ANFE
ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHERAPEUTES
Artisans de votre liberté

COMPRENDRE L'**ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS**

DÉCEMBRE 2019

COORDINATION :

FAURE Hélène, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
GALBIATI Cécilia, Ergothérapeute,
Occupational Therapist

CO-AUTEURS :

BOUTRUCHE Chantal, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
DALPHIN Mylène, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
LABORDE Sophie, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
RAMAJO Charlotte, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
ROUAULT Lucas, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
SIMON Adeline, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
TOSSER Marine, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
VAGNY Virginie, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
VAUVILLE Barbara, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
VINCOURT Audrey, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
YANEZ Isabelle, Ergothérapeute,
Occupational Therapist

RELECTURE PAR :

DECHAMBRE Delphine, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
CARLIER Audrey, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
DUFOUR Cécile, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
JANOT Gwendoline, Ergothérapeute,
Occupational Therapist
THOMAS-BIEWERS Hélène, Ergothérapeute,
Occupational Therapist

Nous remercions **Dr. Matthieu BOISGONTIER, Julia GRANDJEAN** *et* **Briséis CREAC'H-MENUT** *pour leur contribution à l'écriture de cet ouvrage.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CH1

L'expertise et les missions de l'ergothérapeute

6-7 Les occupations de l'enfant

8-9 Le répertoire occupationnel de l'enfant et son développement

10-11 La participation sociale de l'enfant

12-13 La collaboration avec l'entourage

CH2

L'intervention de l'ergothérapeute

14-19 L'élaboration du diagnostic ergothérapique

20-25 La planification et mise en œuvre de l'intervention

26-27 L'évaluation des progrès de l'enfant et des résultats de l'intervention

28-29 Les actions d'information, de formation et de prévention pour une société inclusive

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Dotée d'une reconnaissance internationale représentée par la World Federation of Occupational Therapists *(WFOT)*, l'ergothérapie trouve ses racines dans les liens qui existent entre l'activité humaine *("occupation")* et la santé[1]. Depuis sa création cette profession paramédicale occupe une place particulière auprès des enfants à besoins spécifiques, en situation de handicap ou de fragilité.
Au fil des années, les preuves scientifiques démontrant l'importance de l'ergothérapie dans de multiples domaines se sont accumulées. Ces travaux, dont une grande partie porte sur l'ergothérapie en pédiatrie, ont permis le développement de pratiques basées sur la preuve *(evidence-based practice)*.

En France, l'ergothérapie s'adapte en permanence aux changements d'orientation du monde de la santé et de l'éducation *(virage ambulatoire du système de santé, développement de nouveaux dispositifs d'inclusion)*. C'est une profession qui sait être réactive au contexte dans lequel son intervention s'inscrit. Ce dynamisme lui permet de proposer un accompagnement spécifique qui répond de façon pertinente aux enjeux de santé publique et participe au développement d'une communauté plus juste et inclusive[2]. Dans ce cadre, faciliter la participation des enfants et de leurs parents dans la société est une des priorités de l'ergothérapie.

Tout au long de leurs parcours de vie et de santé, les enfants sont amenés à rencontrer une multitude de professionnels. Pour que l'intervention de l'ergothérapeute fasse sens au sein de cette multitude, il est essentiel que son domaine d'expertise et son savoir-faire soient lisibles et explicites. Ce document a pour ambition de répondre à cet impératif en présentant la place et le rôle spécifique de l'ergothérapie dans le paysage sanitaire français afin de mettre en évidence son intérêt et sa singularité. Il s'adresse à toutes les personnes curieuses de découvrir l'ergothérapie ou désireuses d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine.

Cet ouvrage s'inscrit dans une démarche collaborative, il résulte d'une réflexion commune entre ergothérapeutes exerçant partout en France et dans différents contextes de pratique. Ce travail se base sur une revue de la littérature scientifique. Pour renforcer la clarté de nos propos, nous les illustrons par des encadrés qui présentent des exemples issus de notre pratique clinique.

Dans la première partie de ce livre, nous définissons notre domaine d'expertise, l'occupation, les multiples facettes de nos missions professionnelles, ainsi que nos différents cadres de pratique. La seconde partie présente notre démarche d'intervention clinique : l'évaluation, l'intervention et la réévaluation.

CH1

L'EXPERTISE ET LES MISSIONS DE L'ERGOTHERAPEUTE

1.1 LES OCCUPATIONS DE L'ENFANT

L'ergothérapie consiste à **comprendre et agir sur les situations de handicap** afin de **permettre aux personnes de réaliser leurs occupations,** c'est-à-dire les activités qu'elles veulent, doivent ou devraient réaliser mais qu'elles n'arrivent pas à réaliser de façon satisfaisante.

Ainsi, l'ergothérapeute, en anglais *"occupational therapist"*, travaille autour de, avec et pour permettre l'occupation.

C'est un professionnel de santé qui accompagne des enfants de tout âge présentant des limitations dans les **activités de la vie quotidienne** *(repas, vélo, habillage, écriture, etc.)*, et/ou des restrictions dans **leur participation à la vie en société** *(école, jeux, relation aux autres, etc.)* **quelle qu'en soit l'origine**.

Ces occupations et leur réalisation pleine et entière, de façon satisfaisante et en situation de vie sociale, améliorent la qualité de vie et permettent l'épanouissement de la personne au sein de la société tout au long de son existence. Elles sont un **besoin fondamental de l'être humain** *(Townsend & Polatajko, 2013)*. Dans cette perspective, l'occupation donne sens à la vie *(selon la culture et l'individu)*, lui apporte une structure, permet de gérer le temps et procure un sentiment de contrôle et de satisfaction.

Les occupations peuvent être classées selon leur nature :

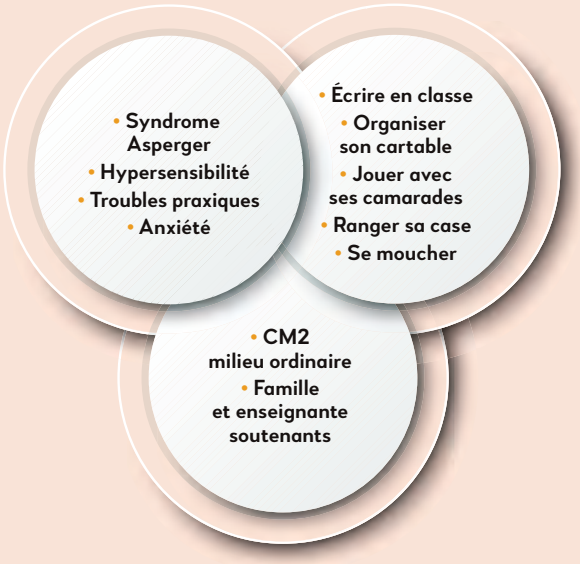
- **les activités de soins personnels** sont liées au fait de prendre soin de soi. Ce sont les activités en lien avec l'hygiène, l'habillage, la communication, etc.
- **les activités productives** sont liées à notre rôle dans la communauté. Ce sont les activités en lien avec le travail, la scolarité, les activités de bénévolat, etc.
- **les activités de loisirs** sont liées à l'épanouissement personnel. Ce sont les activités sportives, créatives, sociales, etc.

L'ergothérapeute place l'habilitation à l'occupation, c'est-à-dire le fait de rendre possible la participation et l'engagement dans les occupations, au centre de son raisonnement clinique professionnel.

(Fisher, 2013; Townsend & Polatajko, 2013)

*Romain est un garçon de 11 ans qui éprouve des difficultés pour certaines **activités scolaires** (écrire, organiser ses affaires), **de socialisation avec ses pairs** (jouer pendant la récréation) et **pour prendre soin de lui** (se moucher).*

C'est un jeune réservé et anxieux qui présente des troubles praxiques et une dysgraphie. Son entourage (famille et enseignante) est compréhensif et soutenant.



1.2 LE RÉPERTOIRE OCCUPATIONNEL DE L'ENFANT ET SON DÉVELOPPEMENT

Les occupations des enfants sont amenées à changer tout au long de leur vie, selon leur âge, leurs possibilités physiques, leurs intérêts, leurs talents et les différentes étapes de leur développement *(Rodger & Kennedy-Behr, 2017)*. Accompagner un enfant en ergothérapie implique donc de prendre en compte son **développement occupationnel**. Pour ce faire, les ergothérapeutes s'intéressent au **répertoire occupationnel** de l'enfant, qui définit l'ensemble des occupations dans lesquelles il s'engage pendant une période de sa vie. Ce répertoire se crée notamment par l'acquisition de compétences occupationnelles spécifiques relatives à la personne. Un enfant peut avoir un intérêt pour le dessin ou le sport et développer ses compétences dans cette activité au fil du temps. Il passe d'un niveau de novice à mature selon ses habiletés *(affective, physique, cognitive)*, sa personnalité, sa croissance, sa maturité et selon les opportunités et soutiens qu'il rencontre dans son environnement quotidien. Ainsi, le répertoire occupationnel de l'enfant évolue tout au long de la vie en se réduisant ou en s'élargissant selon son histoire, son identité et son contexte de vie.

D'après Rodger, les occupations de l'enfant sont co-construites avec son entourage, notamment avec ses parents. Elles sont liées à la culture familiale et aux valeurs éducatives. En effet, le contexte culturel et sociétal conditionne le répertoire occupationnel des enfants. Par exemple, on attend des enfants scolarisés en milieu ordinaire qu'ils soient capables de repérer et reproduire des angles droits avec une équerre à la fin du cycle 2 *(CP-CE1-CE2)*[3].

Par ailleurs, l'évolution de la société amène des changements occupationnels. Dans le domaine des loisirs par exemple, les occupations de l'enfant se sont modifiées avec le développement des nouvelles technologies et l'influence des jeux numériques.

De plus, les études scientifiques récentes montrent que les choix des parents, des communautés, des institutions et des politiques façonnent mutuellement l'engagement des enfants dans les activités notamment extra-scolaires*(Law & King, 2016)*. C'est dans ce contexte que la notion d'autodétermination chez l'enfant est assez relative.

Le répertoire occupationnel d'un enfant est très mobile en fonction de son âge, de ses priorités et de son contexte environnemental, culturel et sociétal. Les ergothérapeutes s'adaptent aux évolutions du répertoire occupationnel des enfants et s'intéressent à son développement afin qu'il soit satisfaisant pour l'enfant.

Les ergothérapeutes accompagnent les enfants afin de les aider à construire et diversifier leur répertoire occupationnel dans les domaines tels que les soins personnels, les jeux, la scolarité, les relations sociales, et les loisirs.

Particularité du répertoire occupationnel chez les enfants en situation de handicap

Des études montrent que la participation des enfants présentant des incapacités physiques diffère de celle des autres enfants *(Brown & Gordon, 1987 ; Michelsen et al., 2014)*. Ces enfants en situation de handicap passent plus de temps à réaliser des activités de soins personnels et des activités passives à la maison qu'à pratiquer des activités dans la communauté. Les activités de loisirs sont souvent délaissées à cause du temps que prennent les soins au quotidien. Le développement de l'autonomie peut alors être plus tardif et moins progressif, en raison de l'accent porté sur les besoins fondamentaux ou d'un manque d'opportunités de relations aux pairs et d'expériences sensori-motrices.

D'autres études scientifiques ont également montré que les enfants présentant une déficience ont souvent moins de partenaires de jeu *(Gralewicz, 1973)*. De plus, les jeux ne sont pas toujours accessibles à ces enfants du fait de leurs capacités cognitives, sensorielles ou physiques qui peuvent être limitées. Ils sont donc plus dépendants de l'adulte pour commencer à jouer *(Newson & Hipgrave, 1982)*. Les enfants présentant des incapacités physiques passent un temps important en thérapie et sont donc davantage en relation avec les adultes comme leurs parents, les professionnels de santé, ou encore les auxiliaires de vie scolaire. Ceci réduit également leur temps d'interactions sociales avec les autres enfants. Récemment, l'étude de Law et al. *(2016)* a également mis en évidence les différences qui existent dans la diversité et l'intensité de participation des enfants présentant des incapacités physiques. Leur répertoire occupationnel est réduit par rapport aux enfants sans incapacité.

1.3 LA PARTICIPATION SOCIALE DE L'ENFANT

L'ergothérapeute envisage la situation de handicap comme issue de l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement. Cette vision systémique et multifactorielle du handicap est déterminée depuis 2001 par la Classification Internationale de Fonctionnement, du handicap et de la santé *(CIF) de* l'Organisme Mondial de la Santé *(OMS, 2001)*. En France, cette vision du handicap a donné lieu à la loi du 11 février 2005, qui porte sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."

La CIF différencie clairement les activités et la participation. Les activités et les capacités sont définies comme "l'aptitude d'un individu à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement normalisé".

La participation est définie par l'OMS comme l'implication d'une personne dans des situations de vie réelle qui incluent des activités de soins personnels, de mobilité, de relations sociales, d'éducation, de loisirs, de spiritualité et de vie communautaire.

L'ergothérapie vise à faire disparaître ou à réduire les situations de handicap subies par l'enfant en lui permettant de participer à la vie en société.

*A la cantine, l'ergothérapeute évalue qu'en dépit de ses efforts pour rester concentré tout en contrôlant son geste, Alexis, 5 ans, a du mal à finir ses repas à temps. La présence de l'Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap (AESH) est préconisée sur les temps de repas afin de permettre à Alexis de **favoriser sa participation sociale** à l'école.*

Cette vision globale de l'enfant et de sa participation aux activités signifiantes et significatives fait écho à la convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée au siège de l'Organisation des Nations Unies en 2006[4]. Cette convention confirme en effet l'évolution de la notion de handicap, qui résulte désormais de l'interaction entre la personne et les facteurs environnementaux empêchant une participation sociale optimale et égalitaire. De plus, elle précise que les personnes en situation de handicap voient leur participation à la société comme étant limitée. Dans cette perspective, le rôle de l'ergothérapeute, en accompagnant les enfants dans une recherche de participation maximale, s'inscrit dans une démarche d'autonomie de ces futurs citoyens.

Chaque personne participe à des occupations qui lui sont propres et qui sont associées à ses valeurs, son environnement et ses rôles dans la société. Ainsi, la pratique de l'ergothérapeute est centrée sur les occupations de l'enfant et son entourage.

1.4 LA COLLABORATION AVEC L'ENTOURAGE

Les ergothérapeutes définissent **la pratique centrée sur l'enfant et son entourage comme une approche de collaboration et de partenariat** utilisée pour promouvoir les occupations *(Townsend & Polatajko, 2013)*. Les ergothérapeutes invitent à participer à la prise de décisions dans le but de répondre à leurs besoins.
De ce fait, l'accompagnement des enfants en ergothérapie s'envisage avec l'entourage avec lequel il évolue : ses parents, sa fratrie, ses cousins et tous les membres de sa famille avec qui il partage des moments de la vie quotidienne.

"C'est en famille que l'enfant construit son profil occupationnel"
(Santinelli, 2010)

L'ergothérapeute prend également en compte l'entourage de l'enfant, c'est-à-dire toutes les personnes qui sont concernées par les occupations de cet enfant : baby-sitter, assistant.e maternel.le, éducateur.rice, enseignant.e, AESH[5] *(Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap)*, professeur.e de sport, animateur.rice...

Une collaboration se met en place avec l'enfant et l'entourage : cette co-construction est bâtie grâce à la mise en commun de ce que l'enfant, les parents et l'ergothérapeute apportent. Plusieurs idées fortes soutiennent cette co-construction : la relation entre la famille et les intervenants est égalitaire ; la prise de décision se fait par consensus ; l'ergothérapeute soutient la famille dans la recherche de solutions et dans cette prise de décisions *(Santinelli, 2010)*.

*Les **parents** de **Charlotte**, 5 ans, présentant un trouble moteur, sont demandeurs d'une intervention à domicile de l'ergothérapeute pour les conseiller et les aider à trouver des solutions pour les temps de repas (installation assise à table), le moment du bain (siège de baignoire adapté), et l'installation aux toilettes.*

*La **grande sœur** de Léo, enfant polyhandicapé de 4 ans, est en difficulté pour entrer en relation avec son petit frère et partager des moments d'activités à deux. L'ergothérapeute lui propose des situations de jeux adaptées à son petit frère : des livres contrastés noir et blanc à lui présenter et lui raconter, des chansons à gestes à mimer avec lui.*

Les ergothérapeutes reconnaissent l'expertise de l'entourage, notamment l'expertise parentale, afin de proposer un accompagnement au plus près de leurs préoccupations.

***Raphaël** est un adolescent de 13 ans présentant une dysgraphie, scolarisé en 5e. Ses **professeurs** s'interrogent sur les aides à lui proposer au vu de son écriture lente et difficilement lisible. L'ergothérapeute, en collaboration avec l'**équipe pédagogique**, participe à la mise en place des aménagements pertinents pour Raphaël en classe.*

***Allison** fréquente une classe de CP. Cette enfant présente des difficultés de graphisme. L'utilisation des cahiers proposés en classe ne lui permet pas de mobiliser les compétences en écriture qu'elle est en train d'acquérir. L'ergothérapeute accompagne l'enseignante dans la mise en place de supports d'écriture adaptés avec des lignes de couleurs ETIgem[6] (Charrière & Galbiati, 2001).*

***Nassim** est un enfant paralysé cérébral avec des contractions importantes sur les 4 membres du corps rendant l'habillage difficile. L'ergothérapeute apprend à **ses parents** et aux **auxiliaires de puériculture de la crèche** les gestes de décontraction des membres nécessaires à l'habillage et les techniques d'enfilage des manches du pull.*

***Arthur**, 6 ans, présente des troubles de la communication liés à une dysarthrie. L'ergothérapeute et **l'orthophoniste** recherchent ensemble des moyens d'accès à une Communication Améliorée et Alternative (CAA) : gestes signés, synthèse de parole, classeurs de pictogrammes, etc.*

La posture de l'ergothérapeute a pour objectif de soutenir le sentiment de compétence de l'enfant et de son entourage. Il s'adapte à leurs besoins et à leurs priorités, en lien avec leur parcours.

CH2

L'INTERVENTION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapeute appuie son raisonnement clinique sur des modèles conceptuels et sur les valeurs de la profession *(Morel-Bracq, 2017)*.

La démarche en ergothérapie axée sur l'occupation comprend trois phases : élaboration du diagnostic ergothérapique dans le cadre de l'évaluation initiale, mise en place de l'intervention de l'ergothérapeute et réévaluation du niveau de performance occupationnelle suite à cette intervention *(Fisher, 2009)*.

1. **Élaborer le diagnostic ergothérapique**
2. **Planifier et mettre en œuvre l'intervention**
3. **Évaluer les résultats de l'intervention**

LE PROCESSUS D'INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE

Par ailleurs, la pratique basée sur la preuve scientifique *(Evidence based practice, EBP)* est une démarche que l'ergothérapeute met en œuvre à chaque étape clé du processus d'intervention en ergothérapie *(Meyer, 2008)*. Le raisonnement clinique de l'ergothérapie, orienté par l'EBP, est "un processus cognitif et métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guident l'exercice de la profession"*(Dubois et al., 2017)*.

2.1 L'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC ERGOTHÉRAPIQUE

L'ergothérapeute réalise une évaluation initiale grâce à des outils objectifs et subjectifs tels que des questionnaires, des entretiens, des tests validés, ou encore des analyses en situations d'activités réalisées par l'enfant. Cette phase d'évaluation permet une analyse des éléments facilitateurs et des obstacles à la performance et à l'engagement occupationnels. L'ergothérapeute interprète ainsi les résultats, valide les hypothèses et élabore un diagnostic ergothérapique.

2.1.1. L'identification des problèmes occupationnels prioritaires

La première rencontre permet de faire connaissance avec l'enfant et ses parents. L'ergothérapeute recueille des informations sur le profil occupationnel de l'enfant *(son histoire, ses habitudes de vie quotidienne, ses expériences occupationnelles, ses intérêts, ses valeurs)*.

Pour déterminer les besoins de l'enfant et de son entourage, l'ergothérapeute dispose de différents outils *(entretiens, questionnaires)* permettant d'identifier les problèmes occupationnels prioritaires.

A l'aide des photos représentant des enfants en train de réaliser des activités du PACS[7] *(Mandich, Polatajko, Miller, & Baum, 2004)*, l'ergothérapeute a pu mettre en évidence lors de l'entretien initial qu'un des problèmes prioritaires pour Gaétan, 8 ans, est de **se laver les dents sans sa maman**. Gaëtan explique par ailleurs qu'il part prochainement en séjour avec sa classe au bord de la mer et qu'il aimerait être capable de se laver les dents seul.

L'ergothérapeute de Kevin l'aide à identifier les activités problématiques avec la MCRO[8] *(Law et al., 2014)*. Pour les cinq problèmes occupationnels prioritaires, Kevin cote ***son rendement***, c'est-à-dire sa perception de sa capacité à réaliser l'activité, puis sa ***satisfaction*** à l'égard de cette capacité.

Problèmes occupationnels prioritaires de Kevin	Importance (/10)	Rendement (/10)	Satisfaction /10
Lancer et attraper le ballon	10	7	5
Écrire une carte postale à mamie	10	5	7
Découper les dragons	9	5	1
Faire ses lacets seul	8	4	4
Mettre le bouton du pantalon pour aller seul au w.c.	8	4	4

Lors de l'entretien, Kevin explique manquer de précision pour **lancer et attraper le ballon** lorsqu'il joue avec ses amis. Cela lui pose problème parce qu'il est parfois mis à l'écart pendant la récréation. Par ailleurs, il aimerait **envoyer une carte postale à sa grand-mère** mais il a du mal à écrire. Cependant, il est plutôt satisfait et explique : "*Par rapport à mes problèmes, je trouve que c'est bien d'être capable à 5/10.*" Kevin est passionné de dragons et aimerait pouvoir en découper pour décorer la porte de sa chambre. Cependant, il explique qu'il a des difficultés à **découper les arrondis** et il n'en est pas du tout satisfait. Enfin, il éprouve des difficultés dans les soins personnels pour **aller aux toilettes seul** *(mettre le bouton du pantalon)* et pour **faire ses lacets**.

2.1.2. L'évaluation des facteurs occupationnels, environnementaux et personnels

"L'analyse critique des difficultés occupationnelles est réalisée suite à une évaluation approfondie des facteurs environnementaux, occupationnels et personnels" *(Trouvé, 2018).*

L'évaluation de la performance occupationnelle

L'ergothérapeute utilise des outils d'évaluation *(AMPS[9], PQRS[10], Observations cliniques)* pour analyser la performance occupationnelle, c'est-à-dire la manière dont l'enfant réalise habituellement une activité dans son propre contexte de vie.

Eliot**, élève de CM1, se plaint de ne pas réussir les exercices de symétrie. L'ergothérapeute observe et analyse que la règle bouge lorsque Eliot trace un trait parce qu'il ne maintient pas correctement sa règle. D'autre part, il se trompe de sens par rapport à l'axe de symétrie. **Avec le PQRS (Cantin, Polatajko, Mandich, & Dupras, 2017), le niveau de performance de tracer à la règle est coté à 4/10 par l'ergothérapeute.

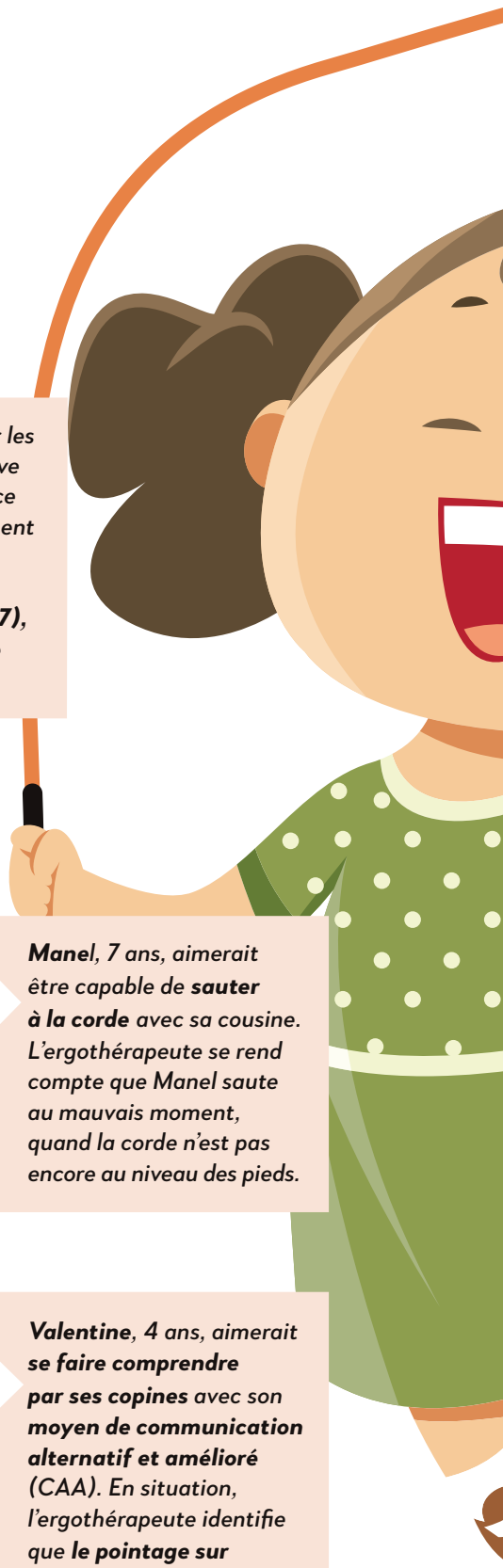
***Adam**, 6 ans, est adressé en ergothérapie pour des troubles de graphisme et pour améliorer son efficacité dans ses activités du quotidien. Son ergothérapeute utilise l'**AMPS (Fisher & James, 2011)** pour évaluer la qualité de sa **performance motrice et opératoire** dans deux tâches qu'il a l'habitude de réaliser : **préparer son petit déjeuner et se laver les dents**. Ce bilan a permis à son ergothérapeute de mettre en évidence des habiletés motrices cliniquement inférieures à celles des enfants de son âge mais des habiletés opératoires dans la moyenne.*

Les forces d'Adam sont :

- *sa capacité à réaliser les tâches observées dans un ordre logique, en choisissant et utilisant un matériel adapté sans avoir besoin de demander d'aide ;*
- *l'absence de signe de fatigue, d'instabilité ou de mouvements rigides du tronc durant la réalisation des deux tâches ;*
- *de bonnes capacités de manipulations des objets de la tâche avec sa main droite.*

Les points faibles d'Adam sont :

- *d'importantes difficultés à maintenir les objets dans sa main gauche et à exercer suffisamment de force pour ouvrir un tube de dentifrice ou une boite de cacao. Il a également eu besoin d'aide pour porter un plateau avec ses deux mains ;*
- *une désorganisation des objets de la tâche dans l'espace. Son espace de travail était encombré, l'obligeant à passer par-dessus des objets pour réaliser différentes actions.*



***Manel**, 7 ans, aimerait être capable de **sauter à la corde** avec sa cousine. L'ergothérapeute se rend compte que Manel saute au mauvais moment, quand la corde n'est pas encore au niveau des pieds.*

***Valentine**, 4 ans, aimerait **se faire comprendre par ses copines** avec son **moyen de communication alternatif et amélioré** (CAA). En situation, l'ergothérapeute identifie que **le pointage sur la tablette n'est pas efficace** car la petite fille n'arrive pas à appuyer avec la pulpe de son index.*

L'évaluation du contexte occupationnel

L'ergothérapeute identifie et analyse les obstacles et les ressources issus de l'environnement pour rendre possibles et satisfaisantes les occupations dans le cadre du projet de vie de l'enfant. L'analyse de l'environnement physique, social, institutionnel et culturel de l'enfant apporte des éléments essentiels à la compréhension des leviers et obstacles pouvant favoriser ou entraver la performance occupationnelle.

***Ernest** est hypersensible au bruit. Le **niveau sonore du centre commercial** déclenche chez lui des crises. Sa maman ne peut pas faire les courses avec lui.*

***Abdala**, jeune garçon de 12 ans de petite taille à cause de sa maladie lysosomale, ne peut se laver seul les dents car le **lavabo est trop haut**.*

***Kezia**, 8 ans, malvoyante, ne peut pas lire la **consigne du document** pour faire ses exercices de mathématiques.*

*A 15 mois, **Alia**, atteinte d'une pathologie neurogénétique rare, ne tient pas assise dans la **baignoire**. Ses **parents** ont du mal à la maintenir lors du bain pour que son grand frère joue avec elle.*

***Simon**, 15 ans, tétraplégique, se déplace en **fauteuil roulant** mais ne peut accéder au **théâtre** proche de chez lui qui présente 4 marches à l'entrée.*

***Malik**, myopathe, ne peut se servir avec les doigts dans le **plat commun** lors des repas en **famille**.*

L'évaluation des habiletés de l'enfant

L'ergothérapeute met en place une démarche d'évaluation des dimensions de l'enfant *(sensorielle, motrice, cognitive, affective et émotionnelle)* sur la base d'observations cliniques et de tests normés permettant de situer l'enfant par rapport à une norme et/ou à une classe d'âge.

*Lors de la passation de la **batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant MABC-2**[11] (Henderdon, Sugden, & Barnet, 2007), dans les subtests "viser et attraper", **Clara** apprécie mal la force nécessaire pour lancer la balle sur la cible. Elle ne sait pas ajuster son geste malgré les nombreux essais et obtient un score bien en dessous du niveau attendu pour son âge. Clara échoue à l'épreuve des "chevilles", ses gestes sont très lents pour la main dominante et non-dominante.*

*L'épreuve "**séquence motrice manuelle" du bilan neuropsychologique de l'enfant NEPSY 2** (Korkman, Kirk, & Kemp, 2012) est proposée à **Jawad**. L'apprentissage d'une série de mouvements rythmiques se fait sous contrôle volontaire sans relais par une automatisation lui donnant un score significativement inférieur à la norme des enfants de son âge.*

*Lors des épreuves **perceptives visuelles du DTVP 3**[12] (Hammill, Pearson, & Voress, 2013), **Jules** a du mal à manipuler les informations visuelles, ses capacités d'orientation visuo-spatiales sont déficitaires.*

*Dans l'épreuve de **copie de figure du VMI du Beery VMI-6**[13] (Beery, Buktenica, & Beery, 2010), **Lilou** 10 ans, née grande prématurée, échoue à la reproduction des figures complexes se situant dans la zone pathologique.*

***L'échelle de comportement socio-adaptatif "Vineland II"** (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2015) montre qu' **Anna** se situe dans un niveau d'adaptation faible par rapport à sa classe d'âge concernant les relations interpersonnelles. Elle a des difficultés à exprimer son contentement, son mécontentement ou son inquiétude et n'apporte pas toujours de l'aide lorsqu'une autre personne en a besoin.*

*L'interprétation des résultats du **questionnaire du profil sensoriel de Dunn** (Dunn, 2010) rempli par les parents de **Souleymane** met en évidence une hypersensibilité au niveau du traitement de l'information tactile. Pour dormir, il aime être serré, se couvrir avec sa couverture, et ne supporte pas les pyjamas. A domicile, il peut être sélectif dans les types de textures qu'il porte et préfère notamment les matières lisses et douces. Certaines étiquettes lui provoquent des nausées.*

2.1.3. Le diagnostic ergothérapique

Sur la base de ses évaluations, l'ergothérapeute identifie les problèmes liés à l'état occupationnel de l'enfant et analyse les facteurs externes et internes qui influencent cet état. L'ergothérapeute établit ensuite son diagnostic ergothérapique *(Dubois et al., 2017)*. L'évaluation en ergothérapie, prescrite par le médecin, peut être une étape nécessaire au diagnostic médical.

Présentation de l'enfant et du mandat :

Sarah est une enfant de 2 ans et demi, présentant une hémiplégie avec un tableau clinique d'épilepsie non stabilisée car pharmacorésistante. Elle rencontre l'ergothérapeute à l'hôpital pour améliorer sa participation sociale et limiter les retentissements de ses troubles neuromoteurs sur ses activités de vie quotidienne à la maison et à la crèche.

Diagnostic ergothérapique :

*Le niveau de participation de **Sarah** aux activités est légèrement plus faible que celui attendu pour un enfant de sa classe d'âge. Elle se déplace avec une légère boiterie (acquisition de la marche il y a 6 mois). Elle a besoin d'une aide partielle pour se déshabiller et d'une aide plus importante pour s'habiller. Pour communiquer, elle utilise quelques gestes Makaton[14] avec son entourage et prononce certains mots. Pour jouer, elle intègre spontanément sa main droite dans les jeux nécessitant les deux mains : porter la poupée, visser - dévisser, pousser la poussette.*
Ses difficultés sont en lien avec sa légère boiterie à la marche, une faiblesse du maintien postural du membre supérieur droit et une gêne lors des préhensions volontaires avec la main droite.
Cela s'explique par une atteinte neuromotrice des membres inférieur et supérieur droits, alliant faiblesse musculaire et contractions excessives à la commande volontaire principalement en distal (main et pied droits). Le membre supérieur droit est amyotrophique et marqué par un déficit de gnosie tactile. Sarah peut s'appuyer sur ses capacités d'apprentissage (pas de difficultés cognitives décelées), son comportement adapté, sociable et volontaire, son intérêt pour les jeux d'enfant de son âge, son environnement familial stimulant et son inclusion sociale en crèche à temps plein.

Le plan d'intervention en ergothérapie est élaboré à la suite du diagnostic ergothérapique basé sur l'évaluation initiale de l'enfant. L'ergothérapeute formule des propositions de travail thérapeutique en vue de répondre aux objectifs occupationnels déterminés avec l'enfant et son entourage. Le GAS[17] *(Krasny-Pacini, Hiebel, Pauly, Godon, & Chevignard, 2013)* est parfois utilisé avec l'enfant et ses parents afin d'identifier des objectifs mesurables, atteignables et définis dans le temps.

Présentation de l'enfant et du mandat :

Meriem, 7 ans, présente un Trouble du Spectre Autistique. Elle est orientée pour une évaluation complète des limitations occupationnelles par son médecin généraliste. Elle vit au sein du foyer familial avec ses trois frères et sœurs. Elle est scolarisée en Grande Section de Maternelle *(GSM)* et bénéficie d'un suivi orthophonique et d'un accompagnement éducatif basé sur le programme ABA.[15]

Diagnostic ergothérapique :

***Meriem** présente une limitation majeure de sa participation occupationnelle. Ses parents rapportent qu'elle ne parvient pas à manger de manière autonome pendant les repas en famille (rester assise, utiliser seule la cuillère, finir son plat).*
Elle a également du mal à gérer la frustration sans se mettre en colère et sans se faire mal, à porter des chaussures (supporter le contact sur ses pieds) et à gérer son hygiène (s'essuyer la bouche, laver ses yeux, se moucher). Dans le domaine de la scolarité, l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle) et le graphisme sont problématiques.
Par ailleurs, elle ne communique pas de manière verbale, elle utilise de manière efficace le système PECS[16]. Elle ne se lie pas facilement d'amitié avec ses pairs. Au niveau des loisirs, Meriem ne sait pas nager et ne fait pas de vélo (difficulté pour pédaler). En revanche, elle aime faire du trampoline.
Ce niveau de participation occupationnelle est lié à une limitation des habiletés sensori-motrices et cognitives. Elle ne parvient pas à maintenir une position debout ou assise stable de manière soutenue. Elle présente des habiletés manuelles immatures, un retard dans les capacités de motricité fine et globale (correspondant à un enfant de 22 mois) et des difficultés de régulation sensorielle (évitement, hypersensibilité, sélectivité alimentaire) et émotionnelle. Les habiletés cognitives sont également impactées (capacités visuo-spatiales déficitaires, trouble du langage oral, déficit attentionnel). Meriem peut s'appuyer sur son environnement familial stimulant et soutenant ainsi que sur les suivis mis en place. Par ailleurs, son inclusion scolaire en GSM à temps plein avec la présence de son AESH participe à l'épanouissement de Meriem et au développement de ses apprentissages.

2.2 LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION

L'ergothérapeute choisit les outils de son intervention en fonction non seulement des particularités de l'enfant *(valeurs, préférences, environnement, habitudes de vie, contexte de vie)*, des objectifs en lien avec ses problèmes occupationnels, du contexte dans lequel cette intervention prend place *(service hospitalier, maison, école, cabinet, crèche)*, mais aussi des modèles de pratique établis par des groupes d'experts et des résultats issus de la recherche scientifique *(Bennett & Bennett, 2000)*.

2.2.1. Les approches de l'intervention ergothérapique

L'intervention clinique de l'ergothérapeute se base sur les deux principaux courants qui existent actuellement : les approches bottom-up et les approches top-down *(figures 1 et 2)*.
"Les premières approches, bottom-up, prônent une intervention ciblant les habiletés du client avec l'espoir d'améliorer subséquemment la performance dans les occupations. Les secondes, de type top-down, mettent l'emphase directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'enfant[18]."
Parmi ces différentes approches cliniques, certaines nécessitent une formation complémentaire et font l'objet de certificats d'exercice.

FIGURE 1.
LES APPROCHES DE L'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE *(WEINSTOCK-ZLOTNICK ET HINOJOSA, 2004)*

Les approches top-down

L'approche top-down analyse les composantes de l'occupation pour trouver des stratégies permettant à l'enfant de réaliser l'occupation et de s'y engager. L'objectif à long terme est la généralisation de ces acquis à d'autres contextes, hors des séances d'ergothérapie.

Il existe différentes approches comme des interventions de type cognitif et cognitivo-comportemental comme l'approche CO-OP[19] *(Cantin et al., 2017)*. Dans cette intervention, l'ergothérapeute guide les personnes à travers un processus de résolution de problèmes moteurs qui les mène à découvrir et à appliquer leurs stratégies cognitives pour effectuer les tâches de la vie quotidienne.

***Fatou** est une jeune fille de 11 ans, ayant un syndrome d'Asperger. Elle aimerait pouvoir souligner la date en classe. Son ergothérapeute propose **une intervention basée sur l'approche CO-OP**. Ils entament un **travail d'analyse de l'exécution de l'activité afin d'identifier les points d'échec** (ex : la règle bouge). L'ergothérapeute guide Fatou dans la **découverte de stratégies cognitives** aidant à l'élaboration d'un plan :*
1. je fais un point sous la première lettre et un autre point sous la dernière lettre ;
2. je prends la règle et je la mets contre les points ;
3. je mets mes doigts partout sur la règle comme une pieuvre et j'appuie fort pour écrabouiller toutes les fourmis rouges ;
4. je trace le trait ;
*Ensuite, Fatou auto-évalue sa réussite lors de la réalisation de l'activité à l'aide de son plan, afin de l'adapter et le modifier si besoin. Fatou reprend son plan avec sa maman lors des devoirs à la maison, et avec son AESH en classe pour **permettre la généralisation en dehors des séances d'ergothérapie**. Le transfert des stratégies et des habiletés permettra à Fatou de s'adapter dans d'autres situations du quotidien.*

***Farès** vient d'entrer en CE2. Il peine à écrire en classe et son enseignante trouve que ses lettres cursives ne sont pas bien formées. Lorsqu'elle observe la manière dont il les trace, son ergothérapeute s'aperçoit que la séquence de traits réalisée pour tracer les différentes lettres n'est pas optimale et qu'elle varie d'une fois à l'autre. Elle décide alors d'utiliser **ABCboum!**[20] **(Approche d'enseignement et de rééducation de l'écriture)** afin d'accompagner Farès dans l'acquisition du bon tracé de ses lettres. Elle s'assure qu'il est capable d'utiliser les moyens mnémotechniques. Pour cela, elle propose à l'AESH de Farès de participer aux séances afin de la former à l'utilisation des outils utilisés pour un transfert en classe efficace. Elle met également en place un cahier de liaison avec l'enseignant et réalise quelques séances en classe.*

***Louis** est en difficulté pour mettre du dentifrice sur sa brosse à dents. Les conditions de suivi à l'école rendent difficile la réalisation de cette occupation en séance. Afin de réaliser cette action de manière répétée et ludique, son ergothérapeute lui propose de réaliser une **peinture à la brosse à dents** où la peinture doit être mise directement sur les poils de la brosse depuis le tube en faisant "comme si c'était du dentifrice".*

***Ethan** souhaite apprendre à faire les nœuds de ses lacets. Il s'entraine sur ses chaussures préférées. L'ergothérapeute lui apprend comment **faire ses lacets en chantant une comptine** (avec des oreilles de lapins).*

FIGURE 2.
LES APPROCHES DE L'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE *(WEINSTOCK-ZLOTNICK ET HINOJOSA, 2004)*

Les approches bottom-up

Les approches bottom-up ciblent le développement des fonctions cognitives, motrices, sensorielles, affectives et/ou sociales perturbées. Ce travail vise l'amélioration des facteurs personnels et/ou à la récupération de fonctions corporelles ou psychiques en cause dans la restriction de l'occupation.

Nous y retrouvons, par exemple, la thérapie par l'intégration sensorielle *(Ayres, Robbins, & Pediatric Therapy Network, 2005)*, qui consiste à améliorer l'efficacité du traitement de l'information par le système nerveux afin de répondre efficacement et d'une manière adaptée aux stimuli sensoriels du corps et de l'environnement.

*Installé sur une planche à roulettes, **Luc** se hisse avec une corde sur un plan incliné pour **développer des mouvements de large amplitude, renforcer sa proprioception** et **améliorer son équilibre**. Guidé par l'ergothérapeute, ces exercices ludiques lui permettront de **grimper dans les structures du parc** et de **jouer avec ses amis**. Luc est un enfant sensible que tout bouscule au quotidien. Pour ces raisons, **son répertoire occupationnel est assez limité** et il souffre de ne pas être comme les autres. Les difficultés repérées orientent l'ergothérapeute dans son approche : des **situations très ludiques** lui sont proposées dans un environnement façonné par l'ergothérapeute. Il choisit ses activités et fait de nombreuses expériences qu'il réussit, ce qui l'aide à prendre confiance en lui.*

*Quinze jours après des injections de toxine botulinique au membre supérieur, l'ergothérapeute d'**Elie** lui propose de saisir des petits cubes pour les amener dans différents secteurs de la table en fonction de leur couleur. Ces **exercices répétitifs permettent de profiter du relâchement de certains groupes musculaires provoqué par l'effet des toxines**, pour développer et faciliter l'intériorisation de schémas de préhension et d'orientation globale du membre supérieur plus adaptés.*

***Selma** est une jeune fille de CE1. La qualité de son geste graphique est impactée par un déficit de flexion des articulations interphalangiennes de l'index et du pouce. Suite à l'évaluation, l'ergothérapeute propose à Selma des **exercices pour améliorer sa force et son endurance**, mais aussi des **manipulations dans la main en utilisant divers supports** (des jeux de doigts, une pâte à modeler avec une résistance importante, des exercices graphiques en musique) qui lui permettront d'**améliorer sa préhension**.*

*Avant de réaliser un exercice nécessitant l'utilisation des deux mains, l'ergothérapeute d'**Inès** réalise des **manœuvres de décontraction de son membre supérieur spastique** pour permettre d'augmenter les amplitudes articulaires lors de la réalisation de l'activité. Elle lui apprendra également à réaliser ces manœuvres elle-même pour les reproduire en dehors des séances.*

*En lien avec son tableau clinique d'AJI (arthrite juvénile idiopathique), **Sonia** a des difficultés à utiliser l'amplitude complète de son coude dans son quotidien. Son ergothérapeute lui propose de **jouer à la marchande** en organisant l'activité de manière à obliger des **mouvements d'extension de son membre supérieur pour les échanges d'objets** (aliments ou argent), et ainsi les **automatiser dans sa vie quotidienne**.*

2.2.2. La compensation

L'ergothérapeute est expert dans la préconisation et la mise en place des outils de compensation et d'adaptation de l'environnement *(aménagement du matériel à domicile, outils utiles en classe, moyens de déplacement)*. Il peut décider, lorsque son raisonnement clinique le suggère, en lien avec les besoins de l'enfant, de proposer des aides transitoires ou définitives qui viendront compenser une limitation d'activité rencontrée par l'enfant et lui donner plus d'autonomie. Ces aides font l'objet de révisions fréquentes pour s'assurer qu'elles restent adaptées aux besoins de l'enfant qui évoluent en permanence.

"Les aides techniques mentionnées au 2e de l'article L. 245-3 sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel."[21]

Selon la norme NF EN ISO 9999, est considéré comme produit d'assistance *(ou aide technique)* tout produit *(dispositif, équipement, instrument et logiciel)* fabriqué spécialement ou généralement sur le marché, utilisé par ou pour les personnes en situation de handicap, destiné à :

- favoriser la participation ;
- protéger, soutenir, entraîner, mesurer ou remplacer les fonctions organiques, les structures anatomiques et les activités ;
- prévenir les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation.

*Pour soulager les douleurs matinales d'**Alice** qui souffre d'une maladie rhumatismale, l'ergothérapeute lui confectionnent des **orthèses nocturnes de repos,** qui vont maintenir ses poignets en position de moindre tension et ainsi réduire ses douleurs.*

*L'entourage de **Lucie**, 6 mois, ne comprend pas pourquoi cette petite fille ne parvient pas à **attraper les jouets lorsqu'elle est dans son siège "Cosy",** alors qu'elle montre un développement cognitif adapté.*
*Après une évaluation en situation de cette enfant quadriplégique, l'ergothérapeute lui confectionne une **adaptation en mousse sur mesure,** qui positionne correctement ses membres supérieurs et lui permet d'**atteindre les objets** et d'**expérimenter des activités ludiques selon ses envies.***

***Yanis,** âgé de 8 ans, est scolarisé en CE2.*
*Ses déplacements et sa station debout sont de plus en plus limités du fait de sa maladie : une myopathie de Duchenne. L'ergothérapeute préconise **un fauteuil roulant manuel pour les sorties extérieures en famille et pour se rendre à l'école**. Il intervient au domicile pour faire réaliser des **aménagements dans la salle de bain pour faciliter la toilette**. Des essais sont réalisés avec le revendeur de matériel médical afin de mettre en place les solutions les plus adaptées à Yanis et ses parents.*

2.2.3. L'intervention de l'ergothérapeute en partenariat avec un ensemble d'acteurs

L'ergothérapeute participe à la compréhension des restrictions d'activités et des limitations de participation d'un enfant à différents moments de sa vie. C'est dans ce contexte qu'il collabore avec un ensemble d'acteurs du champ médical, éducatif et social.

Malo, *jeune enfant déficient visuel accueilli à l'école depuis quelques mois, rencontre de grosses difficultés pour accepter la sieste avec les autres enfants dans la salle de repos. Après sollicitation des parents, une* ***rencontre avec l'enseignante, son AESH et les ATSEM***[22] ***de l'école****, a permis à l'ergothérapeute de leur* ***expliquer les conséquences des problèmes visuels de Malo****, de* ***leur faire vivre cette expérience de mal-vision*** *par la conception de lunettes simulant les difficultés rencontrées par Malo. A la suite de cette rencontre, l'enseignante et son AESH ont pu mieux comprendre la situation de Malo et lui ont fait* ***découvrir la salle de sieste "de plein jour" en expliquant verbalement les différents déplacements possibles****. Elles lui ont présenté le lit d'appoint qui lui était dédié dans cet espace. L'enfant a pu faire l'expérience de s'allonger sur le lit de camp et a pu le refaire avec beaucoup moins d'appréhension lors des siestes suivantes pour trouver le repos. Malo avait alors pu* ***construire une représentation de ce qui lui était demandé au moment de la sieste****, ce qui lui était impossible dans un espace sombre.*

2.3 L'ÉVALUATION DES PROGRÈS DE L'ENFANT ET DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

La réévaluation mesure le niveau de performance occupationnelle de l'enfant et les résultats de l'intervention en ergothérapie. Les objectifs de la réévaluation sont de "revoir l'état des déficits et des ressources ou des capacités de la personne, de mesurer objectivement les progrès, de reconsidérer les priorités et les buts" *(Crepeau, Cohn, Schell, & Neistadt, 2003)*.

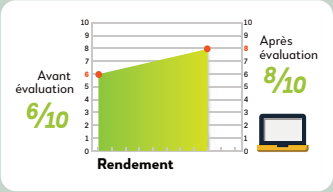
Les résultats de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel *(MCRO)* ou le Goal Attainment Scaling *(GAS)* aident l'ergothérapeute, l'enfant et son entourage à prendre la décision de poursuivre ou de suspendre l'accompagnement.

*A l'issue d'une année de séances hebdomadaires, les compétences de **Chloé**, enfant de 11 ans en fin de CM2, sont réévaluées par son ergothérapeute pour objectiver ses acquisitions dans les domaines de **l'écriture manuelle**, de **la manipulation des outils scolaires** et du **laçage des chaussures**. L'ergothérapeute utilise une batterie DOTCA-ch[23] (Katz, Golstand, Bar-Ilan, & Parush, 2007), qui objective une amélioration des scores dans le domaine des praxies gestuelles, notamment dans l'utilisation des objets comme le laçage. D'autres bilans normés sont proposés comme l'échelle d'évaluation de l'écriture BHK(Charles, Soppelsa, & Albaret, 2004). Les résultats mettent en évidence une amélioration de la qualité d'écriture mais une vitesse toujours inférieure à la norme.*

Anatole, 10 ans, présente un Trouble Développemental de la Coordination *(TDC)*. Il a été accompagné en ergothérapie à raison d'une séance hebdomadaire, afin de le soutenir dans sa scolarité et développer son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute réalise une réévaluation à la fin de l'année scolaire pour mesurer l'évolution de la performance occupationnelle d'Anatole après son intervention.

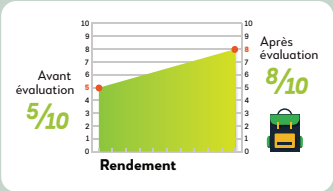
Utiliser l'ordinateur pour les devoirs

Anatole possède son propre ordinateur et utilise le ruban adapté à son logiciel de traitement de texte. L'objectif principal de cette année scolaire a été ***d'introduire l'ordinateur comme moyen de compensation aux difficultés d'écriture*** *et ce, dans un premier temps, pour les devoirs. Il a gagné en performance tant en termes de vitesse de frappe que dans la gestion de l'outil. Il est capable de gérer ses documents (ouvrir, enregistrer, ranger), d'utiliser le traitement de texte, de poser des opérations. A la fin de l'année scolaire, la plupart des devoirs ont été réalisés sur l'ordinateur puis imprimés et collés dans le cahier correspondant.*
À la réévaluation, Anatole se perçoit capable à 8/10 d'utiliser l'ordinateur seul pour faire ses devoirs car il a parfois besoin de la présence de sa maman*. En effet, Anatole a besoin d'étayage pour se mettre à la tâche, se canaliser (tendance à la précipitation), rester attentif (décrochages attentionnels, fatigue cognitive) et comprendre les consignes (besoin de reformulation).* ***Par ailleurs, il est extrêmement satisfait (10/10) de ses progrès dans l'utilisation de l'ordinateur pour ses devoirs. Il est engagé dans ce projet.***



Faire son cartable

Le rangement et la préparation du cartable d'Anatole ont été travaillés en séance avec la mise en place de stratégies et de routines (fiche avec photos). ***À la réévaluation, Anatole estime avoir beaucoup progressé et se sent parfaitement capable de préparer seul son cartable. Il en est extrêmement satisfait****. Le rangement de sa case et l'organisation de son bureau ont également été abordés en séance. Ses performances sont fluctuantes, cela lui demande beaucoup d'efforts. L'aide de l'AESH reste indispensable pour l'aider à s'organiser au quotidien.*

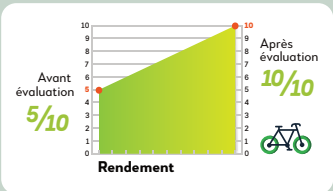


Faire des tartines de confiture

À la réévaluation, Anatole se perçoit plus performant pour préparer ses tartines de confiture et il en est satisfait*. Il avait du mal à être précis dans la manipulation du couteau pour répartir la confiture et à se coordonner pour tenir dans une main le couteau et dans l'autre le morceau de pain de mie. Plusieurs mises en situation (méthode CO-OP) ont été réalisées pour améliorer sa performance.*

Faire du vélo à 2 roues

En début d'année scolaire, Anatole avait émis le souhait de savoir faire du vélo sans stabilisateur. ***La réévaluation montre qu'il s'estime capable à 10/10, ce qui le satisfait à 10/10****. Plusieurs mises en situation ont été réalisées chez lui, en présence de ses parents. Les stratégies mises en place par la méthode CO-OP lui ont permis d'améliorer ses performances. Il prend beaucoup de plaisir à se balader avec son père en campagne.*



2.4 LES ACTIONS D'INFORMATION, DE FORMATION, ET DE PRÉVENTION POUR UNE SOCIÉTE INCLUSIVE

En plus de son activité auprès des enfants, l'ergothérapeute est également sollicité pour informer, former ses partenaires, et mener des actions de prévention sur les thématiques qui sont au cœur ou directement en lien avec son domaine d'expertise : l'habilitation à l'occupation et le développement occupationnel de l'enfant. Ces actions sont organisées à la demande d'institutions, d'associations d'usagers, de professionnels, d'organismes de formation, lors de réunions à thèmes, de colloques ou de congrès *(associations de parents, associations de professionnels, réunions d'experts, conférences scientifiques)*.

Lors d'une journée de sensibilisation aux différents handicaps organisée pour tous les élèves d'un collège, un ergothérapeute a animé un ***atelier de simulation de "dyspraxie"*** *où les jeunes ont pu faire l'expérience d'****écrire ou tirer un trait avec des gants de boxe, de découper avec des ciseaux de très grande taille, et de servir de l'eau dans un verre en portant des lunettes prismatiques****. Ces collégiens ont donc pu expérimenter les conséquences d'une "dyspraxie" (simulée par des artifices et explicitée en parallèle) et prendre conscience de son impact sur les activités de la vie quotidienne.*

Lors d'une ***soirée de sensibilisation aux troubles des apprentissages organisée dans une école*** *par une association de parents, des professionnels représentant différents corps de la santé sont sollicités (orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute). L'ergothérapeute* ***décrit sa démarche d'intervention et l'intérêt de son accompagnement*** *auprès des enfants porteurs d'un trouble spécifique d'apprentissage.*

*Dans le cadre de la **formation des AESH** au sein de l'éducation nationale, **l'éclairage de l'ergothérapeute sur les restrictions occupationnelles dans les apprentissages**, permet de mieux comprendre l'intérêt des aides techniques et l'importance de l'aide humaine. L'ergothérapeute, régulièrement amené à réaliser des séances avec l'AESH, insiste alors sur la posture d'accompagnement pour soutenir et étayer l'enfant dans ses apprentissages scolaires et dans son rôle d'élève pour favoriser son autonomie.*

***Sylvie**, **orthophoniste** libérale depuis plus de 10 ans, accompagne plusieurs jeunes présentant une dyslexie-dysorthographie. Elle assiste à une **formation dispensée par un ergothérapeute**, afin d'actualiser ses connaissances dans le domaine des **outils de compensation aux troubles du langage** écrit comme le logiciel de dictée vocale.*

*Dans le cadre du réseau de suivi et de surveillance des enfants vulnérables, les ergothérapeutes participent à des **actions de formation des pédiatres sur le repérage des troubles d'apprentissages**, des **troubles moteurs** et leurs **répercussions dans la vie quotidienne de l'enfant et de son entourage**.*

COMPRENDRE L'**ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS**

CONCLUSION

En collaboration avec les professionnels du secteur médical, social et éducatif, l'ergothérapeute accompagne l'enfant et son entourage pour qu'ils puissent relever les défis du quotidien avec succès, quel que soit le problème de santé et le moment dans leur parcours de vie. Ainsi, il participe à la réduction de l'injustice sociale et à l'inclusion des enfants au sein de leur communauté.

L'accompagnement en ergothérapie contribue à développer le pouvoir d'agir de l'enfant et de son entourage afin qu'ils s'engagent dans les occupations qui ont du sens pour eux et afin de favoriser leur épanouissement ainsi que leur bien-être *(Trouvé et al., 2019)*. L'ergothérapeute met en œuvre ses compétences spécifiques pour construire ce pouvoir d'agir : il conseille, guide, coordonne, exerce son expertise, éduque, facilite, mobilise, écoute et encourage. Avec un large panel d'outils, de l'évaluation à l'intervention, il s'adapte à l'enfant pour répondre au mieux à ses besoins spécifiques.

L'ergothérapeute fait découvrir à l'enfant le plaisir de l'action et le développement de sa capacité d'agir. Il l'amène à développer une attitude ludique, à utiliser ses forces pour compenser ses faiblesses et découvrir le monde, à développer ses capacités d'adaptation et d'interaction, à améliorer son autonomie et la qualité de son quotidien *(Ferland, 2003)*.

En pédiatrie, l'accompagnement des ergothérapeutes s'adresse à des adultes en devenir, des citoyens en construction. Nous avons voulu à travers ce document présenter ses bénéfices afin d'aider les enfants et leur entourage à mieux cerner les domaines d'expertise et l'intervention de l'ergothérapeute.

L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS_def.qxp_Les couvertures 20/02/2020 17:48 Page 4

BIBLIOGRAPHIE

—Ayres, A. J., Robbins, J., & Pediatric Therapy Network. (2005). *Sensory integration and the child : Understanding hidden sensory challenges. Los Angeles, CA: WPS.*

—Beery, K. E., Buktenica, N. A., & Beery, N. A. (2010). *Beery VMI-6 – Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration, 6th ed. Pearson.*

—Bennett, S., & Bennett, J. W. (2000). *The process of evidence-based practice in occupational therapy : Informing clinical decisions. Australian Occupational Therapy Journal, 47(4), 171-180.*

—Brown, M., & Gordon, W. A. (1987). *Impact of impairment on activity patterns of children. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 68(12), 828-832.*

—Cantin, N., Polatajko, H. J., Mandich, A., & Dupras, D. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP : Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien. CAOT Publications ACE.*

—Charles, M., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2004). BHK : *Échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant. Paris : ECPA.*

—Charrière, C., & Galbiati, C. (2001). *Education Thérapeutique Instrumentale : Du graphisme et de l'écriture manuelle. Expérience en ergothérapie, (p. 165-184). Sauramps Médical.*

—Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Schell, B. A. B., & Neistadt, M. E. (2003). *Willard and Spackman's Occupational Therapy (10th Revised edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.*

—Dubois, B., Thiébaut Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., ... Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie. De Boeck Université.*

—Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel - Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne.*

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

—Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model. Colorado : Three Star Press, Inc.*

—Fisher, A. G. (2013). *Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20(3), 162-173.*

—Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2011). *Assessment of Motor and Process Skills Volume 1 : Development, Standardization, and Administration Manual. Fort Collins, Colo. : Three Star Press, Inc.*

—Gralewicz, A. (1973). *Play deprivation in multihandicapped children. American Journal of Occupational Therapy, 27(2), 70-72.*

—Hammill, D. D., Pearson, N. A., & Voress, J. K. (2013). *Developmental Test of Visual Perception, Third Edition (DTVP-3).*

—Henderdon, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2 : Movement ABC-2 : Examiner's Manual. Pearson.*

—Katz, N., Golstand, S., Bar-Ilan, R. T., & Parush, S. (2007). *The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA-Ch) : A new instrument for assessing learning potential. The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 61(1), 41-52.*

—Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2012). *NEPSY-II - Bilan neuropsychologique de l'enfant - 2nde édition.*

—Krasny-Pacini, A., Hiebel, J., Pauly, F., Godon, S., & Chevignard, M. (2013). *Goal Attainment Scaling in rehabilitation : A literature-based update. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 56(3), 212-230.*

—Law, M., & King, G. (2016). *Participation des enfants ayant des incapacités physiques dans les occupations de tous les jours. In La science de l'occupation pour l'ergothérapie (p. 125-137). De Boeck Superieur.*

—Law, M., McColl, M. A., Carswell, A., Pollock, N., Baptiste, S., Polatajko, H. J., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel (CAOT).*

—Mandich, A., Polatajko, H. J., Miller, L. T., & Baum, C. (2004). *Paediatric activity card sort : PACS. Ottawa, Ontario : Canadian Association of Occupational Therapists.*

—Meyer, S. (2008). *Les Cahiers de l'ergologie, N° 45 : Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne: PU Romandes.*

—Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Damsgaard, M. T., Parkes, J., Parkinson, K., Rapp, M., ... Uldall, P. (2014). *European study of frequency of participation of adolescents with and without cerebral palsy. European Journal of Paediatric Neurology, 18(3), 282-294.*

—Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Superieur.*

—Newson, E., & Hipgrave, T. (1982). *Getting through to your handicapped child : A handbook for parents, foster-parents, teachers, and anyone caring for handicapped children.*

—OMS. (2001). *CIF: Classification Internationale du fonctionnement du handicap et de la santé.*

—Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-centred practice with children : a practical guide for occupational therapists. John Wiley & Sons.*

—Santinelli, L. (2010). *Le partenariat avec les familles. In ergothérapies. Ergothérapie en pédiatrie (p. 83-96).*

—Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2015). *VINELAND-II - Échelles de comportement adaptatif de Vineland - 2nde édition.*

—Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2ème édition). CAOT Publication ACE.*

—Trouvé, E. (2018). *Le diagnostic en ergothérapie : De la définition à l'usage. In Actualités en ergothérapie. Engagement, occupation et santé (p. 61-82). ANFE.*

—Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., Riou, G., Caire, J.-M., Guilloteau, N., Marchalot, I. (2019). *Participation, occupation et pouvoir d'agir : Plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Paris : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.*

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

1 -Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.
2 -Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
3 -Bulletin officiel N°30 du 26-7-2018 de l'éducation nationale.
4 -ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006.
5 -Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap.
6 -Éducation Thérapeutique Instrumentale appliquée au graphisme et à l'écriture manuelle.
7 -Pediatric Activity Card Sort.
8 -Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.
9 -Assessment of Motor and Process Skills.
10 -The Performance Quality Rating Scale
11 -Movement Assessment Battery for Children, 2nd ed.
12 -Developmental Test of Visual Perception, 3rd ed.
13 -Beery-Buktenica developmental Test of Visual-Motor Integration, 6th ed.
14 -Le programme Makaton est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé conjointement avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes.
15 -Applied Behavoriel Analysis.
16 -Picture Exchange Communication System.
17 -Goal Attainment Scaling
18 -http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/
19 -Cognitive Orientation of daily Occupational Performance
20 -https://abcboum.net/
21 -Article D245-10, Code de l'action sociale et des familles
22 -Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelle

— ANFE
Siège :
64, rue Nationale
CS 41362
752014 PARIS CEDEX
Tél : 01 45 84 30 97
accueil@anfe.fr
www.anfe.fr

Agence : Icaandco.fr - Crédits photos : iStock

ANFE
ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES
ERGOTHERAPEUTES

Artisans de votre liberté

Membre de la Fédération Mondiale
des Ergothérapeutes - W.F.O.T.
et du Conseil des Ergothérapeutes pour
les pays européens - C.O.T.E.C.
Membre Fondateur de l'Union Interprofessionnelle
des Associations de Rééducateurs
et Médico-techniques - U.I.P.A.R.M.