

**Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et  
partenariat avec les proches aidants dans  
l'accompagnement en ergothérapie des enfants avec  
un Trouble Développementale des Coordinations**

Unité d'Intégration 6.5 – Semestre 6

Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Mémoire d'initiation à la recherche

Sous la direction de Monsieur Lucas ROUAULT

Mélanie CARLIER

Promotion 2015 – 2018

N° Etudiant : ERGOP432

Mai 2018



## **ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR**

L'article 9 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapie précise que les critères de réalisation et de validation du mémoire d'initiation à la recherche, comme toutes évaluations des Unités d'Enseignements, sont définis par chaque institut de formation en ergothérapie.

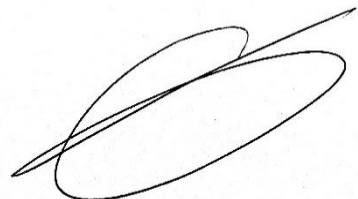
L'étudiant s'engage à respecter les consignes telles qu'elles ont été définies et énoncées par l'institut de formation en ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire. Ces consignes intègrent les règles de non plagiat, telles qu'elles sont définies par le code de la propriété intellectuelle.

Je soussignée, Mélanie CARLIER, étudiante en 3<sup>ème</sup> année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire, m'engage sur l'honneur à avoir menée ce travail dans les règles édictées.

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

A Tours, le 15/06/2018

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

# **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire :

- Tout d'abord, Monsieur Lucas ROUAULT, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement et ses conseils qui m'ont permis de relancer sans cesse mon questionnement ;
- Les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens pour leur intérêt porté à l'étude ;
- Mes collègues de la promotion 2015-2018, et plus particulièrement à Julie, Gaëlle, Zoë, Charlène, Eléonore et Charlotte qui m'ont soutenu et aidé à faire évoluer mon raisonnement tout au long de ce travail ;
- L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Chambray-les-Tours pour la qualité de formation offerte et leur guidance dans ce travail de recherche ;
- Mon compagnon, Jérôme, pour son écoute au quotidien, sa présence et ses relectures ;
- Enfin, ma famille et mes amis pour leur indéniable soutien durant l'ensemble de ce travail de recherche.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>I - Exploration</b>	<b>3</b>
1. Trouble Développemental des Coordinations	3
2. Conséquences directes et indirectes : l'impact psychologique comme caractéristique commune	4
3. Participation sociale : rôle de l'environnement familial et de l'ergothérapeute	5
4. Apports des méthodes centrées sur l'occupation	8
<b>II - Problématique</b>	<b>11</b>
1. Le processus d'engagement	11
2. L'approche client-centrée au service du partenariat	14
3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un outil au service du partenariat avec les proches aidants ?	16
<b>III - Modèle d'analyse</b>	<b>19</b>
<b>IV - Modèle d'investigation</b>	<b>22</b>
1. Population cible	22
2. Type de matériaux recueillis	23
3. Méthodologie de recueil de données	23
4. Guide d'entretien	24
<b>V - Investigation</b>	<b>27</b>
1. Conduite de l'investigation	27
2. Traitement des matériaux bruts	27
3. Analyse des matériaux en lien avec le cadre d'analyse	34
a) Mise en lien avec le modèle d'analyse	34
b) Mise en lien avec les hypothèses	38

<b>4. Discussion</b>	<b>39</b>
a) Modèle d'investigation et investigation	39
b) Traitement des données et analyse de contenu	39
c) Résultats et implication pour la pratique	40
<b>Conclusion</b>	<b>44</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>I</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>VII</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>VIII</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b>	<b>IX</b>
<b>Annexes</b>	<b>X</b>
Annexe I : Guide d'entretien test	XI
Annexe II : Guide d'entretien revu	XIII
Annexe III : Contrat de consentement	XV
Annexe IV : Entretien avec l'ergothérapeute numéro 2	XVII
Annexe V : Analyse thématique des entretiens	XXII

## Introduction

Le Haut Conseil de la Santé Publique a ciblé les troubles des apprentissages comme un domaine d'action prioritaire. Le Trouble Développementale des Coordinations (TDC), qui fait partie de ces troubles, touche entre 5 et 7 % des enfants de 5 à 11 ans (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2014).

Cette réalité m'a amenée à croiser quelques-uns de ces enfants lors d'une expérience professionnelle. Des constats généraux sont ressortis : les enfants ont des difficultés de socialisation et de nombreuses atteintes dans leurs activités de la vie quotidienne (Kaiser et Mueggler, 2011). Ils sont alors accompagnés par différents professionnels et notamment par un ergothérapeute. De ce fait, j'ai pu observer un besoin essentiel partagé par d'autres ergothérapeutes exerçant en pédiatrie : permettre la participation de ces enfants dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne. En outre, ce besoin s'inscrit dans le cadre de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

### **Question de départ :**

**Comment l'ergothérapeute accompagne-t-il l'enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations à accroître sa participation dans la vie quotidienne ?**

Dans un premier temps, l'exploration de la littérature mettra en avant la variété des terminologies existantes pour qualifier le Trouble Développementale des Coordinations et ainsi définir ces conséquences sur la vie quotidienne des enfants.

Cette partie achevée, il restera à définir le rôle de l'environnement et de l'ergothérapeute, ainsi que les moyens et méthodes mis à sa disposition afin d'aider l'enfant à pallier ses difficultés quotidiennes et à accroître sa participation sociale. Les résultats de la recherche mettra alors en avant que l'implication des proches aidants permet d'obtenir de meilleurs résultats (Smits-Engelsman, 2013). Or, l'observation du terrain nous démontre une implication variable des proches aidants de l'enfant dans l'accompagnement en ergothérapie. Ainsi, nous pouvons nous questionner sur les moyens existants pour accroître l'engagement de ces derniers.

C'est pourquoi, dans une deuxième partie, il restera à définir précisément le concept d'engagement et ce qu'il implique. Cela mettra en avant que les éléments le caractérisant pourraient être des leviers d'action pour l'ergothérapeute et qu'ils sont favorisés par une approche client-centrée. Cette dernière permet ainsi la mise en place d'un partenariat (Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), 2002, cité dans Meyer, 2007) visant les objectifs d'engagement des proches et donc de participation sociale de l'enfant. Pour cela, un outil déjà existant pourrait réunir toutes les conditions nécessaires à la création d'un partenariat avec les parents d'enfants avec un TDC.

Ainsi, avant de mettre en place une investigation, deux hypothèses seront formulées en lien avec le modèle d'analyse. Ce dernier expliquera toute l'articulation entre les différents concepts et données qui sont présentés dans les deux premières parties.

Enfin, une dernière partie expose le modèle d'investigation guidera le recueil de données qualitatives sur le terrain. Celles-ci seront ensuite analysées et confrontées au modèle d'analyse précédemment établi. La discussion des résultats de la recherche aboutira à la mise en avant d'éléments orientant les pratiques mais aussi à de nouvelles pistes de recherche.



# I - Exploration

## 1. Trouble Développemental des Coordinations

Cette première partie permettra de clarifier les terminologies concernant la population é. En effet, dans la littérature scientifique, le trouble abordé comporte de nombreuses appellations dont la maladresse congénitale (Ford, 1966, cité dans Vaivre-Douret, 2008), l'apraxie développementale (Walton, Ellis, Court, 1962, cités dans Vaivre-Douret, 2008), le dysfonctionnement de l'intégration sensorielle (Polatajko et Missiuna, 1995), la dyspraxie de développement, le trouble de l'apprentissage moteur, la dyspraxie (Albaret et Chaix, 2013) mais aussi la dysgraphie, l'enfant maladroit (Albaret, 2001) et le Trouble de l'Acquisition de la Coordination (TAC) (Polatajko, Fox et Missiuna 1995). De plus, ce terme peut, selon les chercheurs, être synonyme de dyspraxie ou alors comprendre un ensemble de troubles comme la maladresse motrice, la dyspraxie et les troubles graphomoteurs (Kaiser et Mueggler 2011).

Nous retiendrons dans cet exercice d'initiation à la recherche le terme de Trouble Développemental des Coordinations, issu de l'American Psychiatric Association (APA) en 2013, et remplaçant l'appellation Trouble de l'Acquisition de la Coordination (APA, 1994). Il est traduit par l'expression *Developmental Coordination Disorder* en anglais, et il est décrit dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V par les critères diagnostiques suivants :

- A) L'acquisition et l'exécution d'habiletés motrices coordonnées sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et en dépit d'occasions d'apprentissage et d'utilisation de ces habiletés. Les difficultés se traduisent par de la maladresse, ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans l'exécution des habiletés motrices ;
- B) Le déficit en habiletés motrices du critère A interfère de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne courante appropriées à l'âge chronologique et a des conséquences sur la réussite scolaire, les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux ;
- C) Le début des symptômes se situe dans la première enfance ;

D) Le déficit en habiletés motrice n'est pas mieux expliqué par une déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel) ou un déficit visuel, et n'est pas dû à une affection neurologique qui atteint les mouvements.

Le TDC est donc un dysfonctionnement des habiletés motrices qui affecte la vie quotidienne des personnes. Il n'est pas expliqué par un trouble neurologique ou visuel et est caractérisé par une intelligence normale.

## **2. Conséquences directes et indirectes : l'impact psychologique comme caractéristique commune**

Le TDC fait partie des troubles spécifiques des apprentissages et correspond à un retard de développement des habiletés motrices intentionnelles malgré une exposition normale aux apprentissages. En effet, la cause même de cette déficience est « une incapacité à fixer un engramme de la planification et de la programmation des actions dirigées vers un but » (Pouhet, 2011, p. 117). Cela entraîne une impossibilité à traiter la double tâche, une fatigue accrue due aux efforts cognitifs, l'absence d'automatisation et donc une performance moindre. Ce trouble a donc de nombreuses répercussions sur le quotidien des enfants et peut les rendre dépendant d'une tierce personne.

Les conséquences les plus visibles sont les difficultés scolaires : difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du graphisme, des mathématiques, de la géométrie ainsi que des difficultés lors des manipulations d'outils scolaires.

Ce trouble interfère aussi au niveau social : exclusion du groupe d'enfant, de nombreuses activités périscolaires et de loisirs notamment lors des jeux physiques et sociaux (Kaiser et Mueggler, 2011). De plus, l'enfant sollicite l'attention permanente de ses parents : habillage, repas, toilette, aide aux devoirs, etc. (Réseau Régional de Rééducation et Réadaptation Pédiatrique (R4P), 2012).

Enfin, un aspect moins observable comme le bien-être psychologique peut être affecté : développement d'un sentiment d'infériorité, mésestime de soi, confiance en soi amoindrie (Watson et Knott, 2006, Vaivre-Douret, 2008, Smits-Engelsman et al. 2013, Breton et Léger, 2007).

Néanmoins, l'enfant avec un TDC possède des aptitudes à exploiter dans d'autres domaines : une intelligence normale, des capacités de mémorisation et une aisance à l'oral (Pouhet, 2011).

D'autre part, il est important de noter que le diagnostic de TDC ne survient que tardivement et vient aggraver l'altération du bien-être psychologique (Pouhet, 2011). En effet, le diagnostic est un long processus permettant de vérifier les critères du DSM-V et doit donc éliminer toute autre cause pouvant expliquer les difficultés (*ibidem*). Il comprend un bilan neuropédiatrique, psychométrique, en ergothérapie, en psychomotricité, en orthoptie et parfois même en orthophonie.

De plus, les signes d'appel amenant à la consultation sont souvent scolaires (Breton et Léger, 2007) et sont remarqués au moment du passage à l'écriture (Pouhet, 2011). Durant ce laps de temps, les enfants sont parfois en situation de souffrance psychologique et psychoaffective, liée aux échecs et aux dévalorisations multiples : l'enfant est jugé comme paresseux, malhabile, immature, étourdi (Vaivre-Douret, 2008).

En résumé, on remarque que le TDC altère de nombreux domaines de la vie quotidienne des enfants (social, scolaire, activités élémentaires) mais aussi affecte leur intégrité psychologique. Ce dernier élément est majoré par la durée importante du diagnostic puisque les éléments d'appel surviennent tardivement et la liste des examens excluant tout autre trouble est longue. Ainsi, durant ce laps de temps, les difficultés au quotidien persistent et continuent d'altérer la participation sociale des enfants.

### **3. Participation sociale : rôle de l'environnement familial et de l'ergothérapeute**

Tout d'abord, il semble essentiel de délimiter le concept de participation sociale.

D'après le Conseil de la santé et du bien-être du Québec :

*« La participation sociale peut prendre diverses formes : travail rémunéré, investissement humain et financier dans une entreprise ou dans un projet communautaire, entraide et bénévolat, engagement dans les institutions démocratiques, etc. Elle prend aussi des formes plus informelles. L'implication dans sa propre famille constitue également une forme de participation sociale.*

*En conséquence, elle se manifeste d'abord à l'intérieur du lien existant entre l'individu, sa famille et ses proches. Elle prend ensuite la forme dans les relations entre les individus et ses différents milieux de vie que sont l'école, le milieu de travail, la vie communautaire, etc. » (1997, cité dans Tremblay, 2004, p.43).*

Ainsi, la participation sociale de l'enfant est le fruit de plusieurs interactions : tout d'abord celle avec les proches aidants, puis avec l'environnement extérieur qu'est principalement l'école. Cependant, nous venons de voir précédemment que ces liens sont altérés, affectant le bien-être psychologique et notamment l'estime de soi. En effet, celle-ci est soutenue par le développement de la régulation des émotions et la stabilité des relations interpersonnelles à travers l'environnement familial, éducatif et scolaire (Speranza, 2015). Ainsi, un environnement familial impliqué permet de soutenir l'estime de soi et la participation sociale.

Le concept d'estime de soi peut être défini comme « le jugement que nous portons sur notre capacité de faire face aux défis de la vie, de comprendre et de maîtriser les problèmes [...]. Ainsi, avoir une bonne estime de soi, c'est se percevoir compétent et digne de respect. » (Poletti et Dobbs, 1998, p.14). Cela fait écho à la description que nous fait Speranza en 2015 à l'aide du modèle de l'estime de soi de Harter créé en 1999. Dans ce modèle, la valeur de soi se construit à l'intersection entre la perception de l'écart entre les compétences du sujet et ses idéaux, et la perception du regard des autres sur ses compétences et l'aide possible qu'ils peuvent apporter. On remarque là que la conscience de ses compétences et le sentiment de compétence sont les deux axes essentiels de l'estime de soi.

Tous deux sont d'ailleurs liés : l'estime de soi permet d'alimenter le sentiment de compétences, moteur principal des apprentissages. Ce point intéresse donc tout particulièrement l'ergothérapeute qui accompagne l'enfant dans ses apprentissages. L'estime de soi est un préalable essentiel, au même niveau que la motivation et les capacités cognitives (motricité, langage, attention, mémoire, raisonnement).

D'autre part, en observant et questionnant l'intervention de différents ergothérapeutes au cours d'un stage en libéral, j'ai pu remarquer que le jeu était un des vecteurs principaux des interventions afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques. Il était donc utilisé comme un moyen signifiant puisque le jeu est la première occupation de l'enfant (Parham et Primeau, 1997, cité dans Okimoto, Bundy et Hanzlik, 2000).

Cela répond bien à l'affirmation de Francine Ferland, qui mentionne qu'en « ergothérapie, le jeu a depuis toujours été perçu comme la modalité privilégiée de l'intervention » (2003, p.10) ; mais aussi à celle de Sylvie Meyer (2007) affirmant que l'ergothérapeute se base sur des principes fondamentaux comme l'utilisation de l'occupation comme outil privilégié, la prise en compte de la personne et de son environnement ainsi que l'adoption d'une pratique client-centrée.

Toutefois, concernant le jeu en lui-même, il est important de noter les éléments suivants bien qu'ils ne soient pas forcément conscientisés par les ergothérapeutes. Le jeu permet à l'enfant de « faire semblant », de développer son autorégulation et la résolution de problème permettant ainsi son développement social et cognitif (Caffari, 2009). L'initiative de l'action venant de l'enfant, l'estime de soi en est influencée (Lewis, 1993, cité dans Ferland 2003). Tout cela permet à l'enfant de développer un savoir-faire expérientiel transférable dans la vie quotidienne (Reilly, 1974, cité dans Ferland, 2003). Cela fait ainsi le lien avec le constat effectué dans la partie précédente, l'ergothérapeute utilise le jeu et soutient alors l'amélioration de l'estime de soi.

A travers cette partie, il a été mis en avant qu'un environnement familial impliqué contribue au soutien de la participation sociale et de l'estime de soi. Ces derniers contribuent aux apprentissages et au bien-être psychologique. D'autre part, pour agir sur l'estime de soi, nous venons de voir que l'ergothérapeute utilise le jeu comme moyen thérapeutique. Néanmoins, chaque moyen employé renvoie à des objectifs qui s'inscrivent dans un processus d'intervention donné.

#### 4. Apports des méthodes centrées sur l'occupation

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur des processus d'intervention. Il en existe deux catégories : les approches *Bottom-up* et *Top-down*. La première est orientée vers le déficit ou les processus, elle a donc pour but de restaurer les fonctions déléterées. La seconde, elle, est dirigée vers la performance ou la tâche et cherche à favoriser l'activité et la participation. Ainsi, différents processus d'intervention ont été éprouvés chez les enfants avec un TDC avec des efficacités variables au niveau de la participation sociale.

Tout d'abord au niveau des approches *Bottom-up*, nous retrouvons l'intégration sensorielle et l'entraînement kinesthésique qui n'ont démontré que peu d'amélioration chez ces enfants (Albaret et Chaix, 2015). Les programmes d'exercices ne démontrent aucune différence dans la participation occupationnelle observée (Armstrong, 2012). Les *Neuromotor Task Training* entraînent une amélioration des habiletés en travaillant directement sur les habiletés des tâches que les enfants doivent réaliser dans leur vie quotidienne (Armstrong, 2012). Ainsi, ces thérapies ne présentent que peu d'intérêt concernant l'amélioration de la participation sociale auprès de cette population au vu du faible niveau de preuve fourni par la littérature scientifique.

Pour les approches *Top-Down*, les thérapies métacognitives de type résolution de problème tel que le *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* (CO-OP) ont démontré un bon niveau de preuve concernant l'amélioration de la performance occupationnelle (Armstrong, 2012). Les rééducations traditionnelles, tout comme l'imagerie motrice, ont aussi démontré leur efficacité lorsqu'elles sont orientées vers la tâche avec au besoin un travail sur les aspects perceptifs ou l'estime de soi (Albaret et Chaix, 2015). Enfin, les approches compensatoires semblent efficaces pour l'amélioration d'une tâche particulière (Armstrong, 2012). En résumé, les thérapies basées sur les occupations des enfants permettent une amélioration plus importante de la performance occupationnelle. Cette conclusion est confirmée par l'étude de Cantin et Polatajko (2013) et Smits-Engelsman (2013). De plus, cette dernière ajoute que l'implication des parents et des enseignants maximise le transfert des acquis dans la vie quotidienne.

Toute cette recherche scientifique appuie à nouveau la nécessité d'utiliser les occupations de l'enfant car elles permettent d'accroître de manière significative sa performance occupationnelle et donc sa participation sociale. Cette amélioration est d'autant plus importante lorsque les parents et enseignants sont impliqués, ce qui revient à dire que les résultats sont d'autant plus probants quand les proches aidants sont associés aux actions de l'ergothérapeute.

En conclusion, l'enfant avec un Trouble Développemental des Coordinations a besoin que l'on agisse sur sa participation sociale et sur ses difficultés quotidiennes afin d'accroître son bien-être psychologique. D'une part, l'ergothérapeute influe au niveau de l'estime de soi en utilisant comme moyen thérapeutique le jeu, occupation signifiante de l'enfant. Il agit d'autre part au niveau de la participation sociale et des difficultés quotidiennes. Pour ce faire, il l'inclut aux choix des occupations utilisées et visées par la thérapie. Cela permet alors d'obtenir des objectifs et des moyens d'actions signifiants. De plus, on note que les résultats sont d'autant meilleurs que l'environnement proche est impliqué (Smits-Engelsman, 2013).

Or, l'observation de la pratique clinique a démontré une implication variable des proches aidants de l'enfant dans l'accompagnement en ergothérapie. Les enfants venaient en séance par plusieurs moyens de transport (taxis, voiture, bus). Néanmoins, une conclusion d'une ou plusieurs séances était proposée à chaque parent de vive voix ou par email. Cette démarche avait pour but de suivre l'évolution de l'enfant et de transmettre les outils/techniques/aménagements mis en place. C'est à ce moment que s'opérait la plus grande différence. Certains parents étaient très avares de conseils afin de reproduire des exercices, reprendre des aménagements ou répéter des consignes ou conseils tandis que d'autre ne répondaient pas ou ne souhaitaient pas écouter les conclusions.

On peut alors se demander, au vu des conclusions citées ci-avant, ce qui pourrait permettre d'accroître l'engagement des proches aidants dans un accompagnement en ergothérapie afin de favoriser une progression de meilleure qualité pour l'enfant avec un TDC.

**Question de recherche :**

**Quels sont les moyens permettant à l'ergothérapeute d'engager les proches aidants dans l'accompagnement d'un enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations afin de favoriser sa participation sociale ?**



## **II - Problématique**

Dans un premier temps, la question de départ nous a poussé à nous intéresser aux particularités des enfants avec un TDC afin de mieux comprendre leurs besoins et modes de fonctionnement. L'exploration du terrain a mis en relief l'impact du diagnostic et du temps nécessaire à son élaboration sur le bien-être (Pouhet, 2011) et la participation sociale de ces enfants (Kaiser et Mueggler, 2011).

Par la suite, il convenait de définir le concept de participation sociale afin de cibler les éléments altérés. Cela a permis de mettre en valeur la nécessité d'un environnement familial engagé (Speranza, 2015) pour étayer la participation sociale et l'estime de soi (vecteur de bien-être psychologique et moteur des apprentissages).

Pour agir sur cette dernière, le jeu, occupation signifiante de l'enfant, est alors apparu comme un moyen transversal des accompagnements en ergothérapie. Cependant, l'enfant a aussi besoin que l'on agisse sur ses difficultés quotidiennes et sa participation sociale en l'incluant aux choix des occupations visées et donc en utilisant ses autres occupations signifiantes (Cantin et Polatajko, 2013). De plus, l'engagement des proches aidants permet d'obtenir de meilleurs résultats (Smits-Engelsman, 2013). Or, l'investigation du terrain nous démontre une implication variable des proches aidants de l'enfant dans l'accompagnement en ergothérapie.

Ce travail questionne alors les moyens permettant d'accroître l'engagement des proches aidants dans l'accompagnement en ergothérapie. Cet engagement favoriserait une progression plus importante de la performance occupationnelle et ainsi améliorerait la participation sociale des enfants avec un TDC.

### **1. Le processus d'engagement**

L'engagement est un concept complexe, subjectif et multidimensionnel qui qualifie une interaction occupationnelle. L'occupation est alors définie par Townsend et Polatajko comme « une activité ou un ensemble d'activités réalisés avec constance et régularité qui apportent une structure à laquelle des individus et une culture accordent une valeur et une signification » (2013, p. 22). D'ailleurs, ces derniers ajoutent que le terme d'engagement englobe le plus large abord de l'occupation.

Cela explique peut-être pourquoi il est utilisé, dans la littérature, de manière interchangeable avec les termes de capacité, compétence, développement, maîtrise, satisfaction, implication ou encore participation qui qualifient eux aussi une interaction occupationnelle. Chacun de ces termes revêt pourtant une signification particulière. Afin de comprendre pourquoi Townsend et Polatajko (2013) ciblent l'engagement comme un terme global traduisant une interaction occupationnelle, nous pouvons nous attarder sur le sens de deux mots (implication et participation) souvent employés dans les écrits en ergothérapie.

Ainsi, d'après le dictionnaire Larousse, participer c'est « prendre part à quelque chose » alors que s'impliquer est le fait de « mettre beaucoup de soi-même dans ce qu'on fait ». On remarque donc là que ces expressions traduisent d'une part une interaction physique et d'autre part une interaction affective, émotionnelle.

En 2013, dans le livre *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, Townsend et Polatajko définissent dans leur glossaire l'engagement et l'acte de s'engager comme « une des habiletés d'habilitation qui mobilise le client, le met à contribution dans l'agir, le fait participer ; un agir qui dépasse les paroles et qui implique les autres et soi-même à devenir occupés ». Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus international. On retrouve un vecteur : celui de l'expérience subjective nécessaire à la construction de l'engagement.

Au niveau européen, un travail réflexif a abouti à une entente. Ainsi, d'après le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de *European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE), l'engagement est « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p.155). On retrouve là les termes de participation et d'implication définis plus haut.

De plus, depuis l'évolution du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) en Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), le concept d'engagement s'est imposé outre-Atlantique. Nous conserverons donc le terme d'engagement dans ce travail de recherche.

Cette adjonction se transcrit par exemple lors de la modification de la définition de la pratique de l'ergothérapie aux Etats-Unis : « L'ergothérapie aborde les aspects physique, cognitif, psychosocial, sensori-perceptuel et d'autres aspects de la performance dans une variété de contextes et d'environnements afin de soutenir l'engagement dans les occupations qui affectent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie » (Traduction libre, *American Occupational Therapy Association* (AOTA), 2007, cité dans *World Federation of Occupational Therapist* (WFOT), 2013). De ce fait, l'engagement n'est pas seulement physique mais aussi émotionnelle (AOTA, 2008, cité dans Meyer, 2013). C'est ce que décrit aussi Stewart et Craik en 2007 (cité dans Meyer, 2013) : cela permet à la personne de ressentir du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie et de la liberté.

Cela implique donc que l'engagement n'est pas un aspect facilement observable mais que des éléments tel que la durée d'investissement, les manifestations verbales ou infra verbales et le plaisir le sont davantage (Meyer, 2013). Ce dernier élément est habituellement défini comme un « état de contentement que créé chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir » (Dictionnaire Larousse). Aussi, le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE définit la motivation comme « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction des besoins. ». Elle comprend deux types de motivation : l'intrinsèque et l'extrinsèque. C'est la nécessité de répondre à un besoin ou un désir qui caractérise la motivation intrinsèque (Morel-Bracq, 2015). De plus, Morel-Bracq précise que « plus une situation fait sens pour l'individu, est significative pour lui, plus sa motivation à son égard sera importante » (2015, p.112). Cela revient à dire que si une occupation est signifiante pour la personne alors sa motivation intrinsèque est mobilisée.

Ainsi, si l'on reprend les éléments évoqués jusqu'à présent afin de resituer notre objet de recherche, l'accompagnement via les séances d'ergothérapie peut représenter l'occupation dans laquelle doit s'engager le proche aidant tout autant que l'enfant. Pour cela, il leur est nécessaire de vivre une expérience autant physique qu'émotionnelle et affective. L'ergothérapeute doit donc viser la satisfaction des besoins de l'enfant mais aussi du proche en prenant en compte les occupations qui apparaissent comme signifiantes pour chacun des protagonistes. Pour favoriser l'engagement, le parent et l'enfant doivent donc être mis au cœur de l'accompagnement. Ce dernier point caractérise l'approche client-centrée.

## 2. L'approche client-centrée au service du partenariat

L'approche centrée sur le client est issue des nouveaux paradigmes. Elle accorde une place prépondérante au bénéficiaire en le rendant acteur de son projet.

Néanmoins, lors de l'accompagnement en ergothérapie d'un enfant, ce dernier n'est pas le seul client. En effet, l'accompagnement d'un enfant implique obligatoirement le rapport avec sa famille puisqu'elle est reconnue comme ayant une expertise de son enfant (Camden, Baril et Tétreault, 2005). Ce propos est aussi appuyé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle rappelle aussi l'importance :

- « De les informer et de les impliquer tout le long du parcours de santé,
- De leur délivrer une l'information de qualité, qui doit les éclairer sur les modalités diagnostiques et les réponses thérapeutiques proposées,
- De les informer de l'existence d'associations de patients qui constituent une aide précieuse (temps de parole, écoute, conseils...). » (2018).

D'autre part, comme nous le dit Roy : « la loi l'impose, mais surtout l'enfant, a priori et toujours, organise ses relations d'attachement avec les adultes qui l'élèvent, quelle que soit la valeur éducative et affective de ces adultes. » (2013).

Ainsi, la centration sur le client, qui est donc l'enfant et ses proches, nous permet de mettre en place une collaboration ergothérapeute-client. En effet, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes expose que :

*« La pratique centrée sur le client fait appel à des approches fondées sur la collaboration qui visent la promotion de l'occupation chez le client qui peut être une personne, un groupe, un organisme, le gouvernement, une association ou autre. L'ergothérapeute démontre du respect envers le client dans le but de répondre à ses besoins et il met en valeur l'expérience et les connaissances du client » (2002, cité dans Meyer, 2007, p.43).*

Or, la notion de collaboration en France n'a pas la même connotation qu'au Canada. En effet, collaborer transcrit l'idée de « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ces fonctions » (Dictionnaire Larousse).

Les vecteurs de collaboration que décrivent les canadiens, que sont le respect envers le client, la satisfaction de ses besoins, la mise en valeur de son expérience et de ses connaissances, correspondent davantage à la notion de partenariat qui est défini comme « l'association interdépendante de la famille [l'enfant et ses parents] et des professionnels qui se fixent des buts et des objectifs communs de soins. Chacun reconnaît les compétences et l'expertise de l'autre » (Pelchat et Lefebvre, 2005, cité dans Santinelli, 2010). Dans ce cadre précis, la famille et l'ergothérapeute sont complémentaires. Néanmoins, ce contexte de pratique s'avère être un concept assez idéaliste (Santinelli, 2010) puisque pour exister il doit répondre à quelques conditions.

Busse et Wesley (2001, cité dans Moreau, Roberston et Ruel, 2005) décrivent différentes étapes dans le processus de partenariat. La première consiste à se connaître et établir une relation de confiance réciproque. Ensuite, il convient de déterminer les objectifs de changement ou de convergence. Ces objectifs doivent donc être réalisés de concert avec l'enfant et ses proches. De plus, ces deux étapes peuvent être réalisées lors de la première entrevue. Ces éléments permettront alors d'élaborer et mettre en œuvre un plan de partenariat. C'est à ce moment que la question de l'engagement de chacun des protagonistes est discutée. Enfin, la dernière étape consiste à réguler et évaluer les efforts et les actions afin de réactualiser le projet d'accompagnement.

Afin de témoigner de sa mise en place, l'étude de Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson et Beegle (2004, cité dans Moreau, Roberston et Ruel, 2005) a permis de faire ressortir six grands marqueurs du partenariat :

- La qualité de communication : partage de renseignements, communication positive, capacité à être clair dans ses explications, à être honnête ;
- L'engagement : implication, flexibilité, temps consacré ;
- L'égalité : autodétermination personnelle, reconnaissance de la valeur de l'autre ;
- Les compétences personnelles : habiletés de communication, habiletés à être attentionné, empathique ;
- La confiance : facilité à rejoindre le processus, sécurité ;
- Le respect : absence de jugement, de discrimination.

Enfin, « ce qui définit un réel partenariat c'est le fait que l'action soit négociée (Zay, Gonnin-Bolo, 1995) et non commanditée, déléguée ou simplement financée. » (Mérini, 2006).

Ainsi, une approche centrée sur le client, qui est dans cette situation l'enfant et ses proches, favorise l'engagement et la mise en place d'un partenariat avec les parents. Le but est alors de répondre aux besoins tout en prenant en compte les occupations significatives. Le processus de partenariat se déroule en plusieurs étapes, néanmoins le facteur le plus important reste celui de la négociation des objectifs.

### **3. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un outil au service du partenariat avec les proches aidants ?**

Nous venons de voir précédemment qu'un partenariat met en valeur les connaissances des clients et permet de satisfaire leurs besoins. Pour cela, l'ergothérapeute et la famille se fixent des objectifs communs négociés. Il apparaît alors que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pourrait combler ce besoin. En effet, elle a été créée dans l'optique de dégager les problématiques occupationnelles issues des demandes et besoins des clients.

D'après Marie-Chantal Morel-Bracq (2009), cet outil repose sur les hypothèses fondamentales qui sont :

- « La vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ;
- La promotion de l'activité permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie ;
- Chacun a un potentiel de changement ;
- L'occupation a un potentiel thérapeutique ;
- Il existe des liens forts entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et son bien-être ;
- Des objectifs significatifs pour le patient doivent émerger dans le cadre d'une pratique centrée sur le client. »

C'est ce dernier point qui nous amène à mobiliser les connaissances et les attentes des personnes via l'entretien semi-structuré que constitue la MCRO.

En effet, cette mesure aide l'ergothérapeute et la personne à se concentrer sur les difficultés altérant le rendement occupationnel dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Chaque domaine contient aussi des sous-catégories qui permettent de mieux cibler les occupations altérées. Cet outil permet alors « l'évaluation et la réévaluation subjective de la performance et de la satisfaction du client dans les occupations qui sont importantes pour lui. » (Morel-Bracq, 2015, p. 81). Ainsi, cette mesure nous permet de recueillir les difficultés de la personne ce qui nous permettra de formuler des objectifs signifiants de concert avec le client.

L'utilisation de cet outil pourrait donc nous donner les éléments nécessaires à la création d'un partenariat avec le client. C'est ce qu'affirme d'ailleurs une étude de Kaiser, Braun et Rhyner (2005). Or, rappelons-le, l'enfant et ses proches sont le client. Il se pose alors la question des modalités de passation de cet outil : Uniquement à l'enfant ? Uniquement aux parents ? A l'enfant et au(x) parent(s) ? Ensemble ? Séparément ?

Tout d'abord, notons que la présence des proches lors de l'évaluation permet d'obtenir davantage d'information mais aussi de rassurer l'enfant et d'observer le lien existant entre enfant et proches aidants (Santinelli, 2010). Ce point irait donc en faveur de la présence des parents lors de la phase de recueil d'informations. De plus, cela permet aussi de diminuer leur perplexité concernant les résultats (Santinelli, 2010).

Néanmoins, la particularité de l'accompagnement d'un enfant est la nécessaire prise en compte des demandes de ses parents. De plus, nous avons vu précédemment que le partenariat se fonde sur la satisfaction de leurs besoins via des objectifs communs avec l'ergothérapeute. Il se pose alors la question de la participation des parents à la phase de recueil d'informations via une MCRO.

Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur l'étude de Kaiser, Braun et Rhyner (2005) sur l'utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents, dans laquelle ils nous incitent à réaliser une MCRO auprès de l'enfant seul, puis une MCRO auprès de l'enfant accompagné de ses parents malgré une durée d'entretien initial de plus de 60 minutes.

Ainsi, nous venons de voir que l'utilisation de la MCRO pourrait réunir toutes les conditions nécessaires à la création d'un partenariat avec les parents d'enfants ayant un TDC.

**Problématique :**

**L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel influence-t-elle la mise en place d'un partenariat avec les proches aidants d'enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations ?**



### **III - Modèle d'analyse**

Ce travail s'inclut dans une démarche hypothético-déductive. En effet, c'est le raisonnement conduit depuis la question de départ, en passant par la question de recherche, jusqu'à la problématique qui nous a permis de mettre en lumière plusieurs concepts. Le modèle d'analyse permettra de les lier et aboutira donc à la proposition d'hypothèses dont la véracité devra être testée par l'investigation.

Pour rappel, la recherche bibliographique nous a démontré l'impact positif de l'engagement des proches aidants dans l'accompagnement des enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations. La participation sociale, qui est la relation, formelle ou informelle, qu'entretient la personne avec son environnement social (Conseil de la santé et du bien-être au Québec, 1997, cité dans Tremblay, 2004), en est influencée. Cet accroissement de la participation sociale se traduirait par une amélioration de la performance occupationnelle et donc du bien-être psychologique et de l'estime de soi (Speranza, 2015). Cela étayerait alors les apprentissages qui favoriseront eux-mêmes le bien-être psychologique et l'estime de soi.

De plus, l'engagement des parents maximise les effets de la thérapie (Cantin et Polatajko, 2013 ; Smits-Engelsman, 2013). Cependant, l'exploration du terrain nous a dévoilé que la réalité clinique était bien plus hétérogène et qu'il existait de grandes disparités.

L'exploration de la littérature nous a démontré que pour favoriser l'engagement, il est nécessaire de vivre une expérience autant physique qu'émotionnelle et affective (AOTA, 2008, cité dans Meyer, 2013). Pour cela, l'ergothérapeute doit viser la satisfaction des besoins de l'enfant mais aussi du proche en prenant en compte les occupations qui apparaissent comme signifiantes pour chacun des protagonistes. Pour favoriser l'engagement, le parent et l'enfant doivent donc être mis au cœur de l'accompagnement dans le cadre d'une approche client-centré.

Cette approche favorise la mise en place d'un partenariat (ACE, 2002, cité dans Meyer, 2007). Ce dernier permet de viser les objectifs d'engagement des proches et donc de participation sociale de l'enfant. Le processus de partenariat se déroule en plusieurs étapes, néanmoins le facteur le plus important reste celui de la négociation des objectifs.

Enfin, la littérature a mis en avant que l'utilisation de la MCRO pourrait réunir toutes les conditions nécessaires à la création d'un partenariat avec les parents d'enfants avec un TDC.

La synthétisation de l'ensemble des données nous a amené à les mettre en lien de la manière suivante et constitue le modèle d'analyse de ce travail de recherche :

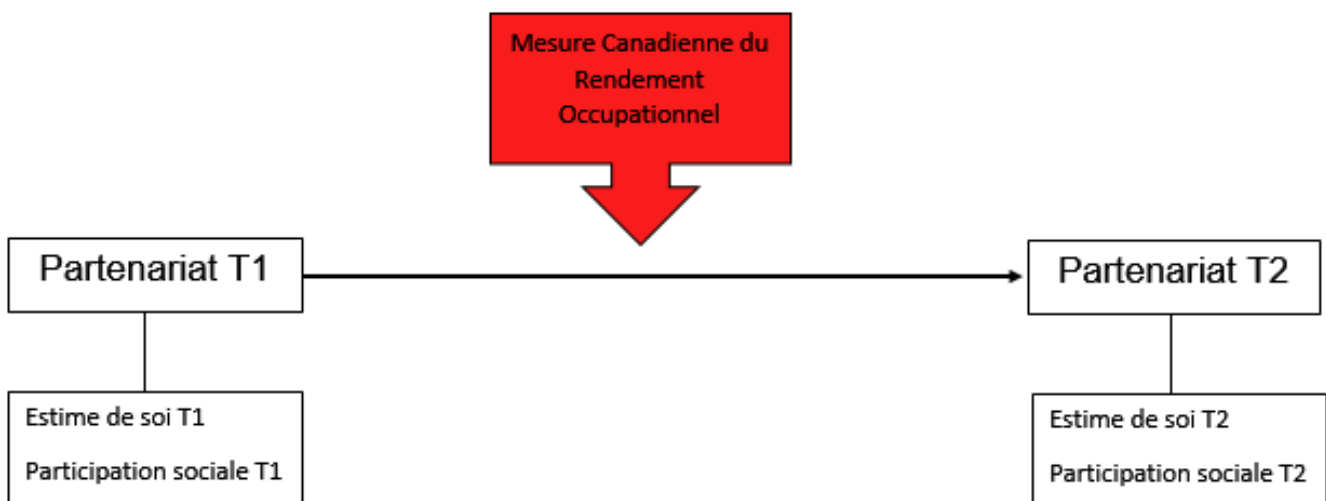


Figure 1 : Modèle d'analyse

Ce modèle part du postulat que l'utilisation de la MCRO influencerait la mise en place d'un partenariat entre un ergothérapeute et les parents d'un enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations. Ainsi, on observerait une différence entre le moment T1 où la MCRO n'a pas encore été réalisée et le moment T2 situé après la passation de l'outil. En effet, la littérature nous a exposé que l'utilisation de la MCRO pourrait nous permettre de créer un partenariat avec la famille (Kaiser, Braun et Rhyner, 2005). Cela nous permet alors d'adopter une pratique client-centrée (ACE, 2002), mais aussi de formuler des objectifs significatifs (Morel-Bracq, 2015). De plus, la passation de cet outil pourrait permettre d'accroître la participation sociale mais aussi l'estime de soi de l'enfant. Ainsi, tout cela permettrait de répondre aux différents besoins de l'enfant, mais aussi de ses parents.

Les hypothèses de recherche sont alors les suivantes :

- **Si l'ergothérapeute réalise une MCRO auprès de l'enfant et des proches aidants alors cela influencerait le partenariat avec ces derniers dans l'accompagnement en ergothérapie.**
- **Si les proches aidants créent une relation de partenariat avec l'ergothérapeute après la passation de la MCRO alors la participation sociale de l'enfant et son estime de soi augmenteront.**

Néanmoins, il est important de préciser que l'objet de ce travail n'est pas de tester l'utilisation de la MCRO auprès de cette population mais bien son impact concernant le partenariat avec les proches aidants dans l'accompagnement en ergothérapie de leur enfant avec un TDC.

## **IV - Modèle d'investigation**

Afin de vérifier mes hypothèses, je me tourne vers une démarche de design pour application. En effet, les résultats obtenus ajouteront des éléments permettant de guider les pratiques professionnelles.

### **1. Population cible**

Dans le cadre de ce travail de recherche, les ergothérapeutes devront travailler auprès d'enfants ayant pour diagnostic unique un Trouble Développemental des Coordinations, un Trouble d'Acquisition de la Coordination ou bien encore une dyspraxie.

De plus, les ergothérapeutes devront être diplômés d'état et travailler soit en milieu libéral, soit au sein de structures diverses accueillant des enfants/adolescents/jeunes adultes ayant des troubles des apprentissages. De plus, ils devront avoir utilisés au moins une fois dans leur pratique la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

Ce dernier point pourrait constituer un biais de sélection puisque l'utilisation de la MCRO s'inclut dans un raisonnement clinique client-centré et est donc propice au partenariat. Pour éviter ce point, il serait donc utile d'interroger des ergothérapeutes ayant les mêmes caractéristiques mais n'utilisant pas habituellement la MCRO auprès de cette population.

L'ensemble de ces données seront recueillies dès le premier contact afin d'établir la compatibilité avec l'objet de recherche.

Les ergothérapeutes seront contactés par email ou message sur des groupes communautaires. Les contacts seront trouvés via la liste des stages proposés par l'Institut de Formation en Ergothérapie de Chambray-les-Tours, la liste des ergothérapeutes libéraux disponible sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), le réseau social Facebook et enfin une prise de contact avec le Groupe d'Echange des Pratiques Pédiatriques en Ergothérapie (GEPPE).

## **2. Type de matériaux recueillis**

Le choix du type de matériaux à recueillir découle des hypothèses. Pour rappel, elles sont les suivantes :

- Si l'ergothérapeute réalise une MCRO auprès de l'enfant et des proches aidants alors cela influencerait le partenariat avec ces derniers dans l'accompagnement en ergothérapie.
- Si les proches aidants créent une relation de partenariat avec l'ergothérapeute après la passation de la MCRO alors la participation sociale de l'enfant et son estime de soi augmenteront.

Ainsi, l'enquête devra recueillir les ressentis et impressions de l'ergothérapeute afin de traduire ces phénomènes. La littérature nous a exposé différents indicateurs du partenariat à travers les étapes qui le composent et qui le caractérisent : respect envers le client, satisfaction des besoins, mise en valeur de son expérience et de ses connaissances, interdépendance, buts et objectifs communs et/ou négociés, relation de confiance réciproque, qualité de communication, engagement.

De plus, pour vérifier la congruence avec le besoin du terrain initialement mis en valeur, l'estime de soi et la participation sociale de l'enfant seront questionnés.

## **3. Méthodologie de recueil de données**

En lien avec la partie précédente nous indiquant que l'enquête portera sur le recueil du vécu, il apparaît alors que les matériaux seront subjectifs.

Notons alors qu'une méthode de recueil quantitative ne serait pas adaptée puisque, malgré le fait que cela nous permettrait d'analyser une corrélation, il est difficile de recueillir des verbatims transcrivant une expérience. De plus, ce type de données permet de rendre compte de la représentativité d'un phénomène. Or, dans ce travail, on cherche à démontrer un phénomène.

Ainsi, il a été choisi une méthodologie qualitative et plus particulièrement l'entretien. En effet, cette méthode nous permet d'avoir « un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations » (Tétreault, 2014, p.215). Il n'a pas été choisi l'observation, autre outil largement utilisé, de part des contraintes pratiques. En effet, cela supposerait d'une part d'obtenir les autorisations nécessaires ; mais aussi d'autre part de se déplacer auprès de chaque participant.

Il a donc été choisi d'utiliser un entretien semi-directif permettant au chercheur de disposer de questions-guides qu'il ne posera pas forcément dans l'ordre établi dans le guide d'entretien (Quivy et Campenhoudt, 2011). Cela permet alors de suivre le fil de pensée de l'interrogé tout en le maintenant dans le cadre de l'entretien (Tétreault, 2014). Ces entretiens seront individuels et permettront d'avoir accès de façon intime au vécu. Selon les possibilités, l'entretien pourra être réalisé soit en face à face réelle, soit par téléphone, soit grâce à un moyen de communication issu des nouvelles technologies (par exemple : Hangouts, Skype, etc.).

L'entretien compréhensif de Kaufmann a été sélectionné parmi les différents types d'entretiens existants. En effet, celui-ci permet « de construire une explication sociologique à partir d'une compréhension intime de la pensée et de l'action des sujets » (Quivy et Campenhoudt, 2011, p.174).

#### **4. Guide d'entretien**

Le guide d'entretien (cf. Annexe I) contient quatre parties distinctes telles que décrites par Sylvie Tétreault (2014).

La première constituera l'introduction qui recontextualisera le cadre de l'entretien tout en précisant ces objectifs. De plus, le temps approximatif de passation sera annoncé à ce moment-là. Cette partie a aussi pour but de mettre à l'aise le participant.

Dans un deuxième temps, toutes les considérations éthiques seront abordées telles que le formulaire de consentement, l'enregistrement de la discussion, l'utilisation potentielle des données et la possibilité de se retirer à tout moment. De plus, il est nécessaire de préciser que l'anonymat sera garanti.

Dans un troisième volet, le corps même de l'entretien sera détaillé de façon minutieuse. Pour ce travail de recherche, il contiendra des éléments relatifs aux indicateurs de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, du partenariat mais aussi de l'estime de soi et de la participation sociale. Pour cela, de questions indirectes seront nécessaires afin de ne pas biaiser les ergothérapeutes. Ainsi, les questions porteront sur les caractéristiques de ces indicateurs.

Enfin, ce guide comportera la conclusion de l'entretien. Elle permettra d'offrir à l'interviewé l'occasion d'émettre des suggestions, mais aussi de le remercier pour sa participation. Elle permettra par la même occasion de demander au participant s'il souhaite recevoir par la suite les résultats de ce travail de recherche.

Le guide d'entretien obtenu (*cf.* Annexe I) a été testé auprès d'un ergothérapeute. Il comprenait quatre thèmes : MCRO, partenariat avec les aidants, estime de soi et participation sociale. Ces thèmes étaient ensuite détaillés selon des indicateurs et des questions afférentes. Enfin, une dernière partie comprenait un ensemble de questions de relances au cas où la question principale ne permette pas d'obtenir la réponse sur le thème ciblé.

Afin de diminuer les biais d'opinion et les possibles sous-entendus, il a été restructuré. Ainsi, il a donné lieu à une nouvelle version du guide d'entretien tel que présenté dans l'annexe II. Les thèmes et indicateurs ont été évincés du guide car ils peuvent venir interférer sur les réponses attendues et biaiser les relances de l'interviewer. De plus, le temps d'entretien a été revu à la baisse au vue du temps de passation de l'entretien test. Ainsi, il est passé d'une heure à 30 minutes.

Le guide d'entretien contient alors :

- Une présentation de la personne et de sa pratique : On attend ici que la personne nous donne son nom, prénom puis qu'elle présente sa pratique (parcours professionnel jusqu'à présent, domaine de pratique actuel, ancienneté dans ce domaine par exemple) ;
- Un questionnement sur l'intégration et l'utilisation de la MCRO : Nous cherchons ici à ce que la personne nous décrive son parcours avec la MCRO c'est-à-dire depuis combien de temps l'a-t-elle intégré dans sa pratique, comment l'a-t-elle intégré, comment l'outil est utilisé et explicitation des choix, etc. ;
- Une partie questionnant la relation avec les aidants proches et l'enfant : L'objectif ici est que la personne nous exprime des éléments concernant la relation qu'elle entretient avec les proches aidants, comment elle y parvient avec une certaine description des stratégies mises en place ;

- Un dernier point interrogeant le bien-être de l'enfant et sa participation sociale : Cette partie vise à rechercher des éléments témoignant des deux indicateurs que sont l'estime de soi et la participation sociale. Nous souhaitons retrouver des marqueurs permettant de mettre en avant une évolution des indicateurs entre deux moments.



## **V - Investigation**

### **1. Conduite de l'investigation**

Une fois le guide d'entretien revu, la phase de recrutement a débuté. Sur l'ensemble des emails envoyés, 33 ergothérapeutes ont répondu. Parmi les réponses figuraient 26 réponses négatives se justifiant par la non utilisation de la MCRO. Sept ergothérapeutes l'utilisaient et quatre ont accepté de participer à un entretien. Les rendez-vous étaient alors fixés par email ou téléphone, et le contrat de consentement transmis (*cf.* Annexe III).

Cependant, seulement deux entretiens ont pu être réalisés puisque les deux autres ergothérapeutes n'ont pu finalement se libérer le jour convenu et un autre rendez-vous n'a pu être programmé. Les deux ergothérapeutes interrogés avaient une activité libérale. Cela ne permet pas de constituer un groupe homogène représentatif des lieux de pratique d'un ergothérapeute exerçant auprès des enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations.

D'autre part, les ergothérapeutes ayant répondu aux questions utilisaient le MCRO de manière habituelle. En effet, bien que les critères d'inclusion ciblaient aussi des ergothérapeutes n'utilisant pas encore la MCRO mais souhaitant le faire, il a été difficile de démarcher les ergothérapeutes en ce sens. Les principales raisons expliquant ce point résultent dans le laps de temps court entre la phase de contact et la phase d'entretien qui ne permettait aux ergothérapeutes de s'approprier l'outil et de le faire passer.

Les deux entretiens ont été réalisés par téléphone et enregistrés via l'application « ACR ». La durée des entretiens est d'environ 20 minutes. Chaque professionnel a pu partager son vécu de manière assez aisée. Le guide d'entretien a permis de recentrer les questions de manière assez efficace. Néanmoins, la dernière partie du guide d'entretien concernant la participation sociale et l'estime de soi de l'enfant a été peu rapportée par les ergothérapeutes qui ne l'évaluaient pas quantitativement.

### **2. Traitement des matériaux bruts**

La phase d'investigation a donc permis de réaliser deux entretiens qui ont été retranscrits. A titre d'exemple, la retranscription de l'entretien réalisé le 12 avril 2018 avec l'ergothérapeute numéro 2 a été annexé (*cf.* Annexe IV).

Il a été choisi de réaliser une analyse thématique du contenu puisque l'outil de recueil de données est qualitatif. Cette analyse permettra de réaliser des liens et de statuer sur les hypothèses précédemment établies.

Ainsi, une fois l'étape de retranscription effectuée, Laurence Bardin nous indique qu'il faut coder les éléments obtenus afin de les traiter et de débiter l'analyse de contenu. Elle nous indique que « le codage correspond à une transformation – effectuée selon des règles précises – des données brutes du texte. » (2016, p.134). Pour cela, il a donc été choisi de découper le texte en « thème » afin de réaliser une analyse thématique de contenu. Le thème est, d'après Bardin, « l'unité de signification qui se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture. » (2016, p.136). Une fois cette étape réalisée, Bardin nous conseille de réaliser une catégorisation des thèmes. Cette étape permet de « fournir par condensation une représentation simplifiée des données brutes. » (2016, p.152). Ce processus a permis d'obtenir les tableaux joints en Annexe V.

Les thèmes et catégories repérés sont en lien avec le modèle d'analyse et le guide d'entretien. On retrouve donc trois principales catégories : MCRO, partenariat avec les proches aidants et l'estime de soi. Ces catégories regroupent 13 thèmes différents. Le tableau ci-dessous reprend ces éléments :

*Tableau 1 : Catégories et thèmes issus de l'analyse des entretiens*

MCRO	Entretien semi-dirigé
	Orientation sur le quotidien
	Cotation
	Objectifs
	Promotion de l'ergothérapie
Partenariat avec les proches aidants	Qualité de la communication
	Engagement
	Compétences personnelles
	Confiance
	Négociation
	Egalité
Estime de soi	Respect
	Conscience de ses compétences

Chaque entretien a été analysé de manière séparée afin de mettre en lumière les différences et similitudes pouvant exister entre les différents entretiens.

Si l'on compare la présence ou non des thèmes et catégories énoncés plus haut, on remarque que chaque analyse n'en comprend pas l'entièreté. Si l'on confronte les deux entretiens, on observe que dans la catégorie « MCRO » l'ergothérapeute numéro 1 n'aborde pas le thème concernant la réalisation des objectifs. D'autre part, l'ergothérapeute numéro 2 fait ressortir un nouveau thème qui n'a pas été relevé jusqu'ici par la littérature qui est la promotion de l'ergothérapie. Lorsque l'on s'attarde sur la catégorie « partenariat avec les proches aidants », on remarque que les deux ergothérapeutes abordent les thèmes concernant la qualité de communication, l'engagement, la mise en valeur des compétences personnelles, l'égalité et la négociation dans l'échange. L'ergothérapeute numéro 1 aborde aussi le thème de l'égalité des parties et le respect mutuel. Enfin, seul l'ergothérapeute numéro 2 aborde la catégorie « estime de soi » et plus précisément de la conscience des compétences de l'enfant.

On peut maintenant s'attarder à comparer les fréquences d'apparition des éléments dans chaque entretien. On observe que dans le premier entretien, l'ergothérapeute a abordé principalement trois sous-thèmes que sont la « Négociation », l'« Engagement » et la « Qualité de communication » avec 17,6 % de fréquence d'apparition. Le sous-thème « Orientation sur le quotidien » est apparu avec une fréquence de 12 %. L'« Entretien semi-dirigé » et la « Cotation » ont tout deux été mentionnés à hauteur de 6%. Les sous-thèmes de l'« Egalité », les « Compétences personnelles », la « Confiance » et le « Respect » ont été abordé à une fréquence quasi équivalente (5,8 %). Ces résultats permettent de conclure que 24 % des sous-thèmes appartiennent à la catégorie du « MCRO » alors que les 76 % restants renvoient à la catégorie concernant le « Partenariat avec les proches aidants ». On remarque que bien que la majorité des questions aient porté sur le thème de la MCRO et de ses conditions de passation, le thème du partenariat prédomine. C'est d'ailleurs, trois sous-thèmes renvoyant à la catégorie de partenariat qui prédominent aussi. Néanmoins, celui-ci est essentiellement associé au partenariat mis en place avec les parents et non les proches aidants en globalité.

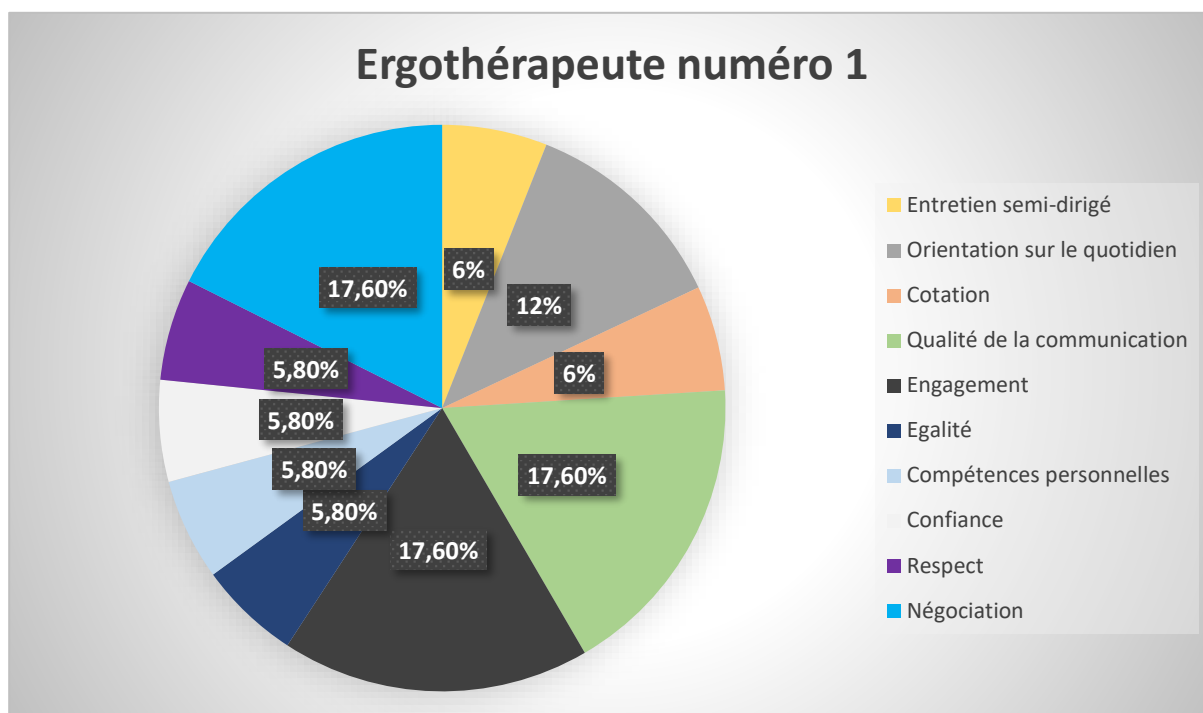


Figure 2 : Représentation des sous-thèmes abordés avec l'ergothérapeute numéro 1

En analysant l'entretien réalisé avec l'ergothérapeute numéro 2, on remarque que le sous-thème de l'« Engagement » prédomine puisque sa fréquence d'apparition est de 24,8 %. Arrive en deuxième place, le nouvel élément soulevé qui est la « Promotion de l'ergothérapie » avec 21 %. Le sous-thème de la « Cotation » ressort ensuite avec une fréquence à 13 %. Les sous-thèmes « Compétences personnelles » et « Objectifs » arrivent à des taux quasi similaires de fréquence d'apparition (8,3 et 8 % respectivement). Enfin, le sous-thème de l'« Egalité » arrive pratiquement à la même fréquence d'apparition (4,3 %) que ceux de l'« Entretien semi-dirigé », l'« Orientation sur le quotidien », la « Négociation » et les « Conscience de ses compétences » (4 %). Ces résultats mettent en avant deux catégories majoritaire (50 et 46 %) : celle concernant la « MCRO » et celle du « Partenariat avec les aidants ». On remarque que l'ergothérapeute a exprimé des verbatims renvoyant à la catégorie « Estime de soi » à hauteur de 4 %.

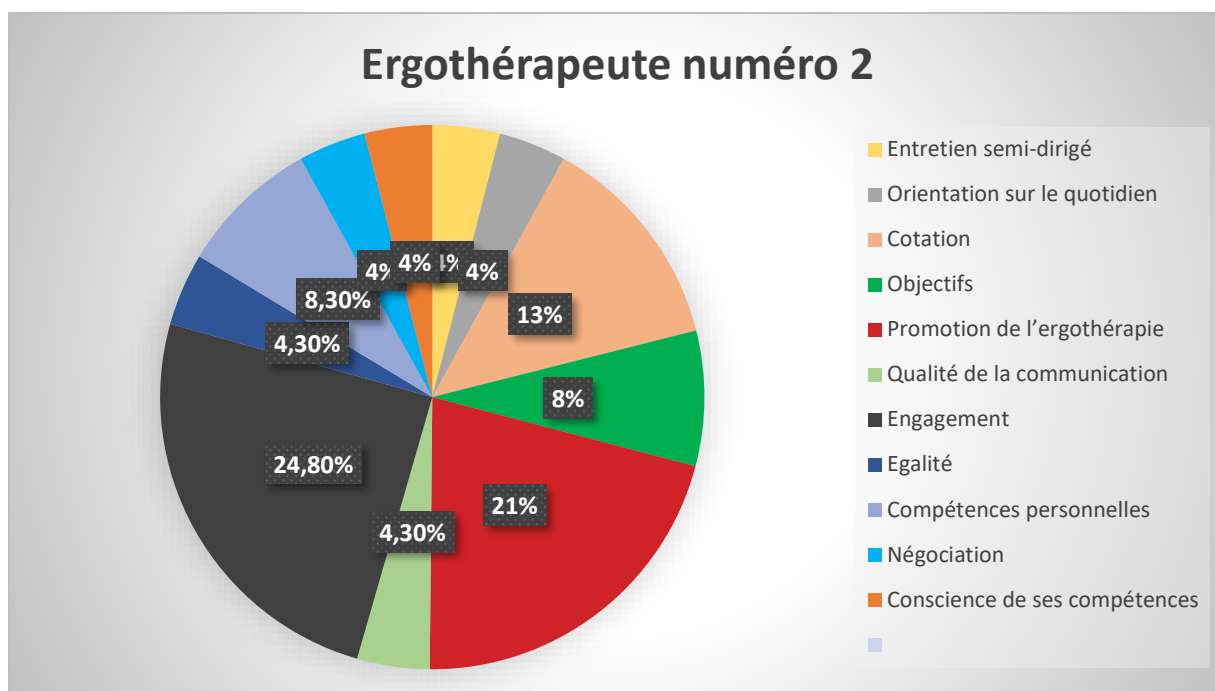


Figure 3 : Représentation des sous-thèmes abordés avec l'ergothérapeute numéro 2

Suite à l'analyse individuelle de chaque entretien, une synthèse regroupant les deux traitements de matériaux peut être réalisée. On remarque que la catégorie « Partenariat avec les aidants » est davantage abordée (59 %) que celle concernant la « MCRO » (39 %). Quant à la catégorie « Estime de soi », on remarque que sa fréquence d'apparition est relativement faible (2 %). La synthétisation des données via le graphique ci-dessous a permis d'établir un classement des sous-thèmes selon leur fréquence d'apparition dans les entretiens :

1. Engagement (22 %)
2. Promotion de l'ergothérapie (12 %)
3. Cotation, Qualité de communication, Négociation (10 %)
4. Orientation sur le quotidien, Compétences personnelles (7 %)
5. Entretien semi-dirigé, Objectifs, Egalité (5 %)
6. Confiance, Respect (2,5 %)
7. Conscience de ses compétences (2 %)

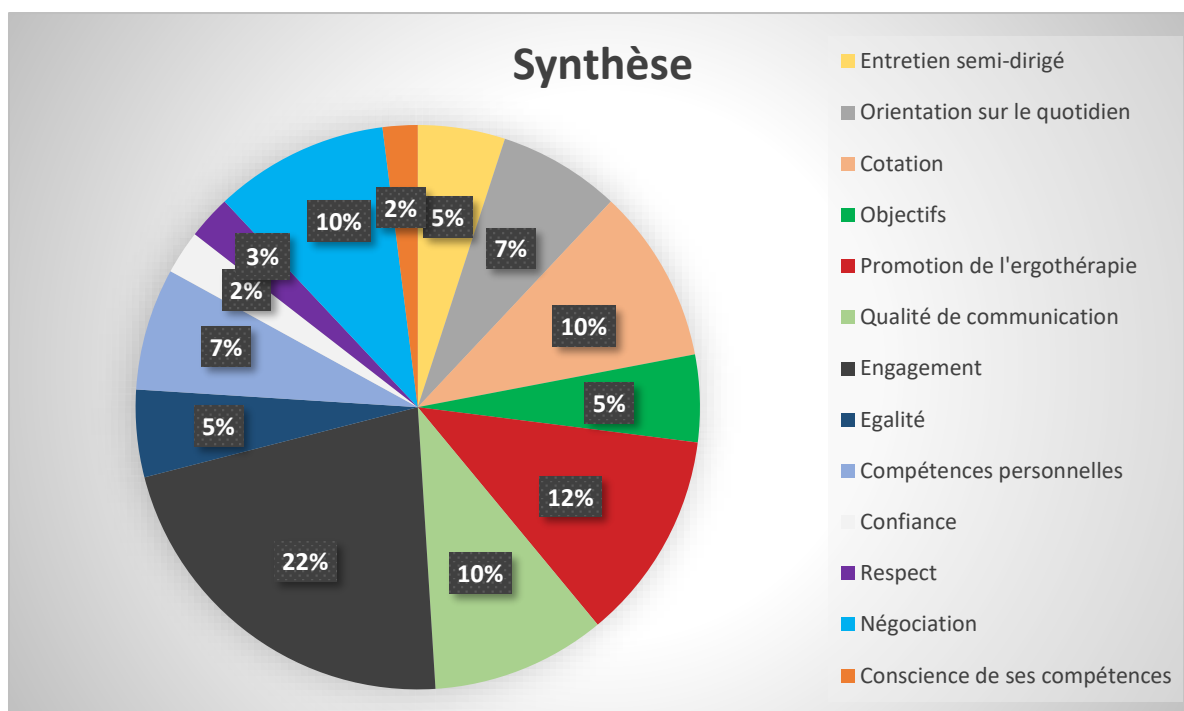


Figure 4 : Représentation de l'ensemble des sous-thèmes abordés lors des entretiens

L'exploitation des résultats nous montre donc que le sous-thème de l'engagement est très largement abordé : « *Mon plan d'intervention il est fait en fonction de leurs objectifs, donc c'est forcément rendre acteur l'enfant puis les parents.* » ; « *C'est clair que si c'est des activités plutôt de vie quotidienne, de vie familiale, forcément les parents sont concernés donc euh ... ils vont à un moment donné voilà ... un peu de soutien ou de la vigilance ou euh voilà des choses à voir.* » ; « *Si c'est ... les activités préoccupantes concernent plutôt le domaine scolaire, bon là euh ils ne font pas forcément grand-chose et là c'est plus les enseignants et l'équipe pédagogique qui sera impliquée.* ».

D'autre part, la promotion de l'ergothérapie est un domaine très verbalisé bien qu'il n'apparaisse que dans un seul entretien et constitue un nouvel élément : « *Donc voilà la MCRO c'est un outil utile pour ça, vraiment ça montre au gens que l'ergothérapeute on se centre sur ce que l'enfant fait ou peut faire, et la façon dont c'est fait, et que c'est sur l'activité que c'est centré.* » ; « *La MCRO, elle est aussi intéressante pour ça, c'est-à-dire qu'il permet aux gens d'expliquer un peu notre vision fin la vision de l'ergothérapeute qui est quand même assez différente par rapport aux autres professionnels de santé.* ».

Par ailleurs, la cotation de la MCRO, la qualité de la communication et la négociation avec les parents apparaissent comme des éléments importants aux yeux des ergothérapeutes interrogés : *« Voilà, ce qui est important pour les parents sera coté plus proche du 10 et pour l'enfant plus proche du 1. En tout cas, cette cotation de l'importance permet de différencier ce qui est important pour l'enfant et ce qui est important pour les parents. »* ; *« Ça permet de négocier, d'avoir une espèce de contrat entre nous »* ; *« La réévaluation de la MCRO, elle permet justement de ..., en tout cas avoir un échange sur..., déjà de prendre en compte si l'enfant et/ou les parents se sentent davantage capable de réaliser l'activité et s'il en est satisfait donc déjà on prend en compte ça. »*.

De plus, le fait que l'entretien s'oriente vers le quotidien et valorise les compétences personnelles des proches aidants est mis en avant dans l'analyse. En effet, les ergothérapeutes nous disent : *« Alors euh ... avec l'enfant et les parents pour recueillir les occupations, les activités qui posent des difficultés. »* ; *« Je le fais avec les parents tout seuls après l'avoir fait avec l'enfant fin ça m'arrive aussi de faire la MCRO qu'avec les parents quand l'enfant n'est pas capable de faire les cotations de l'importance, du rendement et de la satisfaction. »*.

En outre, les ergothérapeutes abordent les thèmes de l'entretien semi-dirigé, de l'élaboration des objectifs ainsi que de l'égalité avec la personne : *« Alors je fais toujours, oui quasiment toujours une MCRO pendant mes évaluations initiales. »* ; *« En général quand on a des objectifs qui sont bien déterminés et qui sont ciblés fin voilà a priori l'amélioration fin l'amélioration peut être au rendez-vous »* ; *« Euh bah on se met d'accord sur ce qu'on écrit, toujours. »*.

Un des ergothérapeutes aborde aussi la notion de confiance et de respect envers les proches aidants : *« Bah forcément quand on s'intéresse aux activités qui ont du sens pour les personnes qu'on accompagne et qu'on note et qu'on négocie et qu'on met en place une collaboration avec l'enfant et ses parents je pense que ça influence beaucoup la relation. »* ; *« Alors, ça m'arrive de le faire quand les parents ont beaucoup beaucoup de demandes, et pour qui je sens que c'est important de prendre un temps d'entretien seul sans l'enfant. »*.

Enfin, un seul ergothérapeute aborde la conscience des compétences que peut avoir l'enfant : « *Fin c'est révélateur aussi parce qu'il y a des enfants qui sont pas du tout cohérents dans leur cotation donc voilà. Bon si les enfants viennent pour des problèmes voilà où le problème majeur c'est l'écriture manuscrite euh voilà, ils vont coter l'importance à trois et le niveau de difficultés à zéro [rire]. Donc voilà, bon pas du tout réaliste mais ça donne une indication sur la conscience qu'ils ont de leurs difficultés et puis voilà. On ne prend pas forcément, euh comment dire, les résultats pour de l'argent comptant.* ».

### 3. Analyse des matériaux en lien avec le cadre d'analyse

Pour rappel, ce travail de recherche vise à appréhender l'influence de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel sur la création du partenariat avec les proches aidants d'enfant avec un Trouble Développemental des Coordinations.

#### a) Mise en lien avec le modèle d'analyse

L'investigation puis l'analyse thématique ont permis de produire un ensemble de données que nous allons pouvoir mettre au regard du modèle d'analyse correspondant à ce travail de recherche. Il était le suivant :

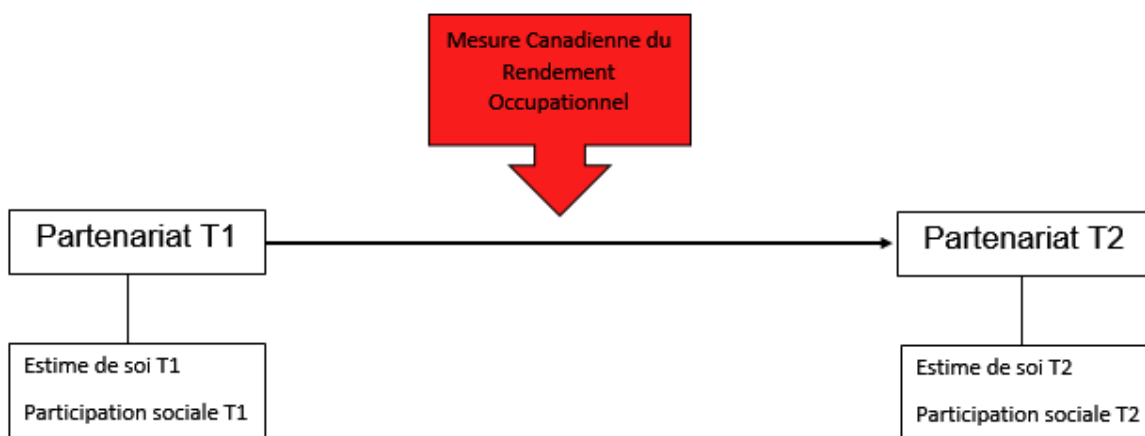


Figure 1 : Modèle d'analyse

Hormis un élément, l'ensemble des catégories et sous-thèmes soulevés par l'analyse thématique correspondent à des domaines inclus dans le modèle d'analyse.



## **Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel**

Lorsque l'on reprend le tableau 1 situé page 26, on remarque que la MCRO est caractérisée par les ergothérapeutes par l'entretien semi-dirigé, l'orientation sur le quotidien, la cotation et l'élaboration des objectifs. Cela nous amène à conclure que les ergothérapeutes utilisent bien de manière formelle l'outil qui est soumis à l'épreuve.

Notons tout de même qu'un nouvel élément est apparu dans cette catégorie. En effet, un des ergothérapeutes rapporte à plusieurs reprises que l'outil lui permet aussi de faire la promotion de l'ergothérapie auprès de ses usagers. Par le biais de la MCRO, il expose la vision spécifique qu'a l'ergothérapeute sur l'enfant, ses occupations et l'environnement qui l'entoure. Cela lui permet ainsi de valoriser son action par rapport aux autres professionnels. D'autre part, via cet outil, l'ergothérapeute expose l'idée que sa vision n'est pas pathocentrée et donc induit l'idée du changement de vision des parents qui est souvent biomédicale : *« C'est bien justement que les parents est affaire avec un professionnel centré sur l'activité et qu'on puisse améliorer la performance dans cette activité-là fin voilà, sans avoir forcément à déterminer si voilà si c'est un problème de mémoire de travail, si c'est un problème etc. fin voilà un déficit cognitif bien identifié. »*.

## **Partenariat avec les aidants**

Lorsque l'on regarde la catégorie du partenariat avec les proches aidants, on remarque que tous les indicateurs de cette relation y figurent, bien qu'ils ne soient pas tous exprimés dans des proportions égales dans les discours des ergothérapeutes. Ainsi, les sous-thèmes reprennent les six grands marqueurs témoignant de la mise en place du partenariat de Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson et Beegle (2004, cité dans Moreau, Roberston et Ruel, 2005) :

- L'engagement (22 %) ;
- La qualité de communication (10 %) ;
- L'égalité (5 %) ;
- Les compétences personnelles (7 %) ;
- La confiance (2,5 %) ;
- Le respect (2,5 %).

Cela nous amène à penser que les ergothérapeutes utilisant la MCRO valorisent majoritairement l'engagement des parents mais aussi la qualité de communication obtenue.

Quand on s'intéresse au domaine de l'engagement, on remarque que les parents semblent impliqués lorsque l'ergothérapeute agit sur les activités de vie quotidienne réalisées au domicile. Pour cela, les ergothérapeutes les incluent lors de l'entretien à l'aide de la MCRO voire réalise une MCRO avec eux.

Néanmoins, un des ergothérapeutes apporte une nuance à l'engagement des proches aidants et plus particulièrement des enseignants : « *Après c'est vrai que les situations sont pas toujours évidentes parce que c'est pas ... la plupart des occupations, la plupart des activités c'est pas dépendant uniquement de l'enfant c'est dépendant de l'environnement dans lequel il est. Par exemple, on a des enfants fin voilà ils seront en CM2, rapidement en quelques mois on a une amélioration, on a quelque chose qui fonctionne bien. Et puis l'année suivante, ils vont au collège, ils changent d'établissement, ils changent d'enseignant et puis il faut tout recommencer à zéro. Parce que c'est vrai si on reparle du point de vue de la déficience propre à l'enfant, c'est vrai qu'on a pas forcément beaucoup de gains sur la correction de ces déficiences-là chez l'enfant.* ». L'ergothérapeute met là en avant une relation de partenariat établie avec l'ensemble des proches aidants (parents et enseignants), associée à une amélioration du niveau de performance de l'enfant. Néanmoins, cet équilibre est rompu lors du changement d'environnement de l'enfant (école, collège, etc.) qui implique un changement d'enseignant ou du moins de référent. Il est important de noter que lors de la phase initiale de passation de la MCRO, les ergothérapeutes n'évoquent pas la présence des enseignants. La relation de partenariat avec eux n'entrent pas donc dans le cas de la passation de la MCRO et donc dans le cadre de notre recherche.

Ainsi, on note qu'entre T1 où la passation de la MCRO n'a pas encore eu lieu et T2 où l'entretien a été réalisé, l'engagement semble s'être développé. Un des ergothérapeutes nous dit même : « *on met en place une collaboration avec l'enfant et ses parents* ». Cela montre bien l'implication des deux parties dans la relation.

D'autre part, concernant la qualité de la communication, les ergothérapeutes mettent en avant l'importance des dires de l'enfant. Ainsi, pour eux, les parents viennent compléter et agrémente l'échange : « *les parents sont assez aidants dans la mesure où ils précisent un petit peu les choses.* ». Ils sont donc bien considérés comme des clients secondaires.

Les autres catégories apparaissent de façon moins fréquentes dans le discours des ergothérapeutes. Néanmoins, les notions d'égalité dans la relation, de valorisation des compétences personnelles du client, de confiance et de respect mutuel s'assimilent aussi à la posture qu'adopte l'ergothérapeute dans la relation à l'autre et non pas seulement aux conditions de passation de l'outil. D'ailleurs, ces indicateurs-là ne sont pas présents dans les discours des deux ergothérapeutes.

On remarque aussi que l'affirmation de Corine Mérini, « ce qui définit un réel partenariat c'est le fait que l'action soit négociée (Zay, Gonnin-Bolo, 1995) et non commanditée, déléguée ou simplement financée. » (2006), est vérifiée dans cette analyse puisque cette notion apparaît dans 10 % des verbatims des ergothérapeutes. Elle apparaît comme un vecteur des échanges réalisés avec les clients et est conservée lors de l'intervention de l'ergothérapeute. L'un d'eux nous dit même que la MCRO : « *permet de négocier, d'avoir une espèce de contrat entre nous* ». Le fait que l'ergothérapeute nous parle de « contrat » marque aussi ici le fait que chacun des parties s'engagent.

### **Estime de soi et Participation sociale**

Seul un des ergothérapeutes a verbalisé un élément concernant l'estime de soi de l'enfant et notamment sa conscience de ses compétences. Cette donnée est aussi à nuancer car les éléments recueillis n'abordent pas cette notion après l'intervention de l'ergothérapeute.

Enfin, la notion de participation sociale de l'enfant et ses indicateurs ne sont pas ressortis dans les entretiens réalisés.

## **b) Mise en lien avec les hypothèses**

Maintenant que les données obtenues ont été examinées au travers du modèle d'analyse de ce travail de recherche, il reste à étudier la validité des hypothèses de recherche.

Pour rappel, elles étaient les suivantes :

- **Si l'ergothérapeute réalise une MCRO auprès de l'enfant et des proches aidants alors cela influencerait le partenariat avec ces derniers dans l'accompagnement en ergothérapie.**
- **Si les proches aidants créent une relation de partenariat avec l'ergothérapeute après la passation de la MCRO alors la participation sociale de l'enfant et son estime de soi augmenteront.**

Si l'on considère la première hypothèse, l'analyse nous a permis de recueillir des éléments qui semblent être en faveur de cette dernière. En effet, lorsque les ergothérapeutes ont été interrogés sur la passation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et leur relation avec les proches aidants, on remarque que des indicateurs du partenariat sont présents dans le discours des ergothérapeutes. Les verbatims récoltés nous indiquent que ces derniers sont mobilisés lors de la passation de l'outil mais aussi tout au long de l'accompagnement. Néanmoins, cette hypothèse ne peut être entièrement validée puisque le terme de proches aidants regroupe les parents mais aussi les enseignants. En effet, l'analyse du contenu a mis en avant que la MCRO n'était effectuée qu'auprès des parents. Ainsi il ne peut être affirmé que celle-ci favorise le partenariat avec les enseignants et donc avec les proches aidants où ils sont inclus.

Si l'on prend maintenant en considération la deuxième hypothèse, le dispositif d'investigation n'a pas permis de récolter suffisamment de données renseignant les concepts de participation sociale et d'estime de soi. Un seul verbatim concernant l'estime de soi a pu être recueilli et celui-ci ne fait pas état des lieux d'un changement entre deux temporalités.

## **4. Discussion**

### **a) Modèle d'investigation et investigation**

Les résultats de l'analyse en lien avec le modèle d'analyse de ce travail de recherche ont permis de démontrer que la deuxième hypothèse n'a pu être testée. En effet, seul 2 % des matériaux obtenus la renseignent. Cette conclusion peut s'expliquer par le fait que les données recherchées par le modèle d'investigation étaient davantage qualitatives que quantitatives. La mesure de la participation sociale et de l'estime de soi aurait pu être réalisée via des échelles quantifiables transmises avant l'entretien aux ergothérapeutes. Néanmoins, ce procédé aurait induit l'étude d'un « cas » et non celle d'une expérience globale d'un ergothérapeute sur l'ensemble de la population qu'il accompagne. Ainsi, l'entretien compréhensif permettait bien d'accéder aux vécus des ergothérapeutes mais pas à celui de l'enfant.

De plus, l'entretien est aussi un outil d'investigation nécessitant une formation afin de pouvoir « faire surgir un maximum d'éléments d'information et de réflexion » (Quivy et Campenhoudt, 2011, p.246). Néanmoins, le fait que les entretiens aient été effectués par téléphone constitue un élément positif puisque « quelques auteurs recommandent l'entretien téléphonique uniquement s'il est court (moins de 30 minutes) » (Tétreault, 2014, p.236).

Enfin, la phase d'investigation a aussi été limitée. En effet, elle n'a permis l'interrogation de deux ergothérapeutes. De plus, ceux-ci exerçaient uniquement en libéral. Ainsi, cet échantillon n'est pas représentatif de la diversité des pratiques en ergothérapie auprès de cette population. Néanmoins, il nous apporte un éclairage sur les hypothèses émises dans ce travail de recherche.

### **b) Traitement des données et analyse de contenu**

L'analyse de contenu utilisée est d'ordre subjective. En effet, comme le précise Bardin (2016), les règles imposées que sont l'homogénéité, l'exhaustivité, l'exclusivité, l'objectivité et l'adéquation pour le découpage en catégories ne sont que rarement applicables. Cependant, cet item est rationalisé par le calcul de fréquence d'apparition. De plus, « l'analyse de contenu d'entretiens est assez délicate. Ce matériel verbal exige un savoir-faire beaucoup mieux maîtrisé que l'analyse de réponses à des questions ouvertes ou l'analyse de presse. » (Bardin, 2016, p.94).

Or, en tant que jeune chercheuse, je n'ai encore pas acquis ce niveau de savoir-faire. Néanmoins, la technique a fait ses preuves et permet d'examiner l'ensemble des entretiens.

Une analyse des relations et plus précisément des co-occurrences aurait aussi pu être réalisée. Cette analyse cherche à mettre en avant l'association ou la dissociation d'éléments dans l'esprit de l'interviewé. Elle n'a pu cependant être réalisée par manque de temps.

### **c) Résultats et implication pour la pratique**

Malgré l'ensemble des points de discussion méthodologique cités plus haut, ce travail de recherche a permis de mettre en avant que l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel semble en faveur de la création du partenariat avec les parents d'enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations. Le terme de proche aidant avait été choisi dans la phase exploratoire puisque la littérature démontrait que l'implication des parents ainsi que des enseignants favorisait un meilleur niveau de performance. Or, l'utilisation clinique de la MCRO n'a été retrouvée qu'auprès des parents lors de la phase d'investigation. Ainsi, la relation de partenariat avec les enseignants que parvient à mettre en place les ergothérapeutes n'entre pas dans le cadre de la passation de la MCRO et donc dans le cadre de notre recherche.

Néanmoins, il serait intéressant d'observer les stratégies mises en place par les ergothérapeutes dans la création de cette relation. De plus, de plus amples recherches dans ce domaine permettraient de trouver des solutions face au problème exprimé par un des ergothérapeutes : celui du changement d'environnement scolaire et donc de la rupture du partenariat enseignant-ergothérapeute précédemment établi. Cela nous amène à réfléchir sur le thème de l'accompagnement des jeunes dans leur cursus scolaire et de la place de l'ergothérapeute dans celui-ci notamment lors des réunions d'Equipe de Suivi de la Scolarisation (ESS).

De plus, la littérature a mis en avant que les signes d'appel sont souvent scolaires. Ainsi, les enseignants apparaissent comme les alliés principaux du dépistage car ils peuvent alerter précocement les parents.

Pour cela, une sensibilisation des enseignants aux troubles des apprentissages leur permettraient d'avoir les connaissances nécessaires pour alerter et mettre en œuvre des adaptations pédagogiques adaptées aux besoins de l'enfant. Ce sont aussi les préconisations que la région Auvergne-Rhône-Alpes émet dans son livre blanc « Les troubles dys, Grande cause Régionale 2017 : vers une société plus inclusive ».

Si l'on s'attarde maintenant sur les conditions de passation de cet outil, on observe qu'elles sont très variables dans la pratique observée. Ainsi, on remarque que les conditions peuvent être fermes, l'entretien à l'aide de la MCRO est réalisé avec l'enfant et ses parents mais ces derniers ne réalisent pas la cotation ; ou bien alors qu'elles sont adaptables au contexte : connaissance de l'enfant, besoin de négociation, demande importante de la part des parents, etc.

Cela est aussi à mettre en lien avec la posture professionnelle qu'adopte l'ergothérapeute. Celle-ci est transcrite dans l'analyse par une apparition moins fréquente des notions d'égalité dans la relation, de valorisation des compétences personnelles du client, de confiance et de respect mutuel caractérisant la relation de partenariat. Cela nous amène à nuancer l'impact que peut avoir la passation d'un outil à lui seul. En effet, la théorie induite par celui-ci amène les premiers éléments favorisant le partenariat mais la posture qu'adopte l'ergothérapeute semble être aussi à prendre en compte.

De nouveaux éléments sont aussi à prendre en considération. En effet, un des ergothérapeutes a mis en avant le fait que cet outil lui permet de faire la promotion de l'ergothérapie. Fonder son intervention sur une approche client-centré mais aussi occupation-centrée semble alors présenter plusieurs avantages :

- Tout d'abord, ce type d'intervention offre une occasion à l'ergothérapeute d'agir précocement sur les occupations qui posent difficulté à l'enfant. En effet, même si un diagnostic médical n'est pas encore établi, celui-ci peut d'ores et déjà agir. L'ergothérapeute ayant une pratique client-centré et occupation-centrée peut déterminer avec l'enfant et ses parents les activités posant difficulté. Cela lui permet d'établir un diagnostic ergothérapique qui contribue à la pose du diagnostic médical, mais aussi de déterminer le projet d'intervention en ergothérapie ;

- Ensuite, en mettant en place une relation de partenariat avec les parents, l'ergothérapeute favorise leur engagement dans le projet d'intervention de l'enfant. Cela permet d'améliorer les résultats obtenus ;
- Enfin, il démontre sa spécificité, son regard particulier sur l'enfant et ses difficultés et donc la valeur ajoutée de son intervention. Tout cela contribue à la promotion de notre profession.

Ces points pourraient répondre à la problématique de la longueur de la pose du diagnostic médical mais aussi aux conséquences liées que sont l'altération de la performance occupationnelle, de la participation sociale mais aussi de l'intégrité psychologique des enfants avec un Trouble Développemental des Coordinations.

Cependant, d'une part, ce type d'intervention précoce de l'ergothérapeute peut être réalisé notamment en libéral puisque cela ne nécessite pas d'orientation de la Maison Départemental des Personnes Handicapées (MDPH) comme pour des structures médico-sociales telles que des Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD). En effet, seule la prescription médicale pour un bilan et des séances est nécessaire. Néanmoins, cela implique le financement des séances par les parents. Celui-ci peut aussi être pris en charge par la sécurité sociale ou encore par leur mutuelle après la constitution de dossiers de demandes de financement.

D'autre part, concernant le domaine scolaire, les interventions et préconisations de l'ergothérapeute peuvent être difficiles à mettre en place. En effet, lorsque l'enfant n'a pas encore de reconnaissance de handicap par la MDPH, le dispositif permettant aux enfants de bénéficier d'adaptation est le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Dans ce cadre-là, c'est au chef d'établissement et au médecin scolaire de déterminer de la pertinence de l'accompagnement.

Ainsi, l'ensemble de ces éléments m'amène à encourager les ergothérapeutes à utiliser la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel comme guide d'entretien et plus largement à fonder leur pratique sur une approche client-centré et occupation-centrée.



Une recherche de ce type auprès de parents d'enfant avec un Trouble développemental des Coordinations pourrait permettre de recueillir leur ressenti concernant la mise en place du partenariat avec l'ergothérapeute grâce à l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Il permettrait aussi de prendre en compte leur représentation sur leur rôle dans la thérapie mais aussi l'apport de la passation de cet outil par exemple.

## Conclusion

Ce travail de recherche avait pour objectif d'appréhender l'influence de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel sur la création du partenariat avec les proches aidants d'enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations.

En effet, dans le cadre d'une démarche hypothético-déductive, le déroulement du raisonnement nous a amené à questionner la manière dont l'ergothérapeute parvient à développer la performance occupationnelle et la participation sociale, mais aussi à améliorer le bien-être psychologique d'un enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations. La littérature a démontré que l'utilisation d'une approche occupation-centrée permet à l'ergothérapeute d'obtenir de meilleurs résultats. Ceux-ci sont maximisés par l'engagement des proches aidants que sont les parents mais aussi les enseignants. De plus, une approche centrée sur le client, qui est dans cette situation : l'enfant et ses proches, favorise l'engagement et la mise en place d'un partenariat. Enfin, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel semblait remplir les critères permettant sa création. C'est pourquoi, il a été réalisé des entretiens auprès d'ergothérapeutes l'utilisant afin de tester les hypothèses décrites dans le modèle d'analyse. Les éléments qualitatifs recueillis ont été traités selon la méthodologie de l'analyse de contenu de Bardin.

Il est alors ressorti que, malgré l'ensemble des biais méthodologiques cités lors de la discussion et le faible échantillon interrogé, l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel semblerait en faveur de la création du partenariat avec les parents d'enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations. Pour rappel, le terme initialement choisi était celui de proche aidant. Néanmoins, la phase d'investigation n'a pas fait état des lieux de la présence des enseignants dans la phase de bilan à l'aide de la MCRO. Cela nous amène tout de même à reparler des biais de cette recherche puisque seulement deux ergothérapeutes ont été interrogés et tous deux travaillaient en libéral. Ainsi, l'échantillon de l'étude ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes et de leurs pratiques.

Ce travail d'initiation à la démarche de recherche a aussi permis de soulever de nouvelles perspectives professionnelles et de recherche.

Tout d'abord, si nous reprenons les conclusions citées plus haut, l'hypothèse « Si l'ergothérapeute réalise une MCRO auprès de l'enfant et des proches aidants alors cela influencerait le partenariat avec ces derniers dans l'accompagnement en ergothérapie » n'a pas été validée qu'auprès des parents et non pas auprès des proches aidants. Ainsi, l'étude des stratégies mises en place par les ergothérapeutes dans la création d'un partenariat avec les enseignants semble à réaliser. En outre, cela amène plus largement à réfléchir sur le thème de l'accompagnement des jeunes dans leur cursus scolaire et de la place de l'ergothérapeute dans celui-ci. Enfin, les enseignants apparaissent comme les alliés principaux du dépistage car ils peuvent alerter précocement. Néanmoins, comme le préconise la région Auvergne-Rhône-Alpes, une formation spécifique aux troubles des apprentissages est nécessaire.

Enfin, fonder son intervention sur une approche client-centré mais aussi occupation-centrée offrirait une occasion à l'ergothérapeute d'agir précocement sur les occupations qui sont problématiques pour l'enfant. De plus, l'ergothérapeute démontre sa spécificité, son regard particulier sur l'enfant et ses difficultés et donc la valeur ajoutée de son intervention. Tout cela contribue aussi à la promotion de notre profession.

## Bibliographie

Albaret, J.M. (2001). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Encyclopédie MédicoChirurgicale*, Pédiatrie, 4101H30, Psychiatrie, 37201F10, Paris : Elsevier.

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

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

Armstrong, D. (2012). Examining the evidence for interventions with children with developmental coordination disorder. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75 (12), 532–540. DOI : 10.4276/030802212X13548955545413

Bardin, L. (2016). L'analyse de contenu. Paris : PUF.

Breton, S., Léger, F. (2007). *Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. Québec : CHU Sainte-Justine.

Caffari, R. (2009). Le jeu, facteur indispensable du développement. *Métiers de la petite enfance*, (153), 27-28. Repéré à : [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/Gscdepot/mooc002/52/mooc002\\_52\\_a00.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/Gscdepot/mooc002/52/mooc002_52_a00.pdf)

Camden, C., Baril, N. et Tétreault, S. (2005). Approche centrée sur la famille : perception par la clientèle et le personnel de deux établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. *Différences*, 5 (2), 47-52.

Cantin, N., Polatajko, H-J. (2013). Occupational-focused intervention approaches for children and youth. *Ergotherapeuten*, 56 (6), 28-34. Repéré à : [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj\\_pqWe\\_oDUAhVE0xoKHZIEBr4QFggyMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj_pqWe_oDUAhVE0xoKHZIEBr4QFggyMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles)

[%252FFiles%252FFagartikler%252FCantin\\_Polatajko.pdf&usg=AFQjCNFY2YUwBrAt7PNKqDTHNh1kpg6Q3w](#)

Chaix, Y., Albaret, J.-M. (2013). Trouble de l'Acquisition de la Coordination et déficits visuo-spatiaux. *Développements*, 15 (2), 32. DOI : 10.3917/devel.015.0032

Chaix, Y., Albaret, J.-M. (2015). Trouble de l'Acquisition de la Coordination (TAC). C'est quoi ? Et comment ça se soigne ? *Pédiatrie Pratique*, février 2015, 1-6. Repéré à : [http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Albaret-Chaix-PP\\_2015.pdf](http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Albaret-Chaix-PP_2015.pdf)

Duncan, E., & Townsend, E. (2012). *Foundations for practice in occupational therapy*, p. 81 - 91. China : Elsevier.

Collaborer. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013>

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique : le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Haut Conseil de la Santé Publique (2014). Note de réponse à la saisine Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'actions prioritaires de la stratégie nationale de santé. Repéré à : [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspn20140203\\_repmindomaineactionprioritsns.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspn20140203_repmindomaineactionprioritsns.pdf)

Haute Autorité de Santé (2018). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec des troubles dys ? Repéré à : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comment\\_ameliorer\\_le\\_parcours\\_de\\_sante\\_d\\_un\\_enfant\\_avec\\_des\\_troubles\\_dys.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/dossier_de_presse_-_comment_ameliorer_le_parcours_de_sante_d_un_enfant_avec_des_troubles_dys.pdf)

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (2014). *Troubles des apprentissages : les troubles "dys"*. Repéré à : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-des-apprentissages-les-troubles-dys>

Kaiser, M.-L., Braun, M., & Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72 (1), 30-36. DOI : 10.1177/000841740507200108

Kaiser, M.-L., Mueggler F. (2011). Effets de l'ergothérapie auprès des enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) : expérience d'une équipe d'ergothérapeutes. *Paediatrica*, 22 (2), 10-12. Repéré à : <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol22/n2/pdf/10-12.pdf>

Kaufmann, J.-C. (2004). *L'entretien compréhensif*. France : Armand Colin.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

Mandich, A., Polatajko, H. J. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP – Guider l'enfant dans la découverte des stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Canada : Association Canadienne des Ergothérapeutes.

Mérini, C. (2006, avril). Enjeux et limites d'une formation au partenariat. Quels liens entre éducation physique et sportive, sciences de la vie et de la terre et vie scolaire, IUFM de Versailles

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute Ecole de travail social et de la santé.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Belgique : De Boeck.

Missiuna, C., & Polatajko, H. (1995). Developmental Dyspraxia by Any Other Name : Are They All Just Clumsy Children ? *American Journal of Occupational Therapy*, 49 (7), 619–627. DOI : 10.5014/ajot.49.7.619

Moreau, A., Robertson, A. et Ruel, J. (2005). De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospectives en matière d'éducation inclusive. *Education et francophonie*, 23 (2), 142-160.

Morel-Bracq, M. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2ème édition)*. Belgique : De Boeck

Morel-Bracq, M.-C., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H., Ung, Y., Trouvé, É. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris : De Boeck-Solal, p.109-116.

Okimoto, A.M., Bundy, A., Hanzlik, J. (2000). Playfulness in Children With and Without Disability : Measurement and Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (1), 73–82. DOI : 10.5014/ajot.54.1.73

Participer. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/participer/58375?q=participer#58025>

Plaisir. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/plaisir/61343?q=plaisir#60938>

Poletti, R., Dobbs, B. (1998). *L'estime de soi : un bien essentiel*. France : Editions Jouvence.

Polatajko, H., Fox, M., & Missiuna, C. (1995). An International Consensus on Children with Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 3-6. DOI : 10.1177/000841749506200101

Pouhet, A. (2011). *S'adapter en classe à tous les élèves dys. Dyslexies, dyscalculies, dysphasies, dyspraxies, TDA/H....* France : CRDP de Poitou-Charentes.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, p.142-184, p.241-247.

Région Auvergne-Rhône-Alpes (2017). *Les troubles dys, Grande cause Régionale 2017 : vers une société plus inclusive*. Lyon et Clermont-Ferrand : Conseil Régional Auvergne-Rhône-Alpes.

Réseau Régional de Rééducation et Réadaptation Pédiatrique (2012). *Consensus régional formalisé sur la dyspraxie développementale - Version longue*. Lyon : Réseau Régional de Rééducation et Réadaptation Pédiatrique.

Roy, J. (2013). Entre évidence et nécessité : actualité de la relation parents-professionnels. *Contraste*, 37 (1), 209-222. Doi :10.3917/cont.037.0209.

S'impliquer. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s\\_impliquer/41917?q=s%27impliquer#41822](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_impliquer/41917?q=s%27impliquer#41822)

Santinelli, L. (2010). Le partenariat avec les familles. Dans Alexandre, A. (dir.). *Ergothérapie en pédiatrie*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Solal, p.83-96.

Smits-Engelsman, B. C. M., Blank, R., Van Der Kaay, A.-C., Mosterd-Van Der Meijs, R., Vlugt-Van Den Brand, E., Polatajko, H. J., Wilson, P. H. (2013). Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis: Review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55 (3), 229–237. DOI : 10.1111/dmcn.12008

Tétreault, S., Guillez, P., Iazard, M.-H., Morel, M.-C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Belgique : De Boeck-Solal, p.215-245.

Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, 17 (1), 43



Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N. et Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE, p.1-44.

Speranza, M. (2015). Troubles des apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199 (6), p. 869-877.

Vaivre-Douret, L. (2008). Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge. *Contraste*, 28-29 (1), 321. DOI : 10.3917/cont.028.0321

Watson, L., Knott, F. (2006). Self-Esteem and Coping in Children with Developmental Coordination Disorder. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69 (10), 450-456. DOI : 10.1177/030802260606901003

World Federation of Occupational Therapist (2013). Definitions of occupational therapy from member organisations. Repéré à <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/608/Default.aspx>

## Liste des figures

<i>Figure 1 : Modèle d'analyse</i>	20
<i>Figure 2 : Représentation des sous-thèmes abordés avec l'ergothérapeute numéro 1</i>	30
<i>Figure 3 : Représentation des sous-thèmes abordés avec l'ergothérapeute numéro 2</i>	31
<i>Figure 4 : Représentation de l'ensemble des sous-thèmes abordés lors des entretiens</i>	32

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Catégories et thèmes issus de l'analyse des entretiens</i>	28
---	----

## Liste des sigles et abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

OTA : American Occupational Therapy Association

APA : American Psychiatric Association

CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ESS : Equipe de Suivi de la Scolarité

GEPPE : Groupe d'Echange des Pratiques Pédiatriques en Ergothérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

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

MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

R4P : Réseau Régional de Rééducation et Réadaptation Pédiatrique

TAC : Trouble de l'Acquisition et de la Coordination

TDC : Trouble Développementale des Coordinations

WFOT : World Federation of Occupational Therapist

# **Annexes**

## Annexe I : Guide d'entretien test

### Introduction et considérations éthiques

« Bonjour [Nom, Prénom]. Nous allons parler de l'utilisation de la MCRO et de son impact sur l'enfant et ses parents. Tout d'abord, je tiens à vous remercier du temps que vous prenez pour participer à cet entretien, il durera environ 1h.

Je vous rappelle que vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment. Afin que je puisse retranscrire l'entretien, acceptez-vous que je nous enregistre ? Evidemment, votre anonymat sera conservé. De plus, il est possible que l'entretien apparaisse dans le mémoire. Avez-vous des questions avant que l'on commence ? »

### Corps

Thèmes	Indicateurs	Questions types	Relances
MCRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien semi-dirigé</li> <li>- Orientation sur le quotidien</li> <li>- Cotation</li> <li>- Objectifs</li> </ul>	<p>Pourriez-vous vous présenter et me dire depuis combien de temps exercez-vous dans le domaine de la pédiatrie et plus particulièrement auprès d'enfants avec une dyspraxie/TAC/TDC et depuis quand utilisez-vous la MCRO ?</p>	<p>Pourriez-vous me décrire un peu plus la manière dont vous réalisez la MCRO ? Comment gérez-vous la différence d'objectifs entre l'enfant et les parents ?</p>
Partenariat avec les proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de communication</li> <li>- Engagement</li> <li>- Egalité</li> <li>- Compétences personnelles</li> <li>- Confiance</li> <li>- Respect</li> <li>- Négociation</li> </ul>	<p>Pensez-vous que l'utilisation de la MCRO influence la relation que vous avez avec les parents ?</p>	<p>Pensez-vous que cela vous permet d'engager les parents dans l'accompagnements ? Quels sont les éléments qui vous amènent à dire ça ?</p>

Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de compétence</li> <li>- Respect envers soi</li> <li>- Conscience de ses compétences</li> </ul>	Avez-vous perçu ou vous a-t-on rapporté un impact sur le bien-être de l'enfant ?	<p>Et concernant son estime de soi ?</p> <p>Pensez-vous qu'elle puisse avoir évolué positivement ?</p> <p>Pensez-vous qu'il se sent plus compétent ?</p>
Participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactions sociales</li> <li>- Implication</li> <li>- Environnement social</li> </ul>	L'enfant ou ses parents vous ont-ils fait part d'une amélioration des relations sociales ?	<p>Pensez-vous que la prise en compte des objectifs de l'enfant en est influencée ses relations sociales ?</p> <p>Pensez-vous que les parents comprennent davantage la vision qu'à l'enfant de lui-même ?</p>

### Conclusion

« Auriez-vous des éléments importants à ajouter et que nous n'avons pas abordés ?  
Souhaitez-vous recevoir les résultats de ce travail de recherche lorsqu'il sera terminé ?

Je vous remercie encore de votre participation et du temps que vous m'avez accordé. »

## **Annexe II : Guide d'entretien revu**

### **INTRODUCTION ET CONSIDERATIONS ETHIQUES**

« Bonjour [Nom, Prénom]. Je me présente, je suis Mélanie CARLIER, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Chambray-les-Tours. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'ergothérapeute, nous allons parler de l'utilisation de la MCRO et de son impact sur l'enfant et ses parents. Tout d'abord, je tiens à vous remercier du temps que vous prenez pour participer à cet entretien, il durera environ 30 minutes.

Je vous rappelle que vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment. Afin que je puisse retranscrire l'entretien, je vais enregistrer l'entretien ? Evidemment, votre anonymat sera conservé. De plus, il est possible que l'entretien apparaisse dans le mémoire. Avez-vous des questions avant que l'on commence ? »

### **CORPS**

**Question 1** : Pour commencer, pourriez-vous vous présenter ?

**Relances** : Depuis combien de temps exercez-vous dans le domaine de la pédiatrie ? Et plus particulièrement auprès d'enfants avec une dyspraxie/TAC/TDC ?

**Question 2** : et depuis quand utilisez-vous la MCRO ?

**Relances** : Pourriez-vous me décrire un peu plus la manière dont vous réalisez la MCRO ? Comment gérez-vous la différence d'objectifs entre l'enfant et les parents ?

**Question 2** : La phase d'évaluation marque le début de la relation avec l'enfant et ses parents, pourriez-vous m'en parler ?

**Relances** : Comment l'expliquez-vous ? Quels sont les éléments qui vous amènent à dire ça ?

**Question 3** : Avez-vous perçu ou vous a-t-on rapporté un impact sur le bien-être de l'enfant ?

**Relances** : Et concernant son estime de soi ? Comment a-t-elle évoluée ? Et concernant son sentiment de compétence ?

**Question 4** : L'enfant ou ses parents vous ont-ils fait part de changement au niveau des relations sociales ?

**Relances** : Qu'est-ce qui vous amène à dire cela ? Avez-vous perçu des changements ?



**CONCLUSION**

« Auriez-vous des éléments importants à ajouter et que nous n'avons pas abordés ?  
Souhaitez-vous recevoir les résultats de ce travail de recherche lorsqu'il sera  
terminé ?

Je vous remercie encore de votre participation et du temps que vous m'avez  
accordé. »

## Annexe III : Contrat de consentement

Institut de Formation en Ergothérapie  
IRFSS Centre Val de Loire



### Contrat de consentement dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

**OBJET DE L'ACCORD** : Autorisation d'enregistrement audio d'une ergothérapeute lors d'un entretien

**MOTIF** : Réalisation d'une recherche dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie

**PERIODE** : [mois] 2018

**Article 1** : Le présent contrat règle les rapports entre,

Madame **Mélanie CARLIER**, résidant au [Adresse] et étudiante au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie dont le siège est situé dans les locaux de l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale au 6 avenue du Professeur Alexandre Minkowski, 37173 CHAMBRAY LES TOURS Cedex

et

Madame [Prénom NOM], Ergothérapeute DE exerçant [Nom du lieu d'exercice et adresse]

**Article 2** : Mme CARLIER réalise ce travail d'investigation dans le cadre de son mémoire participation à la validation du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute ayant pour objet d'étude «*L'influence de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans la mise en place d'un partenariat avec les proches aidants d'enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations* ». Aussi l'objectif fixé est de pouvoir recueillir des données empiriques dont l'analyse sera à même d'offrir des éléments permettant de guider les activités professionnelles des ergothérapeutes.

**Article 3** : Mme CARLIER signe cet accord à titre individuel. La responsabilité de l'Institut de Formation en Ergothérapie et de l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale ne saurait être visée.

**Article 4** : Cette étape de recherche comprend une seule et unique rencontre composée d'un entretien mené au cours du mois de [mois] 2018.

**Article 4** : Cette étape de recherche comprend une seule et unique rencontre composée d'un entretien mené au cours du mois de [mois] 2018.

**Article 5** : Dans le cadre de cette recherche, et pour s'assurer d'une récolte efficace des données empiriques, Mme CARLIER utilisera des modalités d'enregistrement (audio). Ces modalités seront définies au préalable avec les professionnels figurant sur les enregistrements.

**Article 6** : Les documents de synthèse écrits par Mme CARLIER (mémoire, article, chapitre d'ouvrage, présentation en séminaires et conférences, etc.) seront entièrement anonymisés, si bien qu'aucune information ne permettra d'identifier les personnes ayant participées de près ou de loin à ce travail de recherche.

**Article 7** : Mme CARLIER s'engage à faire parvenir en temps voulu au professionnel un exemplaire de son mémoire finalisé si ce dernier en fait la demande.

Document établi en deux exemplaires  
Signature précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ »

Madame [Prénom NOM]

Le ...../...../.....

A .....

Madame Mélanie CARLIER

Le ...../...../.....

A .....

## **Annexe IV : Entretien avec l'ergothérapeute numéro 2**

[...]

**Moi** : D'accord. Hum et du coup vous avez toujours utilisé la MCRO ou est-ce que c'est quelque chose de nouveau dans votre pratique ?

**Ergothérapeute** : Euh ... Non pas vraiment, ça fait une dizaine d'années on va dire.

**Moi** : D'accord. Et est-ce que vous pouvez me décrire la manière dont vous utilisez la MCRO ?

**Ergothérapeute** : Bah en fait je l'utilise euh ... comme entretien d'introduction donc soit bah avec les enfants qui viennent avec leurs parents pour une demande de bilan, soit pour démarrer une prise en charge en consultation. Voilà, donc c'est en général après les premières minutes de présentation et de recueil on va dire des plaintes des parents ou de l'enfant. Voilà, donc c'est le guide de mon entretien en fait.

**Moi** : D'accord. Et du coup, vous réalisez euh la MCRO auprès de l'enfant en même temps que ces parents, ou vous faites séparément ?

**Ergothérapeute** : Alors la plupart de temps, c'est euh avec l'enfant et les parents.

**Moi** : D'accord.

**Ergothérapeute** : Alors euh ... avec l'enfant et les parents pour recueillir les occupations, les activités qui posent des difficultés. Par contre, pour ce qui est de la cotation c'est uniquement auprès de l'enfant. Je ne demande jamais aux parents de coter l'importance de l'activité et le ressenti sur les difficultés éprouvées. Voilà pour les cotations, c'est aux enfants que je demande.

**Moi** : D'accord. Du coup, les objectifs qui ressortent sont ceux de l'enfant ?

**Ergothérapeute** : Alors, il se peut que hum souvent les enfants quand ils sont avec leurs parents, ils ne sont pas forcément très loquaces, donc euh si on demande juste aux enfants les activités qui leur posent problème, ils vont dire bin non tout va bien [rire]. Donc voilà, faut un peu leur tirer les vers du nez, c'est là que les parents interviennent pour leur dire « bin justement si on vient c'est qu'il y a des problèmes, s'il n'y avait pas de problème on irait pas voir un ergothérapeute. ». Voilà donc euh

..., voilà les parents sont assez aidants dans la mesure où ils précisent un petit peu les choses. Après euh ... voilà ... c'est vrai que pour coter l'importance et les difficultés voilà bah c'est plutôt à l'enfant de le faire.

**Moi :** D'accord. Et du coup, hum ... est-ce que ça arrive que les parents ne soient pas d'accord avec les objectifs que peut avoir l'enfant ou ... ?

**Ergothérapeute :** Euh ... Oui, oui, ça peut arriver. Alors après, c'est toujours une ... c'est toujours une négociation de se dire que ... fin une négociation en tout cas c'est une discussion et euh ... c'est une discussion qui fait avancer un petit peu ... Bah justement c'est l'intérêt de la MCRO et de ... de ce guide là et de la méthodologie. C'est-à-dire que le point de vue de l'enfant est privilégié, mais ... c'est une façon pour les parents de se rendre compte finalement que leur enfant ne voit pas forcément les choses de la même façon, et l'inverse aussi. C'est-à-dire que ... c'est vrai que ... les enfants, ils subissent souvent un petit peu ... la pression des parents, la demande des enseignants et euh ... et donc là pour le coup ils se retrouvent avec leur mot à dire et leur parole à un peu plus d'importance. Donc voilà, il y a euh ... il y a souvent les parents quand ils sont présents qui interfèrent sur voilà euh ... sur la note que l'enfant met, soit sur ... Fin c'est révélateur aussi parce qu'il y a des enfants qui sont pas du tout cohérents dans leur cotation donc voilà. Bon si les enfants viennent pour des problèmes voilà où le problème majeur c'est l'écriture manuscrite euh voilà, ils vont coter l'importance à trois et le niveau de difficultés à zéro [rire]. Donc voilà, bon pas du tout réaliste mais ça donne une indication sur la conscience qu'ils ont de leurs difficultés et puis voilà. On ne prend pas forcément, euh comment dire, les résultats pour de l'argent comptant.

**Moi :** D'accord, donc voilà ça arrive qu'il y ai des objectifs qui sont pas forcément importants qui passent avant ou on garde quand même ceux que l'enfant avait ... ?

**Ergothérapeute :** Bah ça donne une base ... ça donne une base c'est-à-dire que l'entretien, la MCRO, il est fait en première intention. Donc après euh quand des difficultés émergent euh ... bah on va explorer de manière un peu plus fine les difficultés donc euh ... donc après voilà ... on peut on peut voir un petit peu euh ... le choses se modifier par la suite ou à la suite du compte rendu de bilan ou au cours de la prise en charge. Ouais ça arrive mais en général fin en général la MCRO permet de bien cibler d'emblée les bons objectifs.

**Moi** : D'accord.

**Ergothérapeute** : Voilà, les ... les discussions et euh comment dire la ... l'affinage au fur et à mesure de l'entretien c'est c'est ... ça ne chamboule pas forcément euh ... ça chamboule en général pas les objectifs de ... principaux, c'est à la marge quoi.

**Moi** : D'accord, et hum ... et du coup, est-ce que ... parce que cette phase d'évaluation avec la MCRO c'est le début de relation que vous avez avec du coup l'enfant et ses parents.

**Ergothérapeute** : Hum Hum.

**Moi** : Comment est-ce qu'elle se développe après, après le passage de l'évaluation ?

**Ergothérapeute** : C'est-à-dire ?

**Moi** : Hum ... fin est-ce que les parents sont impliqués dans la prise en charge, est-ce que pas du tout ?

**Ergothérapeute** : Alors ça, ça c'est très variable, ça dépend des objectifs qu'on se fixe. Euh ... c'est clair que si c'est des activités plutôt de vie quotidienne, de vie familiale, forcément les parents sont concernés donc euh ... ils vont à un moment donné voilà ... un peu de soutien ou de la vigilance ou euh voilà des choses à voir. Si c'est ... les activités préoccupantes concernent plutôt le domaine scolaire, bon là euh ils ne font pas forcément grand-chose et là c'est plus les enseignants et l'équipe pédagogique qui sera impliquée. Euh, voilà, mais euh ... ça c'est quand même assez variable suivant ce qui est mis en avant puis les objectifs principaux quoi. Après c'est suivant aussi le mode de prise en charge qu'on a, y a des enfants qui vont faire que des séances au cabinet pour travailler des domaines bien précis, et puis après on vérifiera que les résultats obtenus s'appliquent dans les activités qui posaient difficultés ; soit il y aura une prise en charge qui sera plus ... on va dire qui sera plus proche du terrain, soit du lieu de vie soit de la vie scolaire.

**Moi** : D'accord.

**Ergothérapeute** : Donc ça c'est assez variable suivant les enfants et c'est aussi assez variable suivant les familles puisque bon on a des familles qui aime bien comment dire ... compartimenter.

**Moi** : Hum c'est-à-dire ?

**Ergothérapeute :** C'est-à-dire bin souvent les problèmes de « dys » ce n'est pas juste la dyspraxie, c'est aussi parfois des problèmes de langage à côté, des problèmes exécutifs, il y a d'autres choses et donc les parents amènent l'enfant chez l'ergothérapeute, chez l'orthophoniste et puis c'est le kiné et puis en fait on ne sait même pas qui est le kiné, qui est l'orthophoniste fin voilà ils compartimentent [rire]. Et là c'est vrai pour le coup, on a plus de questions qui se posent sur l'efficacité de la prise en charge mais euh ... mais la MCRO, elle est aussi intéressante pour ça, c'est-à-dire qu'il permet aux gens d'expliquer un peu notre vision fin la vision de l'ergothérapeute qui est quand même assez différente par rapport aux autres professionnels de santé. Les gens quand ils viennent avec leur enfant, ils ont souvent une attente médicalisée, fin un modèle biomédical quoi. S'il y a des problèmes, c'est qu'il y a une cause et on vient là pour faire le diagnostic de la cause et puis il va faire des séances de rééducation qui font que voilà ... ça va augmenter les capacités et après ça ira mieux ; alors que du point de vue de l'ergothérapeute c'est pas tout à fait ça [rire]. Et que s'il y a un manifestement des actions sur l'environnement à poser, voilà il faut s'inquiéter de l'environnement. Ce n'est pas juste en faisant des exercices d'écriture ou en travaillant la dextérité manuelle en séance que ça va aller mieux à la maison ou à l'école.

**Moi :** Et euh du coup la MCRO c'est un outil qui vous aide à ...

**Ergothérapeute :** Bah qui nous aide à expliquer ça et qui nous aide à expliquer que nous la finalité c'est que les activités soient mieux réalisées, et pour qu'elles soient mieux réalisées c'est pas juste une question d'essayer de compenser le déficit supposé que l'enfant a. Parce que voilà, c'est vrai que dans le cheminement des parents et puis bon aussi c'est le ... comment dire le ... c'est pour contrebalancer la prédominance de l'approche neuropsychologique, puisqu'en gros chez les dyspraxiques ce qui domine chez les professionnels de santé c'est la neuropsychologie même chez beaucoup d'ergothérapeutes donc ça voilà des gens comme Madame MAZEAU l'explique très bien. La démarche neuropsychologique c'est les perturbations bin on les connaît, euh les effets sur la vie quotidienne et la vie scolaire bin on les connaît, et par contre nous ce qu'on cherche fin dans l'approche neuropsychologique fin ce qu'il faut trouver c'est l'outil cognitif qui est défaillant. Donc voilà, une fois qu'on a trouvé l'outil cognitif qui est défaillant et que bah qu'on le rééduque les problèmes vont être résolus sauf que parfois l'outil cognitif défaillant ça

met très très très très longtemps à être identifié voire même on l'identifie pas vraiment ; et que c'est bien justement que les parents est affaire avec un professionnel centré sur l'activité et qu'on puisse améliorer la performance dans cette activité-là fin voilà, sans avoir forcément à déterminer si voilà si c'est un problème de mémoire de travail, si c'est un problème etc. fin voilà un déficit cognitif bien identifié.

**Moi :** Hum ....

**Ergothérapeute :** Donc voilà la MCRO c'est un outil utile pour ça, vraiment ça montre au gens que l'ergothérapeute on se centre sur ce que l'enfant fait ou peut faire, et la façon dont s'est fait, et que c'est sur l'activité que c'est centré.

**Moi :** Et du coup, est-ce que vous avez perçu ou est-ce qu'on vous a rapporté qu'il y avait une amélioration du bien-être de l'enfant ou de la participation, de ses relations sociales, de sa participation sociale après la prise en compte de ses envies, de ses objectifs ?

**Ergothérapeute :** Bah les résultats après ne sont pas forcément toujours euh ... toujours quantifiable voilà ... mais a priori normalement on arrête la prise en charge quand on observe des améliorations donc euh ... ça se refait avec le deuxième passage de la MCRO pour voir, refaire le point de là où on est parti et jusque là où on est arrivé ; donc là on réutilise la cotation euh après ... on compare voilà et puis en général quand on a des objectifs qui sont bien déterminés et qui sont ciblés fin voilà a priori l'amélioration fin l'amélioration peut être au rendez-vous fin alors après c'est vrai que les situations sont pas toujours évidentes parce que c'est pas ... la plupart des occupations, la plupart des activités c'est pas dépendant uniquement de l'enfant c'est dépendant de l'environnement dans lequel il est. Par exemple, on a des enfants fin voilà ils seront en CM2, rapidement en quelques mois on a une amélioration, on a quelque chose qui fonctionne bien. Et puis l'année suivante, ils vont au collège, ils changent d'établissement, ils changent d'enseignant et puis il faut tout recommencer à zéro. Parce que c'est vrai si on reparle du point de vue de la déficience propre à l'enfant, c'est vrai qu'on a pas forcément beaucoup de gains sur la correction de ces déficiences-là chez l'enfant.



## Annexe V : Analyse thématique des entretiens

Ergothérapeute numéro 1 : 17 verbatim

Catégories	Thèmes	Verbatim
MCRO (4 verbatim, fréquence 0.24)	Entretien semi-dirigé (1 verbatim, fréquence 0.06)	« Alors je fais toujours, oui quasiment toujours une MCRO pendant mes évaluations initiales. »
	Orientation sur le quotidien (2 verbatim, fréquence 0.12)	« En tout cas, le but c'est ça, c'est que grâce à l'accompagnement en ergothérapie, il s'engage dans ses occupations et qu'il soit capable de réaliser ou de s'engager, de participer dans les occupations qui ont du sens pour lui, donc c'est l'objectif principal de mon intervention. » « Parfois, c'est vraiment important parce qu'il y a des problèmes occupationnels à la maison ou à l'école pour lesquels l'enfant ne s'engage pas et qui sont quand même important »
	Cotation (1 verbatim, fréquence 0.06)	« Voilà, ce qui est important pour les parents sera coté plus proche du 10 et pour l'enfant plus proche du 1. En tout cas, cette cotation de l'importance permet de différencier ce qui est important pour l'enfant et ce qui est important pour les parents. »
Partenariat avec les proches aidants (13 verbatim, fréquence 0.76)	Qualité de communication (3 verbatim, fréquence 0.176)	« Voilà, donc soit uniquement avec l'enfant, soit parfois avec l'enfant tout seul puis les parents tout seuls. Quand je fais ça, je fais un entretien où on échange ensemble sur les résultats de la MCRO de l'enfant et de la MCRO des parents. Et parfois, il m'arrive aussi de faire la MCRO avec les parents et l'enfant en même temps. »

		<p>« La réévaluation de la MCRO, elle permet justement de ..., en tout cas avoir un échange sur..., déjà de prendre en compte si l'enfant et/ou les parents se sentent davantage capable de réaliser l'activité et s'il en est satisfait donc déjà on prend en compte ça. »</p> <p>« Moi ça me permet d'évaluer si ça a changé, s'il y a un changement de rendement occupationnel et de satisfaction ; et en plus ça permet d'échanger, de savoir pourquoi tel ou tel note. Donc la réévaluation MCRO, elle permet vraiment ça. »</p>
	<p>Engagement (3 verbatim, fréquence 0.176)</p>	<p>« Mon plan d'intervention il est fait en fonction de leurs objectifs, donc c'est forcément rendre acteur l'enfant puis les parents. »</p> <p>« Ça permet aussi d'échanger sur ce qu'on écrit dans la MCRO, et de prendre en compte et les demandes de l'enfant et les demandes des parents et de se mettre d'accord sur ce que l'on écrit. »</p> <p>« Quand je sens qui a énormément de demandes de la part des parents, je prends ce temps-là. »</p>
	<p>Egalité (1 verbatim, fréquence 0.058)</p>	<p>« Euh bah on se met d'accord sur ce qu'on écrit, toujours. »</p>
	<p>Compétences personnelles (1 verbatim, fréquence 0.058)</p>	<p>« Je le fais avec les parents tout seuls après l'avoir fait avec l'enfant fin ça m'arrive aussi de faire la MCRO qu'avec les parents quand l'enfant n'est pas capable de faire les cotations de l'importance, du rendement et de la satisfaction. »</p>

	<p>Confiance</p> <p>(1 verbatim, fréquence 0.058)</p>	<p>« Bah forcément quand on s'intéresse aux activités qui ont du sens pour les personnes qu'on accompagne et qu'on note et qu'on négocie et qu'on met en place une collaboration avec l'enfant et ses parents je pense que ça influence beaucoup la relation. »</p>
	<p>Respect</p> <p>(1 verbatim, fréquence 0.058)</p>	<p>« Alors, ça m'arrive de le faire quand les parents ont beaucoup beaucoup de demandes, et pour qui je sens que c'est important de prendre un temps d'entretien seul sans l'enfant. »</p>
	<p>Négociation</p> <p>(3 verbatim, fréquence 0.176)</p>	<p>« Après, je le fais ensemble plutôt quand je connais bien le jeune et ses parents, quand je sens qu'il faut un peu négociés avec l'enfant par exemple certains problèmes occupationnels. »</p> <p>« Ça permet de négocier, d'avoir une espèce de contrat entre nous »</p> <p>« Mais ça permet vraiment de négocier pendant le temps d'entretien et de négocier après pendant tout le plan d'intervention. »</p>

Ergothérapeute numéro 2 : 24 verbatim

Catégories	Thèmes	Verbatim
<p>MCRO</p> <p>(12 verbatim, fréquence 0.5)</p>	<p>Entretien semi-dirigé</p> <p>(1 verbatim, fréquence 0.04)</p>	<p>« Bah en fait je l'utilise euh ... comme entretien d'introduction donc soit bah avec les enfants qui viennent avec leurs parents pour une demande de bilan, soit pour démarrer une prise en charge en consultation. Voilà, donc c'est en général après les premières minutes de présentation et de recueil on va dire des plaintes des parents ou de l'enfant. Voilà, donc c'est le guide de mon entretien en fait. »</p>

	<p>Orientation sur le quotidien <i>(1 verbatim, fréquence 0.04)</i></p>	<p>« Alors euh ... avec l'enfant et les parents pour recueillir les occupations, les activités qui posent des difficultés. »</p>
	<p>Cotation <i>(3 verbatim, fréquence 0.13)</i></p>	<p>« Par contre, pour ce qui est de la cotation c'est uniquement auprès de l'enfant. Je ne demande jamais aux parents de coter l'importance de l'activité et le ressenti sur les difficultés éprouvées. Voilà pour les cotations, c'est aux enfants que je demande. »</p> <p>« Après euh ... voilà ... c'est vrai que pour coter l'importance et les difficultés voilà bah c'est plutôt à l'enfant de le faire. »</p> <p>« Bah les résultats après ne sont pas forcément toujours euh ... toujours quantifiable voilà ... mais a priori normalement on arrête la prise en charge quand on observe des améliorations donc euh ... ça se refait avec le deuxième passage de la MCRO pour voir, refaire le point de là où on est parti et jusque là où on est arrivé ; donc là on réutilise la cotation euh après ... on compare voilà »</p>
	<p>Objectifs <i>(2 verbatim, fréquence 0.08)</i></p>	<p>« Voilà, les ... les discussions et euh comment dire la ... l'affinage au fur et à mesure de l'entretien c'est c'est ... ça ne chamboule pas forcément euh ... ça chamboule en général pas les objectifs de ... principaux, c'est à la marge quoi. »</p> <p>« En général quand on a des objectifs qui sont bien déterminés et qui sont ciblés fin voilà a priori l'amélioration fin l'amélioration peut être au rendez-vous »</p>

	<p>Promotion de l'ergothérapie <i>(5 verbatim, fréquence 0.21)</i></p>	<p>« La MCRO, elle est aussi intéressante pour ça, c'est-à-dire qu'il permet aux gens d'expliquer un peu notre vision fin la vision de l'ergothérapeute qui est quand même assez différente par rapport aux autres professionnels de santé. »</p> <p>« S'il y a manifestation des actions sur l'environnement à poser, voilà il faut s'inquiéter de l'environnement. Ce n'est pas juste en faisant des exercices d'écriture ou en travaillant la dextérité manuelle en séance que ça va aller mieux à la maison ou à l'école. »</p> <p>« Bah qui nous aide à expliquer ça et qui nous aide à expliquer que nous la finalité c'est que les activités soient mieux réalisées, et pour qu'elles soient mieux réalisées c'est pas juste une question d'essayer de compenser le déficit supposé que l'enfant a. »</p> <p>« C'est bien justement que les parents est affaire avec un professionnel centré sur l'activité et qu'on puisse améliorer la performance dans cette activité-là fin voilà, sans avoir forcément à déterminer si voilà si c'est un problème de mémoire de travail, si c'est un problème etc. fin voilà un déficit cognitif bien identifié. »</p> <p>« Donc voilà la MCRO c'est un outil utile pour ça, vraiment ça montre au gens que l'ergothérapeute on se centre sur ce que l'enfant fait ou peut faire, et la façon dont s'est fait, et que c'est sur l'activité que c'est centré. »</p>
	<p>Qualité de communication</p>	<p>« Alors, il se peut que hum souvent les enfants quand ils sont avec leurs parents, ils ne sont pas forcément très loquaces, donc euh si on demande juste aux enfants les activités qui leur</p>

	<p>(1 <i>verbatim</i>, fréquence 0.043)</p>	<p>posent problème, ils vont dire bin non tout va bien [rire]. Donc voilà, faut un peu leur tirer les vers du nez, c'est là que les parents interviennent pour leur dire « bin justement si on vient c'est qu'il y a des problèmes, s'il n'y avait pas de problème on irait pas voir un ergothérapeute. Voilà donc euh ..., voilà les parents sont assez aidants dans la mesure où ils précisent un petit peu les choses. »</p>
<p>Partenariat avec les proches aidants  (11 <i>verbatim</i>, fréquence 0.46)</p>	<p>Engagement  (6 <i>verbatim</i>, fréquence 0.248)</p>	<p>« C'est clair que si c'est des activités plutôt de vie quotidienne, de vie familiale, forcément les parents sont concernés donc euh ... ils vont à un moment donné voilà ... un peu de soutien ou de la vigilance ou euh voilà des choses à voir. »</p> <p>« Si c'est ... les activités préoccupantes concernent plutôt le domaine scolaire, bon là euh ils ne font pas forcément grand-chose et là c'est plus les enseignants et l'équipe pédagogique qui sera impliquée. »</p> <p>« Euh, voilà, mais euh ... ça c'est quand même assez variable suivant ce qui est mis en avant puis les objectifs principaux quoi. »</p> <p>« Après c'est suivant aussi le mode de prise en charge qu'on a, y a des enfants qui vont faire que des séances au cabinet pour travailler des domaines bien précis, et puis après on vérifiera que les résultats obtenus s'appliquent dans les activités qui posaient difficultés ; soit il y aura une prise en charge qui sera plus ... on va dire qui sera plus proche du terrain, soit du lieu de vie soit de la vie scolaire. »</p> <p>« Donc ça c'est assez variable suivant les enfants et c'est aussi assez variable suivant les familles puisque bon on a des familles qui aime bien</p>

		<p>comment dire ... compartimenter. »</p> <p>« Après c'est vrai que les situations sont pas toujours évidentes parce que c'est pas ... la plupart des occupations, la plupart des activités c'est pas dépendant uniquement de l'enfant c'est dépendant de l'environnement dans lequel il est. Par exemple, on a des enfants fin voilà ils seront en CM2, rapidement en quelques mois on a une amélioration, on a quelque chose qui fonctionne bien. Et puis l'année suivante, ils vont au collège, ils changent d'établissement, ils changent d'enseignant et puis il faut tout recommencer à zéro. Parce que c'est vrai si on reparle du point de vue de la déficience propre à l'enfant, c'est vrai qu'on a pas forcément beaucoup de gains sur la correction de ces déficiences-là chez l'enfant. »</p>
	<p>Egalité</p> <p>(1 verbatim, fréquence 0.043)</p>	<p>« Alors la plupart de temps, c'est euh avec l'enfant et les parents. »</p>
	<p>Compétences personnelles</p> <p>(2 verbatim, fréquence 0.083)</p>	<p>« Bah justement c'est l'intérêt de la MCRO et de ... de ce guide là et de la méthodologie. C'est-à-dire que le point de vue de l'enfant est privilégié, mais ... c'est une façon pour les parents de se rendre compte finalement que leur enfant ne voit pas forcément les choses de la même façon, et l'inverse aussi. C'est-à-dire que ... c'est vrai que ... les enfants, ils subissent souvent un petit peu ... la pression des parents, la demande des enseignants et euh ... et donc là pour le coup ils se retrouvent avec leur mot à dire et leur parole à un peu plus d'importance. Donc voilà, il y a euh</p>

		<p>... il y a souvent les parents quand ils sont présents qui interfèrent sur voilà euh ... sur la note que l'enfant met, soit sur ... »</p> <p>« Alors, il se peut que hum souvent les enfants quand ils sont avec leurs parents, ils ne sont pas forcément très loquaces, donc euh si on demande juste aux enfants les activités qui leur posent problème, ils vont dire bin non tout va bien [rire]. Donc voilà, faut un peu leur tirer les vers du nez, c'est là que les parents interviennent pour leur dire « bin justement si on vient c'est qu'il y a des problèmes, s'il n'y avait pas de problème on irait pas voir un ergothérapeute. ». Voilà donc euh ..., voilà les parents sont assez aidants dans la mesure où ils précisent un petit peu les choses. »</p>
	<p>Négociation (1 verbatim, fréquence 0.043)</p>	<p>« Alors après, c'est toujours une ... c'est toujours une négociation de se dire que ... fin une négociation en tout cas c'est une discussion et euh ... c'est une discussion qui fait avancer un petit peu ... »</p>
<p>Estime de soi (1 verbatim, fréquence 0.04)</p>	<p>Conscience de ses compétences (1 verbatim, fréquence 0.04)</p>	<p>« Fin c'est révélateur aussi parce qu'il y a des enfants qui sont pas du tout cohérents dans leur cotation donc voilà. Bon si les enfants viennent pour des problèmes voilà où le problème majeur c'est l'écriture manuscrite euh voilà, ils vont coter l'importance à trois et le niveau de difficultés à zéro [rire]. Donc voilà, bon pas du tout réaliste mais ça donne une indication sur la conscience qu'ils ont de leurs difficultés et puis voilà. On ne prend pas forcément, euh comment dire, les résultats pour de l'argent comptant. »</p>



### Titre/Title

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et partenariat avec les proches aidants dans l'accompagnement en ergothérapie des enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations / Canadian Occupational Performance Measure and partnership with caregivers in the occupational therapy support of children with a Developmental Coordination Disorder

### Auteur/Author

Mélanie CARLIER

### Mots-clés/Key words

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel – Partenariat - Aidants – Trouble Développementale des Coordinations / Canadian Occupational Performance Measure - Partnership - Caregivers - Developmental Coordination Disorder

### Résumé

**Contexte :** Les ergothérapeutes observent de meilleures performances lorsque les proches aidants s'engagent dans le projet d'intervention. Or, il existe un engagement variable des parents dans l'accompagnement en ergothérapie des enfants avec un Trouble Développementale des Coordinations (TDC). Le processus d'engagement dépend en partie de la relation de partenariat qu'entretient l'ergothérapeute avec les proches aidants. Pour cela, il peut utiliser une approche client-centré qui favorise la création d'une relation de partenariat. Parmi tous les outils à sa disposition, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) a démontré sa pertinence concernant la mise en place de partenariat avec les usagers dans une étude. Lors d'une intervention en pédiatrie, le client n'est pas seulement l'enfant. Il inclut aussi des clients secondaires que peuvent être ses parents et ses enseignants. **Problématique :** L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel influence-t-elle la mise en place d'un partenariat avec les proches aidants d'enfant avec un Trouble Développementale des Coordinations ? **Méthode :** En s'appuyant sur la méthodologie de l'entretien compréhensif de Kaufmann, deux entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral afin de connaître l'impact de la passation de la MCRO sur leur relation avec les proches aidants. Une analyse thématique selon la méthodologie de Bardin a permis de mettre en avant les principaux impacts de l'utilisation de l'outil. **Résultats :** Il ressort que l'outil semble agir en faveur de la mise en place d'un partenariat avec les parents du point de vue de l'ergothérapeute. De plus, un des entretiens a permis de dépeindre un nouvel élément : la valorisation de la spécificité de l'ergothérapie. **Conclusion :** La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel semble favoriser le partenariat avec les parents. Il serait donc intéressant d'explorer la vision des proches aidants sur cette même problématique ainsi que l'impact de la création du partenariat chez l'enfant.

### Abstract

**Context :** Occupational therapists observe better performance when parents and teachers engage in the intervention project. However, there is variable parental engagement in occupational therapy support for children with a Developmental Coordination Disorder (DCD). The engagement process depends in part on the occupational therapist's partnership with caregivers child's. To do this, it must use a client-centred approach that promotes the creation of a partnership relationship. Among all the tools at its disposal, the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) has demonstrated its relevance regarding the implementation of partnerships with clients in a study. In a paediatric intervention, the client is not just the child. It also includes secondary clients such as parents and teachers. **Problematic :** Does the use of the Canadian Occupational Performance Measure influence the establishment of a partnership with caregivers of child with a Developmental Coordination Disorder? **Method :** Based on Kaufmann's comprehensive interview methodology, two semi-structured interviews were conducted with self employed occupational therapists in order to determine the impact of the Canadian Occupational Performance Measure transfer on their relationship with caregivers. A thematic analysis according to Bardin's methodology highlighted the main impacts of the use of the tool. **Results :** It appears that the tool is working towards a partnership with parents from the perspective of the occupational therapist. In addition to this, one of the interviews described a new element: the enhancement of the specificity of occupational therapy. **Conclusion :** The Canadian Occupational Performance Measure appears to foster partnership with parents. It would therefore be interesting to explore the point of view of parents and teachers on this same issue. In the same way, it would be relevant to verify the impact of the creation of the partnership on the child.