



Institut Universitaire de
Formation en Ergothérapie d'Auvergne

Marlène SALLES

Mémoire d'initiation à la
recherche
27.05.2019

UE 6.5 : Evaluation de la pratique
professionnelle et recherche

Apport des approches top-down dans
l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant
dyspraxique en ergothérapie

Remerciements

« Sous la direction de Stéphanie BONVIN, ergothérapeute exerçant en SESSAD,
Maître de mémoire. »

Je tiens dans un premier temps à remercier Stéphanie BONVIN pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour ses conseils, son implication et sa disponibilité tout au long de ce travail, ainsi que son soutien.

Je remercie également les quatre ergothérapeutes avec qui j'ai pu m'entretenir pour leur partage d'expérience et le temps qu'elles m'ont accordé.

Je tiens à remercier Céline DAUZAT, directrice de l'IUFE d'Auvergne pour ses conseils et encouragements durant l'élaboration de ce travail ainsi que ces trois années de formation.

J'adresse également à l'ensemble de la promotion 2016-2019 mes remerciements pour les bons moments passés ensembles.

Je remercie tout particulièrement mes parents, ma famille et mon conjoint pour m'avoir encouragée, supportée et soutenue tout au long de cette formation.

Sommaire

Introduction	2
I. Problématique pratique.....	3
1.1 La dyspraxie	3
1.2 L'ergothérapie	9
1.3 Les modèles conceptuels en ergothérapie.....	12
II. Problématique théorique.....	18
2.1 L'approche CO-OP.....	18
2.2 Qualité de vie et théorie des besoins	22
2.3 Concept d'estime de soi	26
III. Méthodologie	29
3.1 Choix de la méthode	29
3.2 Choix de la population	29
3.3 Elaboration de l'outil de recherche.....	30
IV. Résultats	32
4.1. Analyse longitudinale des résultats.....	32
4.2. Analyse transversale des résultats.....	38
V. Discussion	43
5.1 Analyse théorique	43
5.2 : Réponse à la question de recherche	47
5.3 : Analyse réflexive	49
Conclusion.....	52
Bibliographie	53

Introduction

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, j'ai fait le choix d'orienter ma thématique sur la prise en charge des enfants dyspraxiques en ergothérapie à l'aide de modèles conceptuels.

Les cours concernant les modèles conceptuels dispensés à l'institut de formation en ergothérapie m'ont questionnée. En effet il est parfois difficile de faire le lien entre la théorie et la pratique. Afin de mieux m'approprier les modèles conceptuels, j'ai demandé à une de mes tutrices de stage s'il était possible de baser la prise en charge de certains patients sur ces modèles. Cette mise en application m'a permis de mieux comprendre leur intérêt et d'orienter ma prise en charge plus aisément en prenant en compte les différents facteurs qui entourent le patient.

Les cours concernant la dyspraxie m'ont grandement intéressée, de plus j'envisage de m'installer ultérieurement en libéral. Il me paraît donc important d'approfondir mes connaissances sur la prise en charge de la population pédiatrique, et plus particulièrement des enfants dyspraxiques puisqu'ils constituent une grande partie de la patientèle accueillie en libéral.

Dans le but de faire le lien entre ces deux thèmes auxquels je porte un intérêt particulier, ma question d'étude s'intitule « **L'utilisation des modèles conceptuels dans la prise en charge des enfants dyspraxiques en ergothérapie** ».

Afin de conduire cette étude, j'organiserai mon travail en différentes parties. Dans un premier temps les éléments pratiques sont développés et me permettent d'aboutir à ma question de recherche. Ensuite, les éléments théoriques sur lesquels je compte m'appuyer sont développés. La méthode utilisée est présentée. Les résultats sont analysés de manière longitudinale et transversale avant d'être confrontés aux éléments théoriques. Une analyse réflexive est ensuite proposée.

I. Problématique pratique

1.1 La dyspraxie

La première partie de ma problématique pratique est centrée sur la dyspraxie. Tout d'abord une définition des praxies ainsi qu'une définition de la dyspraxie sont proposées. Après avoir présenté la classification de la dyspraxie, les différents types de dyspraxies sont développés. Les conséquences sur le quotidien de l'enfant ainsi que les étapes du diagnostic sont présentées.

1.1.1 Définition : les praxies

Afin de mieux comprendre la dyspraxie, il est utile de connaître le terme de praxie. La praxie est « une habileté qui requiert la capacité de concevoir, de planifier et d'exécuter une séquence de gestes orientés vers un but. ». (Breton, Léger, 2007). Cette habileté consiste en une coordination motrice volontaire orientée vers un but et issue d'un apprentissage. On distingue trois étapes concernant les praxies. Dans un premier temps il y a la conceptualisation de la tâche qui nécessite un recours à l'imagerie mentale. Il y a ensuite la planification de la tâche soit une organisation séquentielle de la tâche puis enfin l'exécution de la tâche soit la réalisation de celle-ci. Le sujet doit mobiliser ses capacités à s'adapter à son environnement lors des différentes étapes des praxies. L'ordre des différentes séquences doit être respecté pour réaliser la tâche correctement.

1.1.2 Définition : la dyspraxie

La dyspraxie touche 5 à 7% des enfants et peut être d'origine lésionnelle ou développementale. Je m'intéresse à la dyspraxie développementale dans ce sujet. Il n'y a pas de définition admise de la dyspraxie développementale mais les textes la présentent comme un « trouble de l'acquisition des gestes complexes, au cours de l'apprentissage de tâches motrices nouvelles ou inhabituelles, et dans l'élaboration de séquences gestuelles ». (Costini, O., Roy, A., Faure, S. & Le Gall, D., 2013). Les troubles observés impactent la performance et ne sont pas dus à un déficit moteur, sensitif, de compréhension ni à une intelligence inférieure à la

moyenne. Il s'agirait d'une anomalie du développement cérébral sans cause neurologique (M.Mazeau, 2010). On peut observer chez l'enfant dyspraxique une lenteur et des difficultés dans la réalisation et l'automatisation de séquences motrices volontaires qui lui sont inculquées pour interagir avec son environnement. Que ce soit lors de la conceptualisation, la planification ou l'exécution de la tâche, l'enfant dyspraxique rencontre des difficultés tant dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, la participation sociale ou encore la scolarité, ce qui impacte sa qualité de vie. (M.Mazeau, 2013).

1.1.3 Classification de la dyspraxie

Deux systèmes internationaux sont utilisés pour classifier l'ensemble des maladies. Le premier est la classification internationale des maladies ou CIM qui en est à sa dixième révision. Cette dernière est supervisée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ce système classe la dyspraxie comme « un trouble cognitif spécifique des apprentissages et plus exactement en trouble spécifique du développement moteur. » (CIM-10, 2006). Prochainement la onzième édition de la classification internationale des maladies sera présentée à l'assemblée mondiale de la santé.

Le deuxième système auquel on se réfère est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM dont l'association américaine de psychiatrie a publié la cinquième édition en 2013. Celui-ci qualifie la dyspraxie de trouble moteur et plus précisément neurodéveloppemental. Le terme adopté est celui de trouble développemental de la coordination ou TDC (DSM-5, 2013).

1.1.4 Différents types de dyspraxie

Différents types de dyspraxies sont mis en évidence par les recherches cliniques (L. Vaivre-Douret, 2008). Plusieurs types de dyspraxies sont souvent associés entre eux ou à d'autres troubles dys- c'est pour cela que je fais le choix de traiter le sujet de la dyspraxie développementale de manière globale.

La dyspraxie idéatoire

Elle s'observe dans le cas où l'enfant éprouve des difficultés à enchaîner chronologiquement les étapes dans la réalisation du geste pour manipuler l'objet. Ce trouble impacte l'utilisation d'objets utilisés dans les activités de la vie quotidienne notamment les soins personnels mais aussi dans l'utilisation des outils scolaires.

La dyspraxie idéomotrice

Elle entrave la planification du mouvement. Elle se manifeste par un trouble de l'organisation du geste moteur, en l'absence d'utilisation réelle de l'objet. L'enfant n'arrive pas à imiter, mimer une action normalement réalisée avec un objet ou non.

La dyspraxie de l'habillement

Elle est à distinguer des soucis éducatifs. L'apprentissage de l'habillement est long et complexe et s'étend jusqu'à l'âge de 6 à 8 ans en moyenne. Les enfants atteints de ce trouble ont de réelles difficultés à s'habiller seuls que ce soit pour agencer, orienter ou disposer les vêtements, pour boutonner, utiliser une fermeture éclair ou encore faire les lacets. La dyspraxie de l'habillement a donc un réel impact sur l'apparence de l'enfant qui peut se présenter avec des vêtements mal disposés sur lui.

La dyspraxie visuo-constructive

Ce type de dyspraxie rend les activités d'assemblage ou encore de constructions très complexes comme les lego, les cubes à empiler. Des difficultés à distinguer la droite de la gauche sont également observées chez bon nombre d'enfants atteints de ce type de dyspraxie.

La dyspraxie visuo-spatiale

Il s'agit d'un trouble de l'organisation et de la structuration spatiale. Le trouble de l'organisation gestuelle est fréquemment associé à un trouble du regard mais pas nécessairement de la vision. C'est l'organisation de la motricité des globes oculaires qui est problématique. L'enfant éprouve des difficultés à explorer

l'espace sur un plan fixe, à trouver des objets et à fixer une cible. Il est également difficile de suivre du regard une cible mobile ou encore de reproduire un modèle ou un dessin sur un plan à deux dimensions comme une feuille ou un tableau.

La dyspraxie bucco-linguo-faciale

Ce trouble se manifeste par des difficultés lors de la réalisation de gestes impliquant les organes de la phonation et du visage comme la langue ou les lèvres. L'enfant ne parvient donc pas aisément à siffler, souffler, tirer la langue ou encore déglutir.

1.1.5 Les manifestations de la dyspraxie sur le quotidien de l'enfant

Jusqu'à 4 ans, bien que le développement moteur soit acquis dans un délai normal ou dans les limites de la normale, on peut observer chez le futur enfant dyspraxique des difficultés et un retard dans les activités où la coordination visuomanuelle est requise comme la manipulation de cubes, les encastresments, le graphisme, le coloriage.

Globalement l'enfant dyspraxique, peu importe son âge, montre un comportement lent, souvent qualifié de maladroit et peu autonome. La mise en échec entraîne un assistantat des proches et une instabilité motrice réactionnelle.

Les soins personnels

Les difficultés observées au quotidien concernent bon nombre de domaines. Dans les soins personnels comme les repas, la toilette, l'habillement, l'enfant est souvent assisté par les parents. A table, il lui arrive de renverser des choses, d'avoir des difficultés dans l'utilisation des couverts, de mettre des aliments à côté de son assiette. L'habillement est également complexe pour l'enfant dyspraxique. En effet ce dernier peut rencontrer des difficultés pour orienter ses vêtements lors de l'enfilage, mais également pour boutonner ou déboutonner, utiliser une fermeture éclair ou encore faire ses lacets. La toilette est également problématique. Il peut être difficile pour l'enfant dyspraxique d'orienter son corps dans l'espace, se savonner et se rincer, ou encore mettre du dentifrice sur sa brosse à dents et l'utiliser.

Les loisirs et la participation sociale

Dans le domaine des loisirs et de la participation sociale, on peut observer un décalage avec les autres enfants du même âge. L'apprentissage des habiletés motrices est plus long et laborieux. Trouver son équilibre et pédaler sur un vélo nécessite un bon équilibre et des capacités de coordination élaborées qui sont déficitaires chez l'enfant dyspraxique. Il en est de même pour la nage. Du fait de ses difficultés et de sa mise en échec fréquente, il préfère fuir les activités sportives qui permettent pourtant à bon nombre d'enfants de s'épanouir. (L. Vaivre-Douret, 2008). En comparaison avec d'autres enfants du même âge, l'enfant atteint de troubles de la coordination montre une participation sociale moins élevée. (Sylvestre, A., Nadeau, L., Charron, L., Larose, N., & Lepage, C., 2013).

La scolarité

Les difficultés scolaires sont souvent le point de départ de la prise en charge. On peut observer des difficultés pour dessiner, découper ou encore coller. L'enfant dyspraxique montre également une gêne pour recopier un texte avec une écriture lente et un trouble de l'orientation visuo-spatiale lors du placement des lettres par rapport aux lignes. Les cahiers sont souvent peu soignés, sans structure apparente et comportent bon nombre de ratures. Si l'enfant est atteint de dyspraxie visuo-spatiale, les mathématiques sont également compliquées notamment lors de la pose et la résolution d'opérations de calculs, ou encore l'élaboration de graphiques ou tableaux. (L. Vaivre-Douret, 2008)

L'impact de la dyspraxie sur le comportement de l'enfant

L'enfant dyspraxique fait souvent preuve de peu d'initiative. Il se rend compte de son échec. Une grande énergie est requise pour compenser ses difficultés, ceci entraîne un comportement souvent lent dû à la fatigue. Les mises en échec répétitives entraînent une « perte importante de l'estime de soi pouvant engendrer un désarroi favorisant l'anxiété et la tristesse, avec souvent l'apparition d'un état dépressif. » (L.Vaivre-Douret, 2008). Il est fréquent que l'enfant s'isole ou soit mis de côté par les autres lors des jeux réalisés en récréation, à cause de sa maladresse. Son entourage le perçoit comme maladroit, lent, parfois paresseux.

Une enquête exploratoire à laquelle quatre ergothérapeutes libérales ont répondu rapporte que chacune d'entre elles prend en charge des enfants dyspraxiques ayant une faible estime d'eux-mêmes (Annexe I). L'une d'elles dit que nombreux de ses patients « qui ont un bon niveau intellectuel ont souvent une mauvaise estime en lien avec le décalage entre ce qu'ils aimeraient faire et ce qu'ils parviennent à faire. » L'impact de cette faible estime est que l'enfant « manque de confiance en soi », a « moins d'engagement dans les activités motrices car il n'ose pas se mettre en échec » et souffre d'un « isolement avec les pairs. » En effet « nombreux sont ceux qui sont mis de côté au moment des jeux de groupe. »

1.1.6 Le diagnostic

L'importance du diagnostic n'est pas négligeable. Une fois le diagnostic établi, la prise en charge pluridisciplinaire peut commencer et les aides dont peuvent bénéficier les parents de l'enfant dyspraxique peuvent être demandées. L'école est souvent le point de départ, en effet ce sont généralement les professeurs qui orientent les parents vers des professionnels de santé suite à une constatation de troubles du graphisme et de difficultés lors des différentes activités. La pose du diagnostic s'effectue après réalisation de différents types de bilans médicaux, psychométriques et paramédicaux.

Le bilan médical fait un diagnostic différentiel, il recherche les signes d'appel et les répercussions des troubles dans la vie de l'enfant. Le psychologue effectue les tests psychométriques évaluant les aptitudes intellectuelles nécessaires au processus d'apprentissage. Les résultats chez l'enfant dyspraxique montrent des capacités verbales supérieures aux capacités non verbales.

Les bilans paramédicaux sont utilisés pour avoir une meilleure précision du diagnostic. Les orthophonistes effectuent des bilans centrés sur les capacités de langage orales et écrites, sur le raisonnement logico-mathématique. Les orthoptistes se penchent sur les stratégies d'exploration visuelle, la coordination oculo-manuelle, les fonctions visuo-spatiales. Les psychomotriciens quant à eux évaluent la motricité globale, la représentation du corps dans l'espace, la latéralité et le vécu psychoaffectif de l'enfant. Les ergothérapeutes commencent généralement l'évaluation par un entretien avec les parents qui relatent les difficultés de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne et la scolarité. Ensuite

différents bilans concernant les fonctions sensori-motrices, visuo-spatiales, visuo-constructives et les praxies sont réalisés. L'enfant est observé pendant la réalisation des différents tests afin d'évaluer sa posture, sa fatigabilité, son degré d'attention, les compensations qu'il met en place. C'est obligatoirement un médecin qui pose le diagnostic après consultation des compte-rendu des différents professionnels. Il s'agit souvent d'un neuropédiatre.

1.2 L'ergothérapie

1.2.1 Généralités et définitions

L'ergothérapeute est un professionnel de santé dont la pratique est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Ce professionnel de santé peut faire le choix entre une activité salariale ou libérale. En 2017, on compte 11 216 ergothérapeutes en France dont 10,8% exercent en libéral. Le large champ d'action de l'ergothérapeute lui permet de travailler dans des lieux d'exercice qui sont très variés mais s'inscrivent globalement dans trois domaines qui sont la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Il peut donc exercer entre autres en centres hospitaliers, en psychiatrie, en centres pénitentiaires, centres de rééducation, établissements accueillants des personnes âgées dépendantes, entreprises, soins palliatifs, centres médico-sociaux, associations de soins et maintien à domicile, services de soins à domicile, en libéral ou encore auprès de revendeurs de matériel médical.

L'ergothérapie a pour objectif « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. » (ANFE, 2017). En effet le handicap peut rendre la réalisation d'activités problématique et avoir un impact direct sur la qualité de vie de la personne. L'ergothérapeute a également un rôle dans la participation aux actions de promotion de santé, de prévention ou d'enseignement destiné aux populations sujettes à la perte d'autonomie.

L'ergothérapeute est un professionnel de l'activité, il semble important de rappeler que l'activité est « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations ». (S.Meyer, 2013). L'occupation est « un groupe

d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs. » (S.Meyer, 2013).

Selon l'OMS, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

1.2.2 Histoire de l'ergothérapie

Toujours selon l'ANFE, des médecins psychiatres Nord-Américain sont à l'origine de l'ergothérapie, au début du XXème siècle. En effet ces derniers utilisent l'activité comme thérapie et le terme d' « occupational therapy » émerge. Il faut attendre les années 50 pour que l'ergothérapie arrive en France grâce à un programme de développement de l'OMS, suite aux deux guerres mondiales. Dans les années 70 l'ergothérapie trouve sa place dans le domaine fonctionnel. C'est dans ces années que le concept de handicap émerge et que le lien est établi entre la personne, l'activité et l'environnement dans un contexte social donné, ce qui donne toute sa place à l'ergothérapeute. La profession évolue encore grâce aux actions de santé, aux progrès médicaux et aux nouvelles technologies qui tentent de combler la demande face au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'espérance de vie et aux nouvelles pathologies.

1.2.3 Législation

La profession est réglementée par le code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331-1) dans la partie législative, quatrième partie, livre III, titre III, chapitre premier. Les ergothérapeutes suivent les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé (HAS). Les ergothérapeutes exercent après avoir validé les dix compétences définies par l'arrêté du 5 juillet 2010 (Legifrance, 2010) au cours de leurs trois années de formation. La formation est composée de six semestres validés par l'obtention de trente crédits chacun. Des stages viennent compléter la formation théorique au cours des trois années. En tant que professionnels paramédicaux, ils interviennent sur prescription médicale.

1.2.4 L'ergothérapeute auprès de l'enfant dyspraxique

Dans le secteur pédiatrique, l'ergothérapeute trouve sa place dans le développement de l'autonomie et l'indépendance fonctionnelle des enfants dans leur vie quotidienne et scolaire, il cherche à obtenir une participation et une qualité de vie optimales à l'aide de différents médias comme le jeu. (Léger et Breton, 2007). Il participe à la pose du diagnostic en évaluant la motricité de l'enfant, ses praxies, ses fonctions visuo-spatiales, sensorielles et organisationnelles. Il élabore un plan de traitement qui n'est pas figé et évolue tout au long de la prise en charge. L'ergothérapeute s'intéresse à l'enfant de manière globale en prenant en compte son environnement. Pour une prise en charge optimale de l'enfant dyspraxique, il est important d'avoir le soutien de sa famille et des personnes qui l'accompagnent dans le milieu scolaire.

Dans la prise en charge rééducative de l'enfant dyspraxique, il est conseillé d'utiliser des outils ludiques ou écologiques pour que la participation occupationnelle et la motivation de l'enfant soient sollicitées au maximum. La rééducation cognitive est centrée sur la résolution de problèmes, l'organisation spatiale ou encore la planification. La rééducation motrice vise à développer les habiletés gestuelles, la motricité globale et fine. La rééducation peut également être sensorielle ou visuo-spatiale. La prise en charge vise à automatiser certains gestes du quotidien ou développer les stratégies de compensation comme la verbalisation et le séquençage des règles qui permettent à l'enfant d'acquérir davantage d'indépendance. L'enfant grâce à ces stratégies parvient à identifier les difficultés de son quotidien et à les contourner (Lefevre et Al., 2010). Le transfert des acquis dans la vie quotidienne de l'enfant lui permet d'acquérir une meilleure qualité de vie et un rendement occupationnel plus élevé grâce au développement de son autonomie et de son indépendance. Les bénéfices sont applicables dans les activités de la vie quotidienne mais également dans la vie scolaire et les loisirs de l'enfant. La réadaptation vise à compenser les incapacités résiduelles de l'enfant dyspraxique afin de lui permettre d'acquérir la meilleure autonomie et indépendance possible dans sa vie quotidienne. La réadaptation, lorsqu'elle est précoce permettrait à l'enfant dyspraxique d'acquérir des outils adaptés pour faire face aux difficultés rencontrées ou même d'éviter celles-ci (Breton, Léger, 2007). Il peut s'agir d'aménager l'environnement que ce soit le domicile ou l'environnement

scolaire, de préconiser des aides techniques notamment des outils scolaires adaptés ou un ordinateur pour pallier les difficultés liées à l'écriture.

1.3 Les modèles conceptuels en ergothérapie

1.3.1 Définition et généralités

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (M.C. Morel-Bracq, 2017). L'ergothérapeute dispose ainsi d'outils théoriques afin d'orienter et justifier sa pratique, de guider sa pratique notamment dans des situations complexes.

Dans un contexte où l'on cherche à développer la profession, justifier ses choix, il paraît important de pouvoir s'appuyer sur un cadre de référence et des outils validés. Les différents modèles conceptuels ont des approches variées. L'accent est mis sur la prise en charge de la personne dans sa globalité. Certains outils d'évaluation liés aux modèles conceptuels permettent aux professionnels d'évaluer afin de poser un diagnostic ergothérapeutique et proposer des objectifs.

1.3.2 Les différentes catégories de modèles

Les modèles conceptuels sont classés en différentes catégories. Les modèles généraux regroupent des modèles interprofessionnels et des modèles élaborés par des ergothérapeutes. Les modèles interprofessionnels généraux sont le modèle de résolution de problèmes, les modèles du handicap (biomédical et bio-psycho-social : CIH, CIF, PPH), le modèle humaniste et le modèle systémique. Les modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes sont le modèle écologique de la performance occupationnelle (PEO), le modèle personne – environnement – performance (PEOP), le modèle de l'occupation humaine (MOH), le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), le modèle KAWA, le modèle de compétence et le modèle australien de la performance occupationnelle (OPM : A).

Les cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence sont également classés selon s'ils sont interprofessionnels ou élaborés par des ergothérapeutes. Les interprofessionnels sont les modèles biomécanique, neuro-développemental, cognitif, psychodynamique, comportemental, cognitivo

comportemental et interactif. Ceux élaborés par les ergothérapeutes sont le cadre conceptuel du groupe terminologie ENOTHE, le modèle du processus d'intervention en ergothérapie, le modèle ludique et l'approche CO-OP.

1.3.3 Les modèles conceptuels et approches théoriques en pédiatrie

Afin de guider mes recherches et cibler quels modèles développer dans ma problématique pratique, j'ai fait le choix de mener une enquête exploratoire (Annexe I). Celle-ci révèle que sur quatre ergothérapeutes exerçant en libéral et prenant en charge des enfants dyspraxiques, trois utilisent les modèles conceptuels dans leur pratique. Deux d'entre elles utilisent le Processus de Production du Handicap (PPH) et le Modèle Canadien de Rendement et Engagement Occupationnel (MCREO). Parmi ces deux ergothérapeutes, une souhaiterait se former à l'approche CO-OP. Une autre ergothérapeute utilise le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Le modèle ludique quant à lui, bien que non évoqué dans l'enquête exploratoire, émerge de nombreux écrits. Il permet de donner au jeu toute sa place et de privilégier le rôle actif de l'enfant grâce à cette activité incontournable (Yanez, Vauville-Chagnard, 2017). Le MOH, le PPH, le MCREO, le modèle ludique et l'approche CO-OP sont donc choisis pour être brièvement présentés dans cette partie.

Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Ce modèle développé par Gary Kielhofner s'intéresse aux interactions entre la personne, les motivations de celle-ci, ses habitudes de vie et ses rôles, ses capacités et l'environnement dans lequel elle évolue pour réaliser des activités. L'engagement de la personne dans les activités signifiantes et significatives est une des priorités de ce modèle. En effet G. Kielhofner définit l'homme comme un être occupationnel et précise que « c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont » (Morel-Bracq, 2017). Ce modèle s'appuie principalement sur l'être, l'agir et le devenir dans un contexte environnemental donné (Annexe II). L'être se compose de trois sous-parties qui sont la volition soit les valeurs de la personne, ses centres d'intérêt, sa causalité personnelle ou sentiment d'efficacité, l'habitation soit les habitudes et rôles de la personne et la capacité de performance ou capacité de rendement. Trois niveaux composent

l'Agir. Il s'agit de la participation occupationnelle (engagement de la personne), la performance occupationnelle (ou rendement occupationnel, réalisation de toutes les tâches de la participation) et enfin des habiletés de la personne qu'elles soient motrices, opératoires, de communication lors d'actions observables. Le devenir n'est que la suite logique, il s'agit des conséquences de l'agir. En effet la participation occupationnelle permet de se construire une identité occupationnelle ainsi que des compétences occupationnelles qui permettront à la personne de s'adapter pour évoluer dans l'environnement dans lequel il se situe. Outre le fait qu'il permette de s'appuyer sur des données probantes, bon nombre d'outils sont issus du modèle de l'occupation humaine. Ceci offre un large choix aux professionnels qui le mettent en pratique. Malgré ce panel d'outils, l'importance du profil occupationnel peut rendre d'utilisation difficile auprès de patients ayant peu de motivation, un profil dépressif ou une crainte de l'échec. Il peut alors tout à fait être complété par d'autres modèles occupationnels.

Le processus de production du handicap (PPH)

Le modèle de production du handicap de 1998 a été repris en 2010 par Patrick Fougeyrollas. Il s'appuie sur une première version issue du modèle anthropologique du développement humain (MDH). Le PPH se base sur l'idée que « le degré de difficulté, le type d'aide requis et le niveau de réalisation des habitudes de vie d'une personne ou d'une population indiqueront si elle expérimentera des situations de participation sociale ou de handicap » (More-Bracq, 2017). La version proposée en 2010 est plus complète et récente (Annexe III). Elle s'intéresse à l'interaction ou flux temporel entre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Les facteurs personnels comprennent les facteurs identitaires qui peuvent être facilitateurs ou obstacles, les systèmes organiques allant d'intégrité à déficience et les aptitudes allant de capacité à incapacité. Les facteurs environnementaux sont déclinés en trois sous parties qui sont macro, micro et méso, chacun pouvant être facilitateur ou obstacle. Le macro environnement correspond au niveau sociétal, le micro environnement à l'environnement personnel et enfin le méso environnement qui est l'environnement communautaire. Les habitudes de vie englobent les activités courantes et les rôles sociaux de la personne qui peuvent induire une participation sociale ou une situation de handicap. Ce modèle permet surtout de comprendre et

analyser une situation complexe afin de ne rien négliger. Il permet d'avoir une vision globale de la personne. Certains outils sont issus de ce modèle mais ce n'est cependant pas un modèle d'intervention.

Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)

Ce modèle élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes met en avant le rôle des ergothérapeutes et vise à favoriser les occupations et l'engagement occupationnel de la personne. Ce modèle se base sur une approche top-down. L'approche top-down est descendante, elle « part du postulat que la performance naît d'une interaction entre la personne, ses activités et son environnement » (Perrault, 2016). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), en se basant sur la personne, permet à l'ergothérapeute de définir ses objectifs de traitement et faire une évaluation de l'évolution de la performance et la satisfaction occupationnelles du patient. Le lien entre la personne, ses occupations, son environnement et le sens qu'elle donne à sa vie est étudié (Annexe IV). L'occupation est au centre de ce modèle. « Les occupations affectent la santé et le bien-être des personnes, donnent un cadre temporel et structurant, donnent un sens à la vie » (Morel-Bracq, 2017). Afin que la prise en charge soit pleinement centrée sur le patient, il est impératif de se baser sur la subjectivité de la personne, ses besoins et ses désirs. Les activités sont classées en trois catégories qui sont les soins personnels, les loisirs et la productivité. Différentes dimensions définissent la personne, il s'agit des dimensions affective, physique, cognitive et spirituelle. L'environnement quant à lui peut être physique, social, culturel ou encore institutionnel. Récemment l'habilitation et l'engagement dans l'activité sont mis en avant. La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation issu de ce modèle et utilisable auprès de la population pédiatrique. Cette évaluation permet à l'ergothérapeute de définir des objectifs, en collaboration avec le patient, et d'observer l'évolution du rendement et de la satisfaction de la personne dans ses activités prioritaires en reproduisant ultérieurement l'évaluation. Cet outil a pour finalité d'accroître l'engagement et la participation occupationnels. Bien que l'émergence des problèmes puisse être difficile pour le patient, ce modèle permet

d'agir sur le quotidien de la personne et de renforcer son engagement dans l'occupation.

L'approche CO-OP

Elaborée par Helene Polatajko, l'approche Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) est créée à l'origine pour le domaine pédiatrique, plus précisément pour les enfants avec troubles de l'acquisition de la coordination avant de s'étendre à d'autres populations. Tout comme le MCREO, l'approche CO-OP se base sur une approche dite top-down. Dans les approches top-down, « le thérapeute ne cherche pas à restaurer une fonction déficitaire, mais bien à permettre à la personne de s'appuyer sur ses ressources existantes pour atteindre un objectif où le rôle et les motivations de la personne sont pris en compte » (Perrault, 2016). L'approche CO-OP est étroitement liée au MCREO dans le sens où elle est centrée sur la personne et ses problèmes occupationnels. Elle souligne que l'enfant a besoin de participer aux activités quotidiennes typiques de l'enfance pour son développement. En cas de non participation, il peut y avoir un isolement social et une diminution de la qualité de vie de l'enfant. La prise en charge avec l'approche CO-OP « permet à l'enfant de choisir les activités qui sont importantes pour lui et ainsi d'accroître sa motivation et son engagement dans les soins » (Morel-Bracq, 2017). Les objectifs de cette approche ne s'étendent pas seulement sur le temps d'accompagnement, ils visent à permettre un transfert des acquis vers de nouvelles tâches de la vie quotidienne grâce à l'acquisition de compétences et l'utilisation de stratégies cognitives. La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel et l'échelle de cotation de la performance occupationnelle (Performance Quality Rating Scale ou PQRS) sont les deux outils d'évaluation rattachés à cette approche qui permettent d'effectuer le choix des activités prioritaires pour l'enfant et d'orienter la prise en charge. Bien qu'il soit nécessaire que l'enfant soit conscient de ses troubles pour utiliser cette approche, elle « permet une amélioration effective de la performance occupationnelle et de la participation » (Morel-Bracq, 2017).

Le modèle ludique

Ce modèle s'adresse à l'origine à une population pédiatrique présentant une déficience physique importante. L'enfant est maître de sa prise en charge et

est abordé dans sa globalité, en tenant compte de sa personne, ses intérêts et son environnement pour améliorer sa qualité de vie ainsi que celle de ses parents. Le jeu est défini selon trois aspects qui sont l'intérêt, l'attitude et l'action. Le jeu entraîne ainsi du plaisir lors de l'action et une capacité d'agir qui entraînent à leur tour autonomie et bien-être (Annexe V) (Morel-Bracq, 2017). Il est considéré comme l'activité significative de l'enfance qui lui permet de se développer, de devenir autonome et de créer des liens avec ses pairs. Ce modèle peut être appliqué dans une séance de groupe comprenant deux à trois enfants. Le rendement n'est pas recherché, l'activité ludique a pour objectif d'attiser la curiosité, le plaisir et la spontanéité. Pour cela le thérapeute doit s'adapter, être créatif tout en respectant le caractère ludique de la situation. Le potentiel thérapeutique du jeu est mis en avant grâce à une grille d'analyse de l'activité. Le développement de la capacité d'agir est important, que ce soit lors d'activités habituelles ou lors d'activités qui nécessitent une adaptation ou une réaction face à une difficulté ou à l'impossibilité d'agir. Deux outils d'évaluation sont issus du modèle ludique. Il s'agit de l'entretien avec les parents ainsi que de l'évaluation du comportement ludique afin de récolter les informations nécessaires.

Deux des modèles précédemment présentés se basent sur des approches dites top-down. En effet l'approche CO-OP ainsi que le MCREO s'inspirent de ces approches. Tous deux sont utilisés en pédiatrie et présentent une approche descendante. L'accent porté sur les activités signifiantes semble intéressant à développer auprès des enfants dyspraxiques. En effet ceux-ci rencontrent des difficultés dans la réalisation d'activités en milieu écologique.

Une mauvaise estime de soi est un frein à la réalisation d'activités et est responsable d'un mal-être de l'enfant en pleine construction identitaire. De ce fait il semble important, en tant qu'ergothérapeute, de contribuer à une amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique.

Les recherches effectuées m'ont conduite à une question de recherche à laquelle je tenterai de répondre dans cette étude : « **Quel est l'apport des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi des enfants dyspraxiques en ergothérapie ?** »

II. Problématique théorique

Dans l'objectif d'aboutir à une réponse à ma question de recherche, je m'intéresse à l'approche CO-OP à la qualité de vie et théorie des besoins et enfin au concept d'estime de soi. Les recherches effectuées me permettent d'apporter des connaissances théoriques pour la création de mon outil de recherche.

2.1 L'approche CO-OP

Dans l'objectif d'aboutir à une réponse à ma question de recherche, je m'intéresse à l'approche CO-OP. La théorie des besoins est ensuite étudiée et permet de faire émerger le concept d'estime de soi. Les recherches effectuées me permettent d'apporter des connaissances théoriques pour la création de mon outil de recherche.

2.1.1 Une approche top-down

L'approche CO-OP est une approche top-down, et donc descendante. Les approches top-down ont pour objectif d'améliorer la performance occupationnelle et contrairement aux approches bottom-up, elles ne se concentrent pas sur le déficit.

Les approches top-down se décomposent en modèles centrés sur la tâche et en modèles cognitifs. L'intervention sur les tâches spécifiques suppose qu'il faut enseigner l'activité en décomposant la tâche afin de faire un apprentissage étape par étape. Les modèles cognitifs ont pour objectif de guider la personne à trouver ses propres stratégies de résolution de problèmes. Le thérapeute est présent pour guider la personne sans pour autant faire à sa place. Cet apprentissage permet à la personne d'acquérir une meilleure performance occupationnelle dans les activités ciblées mais également d'adopter un comportement qui lui permettra à l'avenir de trouver des solutions et s'adapter face à de nouvelles situations problématiques. Les approches top-down semblent donc pertinentes à utiliser dans la prise en charge des enfants dyspraxiques, dans la mesure où cela leur

permet d'acquérir une autonomie suffisante et des compétences pour surmonter les difficultés futures liées à leur handicap.

2.1.2 Champ épistémologique

Au fondement de cette approche, des postulats ont été émis. Selon l'élaboratrice, « il est essentiel de reconnaître que réussir à participer dans les activités quotidiennes de l'enfance est nécessaire au bon développement de l'enfant. » (Morel Bracq, 2017). Ces activités comprennent également la participation aux jeux avec d'autres enfants pour créer des liens sociaux et avoir un sentiment d'appartenance. Le fait de ne pas participer aux activités typiques de l'enfance peut selon l'auteur, conduire l'enfant à une exclusion sociale pouvant grandement l'affecter et avoir un impact négatif sur sa qualité de vie. Dans l'approche CO-OP la performance occupationnelle est un moyen et un but à atteindre. Cinq principes ont été établis, il s'agit du besoin de l'enfant à réussir les activités typiques de l'enfance, avoir une approche basée sur des preuves scientifiques, utiliser des théories contemporaines pour ne pas rester sur les thérapies traditionnelles, cibler l'activité et la participation et enfin pratiquer au plus près du contexte écologique de l'enfant. Le fait que l'approche soit centrée sur la personne et qu'elle participe activement à l'élaboration du plan de traitement permet d'accroître la motivation à apprendre. Des techniques utilisées dans cette approche visent à faciliter l'apprentissage, particulièrement l'apprentissage moteur.

2.1.3 Champ téléologique

Quatre objectifs sont établis dans le champ téléologique de cette approche. Il s'agit d'acquérir des compétences, d'utiliser des stratégies cognitives, de généraliser l'apprentissage au delà du temps d'accompagnement et de transférer l'apprentissage vers de nouvelles tâches des activités de la vie quotidienne. Cette approche a pour évaluation finale « la généralisation et le transfert des apprentissages » (Morel-Bracq, 2017).

2.1.4 Champ ontologique

Aujourd'hui cette approche s'étend à une large population, mais reste majoritairement utilisée dans le domaine pédiatrique pour lequel elle a été créée. Elle peut être pratiquée après que le thérapeute ait été formé afin d'être certifié.

2.1.5 Champ méthodologique

La personne, voire son entourage, est actrice de sa prise en charge. En effet celle-ci fait émerger les activités qui lui sont problématiques. Ceci d'identifier quelles sont les difficultés dans la réalisation de ces activités ainsi que les stratégies qui peuvent être mises en place pour tenter de les résoudre. Les stratégies cognitives sont mises en avant dans l'approche CO-OP. En effet elles permettent de renforcer l'acquisition de compétences ainsi que leur généralisation et leur transfert. Le thérapeute initie les stratégies et méthodes pour résoudre les problèmes liés aux activités puis laisse l'enfant pousser la recherche et s'approprier les techniques qui lui conviennent le mieux. Il est donc pleinement acteur de sa prise en charge. Les théories de l'apprentissage et les expériences vécues sont d'importants supports de la prise en charge avec l'approche CO-OP afin de répondre aux besoins de l'enfant.

2.1.6 Outils utilisés dans l'approche CO-OP

Différents outils sont utilisés dans l'approche CO-OP. Les activités proposées sont analysées selon l'Analyse Dynamique de la Performance (DPA). Deux évaluations sont attachées à cette approche, il s'agit de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et du Performance Quality Rating Scale (PQRS).

L'Analyse Dynamique de la Performance (DPA)

Cet outil permet d'effectuer une analyse de l'activité. L'analyse dynamique de la performance a été créée spécialement pour cette approche. L'idée principale est que « la performance optimale est le produit de l'interaction de la personne, de l'environnement et de l'occupation » (Morel-Bracq, 2017). Ces trois entités sont centrales dans l'approche CO-OP ainsi que dans le MCRO.

L'analyse est importante pour l'apprentissage moteur de l'enfant dyspraxique. Elle comprend l'analyse motrice des processus neuromoteurs, des schèmes moteurs, des stratégies mises en place ou encore des actions réalisées. La nature de l'activité est également importante ainsi que l'analyse des compétences motrices telles que le positionnement du corps, la manipulation d'objets, la structuration de la tâche et l'environnement.

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)

La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel a été créée au Canada en 1991. La dernière version est celle de 2014. C'est un bilan élaboré par des ergothérapeutes. La MCRO se présente sous la forme d'un entretien semi-directif destiné aux enfants de plus de 8 ans et aux adultes, quelle que soit leur pathologie. La durée de passation est d'environ 15 à 30 minutes ce qui reste relativement rapide. Cette évaluation se base sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et le Modèle du Processus d'Intervention soutenant le Rendement Occupationnel (MPRO). Cette évaluation est aussi réalisée dans le cadre de l'approche CO-OP.

L'objectif de cette évaluation est de mesurer comment la personne perçoit la nature de ses difficultés dans la vie quotidiennes. La personne identifie les problèmes qu'elle rencontre dans la réalisation des soins personnels, dans les loisirs, dans la productivité et donc la scolarité pour l'enfant. Chaque activité identifiée par la personne est ensuite notée selon son importance de 1 à 10 ce qui permet de faire émerger les 5 activités les plus importantes. Pour les 5 activités les plus importantes, la personne note son rendement, soit sa capacité à accomplir et participer à l'activité, de 1 à 10. Ensuite la personne note de 1 à 10 la satisfaction correspondant à son rendement. Des échelles sont disponibles pour les patients qui auraient des difficultés à noter l'importance de l'activité, le rendement ainsi que la satisfaction.

L'évaluation est réalisée en début de prise en charge pour permettre à l'ergothérapeute d'élaborer un processus d'intervention. En pédiatrie il est important de collaborer avec l'enfant ainsi que son entourage. Une réévaluation plus tardive sur le rendement et la satisfaction permet d'observer les progrès réalisés ainsi que l'évolution du sentiment d'efficacité de la personne.

Cette évaluation permet au patient d'être pleinement acteur de sa prise en charge en mettant en avant ses priorités et les difficultés rencontrées au quotidien. Le fait que l'évaluation soit ciblée sur les activités de la vie quotidienne permet au patient et à son entourage de comprendre le rôle de l'ergothérapeute ainsi que l'étendue de son champ d'intervention.

Le Performance Quality Rating Scale (PQRS)

Le Performance Quality Rating Scale est créé au Canada en 1998. La dernière version date de 2001. Il permet d'évaluer la performance dans la réalisation d'une activité et est réalisé par le thérapeute. Il peut être utilisé avec tout type de population, peu importe l'âge et la pathologie. Le temps de passation varie selon l'activité réalisée. Il s'agit d'une échelle de mesure de l'exécution de l'activité dont la cotation varie de 1 à 10 et est effectuée par le thérapeute.

Dans un premier temps l'activité problématique est identifiée par la personne grâce à la MCRO. Ensuite une mise en situation permet à l'ergothérapeute d'observer la réalisation de l'activité et de coter la performance du patient. Le score le plus faible est celui de 1 qui correspond au fait qu'aucun critère essentiel à l'activité n'est réalisé. Le score de 10 correspond au fait que tous les critères de l'activité sont réalisés, en tenant compte de la qualité et de la performance du patient.

L'évaluation est centrée sur la personne, peut être rapide selon l'activité réalisée et est jugée fiable. En effet il n'y a pas de changements significatifs de cotation entre différents thérapeutes. Cependant cette évaluation ne permet pas au thérapeute de cibler les pistes à approfondir en rééducation.

2.2 Qualité de vie et théorie des besoins

La théorisation des besoins fait émerger deux auteurs : Maslow et Herzberg. Tous deux sont de célèbres psychologues Américains du XXème siècle. Ils s'intéressent aux contenus motivationnels au service du développement personnel afin d'améliorer la qualité de vie. La motivation ne déclenche pas l'action mais permet de réguler continuellement et activement le comportement qui peut mener à la réalisation d'actions significatives. Herzberg oppose les sources

de motivation de façon dialectique. Maslow quant à lui classe les contenus de la motivation en besoins fondamentaux et les hiérarchise à travers une pyramide. Il semble important de développer la notion de qualité de vie afin d'avoir les éléments nécessaires à la compréhension de la pyramide des besoins proposée par Maslow.

2.2.1 La notion de qualité de vie

Le terme de qualité de vie est apparu aux Etats Unis dans la seconde moitié du XXème siècle. Les pratiques de santé actuelles visent l'amélioration de la qualité de vie du patient. La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe par la santé physique de la personne, de son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les éléments essentiels de son environnement. » (OMS, 1994). La qualité de vie influe d'une personne à une autre pour les mêmes conditions de vie. Seule la personne peut évaluer sa qualité de vie. Les ergothérapeutes, en tant que professionnels de santé ayant un large champ d'action peuvent intervenir pour permettre d'améliorer la qualité de vie du patient. Le handicap, en l'occurrence la dyspraxie, vient perturber les besoins fondamentaux de la personne ce qui impacte sa qualité de vie. Il paraît donc intéressant de développer la pyramide des besoins de Maslow.

2.2.2 La pyramide des besoins selon Maslow

La pyramide des besoins proposée par Abraham Maslow (Annexe VI) fait apparaître cinq besoins fondamentaux : les besoins physiologiques, les besoins de protection et de sécurité, les besoins d'appartenance, les besoins d'estime, les besoins de s'accomplir et donc de réalisation de soi. A la base de la pyramide se situent les besoins élémentaires, ensuite apparaissent les besoins intermédiaires et enfin ceux d'ordre supérieur. Le passage d'un niveau inférieur à un niveau supérieur nécessite la satisfaction des besoins de manière partielle ou totale. Il est

donc important que la base de la pyramide soit stable afin de pouvoir continuer l'ascension de la pyramide des besoins de manière sûre.

Maslow insiste sur le développement individuel et donc l'appel à se réaliser, à être accompli une fois le dernier besoin de la pyramide satisfait. La satisfaction d'un besoin est selon Maslow une source de motivation pour l'être humain. Les résultats des expériences peuvent être vécus comme des récompenses si le résultat est conforme aux attentes, ou comme des punitions si le résultat ne correspond pas aux attentes de la personne. Ainsi un réaménagement s'opère au niveau des besoins, cela peut être un apaisement en cas de satisfaction du besoin ou une frustration dans le cas contraire.

Les besoins physiologiques

Les besoins physiologiques sont élémentaires et forment la base de la pyramide. Leur place hiérarchique indique qu'ils sont les premiers besoins que la personne doit satisfaire afin d'accéder au niveau de besoins supérieur (Maslow 1989). Les besoins physiologiques regroupent ceux nécessaires au corps humain soit l'alimentation, l'élimination, la respiration, la chaleur, la sexualité, l'activité musculaire et neurologique ainsi que le repos. En revanche, une pathologie ou un handicap peut entraver la satisfaction de ces besoins.

Les besoins de protection et de sécurité

Ce niveau s'intéresse à la sécurité autant physique que psychologique. La suppression ou la réduction des dangers menaçant l'intégrité physique de la personne est importante. Cependant la sécurité psychologique peut être affectée par la réalisation d'expériences nouvelles. Pour dépasser cette crainte la personne doit pouvoir s'appuyer sur son environnement humain, présent pour le protéger. Les éléments facilitateurs de l'environnement social ou physique sont également rassurants. Pour satisfaire ce besoin, l'individu doit sortir de la crainte car cette dernière est pathogène.

L'enfant dyspraxique pour la satisfaction de ce besoin doit pouvoir s'appuyer sur ses proches et sur les soignants. L'ergothérapeute peut mettre en avant les éléments facilitateurs permettant à l'enfant de se sentir davantage en sécurité du point de vue psychologique et de réaliser de nouvelles expériences.

Les besoins d'appartenance

Les besoins d'appartenance comprennent également les besoins d'amour et d'affection. Ces besoins sont réciproques c'est à dire que la personne a besoin de donner mais aussi de recevoir. Le sujet ressent le besoin d'être intégré à un groupe social et de se créer une identité au sein de la société. L'exclusion ne permet donc pas la satisfaction de ces besoins.

L'enfant dyspraxique quant à lui peut rencontrer des difficultés dans la création de liens avec ses pairs, il peut être rejeté du fait de sa malhabilité dans les différentes activités notamment sportives. Dans ce cas le besoin d'appartenance n'est pas satisfait et ne permet donc pas d'accéder au niveau supérieur correspondant aux besoins d'estime.

Les besoins d'estime

Les besoins supérieurs sont ceux d'estime, que ce soit l'estime de soi ou des autres. A travers les besoins d'estime l'individu ressent un désir de reconnaissance et de valorisation pour lui même et à l'égard des autres. Le sujet a ainsi besoin de réaliser des activités, construire des projets et se fixer des objectifs en pensant par lui même. A travers la réalisation de ces derniers se trouve la recherche du sentiment d'utilité, d'acceptation et de développement de l'autonomie et de l'indépendance.

L'estime de soi de l'enfant dyspraxique est souvent faible, ce qui peut être mis en lien avec la réalisation des activités rendue difficile par le handicap et donc l'impact direct sur développement de l'autonomie et de l'indépendance de l'enfant. L'ergothérapeute dispose de compétences et de différents outils afin d'améliorer l'autonomie et l'indépendance du patient. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel entre autres permet de faire émerger les priorités du patient en ce qui concerne ses activités.

Les besoins de s'accomplir

Les besoins de s'accomplir dominent la pyramide de Maslow, ils apparaissent une fois que les précédents besoins sont satisfaits. La personne est à ce moment présent capable de s'assumer et d'être satisfaite lors de la

réalisation de différentes tâches. Ces besoins entraînent une capacité de dépassement de soi en adéquation avec une prise de conscience du potentiel de la personne. Les apprentissages sont poursuivis et la personne est en mesure de résoudre des problèmes, de composer avec les différents conseils qui lui sont donnés afin d'expérimenter de nouvelles situations. A ce stade, « l'individu est plus intégré, moins divisé et plus ouvert sur l'expérience », il est « plus autonome » (Maslow, 1968).

L'individualité de chacun est à prendre en compte, en effet le degré de satisfaction des besoins peut varier d'une personne à l'autre pour une situation donnée en fonction de différents paramètres tels que son âge, son environnement physique et social ou encore la culture à laquelle il s'apparente.

L'ergothérapeute quant à lui peut agir sur les différents niveaux de la pyramide pour conduire le patient à satisfaire les besoins correspondants et avoir une meilleure qualité de vie.

2.3 Concept d'estime de soi

2.3.1 L'estime de soi

Dans un premier temps il semble important de définir l'estime et le soi. L'estime est une opinion favorable ou une appréciation d'une personne ou d'une chose, une considération et du respect. Le soi est un pronom qui renvoie à l'individualité ou à l'identité d'une personne ou d'une chose.

L'estime de soi « est liée au soi émotionnel : il s'agit de décrire la valeur qu'une personne se donne, à quel degré elle se voit, elle même, comme précieuse, ayant de la valeur » (Guédeney, 2011).

L'estime de soi est au fondement de la personnalité. Elle se place à l'interaction des trois composantes du soi qui sont les composantes comportementale, cognitive et émotionnelle. Le comportement et la cognition sont influencés par celle-ci qui agit sur la capacité d'agir en se nourrissant de succès et est dépendante du regard que l'on porte sur nous-mêmes, ce qui fluctue. De ce fait, une bonne estime de soi est favorable à l'engagement dans l'action. L'auto-

évaluation du sujet est alors meilleure ce qui permet de se stabiliser émotionnellement.

L'estime de soi et l'affect sont étroitement liés et interagissent avec l'humeur de la personne. Un des rôles principaux de l'estime de soi est de favoriser le bien-être émotionnel.

L'estime de soi couvre « cinq dimensions chez l'enfant, il s'agit de l'aspect physique, la réussite scolaire, les compétences athlétiques, la conformité comportementale et la popularité » (André, 2005). Chaque dimension est indépendante, ce qui fait que l'enfant peut avoir une bonne estime de soi dans une dimension et à l'inverse une mauvaise estime de soi dans une autre dimension. L'importance accordée à chaque dimension varie d'un enfant à l'autre et influe donc sur l'estime de soi générale.

2.3.2 Le regard de la société

L'estime de soi est « une construction sociale. C'est à dire qu'elle se façonne à travers les interactions sociales à partir des opinions, du jugement et des actions, et ce depuis la naissance » (Doré, 2017).

Le positionnement de la personne au regard des personnes qui l'entourent est un mécanisme d'ajustement de l'estime de soi. L'intégration dans un groupe social influence l'estime de soi, en effet plus la personne pense que les autres le jugent favorablement, plus son estime de soi augmente. Un lien est établi avec le sentiment de popularité ainsi qu'avec l'approbation par autrui. Le fait d'être accepté ne renforce que peu l'estime de soi tandis que le fait d'être rejeté l'impacte considérablement. Le sentiment d'être aimé est important pour façonner l'estime de soi et est plus important que le sentiment d'être performant. La valeur que l'enfant s'accorde dépend des manifestations d'amour de son entourage et se distingue de ses performances. Ainsi un enfant qui se sent aimé et entouré pourra avoir une estime de soi correcte même si ses performances sont faibles. Le sentiment d'être jugé et évalué sur ses performances par autrui entraîne une peur de l'échec et a donc un impact sur la capacité à prendre des décisions et à agir.

2.3.3 Estime de soi et interaction avec l'environnement

Une bonne estime de soi permet d'adopter plus facilement des stratégies de résolution de problèmes, de solliciter l'entourage, de s'affirmer et de se remettre en question de manière adéquate. A l'inverse une estime de soi plus faible entraîne un repli sur soi, une autocritique excessive, une déficience de l'auto-contrôle et un évitement de la difficulté. Pour l'enfant, l'estime de soi a des répercussions sur le travail scolaire, la capacité d'agir dans ses activités de la vie quotidienne et les loisirs.

L'estime de soi sert principalement à « s'engager efficacement dans l'action » (André, 2005). Le sentiment de capacité de réussite dépend quant à lui de la confiance en soi qui est une des composantes de l'estime de soi. Une personne avec une faible estime de soi se montre moins persévérante face à la difficulté et a davantage tendance à repousser les tâches à faire dans le temps. L'échec est mal vécu par le sujet avec une faible estime de soi. Il assimile l'échec à sa valeur personnelle en se dévalorisant tandis qu'une personne avec une meilleure estime de soi a davantage de facilités à prendre du recul et analyser la cause de l'échec. L'auto-évaluation est très liée à l'estime de soi. Chacun procède à sa propre auto-évaluation, parfois inconsciemment. La personne avec une faible estime de soi procède à une auto-évaluation plutôt négative. Le lien entre faible estime de soi et risque d'état dépressif est confirmé d'après plusieurs études psychiatriques.

La problématique théorique m'a permis d'approfondir les recherches sur l'approche CO-OP et plus largement les approches dites top-down puis la théorie des besoins et enfin le concept d'estime de soi. Ces recherches mettent en évidence des éléments utiles à l'ergothérapeute afin d'accompagner l'enfant dyspraxique qui peut avoir une faible estime de soi. La théorie des besoins permet de prioriser les actions pour aider l'enfant à s'accomplir. Les recherches font également émerger l'importance de l'entourage social de l'enfant dans la construction de son estime de soi. Cette dernière est très en lien avec la capacité d'agir et l'engagement occupationnel ce qui justifie la contribution de l'ergothérapeute dans l'amélioration de l'estime de soi.

III. Méthodologie

Après avoir développé mes problématiques pratique et théorique, je vais à présent aborder la méthodologie permettant de répondre à ma question de recherche. J'ai donc choisi une méthode, défini la population concernée et enfin élaboré un outil à partir d'une matrice théorique.

3.1 Choix de la méthode

Ma question de recherche intitulée « Quel est l'apport des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi des enfants dyspraxiques en ergothérapie ? » m'a conduite à développer l'approche CO-OP, le concept de qualité de vie comprenant la théorie des besoins selon Maslow et enfin le concept d'estime de soi. Les termes de ma question de recherche s'intéressent à des données qualitatives et non quantitatives. En effet je souhaite obtenir des retours sur les résultats comportementaux découlant d'une pratique, en l'occurrence l'utilisation des approches top-down dans la prise en charge ergothérapique des enfants dyspraxiques.

La réalisation d'entretiens élaborés à partir d'une matrice théorique est une méthode qualitative. Elle me permet d'analyser le contenu de chaque entretien de manière approfondie en m'appuyant sur les recherches menées lors des problématiques pratique et théorique.

3.2 Choix de la population

Je fais le choix de réaliser des entretiens avec des ergothérapeutes. Les critères établis me permettent de définir au préalable quels professionnels contacter afin de rendre les entretiens pertinents et constructifs dans le cadre de cette initiation à la recherche.

Critères d'inclusion

- Ergothérapeute pratiquant en France ou en Suisse

- Ergothérapeute prenant en charge des enfants présentant une dyspraxie développementale avec ou sans troubles associés
- Ergothérapeute ayant des échanges avec l'entourage de l'enfant
- Ergothérapeute utilisant une approche top-down dans la prise en charge

Critères de non inclusion

- Ergothérapeute ne pratiquant pas en France ou en Suisse
- Ergothérapeute ne prenant pas en charge d'enfants présentant une dyspraxie développementale avec ou sans troubles associés
- Ergothérapeute n'ayant pas effectué au moins un entretien avec l'entourage de l'enfant
- Ergothérapeute n'utilisant pas d'approche top-down

3.3 Elaboration de l'outil de recherche

3.3.1 Choix de l'outil

Le support de la méthode de recherche utilisée est l'entretien semi-directif. Il est composé de cinq questions ouvertes comprenant chacune des questions de relance pour apporter éventuellement les éléments manquants. Cette méthode permet de laisser les personnes interrogées s'exprimer sur le sujet tout en ciblant certains points plus précis.

3.3.2 Elaboration de la matrice théorique

La matrice théorique est élaborée à partir d'indicateurs et de critères. Ces éléments sont issus de l'approche CO-OP, de la théorie des besoins et du concept d'estime de soi précédemment développés dans la partie consacrée à la problématique théorique (Annexe VII). Les auteurs choisis sont Helene Polatajko, qui n'est autre que l'élaboratrice de l'approche CO-OP, Abraham Maslow qui est à l'origine de la théorie des besoins et enfin Christophe André, psychiatre et psychothérapeute mentionné dans de nombreux ouvrages traitant de l'estime de soi. Les critères reprennent les thèmes et idées sous-jacentes des théories choisies. Les indicateurs sont davantage centrés sur le contenu. Les indices

élaborés à partir de ces derniers éléments sont en lien direct avec mon thème de recherche et ma problématique pratique.

3.3.3 L'entretien

Elaboration de l'entretien

L'entretien (annexe VIII) commence avec une brève introduction sur le thème de mon étude. Je n'expose pas la totalité des éléments afin de ne pas créer de biais, je choisis donc de ne pas parler du lien avec l'estime de soi. Les questions suivantes sont plus générales et servent à confirmer mes critères d'inclusion avant la poursuite de l'entretien.

Les cinq questions ouvertes de l'entretien sont ensuite posées. Si besoin les questions de relance permettent d'approfondir certains points au cours de la discussion. Les entretiens sont élaborés de manière similaire, les questions sont identiques afin de pouvoir analyser chaque entretien de la même manière.

Recherche des interlocuteurs

Afin de trouver des ergothérapeutes avec qui m'entretenir, j'ai utilisé plusieurs moyens de communication. Dans un premier temps j'ai posté des messages sur les réseaux sociaux, dans différents groupes consacrés aux ergothérapeutes. Compte tenu de l'absence de réponses, j'ai consulté la liste des ergothérapeutes installés en libéral sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes et ai envoyé un mail commun à tous les ergothérapeutes dont l'adresse mail était mentionnée. J'ai également cherché sur internet des cabinets d'ergothérapeutes utilisant des approches top-down, en France et en Suisse et les ai contactés par mail puis par téléphone. Enfin d'autres contacts m'ont été transmis directement.

Après avoir eu des réponses positives et négatives, j'ai pu programmer des entretiens téléphoniques avec quatre ergothérapeutes correspondant à mes critères d'inclusion et ayant accepté de m'accorder un temps d'échange en précisant que cet échange sera enregistré afin d'être retranscrit pour l'utilisation des données. Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, le téléphone ayant été mis en haut parleur. J'ai ensuite retranscrit l'intégralité des entretiens (Annexe IX).

IV. Résultats

L'analyse des résultats se fait à travers une analyse longitudinale de chaque entretien puis une analyse transversale à l'aide des indicateurs issus de la matrice théorique et inclus dans chaque question. Chaque interlocuteur est présenté lors de l'analyse longitudinale. Compte tenu du caractère qualitatif des informations recherchées, je ne souhaite pas utiliser de logiciel permettant de mettre en évidence la répétition de mots.

4.1. Analyse longitudinale des résultats

Entretien A :

Le premier entretien se déroule avec une ergothérapeute formée en 2016 à l'institut d'ergothérapie de Rennes. Elle a ensuite fait des formations continues en parallèle de son activité libérale. Il s'agit des formations à l'approche CO-OP, à l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, à la méthode ABC Boom ainsi que des formations sur les enfants à haut potentiel et sur l'autisme.

Cette ergothérapeute exerce donc dans un cabinet libéral en France avec plusieurs collaboratrices. Les séances se déroulent au cabinet, au domicile des patients ou au sein des établissements scolaires dans lesquels se déroule leur scolarité. Elle prend en charge des enfants en situation de handicap, dont des enfants dyspraxiques et communique avec les familles et éventuellement les enseignants.

L'ergothérapeute souligne qu'avec l'approche CO-OP, qui est une approche top-down, ce qui est visé de manière générale c'est la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'idée est de cibler une activité précise afin que l'enfant parvienne à réaliser cette activité de manière performante. Une amélioration est également constatée dans certains domaines de la scolarité comme l'écriture ou

encore la manipulation d'outils scolaires, ce qui implique une amélioration des résultats scolaires. De manière globale, un gain en autonomie est observé, tant à l'école qu'au domicile dans les différentes activités de la vie quotidienne. Dans ce sens, les parents encouragent, selon ses dires, leurs enfants à chercher leurs propres solutions et mettre en place les stratégies vues en séance plutôt que de faire à leur place. Les stratégies vues en séance leur permettent de faire face aux difficultés rencontrées, bien que certains ne semblent pas les transférer, que ce soit sur les activités ciblées au départ ou les autres activités. Les enfants semblent prendre confiance en eux et moins se dénigrer lorsqu'ils sont pris en charge avec une méthode où ils participent activement à la thérapie. Les enfants sont également être plus acteurs et plus à l'aise avec les autres dans l'environnement qui les entoure. D'après l'ergothérapeute interrogée, une amélioration de la motricité est observée, tant dans les activités ciblées au départ que dans les autres activités.

Entretien B

Le second entretien a lieu avec une ergothérapeute ayant fait un bachelier d'ergothérapie en Belgique et qui travaille au sein d'un cabinet privé en Suisse, donc en libéral. Elle a effectué une formation complémentaire sur l'écriture (ABC Boom) et utilise la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans certaines prises en charge avec des enfants dyspraxiques, donc une approche descendante de type top-down. Les séances se déroulent soit au cabinet soit dans l'établissement scolaire où l'enfant est scolarisé. Il existe une communication avec la famille et l'équipe pédagogique qui accompagne l'enfant, la scolarité est un domaine qu'elle travaille particulièrement.

Avec l'utilisation de la MCRO, l'ergothérapeute interrogée précise que le fait de fixer certains objectifs précis permet de se focaliser dessus et ainsi d'arriver à les atteindre en proposant certaines adaptations par exemple. Selon les retours des enseignants avec lesquels elle travaille, l'enfant semble transférer les apprentissages vus en séance en classe. Sur le peu de retours qu'elle a sur le domicile, il semblerait que cette approche descendante permette à l'enfant d'apprendre à s'organiser, par exemple sur des activités qui reviennent de

manière récurrente dans le quotidien. Les échanges entre l'enfant et l'enseignant sont améliorés par le fait que l'enfant est plus acteur, fait ses propres choix et s'organise comme il le souhaite. Il est davantage investi dans les interactions qu'il peut y avoir avec l'enseignant, ce qui n'était auparavant pas le cas, à cause du manque de confiance en lui. D'après cette ergothérapeute, la prise en charge n'est pas ciblée sur les déficiences de l'enfant mais davantage sur la manière d'apprendre à s'organiser pour reprendre confiance. Généralement la motivation est renforcée bien qu'initialement la thérapeute propose beaucoup d'activités dans le but de débloquer les aptitudes de l'enfant. Les activités que l'enfant aime sont ciblées, elle essaye de mettre en avant ses qualités et l'inciter à exprimer ses propres qualités pour lui permettre par la suite de faire ses propres choix et prendre conscience de qui il est. Une amélioration de la confiance en soi est également soulignée, surtout en thérapie puisqu'à l'extérieur des difficultés peuvent persister, cependant de manière générale l'enfant remarque le positif de la thérapie. A l'aide d'une méthode descendante comme celle utilisée, elle précise que l'enfant rencontre moins de difficultés dans son environnement, il adopte et développe une organisation qui lui permet d'être plus à l'aise, d'avoir moins d'hésitations quant aux interactions avec son enseignant par exemple. Des outils à partir de stratégies métacognitives sont également développés pour que l'enfant soit à même de gérer ses émotions, elle prend l'exemple d'une boîte contenant des mots écrits par l'enfant lui-même qui le rassurent ou lui guident une conduite à tenir en cas de difficulté liée aux émotions. Concernant l'organisation du geste, elle note une réelle amélioration.

L'approche ludique est également proposée pour certaines activités par cette ergothérapeute, comme pour l'écriture afin d'apporter un contenu motivationnel supplémentaire, de développer l'imagination de l'enfant. Avec l'approche qu'elle propose, l'enfant reste tout de même acteur de la prise en charge, elle accorde de l'importance au fait de l'aider à mettre en avant ses qualités quelle que soit l'activité proposée.

Entretien C :

Cet entretien a été réalisé avec une ergothérapeute formée à l'institut d'ergothérapie d'Alençon. Elle est diplômée depuis deux ans et exerce en cabinet

libéral en France. Depuis l'obtention de son diplôme, elle a fait la formation à l'approche CO-OP et l'utilise depuis 2018 avec quelques enfants pris en charge, dont des enfants dyspraxiques. Elle travaille avec les parents des enfants avec qui elle utilise l'approche CO-OP plus qu'avec les enseignants puisque sa pratique est centrée essentiellement sur les activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute interrogée indique qu'avec l'approche CO-OP, qui est une approche top-down, l'idée est que l'enfant arrive à généraliser les apprentissages dans les différentes activités de la vie quotidienne. Elle a pu observer un gain en autonomie et pense que la réussite des activités ciblées n'aurait pas lieu avec une approche analytique, bien que des difficultés puissent persister dans l'environnement physique qui entoure l'enfant, sur des activités éloignées de celles ciblées au départ. Cette approche permet selon elle une prise de conscience des difficultés par l'enfant et de trouver par la suite ses propres stratégies. Ceci engendre une acquisition et réussite de la tâche ou de l'activité ciblée au départ. Le travail proposé en thérapie est ciblé sur les activités de la vie quotidienne. Afin de permettre à l'enfant de choisir sur quelles activités il souhaite travailler, elle utilise l'outil OT'hope, qui constitue donc le point de départ de sa prise en charge avec l'approche CO-OP. Elle précise ne pas avoir assez de recul pour l'instant sur une possible évolution de la prise d'initiatives, elle serait tentée de répondre oui pour certains enfants, non pour d'autres, cependant l'approche permet avec certains enfants de s'ouvrir, de générer de la demande lorsqu'ils s'aperçoivent qu'ils arrivent à réaliser des activités qu'ils ne parvenaient pas à faire auparavant. Il semble donc que cela influe positivement sur la demande auprès d'autres personnes, sur la prise d'initiatives dans la thérapie.

Elle dit ne pas avoir suffisamment de recul également concernant les interactions avec les autres personnes mais rapporte que certains enfants partagent leur réussite avec leurs parents en fin de séance, qu'ils sont fiers de leurs résultats, particulièrement quand cela leur permet d'être plus autonomes. L'expression de ses qualités par l'enfant dépend selon elle de son âge, de ses capacités cognitives et de discernement mais aussi de la maturité qu'il a par rapport à ses troubles. Une satisfaction est notée concernant les résultats scolaires ou sportifs obtenus depuis l'utilisation de cette approche. Une satisfaction générale est également rapportée par l'ergothérapeute, elle l'explique par le fait que les résultats sont

rapides, seulement trois ou quatre séances peuvent permettre à l'enfant de réaliser une activité qu'il n'a pas réussi à faire durant des années (exemple des lacets). Cette approche permet donc de gagner rapidement en autonomie et selon elle de prendre confiance en soi, d'améliorer l'estime de soi. Une amélioration de l'organisation du geste est soulignée sur l'activité ciblée bien qu'elle précise que ce n'est pas l'objectif premier, mais que certaines activités font tout de même travailler la dextérité, la dissociation. L'approche CO-OP semble selon elle bien fonctionner pour transférer les apprentissages et stratégies vus en séance dans les activités de la vie quotidienne et les activités scolaires. Généralement ils arrivent à trouver seuls leurs solutions bien que ce soit plus ou moins dur pour certains d'entre eux, qu'il faille parfois passer par d'autres stratégies. Globalement elle utilise cette approche quand elle sait que l'enfant a le potentiel de trouver des solutions.

Entretien D :

L'entretien se déroule avec une ergothérapeute formée à l'institut d'ergothérapie de Lyon. Elle a ensuite fait des formations sur la remédiation du TDAH, PIFAM, qui se base sur une approche top-down, ainsi que sur l'analyse modulaire appliquée au graphisme. Elle prend en charge des enfants en situation de handicap dont des enfants dyspraxiques, que ce soit en cabinet, à domicile ou à l'école. Elle communique également avec les familles des enfants ainsi qu'avec leurs enseignants.

En ce qui concerne la réalisation des activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute rapporte qu'une approche de type top-down telle que PIFAM permet d'obtenir des résultats plus rapides qu'avec d'autres approches, lorsque l'on parvient à cibler une activité assez cadrée. Une amélioration est visible concernant la réalisation des soins personnels. Ceci est selon elle valable pour d'autres activités, donc pas seulement les activités de la vie quotidienne. Elle précise que parfois, il est nécessaire de mêler une approche ascendante à l'approche descendante utilisée. Concernant la scolarité, une approche de type top-down lui semble difficile à utiliser pour le travail du graphisme mais est adaptée à certaines activités telles que le traçage, le découpage, l'utilisation

d'outils scolaires. Afin de gagner en autonomie, l'enfant décompose les différentes étapes et analyse l'activité à réaliser, parfois cela nécessite une aide du thérapeute pour l'analyse de l'activité, comme avec des approches métacognitives. Pour faire face aux difficultés, l'enfant se base sur un questionnement de type métacognitif, c'est à dire qu'il apprend à décomposer la tâche pour aller vers une meilleure coordination. La plupart des enfants sont à même de trouver leurs solutions seuls selon les propos qu'elle rapporte mais l'âge rentre en compte. Les améliorations concernant les interactions avec les autres personnes sont selon elle biaisées puisqu'elle utilise également des approches bottom-up pour certaines choses. Globalement, l'enfant est plus valorisé puisqu'il est supposé parvenir à réaliser une activité précise, et non une performance. Elle suppose que lorsqu'il y a valorisation, il y a échange avec les autres personnes. L'enfant est également plus à même de rapporter ses qualités selon ses propos. Des changements sont constatés sur la satisfaction éprouvée dans les domaines du sport ou de la scolarité, l'enfant peut obtenir des résultats en séance qu'il peut transférer de manière rapide, ce qui lui procure donc une satisfaction quasi immédiate.

La prise d'initiatives est améliorée par le fait que l'enfant choisisse sur quelles activités il souhaite travailler, tout comme avec CO-OP, ce qui est apprécié par l'enfant. L'ergothérapeute pense qu'il est difficile d'associer l'amélioration de la motricité à l'approche top-down qu'elle utilise puisqu'elle intègre également des approches bottom-up à sa prise en charge, elle serait tentée de répondre oui mais un biais persiste à ce niveau là.

Concernant les difficultés rencontrées dans l'environnement physique qui entoure l'enfant, elle suppose que l'enfant rencontre moins de difficultés bien qu'il est difficile pour elle de répondre. En effet peu de questionnaires, d'outils, sont fournis pour avoir du recul à ce sujet mais elle précise que l'enfant éprouve moins de difficultés à la fin de la prise en charge. Elle ajoute également que les prises en charge sont plus courtes, la rapidité des résultats est d'autant plus appréciée par les enfants.

4.2. Analyse transversale des résultats

Afin de présenter les résultats le plus clairement possible, j'utilise un tableau afin de comparer les résultats de chaque entretien à chaque question.

Question 1 : Quels changements ont lieu dans la réalisation des différentes activités de la vie quotidienne ?

Entretien 1	Amélioration de la performance dans les activités de la vie quotidienne qui ont été ciblées. Amélioration de la qualité d'écriture et de la manipulation des outils scolaires. Réalise davantage d'activités seul. Gagne en autonomie
Entretien 2	Mise en place d'adaptations pour améliorer la performance et atteindre les objectifs Transfert d'apprentissages dans d'autres contextes (classe) Apprend à structurer et organiser sa routine
Entretien 3	Réussite d'activités Gain en autonomie Prise de conscience des difficultés et fait de trouver leurs propres stratégies permet de réussir la tâche
Entretien 4	Résultats rapides sur l'activité ciblée dans les activités de la vie quotidienne et autres activités Amélioration de la performance dans la réalisation des soins personnels Amélioration dans l'utilisation des outils scolaires Décomposition des différentes étapes et analyse pour gagner en autonomie

La réalisation des activités de la vie quotidienne et scolaire est améliorée après utilisation d'approches top-down dans la prise en charge grâce aux adaptations mises en places, apprentissages et stratégies vus en séance avant

d'être transférés en milieu écologique. Ceci entraîne un gain en autonomie obtenu de manière rapide. Pour être plus autonome, l'enfant apprend à analyser, décomposer et structurer les différentes tâches nécessaires à la réussite d'une activité en particulier. Selon l'une des ergothérapeutes la prise de conscience des difficultés ressenties permet à l'enfant de mieux se connaître pour trouver des stratégies qui lui sont propres afin de réussir une activité.

Question 2 : Comment évoluent les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

Entretien 1	Implication des parents Parents qui incitent l'enfant à chercher ses solutions
Entretien 2	Amélioration des interactions avec l'enseignant Renforcement de la motivation Hésite moins à demander de l'aide
Entretien 3	Difficilement généralisable Demandent davantage à participer à différentes activités Pas assez de recul sur la prise d'initiative Emergence de nouvelles demandes après réussite d'une activité en séance
Entretien 4	Amélioration dans les échanges avec les autres personnes mais biais avec l'utilisation d'autres approches Valorisation de l'enfant suite à la réussite d'activités Prise d'initiatives dans le choix des activités

Les échanges avec les adultes semblent améliorés, l'enfant est généralement plus en demande, moins hésitant à demander de l'aide et à expérimenter de nouvelles activités. La prise d'initiatives semble globalement améliorée. L'entourage qui s'implique dans la prise en charge lui permet d'être encouragé et valorisé. Les entretiens ne fournissent pas d'informations quant à une éventuelle amélioration des interactions avec les autres enfants. L'une des ergothérapeutes rappelle que ce n'est toutefois que difficilement généralisable.

Question 3 : Quels propos l'enfant exprime t-il vis à vis de lui même ?
Constatez-vous des changements ?

Entretien 1	Prise de confiance en soi Se dénigrent moins Satisfaction due à l'amélioration de la performance dans les activités scolaires
Entretien 2	Amélioration de la confiance en soi Constata l'aspect positif de la thérapie malgré certaines difficultés Expression des qualités à travers certains exercices
Entretien 3	Dépend de la personnalité, l'âge, capacités cognitives et de discernement, maturité par rapport aux troubles Satisfaction éprouvée au niveau des résultats sportifs ou scolaires Epreuve de la fierté après avoir réussi une activité non acquise depuis longtemps en peu de séances Parle de sa réussite avec ses parents Prise de confiance en soi en lien avec gain en autonomie
Entretien 4	Expression de ses qualités Satisfaction suite aux résultats rapides

Globalement, le gain en autonomie entraîne une meilleure confiance en soi selon les ergothérapeutes interrogées. L'expression des qualités des enfants semble se faire de manière plus aisée avec une tendance à se dénigrer qui est diminuée. Le fait de réussir différentes activités relatives au quotidien, aux loisirs ou à la scolarité, et de surcroît de manière rapide entraîne une satisfaction chez les enfants avec qui les approches top-down sont utilisées. Certains éprouvent de la fierté qu'ils partagent avec leurs parents lorsqu'ils sont en réussite de manière rapide dans une activité qui leur était impossible à réaliser depuis longtemps.

Question 4 : Constatez-vous une progression concernant l'organisation du geste, la motricité ?

Entretien 1	Geste plus fluide Meilleure réalisation du geste
Entretien 2	Oui
Entretien 3	Dépend de la tâche travaillée – pas assez de recul
Entretien 4	Oui mais biais car utilisation d'autres approches Coordination meilleure et plus fluide

Deux des ergothérapeutes constatent une amélioration quant à la réalisation du geste, la motricité. L'une nuance ses propos en mettant en avant le fait qu'elle utilise une approche bottom-up en parallèle dans sa pratique, ce qui crée un biais. Le fait qu'une des réponses suggère que cela dépend de la tâche rappelle que ce n'est pas l'objectif premier, puisque l'objectif est de réaliser une activité précise, mais qu'indirectement la motricité peut être travaillée à travers la réalisation de l'activité ciblée. Une approche de type ascendante semblerait plus pertinente pour travailler précisément la motricité.

Question 5 : Comment l'enfant fait-il face aux difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne ?

Entretien 1	Cela dépend des enfants Mise en place des stratégies vues en séance Essaye de trouver ses propres stratégies
Entretien 2	Adopte et développe une certaine organisation
Entretien 3	Transfert des apprentissages vus en séance à la maison dans les activités de la vie quotidienne, activités scolaires Trouvent davantage de solutions seuls, ce qui est plus ou moins dur

Entretien 4	Questionnement de type métacognition Apprend à décomposer la tâche Mise en place pour la majorité des stratégies et apprentissages vus en séance Rencontre moins de difficultés dans l'environnement physique à la fin de la prise en charge, pas assez de recul sur long terme – pas d'outils pour évaluer à long terme Trouvent seuls des solutions lorsque l'âge le permet
-------------	---

Afin de faire face aux difficultés rencontrées, l'enfant met en place dans son contexte écologique les stratégies et apprentissages vus en séance. Afin de trouver ses propres solutions l'enfant est amené à analyser et décomposer une tâche. Bien que cela soit plus ou moins dur selon les enfants et les situations rencontrées, globalement les enfants cherchent à trouver seuls leurs solutions et semblent rencontrer moins de difficultés dans l'environnement physique qui les entoure. L'une des ergothérapeutes déplore le manque d'outils et de suivi au long terme, après la prise en charge, pour pouvoir affirmer que c'est toujours le cas sur une durée plus étendue.

Ces réponses sont globales mais ne peuvent s'appliquer à la totalité des enfants. L'une des ergothérapeutes rappelle que certains peuvent ne pas adhérer à la prise en charge avec une approche top-down ou ne pas avoir les capacités cognitives permettant de transférer ce qui est vu en séance dans d'autres contextes. La personnalité de l'enfant rentre également en compte dans la manière de réagir à la prise en charge avec une de ces approches.

V. Discussion

5.1 Analyse théorique

5.1.1 : L'approche CO-OP

En confrontant les éléments obtenus lors des entretiens aux questions en lien avec l'approche CO-OP, il est possible de dire qu'une approche de type top-down permet à l'enfant de réaliser certaines activités qui lui étaient problématiques auparavant. Concernant le domaine de la scolarité, une amélioration de l'utilisation des outils scolaires est observée, et généralement de manière rapide. Ceci semble dû au fait que la prise en charge est focalisée sur une activité bien précise et que les adaptations et stratégies mises en place permettent d'atteindre l'objectif fixé. De manière globale, l'enfant est plus performant dans la réalisation des activités travaillées et donc les réalise davantage seul. Afin d'acquérir davantage d'autonomie l'enfant transfère les stratégies vues en séance dans d'autres activités, à l'école comme au domicile, il est amené à analyser l'activité qu'il souhaite réaliser et à la décomposer.

Concernant la dimension affective, et l'environnement social, l'entourage est impliqué dans la prise en charge. De ce fait l'entourage peut modifier sa manière d'interagir avec l'enfant. Une des ergothérapeutes rapporte le fait que les parents incitent davantage l'enfant à chercher des solutions et donc l'encouragent dans ce sens. Un autre exemple témoigne de modifications dans les interactions avec l'enseignant. Le fait que l'enfant soit plus acteur et investi semble le mettre en confiance et l'aider à interagir davantage avec son enseignant, il peut également être moins hésitant à demander de l'aide. L'une des ergothérapeutes mentionne que l'enfant est davantage valorisé puisqu'il est en réussite sur certaines activités où il échouait auparavant. Certains outils permettent d'apprendre à l'enfant à gérer ses émotions. L'une des ergothérapeutes interrogées cite l'exemple d'une boîte où l'enfant peut placer plusieurs papiers où sont notés des exemples de comportements à adopter en cas de détresse émotionnelle. Les idées viennent de lui et lui sont donc tout à fait adaptées.

La motivation, la prise d'initiative semblent renforcées. Bien qu'initialement l'enfant ne soit pas toujours en demande, une approche de type top-down peut lui permettre de débloquent ses aptitudes et ainsi lui donner l'envie de réaliser de nouvelles activités. L'utilisation d'un outil de type OT'Hope en début de prise en charge peut permettre de guider l'enfant sur le type d'activités qui lui sont difficiles à réaliser et qu'il souhaiterait travailler. Il est également souligné que la personnalité de l'enfant influe sur la prise d'initiative.

La réalisation des activités travaillées peut entraîner une amélioration de la réalisation du geste pour l'activité ciblée, qui peut être plus fluide. Les progrès moteurs peuvent être également constatés dans d'autres contextes. Un biais peut cependant exister lors de l'utilisation d'approches bottom-up dans la prise en charge en parallèle d'approches top-down. Les résultats concernant la dimension physique semblent améliorés par la prise en charge ergothérapique, mais pas seulement par les approches top-down.

Face à la difficulté, bien que ce ne soit pas généralisable à l'ensemble des enfants, ils essaient d'appliquer les stratégies vues en séance afin de surmonter la difficulté et ainsi gagner en autonomie dans les activités de la vie quotidienne mais aussi les activités scolaires. Pour cela, l'enfant peut adopter et développer une organisation particulière qui lui permet d'être plus à l'aise. Les stratégies sont plus facilement transférables sur des activités proches de celles travaillées en séance. Ces stratégies et apprentissages sont au cœur de la démarche avec l'approche CO-OP.

Concernant le lien avec le domaine environnemental, l'enfant ressent plus d'aisance pour évoluer dans l'environnement physique qui l'entoure et interagir avec les autres personnes. Il peut toutefois rencontrer des difficultés dans certains domaines éloignés de ceux qui ont été travaillés en séance. Le manque de suivi au long terme laisse émettre un doute sur la durabilité des résultats obtenus.

5.1.2 : Qualité de vie et théorie des besoins

Cinq besoins fondamentaux émergent de la pyramide de Maslow. Il s'agit des besoins physiologiques, de protection et de sécurité, d'appartenance, d'estime et de s'accomplir.

Les besoins physiologiques peuvent être mis en lien avec certaines activités de la vie quotidienne. Une approche de type top-down permet, selon les

ergothérapeutes interrogées de réaliser de manière plus performante les activités ciblées. De plus, des résultats sont observés rapidement, permettant à l'enfant d'acquérir davantage d'autonomie, notamment au niveau des soins personnels.

Le fait que les parents incitent l'enfant à trouver des stratégies et l'encouragent dans la prise d'autonomie permet de renforcer le besoin de sécurité. L'enfant est alors plus acteur et plus à même d'échanger avec les autres personnes. Certains témoignages parlent d'une évolution de la relation avec les parents, un autre entretien évoque la relation avec l'enseignant.

Selon les dires des ergothérapeutes, il y a également une valorisation de l'enfant auprès de son entourage. En effet l'enfant acquiert, grâce à la prise en charge, des stratégies lui permettant d'être davantage en réussite. Ceci est généralisable à l'environnement scolaire. La réussite entraînant une prise de confiance, les échanges se voient améliorés. Ces résultats ont un impact positif au niveau du besoin d'appartenance.

Le besoin d'estime est renforcé grâce à la valorisation auprès des pairs ainsi qu'à la prise de confiance. L'enfant est plus autonome grâce aux stratégies et apprentissages vus en séance et transférés dans les différentes activités de la vie quotidienne. Avec l'utilisation d'approches top-down, l'enfant se fixe des objectifs à atteindre, en l'occurrence des activités à réussir.

La thérapie permet à l'enfant de s'appuyer sur ses qualités pour mettre en place ses propres stratégies. La mise en avant des qualités est appuyée par certains thérapeutes. Il est également mentionné que la personnalité de l'enfant influe sur ces données. Les apprentissages et stratégies permettent à l'enfant de trouver seul des solutions, notamment en analysant et en décomposant une activité. Il peut cependant parfois rencontrer des difficultés et demander de l'aide s'il n'arrive pas à les résoudre seul. Globalement il semble que le fait d'être en réussite sur certaines activités génère de la demande de la part de l'enfant. Il cherche donc à expérimenter de nouvelles activités. Selon les éléments recueillis lors des quatre entretiens, l'enfant est donc plus à même d'être accompli.

5.1.3 : Concept d'estime de soi

Les entretiens réalisés ne donnent pas d'informations concernant l'intégration auprès d'autres enfants, et donc la popularité. Les ergothérapeutes n'ont pas de retours à ce sujet. Il pourrait donc être pertinent de consulter les

parents qui seraient plus à même de répondre à des questions de cet ordre, en l'occurrence savoir si l'enfant est invité par d'autres enfants ou s'il partage des moments avec des amis.

Les éléments contenus dans les entretiens permettent de dire qu'il y a davantage d'interactions avec des adultes. Les parents de l'enfant sont en effet impliqués dans la prise en charge, ils l'encouragent à être de plus en plus autonome. L'enfant semble également interagir davantage avec son enseignant, et de manière générale, avec les personnes qu'il est susceptible de rencontrer.

Selon les informations récoltées, le fait que l'enfant soit en réussite sur certaines activités, dont les loisirs, permet une prise de confiance et une expression de sa satisfaction. Cette mise en réussite semble impacter la motivation, et donc l'envie de réaliser de nouvelles expériences. L'une des ergothérapeutes nuance ses propos en exprimant que la personnalité de l'enfant influe sur sa prise d'initiatives. D'autres entretiens ne fournissent pas de résultats à exploiter à ce sujet, par manque d'informations ou par manque de recul. Il pourrait être également pertinent d'interroger les parents des enfants à ce sujet.

Les résultats scolaires semblent être améliorés par l'utilisation d'approches top-down. Globalement une meilleure utilisation des outils scolaires permet à l'enfant d'être plus à l'aise en classe et semble influencer ses résultats de manière positive. Le transfert des stratégies et apprentissages vus en séances permet à l'enfant d'apprendre à s'organiser, à savoir comment procéder pour faire un exercice. Il est donc moins désorganisé et perturbé par les demandes de l'enseignant selon les dires d'une des ergothérapeutes interrogées. Une satisfaction est éprouvée concernant les résultats obtenus dans le domaine scolaire par l'enfant. Les activités liées à la scolarité ne sont pas travaillées par l'ensemble des ergothérapeutes interrogées, cela met en avant le fait que les approches top-down peuvent être utilisées sur un large panel d'activités.

L'apparence physique n'est pas travaillé par les ergothérapeutes interrogées et sur les quatre entretiens réalisés, aucun ne permet de savoir si des changements sont observés concernant la perception qu'à l'enfant de lui-même au niveau physique. Cependant il semblerait que l'enfant soit davantage valorisé et soit moins enclin à se dénigrer. Une des ergothérapeutes mentionne que l'enfant est plus à même de rapporter ses qualités, une autre mentionne qu'il peut

exprimer sa fierté lorsqu'il est en réussite. La prise de confiance est un point important qui revient régulièrement dans les entretiens.

5.2 : Réponse à la question de recherche

Ma question de recherche était : « Quel est l'apport des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi des enfants dyspraxiques en ergothérapie ? »

Plusieurs éléments sont mis en avant par l'analyse des résultats :

Un gain en autonomie

Les ergothérapeutes interrogées utilisent des approches top-down dans des contextes différents. L'une l'utilise majoritairement sur des activités liées à la scolarité tandis que les autres semblent prioriser les activités de la vie quotidienne. Les activités sportives, les loisirs, peuvent également être inclus dans la prise en charge avec ces approches. Sur l'ensemble des activités travaillées, l'enfant acquiert des apprentissages, des stratégies qu'il transfère au quotidien et qui lui permettent d'être plus autonome. L'analyse de l'activité qu'il souhaite réaliser ainsi que la décomposition des différentes étapes lui permettent de faire face plus aisément aux difficultés qu'il peut rencontrer. Il peut ainsi trouver davantage de solutions seuls, et être plus autonome.

Des résultats rapides

L'utilisation d'approches top-down permet de cibler des activités bien précises. Le fait de se focaliser sur une activité en particulier permet d'obtenir des résultats de manière rapide, même sur des activités que l'enfant ne parvenait pas à réaliser depuis plusieurs années. L'obtention de résultats rapides engendre une certaine motivation chez l'enfant, de nouvelles demandes peuvent alors émerger. Cette mise en réussite est importante pour qu'il souhaite expérimenter de nouvelles choses. Il est d'ailleurs mentionné que l'enfant exprime sa satisfaction en lien avec la rapidité des résultats.

Une amélioration des interactions avec les autres personnes

Bien que les entretiens effectués ne permettent pas d'obtenir de réponses quant aux interactions avec les autres enfants, les interactions avec les adultes se voient améliorées après utilisation d'une approche top-down dans la prise en charge. Selon les éléments récoltés, l'entourage de l'enfant s'implique dans la prise en charge ce qui peut l'encourager à acquérir plus d'autonomie. Le fait d'apprendre à trouver ses propres solutions lui permet d'être plus à l'aise dans la réalisation d'activités et donc d'échanger plus facilement avec les personnes qui l'entourent. La mise en réussite entraîne une valorisation par l'entourage et une fierté que l'enfant partage. Certaines stratégies relatives à la gestion des émotions semblent également intéressantes à exploiter. En effet ce handicap reste souvent incompris et la relation que l'enfant entretient avec les autres personnes peut être grandement impactée. Le fait d'impliquer l'entourage dans la prise en charge apporte un aspect bienveillant et permet à l'enfant d'évoluer dans un environnement plus sécurisant.

Une prise de confiance en soi

L'amélioration de la confiance en soi est un des points importants. La mise en échec peut entraîner un repli sur soi et un manque d'initiative, par crainte de l'échec. En revanche, grâce à l'utilisation d'approches top-down, l'enfant est davantage en réussite, particulièrement dans des activités qui sont significatives pour lui. Cette réussite entraîne d'autres demandes, une motivation qui va permettre à l'enfant de réaliser de nouvelles expériences et d'être plus à l'aise dans l'environnement qui l'entoure. Il semble ainsi moins se dénigrer et capable d'exprimer et de mobiliser ses qualités pour trouver ses propres solutions, dans la perspective de gagner en autonomie.

Ces éléments confirment que l'utilisation d'approches top-down permet de concourir à l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique. Il est cependant important de préciser que ces approches ne sont pas adaptées à tous les enfants. Comme le souligne une des ergothérapeutes, il faut s'assurer que l'enfant a les capacités nécessaires à l'acquisition et au transfert des stratégies,

qu'il a une certaine maturité quant à la connaissance de son handicap et un âge suffisant. La personnalité des enfants est également un élément non négligeable.

5.3 : Analyse réflexive

5.3.1 : Critiques et limites de la méthode

Choix de la méthode

J'ai choisi une méthode qualitative puisque je souhaitais effectuer une analyse des entretiens en laissant une certaine liberté aux interlocuteurs qui pouvaient apporter de nouveaux éléments auxquels je n'aurais pas pensé. Après avoir effectué un premier entretien je me suis rendu compte que certaines questions auraient pu être reformulées pour permettre plus d'ouverture. Une méthode quantitative aurait pu me permettre d'effectuer davantage de questions et d'obtenir des réponses plus précises, qui ne s'écartent pas de la question initiale. Cependant une méthode quantitative requiert beaucoup de participations, et il m'a déjà été très difficile de réaliser quatre entretiens compte tenu du nombre de réponses négatives par manque de temps et du peu d'ergothérapeutes utilisant une approche top-down dans la prise en charge parmi ceux m'ayant répondu.

Choix de la population

Les entretiens ont été menés uniquement avec des ergothérapeutes. Je suis restée sans réponses sur certains sujets notamment sur les échanges entre l'enfant et les autres enfants. Je pense que le fait d'interroger des parents d'enfants dyspraxiques suivis avec une approche top-down en ergothérapie m'aurait permis d'obtenir davantage de renseignements sur leur comportement au domicile et sur les interactions avec les autres enfants. Il pourrait donc être pertinent de mêler des entretiens de parents et d'ergothérapeutes, voire d'enseignants afin d'obtenir un maximum d'informations.

5.3.2 : Apports personnels

Grâce à ce travail d'initiation à la démarche de recherche, j'ai pu acquérir certaines connaissances relatives à la méthodologie, la recherche de références bibliographiques et l'analyse de résultats. Ceci m'a également permis de mener à bien un travail sur le long terme et ainsi de développer mes capacités d'organisation, en fixant certaines échéances à respecter.

Dès le départ, j'ai été très impliquée car il s'agit d'un sujet qui me passionne, ce qui a facilité le travail de recherche. L'intérêt que je porte à la population pédiatrique a été renforcé au cours d'un stage, qui m'a permis d'acquérir davantage de connaissances, de pouvoir pratiquer notamment à l'aide d'approches top-down, et de pouvoir ainsi constater certaines limites de ces approches. J'accorde également beaucoup d'importance à l'évolution de la pratique en ergothérapie, il me semble donc pertinent de continuer à approfondir mes connaissances relatives à l'utilisation de modèles conceptuels, notamment des approches top-down. Ayant pour projet professionnel une installation en libéral, je souhaiterais dans cette mesure me former à l'approche CO-OP entre autres.

J'ai trouvé appréciable et enrichissant de dialoguer avec des ergothérapeutes bien que la recherche d'interlocuteurs ait été difficile. Ceci souligne l'importance de communiquer avec d'autres professionnels à travers les réunions proposées ou les différents réseaux.

5.3.3 : Ouverture

Cette étude m'a permis de comprendre quels éléments pouvaient impacter positivement l'estime de soi des enfants dyspraxiques grâce à l'utilisation d'approches top-down en ergothérapie.

Comme cela a été rapporté lors des entretiens, et après avoir pu le constater en stage, l'utilisation d'approches de type top-down n'est pas appropriée dans toutes les prises en charge, par exemple lorsque l'enfant n'est pas réceptif, qu'il n'a pas les capacités nécessaires ou qu'il n'est pas conscient de ses difficultés. Il serait également pertinent de s'interroger sur l'implication de l'entourage de l'enfant dans sa prise en charge avec des approches top-down,

tant au domicile que dans l'établissement scolaire accueillant l'enfant. En effet selon les dires des ergothérapeutes interrogées, l'entourage a un rôle important puisqu'il peut être amené à changer sa manière d'interagir avec l'enfant afin de l'aider à gagner en autonomie de manière optimale. Cette notion interroge donc la communication entre les enseignants, les parents et enfin l'ergothérapeute. L'ergothérapeute a donc un rôle important de coordinateur entre les différentes personnes afin de favoriser le transfert des apprentissages en milieu écologique.

Un questionnement émerge quant au nombre d'ergothérapeutes utilisant des approches top-down en France. En effet il a été difficile de trouver des professionnels utilisant une approche top-down parmi les ergothérapeutes contactés. Les résultats m'encouragent quant à l'utilisation de ces approches, tant par l'obtention de résultats rapides que par la motivation induite chez les enfants avec qui ces méthodes sont utilisées. Il me semble néanmoins important de mêler à ma future pratique des approches de type bottom-up en parallèle des approches top-down.

Conclusion

La dyspraxie développementale touche 5 à 7% des enfants. Ce handicap invisible et souvent incompris par l'entourage de l'enfant impacte la réalisation des activités de la vie quotidienne et scolaire. L'estime de soi de l'enfant dyspraxique ainsi que la confiance qu'il peut avoir en lui sont également impactées. L'incompréhension qui peut être ressentie par l'entourage de l'enfant peut créer une distance relationnelle avec ce dernier, voire faire émerger certains conflits.

L'ergothérapeute peut être sollicité pour accompagner l'enfant dyspraxique en termes de rééducation et de réadaptation. Plusieurs modèles conceptuels peuvent permettre au thérapeute d'appuyer sa pratique à partir d'éléments théoriques. La prise en charge en ergothérapie peut être basée sur des approches de type top-down ou bottom-up.

Après réalisation d'une enquête exploratoire, j'ai fait le choix d'étudier quel est l'apport des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique en ergothérapie.

Une méthode qualitative a été utilisée. Quatre ergothérapeutes ont eu l'amabilité de m'accorder du temps pour réaliser des entretiens. Deux d'entre elles utilisent l'approche CO-OP, une la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle (MCRO) et une dernière la méthode PIFAM. Ces entretiens ont fourni des éléments intéressants quant à l'utilisation d'approches top-down dans la prise en charge de l'enfant dyspraxique. Le gain en autonomie, les résultats rapides dans la réalisation d'activités ciblées, l'amélioration des interactions avec l'entourage de l'enfant ainsi que la prise de confiance en soi semblent permettre à l'enfant d'avoir une meilleure estime de soi.

Pour conclure, ce travail de fin d'études m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la prise en charge d'enfants dyspraxiques et plus particulièrement sur l'utilisation d'approches top-down. Mon envie de travailler auprès d'enfants ainsi que mon intérêt pour l'utilisation d'approches top-down ont été renforcés. Ainsi j'espère à l'avenir m'installer en libéral et me former à l'utilisation d'approches top-down.

Bibliographie

ALEXANDRE, A. ; LEFEVERE, G. ; PALU, M. Ergothérapie en pédiatrie. Editions SOLAL, 2010, Collection Ergothérapies

ANDRE, C. (2005). L'estime de soi. Recherche en soins infirmiers, 82,(3), 26-30. doi:10.3917/rsi.082.0026.

ANFE. (2017, 3 juillet). Ergothérapeute : la profession. Récupéré 21 mai, 2018, de <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

BARRAY, V. (2013). Prise en charge des difficultés mathématiques des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages en ergothérapie. Développements, 16-17,(3), 13-35. doi:10.3917/devel.016.0013.

BERGER, M. (2013). Les troubles du développement cognitif: Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Dunod.

BRETON, S ; LEGER, F. Mon cerveau ne m'écoute pas. Editions de l'hôpital Sainte-Justine, 2007, Collection Pour les parents, 178 p.

COSTINI, O., ROY, A., FAURE, S. & LE GALL, D. (2013). La dyspraxie développementale : actualités et enjeux. Revue de neuropsychologie, volume 5,(3), 200-212. doi:10.3917/rne.053.0200.

DORE, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. Recherche en soins infirmiers, 129,(2), 18-26. doi:10.3917/rsi.129.0018.

GUEDENEY, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. Devenir, vol. 23,(2), 129-144. doi:10.3917/dev.112.0129.

LEFEVERE, G ; ALEXANDRE, A. Apports de l'ergothérapie auprès d'enfants présentant une dyspraxie. Journal de réadaptation médicale 2011, n°31, pp.22-30

LEGIFRANCE. (2010, 5 juillet). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Récupéré 24 mai, 2018, de <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668>

MASLOW, A. L'accomplissement de soi. De la motivation à la plénitude. Paris : Eyrolles, 2004, 17-51pp.

MASLOW, A. Vers une psychologie de l'être. Paris : Fayard, 1989.

MAZEAU, M. (2013). La dyspraxie aujourd'hui. *Développements*, 16-17,(3), 94-102. doi:10.3917/devel.016.0094.

MAZEAU, M ; LE LOSTEC, C. L'enfant dyspraxique et les apprentissages : Coordonner les actions thérapeutiques et scolaires. Editions MASSON, 2010, Collection Neuropsychologie, 216 p.

MEYER, S. De l'activité à la participation. Editions SOLAL, 2013, Collection Ergothérapies

MOREL-BRACQ, M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Editions SOLAL, 2017, Collection Ergothérapies.

OMS. (2018). Constitution de l'OMS : ses principes. Récupéré 19 mai, 2018, de <http://www.who.int/about/mission/fr/>

PERRAULT, A. Concours des mémoires en ergothérapie 2016 : CO-OP et scolarité. *Ergothérapies*, 2017.

Sylvestre, A., Nadeau, L., Charron, L., Larose, N., & Lepage, C. (2013). Social participation by children with developmental coordination disorder, *35(21)*, 1814–1820. doi:10.3109/09638288.2012.756943

VAIVRE-DOURET, L. Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge. *Contraste* 2008, n°1, pp. 28-29 : 321-41.

YANEZ, I ; VAUVILLE-CHAGNARD, B. Les outils d'évaluation en ergothérapie chez l'enfant de 0 à 6 ans. Quelles spécificités ?. *Contraste* 2017, n°45, pp. 61-86

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I : Enquête exploratoire

Annexe II : Schéma du modèle de l'occupation humaine

Annexe III : Schéma du Processus de Production du Handicap (version 2010)

Annexe IV : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement
Occupationnel (MCREO)

Annexe V : Schéma du modèle ludique

Annexe VI : La pyramide des besoins de Maslow

Annexe VII : Matrice théorique

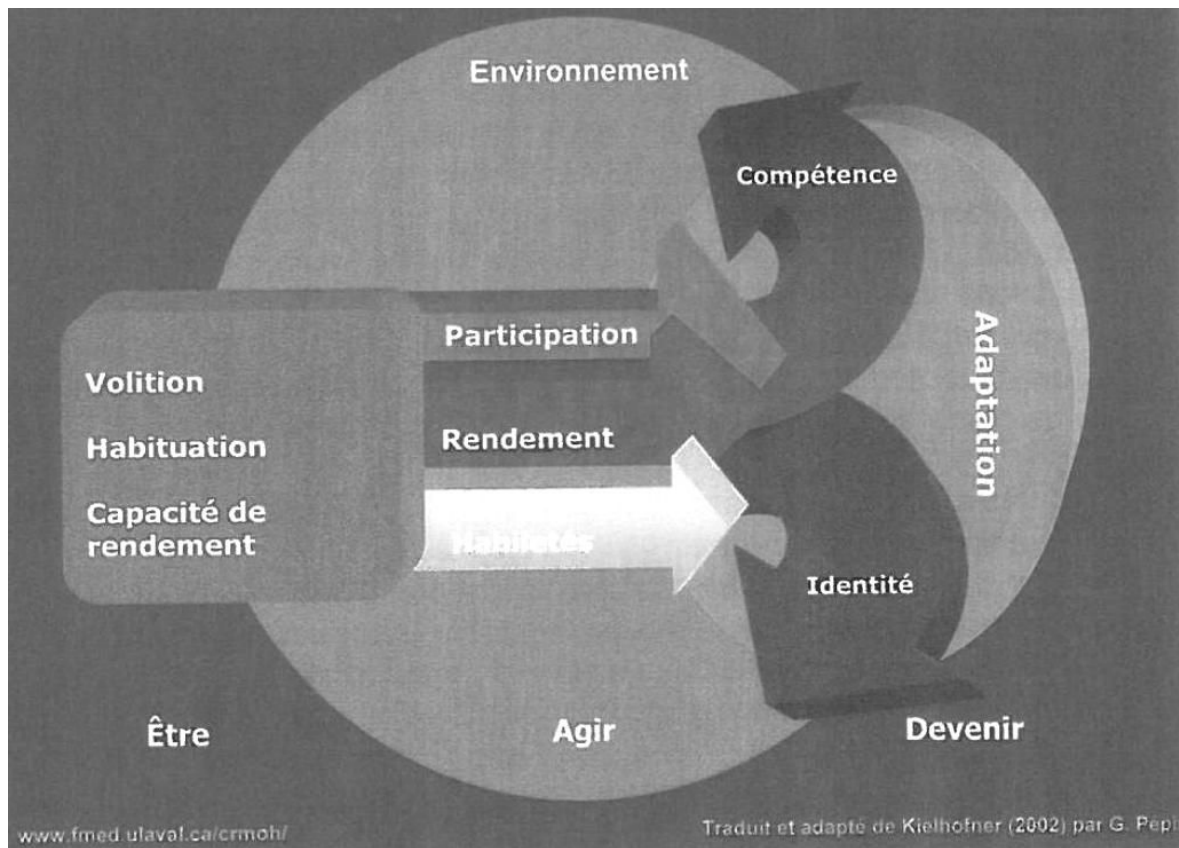
Annexe VIII : Entretien

Annexe IX : Retranscription des entretiens

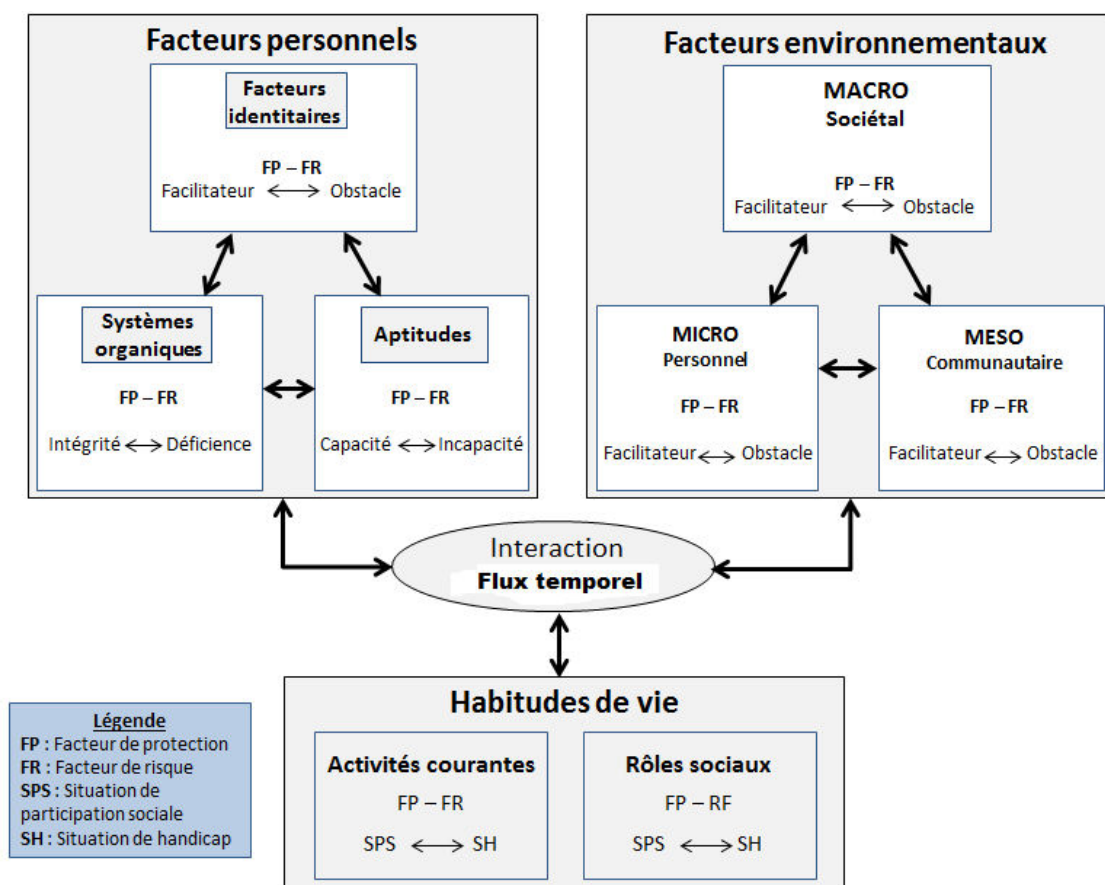
Annexe I : Enquête exploratoire

	E1	E2	Ergo 3	Ergo 4
Accueillez vous des enfants dyspraxiques ?	Oui	Oui	Oui	Oui je reçois beaucoup d'enfants avec dyspraxie développementale.
Constatez vous une faible estime de soi de certains enfants dyspraxiques ?	Oui	Oui	Oui, certains ont une faible estime d'eux mêmes. Les difficultés rencontrées au quotidien et le regard des autres sur ces difficultés amènent une dévalorisation de leurs compétences.	De nombreux de mes patients qui ont un bon niveau intellectuel ont souvent une mauvaise estime en lien avec le décalage existant entre ce qu'ils aimeraient faire et ce qu'ils parviennent à faire. J'entends souvent « c'est sale, je suis nul... » Nombreux sont ceux qui sont mis de côté au moment des jeux de groupe.
Une faible estime de soi a –telle selon vous des conséquences au quotidien et lors de la prise en charge ?	Oui	Oui	Oui, les conséquences de cette faible estime d'eux mêmes sont visibles au quotidien avec une peur de faire les choses par crainte de l'échec, de la moquerie qui renforce cette image négative d'eux mêmes.	Manque de confiance en soi, moins d'engagement dans les activités motrices car ils n'osent pas se mettre en échec, un isolement avec les pairs.
Utilisez-vous des modèles conceptuels ?	Non	Oui	Oui	Oui
Si oui, le(s) quel(s) ?		MOH	Je base ma pratique sur différents modèles : PPH et MCREO	J'utilise des modèles canadiens comme le MCREO et le PPH, j'espère bientôt CO-OP.

Annexe II : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine

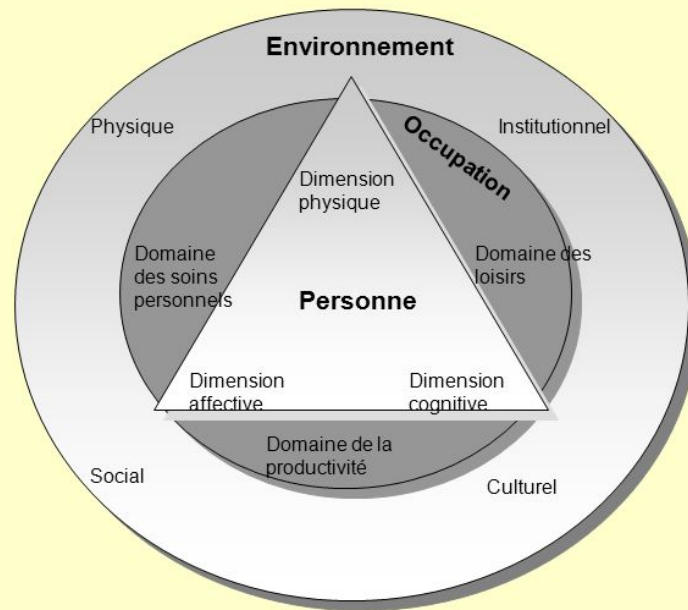


**Annexe III : Schéma du Processus de Production du Handicap
(version 2010)**



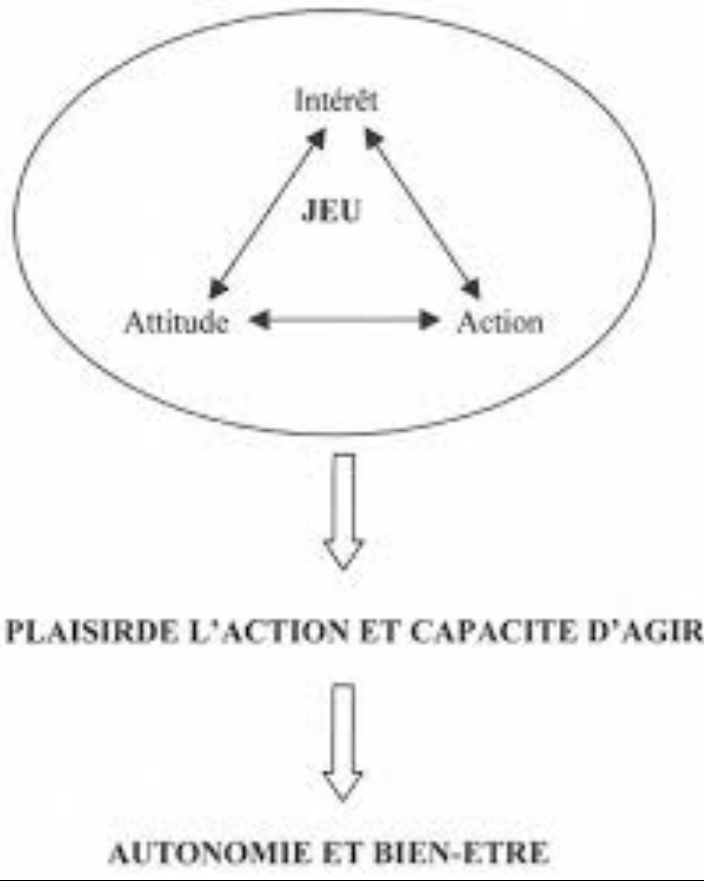
Annexe IV : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le Modèle canadien du rendement occupationnel

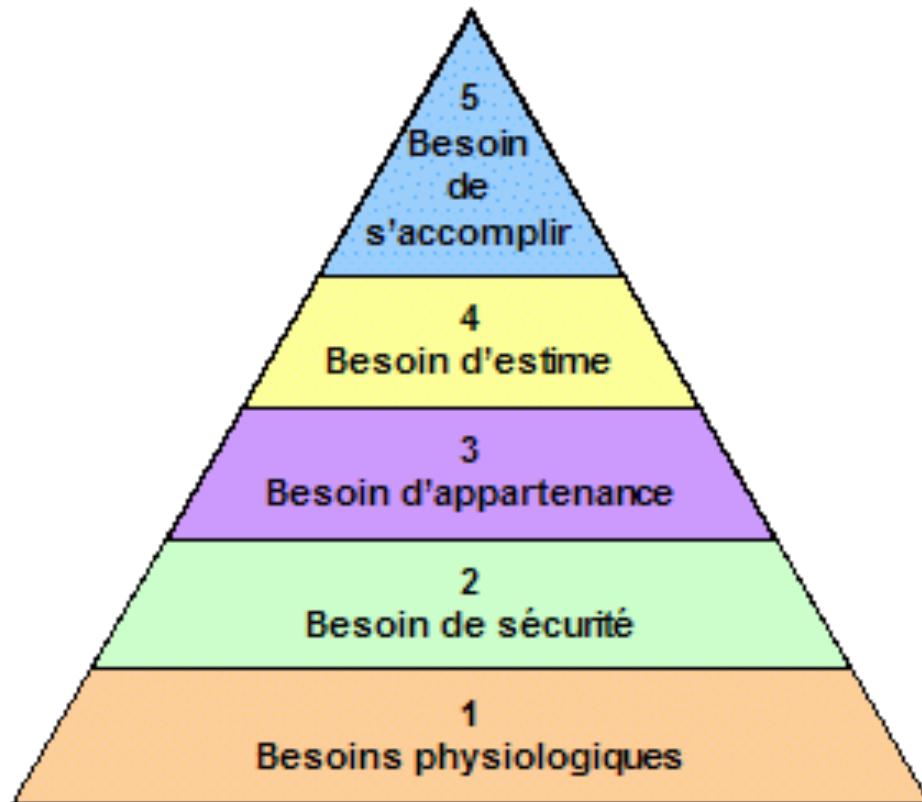


Townsend, E (éd.), Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie, Association canadienne des ergothérapeutes, Ottawa, ON, 2002

Annexe V : Schéma du modèle ludique



Annexe VI : La pyramide des besoins de Maslow



Annexe VII : Matrice théorique

Modèle ou concept	Critères	Indicateurs	Indices	Question
Théorie des besoins (Maslow)	S'accomplir	Prise de conscience Résolution Expérimentation	Connait ses qualités, trouve des solutions, demande à faire de nouvelles expériences	3A
	D'estime	Reconnaissance, valorisation, autonomie	Se fixe des objectifs, se lave, s'habille seul	1A
	D'appartenance	Amis – famille	interagit avec son entourage et ses pairs	2A
	De sécurité	Entourage Evolution sans crainte	Contexte familial sécurisant – mise en place d'outils facilitateurs (scolaire – domicile)	1 C
	Physiologiques	Besoins primaires	Mange seul, courre ...	1
<hr/>				
	Aspect physique	Compliments	Plaît – est satisfait de son apparence	3B
Concept d'estime (André)	Réussite scolaire	Notes – appréciations	Est satisfait de ses résultats scolaires	1B
	Compétences athlétiques	Comparaison – participation aux activités sportives – résultat	Demande à participer à des activités sportives – est satisfait de ses résultats	3C
	Conformité comportementale	Interactions avec des adultes	Parle avec des adultes	2B
	Popularité	Intégration	Est invité par d'autres enfants – joue avec les autres enfants – a des amis proches	2C

Suite matrice théorique :

		Dimension affective	Gestion des émotions et du comportement	2
		Dimension cognitive	Concentration – mémoire – raisonnement – compréhension – organisation du discours	1B
	Personne			
		Dimension physique	Motricité globale et fine – organisation du geste	4
Approche CO-OP (Polatajko)	Occupation	Soins personnels	Organisation de l'espace – du temps – autonomie dans les AVQ	1C
		Loisirs	Participation à des activités ludiques – sportives – plus d'interaction avec les pairs	2C
		Productivité	Participation aux activités ludiques – travaux scolaires	2C
		Physique	Domicile – école	5C
		Institutionnel	Rôle délégué à l'école	2D
	Environnement	Social	Rapport avec les gens qui l'entourent – attitude	2
		Culturel	Participation et implication aux fêtes (à caractère religieux ou non)	2
	Stratégies	Acquisition de compétences	L'enfant trouve seul des stratégies face aux difficultés	5B
		Généralisation	L'enfant étend ses apprentissages et stratégies dans d'autres contextes que ceux vus en séance	5A
	Apprentissages	Transfert des apprentissages	L'enfant met en place les apprentissages vus en séance	5A

Annexe VIII : Entretien

Questions d'ordre général pour introduire l'entretien

- Pourriez-vous me préciser votre formation initiale ainsi que vos formations complémentaires ?
- Prenez-vous en charge des enfants dyspraxiques avec une approche top-down?
- Où se déroulent les séances ?
- Avez-vous des échanges avec la famille ou les enseignants des enfants que vous suivez en séance et avez qui vous utilisez une approche top-down ?

Questions à partir de la matrice théorique

1) Quels changements ont lieu dans la réalisation des différentes activités de la vie quotidienne ?

- 1A) Quels changements ont lieu dans la réalisation des soins personnels ?
- 1B) Quels changements constatez vous concernant le domaine de la scolarité ?
- 1C) Comment l'enfant fait il pour acquérir plus d'autonomie ? (outils et stratégies)

2) Comment évoluent les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

- 2A) L'enfant interagit-il davantage avec son entourage et ses pairs ?
- 2B) L'enfant parle t-il davantage avec les adultes qui l'entourent ?
- 2C) Demande t-il à participer à des activités scolaires, ludiques ou sportives ?
- 2D) L'enfant prend il plus d'initiatives ou assure t-il des rôles ?

3) Quels propos l'enfant exprime t-il vis à vis de lui même ? Constatez-vous des changements ?

- 3A) L'enfant est-il capable d'exprimer ses propres qualités ?
- 3B) Comment parle t-il de son apparence physique ?
- 3C) Est-il satisfait de ses résultats sportifs ou scolaires ?

4) Constatez-vous une progression concernant l'organisation du geste, la motricité ?

5) Comment l'enfant fait-il face aux difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne ?

- 5A) Met il en place les stratégies et apprentissages vues en séance ?
- 5B) Trouve t-il seul des solutions ?
- 5C) Rencontre t-il moins de difficultés dans l'environnement physique qui l'entoure (au domicile et à l'école) ?

Apport supplémentaire :

« Pour ne pas créer de biais j'ai fait le choix de ne pas vous dire l'intitulé exact de ma question de recherche. Il s'agit de l'utilisation des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique. Avez vous des choses à ajouter ? »

Annexe IX : Retranscription des entretiens :

Entretien A : Ergothérapeute exerçant dans un cabinet privé en France et utilisant l'approche CO-OP

Moi : Je vous ai contactée dans le cadre de la réalisation de mon mémoire sur les approches top-down dans la prise en charge des enfants dyspraxiques.

Est ce que vous pourriez me préciser votre formation initiale ainsi que vos formations complémentaires ?

Ergo : En ergothérapie ?

Moi : Oui

Ergo : Donc j'ai été formée en ergothérapie à l'IFE de XXX entre 2013 et 2016 et en formation continue en plus de la formation initiale j'ai été formée à Co-OP, à la MCRO, j'ai fait une formation sur la méthode ABC Boom, sur les hauts potentiels, sur l'autisme et je crois que c'est tout.

Moi : Prenez vous en charge des enfants dyspraxiques ?

Ergo : Oui

Moi : Où se déroulent les séances ?

Ergo : Alors ça dépend des enfants ça peut être à la maison, à l'école, au cabinet.

Moi : Avez vous des échanges avec la famille et les enseignants des enfants que vous voyez en séance et avec qui vous utilisez une approche top-down ?

Ergo : Oui tout à fait j'ai des échanges avec la famille, avec les enseignants, pas tous mais certains oui.

Moi : D'accord, les questions que je vais maintenant vous poser concernent uniquement les prises en charge d'enfants dyspraxiques avec lesquels vous utilisez une approche top-down, CO-OP ou MCRO. S'il y en a certains à qui vous pensez en particulier n'hésitez pas à les évoquer particulièrement.

Quels changements ont lieu dans la réalisation des différentes activités de la vie quotidienne, que ce soit soins personnels, scolarité.

Ergo : Alors, ce qui est visé c'est l'amélioration de la performance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne dont les soins personnels. Après concrètement ça dépend des objectifs mais si je prends un objectif concret comme faire ses lacets et bien l'enfant va arriver à réaliser l'activité de manière performante.

Moi : D'accord, et au niveau de la scolarité est-ce que vous avez des retours sur la concentration, les performances cognitives des enfants ?

Ergo : Alors la concentration je ne saurai pas la mesurer donc je n'irai pas jusque là. Moi je vais être plus sur les performances fonctionnelles donc je vais noter une amélioration dans l'écriture, la manipulation d'outils scolaires. La concentration je ne pourrai pas noter d'amélioration par rapport à ça.

Moi : Comment l'enfant fait-il pour acquérir plus d'autonomie, est-ce qu'il utilise les outils et stratégies vus en séance ?

Ergo : Pour acquérir plus d'autonomie, déjà il est plus performant dans la réalisation des tâches donc les réalise davantage seul c'est un des biais, après l'objectif visé c'est qu'il puisse avec CO-OP notamment transférer des stratégies prises en séance avec l'ergothérapeute sur des activités du quotidien et donc gagner en autonomie sur ça. Que ce soit dans les soins personnels ou autres.

Moi : Comment évoluent les interactions entre l'enfant et les autres personnes, que ce soit son entourage ou les autres enfants

Ergo : J'ai des retours des parents notamment qui se sont impliqués avec CO-OP et qui changeaient leur manière d'interagir avec l'enfant lorsqu'il est en difficulté. Avec CO-OP ils l'incitent à chercher ses propres solutions et appliquer les stratégies déjà vues plutôt que de lui dire comment faire ou de faire à sa place.

Moi : De manière générale est-ce que vous avez des retours sur les échanges avec d'autres enfants, si davantage de liens se créent ?

Ergo : Je n'ai pas d'informations là dessus, je n'en vois pas.

Moi : L'enfant demande t-il à participer à davantage d'activités sportives, ludiques au fil du temps ?

Ergo : Je ne sais pas je n'ai pas de retours là dessus.

Moi : Sur les retours que vous avez eus est ce que vous avez des retours sur la prise d'initiative ?

Ergo : Alors je n'ai pas suffisamment d'éléments là dessus donc je ne peux pas vous répondre.

Moi : Sur les propos que l'enfant peut exprimer vis à vis de lui même est-ce que vous constatez des changements ?

Ergo : J'ai des informations sur le fait qu'ils prennent confiance en eux oui, qu'ils vont moins se dénigrer quand on les fait participer activement à la thérapie.

Moi : Au niveau des résultats scolaires ou sportifs s'il y en a est ce que l'enfant paraît plus satisfait ou constate une amélioration de ses résultats ?

Ergo : Oui ils voient l'amélioration notamment si l'écriture est meilleure, qu'il a de meilleurs notes, ou il peut utiliser ses outils scolaires de manière plus performantes ce qui améliore ses résultats de manière générale.

Moi : Constatez vous une progression concernant l'organisation du geste, la motricité ?

Ergo : Par rapport aux objectifs il agit de manière plus performante avec un geste plus fluide, une meilleure réalisation du geste ce qui se fait aussi dans les autres activités.

Moi : Ensuite comment l'enfant fait il face aux difficultés qu'il peut rencontrer dans les activités de la vie quotidienne ?

Ergo : C'est à dire comment il se comporte face à la difficulté ?

Moi : Oui.

Ergo : Alors ça dépend vraiment des enfants et de la difficulté à laquelle ils font face. L'objectif c'est qu'ils puissent y faire face en appliquant des stratégies ce qui est souvent le cas, après dans les faits c'est pas toujours comme ça que ça se passe, ils peuvent continuer de la même manière et puis il y a des enfants qui peuvent chercher toujours à trouver des stratégies pour y faire face avec ce qui a été vu en séance.

Moi : Est ce que vous avez des exemples où ils peuvent trouver seuls des solutions, ou bien lorsqu'ils font appel à d'autres personnes pour les aider ?

Ergo : Alors j'ai des exemples concrets oui, par exemple une jeune avec qui on a travaillé le fait de faire ses lacets. Elle a transféré les apprentissages sur d'autres activités proches, très proches même comme nouer son lien de jogging. D'elle même elle a fait un transfert sur des activités proches ce qui est plutôt positif.

Moi : Est ce que vous savez si l'enfant rencontre moins de difficultés en général dans l'environnement physique qui l'entoure ? Que ce soit à l'école ou au domicile.

Ergo : C'est très vague, ça dépend vraiment d'un enfant à un autre, j'ai des retours comme quoi il va être plus acteur, il va davantage essayer, avoir plus confiance en lui et être plus à l'aise avec les autres dans cet environnement.

Moi : Merci pour cet échange et le temps que vous m'avez accordé.

Entretien B : Ergothérapeute travaillant dans un cabinet privé en Suisse et utilisant la MCRO.

Moi : Je vous ai contactée dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Celui-ci porte sur les approches top-down dans la prise en charge d'enfants dyspraxiques. Est ce que vous pouvez me préciser votre formation initiale ainsi que vos formations complémentaires s'il vous plaît ?

Ergo : Alors du coup j'ai fait un bachelier d'ergothérapie en Belgique pendant trois ans et en formation complémentaire j'ai fait une formation sur l'écriture qui s'appelle ABC Boum. Et c'est tout.

Moi : Est-ce que vous prenez en charge des enfants dyspraxiques ?

Ergo : Oui

Moi : Où se déroulent les séances ?

Ergo : Alors soit elles se déroulent en cabinet privé en séances individuelles ou soit dans l'école dans une salle qui nous est réservée. On fait la même chose que ce qu'on pourrait faire en cabinet, simplement avec moins de matériel. Cela évite surtout les transports pour les parents.

Moi : D'accord. C'est donc plus d'un point de vue pratique.

Utilisez-vous des approches de type top-down dans la prise en charge d'enfants dyspraxiques ?

Ergo : Oui

Moi : Pouvez-vous me spécifier quelle(s) approche(s) en particulier ?

Ergo : J'utilise la MCRO.

Moi : Avez-vous des échanges avec la famille ou les enseignants des enfants que vous voyez en séances ?

Ergo : Oui

Moi : Les questions que je vais maintenant vous poser concernent uniquement les enfants dyspraxiques avec lesquels vous utilisez une approche top-down, en l'occurrence la MCRO ici.

Quels changements constatez-vous, ou vous sont rapportés, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? (Soins personnels, scolarité...)

Ergo : Le fait de fixer des objectifs comme par exemple le fait d'utiliser ses outils scolaires ça permet de se focaliser dessus et de mettre en place une adaptation et d'arriver à atteindre son objectif. Pour le coloriage, le bricolage, on voit des techniques qui correspondent à atteindre ce but précis. En travaillant ensembles on va améliorer la performance ciblée on va dire.

Moi : L'enfant va t-il transférer ses apprentissages dans d'autres contextes en classe?

Ergo : Généralement oui, ce qui se passe c'est qu'on a un retour de l'enseignant sur ce qui se passe en classe.

Moi : Et à la maison avez-vous des retours des parents sur ce qui concerne les soins personnels, l'habillement.

Ergo : Je n'ai pas beaucoup d'exemples dans ces cas précis mais plutôt sur la scolarité. Mais ça peut l'être en ce qui concerne l'organisation pour le quotidien comme pour structurer la routine du matin, ça peut avoir des effets dessus, l'enfant apprend à organiser sa routine.

Moi : Comment évoluent les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

Ergo : Alors par exemple un enfant qui en classe avait des difficultés à interagir avec son enseignant, à poser des questions, en lien avec son manque de confiance, ou à s'organiser en classe pour travailler, lorsque l'enseignant va lui dire de faire ses exercices il va se retrouver perdu. Et là le fait qu'il y ait une organisation du type je choisis mon exercice, je prends mon matériel, je m'organise comme je veux, ça va vraiment aider l'enfant à interagir avec son enseignant. Il va plus poser de questions et être plus investi dans les interactions. C'est vraiment difficile parce que parfois la dyspraxie entraîne un manque de confiance et finalement parfois on ne va pas agir en premier sur la dyspraxie mais sur des manières de faire, de s'organiser pour reprendre confiance.

Moi : Est-ce qu'ils demandent davantage à participer à des activités scolaires, ludiques, sportives ?

Ergo : L'enfant de lui même ne va pas toujours le faire mais moi en temps que thérapeute je propose beaucoup parce que je sais que c'est en faisant ces activités là qu'il va réussir à débloquer ses aptitudes. En général ça renforce quand même bien la motivation.

Moi : Quels propos l'enfant exprime t-il vis à vis de lui même, de ses qualités ?

Ergo : Il y a une amélioration dans la confiance en soi. Il y a un enfant qui m'a dit c'est marrant j'arrive bien à faire en thérapie mais en classe c'est encore différent. L'enfant aura toujours plus de mal à l'école mais voit quand même le positif de la thérapie. Au niveau des qualités, oui, l'enfant prend plus confiance en lui, après je

le travaille vraiment sur certaines activités où l'enfant cherche et exprime ses qualités pour les mettre en forme donc dans une certaine mesure j'influe sur ça.

Moi : Constatez-vous des progrès concernant l'organisation du geste ?

Ergo : Oui, vraiment.

Moi : Comment l'enfant fait il face aux difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne ?

Ergo : Par exemple face à un exercice l'enfant va adopter et développer une certaine organisation donc ça sera plus clair, il va moins hésiter à demander de l'aide à son professeur. Il va développer une organisation qui va faire qu'il va moins ... comment dire ... être perdu et désorganisé.

Moi : Concernant les difficultés dans l'environnement physique ou à l'école, constatez-vous des changements ?

Ergo : Oui c'est souvent mieux, après moi c'est plus sur la scolarité du coup.

Moi : Pensez-vous à d'autres choses ?

Ergo : Alors, ça dépend du type de dyspraxie de l'enfant, de la thérapie qu'on va faire, des enfants en général et du temps de séance, donc aussi des assurances. Il y a des enfants qui auraient besoin d'un plus grand suivi mais où on n'a pas le temps nécessaire pour la thérapie. Ca dépend aussi de la participation des parents.

J'essaye de travailler avec ce que l'enfant aime, mettre en avant ses qualités, et à prendre conscience de qui il est pour qu'il arrive plus facilement à avancer, à faire des choix. Je fais aussi une boîte avec l'enfant où il développe une stratégie méta-cognitive par exemple, enfin, quand il a peur ou qu'il est stressé, ou en colère, il pioche un mot qui est écrit par lui même et mis dans la boîte. C'est du genre « tout va bien », « va boire un verre d'eau », enfin il y a plein de choses que l'enfant peu

mettre, ou « quand je suis triste j'aime faire un câlin », donc il va faire un câlin au chat. Il réfléchit par lui-même de ce qu'il peut faire dans ces situations.

Après avec ce qui est dyspraxie il y a aussi beaucoup de dysgraphie et j'ai développé au cabinet une sorte de jeu scénarisé où l'enfant part dans une aventure où il doit retrouver une épée volée au roi Arthur. Il reçoit un parchemin où il est écrit que s'il veut poursuivre l'aventure pour trouver l'épée il doit postuler et mettre son nom de héros, ses qualités, ses supers pouvoirs. Donc à travers ça on travaille l'écriture, l'imagination et ça aide beaucoup d'enfants à prendre du plaisir et oublier la tâche de l'écriture. C'est des petites choses que je trouve assez géniales à faire.

Moi : D'accord, merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre aide.

Entretien C : Ergothérapeute travaillant dans un cabinet privé en France et utilisant l'approche CO-OP

Moi : Je vous ai contactée dans le cadre de la réalisation de mon mémoire portant sur les approches top-down dans la prise en charge des enfants dyspraxiques. Est-ce que vous pourriez me préciser votre formation initiale ainsi que vos formations complémentaires ?

Ergo : Oui alors du coup moi j'ai fait l'école d'ergothérapie d'Alençon, voilà, vous avez besoin de mon cursus avant l'école ?

Moi : Non plutôt votre parcours après l'école d'ergothérapie.

Ergo : D'accord, du coup j'ai ... ça va faire deux ans que je suis diplômée, depuis 2017, et puis j'ai commencé à travailler en fait en libéral dès que j'ai eu mon diplôme. Donc voilà, depuis je suis toujours au cabinet XXXX à XXX.

Moi : Est-ce que vous prenez en charge des enfants dyspraxiques.

Ergo : Oui

Moi : D'accord, où se déroulent les séances ?

Ergo : Alors au cabinet, à domicile et dans les établissements scolaires.

Moi : Est ce que vous avez des échanges avec la famille ou les enseignants des enfants que vous voyez en séance et avez qui vous utilisez une approche top-down ?

Ergo : Oui, alors du coup je me suis formée à CO-OP depuis 2018, la première partie était en 2017 et la deuxième de mémoire c'était mai 2018 donc j'ai été formée il y a à peine un an, donc voilà, après j'ai pratiqué CO-OP avec quelques jeunes depuis la formation. En général quand j'applique l'approche CO-OP je travaille beaucoup avec les parents, plus qu'avec les instituteurs ou autres. Pour ceux avec qui j'ai travaillé avec l'approche CO-OP c'était plus sur les activités de la vie quotidienne notamment l'apprentissage des lacets etcetera donc le contact est privilégié avec les parents. Après ça aurait été avec des choses plus en lien avec l'école notamment l'utilisation du compas ou des outils scolaires la du coup je pense que j'aurais à la fois échangé avec les parents sur l'approche mais aussi avec l'institutrice.

Moi : D'accord, les questions que je vais vous poser maintenant concernant uniquement les enfants dyspraxiques que vous suivez avec une approche top-down, descendante, dans votre cas donc avec CO-OP.

Ergo : D'accord

Moi : Avec l'utilisation d'une approche top-down telle que CO-OP dans la prise en charge quels changements sont constatés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

Ergo : Alors quels changements, c'est à dire par rapport à quoi ?

Moi : Que ce soit dans la réalisation des soins personnels, la scolarité. Comment l'enfant fait pour acquérir plus d'autonomie ?

Ergo : Après ça va vraiment dépendre si ils arrivent à généraliser l'approche CO-OP sur d'autres activités , après moi ce que j'ai pu observer en utilisant l'approche CO-OP c'est que, enfin, ils arrivent à gagner en autonomie, à réussir une activité qui je pense n'aurait pas été réussie si on était passés par une approche analytique. En fait le fait de prendre conscience des difficultés et de trouver leurs propres stratégies c'est vraiment ça qui fait que l'activité, la tâche est acquise et réussie. Ca c'est vraiment excellent avec CO-OP.

Moi : Comment évoluent les interactions entre l'enfant et les autres personnes ?

Ergo : Alors je pense que c'est difficilement généralisable, ça dépend vraiment sur quoi on va travailler avec l'approche CO-OP. De mon point de vue, ce que je travaille avec CO-OP c'est plus sur l'autonomie dans les AVQ, donc je ne vois pas vraiment le lien avec les autres personnes.

Moi : D'accord, est ce qu'ils demandent davantage à participer à des activités qu'elles soient ludiques, scolaires, sportives.

Ergo : Oui, après c'est vrai qu'avant d'utiliser CO-OP j'essaye d'utiliser OT'hope pour choisir avec eux quelles activités je vais travailler et c'est à partir de là que c'est possible d'utiliser l'approche CO-OP avec eux.

Moi : Est ce que vous constatez que l'enfant prend plus d'initiatives ?

Ergo : Je pense que je n'ai pas assez de recul par rapport à ça et que ça dépend vraiment de certains jeunes, j'en ai avec qui je pourrai vous répondre oui et d'autres où je n'ai pas encore assez de recul, et pour d'autres ce serait non. Donc ça dépend vraiment de chacun je pense.

Moi : Concernant les propos que l'enfant exprime vis à vis de lui même, est il capable d'exprimer ses propres qualités ?

Ergo : Ca dépend de la personnalité de chaque enfant et de l'âge qui joue beaucoup. Et puis bien sur des capacités cognitives et de discernement, il y a plein de choses à prendre en compte en fonction des capacités de chacun et du recul, de la maturité qu'ils ont par rapport à leurs troubles et leurs difficultés.

Moi : D'accord, est ce que généralement ils éprouvent une satisfaction au niveau des résultats sportifs ou scolaires après la prise en charge avec CO-OP ?

Ergo : Oui tout à fait.

Moi : Est ce qu'il leur arrive de se mettre plus en avant qu'auparavant, par exemple sur leur apparence physique ?

Ergo : Ce n'est pas une chose que je travaille vraiment, ce n'est pas quelque chose que je cherche à mettre en avant.

Moi : Est ce que vous constatez une progression concernant l'organisation du geste, la motricité ?

Ergo : Ca va vraiment dépendre, sur la tâche travaillée oui mais c'est plus sur l'activité elle même qui est travaillée que sur la compétence motrice en elle-même. Il y a des activités qui font travailler la dextérité, la dissociation, après c'est pareil je n'aurai pas assez de recul sur ma pratique pour pouvoir vous répondre par rapport à ça sur du long terme.

Moi : Comment l'enfant fait il face aux difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne ?

Ergo : C'est à dire ?

Moi : Est ce qu'il va mettre en place les stratégies et apprentissages vus en séance ?

Ergo : Alors oui, quand il arrive à généraliser les apprentissages vus sur les activités en séance avec l'approche CO-OP, effectivement ça marche plutôt bien donc ils arrivent à transférer ça à la maison dans les activités de la vie quotidienne et aussi dans les activités scolaires etcetera.

Moi : Est ce qu'ils arrivent à trouver généralement seuls des solutions ?

Ergo : Après il y a plein d'approches possibles pour les amener à trouver la solution, en général oui mais après ça peut être plus ou moins dur, des fois il faut aller chercher plus loin, par d'autres stratégies. Alors en général oui quand on fait l'approche CO-OP c'est qu'on sait que l'enfant a les capacités cognitives et puis comprend, pour aller se positionner et trouver des solutions. Si on a un enfant avec une déficience intellectuelle on ne va pas aller faire des séances avec l'approche CO-OP.

Moi : Est ce que vous constatez qu'ils rencontrent moins de difficultés dans l'environnement physique qui les entoure ? Que ce soit à l'école ou à la maison.

Ergo : Euh, après c'est pas facile parce qu'en même temps il peut très bien, après ce qui a été fait en séance, gagner en autonomie, après ça va pas forcément l'aider sur certaines activités qui n'ont pas de lien avec ce qui a été travaillé.

Moi : Merci, pour ma part j'ai terminé de vous poser les questions. Pour ne pas créer de biais j'ai préféré dès le départ ne pas vous parler du sujet exact de mon étude. Il s'agit de l'utilisation des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique. Avez-vous des choses à ajouter en lien avec cela ?

Ergo : D'accord, effectivement c'est en lien. Quand ils voient qu'ils arrivent à réaliser une tâche qu'ils n'ont pas réussi à acquérir depuis X années ils sont très

satisfaits. Par exemple un jeune dyspraxique qui est en classe de sixième et qui essaye depuis des années d'apprendre désespérément à faire ses lacets, et puis en je ne sais pas moi en trois ou quatre séances en passant par cette approche il sait faire ses lacets. Après quand il rentre il est content, il est fier, il en parle à ses parents, ça permet de leur faire prendre confiance en eux, particulièrement quand c'est des tâches qui les aident à être plus autonomes. C'est sûr que ça peut être en lien, après voilà il y a certaines questions qui ne sont pas évidentes comme je vous ai dit ça fait à peine un an que j'utilise CO-OP, que je suis formée, et puis même avec les enfants dyspraxiques des fois ils ne veulent pas spécialement travailler sur les AVQ, ils veulent travailler sur autre chose. C'est pas évident je pense que je manque encore de recul mais sur ce que je peux vous dire là par rapport à ma pratique c'est que c'est vrai que sur l'estime de soi, la confiance en soi ça permet vraiment que l'enfant prenne confiance en lui. Des fois ça permet d'autres choses, ils vont pouvoir s'ouvrir, j'en ai un avec qui j'ai commencé par les lacets et depuis il est en demande pour travailler sur d'autres choses, ça génère d'autres demandes qui n'ont pas émergé avant d'utiliser l'approche CO-OP. Voilà je ne sais pas si ça vous aide, n'hésitez pas si vous avez d'autres questions.

Moi : Cela m'aide beaucoup, merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Entretien D : Ergothérapeute travaillant en cabinet privé en France et utilisant la méthode PIFAM

Moi : Bonjour, je vous ai contactée dans le cadre de la réalisation de mon mémoire portant sur les approches top-down dans la prise en charge des enfants dyspraxiques. Est ce que vous pourriez me préciser votre formation initiale ainsi que vos formations complémentaires ?

Ergo : Je suis formée à l'IFE de ... après un cursus de première année de Médecine. Euh, je, ensuite j'ai fait une formation professionnelle à la suite de mon diplôme d'ergo sur la remédiation du TDAH, PIFAM, sur l'analyse modulaire appliquée au graphisme.

Moi : D'accord, est ce que vous prenez en charge des enfants dyspraxiques avec une approche top-down ?

Ergo : Oui

Moi : Où se déroulent les séances ?

Ergo : Ca peut être au domicile, à l'école ou au cabinet.

Moi : D'accord, avez vous des échanges avec la famille ou éventuellement les enseignants des enfants que vous voyez en séance et avec qui vous utilisez une approche top-down ?

Ergo : Oui bien sur oui.

Moi : Les questions que je vais vous poser maintenant concernant uniquement les enfants dyspraxiques que vous prenez en charge avec une approche top-down. Avec l'utilisation d'une approche top-down dans la prise en charge, quels changements sont constatés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

Ergo : Si on arrive à cibler sur une activité assez cadrée on arrive à avoir des résultats plus rapides que si on fonctionnait avec d'autres méthodes, mais ça peut fonctionner pas que pour les AVQ, mais parfois on ne peut pas fonctionner seulement avec une approche descendante on est obligés de mêler aussi une approche ascendante.

Moi : Quels changements est ce que vous pouvez constater au niveau des soins personnels ?

Ergo : On va dire qu'en majeure partie il y a une amélioration en ce qui concerne les enfants dyspraxiques, ce n'est pas vraiment valable pour les enfants autistes car cette approche est plus difficile à mettre en place avec eux.

Moi : D'accord, quels changements est ce que vous constatez concernant le domaine de la scolarité ?

Ergo : En utilisant cette approche, pour une activité scolaire ?

Moi : Oui

Ergo : je trouve que c'est plus difficile d'utiliser une approche top-down sur ce qui concerne le graphisme après pour ce qui est du découpage, tracer un trait, utiliser le compas, là ces approches sont bien donc ça dépend des activités.

Moi : Comment l'enfant fait-il pour acquérir plus d'autonomie ?

Ergo : Tout dépend de l'objectif mais l'enfant va essayer de décortiquer un peu les différentes étapes, d'analyser, on l'aide parfois à analyser l'activité, après ça on le fait comme sur des approches de métacognition.

Moi : D'accord, comment évoluent les échanges entre l'enfant et les autres personnes ?

Ergo : Ca serait difficile de vous dire que les améliorations sont uniquement dues à ça car je mélange la pratique avec des approches bottom-up sur certaines choses.

Moi : Et globalement comment ces interactions évoluent elles ?

Ergo : Il y a plus de valorisation de l'enfant puisqu'il est censé réussir une activité et pas une performance. Donc si il y a valorisation on peut dire qu'il y a plus d'échanges mais encore une fois ça reste que des suppositions.

Moi : Est ce que vous constatez qu'il demande à participer à d'avantage d'activités, à prendre plus d'initiatives ?

Ergo : Je dirais que si on utilise bien ces méthodes on va essayer, c'est lui qui va choisir les activités, comme avec CO-OP par exemple, ils aiment bien donc oui.

Moi : D'accord, est ce que vous avez constaté es changements par rapport aux propos que l'enfant exprime vis à vis de lui même, de ses qualités ?

Ergo : Euh, oui, je dirais qu'il est plus à même de rapporter ses qualités, de le faire effectivement.

Moi : Constatez-vous des changements vis à vis des propos qu'il exprime sur ses résultats sportifs ou scolaires, son apparence ?

Ergo : Oui il y a des changements, par exemple si l'activité c'est d'apprendre à utiliser son compas il va pouvoir avoir des résultats et le mettre en place de manière assez rapide, donc à l'instant t oui il est content.

Moi : Constatez-vous une progression vis à vis de la motricité ?

Ergo : Difficile à dissocier et de savoir entre l'une et l'autre approche que j'utilise laquelle est concernée. Je serais tentée de dire oui mais avec tout de même un bémol puisque j'utilise aussi d'autres approches.

Moi : D'accord, comment l'enfant fait il face aux difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne ?

Ergo : Il est plus sur un questionnement de type métacognition, donc il apprend plus à décomposer la tâche, à aller vers une coordination meilleure, plus fluide.

Moi : D'accord, met il en place les apprentissages et stratégies vus en séance ?

Ergo : Oui, le plus souvent, ils ne le font pas tous mais oui.

Moi : Rencontrent ils moins de difficultés dans l'environnement physique qui les entoure, que ce soit au domicile ou à l'école ?

Ergo : C'est difficile de répondre, on a très peu de questionnaires qui peuvent nous permettre d'avoir ce genre de recul, on suppose que oui parce que quand on termine le suivi on voit que l'enfant s'en sort mieux mais il faudrait peut être prévoir un outil, un questionnaire, qui pourrait nous montrer ce genre de choses. Même dans le compte rendu de fin de suivi on ne fait pas passer toutes les épreuves, on ne réévalue pas l'enfant sur tout puisque si les bilans ont moins de deux ans on ne refait pas de bilans complets.

Moi : Est ce que généralement ils trouvent seuls des solutions ?

Ergo : Tout dépend de l'âge de l'enfant, mais oui c'est le but.

Moi : D'accord, j'ai fini de vous poser les questions, je ne vous ai pas dit au départ le sujet exact de mon mémoire pour ne pas créer de biais. Il s'agit de l'utilisation des approches top-down dans l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant dyspraxique, est ce que vous avez des choses à rajouter ?

Ergo : Oui, je pense qu'effectivement ces approches sont bien, quand l'enfant met des mois à faire quelque chose, qu'il ne voit pas de résultats, c'est moins bien pour lui. Là les prises en charge sont assez courtes, les résultats rapides donc pour eux c'est mieux ils sont rapidement satisfaits et peuvent être plus autonomes, ils apprécient ça en tout cas.

Moi : D'accord, merci pour le temps que vous m'avez accordé, bonne journée.

Résumé

Introduction : La dyspraxie touche de nombreux enfants. L'objectif de cette étude était de connaître les apports des approches top-down pour améliorer l'estime de soi des enfants dyspraxiques en ergothérapie. En effet beaucoup d'enfants dyspraxiques souffrent d'une faible estime de soi. Ce mémoire traite de la dyspraxie, l'ergothérapie, des modèles conceptuels dans la première partie. Dans la seconde partie l'approche CO-OP, le concept d'estime de soi et la théorie des besoins ont été développés.

Méthode : Une méthode qualitative a été utilisée. Quatre entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes utilisant une approche top-down dans la prise en charge des enfants dyspraxiques.

Résultats : Les approches top-down montrent des résultats rapides, un gain d'autonomie, ce qui impacte positivement la confiance en soi et l'estime de soi des enfants dyspraxiques.

Conclusion : Les approches top-down émergent en France et leur utilisation semble pertinente auprès des enfants dyspraxiques.

Mots-clés : ergothérapie ; dyspraxie ; approches top-down ; estime de soi

Abstract

Introduction: Dyspraxia affects many children. The aim of this study was to know the contributions of top-down approaches to improve the self-esteem of dyspraxic children in occupational therapy. Indeed many dyspraxic children suffer from low self-esteem. This dissertation deals with dyspraxia, occupational therapy and conceptual models in the first part. The second part develops the CO-OP approach, self-esteem concept and theory of needs.

Method : A qualitative method was used. Four interviews were conducted with occupational therapists using a top-down approach in the care of dyspraxic children.

Results : Top-down approaches show fast results, increase independence, which positively impact the self-confidence and self-esteem of dyspraxic children.

Conclusion : Top-down approaches are emerging in France and their use seems relevant for dyspraxic children.

Keywords : occupational therapy ; dyspraxia ; top-down approaches ; self-esteem