable impact du premier confinement sur les familles et leurs occupations, non seulement dans le domaine scolaire mais aussi dans les tâches de la vie quotidienne (comme la préparation des repas ou les soins personnels), mais aussi auprès des ergothérapeutes. Il en résulte que le télésoin n'est pas encore un outil favorable pour tout le monde.

Ouverture :

Ce résultat m'interroge sur l'origine de l'abandon du télésoin alors qu'il pourrait être utile pour la prise en soins des nouvelles problématiques occupationnelles. Dans la discussion je me suis posé la question de la nécessité d'une formation à l'emploi de cet outil. En effet, dans les écrits, trois auteurs ont mis en avant la potentielle utilité de cette formation. Aussi, cette année, par exemple, nous avons eu un cours sur l'adaptation du télésoin pour diverses situations (rééducation graphique, motrice, cognitive...). Grâce à ce cours nous avons vu que le télésoin pouvait être adapté à de nombreuses situations. Un cours plus approfondi sur le télésoin pourrait permettre aux nouveaux diplômés d'être plus à l'aise avec cet outil et ainsi répondre aux problématiques occupationnelles de l'enfant directement à son domicile.

Sans doute faudrait-il ajouter un item sur la mise en place du télésoin pendant les formations sur les pathologies. Par exemple lors d'une formation sur les TSA (trouble du spectre autistique), proposer une adaptation de ce suivi en télésoin. Grâce à cela, chaque ergothérapeute pourrait concevoir un outil de suivi très efficace.

Bibliographie :

- Aiguillon, I. (2012). Chapitre 4. La loi du 11 février 2005 : Retentissement sur les enfants en situation de handicap et sur leur suivi en ergothérapie. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 55-66). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/ergotherapie-en-pediatrie--9782353270934-p-55.htm>
- André, M., & Allain, L. (2021). Le télésoin en ergothérapie : Une pratique qui répond aux enjeux de privation occupationnelle dans les activités productives des ergothérapeutes français depuis la crise sanitaire de la Covid-19. *Ergothérapies*, 83, 27.
- Association nationale française des ergothérapeutes (2020). *Webinaire/Le recours au télésoin en ergothérapie pendant la période de confinement*. Consulté de 3 avril 2023, à l'adresse https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire_telesoin_ergo_Covid19.pdf
- Avril, A., Bouche, S., Jaouen, G., Mathonet, S., Pruvost, S., & Roussel, V. (2012). Chapitre 18. Rééducation sensitivo-motrice de l'enfant. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 267-280). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0267>
- Babot, E., & Cornet, N. (2012). Chapitre 1. L'ergothérapie à la croisée des chemins. Complémentarité et spécificité dans une équipe pluridisciplinaire. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 13-26). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0013>
- Barray, V. (2012). Chapitre 20. Rééducation visuo-spatiale. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 291-308). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0291>
- Berthomier, N., & Octobre, S. (2020). Loisirs des enfants de 9 ans en situation de confinement au printemps 2020. *Culture etudes*, 5(5), 1-28.
- Biard, N., Doussin, A., & Pouplin, S. (2021). L'adaptation occupationnelle des ergothérapeutes comparée à celle de la population générale durant le confinement du printemps 2020 lié à la pandémie de Covid-19. *Ergothérapies*, 82, 7.

- Bobo, E., Lin, L., Acquaviva, E., Caci, H., Franc, N., Gamon, L., Picot, M.-C., Pupier, F., Speranza, M., Falissard, B., & Purper-Ouakil, D. (2020). Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19 ? *L'Encéphale*, 46(3, Supplement), S85-S92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
- Briquet, M., & Ung, Y. (2019). Expérimentation en France d'un dispositif de télé-ergothérapie. *Expériences en ergothérapie*, 32^e série, 449-458. Sauramps médical.
- Cariteau, H. (2021). Télésoin en ergothérapie : Développement et perspectives. *Ergothérapies*, 83, 7.
- Chabroud, N., Fric, F., Guillamaud, V., Nouvellon, C., Olivier, M., Soares Deredjian, A., Van der Horst, L., Naulet, M., Servant, C., & Theisse, M. (2021). Expériences de confinement, en contexte libéral, pendant la pandémie de la Covid-19 au printemps 2020. *Contraste*, 53(1), 75-93. <https://doi.org/10.3917/cont.053.0075>
- Charrière, C., & Machado, A. (2012). Chapitre 22. Mise en place d'une aide technique : Démarche de l'ergothérapeute en réadaptation pédiatrique. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 323-341). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0323>
- Collectif d'Analyse des Familles en Confinement. (2020). Heur et malheur des familles confinées en France : Une analyse exploratoire de l'expérience du confinement à domicile. *Les Politiques Sociales*, 3-4(2), 94-113.
- Haute Autorité de Santé (s.d.). *Consulter et se faire soigner à distance— Téléconsultation & télésoin*. Consulté 9 mai 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270557/fr/consulter-et-se-faire-soigner-a-distance-teleconsultation-telesoin
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique* (DeBoeck supérieur). <https://anfe.fr/product/lergotherapie-en-france-une-perspective-historique/>
- Détraz, M.-C., Eiberle, F., Moreau, A., Pibarot, I., & Turlan, N. (2012). Chapitre 5. Définition de l'ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 127-133). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0127>
- Estes, J. P., & Pierce, D. (2016). Chapitre 23. La perception des ergothérapeutes en pédiatrie de la dynamique de la pratique fondée sur l'occupation. In *La science*

- de *l'occupation l'ergothérapie* (p. 281-290). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pierc.2016.01.0281>
- Fakolade, A., Finlayson, M., & Plow, M. (2017). Using telerehabilitation to support people with multiple sclerosis: a qualitative analysis of interactions, processes and issues across three interventions. *British journal of occupational therapy*, 80(4), 259-268. <https://doi.org/10.1177/0308022617690405>
- Ferland, F. (2004). *Le développement de l'enfant au quotidien*.
- Ferland, F. (2023). *Bien grandir : Le développement des 6-12 ans*
- Finlayson, M., & Holberg, C. (2007). Evaluation of a Teleconference-Delivered Energy Conservation Education Program for People with Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 337-347. <https://doi.org/10.2182/cjot.06.0018>
- Gately, M. E., Trudeau, S. A., & Moo, L. R. (2020). Feasibility of Telehealth-Delivered Home Safety Evaluations for Caregivers of Clients With Dementia. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 40(1), 42-49. <https://doi.org/10.1177/1539449219859935>
- Guy, V., Ledreux, H., Riou, G. & Thomas, A. (2021). Ergothérapie et télésoin. *Le Monde de l'ergothérapie, bulletin de l'ANFE*, 47, 13-14
- Hamdi-Bourgeois, C., & Laborde, S. (2021). État des lieux de l'utilisation du télésoin en ergothérapie aujourd'hui. *Le Monde de l'ergothérapie, bulletin de l'ANFE*, 48
- Hamonet, C. (2022). *Introduction. De l'infirmité aux situations de handicap. La problématique des personnes handicapées: Vol. 9e éd.* (p. 6-13). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-personnes-en-situation-de-handicap--9782715408265-p-6.htm>
- Handicap.gouv (s.d.) *La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances*. Consulté 27 novembre 2022, à l'adresse <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>
- Haute autorité de santé (2023). *La e-santé. Des avantages concrets pour vos patients*. Consulté de 13 mai 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf
- Heuer, A., Reid Hector, J., & Cassell, V. (2019). An Update on Telehealth in Allied Health and Interprofessional Care. *Journal of Allied Health*, 48(2), 140-147.

- Johnsson, G. &, Kerslake, R., & Crook, S. (2019). Delivering allied health services to regional and remote participants on the autism spectrum via video conferencing technology: lessons learned. *Rural remote health*, 19(3), 5358. <https://doi.org/10.22605/RRH5358>
- Latulippe, K., Giroux, D., Vincent, C., Guay, M., Kairy, D., Morales, E., Boivin, K., & Provencher, V. (2020). La visioconférence mobile pour évaluer le domicile : Une revue rapide. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n1.135>
- Lequinio, Janot (2019). *100 idées pour développer l'autonomie des enfants grâce à l'ergothérapie*. Tom Pousse.
- Leveque-Dupin, S., & Guillermin, A.-L. (2012). Chapitre 21. Ergothérapie, graphisme et alternative : D'une évaluation ciblée à un suivi adapté. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 309-322). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0309>
- Little, L. M., Pope, E., Wallisch, A., & Dunn, W. (2018). Occupation-Based Coaching by Means of Telehealth for Families of Young Children With Autism Spectrum Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 7202205020p1-7202205020p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.024786>
- Lucas, C. (2021). *Impact d'un confinement complet sur le suivi médical et ré-éducatif des enfants en situation de handicap moteur, rapporté par les parents*. 30. *Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus)*. (2020, janvier 21). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>
- Malifarge, D. (2012). Chapitre 5. L'annonce du handicap et l'impact en rééducation. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 67-82). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0067>
- Maraquin, C. (2015). Le partenariat c'est quoi ? In *Handicap : Pratiques professionnelles à domicile* (p. 113-122). Dunod. <https://www.cairn.info/handicap-pratiques-professionnelles-a-domicile--9782100721368-p-113.htm>
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. EESP.
- Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (s.d.) *Situation sanitaire : Le calendrier d'allègement des mesures pour les professionnels*. Consulté 22 décembre 2022, à l'adresse

<https://www.economie.gouv.fr/covid19-soutien-entreprises/situation-sanitaire-calendrier-allegement-mesures-professionnels>

Ministère de la Santé et de la Prévention (2022). *Le télésoin*. Consulté le 16 novembre 2022, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/le-telesoin>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.) *Qu'est-ce-que le parcours de soins ?*. Consulté 5 novembre 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (s.d.). *La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances*. Handicap.gouv. Consulté le 2 octobre 2022, à l'adresse <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd, Vol. 1-1). Deboeck supérieur.

Nalder, E., Marziali, E., Dawson, D.R., & Murphy, K. (2018). Delivering cognitive behavioural interventions in an internet-based healthcare delivery environment. *British journal of occupational therapy*, 81(10), 591-600. <https://doi.org/10.1177/0308022618760786>

Nix, J., & Comans, T. (2017). Home Quick – Occupational Therapy Home Visits Using mHealth, to Facilitate Discharge from Acute Admission Back to the Community. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 47-54. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6218>

Noblet, L. (2022). L'approche centrée sur le client de l'ergothérapeute, élément facilitateur d'une meilleure connaissance du champ d'action des ergothérapeutes, dans le cadre d'une pratique libérale. *Ergothérapie*, n°85, pages 43-52

Pelé, G., Le Ray, M., Beis, J.-M., Paysant, J., & Le Chapelain, L., (2017). Logiciel de réentraînement cognitif : intérêt et faisabilité d'une utilisation à domicile. *Actualité en MPR*, 1/Janvier 2017.

Pinel-Jacquemin, S., Martinasso, M., Martinez, A., & Moscaritolo, A. (2022). Modifications des relations intrafamiliales dans les familles françaises de jeunes

- enfants pendant le premier confinement lié à la COVID-19. *Psychologie Française*. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.02.002>
- Riou, G. (2021). Ergothérapie et télésoin auprès d'adolescents : Une réponse possible contre la privation occupationnelle en période de confinement ? *Ergothérapies*, 83, 37.
- Riou, G., Cariteau, H., & Biard, N. (2021). Ergothérapie et télésoin : Revue de littérature. *Ergothérapies*, 83, 11.
- Rortvedt, D., & Jacobs, K. (2019). Perspectives on the use of a telehealth service-delivery model as a component of school-based occupational therapy practice : Designing a user-experience. *Work*, 62(1), 125-131. <https://doi.org/10.3233/WOR-182847>
- Rouault, Faure, Galbiati,. (2021). L'occupation au centre du raisonnement professionnel de l'ergothérapeute. *ANAE*, 33(172), 273-276.
- Samson, S. (2012). Chapitre 26. Structures et modalités d'exercice de l'ergothérapeute en pédiatrie. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 385-398). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0385>
- San Sebastian, P. (2012). Chapitre 19. La rééducation des troubles neuromoteurs : Motricité fine et coordinations gestuelles. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 281-290). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0281>
- Santinelli, L. (2012). Chapitre 6. Le partenariat avec les familles. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 83-96). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0083>
- Sarsak. (2020). Telerehabilitation services : A successful paradigm for occupational therapy clinical services? *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal*, Volume 5(Issue 2). <https://doi.org/10.15406/ipmrj.2020.05.00237>
- Santépubliquefrance.fr (s.d.). *Coronavirus : Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde*. Consulté 17 décembre 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
- Sylvie Cantin. (2018). *Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)—Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Extranet - Institut Nazareth et Louis-Braille. <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>

- Tétrault, S., & Guillez, P. (2022, octobre 15). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353272679-guide-pratique-de-recherche-en-readaptation>
- Tétrault, S., & Blais-Michaud, S. (2014). Élaboration d'un questionnaire. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 247-268). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0247>
- Thierry, X., Geay, B., Pailhé, A., Berthomier, N., Camus, J., Cauchi-Duval, N., Lanoë, J.-L., Octobre, S., Pagis, J., Panico, L., Siméon, T., Solaz, A., & SAPRIS. (2021). Les enfants à l'épreuve du premier confinement. *Population Societes*, 585(1), 1-4.
- Townsend & Polatajko. (2013). *Habiliter à l'occupation—2ème édition*.
<https://anfe.fr/product/habiliter-a-loccupation-2eme-edition/>
- Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*.

Annexe 1 : Retranscription de l'entretien initial avec une ergothérapeute

R : bonjour, comment allez-vous

X : Bonjour, bien merci et vous

R : oui super merci

X : et bah écoute, je n'ai pas eu le temps d'approfondir ton questionnaire parce que j'ai eu beaucoup de travail ces derniers jours. Je vais pouvoir le découvrir avec toi. Donc je suis à ta disposition, j'ai 20 minutes devant moi.

R : d'accords super merci déjà de m'accorder du temps. Est-ce que ça vous dérange si j'enregistre car je devrai retranscrire et ça sera anonyme.

X : oui pas de souci

R : ok merci. Tout d'abord des petites questions sur comment vous vous travaillez. Vous travaillez dans quel domaine ?

X : je travaille en SESSAD

R : Depuis quand travaillez-vous là-bas ?

X : Alors je travaille depuis 22 ans en pédiatrie et ce SESSAD depuis 11 ans

R : Donc vous êtes en collaboration avec d'autres professionnels ?

X : Oui avec d'autres ergo, psychomot, ortho, psycho, éducatrices, kiné et équipe admin qui va avec

R : Vous voyez des pathologies plus que les autres ou c'est très varié ?

X : La plupart des enfants avec qui je travaille ont des séquelles de prématurités donc des séquelles du type PC ou neurocognitif sans troubles moteurs visibles mais avec des TND et puis quelques maladies génétiques ou neuromusculaires. Qui rendent une légère difficulté motrice ou énorme mais quasiment tout le temps des TND.

R : Bah super parce que moi j'aimerais bien faire mon mémoire sur les TND avec un sujet plutôt d'actualité parce que dans mon entourage j'ai des personnes atteintes de ca et je es ai un peu observées ces deux dernières années avec les périodes de confinements. J'ai découvert beaucoup de difficultés à s'adapter au nouveau mode de vie et notamment pour le domaine scolaire car si on avait besoin de l'ordinateur à

l'école et devoir en même temps suivre les cours sur l'ordinateur et travailler dessus. Donc cette coordination était plutôt difficile. Et s'adapter...

X : (me coupant la parole) alors moi par contre j'ai trouvé que les enfants sur ordinateur qui étaient en apprentissage d'ordinateur ou qui étaient en utilisation d'ordinateur pour leur travail scolaire, au contraire au confinement ils sont devenus extrêmement performant et bien plus performant que les élèves qui eux n'étaient pas du coup habitué à utiliser un ordinateur ou une tablette pour travailler.

R : d'accord, ça ne les a pas perturbé de devoir combiner en même temps l'attention et

X : (me coupant de nouveau la parole) au contraire non car les devoirs et tout était donné sur informatique et faisait les devoirs directement dessus, sur le PDF. Ils savaient déjà taper à l'ordi et étaient plutôt rapide. Donc pour le coup ils ont été sacrément avantagés par rapport aux autres car en plus ils avaient déjà un matériel, savaient l'utiliser et c'était une situation où le handicap était avantageux.

R : ah oui d'accord, ok. Et ...

X : mais après quand tu dis TND t'es d'accord que c'est quand même très large.

R : oui c'est pour ça aussi que j'allais vous demander si c'est pertinent de prendre TND en généralité ou vous pensez que je devrais plutôt me centrer sur un domaine comme par exemple le domaine des troubles des apprentissages ou les TDH ?

X : eh bien, je ne sais pas pour l'instant j'i pas d'avis préconçu parce que pour moi je dirai que l'impact délétère, j'imagine que ce que toi tu veux aborder c'est. Y'a eu un impact délétère du confinement et c'est devenu un facteur aggravant d'avoir un handicap. Bah peut-être mais pour moi la grosse différence c'est plus le contexte environnemental qui a été favorisant ou aggravant. Un enfant TND ou pas TND qui habitait dans une zone rurale avec un jardin avec deux parents à la maison pour l'aider à 100% alors qu'avant ils n'étaient jamais là, là pour le coup ça été une chance extraordinaire alors qu'un enfant sans TND qui a vécu à 5 ans un petit appartement sans balcon dans un milieu urbain où ça se voyait si tu dépassais le 1kmn eux ils ont vraiment beaucoup souffert. Donc la notion de confinement c'est surtout un impact contextuel. Un enfant qui a un handicap et qui a pu fuir cet environnement de moquerie et de différence il a été ravi car leurs parents étaient dispo pour eux et ont compris leurs troubles. Ils ont été plus à leur rythme avec des vidéos que les prof ont envoyés. Donc ce que j'ai observé c'est que le confinement a été profitable si et seulement s'ils

avaient un parent à la maison qui a travaillé avec lui. Pour moi il ne faut pas partir du principe que l'impact du confinement a été délétère.

R : ou après moi je voulais voir s'il y avait des répercussions qu'elles soient négatives ou positives. Et dans de le cas où elles étaient négatives c'était comment on ergothérapie on pourrait peut-être rééquilibrer toutes les occupations.

X : ce qui est compliqué dans ton sujet c'est que les confinements, on ne savait jamais quand il allait prendre fin. Donc en ergothérapie on n'a jamais pu savoir s'il y avait besoin de rééquilibrer les occupations parce qu'on ne savait jamais si ça allait durer ou pas et si les parents allaient reprendre le travail. Il y avait beaucoup de si. Un ergo a besoin de se projeter donc s'il savait que ça allait durer deux mois il auraient pu se dire qu'on ne laisse pas un enfant comme ça avec un déséquilibre occupationnel. Donc je trouve que ton sujet il est hyper intéressant sur le fond mais sur le côté est-ce que l'ergothérapeute pourrait réutiliser un rééquilibrage occupationnel, je trouve que tu n'as pas encore pris en considération le contexte concret où l'ergo était derrière son ordinateur avec l'enfant. Des séances ont été aussi interrompus car les parents étaient déjà trop occupés par l'école. Et dans l'idée on va se dire qu'il n'y aura plus de confinement donc soit tu dis que tu vas sortir un guide pour un éventuel hypothétique futur confinement mais l'ergo ne va pas pouvoir suggérer un déménagement.

R : une autre orientation du sujet pourrait-être sur les TSA car j'ai lu une étude qui disait que beaucoup d'entre eux s'étaient réfugiés derrière les écrans et à la fin du confinement avaient

X : alors moi je ne travaille pas avec les TSA mais il faut que tu fasses attention aux nombres d'enfants en question et si tu pars sur ça, ça restreint beaucoup le nombre d'ergothérapeutes qui pourront répondre à ton sondage. Donc ton sujet serait un peu « casse gueule ». Donc il faudra que tu élargisses ton champ d'action.

R : d'accord oui je vois. C'est vrai que je n'ai pas noté de pourcentage d'atteinte pour cette étude. Je vais essayer d'approfondir tout ça et d'orienter pour que ce soit plus large. Est-ce que vous pourriez me dire comment vous travaillez avec ces enfants et quelle tranche d'âge ils ont ?

X : ils ont a peu près 13-14 ans, séances individuelles et de groupe de médiation sportives. Les individuels c'est une fois par semaine de 45 minutes avec une approche top-down avec la création par la MCRO d'une liste d'activité, puis avec la méthode COOP pure ou la rééducation un peu adaptée.

R : et vous, vous avez continué à travailler pendant le confinement ?

X : oui absolument

R : il y a eu beaucoup d'enfants qui se sont désistés ?

X : alors on est restés à nos domicile et on a fait des visio donc personne ne s'est déplacé. Pendant le confinement strict sinon on a peu aller à leur domicile. Donc la difficulté pour toi c'est que ne sachant pas si on va avoir un autre confinement, en fait ça serait pour faire quoi ce mémoire là

R : oui c'était pour

X : Qu'est-ce que ça va te servir pour ta pratique future si tu étudies un contexte qui ne va peut-être plus jamais se produire. C'est un mémoire de recherche et ce que ça va t'apporter à toi et à la communauté des ergo. C'est hyper intéressant d'étudier ça mais dans quel but tu vas l'étudier. Il ne faut pas juste t'informer. Il faudrait élargir le thème de la privation occupationnelle à un autre contexte et savoir ce que ça a apporté aux enfants. Il faut qu'il y ait un avenir à ton mémoire. Donc voilà les idées mais je vais te laisser maintenant parce qu'il faut que je parte. J'espère que cet entretien a pu t'aider.

R : oui merci, après il faut que je trouve ma question de recherche donc ça va m'aiguiller.

X : oui tout à fait. Bonne fin de journée

R : encore merci, au revoir

X : au revoir

Annexe 2 : Questionnaire

Général :

1- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?

2018-2015 :

2014-2010 :

2009-2005 :

2004-2000 :

Avant 2000 :

2- Depuis combien de temps pratiquez-vous auprès des enfants ?

1-3 ans :

4-6 ans :

7-9 ans :

10-20 ans :

21-30 ans :

Plus de 30 ans :

3- Depuis combien de temps pratiquez-vous en libéral ?

1-3 ans :

4-6 ans :

7-9 ans :

10-20 ans :

21-30 ans :

Plus de 30 ans :

4- Utilisez-vous le MCREO (modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel) ?

Oui :

Non :

Avez-vous été formé au MCREO ?

Oui :

Non :

5- Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour identifier les problématiques occupationnelles ?

Télésoin :

6- Pendant les confinements dus à la Covid-19, avez-vous utilisé du télésoin ?

Oui :

Non :

7- Selon vous, le télésoin a-t'il été un outil efficace pour poursuivre la rééducation avec les enfants ?

Oui :

Non :

Remarques / pourquoi :

8- Vous servez-vous encore aujourd'hui du télésoin ?

Oui :

Non :

Si non, pourquoi :

9- L'utilisation actuelle du télésoin est-elle une demande de la part :

Des parents : pourquoi préfèrent-ils adopter le télésoin ?

Des enfants : pourquoi préfèrent-ils adopter le télésoin ?

De vous : dans quel but ?

Après le premier confinement dû à la Covid-19 :

10-Combien de demandes par semaine aviez-vous avant les confinements (avant 2019) ?

11-Avez-vous observé une augmentation des demandes de suivi en général suite aux confinements ?

Oui :

Non :

12-Si oui, vous observez une augmentation des demandes par semaine après les confinements entre ?

0 – 5 patients :

5 – 10 patients :

10 et plus de patients :

Problématiques occupationnelles :

13-Pour un patient que vous suiviez déjà avant la Covid :

Avez-vous observé une modification des occupations problématiques ?

Dans le domaine des soins personnels ? oui/non, quelles occupations ?

Dans le domaine de la productivité ? oui/non, quelles occupations ?

Dans le domaine des loisirs ? oui/non, quelles occupations ?

14-Pour un nouveau patient, un pour lequel le bilan initial a été fait après la période de confinement :

Le nombre occupations problématiques a-t-il augmenté ?

Un domaine en particulier est-il concerné (loisirs, soins personnels, productivité...) ?

Les demandes sont-elles plus précises ?

Le mode de suivi est-il modifié (demande de suivi par télésoin...) ?

15-Selon-vous, a quoi sont dues ces évolutions ?

Implication de la famille :

16-Remarquez-vous dorénavant une meilleure implication de la famille dans le projet de soin ? Dans l'entretien initial, la mise en place des objectifs ...

Oui :

Non :

Comment se manifeste cette implication ?

Dorénavant, 3 ans après le Covid :

17-Avez-vous observé des changements dans votre pratique ?

Oui :

Non :

Si oui, pouvez-vous partager des exemples ?

18-Vous servez-vous encore aujourd'hui du télésoin ?

Oui :

Non :

Si non, pourquoi :

Lien pour accéder au questionnaire en ligne :

<https://form.dragnsurvey.com/survey/r/4e20c45c>

Résumé

Vers un nouvel accompagnement en ergothérapie libérale auprès des enfants de 6 à 10 ans suite au premier confinement

Mots clés: Ergothérapie libérale, enfants de 6 à 10 ans, premier confinement, problématiques occupationnelles

Le monde a connu une période de confinement due au virus de la Covid-19. Chacun a dû rester à son domicile et apprivoiser un nouveau mode de vie. Le but de cette étude est de savoir en quoi le premier confinement de la Covid-19 a fait évoluer l'accompagnement des problématiques occupationnelles des enfants de 6 à 10 ans et de leurs parents en ergothérapie libérale.

Afin de répondre cette question, un questionnaire a été diffusé à des ergothérapeutes travaillant en libéral auprès d'enfants de 6 à 10 ans, déjà en poste avant 2019. 44 ergothérapeutes ont répondu à ce questionnaire.

Les résultats de cette enquête montrent que la majorité des ergothérapeutes ont observé une modification des problématiques occupationnelles suite au premier confinement notamment dans le domaine des soins personnels et de la productivité. Aussi dorénavant certains ergothérapeutes utilisent le télésoin pour mener les séances.

Towards new private occupational therapy support for children aged 6 to 10 years following the first confinement

Keywords: Private occupational therapy, children aged 6-10 years, first confinement, occupational problems

The world went through a period of containment due to the Covid-19 virus. Everyone had to stay at home and learn a new way of life. The aim of this study is to find out how the first Covid-19 containment changed the occupational therapy support for children aged 6 to 10 and their parents.

In order to answer this question, a questionnaire was distributed to occupational therapists working in private practice with children aged 6 to 10, who were already in post before 2019. 44 occupational therapists answered to this questionnaire. The results of this survey show that the majority of occupational therapists observed a change in occupational problems following the first confinement, particularly in the area of personal care and productivity. Also, some occupational therapists now use telecare to conduct sessions.