



*Institut de Formation en Ergothérapie de ROUEN*

Mémoire d'initiation à la recherche

---

**Ergothérapie et enfants atteints d'un trouble du spectre autistique : De l'éducation de l'entraîneur à la participation dans l'activité sportive**

Ophélie CARRIOT

N° étudiant : E 20/06

Promotion : 2020-2023

Sous la direction de LEPILLER Gaëlle

*« Le sport n'est plus seulement le sport, il  
est un fait social total qui doit être plus que  
jamais facteur de lien social »*

André Leclerc, 2006

*« L'autisme n'est pas une déficience mais une différence.  
Le refus de la différence est une déficience »*

Hilde De Clercq, 2010

## **GLOSSAIRE** :

TSA : Troubles du spectre autistique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CIM : Classification internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

HAS : Haute Autorité de Santé

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

CAA : Communication Améliorée et Alternative

EAPA : Educateur d'Activité Physique Adaptée

IME : Institut médico-éducatif

MAS : Maison d'accueil spécialisé

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

## **REMERCIEMENTS :**

*Je tiens à remercier les personnes ayant contribué à mes entretiens pour leur temps et leur partage de connaissances.*

*Un grand remerciement à ma maître de mémoire, Gaëlle LEPILLER, pour son soutien, ses conseils tout au long de l'année.*

*Merci aux ergothérapeutes de Colette Yver qui ont su m'épauler, me conseiller et me relire afin de me transmettre des avis constructifs me permettant d'avancer.*

*Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation de Rouen pour ces trois années de formation et plus particulièrement à Cécile, pour sa disponibilité, sa bonne humeur tout au long de cette année.*

*Un énorme remerciement à ma famille pour leur positivité, leur soutien et leurs encouragements lors des moments de doutes. Un grand merci plus particulièrement à ma maman pour toutes ces relectures intensives durant ces trois années.*

*Merci aux anciens étudiants pour leurs encouragements, leurs conseils qui m'ont été précieux pour la réalisation de mes études.*

*Des remerciements spécifiques à mes amis rencontrés au sein de ces trois années d'ergothérapie, qui m'ont permis de m'épanouir dans ma formation et d'en faire des années inoubliables.*



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités  
Unité certification sociale et paramédicale  
2, place Jean Nouzille  
CS 55427  
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

**Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie**

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Gaëlle CARRIOT atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.  
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à ROUEN Le 24/05/2023 signature

i Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ii Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

iii Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

## Sommaire :

<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>1</b>
<b>CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>3</b>
I. Les troubles du spectre autistiques :.....	3
1. Généralités :.....	3
II. Sémiologie :.....	5
1. Troubles du comportement, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints et répétitifs..	5
2. Troubles des interactions sociales et de la communication :.....	6
3. Les comportements défis :.....	7
III. L'ergothérapie au sein des loisirs de l'enfant.....	8
1. Histoire de l'ergothérapie.....	8
2. Les spécificités du métier d'ergothérapeute :.....	9
IV. Les composantes de la communication et sa favorisation par l'utilisation de la communication améliorée alternative :.....	14
1. Les généralités de la communication :.....	14
2. Les fonctions de la communication :.....	14
3. Le types de communication.....	15
4. La théorie de l'esprit.....	18
5. Les bilans pour évaluer la communication :.....	18
6. La communication améliorée alternative.....	19
7. L'intérêt de la CAA auprès de la personne TSA :.....	21
8. L'interdisciplinarité dans la mise en place en place d'un outil de communication améliorée alternative.....	22
V. La participation dans les activités sportives par l'éducation du cercle social de l'enfant par l'ergothérapeute.....	26
1. La participation :.....	26
2. Les activités sportives :.....	27
3. Le rôle de l'entraîneur au sein de l'activité sportive :.....	27
4. La pratique sportive chez la personne atteinte d'un TSA.....	28
5. La participation chez les personnes atteintes d'un TSA :.....	30
6. Les compétences de l'ergothérapeute mises en jeu auprès de l'environnement social : 31	
7. Les modèles d'éducation utilisé par l'ergothérapeute :.....	32
<b>PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESES</b> .....	<b>34</b>
<b>METHODOLOGIE DE RECHERCHE :</b> .....	<b>36</b>

I.	Méthodologie de recherche .....	36
1.	Le choix de la méthode qualitative :.....	36
2.	L'utilisation de l'approche hypothético-déductive.....	36
3.	La population de recherche : .....	37
4.	Les techniques et les outils de recueil de données empiriques :.....	39
II.	Réflexion sur l'objectivité et l'éthique du chercheur .....	41
	<b>ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES : .....</b>	<b>42</b>
I.	Analyse verticale .....	42
II.	Analyse horizontale.....	45
1.	Les difficultés de l'enfant TSA au sein de l'activité sportive .....	45
2.	Le rôle de l'ergothérapeute auprès de l'entraîneur dans l'activité sportive.....	46
3.	L'ergothérapeute et la CAA .....	46
4.	Les difficultés de l'entraîneur lors de l'activité auprès de l'enfant TSA : .....	47
5.	L'intérêt de l'éducation de la CAA auprès de l'entraîneur : .....	48
6.	L'utilisation de l'approche expérientielle lors d'une démarche d'éducation par l'ergothérapeute envers l'entraîneur .....	48
7.	Validation ou réfutation des hypothèses :.....	49
	<b>DISCUSSION : .....</b>	<b>52</b>
I.	Nouveaux apports théoriques :.....	52
II.	Limites et biais de la recherche : .....	54
III.	Perspectives : .....	55
	<b>CONCLUSION : .....</b>	<b>56</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE : .....</b>	<b>58</b>
	<b>ANNEXES : .....</b>	

## **INTRODUCTION :**

Mon questionnement s'est imposé à la suite d'une expérience vécue. En effet, mon père, entraîneur de basket entraîne des enfants de moins de 12 ans accompagné d'une jeune entraîneuse bénévole. En début d'année, un nouvel enfant est arrivé. Durant l'entraînement, l'enfant a adopté un comportement défi, qui d'après elle faisait suite à une incompréhension des règles qu'elle avait expliquées. L'étudiante, ne sachant pas qu'il était atteint d'un trouble du spectre autistique (TSA), a réprimandé l'enfant. Cela a provoqué, l'isolement de l'enfant auprès de ses camarades et une diminution de sa participation dans son activité sportive. L'enfant rencontrant des difficultés de communication expressive n'a pu exprimer ses besoins. A cet instant, je me suis demandé comment l'ergothérapeute pourrait intervenir afin de permettre à un enfant atteint d'une maladie neurodéveloppementale de pouvoir pratiquer pleinement son activité sportive.

Afin d'approfondir sur le sujet, je devais me focaliser sur une pathologie en particulier. Par ailleurs, le retour d'autres étudiants en ergothérapie auprès des populations TSA m'a fortement intrigué. De plus, grâce à des lectures, j'ai pu me rendre compte que de nombreuses personnes sont atteintes de cette maladie. En effet, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), « il a été dénombré environ 700 000 personnes avec un TSA en France, dont 100 000 ont moins de 20 ans ». (Inserm, 2018) De plus, il y a une augmentation des recherches à ce sujet ainsi que sur l'établissement précoce du diagnostic. Cependant, peu d'études sont centrées sur l'optimisation de la pratique des loisirs de l'enfant atteint d'un TSA et plus particulièrement sur celle de l'activité sportive.

Néanmoins, elles expliquent que « cette population avait une activité physique plus faible que la population générale du même âge » (Mangerud et al., 2014). Par conséquent, de nombreux troubles de santé ont été identifiés au sein de cette population. L'activité physique a donc une place importante dans le quotidien de ces individus mais n'est pas tout le temps accessible. Or la loi du 11 février 2005 a été votée pour permettre l'égalité des droits et des chances pour les personnes en situation de handicap. (Légifrance, 2005) Je trouvais donc intéressant d'approfondir mes recherches sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants TSA pour leur favoriser la pratique d'une activité sportive.

Au-delà de mon tout premier questionnement, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage révélateur auprès d'enfants et d'adultes TSA avec une déficience intellectuelle plus ou moins sévère. J'ai alors réalisé à quel point la communication est primordiale pour une bonne prise en



soin afin de répondre à leurs besoins. Cette population étant majoritairement non verbale, les moyens pour ces résidents de communiquer diffèrent sensiblement de l'un à l'autre. Enrichie de mon vécu tout d'abord à titre privé, puis en période de stage, je me suis dit qu'il serait intéressant de comprendre, cerner puis définir quel rôle peut jouer l'ergothérapeute dans l'amélioration des facultés de communication de son patient dans le cadre des activités sportives.

Ce travail d'observation et de recherche m'a permis d'affiner ma question de départ qui est :

Comment l'ergothérapeute va-t-il accompagner l'enfant atteint d'un trouble du spectre autistique et son entraîneur afin d'améliorer ses capacités de communication pour favoriser sa participation dans son activité sportive ?

La littérature va nous permettre d'alimenter notre recherche, d'élargir notre réflexion autour de cette question de départ. Afin, de structurer cette recherche nous élaborons un cadre conceptuel regroupant différents concepts nécessaires à l'élaboration d'une problématique. Après l'apport théorique, une enquête de terrain sera menée afin de joindre la théorie et pouvoir répondre à notre questionnement précédent. La confrontation de tous les éléments étudiés, apportées nous permettra d'identifier de nouveaux apports théoriques et de percevoir notre sujet sous un autre angle. En effet, nous serons capables d'adopter un regard critique sur notre recherche, d'identifier ces nouveaux apports et d'ouvrir davantage notre réflexion

## CADRE CONCEPTUEL

### I. Les troubles du spectre autistiques :

#### 1. Généralités :

##### 1.A. Evolution et terminologie

La terminologie a évolué avec les recherches de Leo Kanner, qui a introduit le fait que « le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie » (Perrin et Maffre, 2013, p.1). En parallèle Hans Asperger mène des recherches similaires, puis Lorna Wing attribue le nom de syndrome d'Asperger aux formes d'autisme sans déficience intellectuelle et sans retard de langage. Elle se questionne sur l'appartenance à un même trouble, des différents symptômes exprimés par Asperger et Kanner, tout en insistant sur une sévérité qui serait différente. (Sahnoun & Rosier, 2012, p.25).

Par la suite, de nombreuses recherches vont continuer d'être menées. Ce trouble va alors être reconnu et classifié. Ces documents permettant de classifier les troubles mentaux vont évoluer. Actuellement, nous retrouvons ces troubles au sein de la classification internationale des maladies 10 (CIM-10) établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et au sein du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V (DSM-V). Les auteurs y ont instauré la catégorie des troubles neurodéveloppementaux composés « des troubles du spectre autistique ». Il n'y aura plus de distinction entre le syndrome d'Asperger et les troubles du spectre autistique car selon l'association américaine psychiatrique, il n'existe pas « de façon solide et reproductible des critères nouveaux ou modifiés pour permettre la distinction entre le groupe avec Asperger contre celui avec un autisme sans trouble du langage ou déficit cognitif » (Sahnoun & Rosier, 2012, p.25). Dorénavant, deux critères sont inclus : les troubles de la communication et les troubles des interactions sociales. (Crocq & Guelfi, 2015, p.55)

## 1.B. Les critères de diagnostic du DSM-V :

Avec la mise en place du quatrième plan Autisme par le gouvernement en 2018, l'intervention précoce a été l'un des enjeux majeurs des services de l'Etat. Ils se sont concentrés sur les critères d'établissement du diagnostic et sur la nécessité de réduire ses délais.

En complémentarité de nombreuses recherches soulignent l'importance de suspecter et d'établir plus rapidement le diagnostic. Dawson amène l'argument de la plasticité cérébrale. Cette fonctionnalité du cerveau se caractérise par « la mobilisation accrue de régions du cortex pour assurer une nouvelle fonction ,mais aussi par des capacités de réversibilité quand la fonction n'est plus sollicitée » (Vidal, 2012, p.19). Celle-ci serait maximale avant l'âge de quatre ans, favorisant l'intervention comportementale permettant de prévenir et/ou réduire le déficit cognitif associé à l'autisme. (Linder et al., 2021, p.75). La haute autorité de santé (HAS) souligne l'attention dont doivent faire preuve les professionnels concernant le développement de la communication sociale chez les enfants. Cette vigilance doit être accrue lors de leur entrée en collectivité préscolaire ainsi qu'à l'école. (Gourbail, 2018a, p.11)

Actuellement, le diagnostic est en moyenne établi vers l'âge de 4 ans. D'après Sacrey, le diagnostic est relativement stable pour les enfants à partir de trois ans. (Rogé, 2019)

Selon le DSM-V, pour que le diagnostic soit établi, il faut qu'il réponde à 5 critères qui sont :

- Présence de « déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés »
- Présence de « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités »

C'est ce que l'on nomme la dyade autistique, celle-ci sera développée par la suite. Les autres critères sont :

- « Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement »
- « Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants »
- « Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement » (Crocq & Guelfi, 2015, p.56)

Les critères permettent également de préciser la sévérité du trouble. Celle-ci se décline en trois niveaux d'aide, qui sont : « nécessite une aide très importante ; nécessite une aide importante ; nécessite de l'aide ». Ils permettent également de spécifier si les conditions suivantes sont associées : « avec ou sans déficit intellectuel associé ; avec ou sans altération du langage associée ; associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ; associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ; avec catatonie ». (Crocq & Guelfi, 2015, p.58)

Si le diagnostic s'avère établi, alors il y a les mises en place d'un projet d'intervention personnalisé, d'aménagements et une réévaluation 6 mois, voire 1 an après. (Gourbail, 2018b, p.23)

## **II. Sémiologie :**

### **1. Troubles du comportement, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints et répétitifs**

Les critères diagnostics du TSA peuvent être remplis lorsque « le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités » est clairement présent durant l'enfance ou à un moment quelconque dans le passé et cela même si les symptômes ne sont plus présents.

Afin d'identifier ce caractère restreint et répétitif, le DSM-V a développé et classifié plusieurs comportements. Deux de ces éléments doivent être identifiés chez le patient afin d'établir un caractère restreint et répétitif. Dans le DSM-V figurent :

1. « Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux, soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).
4. Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement » (Crocq & Guelfi, 2015, p.56)

Ces comportements peuvent évoluer au cours du développement, avec l'âge, les capacités de la personne et les interventions qui ont été menées.

## **2. Troubles des interactions sociales et de la communication :**

La seconde partie de la dyade concerne les troubles « des interactions sociales et de la communication ». Afin de les identifier, le DSM-V a également détaillé les différents comportements pouvant être adoptés par la personne.

Tout d'abord, la personne peut présenter des déficits autant dans la communication verbale que non verbale. Néanmoins, « c'est le retard d'apparition du langage qui est l'anomalie la plus souvent repérée initialement (53,7% des cas) » (Baghdadli, 2006, p.26) et cela concerne le versant expressif et réceptif. Concernant l'utilisation du langage dans la communication sociale chez la personne atteinte d'un TSA, il est altéré. En effet, « un grand nombre de sujets ont des déficits du langage, allant de l'absence complète de langage, à des retards de langage, des difficultés de compréhension du langage oral, une écholalie, un langage guidé ou excessivement littéral » (Crocq & Guelfi, 2015, p.59). Et ce bien que leurs compétences langagières formelles soient intactes. Cette altération amène environ 50% des enfants autistes à ne pas avoir un langage fonctionnel. (Baghdadli, 2006, p.42)

A cela s'ajoute, des déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales. Leur communication non verbale ne va pas être adaptée lors de l'interaction, ce qui pourra engendrer une incompréhension chez autrui. Une caractéristique notable chez la personne TSA entravant l'interaction, c'est le déficit de l'attention conjointe. (Crocq & Guelfi, 2015, p.60)

De surcroît, elle peut présenter des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle. Cela peut se manifester par une incapacité totale à initier des interactions sociales ou par des atypies lors du contact avec autrui. Maintenir la conversation s'avèrera compliqué car le langage est unilatéral et manque de réciprocité. En outre, ils vont présenter des difficultés dans le partage d'émotions et/ou d'intérêts.

Enfin, ils vont présenter des « déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations ». (Crocq & Guelfi, 2015, p.34) Cela peut se manifester par une incompréhension aux règles régissant les relations. Chez les enfants, nous allons détecter des difficultés à jouer avec ses pairs, allant même jusqu'au manque d'intérêt vis-à-vis d'eux. Chez les adultes, ces difficultés vont se manifester lorsqu'il s'agit de comprendre quand le comportement est adéquat dans une situation et non dans l'autre ainsi que de comprendre les subtilités d'utilité du langage comme l'ironie, les expressions... (Crocq & Guelfi, 2015, p.34).

Le trouble de la communication et des interactions est présent chez tous les enfants atteints de TSA et cela malgré leur différence de sévérité du trouble, haut niveau ou bas niveau. Néanmoins, il est nécessaire de tenir compte de la diversité de manifestations de ce trouble dans la population. (Tardif, 2006)

Comment ces troubles de la communication peuvent impacter le quotidien des personnes atteintes de TSA ? Comment son entourage va-t-il pouvoir identifier les besoins de cette population, dès lors qu'elle ne communique pas ? Une de ces manifestations courantes chez ces personnes sont les comportements défis.

### **3. Les comportements défis :**

Eric Emerson (2001), définit les comportements défis comme :

Des comportements culturellement anormaux d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger ou des comportements qui limitent probablement ou empêchent l'accès aux services ordinaires de la communauté ». (Cité dans Evaluation et intervention auprès des comportements défis, 2014).

Les facteurs de risques tels qu'un environnement inadapté, des troubles de la communication etc. peuvent augmenter l'apparition des comportements défis. Afin d'améliorer la compréhension de ces comportements, il faut étudier l'interaction entre la personne et ses environnements. (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [ANESM], 2016, p.10). Mc Brien et Felce ont répertorié ces comportements selon six catégories qui sont : les agressions, les automutilations, la destruction, les perturbations sociales, les stéréotypies/autostimulations et l'alimentation. Ces comportements défis peuvent être identifiés auprès de la population atteinte d'un TSA. En effet selon Carr et al. (Cité dans Evaluation et intervention auprès des comportements défis, 2014), la prévalence est de 11,3% chez la personne autiste seule, 15,3% chez la personne autiste avec déficience intellectuelle et de 22,1% pour l'autisme associé d'une déficience intellectuelle et d'autres troubles. (p.42) .

Au sein de cette population les difficultés de communication peuvent en être la source. Selon Watling et al., l'incapacité de se faire comprendre par les autres, peut entraîner de la frustration et leur moyen de compensation sera d'adopter des comportements défis, explicité ci-dessus. (Michèle et al., 2012)

Nous avons pu identifier différents troubles présents au sein de cette population. Nous pouvons nous demander quels sont les retentissements de ces troubles dans leur quotidien ? Quel rôle va jouer l'ergothérapeute auprès d'eux. Quels sont les spécificités de ces compétences vis-à-vis des autres professionnels qu'il va pouvoir leur apporter ? Afin de comprendre cela, il est primordial de définir l'ergothérapie.

### **III. L'ergothérapie au sein des loisirs de l'enfant**

#### **1. Histoire de l'ergothérapie**

L'ergothérapie est une profession apparue dans les pays anglo-saxons au début du XXème siècle par le biais de médecins psychiatres accordant un intérêt thérapeutique à l'activité. (Alexandre et al., 2010, p.13). Le concept de handicap et les fondements conceptuels de l'ergothérapie ont évolué simultanément, permettant à l'ergothérapie d'élargir et de spécifier son champ d'action. Selon Marie Chantal Morel-Bracq, au sein de l'histoire nous pouvons déterminer 3 paradigmes successifs concernant l'évolution de cette profession.

Le premier paradigme concerne les bénéfices physiques et mentaux qu'apportent l'activité sur le fonctionnement global de la personne. En effet, selon Pibarot, l'activité est un moyen de “ divertissement”, elle permet au patient de passer outre leur ennui.

Le second s'intéresse à l'Homme « comme un ensemble de structures et de fonctions sur lesquelles il est possible d'agir isolément les unes des autres » de 1950-1990. (Charret & Thiébaud-Samson, 2017, p.17). C'est une vision biomédicale qui domine, l'activité est utilisée comme un moyen de restauration ou d'amélioration des capacités physiques ou mentales des patients.

Le modèle biomédical est remis en cause par le modèle systémique, qui conçoit l'être humain comme un système ouvert, vivant, en interaction avec un environnement. Il est formé de composantes qui sont reliées entre elles de manière complexe et peuvent être considérées isolément ». (Charret & Thiébaud-Samson, 2017, p.17) L'environnement social et matériel ainsi que l'aspect biologique sont alors pris en compte dans la prise en soin. L'ergothérapie a su trouver sa place en agissant sur la personne, ses activités et l'environnement dans lequel elle réalise l'activité. Cette évolution a permis à cette profession d'être reconnue en France en 1971 avec l'émergence du diplôme d'état d'ergothérapeute. (Alexandre et al., 2010, p. 13).

## 2. Les spécificités du métier d'ergothérapeute :

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapeute comme étant « un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes ». (Association Nationale Française des Ergothérapeutes [ANFE], 2017).

L'ANFE affirme que l'ergothérapeute est :

« Le spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace ». (p.2)

L'ergothérapeute peut intervenir auprès des enfants, des adultes et des personnes âgées étant en situation de handicap sous prescription médicale.

L'ordre des ergothérapeutes du Québec, dans le code des professions, explique qu'il va :

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale » (p.13).

L'évaluation des habiletés fonctionnelles correspond à « la manière dont une personne réalise ses habitudes de vie compte tenu de son état de santé, de ses capacités, de l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, de ses valeurs et de ses intérêts ». (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2004, p.13)

Les occupations sont un besoin fondamental et l'ergothérapeute « place l'habilitation à l'occupation, c'est-à-dire le fait de rendre possible la participation et l'engagement dans les occupations au centre de son raisonnement clinique professionnel ». (Townsend & Polatajko, 2013, Cité dans comprendre l'ergothérapie auprès des enfants, 2019, p.7)



## 2.A. Le rôle central des occupations :

Comme expliqué précédemment avec le troisième paradigme, l'occupation est au cœur de la prise en soin. Selon Pierce et Morel-Bracq (2016), l'occupation se définit comme « une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique ». (p.23)

Elles englobent tout ce que les gens font dans leur vie. Elles peuvent être individuelles ou groupales, être définies dans un petit ou grand espace, prendre un peu ou beaucoup de temps et sont influencées par l'environnement physique et social.

Elles sont divisées en trois catégories qui sont les soins personnels, les activités de productivité et les loisirs.

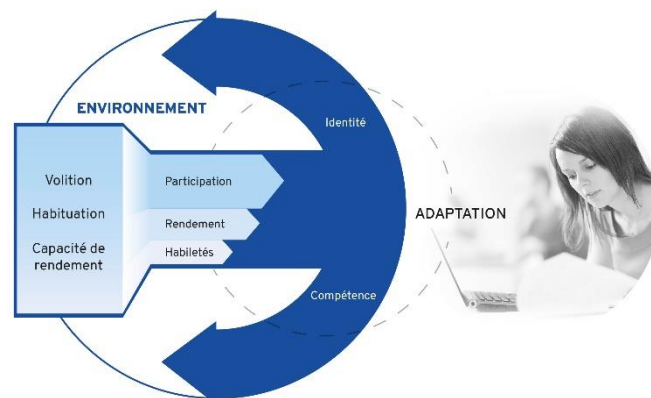
- *Les soins personnels* : « Ils permettent à la personne de s'occuper d'elle-même ». (Association Canadienne des ergothérapeutes, 2002, citée dans De l'activité à la participation, 2013, p.77). Ils contribuent à la santé et au bien-être et d'après Jacobs, ils sont principalement réalisés seuls. Ils peuvent comprendre se vêtir, manger, l'hygiène personnelle...
- *La productivité* : Les activités productives se caractérisent par le fait qu'elles contribuent à la société et qu'elles permettent de pourvoir à ses besoins personnels et familiaux. Il est mis en avant, qu'elles produisent des biens ou des services. (Exemple : le travail) (Meyer, 2013, p.79)
- *Les loisirs* : c'est une catégorie d'occupations qui permettent à la personne de se ressourcer. Ils sont choisis librement par les individus contrairement aux tâches incluses dans le travail et sont réalisés pour le plaisir. Ils sont également bons pour la santé. (Meyer, 2013, p.80). En effet, Kindelberger et Coll expliquent, que les loisirs répondent aux besoins psychologiques de l'enfant, qu'ils permettent le développement de l'autonomie, de la prise de décision, de la sociabilité et de la créativité. (Constans & Gardair, 2018, p. 563). « Ils comprennent une liste d'activités très variées généralement regroupées en sous catégories tels que le jardinage, jeux, hobbies, artisanat, activités associatives, musique, activités sociales, voyages et les sports » (Reed, 2005, cité dans

De l'activité à la participation, 2013, p.80). Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'activité sportive comme type de loisir.

Afin de comprendre le lien entre les occupations et la personne et de pouvoir effectuer une prise en soin adaptée. L'ergothérapeute va utiliser des modèles conceptuels au sein de sa pratique. Ceux-ci, ont pour intérêts « de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité ». (Morel-Bracq, 2009, p.14). Le modèle que nous allons développer par la suite est « le modèle de l'occupation humaine (MOH) qui s'intéresse à la participation occupationnelle.

## 2.B. Le modèle de l'occupation humaine :

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) a été développé aux Etats-Unis par Kielhofner, c'est un des modèles les plus cités dans le monde en ergothérapie. Il s'intéresse au rapport entre la personne, l'occupation et l'environnement.(Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015).



Le MOH est composé de trois sections qui sont : l'être occupationnel, l'agir occupationnel et le devenir occupationnel. A cela, s'ajoute les environnements physique et social qui offrent des opportunités, des ressources et des contraintes et qui influencent les sous-systèmes de ce modèle. Tout d'abord, l'ETRE est composé de la volition, l'habituation et la capacité de performance.

## 2.B.a. L'ETRE :

### ○ La volition :

Elle correspond à « l'ensemble des pensées et des sentiments qu'un individu a de lui-même en tant qu'acteur dans son environnement et qu'il éprouve lorsqu'il anticipe, choisit, expérimente et interprète ses actions ». (Meyer, 2013, p.152). Ce processus est composé :

- Des valeurs : ce que la personne considère important
- Des centres d'intérêts définis comme ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser.
- De la causalité personnelle c'est ce que la personne conscientise de son efficacité et de ses capacités pour réaliser l'activité.

Pour comprendre la volition d'une personne, il faut examiner la relation dynamique de ces trois composantes. (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015)

Ce processus permet l'engagement d'une personne au sein de son activité. Ce concept est fondamental en ergothérapie et selon l'association américaine des ergothérapeutes, « l'engagement dans des occupations produit naturellement la participation et la maintien ». (Meyer, 2013, p.152)

- L'habitation est un processus installé par l'être humain afin de mettre en place des comportements stables et récurrents laissant place à une forme de routine. Au sein de ce processus, nous trouvons les rôles et les habitudes.
  - Le rôle est un « modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position dans la société ou dans un groupe et corrélatif à l'attente des autres ou du groupe ». (Meyer, 2013, p.162)
  - Les habitudes sont considérées comme des comportements acquis par des répétitions fréquentes
- La capacité de rendement : composée des capacités objectives (fonctions du corps dépendant des différents systèmes du corps humain) et des capacités subjectives (ensemble des sensations internes perçues lorsque la personne agit) (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, s. d.)

### *2.B.b. AGIR :*

Il est composé de la participation, du rendement et des habiletés occupationnelles. Cela correspond aux processus que la personne va mettre en jeu dès lors qu'elle sera dans l'activité

- La participation occupationnelle sera définie par la suite afin de faire le lien avec le développement de notre sujet.
- Le rendement occupationnel comprend les formes occupationnelles qui sont « l'ensemble des conditions environnementales et contextuelles, physiques et symboliques, qui concernent une occupation et qui lui préexistent » pour permettre la participation. L'individu doit avoir connaissance de ces formes occupationnelles pour pouvoir réaliser l'occupation. (Meyer, 2013)
- Les habiletés occupationnelles : actions observables dirigées
  - Les habiletés motrices : mouvements du corps ou des objets dans l'environnement
  - Les habiletés opératoires : séquence des gestes ou des actions dans le temps, choix du matériels...
  - Les habiletés de communication et d'interaction : capacités à transmettre ses besoins, ses intentions...

### *2.B.c. DEVENIR :*

Les réalisations des différentes occupations vont s'accumuler et vont influencer l'identité occupationnelle et les compétences occupationnelles de l'individu.

Comme expliqué précédemment, l'ergothérapeute a pour objectif de développer les capacités de la personne étant une composante de l'ETRE. Ces capacités peuvent être motrices, sensorielles, cognitives, comportementales ainsi que interactionnelles et communicationnelles. Cet aspect communicationnel est fortement impacté chez la personne TSA. Si nous reprenons, le MOH une conséquence sur « l'être occupationnel » influence l'agir occupationnel de la personne.

Nous devons alors nous questionner sur les particularités de la communication ? Quels sont les éléments que peuvent mettre en place les différents professionnels auprès de cette population ? Et plus particulièrement quel peut être le rôle de l'ergothérapeute sur la communication afin de promouvoir l'agir occupationnel ?

#### **IV. Les composantes de la communication et sa favorisation par l'utilisation de la communication améliorée alternative :**

##### **1. Les généralités de la communication :**

Selon Shannon, la communication se définit par « la transmission d'un message d'un endroit à un autre » (Abric, 2019, p.3). Elle se compose d'un émetteur, qui a pour rôle de transmettre l'information en adoptant un langage compréhensible par le destinataire. Le message va être transmis par le canal de communication au destinataire, nommé également « récepteur ». Celui-ci grâce au décodage, va analyser et comprendre le message transmis. Au sein du processus de communication de Shannon, nous pouvons identifier le feed-back, qui est une modalité de contrôle du message entre le récepteur et l'émetteur. Néanmoins, ce modèle identifie la communication comme un processus linéaire alors qu'il faut considérer les spécificités des personnes placées en tant qu'émettrices et réceptrices. En effet, « des facteurs psychologiques, des contraintes sociales, des systèmes de normes, des valeurs » agissent sur eux. (Abric, 2019, p.3). Afin d'inclure ces facteurs, le psychologue Jean Claude Abric (2019), a défini la communication comme « l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes par les phénomènes d'interaction ». (p.3) Selon le DSM-V, « La communication comprend tout comportement verbal ou non verbal (intentionnel ou non) qui influence le comportement, les idées ou les attitudes d'un autre individu ». (Crocq & Guelfi, 2015, p.45)

##### **2. Les fonctions de la communication :**

Deux ergothérapeutes expliquent que la communication est nécessaire au développement de l'enfant. En effet, « elle leur permet de transmettre leurs besoins et leurs pensées et d'échanger avec les gens de l'entourage ». (Mills-Montesino & Gosselin, s. d.). Interagir avec les autres enfants ainsi que les adultes leur permet d'explorer leur univers et de nouer des liens relationnels. (Mills-Montesino & Gosselin, s. d.). L'exploration de leur environnement va être appuyé par les questions qu'ils vont poser afin de recueillir des informations et inversement. La communication leur sert également à partager leurs émotions. (Sorsana, 2011)

Allan Shore explique également que l'enfant a besoin de communiquer afin que son cerveau puisse se développer. Entrer en relation avec un pair instaure un équilibre hormonal, cardiovasculaire, immunitaire etc. Chez le bébé, celui-ci serait incapable de réguler ses fonctions seul.

La communication va alors permettre à l'enfant de différencier l'objet de la personne. Il pourra ensuite les catégoriser. (Thommen & Guidoux, 2011, p.51). Elle est nécessaire pour la survie de l'enfant comme nous avons pu le voir avec l'expérience de l'empereur Frederick II. Celui-ci, plaça six bébés en pouponnière et ordonna aux nourrices de nourrir, baigner, nettoyer les bébés sans jamais communiquer d'une quelconque façon avec eux afin de connaître la langue qu'ils adopteraient. Seulement, cela fut un échec car tous les bébés finir par mourir. (Boucheron, 2004)

### **3. Le types de communication**

#### **3.A. Le versant réceptif**

Selon le DSM-V, « la compétence réceptive désigne le processus de réception et de compréhension des messages linguistiques ». (Crocq & Guelfi, 2015, p.46). Elle se développe bien avant la capacité de l'enfant à parler. Durant les 5 premiers mois, les bébés peuvent reconnaître et catégoriser des sons. (Florin, 2020, p.25). Puis entre 7 et 10 mois ils peuvent comprendre des mots. Au fur et à mesure, ils vont comprendre les questions, différencier le singulier et le pluriel et comprendre des ordres complexes. (Laxer, 2021, p.99).

Cependant chez l'enfant atteint d'un TSA, le versant réceptif peut être impacté.

L'enfant atteint d'un TSA va présenter des difficultés dans le traitement de l'information. Il ne va pas privilégier la voix humaine parmi les bruits environnants. Il peut alors ne comprendre que quelques mots d'une phrase. Prenons l'exemple de Laxer (2021) qui explique que l'enfant peut ne comprendre que le mot « pain » dans la phrase « ne mange pas le pain ». Celui-ci va alors effectuer l'action inverse c'est-à-dire « manger le pain » (p.99). Cet aspect va impacter la communication réceptive et le comportement de l'enfant.

### 3.B. Le versant expressif

Le DSM-V définit la communication expressive, comme une compétence permettant la production de signaux vocaux, gestuels ou verbaux. C'est une composante de la communication permettant à la personne d'exprimer ses pensées, ses idées, de l'aide...

#### 3.B.a. *Communication verbale*

La communication verbale comprend la langue orale tels que les mots, les sons, les phrases ainsi que la communication écrite. Elle regroupe également la langue des signes et d'autres formes utilisant la symbolique car elles correspondent au langage et le verbal se réfère à la langue. (Cataix-Negre, 2011)

Dans le langage oral, il est nécessaire de prendre en compte « la pragmatique ». Elle permet d'étudier l'usage du langage dans son contexte. Cela permet une meilleure interprétation du langage. En effet, elle supplée au langage qui n'est pas transparent ayant pour finalité une meilleure communication sociale entre l'émetteur et le récepteur. (Bernicot, 2005, p.145)

#### 3.B.b. *Communication non verbale*

La communication non verbale correspond à « tout ce qui n'est pas la parole » (Hennel-Brzowska, 2008, p.21). D'après le psychologue Argyle (1972), la communication non-verbale comprend :

« Le contact corporel, la proximité, l'orientation, l'apparence, la posture, les mouvements de la tête, les expressions faciales, les gestes comme les mouvements de la main et de la bouche, le regard, enfin les aspects non-verbaux de la parole, c'est-à-dire la prosodie et la paralinguistique ». (p.11)

Selon le psychologue Albert Mehrabian, les gestes et expressions permettent 55% de la communication (Cataix-Negre, 2011). Certaines attitudes corporelle employés dans les relations sociale sont plus perceptibles tels que les attitudes proxémiques (prise de distance, rapprochement) ou les différents mouvements de corps. Néanmoins d'autres attitudes sont quant à elle difficilement observables tels que les expressions faciales, les regards ou contacts visuels. (Hennel-Brzowska, 2008, p.22). Ces formules de communication transmettent des informations importantes à la compréhension du message pour le récepteur. Des études ont également démontré que les enfants seraient dépendant de la communication non-verbale pour communiquer. Cela montre alors toute son importance. (Doherty-Sneddon et al., 2010, p.341)

Chez la personne TSA :

Pour les individus atteints de TSA, « leur répertoire de gestes est plus limité que celui des autres et ils n'utilisent que rarement de façon spontanée des gestes expressifs au cours de la communication » (Crocq & Guelfi, 2015, p.60). Généralement cela « se manifestent par un contact visuel, des gestes, des expressions faciales, une attitude corporelle, une intonation de la voix absents, réduits ou atypiques par rapport aux normes culturelles ». (Crocq & Guelfi, 2015, p.60)

Un des marqueurs typiques d'un trouble de la communication non verbale chez la personne atteinte de TSA, c'est le déficit de l'attention conjointe. Celle-ci correspond à un partage d'intérêt envers un objet ou une personne. Pour cela, l'un attire l'attention de l'autre avec l'aide d'un regard ou du pointage. (Aubineau et al., 2015, p.143). La personne TSA ne va ni pointer du doigt, ni montrer un objet pour partager son intérêt avec autrui. Ce déficit se manifeste également par le fait de ne pas regarder lorsqu'un autre individu pointe ou montre un objet. (Crocq & Guelfi, 2015, p.60)

La communication verbale et non verbale sont nécessaires afin d'optimiser la communication. Ils sont complémentaires, lorsque l'un est altéré alors la capacité à communiquer l'est également. Généralement, la compréhension est plus impactée que l'expression chez les personnes atteintes de TSA. (Tanet-Mory, 2014).

Les auteurs relèvent d'autres facteurs pouvant influencer la communication interhumaine. Selon eux, celle-ci ne se restreint pas à un message univoque entre deux personnes. Au contraire, d'après Bursztejn & Gras-Vincendon (2001) :

« Une grande partie et peut être la part essentielle des échanges conversationnels entre les individus humains est faites d'éléments métaphoriques et de significations implicites dont le décodage nécessite la prise en compte de toute une série d'interférences et d'hypothèses sur la pensée et les affects d'autrui ». (p36)

Les auteurs mettent alors en avant les capacités intersubjectives plus communément nommée, la théorie de l'esprit.



#### **4. La théorie de l'esprit**

« La théorie de l'esprit est définie comme la capacité d'un individu à attribuer des états mentaux (comme la pensée, les croyances, les sentiments et les désirs) aux autres et à soi-même ». (Thibault & Pitrou, 2018, p.53). La personne peut alors comprendre le comportement d'autrui et prédire ce qu'elle fera. Baron-Cohen et al., ont démontré à l'aide d'un test nommé « Test de Sally et Anne » pensé par Wimmer et Perner, que les personnes atteintes de TSA, vont présenter des difficultés à affecter à un tiers, des intentions, des pensées, des souhaits et/ou des croyances. (Larbán Vera, 2016, p.145). Ne pas comprendre ses pairs, va amener l'enfant à un isolement social car il n'arrivera pas à créer des relations amicales. Il sera également la cible de manipulations et de railleries. (Tanet-Mory, 2014).

Nous avons mis en avant la complexité de la communication chez les individus. Pour que les professionnels puissent savoir sur quelles particularités de la communication ils vont pouvoir intervenir. Ils doivent au préalable utiliser des bilans permettant de l'évaluer.

#### **5. Les bilans pour évaluer la communication :**

L'HAS au sein de ses recommandations de bonne pratique, identifie plusieurs bilans concernant la communication et le langage ainsi que la pragmatique et les habiletés sociales, pouvant être utilisés par les professionnels au sein de la population TSA. Tous ne sont pas cités. (Gourbail, 2018a)

- N-EEL : Il permet d'évaluer les composantes du langage que ce soit la compréhension ou la production de mot.
- O52 : Réalisé par Khomsi en 1987. Il évalue les stratégies de compréhension en situation orale avec l'aide de 52 énoncés.
- CELF CDN-F : Il permet d'évaluer les habiletés en réception et en production. Il est composé de 19 subtests.
- Test of pragmatic Language-2 (TOPL-2) : il évalue la pragmatique et les habiletés.
- Echelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) : Composée de 170 items, elle permet d'évaluer le langage réceptif chez l'enfant.
- COMVOOR ou COMFOR2 : Ce test est composé de 36 items, séparés en deux niveaux concernant le niveau de présentation (les objets sont triés sans donner de sens mais à l'aide de ressemblance comme la couleur, forme...) et le niveau de représentation (les objets sont alors triés par le sens qu'on leur donne, les personnes peuvent faire des associations). Cet

outil évalue les compétences de communication réceptive des personnes en situation de handicap qui présentent des difficultés de communication expressive orale. Ce bilan aide à la mise en place d'un outil de communication améliorée alternative (CAA) car il se questionne sur « ce que comprend la personne de son environnement, quelle forme de communication est la plus adaptée » et « quel est le niveau de compréhension de la personne ? » (Centre ressources autisme Nord, s.d)

D'autres bilans existent pour évaluer la communication chez l'enfant atteint de TSA tels que le Childhood Autism Rating Scale (CARS), l'Autisme Diagnostic Interview (ADI), Autisme Diagnosis Observation Schedule (ADOS). Néanmoins ils sont majoritairement utilisés par les professionnels lors de l'établissement du diagnostic. (Boidé et al., 2009, p.52)

Chez la personne autiste chacune des composantes permettant la communication peut être impactée. Une fois leurs difficultés établies, comment peut-on les pallier ? Existe-t-il des outils pouvant être mis en place ? Si oui, comment procéder ? Quels professionnels seront concernés ?

## **6. La communication améliorée alternative**

Les personnes présentant des difficultés communicationnelles rencontrent des restrictions de communication et de participations dans les différentes activités de la vie quotidienne que ce soit : l'éducation, les soins, la vie professionnelle ou familiale ainsi que leur participation communautaire. (Beukelman & Mirenda, 2017, p.4). Afin de suppléer leurs troubles, il est envisageable de mettre en place la communication améliorée et alternative.

« La communication dite « améliorée » vise à soutenir, à compléter, à augmenter le langage oral quand celui-ci n'est pas suffisant » pour entretenir une conversation avec autrui. En contrepartie, la communication « alternative » a pour but de remplacer la communication existante par d'autres moyens lorsqu'elle n'est pas efficace. (Cataix-Negre, 2011).

Tout individu peut avoir accès à cet outil, dès l'instant où il a besoin d'une aide pour soutenir sa communication orale ou écrite afin de répondre à ses besoins communicationnels. (Beukelman & Mirenda, 2017, p.4)

Light a mis en avant quatre fonctions des interactions communicatives pouvant être soutenues par la CAA. Celle-ci permet à la personne en situation de handicap de communiquer ses besoins/désirs, de transmettre des informations, de créer/d'entretenir des relations sociales et de respecter les conventions sociales. Beukelman et Mirenda (2017), ajoute : la communication

avec soi-même. En retour, les usagers attendent de leurs interlocuteurs une réponse sous forme d'action (p.4)

Jim Prentice explique que l'utilisation de la CAA va permettre à l'utilisateur de nouer des relations fortes et enrichissantes avec les autres. A contrario, sans la CAA l'individu sera amené à vivre un isolement social, intellectuel et émotionnel. Mis à part l'interaction, elle permet également de participer à des activités reconnues comme significatives pour la personne. Dattilo s'est entretenu avec des adultes utilisant la CAA durant leurs activités de loisirs. Ils ont expliqué que la CAA a optimisé l'accessibilité aux loisirs et que ceux-ci leur ont permis « d'améliorer leur santé physique et mental, d'étendre leurs réseaux sociaux et leur indépendance, et leur ont donné des moyens pour sensibiliser les interlocuteurs sur la CAA et sur le handicap » (Beukelman & Mirenda, 2017, p.5)

La mise en place d'un moyen de communication et de meilleures stratégies interactives peut limiter la survenue de comportements inadaptés (Cuny & Giuliani, 2014, p.267). Précédemment, a été mis en avant la mise en place de comportements défis chez la population TSA. Diverses raisons peuvent en être l'origine dont les difficultés de communication expressive et réceptive.

#### **6.A. Les types de communication améliorée alternative :**

La CAA regroupe plusieurs types de communication à distinguer les uns des autres.

- La **communication sans aide technique** correspond aux moyens ne comportant pas de matériel. Elle comprend le langage du corps, les regards, les vocalisations, la langue des signes et les codes signés tels que, les plus connus :
  - Le CoGHaMo qui est un moyen de communication utilisant un ensemble de gestes simplifiés au niveau moteur.
  - Le Makaton qui est une méthode multimodale comprenant un vocabulaire de 450 concepts. Elle associe les signes, la parole et les symboles graphiques.
- La **communication avec aide technique** : Elle comporte les moyens matériels, technologiques ainsi que les aides à la désignation.
  - Les **aides de basse technologie** appelée également « Low-tech » peuvent comprendre : les classeurs de communication, les tabliers à pictogramme, les ardoises, les tableaux alphabétiques...

- Les **aides de haute technologie** nommée également « high-tech » englobent, par exemple les tablettes, les ordinateurs avec des logiciels spécialisés avec une voix de synthèse...

Ces moyens peuvent s'associer entre eux, c'est ce que les auteurs nomment « la multimodalité ». Cela va permettre à la personne de s'adapter au contexte dans lequel elle utilise la CAA. (Cataix-Nègre, 2017)

Néanmoins, la CAA est conçu pour favoriser la communication entre la personne et son interlocuteur. Il va donc falloir s'assurer qu'il y a « chez les partenaires potentiels une bonne connaissance et une excellente accessibilité de l'outil de langage. La fluidité d'utilisation ou de programmation éventuelles est extrêmement importante. ». (Cataix-Nègre, 2017, p.203).

La communication à l'aide de la CAA peut être entravée dès lors que l'entourage n'est pas éduqué à son utilisation. (Beukelman & Mirenda, 2017, p.12). Cependant, la CAA a-t-elle sont intérêt auprès de la population que nous étudions ?

## **7. L'intérêt de la CAA auprès de la personne TSA :**

Comme expliqué précédemment, les personnes autistes éprouvent des difficultés que ce soit dans le langage réceptif comme expressif. Wing et Attwood expliquent « qu'environ 50% des personnes autistes ne développent pas un langage naturel suffisant pour répondre à leurs besoins quotidiens de communication (Light et al., 1998). La CAA serait alors un moyen d'améliorer la compréhension et l'expression de ces personnes.

Light and al, ont rédigé un article concernant « l'utilisation de la CAA comme moyen d'améliorer l'expression et la compréhension des personnes autistes ». Pour illustrer leurs recherches, ils ont pris le cas d'un jeune garçon nommé Josh, autiste, âgé de 6 ans. Cet enfant présente des difficultés de communication expressive et réceptive. Aussi, ils ont mené une évaluation afin de mettre en place l'outil de CAA le plus adapté. Deux ans après avoir mis en place l'outil, Josh a pu progresser dans les deux versants de la communication. En effet, dorénavant il peut répondre aux questions, il comprend et suit les instructions orales ou écrites et est capable d'exprimer ses besoins. (Light et al., 1998)

La CAA favorise l'autonomie et l'inclusion sociale des personnes souffrantes de handicap physiques ou cognitifs. Dans une revue systématique, il est souligné l'importance de ces outils auprès de la population TSA. Les auteurs de cette revue ont pu mettre en avant que la CAA, au

moyen d'échange de pictogramme, d'utilisation de tablette etc. favorise la communication de cette population. Toutefois, il est primordial d'établir un protocole dans le choix de l'outil et de sa mise en place. Chaque enfant ayant ses particularités, l'accompagnement se doit d'être individualisé. (Lima Antão et al., 2018)

## **8. L'interdisciplinarité dans la mise en place en place d'un outil de communication améliorée alternative**

### **8.A. Le rôle de l'ergothérapeute dans la communication améliorée et alternative :**

L'ergothérapeute en pédiatrie a pour rôle de « faciliter les activités de vie quotidienne, comme l'alimentation, le sommeil, et les soins personnels qui sont nécessaire au développement ». (Hébert et al., 2014).

C'est un métier qui est en plein essor et qui continue de se développer et de s'harmoniser. Le progrès rapide des technologies en est un des moteurs. En effet, elles ont permis d'offrir « de nouvelles opportunités pour rééduquer et pour compenser les problèmes d'accès aux activités ». Prenons les exemples de la réalité virtuelle, des robots virtuelles et des imprimantes 3D, outils utilisés par l'ergothérapeute. Les technologies de l'information sont également en évolution, elles sont utilisées pour la rééducation ainsi que la compensation. Selon Trouvé et Coll, ces professionnels ont donc pour enjeux « d'assurer une veille technologique et de s'approprier ces technologies lorsqu'elles peuvent être bénéfiques » (Charret & Thiébaud-Samson, 2017, p.17).

Il a également pour objectif l'engagement et la participation des enfants TSA dans leurs activités significatives, c'est-à-dire qui ont du sens pour eux et cela au sein du milieu scolaire, à la maison et dans la communauté en général. Dans l'intention de permettre cela, un de ses enjeux auprès de cette population concerne l'amélioration de la communication car celle-ci permet à l'enfant de répondre à ses besoins professionnels précoces et ses occupations. (Hébert et al., 2014).

Favoriser la communication peut être engendré par une de ses compétences qui est de « rechercher des moyens compensatoires, de nature comportementale, technologique ou environnementale ». (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2004, p.14). Il devra élaborer un cahier des charges en fonction des besoins du patient. En collaboration avec d'autres professionnels, il conseillera le patient puis en suivront des entraînements et des réglages. (Arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010, p.181).

Au sein des aides techniques et en lien avec son objectif de favoriser la communication, l'ergothérapeute peut être amené à mettre en place, des moyens de CAA.

L'ergothérapeute sera amené à déterminer les capacités fonctionnelles de l'enfant telles que la désignation au doigt, au poing, au regard etc. Il optimisera l'utilisation du support matériel et apportera des conseils concernant le type (classeur, tablette...) ainsi que ses caractéristiques (tailles, formes ...). Il interviendra dans la disposition du vocabulaire, des pictogrammes ou autres moyens. (Aupiais, 2014). Son champ d'exercice sera focalisé sur « les aptitudes reliées au langage, sur les facteurs environnementaux et sur les habitudes de vie des personnes ». (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2004)

La mise en place de la CAA nécessite une collaboration entre les différents professionnels. Chacun mettra à profit ses compétences afin de trouver l'outil le plus adapté et de favoriser son utilisation au quotidien.

#### **8.B. Les missions de l'orthophoniste et des autres professionnels**

L'orthophoniste est un professionnel du paramédical, selon l'article L4341-1 :

« La pratique de l'orthophoniste comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». (Article L4341-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2021).

Il agit auprès de toute la population, que ce soit de l'enfant à la personne âgée présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis. (Article L4341-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2021).

Ces compétences lui permettent d'analyser la communication réceptive et expressive ainsi que l'utilisation du langage selon son aspect social. « Son rôle s'accroît lors de l'installation et l'adaptation d'un moyen de communication et durant les étapes du développement du langage ». (Cuny & Giuliani, 2014)

D'autres professionnels vont intervenir afin de s'assurer que l'outil réponde aux capacités de l'enfant. L'ophtalmologiste ou l'orthoptiste vont élaborer une évaluation des compétences visuelles. Le psychomotricien, lui, va apporter des précisions sur les compétences

développementales de l'enfant. Le choix de l'outil de CAA, sera la résultante des différentes observations. Nous pouvons alors parler de travail interdisciplinaire. (Aupiais, 2014, p.129)

La collaboration interprofessionnelle est définie comme étant un « processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté ». (D'amour et Oandasan, 2005, cité dans La collaboration interprofessionnelle, 2022). L'allocation canadienne pour enfants insiste sur le fait qu'il soit nécessaire qu'une collaboration soit entreprise par les professionnels prenant en soin des enfants présentant un TSA. (Hébert et al., 2014). Aujourd'hui cette collaboration va plus loin et inclue davantage les familles dans le processus de soin.

### 8.C. Le partenariat avec les familles dans la mise en place d'un outil de communication :

Cela fait maintenant plusieurs années que le terme de « partenariat » est inscrit dans le lexique des ergothérapeutes afin de désigner une nouvelle collaboration entre lui et la famille du patient. Selon Pelchat et Lefebvre (cité dans ergothérapie en pédiatrie, 2012), le partenariat, se définit comme :

« L'association interdépendante de la famille et des professionnels qui se fixent des buts et des objectifs communs de soins. Chacun reconnaît les compétences et l'expertise de l'autre : le parent l'expertise disciplinaire du professionnel ; le professionnel l'expertise du parent dans la situation avec l'enfant ». (p. 6)

Les idées conçues concernant le travail entre la famille et le soignant ont progressé et cela est actuellement primordiale. Pour l'ergothérapeute cela semble nécessaire car il s'intéresse aux occupations de l'enfant et c'est justement en famille que celui-ci construit son « profil occupationnel ». De plus, contrairement aux séances d'ergothérapie qui sont ponctuelles, la famille est quotidiennement avec l'enfant et c'est elle qui a la responsabilité légale de ses soins.

Afin d'envisager la mise en place d'un outil de CAA, la famille devra intervenir car c'est avec elle que l'ergothérapeute pourra s'entretenir de manière à obtenir un maximum de données concernant l'enfant. A la suite de l'entretien elle pourra leur apporter des réponses sur la façon de communiquer avec leur enfant en leur indiquant, par exemple, le moyen de communication, ce que l'enfant comprend ou non, ce qu'elle met en place lorsque la communication est difficile, les moments du quotidien où l'enfant présente des difficultés à se faire comprendre. Elle interviendra également dans l'élaboration de l'outil concernant le vocabulaire, la donation de

photo ainsi que les difficultés que l'outil peut amener au quotidien. En effet, elle a un regard quotidien que les thérapeutes n'ont pas en séance. Les membres de la famille devront également apprendre à utiliser l'outil car ils seront quotidiennement avec l'enfant et cela leur permettra d'élargir les codes de communication en augmentant le vocabulaire. (Aupiais, 2014)

L'apprentissage de l'outil par les professionnels est également mené, même si ce ne sont pas les aidants principaux, Son effet est tout aussi important. Pallier les difficultés communicationnelles comme des incompréhensions, est nécessaire à la fois pour les utilisateurs et les aidants. D'autres relations de partenariats vont alors avoir lieu dès lors que les occupations sont impactées. (Beukelman & Mirenda, 2017)

La communication est un processus interpersonnel et non individuel. Selon Light, il est nécessaire de prendre en compte la personne qui va obtenir la CAA mais aussi les éléments qui faciliteraient sa mise en place. Ils existent différentes barrières, telles qu'un manque d'informations sur les services de la CAA ainsi que les stratégies d'interaction avec les interlocuteurs. Afin de faciliter leurs interactions, l'environnement social de l'enfant doit être à l'aise avec l'outil. L'auteur met en avant différents exemples qui sont : « le besoin de connaissances concernant les symboles de la CAA et les techniques d'accès, le développement continu du vocabulaire, les exigences de positionnement, le fonctionnement des systèmes de CAA ». (Light et al., 1998)

Comme nous avons pu le voir dans le schéma du MOH, l'environnement entre en interaction avec la personne et son occupation. Il « conditionne les occupations et les activités possibles en facilitant ou en limitant la possibilité de les mener ». (Meyer, 2013, p.182). Le rôle de l'ergothérapeute est de maximiser l'adéquation entre la personne et son environnement afin de favoriser sa participation dans l'activité.



## **V. La participation dans les activités sportives par l'éducation du cercle social de l'enfant par l'ergothérapeute**

### **1. La participation :**

Le MOH fait référence à la participation occupationnelle. D'après l'association Américaine d'ergothérapie, elle est définie comme « l'engagement dans les situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans les soins personnels ». Elle amène la personne à réaliser son activité selon ces envies. Actuellement, ce concept est l'objectif final de l'ergothérapeute chez son patient car il contribue au bien-être et de qualité de vie. (Meyer, 2013).

La participation peut être également caractérisée de « sociale ». Nous retrouvons ce concept au sein de la classification internationale du fonctionnement (CIF). Ce modèle définit la participation sociale comme la pleine réalisation des habitudes de vie de la personne causée par l'interaction entre ses facteurs personnelles et son environnement. Pour beaucoup d'auteurs, elle s'effectue par le contact avec d'autres personnes telles que les collègues, la famille ou les pairs car elle se caractérise par le partage avec autrui durant l'activité. (Meyer, 2013)

La fédération mondiale des ergothérapeutes stipule que toutes les personnes présentant des limitations dans leur participation ou étant exclues peuvent être accompagnées par un ergothérapeute. (Hammell, 2017). L'association Américaine des ergothérapeutes exprime que la participation occupationnelle est un déterminant de la santé, de leur bien-être, mais également de leur qualité de vie et de leur espérance de vie. Elle permet également de surmonter l'isolement social.

Pour les enfants et les adolescents, « la participation dans des activités récréatives et de loisirs a été démontrée comme étant bénéfique au développement des compétences et des capacités des enfants, au développement de leurs relations sociales et de leur santé physique et mentale sur le long terme » (Pierce & Morel-Bracq, 2016)

## **2. Les activités sportives :**

D'après l'HAS, l'activité physique correspond au moindre mouvement corporel engendré par les muscles et dont la dépense énergétique est supérieure à celle du repos. L'activité physique regroupe les activités physiques de la vie quotidienne composées des déplacements actifs, des activités domestiques et des activités professionnelles ainsi que des exercices physiques et des activités sportives. Néanmoins dans l'activité sportive « les participants adhèrent à un ensemble commun de règles (ou d'attentes), et dans laquelle un objectif, le plus souvent de performance est clairement défini ». (Haute Autorité de Santé [HAS], 2022).

Le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, ajoute que le sport « fait appel à des activités techniques, nécessite un équipement et des installations spécifiques et s'exerce sous la forme de compétitions organisées ». (Grandisson et al., 2010)

L'activité sportive regroupe le sport de haut niveau, la pratique au sein d'un club le sport scolaire ainsi que les pratiques sportives non affiliées à une association. (Haute Autorité de Santé [HAS], 2022).

## **3. Le rôle de l'entraîneur au sein de l'activité sportive :**

Duquette et al (2014) expliquent que les contraintes lors de la pratique de l'activité sportive chez l'enfant TSA peuvent être liées aux caractéristiques du TSA ainsi qu'à l'environnement sociale et physique durant l'activité. Néanmoins, au niveau de l'environnement, les obstacles sont majoritairement liés à l'environnement social tant vis-à-vis des autres jeunes ayant un TSA ou non, que des entraîneurs. (p.12)

En effet, lors de l'activité sportive, l'entraîneur est l'un des adultes principaux qui va intervenir auprès du jeune. Sa présence va alors influencer la pratique de l'activité. Duquette and al ajoutent que les entraîneurs, pour diverses raisons (temporelle, manque de connaissances etc.), n'adaptent pas l'activité au jeune de manière optimale ou n'accueille pas un jeune TSA. Au sein de cette même étude, des observations ont été menées qui mettent en avant le manque de connaissance du trouble et les difficultés d'adaptation des règles et des modalités de la pratique sportive chez les enseignants. De ce fait, les enfants atteints de TSA, avaient moins de contact avec les autres et présentaient davantage de difficultés lors de la réalisation de l'activité. (Duquette et al., 2014, p.14)

Pour l'entraîneur, « accomplir sa mission n'est possible qu'en faisant comprendre précisément ce qu'il attend des personnes dont il a la responsabilité. L'ajustement indispensable de ses actions ou de ses consignes ne peut se faire sans identifier, traiter et comprendre les retours que font les bénéficiaires » (Chambres et al., 2013)

Cette étude a ensuite évoqué des stratégies pouvant être utilisées par les entraîneurs afin de favoriser la participation de ces enfants telle que « connaître les forces et les limites du jeune ; connaître les intérêts du jeune et miser sur ses forces ; souligner les succès ; utiliser des vidéos, des pictogrammes... ; utiliser les stratégies de communication ou apprendre celles utilisées à la maison ». (Duquette et al., 2014). Seule une communication efficace entre les deux parties permet une compréhension de leurs rôles réciproques dans l'activité. (Chambres et al., 2013)

#### **4. La pratique sportive chez la personne atteinte d'un TSA**

Différents auteurs expliquent les bienfaits de la pratique d'une activité sportive au quotidien. Tout d'abord, Massion (2006) en suivant l'analyse de Therme et Eberhard identifie quatre catégories au sein desquelles, l'activité sportive apportent des bénéfices à l'utilisateur.

L'activité sportive développe la forme physique c'est-à-dire une augmentation de l'endurance, une amélioration des capacités cardiovasculaires. Elle pallie la sédentarité de l'individu.

Elle contribue à l'apprentissage des fonctions sensorimotrices et cognitives telles que l'augmentation des connaissances et la maîtrise des propriétés biomécaniques du corps, un meilleur traitement de l'information sensorielle proprioceptive et extéroceptive, une conscience affûtée du schéma corporel et de l'espace extérieur. Ainsi qu'une amélioration de la planification permettant au joueur d'entreprendre des actions et de les automatiser.

Au niveau social, l'activité sportive apporte également beaucoup au joueur. En effet, elle améliore la communication verbale et non verbale, elle permet des interactions entre les membres du groupe, ainsi que le partage d'émotions.

La dernière catégorie citée, est le plaisir que procure la pratique d'une activité sportive. Cela permet d'accroître la qualité de vie, la perception de soi et de ses capacités. (Massion, 2006, p.244)

D'autres auteurs ajoutent qu'elle permet l'intégration des règles de savoir vivre en société et facilite l'apprentissage d'attitudes responsables. Sur le plan psychologique, elle renvoie l'image de soi, favorise l'estime de soi, la confiance en soi ainsi que l'autonomie et sur le plan cognitif,

elle contribue à l'adoption de stratégies, d'écoute et de concentration. (Duquette & Lesage, 2013)

De nombreuses recherches ont mis en avant que « des interventions en matière d'activité physique chez les personnes atteintes de TSA auraient eu des effets positifs sur le comportement social et la fonction sociale, l'amélioration de la communication, la capacité à faire de l'exercice, l'indice de masse corporelle, les sensations et les sentiments, les schémas comportementaux stéréotypés et la participation à des exercices physique » (Zhao & Chen, 2018). De plus, elle permet aux enfants atteints de TSA de partager une activité ludique avec leurs pairs et augmente les compétences sociales et de communication entre les pairs et les entraîneurs. (Zhao & Chen, 2018). Les acquis lors de l'activité sportive permettent aux jeunes de les transférer au-delà de l'activité. (Duquette et al., 2014)

De surcroît, les personnes pratiquant une activité physique et sportive dans leur quotidien ont généralement le sentiment d'avoir un équilibre occupationnel satisfaisant. Tétreault définit cette notion comme « la représentation qu'a la personne de ses activités, de leurs caractéristiques, de leurs liens les unes avec les autres et de leur position dans l'espace-temps. Cet équilibre est lié aux rôles sociaux, aux valeurs, aux intérêts et aux différents milieux dans lesquels elle évolue, incluant les opportunités, les possibilités et les contraintes » (Bertrand, 2020)

Les occupations permettent à l'individu de développer ses habiletés, ses compétences et ses connaissances ce qui lui permet de créer son identité. Nous comprenons alors que l'ergothérapeute n'a pas seulement pour mission, le développement de la performance. L'occupation permet au patient d'avoir le sentiment d'être compétent, de se faire plaisir à lui-même et aux autres. Il va respecter les règles sociales, conserver ses amitiés, dépenser son énergie...

« Réfléchir à ses occupations permet à l'individu de se connaître, de comprendre ses valeurs et ses intérêts, de tracer son avenir ». (Hasselkus, 2002, cité dans De l'activité à la participation p.53).

## 5. La participation chez les personnes atteintes d'un TSA :

La participation peut être entravée dès lors que l'individu présente une incapacité. A cet instant l'occupation est impactée. Des études, dans les années 80 ont démontré que des enfants présentant des incapacités avaient une participation occupationnelle plus basse que les enfants sans incapacités. Par conséquent, ils consacraient plus de temps dans les activités de soins personnels ainsi que des activités passives, délaissant les activités communautaires. La restriction de participation peut alors être la cause d'un isolement social et d'une faible satisfaction de vie.

Comme démontré ci-dessus, le schéma de restriction de participation débute dès l'enfance. Les facteurs en étant la source sont plus facile à déceler. Il est alors nécessaire d'intervenir à cet instant avant que les difficultés de participation soient instaurées. (Pierce & Morel-Bracq, 2016)

Une étude de l'institut nationale de la statistique et des études économiques a mis en avant que les personnes avec une restriction forte d'activité avaient une pratique culturelle ainsi qu'une pratique de loisirs faible. Cela peut rendre difficile certaines pratiques notamment l'activité sportive.(Mauduit, 2017). Nous allons nous intéresser plus particulièrement au niveau de participation dans l'activité sportive chez l'enfant TSA.

Une étude auprès d'enfants atteints de TSA et d'enfants neurotypiques a démontré une différence significative de plus de 20% dans la participation à des activités de loisirs de type physique et plus particulièrement dans la pratique de sport d'équipe. Cela semble être la conséquence des difficultés de communication sociale avec ses pairs, des déficiences motrices et/ou cognitives. Une seconde étude a démontré que la condition physique des enfants TSA est plus faible et cela semble préoccupant au vu des conséquences sur leur santé. (Potvin et al., 2013)

Buttimer et Tierney « soulèvent que le manque d'habiletés sociales et de communication constitue un des éléments nuisant à la participation sportive, en limitant les échanges avec les entraîneurs et les autres athlètes » (Grandisson et al., 2010). L'association des paralysés de France ajoute « que les personnes en situation de handicap (enfants ou adultes) rencontrent de réelles difficultés supplémentaires dans l'accès aux activités de loisirs et sportives, à la culture et aux vacances, du fait d'aménagements et d'équipements inadaptés, de personnel d'accueil et d'encadrement mal informés » (APF France Handicap, 2017)

Afin de favoriser cette participation, diverses compétences de l'ergothérapeute vont pouvoir être utilisées.

## **6. Les compétences de l'ergothérapeute mises en jeu auprès de l'environnement social :**

La prise en soin ergothérapique est orientée « centrée patient ». Cela signifie qu'il va prendre en compte la personne, son occupation et son environnement, l'auteur Rigby, insiste sur les interactions entre ces trois composantes. Fougeyrollas, acquiesce en expliquant que la participation dans des activités dépend autant de la personne que de son environnement. Celui-ci va faciliter ou limiter la participation occupationnelle. (Barral & Blaise, 2016, p.153). Selon la CIF, « les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lesquels les gens vivent et mènent leur vie » (Meyer, 2013). Ce professionnel va alors prendre en compte tous les individus concernés par les occupations de l'enfant et cela également lors de la mise en place d'aides techniques. (ANFE, 2019)

Pour répondre aux difficultés lors de la mise en place d'une aide technique, l'ergothérapeute doit éduquer le patient à son fonctionnement, elle devra répondre à ses habiletés. Son environnement social sera inclus dans la prise en soin, tels que la famille et les personnes intervenants davantage pour les aides à la communication car ils seront les récepteurs et devront comprendre le fonctionnement de l'aide mise en place. (Lesoin et al., 2004, p.103)

Au sein du référentiel du diplôme d'état d'ergothérapie, sont répertoriés 10 compétences. La compétence « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » va permettre à l'ergothérapeute de répondre à ce besoin d'informations de la part du patient sans oublier son environnement social. Comme l'explique l'arrêté du 5 juillet 2010, du diplôme d'ergothérapeute, à travers cette compétence, ce professionnel va pouvoir « concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée ». De plus, il va pouvoir « conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leur savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation ». Lorsqu'il va mener à bien ses démarches éducatives, son rôle sera également de les analyser afin d'y apporter des ajustements. L'arrêté ajoute, que l'ergothérapeute va devoir utiliser des techniques et des outils pédagogiques pertinents afin que la personne concernée se sente davantage investie et ait une meilleure compréhension des difficultés. (Arrêté du relatif au diplôme d'Etat en ergothérapie, 2010, p.181)

## 7. Les modèles d'éducation utilisé par l'ergothérapeute :

Selon King l'adaptation c'est « le processus par lequel un individu change ou modifie ses actions ou son comportement pour faciliter sa survie et son fonctionnement » (Guitard, 1996b,p.253), c'est un concept clef en ergothérapie qui implique des notions d'apprentissage. (Tremblay & Chevrier, 1993, p.263) Pour permettre ce processus l'ergothérapeute peut utiliser sa compétence « conseil, éducation [...] de l'entourage et des institutions » afin d'accroître l'apprentissage de nouvelles techniques, d'attitudes ou de connaissances chez la personne prise en soin. La relation est alors modifiée car l'ergothérapeute devient l'éducateur et le patient l'apprenant. Le processus d'enseignement-apprentissage est alors mis en place. Selon Guitard (1996), l'apprentissage permet « l'acquisition d'un nouveau savoir, la modification d'un savoir déjà existant, le développement ou la modification d'attitudes ou d'habiletés ».

Afin de permettre ce processus, il faut que l'ergothérapeute soit soutenu par des modèles.

### 7.A. L'approche expérientiel :

Cette approche se base sur la participation active de la personne suivie afin d'initier l'apprentissage. Artaud explique que l'apprenant utilise ses expériences, son vécu dans le but de guider l'apprentissage. Elle se décompose en quatre temps selon Kolb, qui sont : l'expérience concrète, c'est-à-dire la situation problématique, suivi de la phase d'observation puis de la phase d'hypothèses de résolution du problème et enfin par l'expérimentation dans une nouvelle situation.

Permettre à l'apprenant d'être acteur de l'acquisition de son savoir, lui engendre un sentiment d'accomplissement ainsi qu'une meilleure rétention du savoir. Il permet l'auto-apprentissage ce qui augmente la motivation à apprendre, la prise d'initiative et l'esprit critique et est davantage individualisé.

Les limites de l'approche expérientielle concernent le cout temporel tant dans la préparation que dans la mise en place. De plus, elle dépend de l'aspect critique de l'apprenant.(Guitard, 1996b, p.252)

### *7.A.a. L'approche expérientiel en ergothérapie :*

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et l'association canadienne soulignent l'importance du rôle d'éducateur dans le métier d'ergothérapeute. En effet, les patients ainsi que les personnes gravitant autour doivent faire preuve d'adaptation lorsque la personne est en situation de handicap. Afin de permettre l'adaptation, ont lieu les apprentissages qui peuvent concerner trois domaines : le psychomoteur, l'affectif et le cognitif. (Guitard, 1996b, p.252). Selon Dufresne-Tassé, ils peuvent porter sur le monde extérieur à l'individu et sur l'individu lui-même. (Tremblay & Chevrier, 1993, p.266). L'ergothérapeute fonde l'éducation sur des principes éducatifs qui sont : le respect des modes d'apprentissage de chacun, la nécessité d'une rétroaction à l'apprenant et l'efficacité d'un apprentissage significatif.

Cependant, il doit également s'appuyer sur des modèles éducatifs afin d'orienter au mieux sa prise en soin. D'après la littérature, deux modèles éducatifs sont utilisés en ergothérapie soit le modèle de remédiation cognitive spécifique aux traumatisés crânio-cérébraux d'Abreu et Toglia et le modèle de l'apprentissage expérientiel (Guitard, 1996b, p.253).

L'apprentissage expérientiel se retrouve dans la pratique de l'ergothérapeute. En effet, en lien avec l'ergothérapie, l'activité est au centre de cette approche afin de faciliter l'apprentissage. Une des phases est l'analyse de l'activité, ce que reprend l'ergothérapeute dans sa pratique. L'autre point commun est la nécessité d'une participation accrue dans cette approche afin de favoriser l'apprentissage.

Ces valeurs partagées font que selon Etienne, cette approche positionne l'ergothérapeute en tant que professionnel facilitant l'enseignement, il aura pour rôle de faciliter, stimuler l'apprentissage en aménageant l'environnement, en utilisant les outils les plus adaptés. (Guitard, 1996b, p.256)



## **PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESES**

Notre question de départ s'intéressait au rôle que pouvait avoir l'ergothérapeute face aux difficultés communicationnelles de l'enfant TSA, plus particulièrement au sein de l'activité sportive auprès de son environnement social. Cela dans l'objectif qu'il puisse favoriser sa participation dans l'activité.

La littérature a appuyé l'idée que les enfants atteints d'un TSA présentaient des restrictions de participation dans les activités de loisirs telle que l'activité sportive. En effet, une étude auprès d'enfants atteints de TSA et d'enfants neurotypiques a démontré une différence significative de plus de 20% dans la participation à des activités de loisirs de type physiques et plus particulièrement dans la pratique de sport d'équipe. (Potvin et al., 2013).

Cette même étude a mis en avant différentes causes de cette restriction de participation qui sont les déficiences motrices et/ou cognitives ainsi que les difficultés de communication sociale avec ses pairs. (Potvin et al., 2013)

Afin de pallier ces difficultés communicationnelles, il peut être mis en place un outil de communication améliorée alternative. En effet, selon Cuny et Giuliani (2014), la mise en place d'un moyen de communication et de meilleures stratégies interactives peut limiter la survenue de comportements inadaptés (p.267)

Chez la population atteinte d'un TSA, la mise en place d'un outil de CAA représente un enjeu, majoritairement dans le transfert des acquis dans le quotidien. En effet, les troubles de la communication peuvent être majorés par le fait que la famille ainsi que les personnes gravitant dans son environnement social, tel que l'entraîneur ne soient pas éduqués à l'outil.

La recherche a permis de mettre en évidence que l'ergothérapeute, en collaboration avec les autres professionnelles, va avoir un rôle à jouer tant dans la mise en place d'un outil de CAA auprès de l'enfant TSA qu'au niveau de son environnement social. Celui-ci s'intéressant aux AVQ de l'enfant va intervenir dès lors qu'une restriction de participation sera identifiée. Intervenir dans l'activité sportive si la participation de l'enfant est entravée est alors évident.

En liant le manque d'information de l'entraîneur avec les missions de l'ergothérapeute, la compétence « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » va permettre à l'ergothérapeute de répondre à ce besoin d'informations de la part du patient sans oublier son environnement social. Comme l'explique l'arrêté du 5 juillet 2010, du diplôme d'ergothérapeute, à travers cette compétence, ce professionnel va pouvoir

« concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux activités et aux besoins de participation de la population ciblée ». De plus, il va pouvoir « conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leur savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale ». (Arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010, p.181)

La mise en lien des différents concepts a permis de ressortir une problématique qui est :

**Comment l'ergothérapeute peut-il éduquer les entraîneurs aux modes de communication expressive et réceptive chez l'enfant TSA afin de favoriser sa participation dans l'activité sportive ?**

L'outil de communication est mis en place à la suite d'une collaboration entre les différents professionnels. Néanmoins, il est également utilisé dans les diverses activités de la vie quotidienne de l'enfant. Cependant toutes les personnes de son entourage n'ont pas connaissance de son utilisation. Notre première hypothèse abordera alors cette thématique auprès de l'entraîneur. La seconde traitera de l'approche expérientielle et de son intérêt pour l'ergothérapeute lors de l'éducation de l'entraîneur.

Les hypothèses qui en ont découlées sont les suivantes :

Hypothèse 1 : Former à la CAA par l'ergothérapeute permet à l'entraîneur de comprendre les difficultés communicationnelles de l'enfant TSA au cours de la réalisation de l'activité sportive.

Hypothèse 2 : Utiliser l'approche expérientielle par l'ergothérapeute permet à l'entraîneur une meilleure compréhension de la communication de l'enfant et donc de faciliter sa participation dans l'activité sportive.

Afin de pouvoir répondre à ces deux hypothèses émises à la suite de notre recherche théorique. Nous allons devoir apporter des données recueillies sur le terrain. Pour cela une méthodologie particulière a été pensée.

## **METHODOLOGIE DE RECHERCHE :**

Etablir une méthode de recherche scientifique est nécessaire afin qu'elle soit considérée comme étant une science à part entière. En effet, grâce à cela les chercheurs ont pu structurer la science par le biais de théorie et de méthodes amenant les résultats à être incontestables. Actuellement, il existe deux méthodes de recherche qui sont : la méthode de recherche qualitative et la méthode de recherche quantitative. (Demony, 2016, p.32)

### **I. Méthodologie de recherche**

#### **1. Le choix de la méthode qualitative :**

Pour cette recherche, nous avons choisi la méthode qualitative. Selon Mays et Pope, celle-ci a pour objectif de développer des concepts qui vont nous permettre de comprendre les phénomènes sociaux au sein de leur contexte naturel. Elle s'axe sur les expériences personnelles et les points de vue des participants.

Cette méthode implique que les données soient recueillies directement sur le terrain et elles soient non numériques tels que les discours. Ces avantages sont la précision et la richesse des données ainsi que l'obtention d'explications plus significatives sur un sujet. (Kohn & Christiaens, 2014, p.67)

Cette recherche a pour objectif de comprendre la pratique de l'ergothérapeute et son intervention auprès d'entraîneurs sportifs. Ce sont alors des phénomènes sociaux que nous allons observer, nous ne pouvons pas les quantifier. La méthode qualitative est la plus appropriée.

Après avoir choisi une méthode, nous devons faire le choix d'une approche, afin de structurer notre recherche.

#### **2. L'utilisation de l'approche hypothético-déductive**

La méthode qualitative regroupe deux approches qui sont : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. Cette démarche « vise une explicitation et une compréhension des faits qui dépend de ce que nous formulons, a priori, comme question au préalable ». (Lavarde, 2008, p. 4). Pour cela il va falloir valider des hypothèses en recueillant des données directement auprès d'une population concernée.

Cette méthode se décompose en plusieurs étapes, qui sont :

1. Le choix d'un sujet de recherche
2. La formulation d'une question de départ
3. La construction d'une problématique : le sujet part de sa question de départ et émet une question de recherche et formule ses hypothèses.
4. Opérationnaliser le cadre théorique : dans cette partie, nous y retrouvons la construction des concepts, le choix des dimensions et les indicateurs.
5. Le sujet procède à une vérification empirique en allant directement sur le terrain pour valider ou réfuter ses hypothèses. Dans cette phase, il devra établir un protocole de recueil de données, puis les collecter et les analyser. Cela permettra d'infirmer ou confirmer les hypothèses de recherche. En découle une partie nommée « discussion » (Lavarde, 2008, p.59)

### **3. La population de recherche :**

Pour pouvoir valider ou réfuter nos hypothèses, nous allons devoir extraire de la population globale, un groupe d'individu qui vont répondre à différents critères déterminés préalablement. C'est ce que nous allons nommer l'échantillon. Afin que cette population réponde à nos critères, nous allons utiliser un questionnaire de recrutement. Notre problématique se concentre sur la manière dont l'ergothérapeute peut éduquer l'entraîneur à la communication expressive et réceptive de l'enfant afin d'améliorer la participation de l'enfant dans l'activité sportive ? Nous souhaiterions alors interroger les professionnels concernés qui sont les ergothérapeutes.

Des critères d'inclusion et de non-inclusion ont été définis :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>• Être ergothérapeute diplômés d'Etat</li><li>• Exercé ou avoir exercé auprès d'enfants atteints d'un TSA</li><li>• Utiliser la communication améliorée et alternative auprès d'enfants atteints d'un TSA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliser la communication améliorée et alternative auprès d'une autre population que les enfants atteints de TSA</li></ul>

Afin de pouvoir valider ou réfuter les hypothèses liées à la problématique, il serait intéressant d'interroger les premiers concernés par l'éducation des ergothérapeutes, c'est-à-dire les entraîneurs. Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été également définis :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraîneurs sportifs</li> <li>• Exercé ou avoir exercé auprès d'enfant atteint d'un trouble du spectre autistique (TSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraîneurs sportifs avec le diplôme d'éducateur spécialisé dans l'activité physique adaptée (EAPA)</li> </ul>

Pour les deux catégories d'interrogés, des critères concernant la population qu'ils suivent ont été ajoutés. En effet, les enfants atteints de TSA doivent présenter des difficultés communicationnelles et ils doivent être diagnostiqués. Les adultes TSA ne sont pas concernés par cette recherche.

### 3.A. Prise de contact

Afin de pouvoir contacter les ergothérapeutes pour cette recherche, nous avons envoyé une cinquantaine de mails, élaborés à partir d'une trame située en Annexe 1. En parallèle nous avons appelés les structures accueillant des enfants atteints d'un TSA telles que les instituts médico-éducatif (IME) et les cabinets de libéral répertoriés sur l'ANFE. Pour pouvoir joindre les entraîneurs, une trentaine d'appels ont été menés directement au sein des gymnases. Ces contacts nous ont été fournis via la liste établie au sein du centre ressources autisme (CRA). Des annonces sur les réseaux ont également été passées.

Au vu de la position géographique des ergothérapeutes et de la disponibilité de chacun, les trois entretiens ont été réalisés à distance par le biais d'un appel téléphonique ou d'une visioconférence. Pour deux des entraîneurs, la méthodologie était identique mais pour le troisième l'entretien a pu être réalisé directement en présentiel.

Au préalable de chacun des entretiens, un formulaire de consentement exposant le contexte de la recherche ainsi que les conditions de passation a été réalisé et envoyé par mail à chacun d'eux. Celui-ci se trouve en Annexe 2. Néanmoins, nous tenions à demander de nouveau à l'oral leur autorisation afin d'être enregistré.

#### **4. Les techniques et les outils de recueil de données empiriques :**

##### **4.A. Choix de la technique de recueil de données :**

Au sein de la méthode qualitative, il existe différentes techniques de recueils de données. Les principales en soin de santé sont les entretiens, les focus groups et l'observation. Néanmoins, « l'entretien est l'outil d'investigation prioritairement utilisé lorsque le chercheur réalise une étude qualitative ». (Demony, 2016, p.35)

Celui-ci se définit comme étant « une situation de face à face, où l'enquêteur interroge un individu détenant les informations spécifiques ». (Demony, 2016, p.35)

Il permet de récolter et d'analyser l'attitude, les sentiments et les représentations de la personne sur le sujet choisi. Il peut être utilisé à divers instants de la recherche. Dans notre cas, nous souhaitons l'employer en tant qu'entretien initial, ce qui signifie qu'il est utilisé dans l'objectif de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises.

Il existe trois types d'entretien de recherche : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif. Ce qui les différencie, c'est le degré de liberté du chercheur. Nous nous choisissons l'entretien semi-directif.

Durant celui-ci, le chercheur pré-écrit des questions ouvertes, laissant une liberté de réponse à l'interrogé mais permettant d'orienter et de relancer l'entretien. (Claude, 2019). Cet outil, utilisé lors des entretiens, est nommé le « guide d'entretien ».

##### **4.B. Choix de l'outil :**

Il se compose de thématiques, des questions en découlent et nous y répertorions des indicateurs facilitant ensuite la validation ou non des hypothèses. Ce choix est recommandé en soin de santé, dès lors que nous souhaitons récolter l'expérience de praticien, leur croyance, leur point de vue, ce qui dans cette recherche est le cas. (Kohn & Christiaens, 2014)

#### 4.C. Construction de l'outil :

Afin de recueillir des données empiriques, nous allons devoir interroger deux populations distinctes. Pour mener nos entretiens, deux guides d'entretien seront réalisés. Nos thématiques et indicateurs seront constitués à partir de notre cadre conceptuel développé précédemment.

Au sein de la grille d'entretien correspondant aux ergothérapeutes, 4 thèmes principaux y sont répertoriés, à savoir :

- Les données socio-démographiques de l'enquêté
- Le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place d'un outil de CAA
- L'intervention de l'ergothérapeute au sein de la pratique sportive de l'enfant TSA
- La mise en place d'une démarche de conseil et éducation de la part de l'ergothérapeute

En ce qui concerne la grille d'entretien utilisée auprès des entraîneurs sportifs, 4 grands thèmes la compose également, à savoir :

- Les données socio-démographiques de l'enquêté
- L'entraîneur face aux difficultés communicationnelles de l'enfant TSA
- Les difficultés de la pratique de l'activité sportive chez l'enfant TSA et chez l'entraîneur
- La collaboration entre l'entraîneur et l'ergothérapeute

Les deux guides d'entretiens, se trouvent en Annexe 3 et Annexe 4.

## II. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique du chercheur

Au commencement d'une recherche, nous pouvons remarquer qu'il y a un lien étroit entre le sujet choisi et l'expérience vécue ainsi que les convictions du chercheur. « S'interroger sur le choix de son sujet est déjà une première distanciation. (Paugam, 2012)

La recherche « a comme principale caractéristique de se fonder sur l'interaction entre le chercheur et son objet de recherche, pour le transformer, observer les changements et leurs effets ». (Château Terrisse et al., 2016). Le chercheur doit alors mener une réflexion sur son objectivité et son éthique tout au long de la recherche.

D'après la définition du Larousse, l'objectivité c'est « la qualité de quelqu'un, d'un esprit, d'un groupe qui porte un jugement sans faire intervenir des préférences personnelles ». (Larousse, s. d.). Chiseri-Strater, exprime que la subjectivité est incontournable dans un sujet de recherche car l'Homme est un être d'opinion. Dans la méthode qualitative, la subjectivité se retrouve dans les données recueillies ainsi que dans l'analyse des entretiens. (Girard et al., 2015)

Dans cette recherche nous avons choisi la technique d'entretien, qui est spécifique à la méthode qualitative. Comme expliqué précédemment, le chercheur est face à son interlocuteur. A cet instant, nous prenons le risque de « construire l'autre en miroir de soi », cela implique que nos techniques d'entretien peuvent influencer ses dires. De ce fait, selon Bourdieu « le sociologue risque de substituer purement et simplement à ses propres prénotions, les prénotions de ceux qu'il étudie ». (Château Terrisse et al., 2016). En sociologie, celles-ci correspondent à une « idée générale forgée à partir de l'expérience et dont l'esprit doit se dépendre pour parvenir à la connaissance objective ». (Dictionnaire de l'Académie Française, s. d.). Selon Morrow, notre rôle en tant que chercheur sera de « travailler à limiter, à contrôler ou à gérer cette subjectivité ou encore, de l'accepter, de l'utiliser et de l'embrasser comme donnée (Girard et al., 2015)

Nous allons nous intéresser à l'éthique du chercheur. En recherche, le terme d'éthique est défini comme « étant l'ensemble des valeurs et des finalités qui fondent et qui légitiment le métier de chercheur ». (Martineau, 2023). Durant toute la recherche, il est nécessaire d'apporter une réflexion personnelle sur notre éthique, d'autant plus lorsque nous sommes confrontés à d'autres individus. En effet, deux dimensions peuvent nous impacter en tant que chercheur. La première concerne la conduite du chercheur que ce soit dans son attitude ou dans son comportement. La seconde concerne le respect des personnes. (Martineau, 2023).



Rappelons-le, c'est grâce aux données recueillies lors des entretiens, que nous pouvons valider ou réfuter nos hypothèses. Le chercheur va alors développer « son discours sur la base de celui des sujets participants ».

Selon Kaiser, il faut donc respecter de nombreuses règles afin de ne pas entraver notre éthique. Tout d'abord, nous devons informer nos interlocuteurs sur le déroulement de la recherche. Ensuite, nous devons respecter la règle du consentement. Pour cela un formulaire a été mis en place. Enfin, le chercheur doit respecter la confidentialité des données, de l'identité de la personne interrogée. (Château Terrisse et al., 2016)

### **ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES :**

Nous avons mené des entretiens sur le terrain afin de pouvoir réfuter ou valider les hypothèses émises précédemment. (Voir Annexe 5 et Annexe 6). Dans un premier temps, une analyse verticale sera réalisée. Durant cette analyse, nous considérons les entretiens individuellement. Selon Roche, « l'analyse verticale sert à savoir ce qui a été répondu par un individu pour l'ensemble des thèmes donnés ». (Roche, 2009)

#### **I. Analyse verticale**

Afin de garder l'anonymat de la population avec laquelle nous nous sommes entretenus, lors de cette analyse les ergothérapeutes seront nommés : E1, E2, E3 et les entraîneurs/coach seront identifiés sous le nom de : C1, C2, C3

E1 est diplômé depuis plus de 35ans. Elle a eu diverses expériences professionnelles lors de sa carrière. Actuellement, elle travaille à soixante pourcents au sein d'un service d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) où elle est amenée à suivre des enfants polyhandicapés et atteints de TSA. Le reste du temps elle travaille dans un cabinet libéral, accueillant majoritairement des enfants atteints des troubles des apprentissages et atteints de TSA de haut niveau. Au travers du SESSAD, elle intervient dans un groupe de communication avec une psychomotricienne et une éducatrice dans l'objectif de mettre en place la CAA. Elle explique qu'en libéral, son intervention se concentre sur l'écriture avec la mise en place de l'outil informatique. Au cours de sa carrière, elle a suivi de nombreuses formations concernant la CAA et la domotique. Pour elle, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la mise en place de l'outil de CAA.

E2 a été diplômé en juin 2022. Il a exercé en psychiatrie dans un service d'entrée à court et moyen séjour sur une période d'un an. Actuellement, son travail se divise en différents services accueillants exclusivement la population TSA avec des troubles associés. En effet, il est amené à exercer au sein d'une maison d'accueil spécialisée (MAS). Il travaille également en équipe mobile au sein de MAS, d'institut médico-éducatifs et de foyers d'accueils médicalisés (FAM) dès lors qu'il n'y a pas d'ergothérapeute au sein de la structure. De plus, il réalise des consultations afin de travailler sur l'orientation du patient ainsi que sur ses déséquilibres occupationnels. Ses missions principales sont d'identifier les causes des comportements défis et d'améliorer la communication avec la mise en place d'outil. Ce n'est qu'au sein des équipes mobiles qu'il est amené à suivre des enfants TSA de 8 à 20ans. Pour le moment, il n'a pas suivi de formation concernant l'autisme ainsi que la CAA.

E3 est diplômée depuis juin 2000. Pendant 15 ans, elle a travaillé en institut médico-éducatif (IME) et actuellement elle travaille depuis environ 4 ans en IME semi-internat. Sont accueillis au sein de cette structure, des enfants avec une déficience intellectuelle, des enfants polyhandicapés et des enfants atteints de TSA. Ses missions au sein de cette structure concernent la mise en place d'appareillages ainsi qu'un travail global afin de permettre à l'enfant de retrouver une autonomie au quotidien. La population TSA qu'elle suit présente des difficultés de communication. En travaillant en interdisciplinarité, elle est alors amenée à mettre en place de la communication améliorée et alternative auprès des jeunes qu'elle suit. Afin d'assurer le suivi de l'enfant, la structure met en place des réunions en lien avec le projet personnalisé de l'enfant, l'amenant à travailler davantage avec la famille.

C1 a obtenu un diplôme de gestion des équipements sportifs. En parallèle il était sportif de haut niveau pendant 20 ans dans le golf. Actuellement, il gère un magasin d'équipement sportifs dans lequel il met en place des animations golf. Il accueille toute sorte de public que ce soit des enfants, des adultes, des personnes âgées ainsi que des personnes en situation de handicap moteur, mental ou des personnes neurotypiques. Il est amené à pratiquer des initiations de golf auprès d'enfants atteints de TSA présentant des difficultés de communication. Cela se fait en lien avec des IME. Il se dit être à l'aise avec la population en situation de handicap mais ne pas avoir de connaissances élevées sur les TSA. Au sein de sa pratique professionnelle, il a suivi une formation auprès de la ligue concernant l'accueil du public handicapé.

C2 a obtenu son brevet d'état afin de devenir maître-nageur en 2013. Il entraîne des personnes neurotypiques ainsi que des personnes en situation de handicap. Actuellement, il accueille des

enfants ayant un trouble de l'attention/ de l'hyperactivité (TDAH) ainsi que des enfants atteints de TSA. Les trois qu'il suit en ce moment sont âgés de 5, 9 et 15 ans et présentent des difficultés de la communication expressive et réceptive. Au cours de sa carrière, il a eu l'opportunité de suivre deux formations qui sont : connaître le handicap et savoir comment s'adapter à lui et la seconde se concentrait sur la communication non verbale.

C3 est monitrice d'équitation, elle a été formée en tant qu'équithérapeute. Sa formation évoque le handicap en général. Au sein de son centre, elle accueille toutes sorte de publics que ce soient des personnes neurotypiques ou des personnes en situations de handicap, d'âges différents. Elle est amenée à suivre des enfants atteints d'un TSA présentant des difficultés de communication. En effet, ces enfants sont non verbaux. Cela rend difficile la communication entre les deux interlocuteurs ainsi que la compréhension de certains comportements, attitudes. Au cours de sa pratique, elle n'a pas eu de formation sur l'autisme ou sur la communication. C3 a pu collaborer avec un ergothérapeute intervenant directement sur son lieu de travail. Seulement, elle n'intervient qu'avec les personnes rencontrant des difficultés motrices. Durant l'entretien, C3 m'a expliqué qu'elle ne comprenait pas le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de TSA.

Une fois l'analyse verticale effectuée, nous en effectuons une seconde nommée l'analyse horizontale. Contrairement à la précédente, nous allons regrouper les entretiens. En effet, « L'analyse horizontale a pour but de comprendre les réponses de chaque individu pour un thème donnée ». (Roche, 2009)

## **II. Analyse horizontale**

### **1. Les difficultés de l'enfant TSA au sein de l'activité sportive**

E1, E2, E3 mettent en avant les difficultés de communication réceptives et expressives qui impactent le quotidien des enfants. E2 et E3 expliquent qu'à la suite de ces difficultés, les enfants peuvent adopter des comportements défis. En effet, ils expliquent que ces enfants passent par l'auto-agressivité ou par des crises afin de pouvoir communiquer ou par frustration de ne pas se faire comprendre.

Au quotidien, ces difficultés de communication se manifestent chez l'enfant par des difficultés à faire des demandes, à exprimer leur besoin (E2). Les trois ergothérapeutes se rejoignent sur le fait que l'enfant n'arrive pas à entrer en communication avec l'autre de manière adaptée. E2 soulève que l'interlocuteur lui-même a des difficultés à savoir comment entrer en lien avec l'enfant TSA.

L'avis des trois ergothérapeutes se rapportait au quotidien général de l'enfant. En ce qui concerne l'activité sportive, les trois ergothérapeutes identifient la communication comme un facteur limitant la participation de l'enfant dans l'activité

Ces difficultés communicationnelles émises par les ergothérapeutes vont également dans le sens des entraîneurs. C2 et C3 expliquent que les principales difficultés de l'enfant dans l'activité sportives sont les troubles de la communication. C3 place en premier l'adaptation du matériel pédagogique et l'adaptation de l'environnement au niveau de l'accessibilité au terrain. Au niveau de la communication, pour C2 cela est majoré au niveau de la communication réceptive alors que pour C1 et C3, la communication expressive est davantage impactée. En effet, ils expliquent que l'enfant ne communique pas avec eux. C1 dit « c'est moi qui leur communique quelque chose, eux non ».

## **2. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de l'entraîneur dans l'activité sportive**

D'après E1 E2 E3, l'ergothérapeute peut être amené à intervenir au sein de l'activité sportive de l'enfant TSA. E2 explique que le loisir fait partie intégrante du patron occupationnel du jeune. Dès lors que l'activité est impactée, il a un rôle à jouer.

Ils expliquent tous les trois que l'environnement matériel est un facteur limitant la participation de l'enfant. E1 et E2 incluent l'environnement social comme limitant au niveau communicationnel et donc au niveau de la pratique. Les entraîneurs peuvent rencontrer des difficultés à s'approprier l'outil ce qui limite le jeune lors de l'élaboration de ses demandes et sur la compréhension mutuelle.

E1 et E3 se rejoignent sur l'intérêt de mettre en place des outils de communication adaptés à l'activité. Pour E2 un travail doit être réalisé au niveau de la communication expressive de l'entraîneur vis-à-vis des consignes dans l'activité.

Afin qu'ils comprennent les difficultés de communication, E1 et E2 expliquent qu'il faudrait inclure l'entraîneur dans la boucle lors de la mise en place de l'outil. Néanmoins E1 spécifie que l'ergothérapeute pourrait lui apprendre à modéliser l'outil et E2 explique qu'il faudrait le sensibiliser à la communication et qu'il faudrait identifier avec lui les spécificités de l'activité pour qu'il soit dans l'anticipation par la suite.

## **3. L'ergothérapeute et la CAA**

Selon E1, E2, E3 l'ergothérapeute joue un rôle dans la mise en place de l'outil de CAA en fonction des capacités de l'enfant que cela soit au niveau du choix ou de son adaptation. E1 insiste sur l'ergonomie de l'outil. Néanmoins E2, E3 expriment le fait que sa mise en place ne peut se faire qu'en interdisciplinarité.

Les trois ergothérapeutes mettent en avant le fait que la mise en place d'un outil de CAA va avoir un impact sur la participation sociale et occupationnelle. E2 dit « la communication est un précurseur de la participation, c'est un facilitateur ». En effet, pour lui, elle va lui permettre d'exprimer ses besoins, de faire des choix et de faire des demandes envers les autres.

Un des facteurs limitant la mise en place d'un outil de CAA est la généralisation au quotidien. Pour E1 l'outil est mis en place au sein de l'IME mais au quotidien celui-ci n'est pas utilisé. Pour E2, cela est la cause d'un environnement non adapté, un outil peut avoir des limites dans

certaines environnements. Les trois ergothérapeutes soulèvent la limite de l'environnement social. De fait, E1 explique qu'il y a une méconnaissance de la CAA auprès des équipes et des familles. E2 accentue cette idée en disant que « la CAA c'est bien en individuel, mais sa mise en place a ses limites pour ce qui est d'expliquer aux autres son utilisation ». Enfin E3 explique qu'au départ la famille peut être un frein car elle comprend son enfant sans l'outil et ne comprend pas la nécessité de celui-ci.

Afin de pallier ces difficultés, les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'environnement social doit être dans la boucle dès le choix de l'outil. Dans leur cas, n'ayant jamais eu l'opportunité de travailler avec un entraîneur, ils ont fait le choix de prendre l'exemple de la famille. Pour assurer la généralisation, les trois ergothérapeutes expliquent qu'il est nécessaire d'assurer un temps d'éducation, d'explication de l'outil de CAA à l'entourage. E2 ajoute qu'un temps en amont de prise en soin sur les comorbidités et les troubles en général peut leur permettre de comprendre les difficultés et les spécificités de communication de l'enfant.

#### **4. Les difficultés de l'entraîneur lors de l'activité auprès de l'enfant TSA :**

Lors des entretiens, les trois entraîneurs soulignent des difficultés concernant leur manière de communiquer, c'est-à-dire au niveau expressif et sur la façon dont l'enfant reçoit l'information, c'est-à-dire au niveau réceptif. Les trois soulèvent la difficulté pour eux de transmettre les consignes. C1 explique « que ça l'empêche de transmettre tout ce qu'il souhaite » et C2 ajoute « je me noie dans mes paroles ».

Les trois entraîneurs ne connaissent pas la CAA de nom mais dès lors que la définition leur est transmise, C2 et C3 mettent en avant que, les enfant TSA qu'ils suivent, l'utilisent. C1 trouve que cela pourrait être utile auprès des enfants qu'il suit.

C2 et C3 expriment leur manque de connaissances vis-à-vis de la communication en général. Chez C2 et C3, cela engendre une incompréhension des comportements de l'enfant. C3 dit « j'avais l'impression que l'enfant ne voulais pas, que je l'obligeais ».

## 5. L'intérêt de l'éducation de la CAA auprès de l'entraîneur :

Les intérêts d'éduquer l'entraîneur à la CAA sont pour E1 et E2 d'augmenter la communication entre le jeune et l'entraîneur. E1 ajoute qu'il arrivera davantage à s'approprier l'outil. Lorsque la question est posée aux entraîneurs, C1 explique qu'être éduqué à la CAA va lui permettre d'utiliser l'outil, de le mettre en place si cela facilite la communication. C3 indique qu'il essaye de se former de son côté et que cela lui permet d'utiliser la CAA plus régulièrement.

## 6. L'utilisation de l'approche expérientielle lors d'une démarche d'éducation par l'ergothérapeute envers l'entraîneur

### 6.A. Les besoins de l'entraîneur vis-à-vis d'une démarche de conseil et d'éducation

Aucun des trois entraîneurs n'a été formé au TSA, leurs formations se concentraient sur les généralités concernant le handicap. La formation de C1 abordait la manière d'accueillir un public en situation de handicap et C2 sur la façon de s'adapter au handicap. Seul C2 a eu une formation concernant la communication non verbale. Les trois entraîneurs reprochent le fait que la formation est difficilement transposable dans leur activité. C2 ajoute qu'elle n'était pas adaptée à eux mais aux professionnels du médical vis-à-vis des termes employés. Les trois souhaiteraient une formation comprenant l'intervention d'un professionnel sur le terrain avec les patients afin de ne pas sortir du contexte. Ils souhaitent que l'analyse repose sur leur pratique et qu'il puisse échanger.

### 6.B. Les démarches d'éducation et de conseil menées par les ergothérapeutes

Au sein de leur pratique, les trois ergothérapeutes ont mis en place une démarche d'éducation et de conseil et plus particulièrement une démarche concernant la CAA. E1 et E2 expliquent que cette action a été menée auprès des familles et des professionnels afin de les sensibiliser à la CAA sur l'utilisation de l'outil et sur sa mise en place. E3 explique qu'elle mène ces actions auprès des familles.

Pour les trois ergothérapeutes, la manière dont ils mènent une démarche de conseil peut influencer la personne. E2 et E3 expriment qu'il ne faut pas arriver avec tout son savoir et leur dire que si cette méthode fonctionne alors ils doivent l'appliquer, sinon l'individu n'adhère pas. Les trois se rejoignent sur le fait de partir de l'expérience de la personne concernée par la démarche, d'aller directement sur le terrain avec elle afin de s'appuyer sur des cas concrets. E1

et E2 expliquent qu'à la suite de cette démarche, ils analysent ensemble la situation et en viennent à échanger et à débattre. Par la suite, les individus mettent en application dans l'activité ce qui a été proposé.

Aucun des trois ergothérapeutes ne cite l'approche expérientielle et n'a connaissance de celle-ci. Néanmoins, leur manière de procéder les ramène à utiliser cette approche. En effet, si nous reprenons les données du cadre conceptuel, Kolb décompose l'approche en quatre temps qui sont : l'expérience concrète, c'est-à-dire la situation problématique, suivi de la phase d'observation puis de la phase d'hypothèses, de résolution du problème et enfin la phase d'expérimentation dans une nouvelle situation. Nous retrouvons ces phases dans les dires des différents professionnels.

Après leur avoir transmis une définition, E2 et E3 s'accordent pour dire que cette approche permet d'individualiser la prise en soin et d'être davantage centré sur la personne. E2 cite, « la personne est actrice de son soin et en est au cœur ». E2 rajoute qu'elle favorise l'implication de la personne, sa compréhension et que cela irait dans la continuité de notre métier qui est d'être force de proposition. Pour E3, cela engendrerait chez l'individu une prise de conscience des difficultés de la personne ainsi qu'une rétention plus efficace des connaissances. E2 rejoint également cette idée, que la personne adoptera une meilleure analyse d'action et une meilleure compréhension du comportement.

## **7. Validation ou réfutation des hypothèses :**

Cette analyse a été menée dans le but de répondre à une problématique, à savoir :

**Comment l'ergothérapeute peut-il éduquer les entraîneurs aux modes de communication expressive et réceptive chez l'enfant TSA afin de favoriser sa participation dans l'activité sportive ?**

Des hypothèses dans l'objectif de répondre à notre problématique avaient alors été émises. Avant de réfuter ou valider ces hypothèses, il nous semble nécessaire d'en faire un rappel.

Hypothèse 1 : Former à la CAA par l'ergothérapeute permet à l'entraîneur de comprendre les difficultés communicationnelles de l'enfant TSA au cours de la réalisation de l'activité sportive.



Hypothèse 2 : Utiliser l'approche expérientielle par l'ergothérapeute permet à l'entraîneur une meilleure compréhension de la communication de l'enfant et donc de faciliter sa participation dans l'activité sportive.

#### **7.A. Retour sur la première hypothèse :**

Les ergothérapeutes mettent en avant que les difficultés quotidiennes de l'enfant sont, en majeure partie, la conséquence de ses difficultés de communication. Cela se manifeste par des difficultés dans l'expression des besoins, des choix ainsi que dans la compréhension de son environnement social. Ils valident l'idée que les difficultés de communication impactent la participation de l'enfant. Les entraîneurs les rejoignent également en stipulant que la difficulté primaire de l'enfant TSA dans l'activité sportive est la communication.

Les trois ergothérapeutes expliquent qu'ils ont un rôle à jouer dans la mise en place de l'outil de CAA et que sa mise en place impacte favorablement la participation de l'enfant dans son activité. Néanmoins, ils soulignent le fait que l'environnement social peut être un frein à la CAA. Selon E1 et E2 cela serait dû à une méconnaissance et une mauvaise adaptation de l'outil.

Afin, de remédier à cela, ils évoquent tous le fait d'éduquer ou de conseiller l'environnement social à l'outil de CAA, que ce soient les familles ou les personnes gravitant autour de l'enfant tel que l'entraîneur. Les entraîneurs les rejoignent. Ils mettent en avant leur manque de connaissance sur la CAA.

Néanmoins, l'intérêt pour les ergothérapeutes d'éduquer les entraîneurs à la CAA serait qu'ils utilisent davantage l'outil, d'augmenter la communication entre l'enfant et l'entraîneur. E2 explique que l'éducation permettrait à l'entraîneur de comprendre la communication de l'enfant afin de pouvoir anticiper les difficultés de communication. E1 et E3 n'évoquent pas cette idée.

Dans l'hypothèse 1, nous parlons d'éduquer à la CAA afin de comprendre les difficultés de communication et non d'utiliser davantage l'outil. Utiliser l'outil pourrait être la conséquence d'une meilleure compréhension de la communication expressive et réceptive de l'enfant. Seulement cela n'est pas dit explicitement par l'ensemble des ergothérapeutes et par les entraîneurs.

**Nous décidons alors de réfuter l'hypothèse 1**

### 7.B. Retour sur la deuxième hypothèse :

C1 et C3 n'ont jamais eu de formation sur l'autisme, la communication ou la communication améliorée alternative. Néanmoins, au cours de leur cursus, ils ont eu l'occasion de participer à des formations centrées sur les généralités du handicap ainsi que sur la manière de s'adapter à celui-ci et comment accueillir les personnes en situation de handicap.

Les trois ressortent de leurs anciennes formations le manque de cohérence avec leur pratique. Selon eux, celles-ci ne font pas le lien avec leur pratique ce qui rend les connaissances acquises difficilement transposables auprès de leur population, dans leur environnement sportif. Ils souhaiteraient que le professionnel intervienne directement sur le terrain afin d'échanger sur une situation concrète et d'apporter des solutions. Selon eux, cela leur permettrait davantage de comprendre les difficultés de la personne dans l'activité.

En parallèle, les ergothérapeutes, sans connaître l'approche expérientielle, font valoir la nécessité de l'utiliser. En effet, lorsqu'ils décomposent leur manière d'éduquer et de conseiller, les étapes corèlent avec les étapes de la formation expérientielle étudiée précédemment dans le cadre conceptuel. Ils sont également tous les trois d'accord sur la nécessité d'améliorer leurs connaissances afin d'améliorer la communication. E1 et E2 soulignent qu'utiliser cette approche permet à la personne une meilleure compréhension de la situation étudiée. Elle se rend actrice de son apprentissage. Les trois mettent en avant l'apport de l'ergothérapie dans une démarche d'éducation dès lors que l'activité de loisirs est impactée. Les entraîneurs sont ouverts à la rencontre avec un professionnel ayant ces compétences afin d'échanger pour comprendre leurs situations.

Toutes ces données nous permettent de valider l'hypothèse 2. L'utilisation de l'approche expérientielle auprès de l'entraîneur va découler sur une meilleure compréhension de la communication de l'enfant car ils se baseront sur leurs expériences vécues.

**Nous décidons de valider l'hypothèse 2**

## DISCUSSION :

### I. Nouveaux apports théoriques :

#### 1.A. La mise en situation écologique comme moyen d'éducation et de conseil par l'ergothérapeute

Mis à part le besoin d'examiner une situation afin d'émettre des solutions et d'essayer leurs intérêts, les entraîneurs soulèvent l'importance de l'intervention d'un professionnel directement sur le terrain. Sans quoi, un fossé s'installe entre la théorie acquise et leur pratique dans l'activité. Ce ne sont pas les seuls à trouver un intérêt à cette démarche. Les ergothérapeutes évoquent également cette idée. Ils insistent sur la mise en application, ensemble, des apports transmis afin que ceux-ci ne restent pas qu'un apport théorique.

Intervenir directement à l'endroit de la difficulté, en mettant la personne en action dans son environnement, se nomme la mise en situation. Selon Jegouss et al, (cité dans L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie, 2018), la mise en situation est « un support concret de réalisation, d'analyse et d'échange autour de l'action, les mises en situation doivent/peuvent être un objet de dialogue ». Seve-Ferrieu ajoute le terme « écologique » à la mise en situation. Ce qui signifie que la situation est au plus proche du réel de la personne. Nous sommes au sein même de son environnement. (Caire et al., 2012, p.157)

C'est un moyen communément utilisé par l'ergothérapeute. En effet, c'est un professionnel de l'activité qui prend en compte tous les éléments contextuels tels que l'environnement social, architectural ainsi que les facteurs concernant la personne dans le but d'adapter au mieux sa prise en soin et de favoriser l'indépendance/l'autonomie du patient.

Selon Seene (cité dans L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie, 2018), « elle permet au patient de prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel ». L'environnement social étant omniprésent lors de l'action, il peut être amené à conscientiser les difficultés de la personne. C2 nous a expliqué que ce qu'il lui manquait lors de sa pratique est une rétroaction. Si celle-ci lui était amenée, elle lui permettrait une meilleure compréhension de la situation et une adaptation de sa posture.

La mise en situation écologique accompagnée de feedback est un outil fréquemment utilisé en ergothérapie. Elle permet à l'entraîneur de lier théorie et pratique, de se rendre davantage compte des difficultés de son patient ainsi que des siennes à s'adapter à la communication. Pour

l'ergothérapeute cela lui permettrait d'adapter son action d'éducation aux spécificités de la pratique sportive de l'entraîneur et d'assurer une généralisation. En effet pour ce professionnel, « rendre un patient autonome dans sa structure de soin est un non-sens si cette même personne ne peut surmonter ses difficultés à son domicile, en l'absence de soignants ». Pour l'ergothérapeute, il y a une pertinence à agir à l'extérieur de l'institution tout autant qu'à l'intérieur.

### 1.B. La mise en place de comportement défis comme moyen de communication de l'enfant TSA :

Les comportements défis ont été brièvement définis au sein de notre cadre conceptuel. Pour rappel, se sont « des comportements culturellement anormaux d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger ou des comportements qui limitent probablement ou empêchent l'accès aux services ordinaires de la communauté ». (Magerotte & Willaue, 2014). Précédemment, nous avons expliqué que les comportements défis pouvaient être mis en place à la suite d'une incapacité à communiquer, d'une douleur ou d'un environnement non adapté. Nous avons insisté sur le fait que ce soit une conséquence. Néanmoins, lors des entretiens, l'ergothérapeute 2 a expliqué que cela pouvait être un moyen de communiquer pour l'enfant TSA. Il dit « l'enfant a adopté un comportement défis. En retour, il a eu quelque chose donc, pour de l'avoir de nouveau, il va utiliser ce même comportement ».

La littérature appuie les dires de l'ergothérapeute. « Le trouble du comportement est un mode de communication peu efficace et adapté » néanmoins il signifie quelque chose. Il peut être le moyen de communiquer ses attentes, ses besoins, ses désirs... Cependant, pour l'interlocuteur le message n'est pas clair, seule une démarche dite « clinique » va permettre l'analyse de ce comportement. (Zucman, 2019)

Cette démarche s'appuiera sur le modèle fonctionnel selon Greenwood et al en 1994. Il comprend quatre temps qui sont : les événements contextuels, les antécédents, le comportement et les conséquences. (Willaye & Magerotte, 2013)

D'après les entretiens avec les entraîneurs, ces comportements ont déjà été adoptés par les enfants TSA qu'ils suivent. Seulement, leurs analyses et leur compréhension restent approximative. La cause de l'adoption de ce comportement leur est inconnue. Cette démarche est utilisée par E2 dans sa pratique professionnelle, ce qui démontre que l'ergothérapeute a un rôle à jouer. Utiliser cette démarche, va faciliter la compréhension de

ces comportements. Si ceux-ci sont utilisés comme moyen de communication, alors les analyser va permettre de comprendre la communication de l'enfant.

## **II. Limites et biais de la recherche :**

Au cours de la réalisation de cette recherche, nous avons pu relever des limites et des biais que nous allons énoncer dans cette partie.

Tout d'abord, comme l'a été expliqué dans la partie méthodologie, nous avons mis en place un échantillonnage. Au départ, celui-ci contenait un critère d'inclusion supplémentaire concernant la population des ergothérapeutes. Nous avons ajouté « étant déjà intervenu au sein de la pratique d'une activité sportive de l'enfant ». Néanmoins, les retours n'étant pas favorables et faisant face à l'approche de l'échéance, nous avons décidé d'enlever ce critère. Cela nous a permis de répondre à la faisabilité de la recherche. Nous avons donc mené des entretiens auprès d'ergothérapeutes n'étant pas intervenus au sein de l'activité sportive de leur patient. Ils ont alors imaginé les actions qu'ils pouvaient mener auprès des entraîneurs et leurs bénéficiaires.

De plus, toujours en lien avec l'échantillonnage nous n'avons pu interroger que trois professionnels ergothérapeutes et trois entraîneurs. Cela représente un nombre trop faible pour nous permettre de généraliser les résultats que nous avons obtenus. Cette limitation au sein des entretiens, peut s'expliquer par la disponibilité des professionnels du fait de leurs obligations professionnelles et personnelles ainsi que la temporalité qui ne nous permettait pas d'obtenir davantage de réponses favorables.

Un autre biais qui a pu être relevé concerne la sévérité du trouble du spectre autistique. Les ergothérapeutes ont souligné que la pratique différait en fonction de la sévérité du trouble chez l'enfant. En effet, E1 explique que sa prise en soin ne se focalise pas sur les mêmes besoins chez un TSA de haut niveau que chez un TSA de bas niveau. E2 la rejoint en expliquant que les difficultés communicationnelles ne semblent pas impacter de la même manière le quotidien de l'enfant, ils relèvent des divergences dans leurs manifestations. Cela rend la généralisation sur toute la population atteinte d'un TSA difficile. Les entraîneurs et les ergothérapeutes m'expliquent que c'est aussi cela qui rend la prise en soin de cette population complexe.

Un dernier biais concerne l'évolution de la pratique en ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes que nous avons interrogés n'ont pas les mêmes années d'expériences. Nous avons alors pu relever une divergence de connaissance concernant le référentiel de compétence et plus particulièrement concernant la compétence « concevoir et conduire une démarche

d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ». Cela peut s'expliquer par le tournant qu'il y a eu concernant la pratique ergothérapique avec l'apparition du troisième paradigme. Au sein de celui-ci, il y a eu en 2010, la réingénierie du diplôme de formation. Le référentiel du métier est alors retravaillé et laisse place aux dix compétences du diplôme d'état d'ergothérapeute. (Delaisse et al., 2022, p.388)

### **III. Perspectives :**

Ce mémoire d'initiation à la recherche nous a permis d'identifier de nouveaux éléments.

Premièrement, lors des entretiens les entraîneurs nous ont démontré la place importante de la famille dans la pratique de l'activité sportive. Pour eux c'est une aide lorsque l'enfant adopte un comportement inadapté durant la séance. Elle le connaît davantage et arrive à communiquer avec lui. En parallèle, les ergothérapeutes nous ont expliqué qu'au sein du cercle social de l'enfant, ils sont amenés à collaborer surtout avec les familles. Cet accompagnement effectué auprès d'elles concernent la fluctuation des apprentissages de l'enfant, la sensibilisation aux troubles et à la communication, la mise en place et l'utilisation d'un outil de communication. Il s'agit d'une des étapes du processus de soin que l'ergothérapeute doit réaliser. Collaborer avec le reste de l'environnement social de l'enfant n'est alors que secondaire.

Nous aurions pu nous intéresser à l'intérêt d'éduquer en premier lieu la famille aux difficultés communicationnelles de l'enfant. Elle peut ainsi participer à la généralisation de l'outil dans des activités extérieures telle que l'activité sportive. La famille est davantage en contact direct avec l'entraîneur contrairement à l'ergothérapeute.

Deuxièmement, nous avons pu identifier un manque de connaissance concernant les composantes de la communication. En effet, C1 nous dit que « nous ne sommes pas amenés à communiquer dans l'activité car je lui montre comment faire en gestualisant », ce qui correspond à l'aspect non verbale. E2 explique que l'enfant peut régresser puis de nouveau augmenter ou revenir au seuil de communication initial. E1 exprime que, certains jours, l'enfant peut ne pas avoir envie de communiquer avec l'outil habituel. Nous remarquons la complexité de la communication chez l'enfant TSA. Si nous faisons le lien avec le DSM-V, elle peut être impactée de différentes manières. Le spectre de l'autisme est vaste. Chaque enfant a ses particularités. Nous aurions pu aborder le fait d'éduquer l'entraîneur aux différentes communications et particularités chez la personne TSA afin qu'il acquière les connaissances primaires de celles-ci.

## CONCLUSION :

Les troubles du spectre autistique sont diagnostiqués à la suite d'une corrélation avec les critères du DSM-V. Au sein de ces critères est présente la dyade autistique comprenant les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés. C'est à cette symptomatologie que nous nous sommes intéressés dans le cadre de notre recherche. (Crocq & Guelfi, 2015)

Dans cette population, la communication est impactée tant au versant expressif que réceptif. Elle présente un enjeu pour le professionnel de santé car elle est continuellement présente et altérée au sein du quotidien de l'enfant TSA, impactant alors les activités de vie quotidienne de l'enfant.

En effet, la littérature a exposé les effets bénéfiques de la pratique d'une activité sportive dans le quotidien d'une personne atteinte d'un TSA. Néanmoins, des études nous ont permis de soulever qu'il y avait une différence de 20% de participation entre des enfants TSA et des enfants dits neurotypiques. (Potvin et al., 2013)

L'ergothérapeute est un professionnel des occupations. Elles englobent les soins personnels, la productivité et les loisirs dès lors que la participation du patient est impactée. Il a un rôle à jouer dans l'activité, mais quel rôle ?

Il a été identifié divers facteurs impactant la pratique de l'enfant telle que la communication. Néanmoins, celle-ci peut être favorisée par l'utilisation de la communication améliorée et alternative (CAA). Seulement dans l'activité celle-ci se joue entre l'entraîneur et l'enfant. Cet entraîneur peut faire face à un manque de connaissance vis-à-vis du trouble et de ses compensations.

Si la communication impacte la participation de l'enfant dans l'activité à cause d'une entrave liée à une méconnaissance des entraîneurs vis-à-vis du trouble, alors l'ergothérapeute qui suit l'enfant a pour mission de favoriser sa participation en prenant en compte les divers facteurs engendrant cette limitation.

Par ailleurs, une de ces compétences au sein de son référentiel d'activité consiste à mener des actions d'éducation et de conseil. Il va pouvoir la mettre en application auprès des entraîneurs.

Ces éléments théoriques nous ont amené à l'objectif de notre étude qui est : **Comment l'ergothérapeute peut-il éduquer les entraîneurs aux modes de communication expressive et réceptive chez l'enfant TSA afin de favoriser sa participation dans l'activité sportive ?**

Afin d'y répondre, nous avons mené une enquête de terrain nous permettant ensuite de recueillir des résultats et de les analyser. La synthèse des données nous a permis de mettre en évidence que la communication impacte la participation de l'enfant. Cependant, elle peut être favorisée par la mise en place de la CAA. Un manque de connaissance vis-à-vis de la CAA ainsi que des types de communications est décelé chez les entraîneurs. Ces professionnels du sport sont ouverts aux formations, aux conseils sur la CAA afin de l'utiliser davantage. L'approche expérientielle est primordiale chez les deux parties ainsi qu'une intervention au sein même de l'activité afin de la rendre pertinente.

L'intervention précoce étant un des enjeux majeurs de l'Etat et les éléments concernant la plasticité cérébrale nous ont amené à nous intéresser à l'activité sportive de l'enfant TSA. Néanmoins, nous pouvons nous questionner sur la généralisation de ce sujet à la population adulte TSA.



## BIBLIOGRAPHIE :

- Abric, J.-C. (2019). Chapitre 1. Facteurs généraux de la communication. In *Psychologie de la communication: Vol. 3e éd.* (p. 3-20). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937-p-3.htm>
- Alexandre, A., Palu, M., Lefèvre, G., & Vauvillé, B. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2016). *Les "comportements-problèmes" : prévention et réponses*. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp\\_comportements\\_problemes\\_volets\\_1\\_et\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf)
- ANFE. (2019). *COMPRENDRE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS*.
- ANFE. (2017). L'ergothérapie aujourd'hui en France.
- APF France Handicap. (2017, janvier 13). *Loisirs, culture, sports*. APF France handicap. <https://www.apf-francehandicap.org/droits-handicap/loisirs-culture-sports-1502>
- Article L4341-1—Code de la santé publique—Légifrance. (2021). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043424051](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424051)
- Assises nationales de l'ergothérapie, & Association nationale française des ergothérapeutes (Éds.). (2015). *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* De Boeck-Solal De Boeck.
- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, 115(1), 141-174. <https://doi.org/10.3917/anpsy.151.0141>

- Aupiais, B. (2014). Mise en place et utilisation des codes de communication chez de jeunes enfants paralysés cérébraux. *Contraste*, 39(1), 119-141.  
<https://doi.org/10.3917/cont.039.0119>
- Baghdadli, A. (2006). Troubles autistiques : Du repérage des signes d'alerte à la prise en charge. *Contraste*, 25(2), 23-51. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0023>
- Barral, C., & Blaise, J.-L. (2016). Chapitre 11. La dimension sociale et culturelle de l'environnement. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 153-174). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0153>
- Bernicot, J. (2005). 8. Le développement pragmatique chez l'enfant. In *Le langage de l'enfant* (p. 145-159). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.piera.2005.01.0145>
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2017). *Communication alternative et améliorée : Aider les enfants et les adultes avec des difficultés de communication*. De Boeck Supérieur.
- Boidé, A., Prudhon, E., & Tuffreau, R. (2009). *L'évaluation de la communication préverbale d'enfants et d'adolescents avec autisme au sein d'une section SEHA d'IME : proposition d'un protocole*.
- Boucheron, P. (2004). *Frédéric II, l'empereur encyclopédiste*. L'histoire.  
<https://www.lhistoire.fr/frédéric-ii-lempereur-encyclopediste>
- Bursztejn, C., & Gras-Vincendon, A. (2001). La « théorie de l'esprit » : Un modèle de développement de l'intersubjectivité ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49(1), 35-41. [https://doi.org/10.1016/S0222-9617\(01\)80052-0](https://doi.org/10.1016/S0222-9617(01)80052-0)
- Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>

- Cataix-Nègre, É. (2011). *Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage les communications alternatives*. Solal.
- Cataix-Nègre, É. (2017). L'introduction des aides à la communication chez le communicateur émergent. *Contraste*, 45(1), 203-223. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0203>
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (s. d.). Modèle de l'occupation humaine. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 9 avril 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Centre ressources autismes. (s.d). *COMVOOR*.  
<https://www.cra-npdc.fr/wp-content/uploads/2019/10/COMVOOR.pdf>
- Claude, G. (2019, octobre 25). *L'entretien de recherche : Définition, utilisation, types et exemples*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
- Chambres, P., Jean, A., & Auxiette, C. (2013). *L'éducation physique et sportive dans les troubles du spectre autistique : Quelques clefs pour agir sans nuire*. 31.
- Charret, L., & Thiébaud-Samson, S. (2017). *Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie* | *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-17.htm>
- Château Terrisse, P., Codello, P., Béji-Bécheur, A., Jougleux, M., Chevrier, S., & Vandangeon-Derumez, I. (2016). Réflexivité et éthique du chercheur dans la conduite d'une recherche-intervention. *La Revue des Sciences de Gestion*, 277(1), 45-56.  
<https://doi.org/10.3917/rsg.277.0045>
- Constans, S., & Gardair, E. (2018). Représentations et pratiques des loisirs des enfants et adolescents : Le paradoxe de la dimension éducative des loisirs. *Bulletin de psychologie*, Numéro 554(2), 563-578. <https://doi.org/10.3917/bupsy.554.0563>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

- Cuny, F., & Giuliani, C. (2014). La prise en charge orthophonique chez le très jeune enfant autiste. L'expérience d'une équipe. *Contraste*, 39(1), 265-288.  
<https://doi.org/10.3917/cont.039.0265>
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Stiker, H.-J., & Sève-Ferrieu, N. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Demony, A. (2016). *La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien / Lecteur amélioré Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Doherty-Sneddon, G., Riby, D., Whittle, L., & Calderwood, L. (2010). Les indices visuels de la communication chez l'enfant. *Enfance*, 3(3), 339-354.  
<https://doi.org/10.3917/enf1.103.0339>
- Duquette, M.-M., Carbonneau, H., & Crevier, L. (2014). *Guide facilitant les interventions lors de la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes ayant un TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME*. Choisir de gagner : Le défi des saines habitudes de vie pour les jeunes ayant une limitation fonctionnelle
- Duquette, M.-M., & Lesage, J. (2013). *Guide facilitant les interventions lors de la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes ayant une déficience langagière*. Choisir de Gagner : Le défi des saines habitudes de vie pour les jeunes ayant une limitation fonctionnelle.
- Florin, A. (2020). Chapitre 2. Les débuts du langage. In *Le développement du langage : Vol. 2e éd.* (p. 25-46). Dunod. <https://www.cairn.info/le-developpement-du-langage--9782100808007-p-25.htm>
- Française, A. (s. d.). *Dictionnaire de l'Académie française*. Consulté 20 avril 2023, à l'adresse <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P4075>
- Girard, M.-J., Bréart De Boisanger, F., Boisvert, I., & Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité : Une sensibilité partagée. *Spécificités*, 8(2), 10-20.

<https://doi.org/10.3917/spec.008.0010>

Grès, F. (2018). *L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie :*

*Traumatisme crânien et anosognosie.*

Gourbail, L. (2018a). *Haute Autorité de santé.*

Grandisson, M., Tétreault, S., & Freeman, A. R. (2010). Le sport : Promoteur de la santé et de

la participation sociale en déficience intellectuelle: Promoting health and social

participation of individuals with intellectual disabilities through sports. *Revue*

*francophone de la déficience intellectuelle*, 21, 54-65.

Guitard, P. (1996a). L'apprentissage expérientiel et l'ergothérapie : Compatibilité théorique et

pratique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 252-259.

<https://doi.org/10.1177/000841749606300406>

Hammell, K. W. (2017). Précis – Discours commémoratif Muriel Driver 2017 Possibilités en

matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of*

*Occupational Therapy*, 84(4-5), E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417417753374>

Haute Autorité De Santé. (2022). *Guide des connaissances sur l'activité physique et la*

*sédentarité*. Recommander les bonnes pratiques.

Hébert, M. L. J., Kehayia, E., Prelock, P., Wood-Dauphinee, S., & Snider, L. (2014). Does

occupational therapy play a role for communication in children with autism spectrum

disorders? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(6), 594-602.

<https://doi.org/10.3109/17549507.2013.876665>

Hennel-Brzozowska, A. (2008). *La communication non-verbale et paraverbale -perspective*

*d'un psychologue*-. 10.

Inserm. (2018). Autisme : un trouble du neurodéveloppement affectant les relations

interpersonnelles. <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans

la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie*

*économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Lavarde, A.-M. (2008). Chapitre 4. Des objectifs de recherche à la logique de recherche. In *Guide méthodologique de la recherche en psychologie* (p. 59-78). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lavar.2008.01.0059>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Quebec. (2022). *La collaboration interprofessionnelle* [https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MD/FicheSynthese\\_collaboration-interprofessionnelle-cip.pdf](https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MD/FicheSynthese_collaboration-interprofessionnelle-cip.pdf)

Larbán Vera, J. (2016). L'autisme et la théorie de l'esprit. In *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle* (p. 145-146). Érès. <https://www.cairn.info/vivre-avec-l-autisme-une-experience-relationnelle--9782749250434-p-145.htm>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Objectivité - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 20 avril 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectivite/C3%A9/55365>

Laxer, G. (2021). Chapitre 9. La compréhension, un acte complexe. In *Handicaps, les chemins de l'autonomie* (p. 99-104). Érès. <https://www.cairn.info/handicaps-les-chemins-de-l-autonomie--9782749267906-p-99.htm>

Lesoin, A., Benoit, A., Brunet, D., Chan, E., Lehoux, E., Valcourt, G., & St-Cyr, J. (2004). *Communiquer autrement*. Guide de suppléance à la communication orale.

Light, J. C., Roberts, B., Dimarco, R., & Greiner, N. (1998). Augmentative and alternative communication to support receptive and expressive communication for people with autism. *Journal of Communication Disorders*, 31(2), 153-180. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(97\)00087-7](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(97)00087-7)

- Lima Antão, J. Y. F. D., Oliveira, A. S. B., Almeida Barbosa, R. T. D., Crocetta, T. B., Guarnieri, R., Arab, C., Massetti, T., Antunes, T. P. C., Silva, A. P. D., Bezerra, Í. M. P., Mello Monteiro, C. B. D., & Abreu, L. C. D. (2018). Instruments for augmentative and alternative communication for children with autism spectrum disorder : A systematic review. *Clinics*, 73, e497. <https://doi.org/10.6061/clinics/2017/e497>
- Linder, A., Jammet, T., & Skuza, K. (2021). La clinique de l'autisme à l'épreuve de la précocité et de la standardisation du diagnostic. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 75-100. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0193>
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1).
- Maffre, T., & Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. De Boeck Supérieur.
- Magerotte, G., & Willaue, E. (2014). *Evaluation et intervention auprès des comportements défis : Déficience intellectuelle et/ou autisme*. De Boeck Supérieur.
- Mangerud, W. L., Bjerkeset, O., Lydersen, S., & Indredavik, M. S. (2014). Physical activity in adolescents with psychiatric disorders and in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-2>
- Massion, J. (2006). Sport et autisme. *Science & Sports*, 21(4), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2006.07.001>
- Mauduit, L. (2017). *Handicap : Une participation restreinte à la culture et aux loisirs*. Observatoire des inégalités. <https://www.inegalites.fr/Handicap-une-participation-restreinte-a-la-culture-et-aux-loisirs>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Mills-Montesino, E., & Gosselin, J. (s. d.). *Communication non-orale / Portail Enfance et Familles*. Consulté 1 mars 2023, à l'adresse

<http://www.portailenfance.ca/wp/modules/readaptation-a-bases-communautaires/communication-non-orale/>

Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

[https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Solal.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2004). *Guide de l'ergothérapeute : Application de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

Paugam, S. (2012). 1 – S'affranchir des prénotions. In *L'enquête sociologique* (p. 5-26).

Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0005>

Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.

Potvin, M.-C., Snider, L., Prelock, P., Kehayia, E., & Wood-Dauphinee, S. (2013).

Recreational participation of children with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 445-457. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1589-6>

Roche, D. (2009). *Chapitre 3 : Les études qualitatives*. calameo.com.

<https://www.calameo.com/read/00532236284ee72e7fd0d>

Rogé, B. (2019). Diagnostic et intervention précoce dans les TSA : Des enjeux de société.

*Enfance*, 1(1), 5-12. <https://doi.org/10.3917/enf2.191.0005>

Sahnoun, L., & Rosier, A. (2012). Syndrome d'Asperger : Les enjeux d'une disparition. *PSN*, 10(1), 25-33. <https://doi.org/10.3917/psn.101.0025>



- 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>
- Sorsana, C. (2011). L'activité conversationnelle est-elle une fenêtre ouverte sur la pensée de soi et d'autrui ? *Enfance*, *1*(1), 69-91. <https://doi.org/10.3917/enf1.111.0069>
- Tanet-Mory, I. (2014). Troubles de la théorie de l'esprit et de l'intersubjectivité dans l'autisme sans déficit intellectuel : Description et perspectives thérapeutiques. *Enfances & Psy*, *62*(1), 106-115. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0106>
- Tardif, C. (2006). *Autisme : problèmes sociaux, communicatifs et émotionnels à l'adolescence*. Autisme et adolescence.
- Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). 3. La conquête du langage (18 mois-3 ans). In *Troubles du langage et de la communication : Vol. 3e éd.* (p. 53-75). Dunod.  
<https://www.cairn.info/troubles-du-langage-et-de-la-communication--9782100784738-p-53.htm>
- Thommen, É., & Guidoux, A. (2011). De l'interaction sociale à la théorie de l'esprit : Aspects du développement typique et atypique. *Enfance*, *1*(1), 49-68.  
<https://doi.org/10.3917/enf1.111.0049>
- Tremblay, M., & Chevrier, J. (1993). *L'apprentissage expérientiel : Un modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapique*. *60*(05).  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841749306000507?journalCode=cjoc>
- Vidal, C. (2012). La plasticité cérébrale : Une révolution en neurobiologie. *Spirale*, *63*(3), 17-22. <https://doi.org/10.3917/spi.063.0017>
- Willaye, E., & Magerotte, G. (2013). Les comportements défis dans l'autisme : Explication et analyse. *Comprendre l'autisme*. <https://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/les-comportements-defis-dans-lautisme/>

Zhao, M., & Chen, S. (2018). The Effects of Structured Physical Activity Program on Social Interaction and Communication for Children with Autism. *BioMed Research International*, 2018, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2018/1825046>

Zucman, E. (2019). *Les troubles du comportement, un mode de communication ?* *Enfant Différent | enfance & handicap informations & ressources*. <https://www.enfant-different.org/communiquer-avec-son-enfant/les-troubles-du-comportement-un-mode-de-communication>

## **ANNEXES :**

Annexe 1 : Mail de recrutement .....	I
Annexe 2 : Formulaire de consentement .....	II
Annexe 3 : Guide d'entretien des ergothérapeutes .....	IV
Annexe 4 : Guide d'entretien des entraîneurs .....	VII
Annexe 5 : Grille d'analyse des entretiens menés auprès des ergothérapeutes .....	IX
Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens avec les entraîneurs sportifs .....	XVII

### *Annexe 1: Mail de recrutement*

Bonjour,

Je m'appelle Ophélie CARRIOT, je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie au sein de l'institut de formation de ROUEN. Je viens vers vous dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Celui-ci traite du rôle de l'ergothérapeute concernant la communication améliorée et alternative auprès d'enfants atteints de troubles du spectre autistique et plus particulièrement au sein de leur activité sportive.

Mes critères d'inclusion à la recherche sont : être Ergothérapeutes diplômés d'état, avoir utilisé la communication améliorée alternative dans sa pratique, être intervenu au moins une fois dans l'activité sportive de l'enfant à l'école ou en dehors.

Je souhaiterais m'entretenir avec vous avant le 20 avril afin d'apporter la pratique à mon sujet et de pouvoir y répondre.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder.

En pièce jointe vous trouverez, un document explicatif du déroulement des entretiens ainsi qu'un formulaire de consentement à la recherche.

Dans l'attente de votre réponse.

Cordialement,

Ophélie Carriot

## ***Annexe 2 : Formulaire de consentement***

Madame, Monsieur

Actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie, je dois dans le cadre de mes études effectuer un mémoire d'initiation à la recherche sous l'encadrement de Mme LEPILLER. Mon sujet se concentre sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants atteints de troubles du spectre autistique présentant des difficultés communicationnelles.

Au sein de ce mémoire, une problématique a été relevée, s'en suit alors des hypothèses. Afin de pouvoir valider ou réfuter ces hypothèses, j'ai choisi d'utiliser la technique de recueil de données nommée : les entretiens semi-directif.

Les critères d'inclusions sont : des ergothérapeutes diplômés d'état, travaillant en pédiatrie auprès d'enfants atteints de troubles du spectre autistique et utilisant la communication améliorée alternative dans leur prise en soin.

Il est nécessaire d'être attentif aux différentes informations qui vont être évoquées par la suite afin d'optimiser la compréhension du déroulement de cette étude.

Je vous sollicite aujourd'hui afin d'étayer mes recherches. Dès lors que vous acceptez d'y participer, vous ferez l'objet d'un entretien. La durée de celui-ci se situe entre 30 et 45min, cela peut être variable.

Les entretiens se dérouleront en face à face ou via un appel téléphonique, en fonction de vos disponibilités. En cas d'empêchement, il faudra me contacter afin de reconduire une date.

Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'une application sur smartphone puis retransmis sur ordinateur afin de n'occulter aucune donnée et pour permettre de faciliter l'étude des résultats. Ces appareils seront sécurisés par un mot de passe afin d'assurer la confidentialité.

Les données récoltées seront anonymisées mais pourront faire l'objets de recherches ultérieures. De plus, aucune information ou donnée personnelle ne sera divulguée vous concernant.

Il est nécessaire de préciser que vous avez la possibilité de vous retirer à tout moment de cette recherche. Je reste à votre disposition si vous avez besoin d'informations supplémentaires.

Si vous souhaitez participer à cette recherche, il est nécessaire de prendre connaissance des informations demandées, d'apposer votre signature ainsi que les termes « lu et approuvé ».

Je, soussigné(e) (nom, prénom) ....., accepte librement de participer à la recherche nommée « », réalisée par CARRIOT Ophélie dans le cadre de son travail de fin d'études en ergothérapie, sous la direction de LEPILLER Gaëlle Ergothérapeute diplômée d'Etat.

Par la présente, je confirme

- Avoir pris connaissance des différentes informations figurant sur la page I du document ci-dessus, me permettant de comprendre l'objet de cette recherche, l'intérêt de ma participation et la procédure qui va être suivie.
- Avoir en ma possession un exemplaire de la note d'information
- Avoir été éclairé sur les modalités de passation, d'enregistrement, de traitement et de destruction des informations concernant les entretiens
- Avoir compris que ma participation était libre et éclairée
- Avoir compris que durant cette recherche, aucune information personnelle ne sera divulguée et que toutes les réponses seront anonymisées
- Que les résultats des entretiens peuvent être utilisés ultérieurement pour d'autres recherches

Date :

**Signature, précédée de la mention « lu et approuvée ».**

### Annexe 3 : Guide d'entretien des ergothérapeutes

Thèmes	Questions générales	Critères	Indicateurs
<b>Population interrogée</b>	1. Pourriez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel depuis votre diplôme ?	Parcours professionnel	Années et types d'études avant le diplôme ergothérapeute, type de baccalauréat, population concernée, lieu de la pratique professionnelle, durée
	2. Avez-vous suivi des formations au cours de votre pratique professionnelle ?  Des formations sur la prise en charge des troubles de la communication ?	Formations suivies	Types de formation, spécificités, durée, formation CAA
	3. Quel sont les objectifs principaux que vous travaillez avec cette population dans cet établissement ?	Rôles au sein de la structure	Les missions, rôle au sein de l'équipe, rôle dans la communication, travail auprès de l'environnement social de l'enfant, interventions extérieures
	4. Quelles sont les difficultés de cette population au sein de leur quotidien ?	Difficultés des personnes atteintes de TSA au quotidien	Difficultés communicationnelle expressive et respectueuse, difficultés de généralisation des acquis dans leur quotidien
	5. Quels sont les impacts des difficultés de communication au quotidien ? dans les activités ?	Impact de la communication au quotidien	Limitation de la participation, communication des besoins, comportements problèmes
<b>La mise en place de l'outil de communication améliorée et alternative</b>	6. Selon vous quel est le rôle de l'ergothérapeute concernant la communication ? La CAA ?	Rôle de l'ergothérapeute dans la CAA	Travail interdisciplinaire, choix de la CAA et mise en place : essais, entraînements, adaptation en environnements  Eduquer le patient et les personnes de son entourage
	7. Quels types de CAA utilisez-vous au sein de votre pratique ?	Types de CAA	Avec aides techniques, sans aides techniques, aides technologiques
	8. Selon vous quels seraient les intérêts de la mise en place d'un outil de CAA ? Sur la participation ?	Intérêts de la CAA	Augmente la participation, favorise la communication expressive et réceptive chez l'émetteur et le récepteur
	9. Quels sont les leviers et les freins lors de la mise en place d'un outil de CAA auprès d'un enfant TSA ? Pour les proches ?	Freins et leviers de la CAA	Difficultés de généralisation, approbation famille, connaissances de l'entourage
	10. Quelles stratégies mettez-vous en place face à ces difficultés rencontrées ?	Stratégies adoptées par l'ergothérapeute	Mise en situation écologique, travail auprès de l'environnement social, éducation du patient et de son entourage

	11. Selon vous quelle place occupe l'entourage que ce soit la famille ou le cercle social plus éloigné dans la mise en place d'un outil de CAA ?	Méthodologie d'intervention auprès de l'environnement social de l'enfant	Conseil sur l'outil, généralisation dans le quotidien, aide pour l'élaboration de l'outil
	12. Comment pourriez-vous faire pour que l'entourage comprenne les modes de communication de l'enfant ?		Former, éduquer, conseiller, sensibiliser, analyse des situations problématique, collaboration mise en situation écologique
	13. Comment feriez-vous pour favoriser la communication entre l'entourage et l'enfant ?		Analyser les situations problématiques, mettre en place un outil de CAA
	14. Qu'est ce qui est important pour favoriser l'utilisation de l'outil au quotidien ?		Eduquer l'entourage à l'utilisation de l'outil de CAA
<b>L'ergothérapeute au sein de la pratique sportive de l'enfant TSA</b>	15. Etes-vous déjà intervenu au sein des loisirs de l'enfant TSA ? Pourquoi êtes-vous intervenu, par quel intermédiaire ? Si oui, comment avez-vous orienté votre pratique ?	L'intégration des loisirs dans la pratique	Demande d'un tiers, de moi-même à la suite d'un bilan, de l'enfant Education, mise en place d'aide à la communication
	16. Pourquoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer dans la pratique sportive de l'enfant TSA ?	Rôle de l'ergothérapeute dans l'activité sportive	Le sport est un loisir et le loisir est une occupation, communication expressive et réceptive, limitation de participation dans l'activité sportive
	17. Selon vous, quels sont les facteurs limitant la participation dans l'activité sportive de l'enfant TSA ?	Facteurs limitant la pratique sportive de l'enfant	L'environnement social : autres enfants, entraîneurs Les capacités de communication de l'enfant et/ou de l'entraîneur
	18. La communication a-t-elle un impact dans la pratique de l'activité sportive ?	Impacts de la communication	Oui, règles, exprimer les besoins, participation sociale et occupationnelle
	19. Est-ce que la communication peut avoir un impact sur la participation occupationnelle et sociale de l'enfant ?	Impacte de la communication sur la participation	Oui, limitation
	20. Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place en tant qu'ergothérapeute pour favoriser la participation de l'enfant ?	Moyens pour favoriser la participation	Favoriser la communication entre l'entraîneur et l'enfant, éduquer l'entraîneur
	21. Que pourriez-vous mettre en place, quelles actions vous pouvez mener auprès de l'entraîneur pour l'aider à pallier les difficultés de communication ?	Actions auprès de l'entraîneur	Eduquer à la CAA, aux troubles de la communication
	22. Quels seraient les intérêts de d'éduquer l'entraîneur à la CAA ?	Intérêts de l'éducation	Compréhension des modes de communication de l'enfant,



<b>La compétence : conseiller, éduquer concernant l'ergothérapeute</b>	23. Avez-vous déjà mis en jeu la compétence : « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique »  Après de qui ?	Mise en place d'une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique	Oui  Patient, famille, soignants, professeur, entraîneur sportif
	24. Selon vous la manière dont elle est amenée peut-elle influencer la personne ?	Intérêts de son utilisation	Oui, implication de la personne, transfert dans le quotidien, relation entre le professionnel et l'entourage, compréhension
	25. Comment avez-vous procédé pour mettre en place cette action ?  Quels outils avez-vous mis en place ?	Procédure entreprise pour éduquer/conseiller	Interroger la population concernée, intervention sur le terrain, échange avec la personne concernée, conseils vocales, mises en situation, réflexion autour de la situation
	26. Utilisez-vous une approche pédagogique particulière auprès de la personne concernée ?	Le type d'approche pédagogique	Expérientielle
	27. Qu'est-ce qui vous limite lorsque vous êtes amené à mettre en jeu cette compétence ?	Limitations durant l'éducation/le conseil	Temps, connaissances, disponibilités, les outils, lieu
	28. Connaissez-vous l'approche expérientielle ?	Connaissances sur l'approche expérientielle	Définition
	29. Quelles seraient les bénéfices de l'utilisation de l'approche expérientielle lorsque vous êtes amenés à conseiller, éduquer une personne ?	Bénéfices de l'approche expérientielle dans votre pratique	Que la personne soit actrice, rétention du savoir, motivation, écoute, partenariat, meilleure compréhension des difficultés, meilleur transfert dans le quotidien
	30. Vous semble-t-elle pertinente ? Quels seraient les conséquences de cette approche sur un entraîneur et sur les enfants qu'il entraîne ?	Pertinence de l'utilisation de cette approche	Profession centrée sur la personne, personne actrice de son soin, écologique  Meilleures adaptations, meilleure participation de l'enfant

#### Annexe 4 : Guide d'entretien des entraîneurs

Thèmes	Questions générales	Critères	Indicateurs
Population interrogée	1) Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Parcours professionnel général	Années et types d'études, baccalauréat, lieu de pratique, durée
	2) Pouvez-vous me décrire votre parcours en tant qu'entraîneur ? La structure ?	Parcours d'entraîneur sportif	Années, activités sportives, population rencontrée Tout le monde est formé, locaux, nombre d'entraîneurs
	3) Pouvez-vous me décrire la population que vous entraînez ?	Caractéristiques de la population entraînée	Type de handicap, sévérité TSA, âge, nombres
Les formations suivies par l'entraîneur	4) Quel sont vos connaissances sur le TSA ?	Connaissances sur le TSA	Peu, moyen, beaucoup, personne proche TSA, formation sur le TSA, durant les études
	5) Avez-vous suivi des formations sur le handicap au cours de votre parcours ? Si oui, pouvez-vous me la décrire	Types de formation	Nom, encadrant, contenu, groupe ou individuel, durée, nombre, thématique, CAA, communication
	6) Aviez-vous des axes d'amélioration sur la formation ? qu'est-ce qui vous a manqué au cours de la formation ?	Axes d'amélioration de la formation	Adaptation à la pratique sportive (généralisation), adaptation du discours, concret, contenu
La difficulté de la pratique sportive chez l'enfant TSA	7) Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les enfants TSA lors de l'activité sportive ?	Cause et types de difficultés des enfants TSA dans la pratique sportive	Environnement social, communication expressive/réceptive
	8) Que mettez-vous en place pour favoriser leur participation dans l'activité ?	Adaptations mises en place	Consignes simples, CAA,
	9) Quelles sont les personnes qui vous ont aidé ou vous aident afin d'adapter votre pratique ?	Aides extérieurs pour la mise en place des adaptations	Famille, professionnel de santé, autres entraîneurs, autres parents, recherches internet
	10) Accepteriez-vous l'aide d'un professionnel spécialisé dans l'autisme ? Qu'attendriez-vous de lui ?	Collaboration avec des professionnels de santé	Oui, partage de connaissance, analyse de situation problématique, échange
	11) Est-ce que les enfants que vous suivez ou avez suivis rencontrent des difficultés communicationnelles ? Si oui, comment cela se manifeste ?	Manifestation des troubles de la communication	Oui expressives et/ou réceptives Ne fait pas ce qui a demandé, n'arrive pas à exprimer ses besoins, Comportement défis, arrêt de la pratique sportive
	12) Comment faites-vous pour pallier ces difficultés communicationnelles ?	Matériels mis en place	Utilise la CAA

L'entraîneur face aux difficultés communicationnelles de l'enfant TSA	13) Connaissez-vous la CAA ?	Connaissances sur la CAA	Définition
	14) Avez-vous des enfants qui l'utilisent ? Quels types ?	Utilisation de la CAA par les enfants TSA	Sans aide technique, avec aide technique, aides technologiques (pictogramme, images, mots, objets, signes, supports (carnet...)), désignation (pointage, regards...), une sorte de CAA ou plusieurs
	15) Arrivez-vous à l'utiliser au cours de l'activité sportive ? Pourquoi ?	Utilisation de la CAA	Toute l'activité, un bout de l'activité, disposition Non : pas adaptée, je ne sais pas l'utiliser, je ne sais pas s'il en a une, je n'y pense pas, pas le temps
	16) Qu'est-ce qui vous permettez aujourd'hui en tant que professionnelle de comprendre les difficultés de communication de l'enfant ?	Compréhension des difficultés de communication	Education
	17) Qui vous a expliqué comment la mettre en place au sein de l'activité ?	Aides lors de la mise en place de la CAA	Famille, soignant, autres entraîneurs, formateurs, seul
	18) Quels seraient les intérêts de la compréhension de la communication chez l'enfant dans l'activité sportive ?	Intérêts de compréhension des difficultés de communication	Augmentation participation sociale/occupationnelle, compréhension des règles, expression des besoins, compréhension des comportements
Partenariat entre l'entraîneur et l'ergothérapeute	19) Connaissez-vous le métier d'ergothérapeute ? Comment ?	Connaissances métier d'ergothérapeute	Définition : favoriser indépendance dans les AVQ, loisirs, intervient dans la mise en place d'un outil de communication, comment il connaît le métier  Famille, expérience personnelle
	20) Avez-vous eu déjà à faire à ce professionnel durant l'activité sportive ?	Collaboration avec l'ergothérapeute	Education, mise en place de l'outil
	21) Vous semblerez-t-il intéressant de travailler avec lui au sein de l'activité ? Celui-ci peut être expert de la population TSA, former à la CAA qu'est-ce qu'il pourrait vous apporter ?	Intérêts de la collaboration avec l'ergothérapeute	Oui, partage de connaissances,  Education à l'outil de CAA, aux difficultés de communication

**Annexe 5 : Grille d'analyse des entretiens menés auprès des ergothérapeutes**

Thèmes	Indicateurs	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3
<b>Population interrogée</b>	Années et types d'études avant le diplôme ergo, type de baccalauréat, population concernée, lieu de la pratique professionnelle, durée	Gériatrie en SSR IME : polyhandicapé 2 ans  IME : 6mois  Plus de 20ans en IEM  SESSAD : déficience visuelle  SESSAD : polyhandicap + libéral depuis 6ans environ	Première année en psy général : service d'entrée à cours moyen séjour  50% appart thérapeutique : hospitalisé depuis au moins 2ans  1an : création de poste, intervient sur 3 services différents (MAS, équipes mobile (MAS, IME, FAM,CAJ) = pb ergo mais pas d'ergo sur le terrain. Jeune comportement défis, recherche les origines  30% consultations : check-up autonomie, patron occupationnel restreint, orientation du patient	Diplomé depuis juillet 2000  Psychiatrie, foyer occupationnel adulte  EHPAD  2004 IME pendant 15ans  Actuellement : IME semi-internat (temps d'école)
		Enfants polyhandicapé et enfants TSA moyen et sévère 40 enfants 0,6ETP  Libéral : pédiatrie, troubles des apprentissages, TSA hauts niveaux	Exclusivement des patients TSA, 8 ans à 50 ans au niveau des équipes mobiles et de 20 à 50ans pour les consultations  Modéré à sévère  Souvent : TSA avec un autre trouble du développement = TDAA, TDAH essentiellement	Déficience intellectuelle, polyhandicap, TSA
	Types de formation, spécificités, durée, formation CAA	Oui  Formation CAA et domotique : vers 1988  3-4 formations CAA avec une vision handicap moteur, globalité  Récemment formation généraliste sur la CAA  Participer à la conception de certaines formations	Pas de formations	Oui, beaucoup  - Autisme - Makaton - CAA  Autiste sévère, mais aujourd'hui modéré qui peuvent être scolarisé, peuvent reconnaître des lettres, lire, écrire...

	<p>Les missions, rôle au sein de l'équipe, rôle dans la communication, travail auprès de l'environnement social de l'enfant, interventions extérieures</p>	<p>TSA haut niveau : jeunes scolarisés : bons résultats  → Mise en place de l'outil pour compenser l'écriture</p> <p>TSA bas niveau :  → Plusieurs problématiques  → Groupe communication animé avec une psychomotricienne, 1 éducatrice et une ergo = mettre en place outil CAA</p>	<p>Favoriser l'autonomie</p> <p>Identifier les causes des comportements défis</p> <p>Impulser à l'élaboration de la communication sur les structures en lien avec la neuropsychologue qui fait un bilan de la comm (COMVOOR) et en lien avec l'éduc de l'équipe mobile. Impulsion de la comm auprès des équipes</p>	<p>Mise en place des appareillages</p> <p>Travail autonomie au quotidien</p>
	<p>Difficultés communicationnelle expressive et respectueuse, difficultés de généralisation des acquis dans leur quotidien</p>	<p>Dans le groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'arrive pas à communiquer</li> <li>- Difficulté de concentration</li> <li>- Compréhension de certains picto</li> </ul>	<p>« Pouvoir faire des demandes, connaître leur besoin, exprimer leur besoin, gestion des émotions négative (frustration, colère) ou positives</p> <p>Pour communiquer certains jeunes utilisent l'hétéro-l'auto-agressivité  = changer le moyen de communication peut être compliqué</p> <p>Autisme haut niveau : dans la communication c'est l'implicité, le traitement de l'information, intérêts restreint : difficulté de s'intéresser à l'autre</p>	<p>Difficultés de communiquer avec les autres</p> <p>Agir avec l'autre, les interactions autres</p> <p>Comprendre l'environnement</p> <p>S'exprimer</p>
	<p>Limitation de la participation, communication des besoins, comportements problèmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté de comprendre ses envies, ses besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvoir faire une demande</li> <li>- Entrer en lien avec l'autre de manière adaptée</li> <li>- Se faire comprendre par l'autre et comprendre l'autre</li> <li>- L'interlocuteur comment il fait pour entrer en lien avec l'autre</li> </ul>	<p>Beaucoup de crise car les jeunes gens ne peuvent pas se faire comprendre</p>

<b>La mise en place de l'outil de communication améliorée et alternative</b>	<p>Travaille interdisciplinaire, choix de la CAA, mise en place : essais, entraînements, adaptation en environnements</p> <p>Eduquer le patient et les personnes de son entourage</p>	<p>Le rôle de chacun n'est pas clair</p> <p>Pour l'ergothérapeute, a le rôle de préconiser l'outil</p> <p>Il évalue, détermine l'outil à mettre en place, à la fois au niveau des capacités cognitives de l'enfant, de ses besoins de personnalisation ou non</p> <p>Apprentissages annexes</p> <p>L'ergothérapeute étudie l'ergonomie</p> <p>Le choix de l'outil</p> <p>Appropriation de l'outil dans le quotidien d</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l'occupation, pas de privation occupationnelle</li> <li>- Le manque de moyen de s'exprimer ne devienne pas un frein à son besoin d'occupation</li> <li>- Parler est une activité</li> <li>- Permettre un voc commun dans les équipes</li> <li>- Repérer quel outil est adapté au jeune</li> <li>- L'ajuster</li> <li>- Travail en interdisciplinarité</li> <li>- « la ou il va y avoir la spécificités ergo, ça va être dans l'activité par exemple : signifier le début, la fin »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les capacités des jeunes gens</li> <li>- Interviens sur les temps clefs de la vie des enfants et c'est la que l'on peut mettre en place la communication</li> <li>- Mise en place de l'outil</li> <li>- Interdisciplinarité : tout le monde plus particulièrement les éducateurs</li> <li>- Trouver l'outil</li> <li>- Evaluer avec les collègues car des enfants ont des troubles moteurs associés</li> </ul>
	<p>Avec aides techniques, sans aides techniques, aides technologiques</p>	<p>Pictogramme, cahier de vie, tablette tactile de communication, Makaton, œil de communication avec toutes les modalités</p> <p>➔ Utilise beaucoup de low-techn : papier = planning, les routines, anneaux pour chaque activité</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le signe, l'image, la photo, l'objet</li> <li>- Après un long moment : tablette</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser le bien-être</li> <li>- « Permettre de réaliser pleinement ses activités car la communication dès lors</li> </ul>	<p>Atténuer les troubles du comportement</p> <p>Sont indispensables</p>

	<p>Augmente la participation, favorise la communication expressive et réceptive</p>		<p>que l'on est en groupe c'est essentiel pour l'activité »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Dans une activité, s'il a des intérêts restreints ça lui permettrait de voir pleins d'éléments de l'activité sur lesquelles il ne se serait pas concentré de base »</li> <li>- Favoriser l'échange avec l'autre</li> <li>- Être force de proposition pour lui : ex : je ne suis pas bien, je ne suis pas bien... qu'il puisse exprimer ses besoins</li> </ul> <p>Ça a un impact sur la participation « oui, pleinement » car il peut davantage participer, parler avec les autres, faire des demandes, exprimer ses besoins »</p> <p>La communication est un précurseur de la participation, c'est facilitant »</p>	<p>Ca va augmenter la participation : forcément</p>
	<p>Difficultés de généralisation, approbation famille, connaissance de l'entourage</p>	<p>Difficulté de généralisation au quotidien car utilisation de l'outil que dans l'IME  → Famille démunie</p> <p>Les méconnaissances de l'équipe : pas formé à la CAA, l'utilise peu,</p> <p>Dépend de l'outil : rien ne nous bloque pour les picto mais plus les outils high-techs</p> <p>Reconnaissance de l'ergothérapeute en tant que préconisateur</p>	<p>Freins : différents environnements, coordonner les outils entre les environnements (ex : en classe et à la maison)  Pas de communication entre les environnements</p> <p>Certains outils peuvent être un frein selon les activités</p> <p>Levier : faire des choix, favoriser participation  Les outils sont augmentatifs : objets, photo, picto langage = permet de passer des stades</p> <p>La CAA c'est bien en individuel mais ça a ses limites pour expliquer aux autres l'utilisation</p>	<p>Freins :</p> <p>Les troubles sensoriels, la famille « car elle peut nous dire non mais moi je le comprend. Ils peuvent penser que si l'on met en place un langage signe ça va freiner le développement du langage oral »</p> <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moments importants de l'enfant</li> <li>- Sur les temps du quotidien</li> <li>- De trouver les intérêts</li> <li>- Travail équipe : le principe c'est que cela se généralise</li> </ul>

		<p>Les enfants l'utilisent peu pour communiquer mais pour jouer oui. Il faut trouver ce qui va accrocher, des intérêts de l'enfant.</p> <p>N'exprime pas beaucoup leurs besoins et ne sont pas dans un bain de langage commun donc n'ont pas l'habitude</p>		
	Mise en situation écologique, travail auprès de l'environnement social			<p>Les troubles sensoriels : les prendre en compte dans le choix de l'outil</p> <p>La famille : travailler avec eux, des réunions de projet, de les appeler, de tout réexpliquer</p>
	Collaboration avec orthophoniste, auprès des familles, de l'entourage plus éloigné, au sein des loisirs, création de l'outil, choix de l'outil, habiletés motrices de l'enfant	<p>Voir les familles pour le choix de l'outil et savoir si elle arrive à le concevoir</p> <p>Ce sont les familles qui décident si oui ou non l'outil on le met ensemble</p> <p>Généralisé l'outil dans le quotidien</p> <p>Création avec eux de l'outil pour le choix de vocabulaire</p>	<p>« Les parents ne sont pas des professionnels mais ils peuvent eux aussi, s'approprier l'outil »</p> <p>« Des collaborateurs car nous on est force de proposition mais il faut que ce soit accepté »</p> <p>« Eux soient dans la boucle car c'est eux qui sont au quotidien avec le jeune »</p>	<p>Primordial de travailler en association</p> <p>Très compliqué car il y a des familles peu investies</p>
	Former l'entourage, analyse des situations problématique, mise en situation écologique	<p>Il faut que l'outil soit simple et personnalisé pour les utilisateurs autres que l'enfant pour que la famille puisse l'utiliser aussi</p> <p>Education aux outils de CAA utilisé par l'enfant</p>	<p>De les accompagner sur des temps, vraiment le faire avec eux. Le faire de façon que cela devienne automatique pour eux »</p> <p>Le choix de l'outil avec eux</p> <p>Observateur dans un premier temps et qu'après il puisse le faire avec nous</p> <p>Former et informer la famille, se serait important et aussi les tenir au courant de tout ce qu'il se fait</p>	<p>Le classeur de picto : il va et vient de la famille à l'IME</p> <p>Pour le langage signé : album photo avec une photo de l'enfant entrain de signer et le dessin du signe = permet à la famille de savoir comment l'enfant signe</p> <p>Explication de l'outil</p> <p>Généralisation au quotidien</p>



		Les faire réfléchir sur un passeport de communication : ce qu'il aimait ou non	Eduquer au fait que l'enfant est TSA et il peut avoir des comorbidités et les impacts sur les outils et la communication  Une éducation générale sur la pathologie et les troubles en amont dans le suivi en lien avec les autres professionnels  Expliquer que l'enfant peut régresser et de nouveau augmenter, revenir au seuil de base	Lors de la création de l'outil : prise de photo de la famille, environnement...
<b>L'ergothérapeute au sein de la pratique sportive de l'enfant TSA</b>	Demande d'un tiers, de moi-même à la suite d'un bilan, de l'enfant  Types de loisirs, directement ou indirectement, intervention auprès des parents, passage de relais à d'autres professionnels	Non, il n'y a pas des tonnes de loisirs  Pas des loisirs très structurés	Au sein d'activité sur table + projet professionnel = prendre des enfants TSA et faire une activité sportive avec eux  La présence du groupe était une difficulté pour l'enfant  Mettre en place du matériel de communication  Expliqué au professionnel (instituteur), à quel moment on utilise l'outil, le positionnement, à quel moment on est force de proposition ou on ne l'est pas  Intervenu après un comportement défis : première phase d'observation et après je suis force de proposition auprès de la famille, les professionnels et après je fais des mises en situation jusqu'à montrer l'évolution  Oui, il y a des activités sportives dans les établissements dans lesquels j'interviens : essentiellement des APA ou que des éduc	Non pas intervenu au sein des loisirs  Avec les éducateurs lors d'activité sportive au sein de l'IME
	Le sport est un loisir, difficultés de	Oui il peut, tout dépend de l'endroit nous au sessad on a un éducateur sportif	Bien évidemment ça rentre dans le patron occupationnel du jeune	Oui ça doit pouvoir

	compréhension des règles, interactions avec les autres, participation, compréhension de ses besoins	<p>Il y a un groupe poney</p> <p>Oui il a un rôle par rapport à la communication améliorée et alternative, j'ai fait des anneaux en fonction de l'activité par exemple des pictogrammes en rapport avec le loisir</p>	<p>Le sport est une occupation part entière</p> <p>Nous on est des professionnels de l'occupation il ne faut pas l'oublier donc forcément dès qu'elle entre en activité on intervient</p>	<p>A l'IME il y a des éducateurs sportifs qui font partie de l'équipe</p> <p>Je travaille avec les éducateurs</p>
	<p>L'environnement social : autres enfants, entraîneurs</p> <p>Environnement matériel</p> <p>Environnement sonore, luminosité, communication réceptive (règles...) et expressive complexité de l'activité</p>	<p>Plus d'intérêt, sont intéresser à ce que l'on communique davantage avec eux</p> <p>L'outil n'est pas toujours adapté en fonction des activités</p> <p>Les entraîneurs rencontrent des difficultés à s'approprier l'outil après la formation mes collègue vont pouvoir plus facilement se l'adapter</p> <p>Difficultés d'utilisation de l'outil : juste un manque de formation de la CAA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'environnement choisi</li> <li>- Les enfants hyper au niveau proprio ou vestibulaire donc activité adaptée</li> <li>- Habiletés sociales : activité en équipes</li> <li>- Elaborer des demandes au niveau des pairs</li> <li>- Inversement si lui ne comprend pas les autres</li> <li>- Le groupale est plus limitant que l'individuel</li> <li>- Les outils dans l'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'environnement : bruit, température...</li> </ul>
	Oui	« La communication impact forcément la participation quel qu'elle soit »	Oui	Oui
	Favoriser la communication entre l'entraîneur et l'enfant	Un outil de communication adapté à l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouver la population du groupe : faire un apprentissage entre eux : homogénéité du groupe</li> <li>- Pour pallier au freins d'échange : activité qui se font en plusieurs séquences</li> </ul> <p>Analyse des comportements durant l'activité</p> <p>Pas trop de consignes dans l'activité</p>	<p>Mettre en place les outils de communication en fonction de l'activité : ex=picto concerné</p> <p>Travailler sur les picto de l'activité en séance</p>

	Eduquer aux troubles, à la communication	<p>Mettre en place des routines pictogrammes, routines photo</p> <p>Apprendre à modéliser mais c'est complexe</p>	<p>L'apprentissage pour l'enfant et l'APA de gestes entre lui et l'APA</p> <p>Picto pour l'APA</p> <p>Le jeune est sur lui, des objets à proposer</p> <p>L'inclure dans la boucle avec les professionnels et les parents</p> <p>Le sensibiliser à la communication</p> <p>Les spécificités de l'activité et le séquençage : anticiper des scénarios au sein de l'environnement et que lui puisse être dans l'anticipation</p>	
	Compréhension des modes de communication de l'enfant, utilisation de l'outil	<p>Augmenter la communication, aller plus loin dans la communication</p> <p>Utiliser l'outil au quotidien</p> <p>S'approprier les outils de communication</p>	<p>« Si l'entraîneur n'est pas formé à l'outil de communication, le prendre sur d'autre temps ou le faire avec lui et lui montrer comment rentrer en communication avec le jeune et comment on rentre en communication avec lui »</p> <p>Pouvoir sensibiliser l'entraîneur à ça pour favoriser la communication</p>	

## Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens avec les entraîneurs sportifs

Thèmes	Indicateurs	C1	C2	C3
<b>Population interrogée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profession</li> <li>• Expérience</li> </ul>	Lycée multisport, Ecole de gestion des équipements sportif sur 3ans puis enseignant de golf Actuellement : gestion d'un magasin dans lequel il y a des animations golf	Etude dans l'énergétique,  Obtention du brevet d'état maitre-nageur	Monitrice d'équitation formée en équithérapie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée d'activité</li> <li>• Activité sportive pratiquée</li> </ul>	Sportif de haut niveau, professionnel de golf depuis 20ans  Enseignant de golf auprès de la ligue	Maitre-nageur	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants TSA</li> <li>• Age</li> <li>• Sévérité</li> <li>• Individuel, groupe</li> </ul>	Initiation, découverte pour des publics en situation de handicap ou non  Handicap moteur, mental  Publics atteints d'autisme : travail avec les IME  Tous public : paralysé de France, autisme haut et bas niveau  Enfant et adulte	Personne neurotypique, tout âge, TDAH, autres handicap...  Actuellement, il y a 3 enfants atteints de TSA : 5,9,15ans	Toute sorte de public personne neurotypique ou des personnes en situation de handicap  Enfants TSA, non verbaux
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un peu</li> <li>• Beaucoup</li> <li>• Connaissance, documentation, formation</li> </ul>	Mon frère est polyhandicapé.  « Je suis très à l'aise avec le monde du handicap que ce soit physique, psychologique, mental »  « Je dirais que je n'ai pas beaucoup de connaissance sur l'autisme »	« J'ai toujours travaillé avec des personnes en situation de handicap : des personnes sourdes, muettes, trisomiques »	x

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, nombre</li> <li>• Généralités sur l'autisme</li> <li>• La communication</li> <li>• La CAA</li> <li>• Encadrants</li> </ul>	<p>« J'ai été formé au sport adapté par la ligue pour recevoir le public handicapé »</p> <p>Thématiques de la formation : «</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment accueillir et recevoir les personnes en situation de handicap</li> <li>• Comment les mettre à l'aise, adapter le niveau de l'activité, installer la personne</li> </ul> <p>Tous types de professionnels étaient présents</p> <p>Plus dans le handicap mental mais pas une pathologie en particulier</p> <p>Formation handicap amputé</p> <p>Pas de formation en lien avec l'autisme</p> <p>Formation <b>générale</b></p>	<p>Oui, 2 formations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec une éduc spé, psychologue spécialisée dans l'autisme</li> </ul> <p>« Elle m'a expliqué que la communication c'est ce qu'il y avait de plus dur à engager »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom : connaître le handicap et comment d'adapter à lui : général, IME, seul maître-nageur, professionnel de santé, 1 journée, fait un panel du handicap, pourcentage sur ce qu'il y avait de plus et comment réagir à certains et non à d'autres, les crises verbales ou non verbales</li> <li>- NOM : communication non verbale, 3j, que des éduc et le seul maître-nageur, seule profession autre que le paramédical</li> </ul>	<p>Aucune formation autisme elle aimerait bien se former mais n'a pas le temps</p> <p>Formation générale sur le handicap</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche éducative</li> <li>• Contenu</li> <li>• Durée</li> <li>• Supports</li> </ul>	<p>« Le problème c'est qu'entre la pratique et la théorie en salle, il y a un monde »</p> <p>« C'est tellement vaste l'autisme et il ne doit pas y avoir de formation spécifique au sport et au golf »</p> <p>Une formation spécifique je ne sais pas si ça intéresserait, ils vont préférer du général mais moi oui ça m'intéresserait mais faudrait trouver le temps et les IME ne représente pas beaucoup de temps dans le planning</p>	<p>Perdu dans les termes, « je suis dans un autre monde qu'est-ce que je fou la »</p> <p>Souhaits : langage des signes et refaire une formation générale sur la communication non verbale</p> <p>Employeur : ne veulent pas financer les formations</p> <p>« Pas du tout personnalisée »</p> <p>Refaire un brainstorming, une micro-formation = « que tu ne sois pas formé et après débrouille toi »</p>	<p>Je souhaiterais qu'il y ait de la pratique, de la manipulation.</p> <p>« Vivre les choses pour mieux le comprendre »</p> <p>Il faut que le professionnel vienne avec moi et analyse la situation pour que l'on échange et que l'on trouve des pistes d'amélioration</p>

		<p>Pour une prochaine formation « je souhaite que la personne vienne sur le terrain avec les patients, avec les personnes, des échanges »</p>	<p>Je préfère une formation où tu n'es pas sorti de ton contexte, je préfère parler avec la personne dans mon contexte. Il faut être compréhensif des contraintes du contexte. Cela m'amènerait à une meilleure compréhension des difficultés</p> <p>Je préfère que la personne vienne analyser moi et l'enfant dans l'environnement puis après que l'on en débâte sur ce qu'elle a vu</p> <p>Il faut que cela soit réalisé sur plusieurs séances, car la progression se fait sur plusieurs séances</p>	
<p>Les difficultés de la pratique sportive chez l'enfant TSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés communicationnelles expressives, réceptives</li> </ul>	<p>L'adresse est la difficulté première : adapter le matériel pédagogique, l'environnement pour plus facilement accéder à l'activité</p> <p>Trouble de la communication mais pas très gênant car moi c'est surtout visuel</p> <p>On leur montre ce qu'ils doivent faire</p> <p>« C'est moi qui leur communique quelque chose, ce n'est pas eux qui me communiquent quelque chose à moi »</p>	<p>La communication versant réceptif : « la compréhension ».</p>	<p>La communication surtout sur les 3-4 premières séances</p> <p>Ne communique pas avec moi</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAA</li> <li>• Adaptation des consignes</li> </ul>	<p>Mimétisme, kinesthésique</p> <p>Encouragement réussite</p> <p>« Je fais un peu le spectacle, un peu d'humour pour les faire réagir mais il n'y a pas d'échange réel entre ce public là et moi, c'est plutôt moi qui leur transmets quelque chose »</p>	<p>Des enfants qui signent, pointage</p>	<p>Langage des signes mais je ne suis pas formée, je connais que quelques signes mais cela ne fonctionne pas avec l'autre enfant</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnel de santé</li> </ul>	x	Educateurs	Ergothérapeute mais pas pour les personnes TSA
L'entraîneur face aux difficultés communicationnelles de l'enfant TSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenant extérieur</li> </ul>	Signé « j'ai appris à signer »	<p>« Pour leur faire comprendre quelque chose je gestualise, ex : nage je fais des mvts pour nager, quand je dis saute, je fais un pas en avant... » ; « avec la parole, il y a un geste et je fais tjrs le même geste avec le mot »</p> <p>Utilisation d'outil avec 2 : pictogramme</p>	Mimétisme
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consignes</li> <li>• Besoins</li> </ul>	<p>Autisme sévère : « on ne l'est met pas sur le terrain, ils restent dans la zone d'entraînement »</p> <p>« Les difficultés communicationnelles, oui ça a un impact parce que ça m'empêche de transmettre tout ce que je voulais transmettre après pour faire passer l'information il faut qu'il y a un échange mais à partir du moment où il y a les éducateurs, ils se sentent en sécurité »</p> <p>La participation dans mon sport ne serait pas impactée car c'est une activité en extérieur, ce sont des petits groupes, il y a des éduc spé et si l'animateur est formateur ce n'est pas trop gênant qu'il n'y a pas de communication entre eux et moi »</p> <p>Mais il faut que l'animateur soit formé et à l'aise avec ce public la</p>	<p>« De tant en tant je me noie dans les paroles », « savoir se remettre en question parce que quand personne ne te juge pour t'aider à t'améliorer », « il me manque du recul, il me manque une personne qui me dit » sur l'enseignement et le comportement d'un autisme et moi il me manque le côté icone, gestuel, la communication non verbale, je ne le travail pas assez</p> <p>Je ne pratique pas assez la communication non verbale</p> <p>Manque de connaissance communication</p> <p>Ne voir l'enfant que dans l'activité natation, pas de vision sur l'enfant en extérieur</p> <p>Compréhension de certains comportements</p> <p>« On me demande de faire de l'inclusion mais je suis seul pour permettre ça car je n'ai pas de lien avec les professionnels qui suivent l'enfant »</p>	<p>Des outils de communication adaptés à l'activité comme des pictogrammes en lien avec</p> <p>Difficulté au départ pour les consignes</p> <p>Compréhension de certains comportements : ils pouvaient crier, taper la porte</p> <p>Difficulté dans la communication : j'avais l'impression que l'enfant ne voulait pas que je l'obligeais</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>CAA</li> </ul>	Mimétisme, petit jeu	Des enfants qui signent, pointage Mise en place d'outil	Pictogramme mais ça ne fonctionne pas avec un des enfants TSA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide low-tech</li> <li>Aide high-tech</li> </ul>	Non	Non le nom	Non pas de nom
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui</li> <li>A domicile ; Activité sportive</li> <li>Low tech, high tech</li> <li>Support</li> <li>Temporalité de l'utilisation</li> </ul>	<p>Pas d'outils mais « c'est une bonne idée »</p> <p>Ne sait pas s'ils l'utilisent au sein de l'IME</p>	<p>Oui une éducatrice l'utilise picto, image</p> <p>→ Utilisation de plusieurs outils, différents fonctionnements de chacun des outils</p> <p>Un enfant apparemment utilise la tablette au domicile mais difficilement transposable dans l'activité natation</p>	<p>Oui pictogramme, langue des signes à la maison</p> <p>Pas trop au sein de l'activité</p>
Partenariat entre l'entraîneur et l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<p>Les éducateurs spécialisés</p> <p>Infirmière une fois</p> <p>Chaque année : journée qui rassemble tous les corps de métier des IME</p> <p>Orthophoniste : pour aider à communiquer avec un jeune qui ne parle pas bien</p>	<p>Je parle beaucoup aux éducatrices, donne des retours de formations</p> <p>« Je tanne l'IME pour rencontrer le psychomotricien, pour justement les enfants qui viennent travail sur leur face arrière »</p> <p>1 psychomotricienne qui est venu à la piscine « elle a dit c'est vachement intéressant » « tu serais venu dès que j'ai commencé tu aurais pu prendre des idées de ce que je fais avec les enfants et moi ça m'aurait intéressé de savoir si avec tel enfant je pourrais travailler ça »</p> <p>J'ai créé deux créneaux de 16-17h pour que les professionnels viennent mais ils viennent trop peu je trouve ça dommage</p>	<p>Kinésithérapeute, psychomotricienne, ergothérapeute</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ,</li> </ul>	<p>S'immerger dans leur lieu de vie, voir comment ils vivent pour mieux comprendre leur environnement, pour mieux communiquer avec eux</p> <p>Se former plus à diverses formes de communication, kinesthésique, visuelles, auditives, langue des signes...</p>	<p>Une éducation, que le professionnel vienne sur le terrain</p> <p>Se former communication et CAA (achats de livre sur la langue des signes, communication verbale de son côté)</p> <p>= limites : vie privée</p> <p>Compréhension de comportements pour pallier leur difficulté communicationnelle (émotions...)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Loisirs</li> <li>• Eduque, conseille, sensibilise</li> <li>• Mise en place d'aide technique : aide communication</li> <li>• Connaissance en CAA et autisme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indépendance/autonomie dans les AVQ</li> </ul> </li> </ul>	<p>Non</p> <p>« Je crois que c'est eux que j'avais côtoyé avec les amputés »</p>	<p>Non</p>	<p>Oui, elle accompagne un groupe d'adulte avec des handicap moteur</p> <p>Je ne voyais pas l'intérêt d'un ergothérapeute avec les enfants TSA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Auprès des TSA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil, mise en place d'outil</li> </ul> </li> </ul>	<p>Non</p>	<p>Non</p>	<p>Oui, elle observe l'activité et nous donne des solutions sur le matériel à adapter et sur le positionnement</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Connaissance sur la communication</li> <li>• Analyse d'une situation</li> </ul>	<p>Oui, au contraire</p> <p>« Car chacun à spécialités, moi c'est le golf, vous l'ergothérapie et si on veut échanger intelligemment, il faut que chacun amène son expérience car on ne sait pas tous faire et si l'ergothérapeute accompagne le patient, c'est plus facile</p>	<p>S'intéresser à ça « tien l'ergothérapeute va utiliser cette méthode-là, s'intéresser à ce cas-là pour gérer ces problèmes là mais peut être que j'ai les mêmes problématiques mais peut être qu'avec mon regard et mon métier je ne peux pas les régler mais l'ergothérapeute avec son regard et ses méthodes il va pouvoir »</p>	<p>Intéressé par un professionnel spécialisé dans la CAA</p> <p>Oui pour l'échange des pratiques,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil</li> </ul>	<p>pour savoir quoi faire parce que si je suis tout seul avec le patient mais que je ne connais pas ces difficultés ba c'est plus simple d'échanger avec l'ergothérapeute »</p> <p>Pour améliorer la communication avec le groupe c'est toujours bien d'apprendre d'une autre personne et si mettre en place des outils ça facilite alors oui</p>	<p>Faire des essais avec nous</p> <p>« Le loisir, la natation pour elle lui a débloquent tout le reste »</p> <p>→ Dire des parents et des éducateurs</p> <p>L'ensemble, tout permet d'évoluer sur plusieurs points</p>	
--	---	---	--	--

**Titre :** Ergothérapie et enfants TSA : De la collaboration avec l'entraîneur à la participation dans l'activité sportive.

Les enfants atteints d'un trouble du spectre autistique (TSA) présentent des difficultés de communication, impactant leurs activités de vie quotidienne ainsi que leurs loisirs.

La littérature mentionne de nombreux bénéfices apportés par l'activité sportive. Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent l'influencer tel que l'environnement social. En effet, l'entraîneur, rôle central dans l'accompagnement de l'enfant, peut rencontrer des difficultés de communication auprès de ces enfants. En parallèle, l'ergothérapeute ayant pour finalité la participation de l'enfant dans l'activité peut adopter un rôle d'éducateur, de conseiller auprès d'eux. La visée de cette recherche est d'identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute lors d'une démarche de conseil, d'éducation concernant les difficultés de communication auprès de l'entraîneur. Cela dans l'objectif de favoriser la participation de l'enfant TSA dans l'activité sportive.

Pour répondre à cela, trois ergothérapeutes et trois entraîneurs ont été interrogés. A travers ces entretiens, les ergothérapeutes et les entraîneurs ont expliqué que la communication limite la participation dans l'activité sportive. Arriver à pallier ces difficultés de communication est un enjeu pour l'entraîneur. L'éducation, le conseil est souhaité par l'entraîneur, seulement si ces professionnelles utilise des cas concrets puis échangent, analysent et exposent des solutions. Les ergothérapeutes eux-mêmes revendiquent cette approche éducative nommée l'approche expérientielle, afin que leur intervention ait un réel impact et que les connaissances transmises soient applicables et transférables dans l'activité. Cette prise en soin davantage centré-patient implique une meilleure compréhension des troubles de la communication chez l'entraîneur et alors une meilleure participation de l'enfant.

**Mots clés :** Trouble du spectre autistique – Ergothérapeutes – Loisirs – Moyens - Approche expérientielle

**Title :** Occupational therapy and children with autism disorder : From collaboration with coach to participation in sport activity.

Children with autism spectrum disorder (ASD) have communication difficulties which affect their daily life activities as well as their leisure. Literature quotes many benefits of sport activity. Nevertheless, several factors can affect it, like social environment. Indeed, coaches, who play a central role in children support can meet difficulties of communication with children. At the same time, occupational therapists whose aim is to get the child to participate in the activity, may adopt a role of educator or adviser to them. The goal of this research is to identify tools used by occupational therapy during advice or education approach concerning communication difficulties with coaches. This is done with the objective of enhancing participation of the ASD child in sport activity.

To answer this, three occupational therapists and three coaches were interviewed. Through these interviews, Occupational therapists and coaches explained that communication limits participation in sports activities. Overcoming these communication difficulties is a challenge for the coach. Education and advice are desired by the coach, only if these professionals use concrete cases and then exchange, analyse and expose solutions. Occupational therapists themselves claim this educational approach, called experiential learning. so that their intervention has a real impact and that the knowledge transmitted is applicable and transferable in the activity. This more patient-centred care would imply a better understanding of communication disorders in the coach and a better participation of the child.

**Keywords :** Autism spectrum disorder (ASD) – Occupational therapists – Leisure – Tools- Experiential learning

