



**HAL**  
open science

# L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme, basée sur l'approche de l'intégration sensorielle pour favoriser l'inclusion scolaire à long terme

Audrey Pontal

## ► To cite this version:

Audrey Pontal. L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme, basée sur l'approche de l'intégration sensorielle pour favoriser l'inclusion scolaire à long terme. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03602873

**HAL Id: dumas-03602873**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03602873>**

Submitted on 9 Mar 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

PONTAL Audrey

24 mai 2021

L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme, basée sur l'approche de l'intégration sensorielle pour favoriser l'inclusion scolaire à long terme.

UE 6.5 Evaluation :



## Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

PONTAL Audrey

24 mai 2021

L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme, basée sur l'approche de l'intégration sensorielle pour favoriser l'inclusion scolaire à long terme.

UE 6.5 Evaluation :

## Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'étude et je souhaite leurs adresser ma gratitude.

En premier lieu, je souhaite adresser mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire Julie TEXIER qui a pu m'accompagner tout au long de cette année et demi. Parfois dans les moments de doute, de remise en question, elle a pu m'aiguiller afin que j'élabore ce travail. Les conseils ont toujours été de qualité et m'ont toujours aidée dans ma réflexion.

Je souhaite aussi remercier toute l'équipe pédagogique pour l'accompagnement proposée, pour la disponibilité et les apports en termes de méthodologie pour la réalisation de ce travail.

Je tiens aussi naturellement à remercier mon entourage, famille et amis pour m'avoir soutenue et m'avoir rassurée dans les moments de doutes et les moments d'angoisse. Ce soutien m'a été d'une aide énorme. Je remercie tout particulièrement mes parents pour les nombreuses relectures parfois longues, et pour les corrections apportées à ce travail.

Je remercie aussi les ergothérapeutes ayant accepté de répondre à mes questions, sans qui ce travail n'aurait pas aboutie.

# **Sommaire**

Introduction :	5
1) Contexte et justification de l'étude	6
1.1) Le trouble du spectre de l'autisme	6
1.1.1) L'histoire de l'autisme	6
1.1.2) Les classifications	7
1.1.3) Les principaux signes du trouble	10
1.1.4) La stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022	12
1.2) L'ergothérapie	14
1.2.1) L'ergothérapeute, un allier pour le diagnostic	15
1.2.2) L'intervention de l'ergothérapeute	16
1.2.3) Les méthodes	19
1.3) Enquête exploratoire :	20
1.4) Question de recherche	21
2) Méthodologie	22
2.1) Choix de la population	22
2.2) Choix de l'outil	23
2.3) Le modèle	23
2.4) L'élaboration de mon questionnaire	28
2.5) Les entretiens	32
2.6) Mode d'analyse	33
3) Résultats des entretiens et analyse	33
4) Discussion	40
4.1) Mise en lien des résultats de la recherche avec la théorie	40
4.2) Biais et limite du travail de recherche	50

4.3) Axe d'amélioration.....	51
4.4) Ouvertures et perspectives.....	52
Conclusion .....	54
Bibliographie .....	56
Sommaire des annexes.....	61

## Abréviations :

ABA : Applied behaviour analysis (analyse appliquée du comportement)

ADI-R : Autisme Diagnostic Interview Revised

ADOS-2 : Autisme Diagnostic Observation Schedule

AEC : Analyse expérimentale du comportement

ANFE : association nationale française des ergothérapeutes

CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce

CARS: Childhood Autism Rating Scale

CIM: classification Internationale des maladies

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ESMD : Early Start Denver Model

HAS : Haute autorité de santé

IEM : Institut d'Education Motrice

NDBI: Naturalistic Developmental Behavior Interventions

OMS : organisation mondiale de la santé

Plateforme de coordination et d'orientation TND : trouble du neurodéveloppement

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

TEACCH : Treatment and education of autistic and related communication handicapped children

TED: trouble envahissant du développement

TSA : trouble du spectre de l'autisme

## Liste des figures :

FIGURE 1 : Représentation schématique du trouble du traitement de l'intégration sensorielles (S. Ray-Kaeser, C.Dufour, 2013)

FIGURE 2 : Pyramide des apprentissages (Taylor et Maryanne Trott, 1991)



## Introduction :

La haute autorité de santé (HAS), déclare en 2018 que le diagnostic, pour les enfants présentant des signes d'alertes aux troubles du spectre de l'autisme, peut être effectué à l'âge de 18 mois. Cette donnée peut être comparée à celle de 2005 qui se situait à 24 mois. L'autisme constitue un enjeu de santé publique (Inserm, 2018). Afin de répondre à différentes problématiques rencontrées dans le trouble du spectre de l'autisme, différents plans nationaux ont été établis, on retrouve le premier datant de 2005 à 2007 suivi d'un second de 2008 à 2010, d'un troisième de 2013 à 2017 et enfin de celui actuel datant de 2018. Les différents plans ont permis une avancée pour certaines problématiques mais celle du diagnostic reste complexe. A l'heure actuelle les diagnostics sont posés à l'âge de 3-5ans. La moyenne d'âge n'a pas beaucoup évolué depuis les résultats du premier plan autisme de 2005. Les recommandations de la fédération française de psychiatrie en partenariat avec la Haute autorité de santé de 2005, concernant le premier plan autisme, s'intéressaient notamment à la possibilité d'un diagnostic précoce avant 3 ans, et déclaraient qu'actuellement, la moyenne du diagnostic se situait vers 6 ans concernant le trouble du spectre de l'autisme (TSA). (FFP, 2005). Des familles témoignent des difficultés liées au diagnostic (Clotilde Granger-Sarrazin, 2013).

Dans le plan autisme actuel, nommée stratégie nationale de l'autisme 2018-2022<sup>1</sup>, sont rédigés plusieurs engagements. L'engagement numéro 2 concerne la prise en charge précoce. L'âge auquel le trouble du spectre de l'autisme est diagnostiqué est encore tardif, comme vu précédemment, c'est pourquoi l'on retrouve dans le plan autisme actuel des engagements établis dans l'objectif d'améliorer le diagnostic du trouble mais plus généralement le parcours de soins.

Avant que je ne m'intéresse à la prise en charge précoce, je me suis d'abord dirigée vers des lectures sur l'inclusion scolaire des enfants TSA., dans lesquelles étaient exprimées très souvent la problématique du diagnostic tardif. J'ai poursuivi mes recherches sur la place de l'ergothérapeute dans le diagnostic et cela m'a permis de découvrir les différents engagements prévus dans la stratégie pour l'autisme, concernant l'amélioration des interventions et du parcours des enfants TSA ainsi que

---

<sup>1</sup> handicap.gouv.fr

de leur famille. La prise en charge ressortait beaucoup dans mes lectures, j'ai donc décidé d'approfondir mes recherches sur la prise en charge précoce de l'autisme pour arriver à me demander quel rôle joue l'ergothérapeute auprès des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme dans la prise en charge précoce ?

Afin de répondre à mon questionnement, j'établirai dans un premier temps le contexte et la justification de l'étude. Dans un second temps, je construirai ma méthodologie afin d'établir un cadre à mon travail. Dans un troisième temps, j'analyserai mes données et interpréterai les résultats dans une partie discussion. Enfin je finirai par présenter les perspectives de l'étude et je conclurai.

## **1) Contexte et justification de l'étude**

Je conduis mon travail de fin d'étude sur la prise en charge précoce auprès des enfants avec des troubles du spectre de l'autisme. Le trouble du spectre de l'autisme constitue le principal thème de mon mémoire, il me semble donc important d'en définir les différentes notions et d'établir le contexte dans lequel j'inscris mon travail de fin d'étude. Je vais dans un premier temps décrire le trouble du spectre de l'autisme en décrivant brièvement l'histoire de l'autisme, puis je vais m'intéresser aux classifications et enfin aux différentes caractéristiques du trouble. Dans un second temps, je ferai une partie sur l'ergothérapie dans laquelle je donnerai la définition de l'ergothérapie avec les compétences de l'ergothérapeute, le parcours de l'ergothérapeute auprès des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, avec son rôle durant le repérage des premiers signes, durant le diagnostic et lors de la prise en charge. Dans un troisième temps, j'analyserai les résultats de mon enquête exploratoire et puis je formulerai ma question de recherche.

### 1.1) Le trouble du spectre de l'autisme

#### 1.1.1) L'histoire de l'autisme

L'autisme a été défini en 1911, par Eugene Bleuler, comme étant « la même chose que l'autoérotisme de Freud, le terme autisme dit la même chose que ce que Janet qualifie de "perte du sens de la réalité". » (Alerini, Paul. 2011, *Essaim* n° 27(2) :7-31).

Longtemps associé à la psychose, d'abord nommé comme « un trouble global du développement » dans le DSM-3 (Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders) comprenant l'autisme infantile, il est aujourd'hui référencé dans le DSM-V depuis 2013 comme le trouble du spectre de l'autisme et se dissocie de la signification d'autisme de Bleuler. L'autisme s'inscrit dans un spectre très large, d'où l'appellation « trouble du spectre de l'autisme ».

Les connaissances scientifiques évoluent beaucoup sur le trouble avec le temps et tendent vers de nouvelles définitions ainsi que de nouvelles pratiques.

Plusieurs docteurs ont travaillé sur le trouble de l'autisme afin d'en comprendre tous les sens, les noms qui ressortent le plus souvent, concernant leurs travaux sur l'autisme, sont : Mr Bleuler (définissant le mot autisme, mais cet autisme ne s'apparente pas à celui d'aujourd'hui), Melanie Klein qui a permis la psychose infantile (P.Alerini.2011), Leo Kanner, Hans Asperger, Mr Lovaas à l'origine d'une méthode basée sur les travaux de Skinner et du conditionnement, Mr Bettelheim et Mr Schopler. Dans les années 40, Mr Kanner et Mr Asperger ont réalisé des études afin de comprendre les comportements des enfants, ainsi Kanner et Asperger ont retenu chacun des spécificités dans les comportements des enfants autistes. Tous deux ont donc attribué des appellations différentes pour décrire ce qu'ils avaient découvert. Kanner a nommé l'« autisme infantile précoce » et Asperger a nommé la « psychopathie autistique ».

### 1.1.2) Les classifications

Au fil des années, les classifications ont beaucoup évolué et actuellement les professionnels, réalisant le diagnostic, peuvent s'appuyer sur le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, édition 5), il rassemble tous les critères du trouble de l'autisme afin de pouvoir le diagnostiquer. Les professionnels tel que les pédiatres ou les médecins peuvent donc s'appuyer sur la CIM-10 (Classification internationale des maladies) publié par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et le DSM-V comme base pour diagnostiquer un enfant avec des troubles autistiques, à l'heure d'aujourd'hui, en attendant la CIM-11 qui devrait voir le jour en 2022. La

classification internationale des maladies peut être utilisée comme référence car elle rassemble de nombreuses données statistiques et comprend de nombreux codes classant les maladies. Le DSM, lui, est propre à la psychiatrie.

Depuis la nouvelle classification du DSM-V, les troubles envahissants du développement sont nommés sous l'appellation trouble du spectre de l'autisme. Dans le DSM-5, le trouble du spectre de l'autisme comprend aussi sous cette appellation le syndrome d'Asperger ainsi que les troubles envahissants du développement non spécifiques<sup>2</sup>. L'autisme est décrit sous une dyade autistique comprenant :

- « des déficits de la communication et des interactions sociales »
  - « un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts »
- (DSM-V, American psychiatric association, 2013).

Je m'intéresse à l'autisme, qui est un trouble se définissant par différents signes (le mot symptôme n'est pas adapté car le trouble du spectre de l'autisme n'est pas une maladie), exprimés à différents degrés et de façon variable chez chaque enfant. Il s'agit d'une association de signes qui forme le trouble, mais un signe ne peut, à lui seul, constituer le trouble.

De façon générale, c'est un trouble du neurodéveloppement de l'enfant qui peut s'exprimer dès la petite enfance. Le neurodéveloppement permet au cerveau de l'enfant de se développer, afin de lui permettre de déployer ses fonctions cérébrales utiles dans ses interactions, dans sa communication et dans son développement général. Chez un enfant présentant un TSA, c'est donc de ce trouble neurodéveloppemental que découle, les différents signes identifiés. Il s'agit d'un trouble présent à vie pour l'enfant. Les premiers signes apparaissent le plus souvent entre 18 mois et 36 mois<sup>3</sup> (Inserm, 2018). Des perturbations de l'intégration sensorielle peuvent être présentes chez ces enfants.

---

<sup>2</sup> Les troubles envahissants du développement non spécifiques sont « utilisés lorsque la personne présente une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale ou non verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés. Il est question de TED non spécifié lorsque les critères d'un trouble envahissant spécifique ne sont pas remplis. » (spectredel'autisme.com)

<sup>3</sup> Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale

Le trouble du spectre de l'autisme se définit par la dyade précédemment décrite mais aussi par des troubles associés. Les troubles associés sont composés d'autres troubles ou pathologies qui sont fréquemment observés chez les personnes avec un TSA. Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur « Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent », de 2018, les mentionnent. Des troubles du neurodéveloppement comme par exemple les déficits attentionnels, les troubles du développement intellectuel ou encore les troubles développementaux de la coordination sont parfois identifiés chez ces enfants. Ensuite peuvent être présents, des troubles sensoriels du type surdité ou des altérations de la vision, des troubles du sommeil ou du comportement alimentaire. L'anxiété et la dépression sont parfois diagnostiqués chez les enfants présentant un TSA ainsi que des pathologies neurologiques tels que les ataxies ou plus fréquemment l'épilepsie ou encore des pathologies somatiques (trouble digestif, trouble cardiaque...)

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) estime qu'un enfant sur 160 présente un trouble du spectre de l'autisme en termes d' pid miologie. Mais les données ont tendance à évoluer d'année en année et l'estimation varie selon les études. Il faut utiliser cette donnée avec du recul car elle dépend du nombre de personnes diagnostiquées et donc le nombre de personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme est certainement un chiffre plus élevé que celui annoncé par l'OMS. Le trouble du spectre de l'autisme est reconnu comme un handicap depuis 1996 (Inserm, 2018). Le trouble du spectre de l'autisme reste complexe du fait des différentes formes existantes. L'autisme se définissant par un spectre, cela signifie qu'il existe un très grand nombre de profils différents, qu'il faut pouvoir diagnostiquer afin d'offrir par la suite les meilleures prises en charge. Il est donc important de bien cerner les caractéristiques pour les identifier au mieux.

### 1.1.3) Les principaux signes du trouble

Dans cette partie, il s'agit de clarifier les signes présents dans le trouble du spectre de l'autisme :

- L'altération du comportement et des intérêts restreints :

Les altérations du comportement se traduisent le plus souvent de trois manières. Tout d'abord les stéréotypies, elles concernent les mouvements moteurs tels que des mouvements concernant des gestes répétés et/ou dans la manipulation d'objets. Il s'agit aussi d'une altération du langage dans la répétition de certaines phrases nommée écholalie (Rossini et Tétreault, 2020). Les stéréotypies sont des moyens que les enfants utilisent afin d'éviter les angoisses. De plus, les rituels sont réconfortants pour eux (HAS, 2020). Il est important pour ces enfants de rester dans une routine car souvent il existe une intolérance aux changements. Il s'agit pour eux une source d'angoisse que d'être confronté à des événements imprévisibles. Les comportements peuvent aussi être dus aux différentes particularités sensorielles de l'enfant. Les enfants avec un TSA présentent des intérêts restreints/spécifiques. Ils se créent des intérêts dit spécifiques, c'est-à-dire qu'ils se focalisent souvent sur un thème qu'il aime et qu'ils vont développer aux maximum leurs connaissances. (Rossini et Tétreault, 2020)

- Les altérations de la communication et des interactions sociales :

Pour les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, il est souvent compliqué de rentrer en relation avec une personne neurotypique car leurs représentations des interactions ne sont pas celles utilisées dans la société dû à un défaut dans la théorie de l'esprit (décrite ultérieurement). La communication verbale est aussi compliquée que la communication non verbale pour ces enfants (Rossini & Tétreault, 2020). Le déficit en réciprocité sociale est notamment dû à un défaut dans la théorie de l'esprit et dans la cohérence centrale. La théorie de l'esprit permet aux personnes non autistes de rentrer en relation avec les autres, de comprendre et de se représenter les états mentaux et ainsi de pouvoir accéder aux interactions sociales (CNSA, 2016). Un enfant avec un TSA n'aura pas ces compétences et ne pourra donc pas ou difficilement

participer aux interactions sociales. La cohérence centrale permet aux personnes de prendre l'environnement dans sa globalité et de le comprendre. C'est une capacité que n'a pas l'enfant présentant un TSA, s'attachant souvent à des éléments particuliers de l'environnement et ne pouvant se le représenter de manière générale.

- Les particularités sensorielles :

Les particularités sensorielles sont très souvent observées chez les personnes présentant un TSA mais ne font pas partie des critères de diagnostic du trouble du spectre de l'autisme. Elles ne représentent pas une caractéristique décrite dans le DSM-V afin d'établir le diagnostic. Cependant elles sont fréquentes et constituent des axes de prises en charge important notamment pour l'ergothérapeute. Elles sont décrites en trois axes : l'hyper réactivité, l'hypo réactivité et les intérêts inhabituels envers des aspects sensoriels de l'environnement (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013). L'hyper réactivité se qualifie par un surplus de stimulations, reçu par le cerveau de l'enfant et l'hypo réactivité se qualifie à l'inverse, par un manque de stimulation, reçu par le cerveau (S.Lane, Z. Mailoux et al., 2019). L'enfant de ce fait va éviter certains stimuli qui sont dérangement pour lui. Cela va caractériser certains de ses comportements. En ergothérapie on parlera plus souvent de recherche de stimulation, mais afin d'être compris de tous, un terme général a été défini : « intérêts inhabituels envers des aspects sensoriels de l'environnement » (Rossini & Tétreault, 2020). Ce terme définit l'état de l'enfant lorsqu'il est en recherche sensorielle.

Les particularités sensorielles touchent tous les sens : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût, l'odorat, la proprioception et le vestibulaire. La proprioception étant la capacité à se représenter son corps dans l'espace ou encore à quantifier et contrôler une intensité dans une action par exemple. Le système vestibulaire concerne tous ce qui est lié à l'équilibre et le mouvement.

#### 1.1.4) La stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022

La prise en charge précoce est une recommandation de l'HAS (Haute autorité de santé). Elle constitue l'engagement numéro deux de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022. De façon brève, on retrouve plusieurs engagements que je vais citer, je développerai plus précisément l'engagement numéro deux. Dans le plan autisme, nous retrouvons donc cinq engagements principaux :

- « Remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant le France d'une recherche d'excellence. »
- « Intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le sur-handicap. »
- « Rattraper notre retard en matière de scolarisation. »
- « Soutenir la pleine citoyenneté des adultes. »
- « Soutenir les familles et reconnaître leur expertise. »

Ce sont, les cinq engagements rédigés dans la stratégie nationale actuelle. L'engagement numéro deux, contient plusieurs mesures principales. Tout d'abord, il incite et se veut de favoriser le repérage précoce des comportements non typiques. Ensuite il vise à développer le repérage et la confirmation des premiers signes d'alerte concernant le trouble. De plus il veut permettre de favoriser les interventions précoces et de réduire les délais du diagnostic afin de mettre en place les prises en charge le plus tôt possible. Enfin, aider au mieux les familles sur le plan financier et en général dans tout le parcours de soin dans lequel ils vont être impliqués pour leur enfant. (Stratégie national de l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018).

#### La prise en charge précoce :

La prise en charge précoce vise à mener des interventions le plus tôt chez l'enfant afin de favoriser un bon développement chez lui. Il est écrit dans les articles que la prise en charge est estimée précoce quand elle débute entre 18 mois et 4 ans selon les recommandations de l'HAS datant de 2012 et n'ayant pas été modifiées dans les recommandations de 2018 dans l'article « Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » de l'HAS. Dans le trouble du spectre de



l'autisme, les enfants de par leurs différentes caractéristiques, ne sont pas confrontés aux mêmes situations d'apprentissages que les enfants du même âge. Une prise en charge précoce permettrait d'éviter ce phénomène et aiderait l'enfant à se développer dans son quotidien.

La prise en charge précoce vise à développer les capacités des enfants dans leurs interactions sociales, de langage, de jeu ou encore d'imitation. Une prise en charge précoce s'appuierait sur le phénomène de la plasticité cérébrale de l'enfant afin d'intervenir le plus tôt dans les apprentissages. (F. Bonnet-Brilhault,2017). Ce phénomène de plasticité a été étudié et il est prouvé que le cerveau est sans cesse en train de créer de nouvelles connexions. C'est pour cela que dès le plus jeune âge et lors d'apparition des premiers signes d'un trouble du spectre de l'autisme, il est important de suivre l'enfant et de débiter une intervention, afin de s'appuyer sur cette plasticité pour optimiser les chances d'un développement optimal chez l'enfant.

Mais comment effectuer une prise en charge précoce, quels sont les signes à repérer ?

La haute autorité de santé a recommandé d'effectuer une prise en charge précoce auprès d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme. Mais afin de mettre en place une prise en charge précoce, il faut pouvoir repérer les premiers signes précoces en lien avec un trouble du spectre de l'autisme. Pour cela la HAS a établi quelques points de vigilance à repérer et à faire remonter par les parents où les professionnels prenant en charge l'enfant.

La HAS affirme qu'avant 18 mois, nous pouvons repérer certaines particularités s'orientant vers un trouble neurodéveloppementale, mais nous ne pouvons pas affirmer d'une évolution vers un trouble du spectre de l'autisme.

Dans les particularités nous retrouvons :

- « Le niveau de vigilance »
- « Le sommeil »
- « Le diversification alimentaire »
- « La régulation des émotions »
- « Le développement de son répertoire moteur »

- « L'exploration inhabituelle des « objets » de l'environnement, humain, physique et ceci, quelle que soit la modalité sensorielle mobilisée ». (HAS, 2018)

L'âge permettant déjà d'identifier plus facilement certains signes correspondant à un trouble du spectre de l'autisme se situe autour des 18 mois. Si plusieurs signes sont retrouvés alors on peut poursuivre les évaluations pour poser un éventuel diagnostic.

Nous pouvons retrouver des particularités dans les domaines suivants :

- « Engagement relationnel »
- « Attention et réciprocité sociale »
- « Réactivité sociale »
- « Langage réceptif et expressif »
- « Jeu socio-imitatif et symbolique »
- « Réponses sensorielles » (HAS, 2018)

## 1.2) L'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel du paramédical, agissant pour les personnes confrontées à des situations de handicap. L'ergothérapeute vise à favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne en utilisant l'occupation. Il vise à rééduquer, réadapter, réinsérer et réhabiliter les personnes afin d'améliorer leur qualité de vie. Il agit sur toutes les composantes de la personne (physique, cognitive, environnementales...), met en situation écologique et base ses interventions autour de l'occupation.

L'association nationale française des ergothérapeutes cite la définition suivante : « L'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.

L'ergothérapeute (*occupational therapist*) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »

L'ergothérapeute possède de nombreuses compétences, établis dans un référentiel règlementé par le décret du 5 juillet 2010. Tout d'abord l'ergothérapeute possède une compétence qui consiste au recueil d'informations, aux entretiens et aux évaluations visant au diagnostic en ergothérapie. Cette compétence permet à l'ergothérapeute d'élaborer une prise en charge. Il possède aussi une compétence portant sur la conception et la conduite d'un projet d'intervention ainsi que de l'aménagement de l'environnement. Elaborer le projet d'intervention d'un patient est essentiel. Il s'agit d'un travail rigoureux qui doit être mené de manière individuelle, personnalisée et adaptée. Ce projet d'intervention est complété par une autre compétence qui consiste à mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation élaboré dans le projet d'intervention.

Une autre des compétences de l'ergothérapeute se trouve dans la conception, la réalisation et l'adaptation des orthèses, des aides techniques ou autres aides tels qu'animalières ou technologiques. En effet l'ergothérapeute est un professionnel qualifié dont l'activité est fondée sur l'adaptation du matériel et de l'environnement général du patient. Ainsi il est un professionnel expert notamment en ce qui concerne les aides techniques. On retrouve également en termes d'attribution à l'ergothérapeute, des compétences sur le conseil, sur l'éducation thérapeutique, sur la formation et l'informations des professionnels, sur l'organisation des activités et la coopération entre les professionnels et d'autres encore... (ANFE, Arrêté du 5 juillet 2010) <sup>4</sup>

### 1.2.1) L'ergothérapeute, un allier pour le diagnostic

L'ergothérapeute joue un rôle dans l'aide au diagnostic des enfants avec un TSA. L'ergothérapeute est un professionnel de première et deuxième ligne, c'est-à-dire selon la figure de la HAS sur le « Parcours de l'enfant et de sa famille, de l'identification

---

<sup>4</sup> Décret 5 juillet 2010 : relatif au diplôme d'ergothérapeute, contenant en annexe 1, le référentiel d'activité et en annexe 2 le référentiel de compétence. (<https://www.anfe.fr/diplome-d-etat>)

des premiers signes d'alerte à la mise en place des premières interventions » et de la fiche de synthèse dédiée aux professionnels de première ligne, qu' en tant que professionnel de première ligne , l'ergothérapeute va réaliser des bilans auprès de l'enfant et en tant que professionnel de deuxième ligne, il va réaliser l'intervention rééducative (HAS, 2018) (Annexe 1). Autour du diagnostic se joue donc beaucoup d'interprofessionnalité et de pluridisciplinarité car, chaque professionnel, étant expert dans son domaine, permet d'aider le médecin ou pédiatre à établir le diagnostic. Afin d'aider au diagnostic l'ergothérapeute possède des outils, tels que l'autisme Diagnostic Interview Revised (ADI-R), qui permet de recueillir les comportements de l'enfant. Il peut utiliser aussi l'Autisme Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2), qui permet de par le jeu ou l'activité, d'évaluer la sphère interactionnelle de l'enfant. L'ergothérapeute observe et cote la communication verbale et non verbale et les interactions. Je décris un dernier outil qui est le Childhood Autism Rating Scale (CARS), ce sont trois outils qu'utilisent les ergothérapeutes car ils sont spécifiques à l'autisme. En ce qui concerne l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile, c'est une échelle qui permet de décrire les comportements, tels que l'imitation ou l'utilisation du corps ou encore la sphère émotionnelle. Les difficultés sont cotées afin de déterminer le profil de l'enfant et ainsi aider au diagnostic. (E. Schopler, R.J. Reichler R.F. DeVellis et K. Daly, 1980)

### 1.2.2) L'intervention de l'ergothérapeute

Dans l'intervention auprès des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, l'ergothérapeute vise à promouvoir le développement. La collaboration avec les parents est essentielle dans la prise en charge afin de les accompagner, tout d'abord eux, dans leur rôle parental et pour intervenir le mieux possible auprès de leur enfant car les parents sont les plus « experts » de leur enfant. Dans le cadre d'un trouble du spectre de l'autisme, l'intervention de l'ergothérapeute de manière générale débute après le diagnostic mais celui-ci étant parfois tardif l'ergothérapeute peut commencer à intervenir avant qu'il soit établi.

Les plateformes de coordination et d'orientation TND (trouble du neuro développement) :

Dans son intervention l'ergothérapeute peut s'appuyer sur les plateformes TND mise en place, faisant partie d'un des objectifs de la stratégie pour l'autisme 2018-2022. En effet, elles découlent de l'engagement numéro deux portant sur l'intervention précoce. La mise en place de ces plateformes permet de coordonner les interventions des différents professionnels, intervenant auprès de l'enfant, avec un trouble du spectre de l'autisme (notamment les professionnels libéraux, ou de manière générale les professionnels de deuxième ligne). Grâce à ces plateformes l'ergothérapeute peut débiter des prises en charge précoce sans attendre forcément que soit établi le diagnostic définitif. Cela permet aux ergothérapeutes de pouvoir proposer une intervention rééducative sur les interactions sociales, sur la communication ou encore sur l'intégration sensorielle. Ces plateformes aideront donc aux diagnostics car elles permettront aux différents professionnels d'effectuer des bilans. De manière générale ces plateformes sont créées afin d'améliorer le parcours des enfants avec un TSA.

L'intervention de l'ergothérapeute peut être appuyée sur certaines méthodes spécifiques permettant d'aiguiller la pratique. Celles-ci sont recommandées dans l'intervention précoce (avant 4 ans) de l'Haute Autorité de Santé (HAS, 2012). Tout d'abord il est important de savoir qu'avec une jeune population il est opportun d'utiliser le jeu ou en tout cas des activités ludiques dans la prise en charge afin de développer les compétences de l'enfant (C.Peter et F.Mengarelli, 2018). Cela constitue un point essentiel lors de l'intervention de l'ergothérapeute, il se doit de bien préparer ses séances afin de proposer un cadre et un contenu adaptés à l'enfant.

Concrètement, l'ergothérapeute peut intervenir dans la cadre de différentes problématiques pour un enfant présentant un TSA. Afin d'éclaircir le rôle de l'ergothérapeute je vais aborder et développer quelques exemples d'interventions possible. L'ergothérapeute est un professionnel qualifié dans la prise en charge d'un enfant présentant un TSA grâce à ces diverses compétences. L'enfant avec un TSA peut présenter des troubles de l'intégration sensori-motrice, c'est-à-dire que dans le processus de l'intégration sensori-motrice, l'enfant n'utilise pas correctement les informations perçues afin d'adapter son mouvement dans son ensemble. Une étude a

été réalisée auprès d'enfants TSA, où leur niveau a été testé grâce à des bilans et l'on peut voir que des déficits existent notamment en préhension, en dextérité et en motricité globale. Les problèmes moteurs doivent donc constituer un des axes de prise en charge de l'ergothérapeute, étant un professionnel qualifié dans la rééducation motrice de par les bilans qu'il peut proposer, et de par les activités mises en place pour améliorer les compétences de l'enfant. (E. Khoury, L. Carment, P. Lindberg, R. Gaillard, M.-O. Krebs, I. Amado, 2019)

L'ergothérapeute joue un rôle aussi dans l'intégration sensorielle, en effet de par ses compétences d'évaluations et ses compétences pour mener une intervention, il peut évaluer le traitement sensoriel de l'enfant avec un TSA afin de proposer des activités en liens avec le trouble et aussi adapter son environnement dans le cadre d'une réadaptation. Il est prouvé dans une étude que prendre en charge les troubles de l'intégration sensorielle en lien avec les habilités, permettraient aux enfants présentant un TSA une meilleure participation dans leur vie quotidienne. Mais ce ne sont pas les seuls facteurs qui impactent le rendement occupationnel et la participation occupationnelle de l'enfant, il est donc important que l'ergothérapeute utilise ses autres compétences tel que la coopération avec les autres acteurs afin de réaliser la meilleure prise en charge. (S. Robinson et J. Magill-Evans, 2009)

L'ergothérapeute peut, dans son intervention précoce, avoir comme objectif d'améliorer la communication des enfants. L'ergothérapeute peut en pluridisciplinarité avec par exemple l'orthophoniste travailler des moyens de communications entre l'enfant et ses parents ou encore stimuler l'enfant sur ces capacités à répondre à la communication non verbale. Pour ce faire, l'ergothérapeute doit se servir de bilans afin de comprendre comment communique l'enfant et pouvoir utiliser les moyens adaptés à cet objectif (Association National Française des Ergothérapeutes, 2019). L'ergothérapeute mobilisera les compétences 1 « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique », 2 « concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement, » 3 « mettre en œuvre des activités de soins en rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie », 4 « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter

et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques », 5 « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique », 9 « organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs » et 10 « former et informer ».

### 1.2.3) Les méthodes

Les méthodes qui sont le plus reconnues par des études scientifiques sont : les méthodes TEACCH, ABA et Denver model.

En ce qui concerne la méthode TEACHH (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children), développée par Mr Shoppler au 20<sup>ème</sup> siècle, elle s'appuie sur les principes de la théorie comportementale. Cette méthode est adressée spécifiquement pour les personnes avec un TSA. « Son but est de développer l'autonomie de la personne autiste à tous les niveaux et de fournir des stratégies pour la soutenir dans son milieu familial et scolaire, sa communauté ou son environnement social. » (Fédération Québécoise de l'autisme, 2020). L'ergothérapeute peut utiliser cette méthode dans le but de développer l'autonomie de l'enfant avec un TSA en proposant un environnement structuré et des stratégies éducatives.

La méthode ABA (analyse appliquée du comportement) repose sur les travaux de Skinner sur le conditionnement opérant (Molet.M,2012). Le conditionnement opérant regroupe des principes de l'Analyse expérimentale du Comportement (AEC) décrit par Skinner. C'est dans les années 60 que Lovaas reprit les principes de l'AEC pour l'adapter aux enfants avec un trouble du spectre de l'autisme. En quoi consiste le conditionnement opérant ? Il s'agit d'une méthode de renforcement positif afin de favoriser certains comportements et ainsi de limiter d'autres qui ne seraient pas de « bons » comportements, impactant un développement optimal.

Le programme Early Start Denver Model (ESDM), est conçu pour les jeunes enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, d'âge préscolaire. Ce programme favorise l'intervention précoce. (Vivanti.G, et al., 2014). Le programme s'appuie sur deux principaux axes : tout d'abord l'axe du développement et celui du comportement,

en visant particulièrement la sphère sociale et les principes comportementaux. Le programme a pour objectif de favoriser les apprentissages selon les capacités et incapacités de l'enfant et selon le profil de ce dernier. Grâce à ce programme, les enfants développent de façon positive leurs capacités cognitives, linguistiques et adaptatives (Dawson.D , et al. ,2010)

Toutes ces différentes méthodes sont regroupées sous une appellation : la NDBI (Naturalistic Developmental Behavior Interventions). Ce terme regroupe les interventions favorables pour les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme. L'ergothérapeute axe sa prise en charge sur le domaine occupationnel, il peut donc utiliser les méthodes des NBDI dans ses interventions, car elles s'appuient toutes essentiellement sur les apprentissages écologiques, la motivation sociale et le développement. (Rossini.E et Tétreault.S, 2020).

L'ergothérapeutes ne s'appuie pas forcément sur ces méthodes lors de son intervention. Il peut simplement s'appuyer sur un modèle et utiliser des activités signifiantes pour l'enfant.

### 1.3) Enquête exploratoire :

J'ai élaboré une enquête exploratoire dans le but de m'aider dans ma question de recherche. J'ai récolté des informations me permettant d'avoir quelques retours de la pratique sur le terrain afin de pouvoir les comparer avec mes connaissances théoriques. J'ai reçu 9 réponses d'ergothérapeute à mon enquête exploratoire.

Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, qui prennent en charges les enfants avec un TSA, travaillent en Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et en libéral. Dans plus de la moitié des cas, la prise en charge débute entre 3 et 6 ans. De plus, la moitié des ergothérapeutes estiment pratiquer des prises en charge précoces.

Les ergothérapeutes décrivent la prise en charge précoce comme bénéfique. Ils décrivent les apports de la prise en charge dans « les apprentissages », « l'intégration sensorielle », pour « réduire les risques de comorbidités tel que la dyspraxie », dans



« la prévention des postures et comportements inadaptés » et dans « l'autonomie dans la vie quotidienne ».

7 ergothérapeutes sur 9 ayant répondu à l'enquête estiment que les soins en ergothérapie ne sont pas prescrits assez tôt chez l'enfant TSA.

En ce qui concerne les prises en charges, les ergothérapeutes décrivent quels sont les objectifs visés dans leurs interventions. Ces derniers sont : l'autonomie, le graphisme, le développement moteur, la prise en charge en intégration sensorielle, l'utilisation d'outils scolaire, l'adaptation de l'environnement, l'intervention sur la communication et les interactions sociales et l'inclusion à l'école. Si j'interprète ses réponses, on peut remarquer que beaucoup d'objectifs concernent principalement les enfants en maternelle, voire plus âgés. Il y a beaucoup d'objectifs afférant à la scolarité avec le graphisme, les outils scolaires, la formation des enseignants, l'inclusion scolaire en général.

#### 1.4) Question de recherche

Mon enquête exploratoire me permet de relever les enjeux d'une prise en charge précoce vue par les ergothérapeutes. L'intégration sensorielle, est une approche revenant beaucoup dans mon enquête et semble constituer une approche souvent utilisée dans l'intervention des ergothérapeutes. Mais je peux me demander dans quelle finalité, l'approche de l'intégration sensorielle est utilisée. A partir de mon enquête exploratoire que j'ai analysée, j'ai pu observer que le sujet de l'école revenait beaucoup avec les objectifs liés au graphisme, à l'utilisation d'outils scolaires ou encore à l'inclusion scolaire. Il semble donc que l'intégration sensorielle peut avoir pour finalité l'inclusion scolaire des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Dans mon travail de recherche, et à la suite des réponses de mon enquête exploratoire, je décide de conduire mon mémoire sur la question suivante : « comment l'ergothérapeute grâce à l'approche de l'intégration sensorielle, peut-il de manière précoce, favoriser l'inclusion scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ? »

## 2) Méthodologie

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai élaboré une méthodologie me permettant de recueillir les informations nécessaires.

### 2.1) Choix de la population

La population que j'ai choisi d'interroger est celle des ergothérapeutes. Les critères de sélections sont tout d'abord que les ergothérapeutes doivent pratiquer l'intégration sensorielle auprès d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme. De plus, il est nécessaire que l'ergothérapeute ait un minimum d'expérience afin de pouvoir avoir un certain recul sur les méthodes qu'il/elle utilise avec les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, et cela dans une intervention précoce. Ce minimum d'expérience se justifie par le fait que les ergothérapeutes doivent pouvoir percevoir le fruit de leur travail sur le long terme, auprès des enfants qu'ils suivent. Je n'ai donc pas instauré de limite d'année car elle n'aurait pas de valeur significative. De plus, dans les critères d'inclusion, il faut que les ergothérapeutes effectuent des prises en charge avec des enfants ayant moins de 4 ans. Idéalement, il serait pertinent que les ergothérapeutes interviennent auprès d'enfant entre 18 mois et 4 ans. Enfin les ergothérapeutes doivent suivre des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme diagnostiqué avec le DSM-V. Le recueil d'expérience pourra se faire seulement si les critères cités préalablement sont remplis. Je n'ai pas mis de limite géographique quant aux ergothérapeutes que je souhaite interroger. Le critère important sera, que les ergothérapeutes soient francophones afin que nos échanges soient les plus qualitatifs.

Les critères de non inclusion concerneront les ergothérapeutes ne pratiquant par l'intégration neurosensorielle auprès d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme. De plus les ergothérapeutes n'ayant pas une expérience suffisante pour avoir des résultats quant aux méthodes utilisées ne seront pas sélectionnés. Les ergothérapeutes non francophones ne feront pas partie de cette étude. Enfin le recueil ne s'effectuera que sur l'expérience des ergothérapeutes auprès d'enfants présentant

un trouble du spectre de l'autisme, par exemple l'expérience auprès d'un enfant présentant le syndrome d'Asperger ne sera pas étudié.

## 2.2) Choix de l'outil

L'outil sélectionné afin de recueillir mes informations est un entretien semi directif. J'ai choisi d'utiliser un entretien semi directif car je mène une étude qualitative, et il se trouve que c'est un outil souvent conseillé dans ce cadre-là. De plus, il s'agit d'un recueil d'expérience et donc des différentes pratiques. Afin de recueillir le maximum de données exploitables, je trouve intéressant d'utiliser un entretien semi -directif qui me permet de donner un cadre à l'entretien tout en pouvant approfondir certaines notions abordées lors de la discussion. Grâce à cet entretien semi directif, tous mes entretiens auront la même base de questions, je pourrai ensuite traiter et analyser les réponses de manière cohérentes.

L'intervention précoce sur l'intégration sensorielle auprès d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme vise une pratique ciblée dont je souhaite recueillir les pratiques. L'entretien semi-directif étant un outil de collecte de données, permet d'une part de créer un contact avec les ergothérapeutes interrogés et permettra d'autre part de pouvoir adapter la discussion selon les réponses grâce aux questions ouvertes. L'outil que j'ai choisi me laisse une certaine liberté lors des entretiens.

## 2.3) Le modèle

Les modèles conceptuels en ergothérapie sont « *des représentations mentales simplifiées d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacente, l'épistémologie et la pratique* ». (Marie-Chantal Morel-Brack, 2017). Les modèles de pratique sont en lien avec les modèles appliqués et décrivent des évaluations et des techniques spécifiques. (Marie-Chantal Morel-Brack, 2017). Les ergothérapeutes travaillent de plus en plus avec les modèles conceptuels qui permettent de donner un cadre à la pratique et d'intervenir de manière cohérente et précise auprès des personnes.

Le modèle que j'ai souhaité utiliser afin d'étudier ce sujet, est le modèle de pratique en ergothérapie de l'intégration sensorielle.

L'intégration sensorielle est une approche neurodéveloppementale permettant aux praticiens qui l'utilisent d'analyser comment l'enfant perçoit et répond aux stimuli de son environnement, ainsi ils étudient l'organisation et le fonctionnement du cerveau grâce à différentes activités. Cette approche a été développée par Anna Jean AYRES dans les années 1960. Anna Jean AYRES était une ergothérapeute et une gériatre, et c'est elle qui a affirmé l'intérêt de l'intégration sensorielle pour les enfants présentant des particularités sensorielles les empêchant de réaliser correctement leurs occupations.

Elle explique que : « *l'intégration sensorielle est un processus neurophysiologique qui permet l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles afin de rendre celle-ci opérationnelle* » (Anna Jean AYRES, 1972)

Afin de différencier la théorie et le terme diagnostic, la terminologie varie. En effet pour la théorie les termes suivants ont été attribués : « *intégration sensorielle* ». En ce qui concerne les termes diagnostic ils sont les suivants : « *trouble du traitement de l'information sensorielle* » (Dunn.W, 2009).

Cette approche n'est pas encore reconnue comme une pratique probante en France, des études existent et elles sont nombreuses sur ce sujet, seulement, elles comportent toutes des biais notamment dans la méthodologie qui ne permettent pas d'affirmer l'efficacité de l'approche de l'intégration sensorielle. Cependant il est admis que la thérapie d'intégration sensorielle est plus communément utilisée par les ergothérapeutes dans le cadre de trouble des apprentissages plus que dans le cadre d'un syndrome autistique.

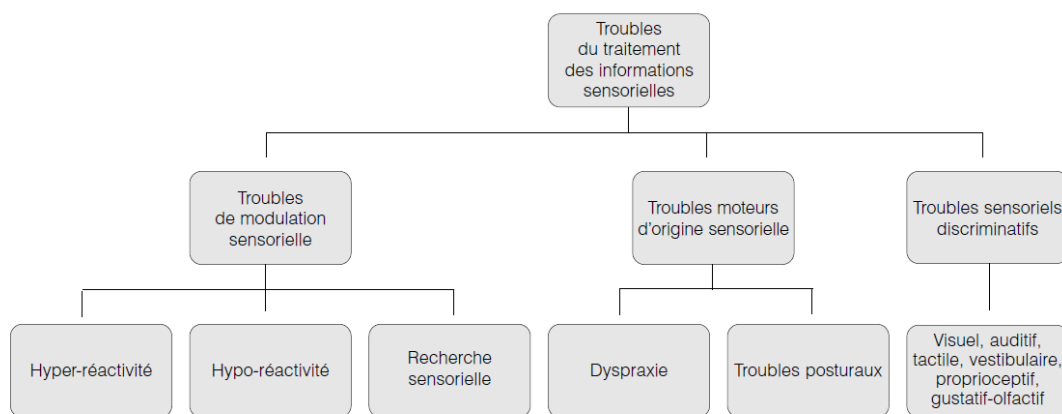
Mais qu'est ce qui se trouve derrière les termes de l'intégration sensorielle ?

Les troubles de l'intégration sensorielle se classent en trois catégories (Fig 1) :

- Les troubles de la modulation sensorielle, qui se caractérisent par une augmentation de la réactivité ou au contraire une diminution que l'on appelle respectivement hyper réactivité et hypo réactivité.
- Les troubles de la discrimination sensorielle faisant référence aux 7 sens. Il s'agit d'une problématique dans l'interprétation des stimuli.
- Les troubles moteurs à base sensoriels qui comprennent les troubles posturaux et praxiques.

De manière générale les trois types de troubles rencontrés, se développent de façons différentes chez les enfants.

**FIGURE 1**



(S. Ray-Kaeser, C.Dufour, 2013)

Les troubles de l'intégration sensorielle peuvent impactés les comportements de l'enfant, ses relations et ses interactions, ses capacités d'apprentissages, ses activités et de manière générale son autonomie (S. Ray-Kaeser, C.Dufour, 2013).

En impactant les comportements de l'enfant, ses interactions ou encore ses activités générales, ce sont en fait les différents sens de l'enfant qui sont touchés et qui empêchent à l'enfant de traduire correctement les stimuli de son environnement.

Afin de comprendre cela, il existe une pyramide des apprentissages reflétant ce processus. L'intégration sensorielle se situe à la base de la « *Pyramid of learning* ». Cette pyramide des apprentissages a été élaborée par un ergothérapeute et un éducateur spécialisé nommée Kathleen Taylor et Maryanne Trott en 1991. Cette pyramide illustre bien le système sensoriel, composé des 7 sens, vues, ouïe, odorat, toucher, goût, proprioception, système vestibulaire. Vient ensuite le développement moteur sensoriel, puis le développement perceptuel et enfin la cognition avec les apprentissages.

Les 7 postulats en intégration sensorielle sont les suivants :

- « *Les informations sensorielles fournissent le socle des apprentissages et du comportement (essentiellement celles qui alimentent le corps : tactiles, vestibulaires et proprioceptives, car elles permettent au corps d'agir efficacement dans l'environnement). Propositions sensorielles stimulant plusieurs sens.*
- *L'intégration sensorielle est un processus développemental : une habileté complexe repose toujours sur une ou plusieurs habiletés simples au préalable (respect d'une progression développementale). Respect du développement de l'enfant*
- *La qualité de l'intégration et de l'organisation des informations sensorielles produit des réponses adaptées et s'améliore grâce à ces réponses (interaction réciproque entre Organisme-Environnement permet de produire des actions appropriées et efficaces). Organisation de l'environnement*
- *Le « bon défi » (approprié) permet l'activation du processus d'intégration sensorielle. Il s'agit d'encourager l'enfant dans le choix d'une situation idéale, d'apparition d'une compétence (ni trop exigeante, ni pas assez motivante) afin qu'il réussisse et puisse être motivé pour continuer.*
- *L'enfant a une tendance naturelle à rechercher dans son environnement, des expériences significatives pour lui. Il faut donc l'encourager à être acteur et actif*
- *La plasticité cérébrale est favorisée par toutes les expériences sensori-motrices que l'enfant va réaliser, mémoriser, et améliorer.*

- *L'intégration sensorielle est la base de la participation physique et sociale de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne et dans la mise en place de routines. » (Ayres, 1972)*

L'ergothérapeute est le professionnel utilisant le plus cette approche lors de ses interventions. L'intégration sensorielle possède donc une terminologie propre à cette approche, ainsi, elle doit aussi respecter des critères de fidélités qui sont les suivants : (Rossini,E et Tétréault,S, 2020)

- S'assurer de la sécurité physique de l'enfant
- Présenter une variété d'opportunités sensorielles, particulièrement tactiles, vestibulaires et sensorielles
- Utiliser les activités et l'environnement pour soutenir l'enfant dans son autorégulation
- Stimuler les ajustements posturaux, oculaires, oraux ou le contrôle moteur bilatéral
- Stimuler les praxies et l'organisation
- Collaborer avec l'enfant dans le choix des activités
- S'assurer que les activités représentent un juste défi en regard des capacités de l'enfant
- S'assurer que l'enfant est capable d'accomplir les activités proposées
- Stimuler sa motivation intrinsèque
- Etablir une alliance thérapeutique avec l'enfant.

Mon travail de recherche s'intéresse à la prise en charge précoce par l'ergothérapeute de l'intégration sensorielle avec des enfants qui présentent un trouble du spectre de l'autisme afin de favoriser l'inclusion scolaire.

*« Selon la théorie de l'Intégration Sensorielle, les comportements moteurs inadaptés et les difficultés d'apprentissage manifestés par certains enfants seraient la conséquence d'un dysfonctionnement de ce processus neurologique d'intégration sensorielle. » (Ray Kaesser, Dufour Cécile, 2013)*

Comme expliqué dans la première partie de ce travail de recherche, les particularités sensorielles ne sont pas des caractéristiques qui permettent de diagnostiquer le trouble du spectre de l'autisme. En effet la dyade autistique est composée par des altérations du comportement, de la communication (verbale et non verbale) ainsi que des intérêts restreints et des stéréotypies. Cependant, les particularités sensorielles sont très souvent observées chez les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme et il est important de prendre en compte cela dans la pratique de l'ergothérapeute. Les activités de vie quotidienne étant affectées par les particularités sensorielles de l'enfant, il est important d'agir sur celles-ci par l'approche basée sur l'intégration sensorielle pour permettre et favoriser un meilleur traitement sensoriel.

#### 2.4) L'élaboration de mon questionnaire

L'outil que j'ai choisi d'utiliser, est l'entretien semi directif, j'ai pour cela élaboré un questionnaire composé de 9 questions. Je vise à recueillir les différentes pratiques d'ergothérapeutes utilisant l'approche de l'intégration sensorielle. Pour cela, mes questions visent à rendre compte de la pratique de l'ergothérapeute interviewé et vise à questionner tout le déroulement de la prise en charge effectuée grâce au modèle de pratique en ergothérapie : l'intégration sensorielle.

Ci-dessous, je présente mon questionnaire que j'ai utilisé pour mes entretiens.

##### *1) Présentation : question sur l'année du diplôme, expérience, structure dans laquelle l'ergothérapeute travaille.*

J'ai tout d'abord posé cette question préalable qui vise à mieux connaître l'ergothérapeute interviewé et à dégager l'expérience qu'elle/il a dans le domaine de l'autisme.



2) *Au début d'une prise en charge d'un enfant avec un TSA, comment procédez-vous pour effectuer votre recueil de données ? A quels éléments êtes-vous particulièrement attentif lors de vos prises d'informations ? (personne, environnement, activités)*

J'ai ensuite commencé mes entretiens sur le sujet en suivant les étapes habituelles d'une prise en charge, donc cette question vise à questionner le recueil de donnée et les outils utilisés à ce moment de la prise en charge.

3) *Quelle est votre démarche afin de connaître les particularités sensorielles de l'enfant avec un TSA ?*

- *Qu'utilisez-vous comme bilans ?*
- *Quels liens faites-vous avec les parents ?*
- *Quels types d'éléments les parents peuvent-ils vous apporter ?*
- *Quels besoins pouvez-vous relever qui impacteront plus tard l'inclusion scolaire de l'enfant ?*
- *Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?*

Cette question me permet d'appréhender la démarche plus particulière d'identification des particularités sensorielles chez un enfants avec un TSA. J'ai élaboré autour de cette question des sous questions pour permettre à l'ergothérapeute d'approfondir sa réponse grâce à des relances de ma part pour questionner des points importants.

4) *Comment prenez-vous en compte l'environnement social de l'enfant ?*

- *Quels types d'informations vous apportent l'environnement social ? (si non, précisé)*

Dans le cadre d'une prise en charge avec un enfant présentant un TSA, il est important de questionner l'environnement social de celui-ci. C'est pourquoi je m'intéresse à cet élément et à ce que cela apporte dans la prise en charge pour pouvoir montrer l'impact

de l'environnement social dans une approche comme l'intégration sensorielle. Cette question me permet d'aborder le sujet de la précocité de la prise en charge et le rôle des parents dans celle-ci.

5) *L'objectif générale que je questionne est « favoriser l'inclusion scolaire », quels objectifs spécifiques mettez-vous en place afin de répondre à cet objectif à long terme, en intégration sensorielle ?*

- *Court terme → objectifs :*
- *Moyen terme → objectifs :*
- *Quels moyens utilisez-vous en intégration sensorielle*
- *Quels matériels utilisez pour répondre à vos objectifs et comment utilisez-vous le matériel avec un enfant en séance dans le cadre d'une intervention précoce ?*
- *Pratiquez-vous des méthodes particulières dans ce cadre-là ? Si oui lesquelles, explication*

Après avoir questionnée tout le recueil de donnée et les méthodes utilisées pour ce dernier, j'interroge maintenant la partie rééducative avec les moyens mis en place et utilisés avec le modèle de pratique de l'intégration sensorielle. Cette question accompagnée de ses sous questions, me permet réellement d'interroger le fond de ma question centrale qui est l'utilisation de l'approche de l'intégration sensorielle avec les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. Je recueille aussi les sens qui sont travaillés en priorité que je vais pouvoir appuyer grâce à la pyramide des apprentissages.

6) *Lors d'une séance avec un enfant présentant un TSA en intégration sensorielle, comment allez-vous rechercher l'engagement de l'enfant ?*

- *Quelles sont vos méthodes pour proposer des activités significatives ? Prise en compte des intérêts restreints ?*

Le modèle de pratique en ergothérapie de l'intégration sensorielle comporte des concepts clés tel que la participation occupationnelle et l'engagement de l'enfant. Ici,

je questionne l'intervention précoce auprès d'un enfant avec un TSA. Obtenir l'engagement d'un enfant neurotypique est parfois compliqué, mais qu'en est-il dans le cadre d'une prise en charge avec un enfant présentant un TSA ? Il était intéressant de questionner ce concept de l'engagement de l'enfant dans une activité, ici dans les activités sensorielles proposées par l'ergothérapeute. Ainsi cela me permet de développer les solutions mises en place afin d'accompagner un enfant avec des particularités telles que celles présentées dans l'autisme.

*7) En termes de réadaptation que mettez-vous en place pour répondre aux différents besoins des enfants ? précisez quels troubles sensoriels et quelles adaptations ?*

La question de la rééducation étant abordée, il est important de questionner l'autre volet de la prise en charge qui concerne tout le domaine de la réadaptation. Je voulais renseigner grâce à cette question, les éléments pouvant être adaptés pour l'enfant dans son environnement afin d'agir sur le traitement sensoriel de celui-ci et ce, combiné aux activités réalisées en séance.

*8) Comment évaluez-vous l'impact du modèle de l'approche de l'intégration sensorielle avec les enfants présentant un TSA ? Comment évaluez-vous les bénéfices de l'approche avec les enfants présentant un TSA de manière précoce ? Seule, cette approche est-elle suffisante pour répondre à vos objectifs ?*

Le dernier élément d'une prise en charge est l'évaluation, cette question vise donc à montrer l'impact du modèle dans la prise en charge d'un enfant présentant un TSA. En posant cette question, j'interroge aussi la complémentarité que l'on peut proposer avec ce modèle et comment il est utilisé (si les prises en charge peuvent être uniquement basées sur une approche ou non).

9) *Quels sont les freins/limites à la prise en charge précoce, limitant la réponse à l'objectif du plan autisme 2018-2022 ?*

Afin de faire le lien avec ma première partie et mon constat de départ qui se rapporte à la stratégie pour l'autisme 2018-2022, j'ai élaboré une question autour de cela. Cette question regroupe mes thèmes de départ qui sont l'autisme et la prise en charge précoce. A cela je pourrai ouvrir mon analyse en incluant l'engagement numéro 3 concernant la scolarisation.

2.5) Les entretiens

Les participants à l'étude ont été sollicités par e-mail. Les contacts ont été trouvés grâce à mes recherches sur le sujet et grâce à ma directrice de mémoire. J'ai pu aussi solliciter les ergothérapeutes de par la plateforme des réseaux sociaux mais cela n'a pas été concluant. En effet mon sujet nécessite des ergothérapeutes répondant à des critères d'inclusion précis et il est compliqué de trouver une population large d'ergothérapeute répondant à cela. Après un premier contact par e-mail pour me présenter et présenter mes recherches, je me suis assurée que la personne répondait bien à mes critères d'inclusion afin que la suite de nos échanges soient pertinents. La sélection de mes participants a donc été réalisée par le biais des réseaux sociaux. Lors de la sélection de participants j'ai pu avoir des refus causés en partie par le fait que les ergothérapeutes ne pratiquaient pas d'intervention précoce ou alors parce qu'ils effectuaient une différence entre intégration sensorielle et intégration neurosensorielle.

En ce qui concerne la collecte des données, elle a été réalisée par vidéo conférence, du fait de l'éloignement géographique entre les ergothérapeutes et moi-même et de par le contexte sanitaire qui ne favorisait pas une rencontre entre nous. De plus, avoir effectuée les entretiens par visio conférence permet à la différence d'une conversation téléphonique de pouvoir observer et analyser les réactions du professionnel interviewé et permet aussi de faciliter l'échange lors des entretiens. J'ai pu, durant les vidéos conférences, prendre des notes tout au long des entretiens. Sur les 3 entretiens que j'ai menés, deux ergothérapeutes ont accepté que j'enregistre

l'entretien. L'enregistrement m'a été bénéfique et m'a permis après, lors de la retranscription, de pouvoir retranscrire mot pour mot ce que l'ergothérapeute a pu me dire durant l'échange. Il n'y a donc aucune interprétation possible de ma part, ni jugement. Sur l'environnement dans lequel se trouvait les ergothérapeutes pour la passation des entretiens, deux ergothérapeutes étaient sur leur lieu de travail et une ergothérapeute était à son domicile.

## 2.6) Mode d'analyse

Pour l'analyse de mes entretiens, j'ai choisi d'effectuer tout d'abord une analyse longitudinale que j'ai transposé dans un tableau. Cette analyse m'est personnelle afin de m'aider à faire ressortir les éléments importants de mes retranscriptions d'entretien. Dans ce tableau se trouvait donc toutes les questions, ainsi que les réponses de chaque ergothérapeute (les trois ergothérapeutes sont positionnées en colonne) en face des questions correspondantes. Puis, je suis passée à l'analyse transversale de mes entretiens pour effectuer du lien entre mes résultats sans interpréter les données, qui seront traitées ultérieurement dans la partie discussion.

## 3) Résultats des entretiens et analyse

Les trois ergothérapeutes ayant acceptées d'effectuer les entretiens sont toutes diplômées depuis un certain temps et ont toutes une expérience longue avec les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. Afin de conserver l'anonymat des ergothérapeutes je vais utiliser des numéros pour les distinguer. L'ergothérapeute 1 est diplômée depuis 2010 et travaille en libéral, l'ergothérapeute 2 est diplômée depuis 2005 et combine un travail en CAMPS (Centre d'Action médico-sociale précoce) et en libéral et l'ergothérapeute 3 est diplômée depuis 2003 et travaille en Institut d'Education Motrice (IEM).

L'approche de l'intégration sensorielle est utilisée par les trois ergothérapeutes, et pour débiter la prise en charge avec les enfants elles débutent toutes par un recueil de données. Ce recueil de données s'effectue de manière différente pour les trois

ergothérapeutes. En effet l'ergothérapeute 1 effectue son recueil de données sur deux séances. Une séance étant consacrée aux parents pour recueillir les informations sur l'enfant. Durant ce temps, une fiche sur l'intégration sensorielle est remplie et une anamnèse complète des particularités de l'enfant est établie. Puis une autre séance est prévue afin d'effectuer les bilans complémentaires avec l'enfant. L'ergothérapeute 2 utilise des méthodes de recueil de données selon sa structure. En CAMPS, il s'agit d'une évaluation transversale, où tous les professionnels participent à l'évaluation. L'ergothérapeute, dans sa partie de l'évaluation, propose des jeux afin d'observer par catégorie les problématiques éventuelles de l'enfant tels que la communication, le regard, la préhension... Puis elle compare ses observations avec les éléments qui devrait être présent chez l'enfant correspondant un âge de développement. Ainsi elle observe si un décalage est présent ou pas et elle établit ses objectifs à partir de cela. En libérale, les enfants sont déjà plus grands, mais dans le processus du recueil de données, j'ai choisi quand même d'expliquer sa méthode. Les enfants qu'elle suit, sont en classes primaire, suivent une scolarité ordinaire et sont pratiquement tous des enfants qui parlent. Elle est sollicitée dans son évaluation afin de contribuer au diagnostic, et fait donc un point dans tous les domaines et plus fortement dans le domaine sensoriel, puis elle envoie son compte rendu au médecin qui après décide d'établir le diagnostic d'un trouble ou non. L'ergothérapeute 3 questionne beaucoup les parents sur la manière dont est venu au monde l'enfant, sur la grossesse, l'accouchement (prématuré ou pas). Ensuite elle questionne les habilités sensori motrice de l'enfant et sur l'âge de la parole. De plus elle s'appuie beaucoup sur l'intuition des mamans. Lors des entretiens, elle questionne le domaine scolaire, les relations de l'enfant et la communication. Puis elle aborde le quotidien avec des questions sur les habitudes, le sommeil, l'alimentation, les interactions, l'habillement et le déshabillage.

Après le questionnement sur les méthodes de recueil de données, j'ai questionné les ergothérapeutes sur leurs démarches pour recueillir les particularités sensorielles de l'enfant présentant un TSA. L'ergothérapeute 1, comme l'ergothérapeute 2 et 3 effectue le profil de Dunn afin d'analyser les particularités sensorielles de l'enfant. L'ergothérapeute 1 surligne en rouge les éléments importants au niveau sensoriel qu'elle relève avec le profil de Dunn. Les besoins qu'elle ait pu m'indiquer, impactant

plus tard une inclusion scolaire, sont souvent le « brouhaha » et les défauts de concentration de l'enfant. L'ergothérapeute 2 échange beaucoup avec les parents, car c'est de là que vient la plainte et c'est avec eux qu'une méthodologie est mise en place pour répondre aux besoins de l'enfant. Les besoins travaillés sont différents entre le travail en CAMPS et en libéral. En effet en CAMPS, l'objectif de ce dernier est collectif, et vise à ce que l'enfant devienne « petit écolier », ce qui implique pour l'enfant de rester assis par exemple ou encore de suivre une activité. L'ergothérapeute 3 effectue un « scann » des 7 sens, et elle analyse si l'enfant est un « bouge-bouge », c'est-à-dire qu'il ne reste pas assis, cela peut impliquer aussi un défaut d'attention et de concentration. Ensuite elle effectue le lien avec les parents afin de connaître leurs plaintes notamment au niveau scolaire. Les parents lui apportent beaucoup d'informations sur les particularités sensorielles de l'enfant, ce lien professionnel-parent est donc important dans l'intervention. J'ai ensuite abordé en sous question, la prise en compte des caractéristiques d'un enfant présentant un TSA et comment cela était géré dans la prise en charge. L'ergothérapeute 1 ne s'occupe pas des stéréotypies car elle estime que l'enfant en a besoin. Si ces dernières sont trop envahissantes, elle met en places des fidgets. Pour le domaine de la communication, l'ergothérapeute utilise le Makaton. L'ergothérapeute 2 prend en compte les caractéristiques de l'enfant et met en place une « éducation structurée ». Elle met en place des routines avec une création d'une histoire incluant un objet. Comme expliqué durant l'entretien, elle utilise une grenouille qui suit l'enfant dans ses activités tout au long de la séance. De plus, l'ergothérapeute s'appuie sur l'intérêt ou les intérêts restreints de l'enfant afin de mener sa séance et effectuer ce qu'elle avait prévu avec l'enfant. L'ergothérapeute 3 s'adapte à chaque séance aux besoins de l'enfant du moment. Elle peut ainsi adapter son intervention et par exemple proposer des régulateurs sensoriels si l'enfant en a le besoin.

Je m'intéresse ensuite à l'environnement social et la prise en compte de celui-ci dans la prise en charge. Les trois ergothérapeutes s'intéressent différemment à l'environnement social dans cette approche de l'intégration sensorielle. L'ergothérapeute 1 porte beaucoup d'importance à l'environnement social, elle questionne la fratrie, si l'enfant s'entend bien avec des frères ou sœurs, s'ils jouent ensemble. Elle questionne aussi l'environnement scolaire, si l'enfant a des camarades.

Enfin elle questionne aussi tous les moments tels que les sorties au centre commercial, les repas chez des amis, les moments en dehors de la maison, chez les grands parents...etc. L'ergothérapeute 2 exprime que l'environnement social ne prend pas une grande place dans l'approche de l'intégration sensorielle. L'intervention de l'ergothérapeute en CAMPS ne comprend pas beaucoup de temps au domicile, à l'école ou à la crèche sauf sur demande particulière. L'environnement social est pris en compte de manière générale dans l'accompagnement. L'ergothérapeute 3 implique la famille comme premier environnement social. Elle peut aussi interpeller l'école ou la crèche en cas de besoin.

Après cette partie sur le recueil de données, j'ai souhaité questionner les ergothérapeutes sur les objectifs mis en place afin de répondre au but « favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant » et les moyens les accompagnants. L'ergothérapeute 1 détermine les objectifs basés sur un travail de la posture, du système vestibulaire et proprioceptif. Elle va axer sa prise en charge sur la gestion des agitations, le fait d'être bien assis et posé. De plus elle travaille beaucoup sur les émotions et le comportement, car à long terme les enfants qu'elle reçoit en séance ne sont pas en école traditionnelle. L'ergothérapeute 2 établit ses objectifs à partir des plaintes effectuées par l'instituteur ou les parents. Suite à la plainte, une problématique ressort et ainsi avec les lunettes sensorielles, elle analyse comment elle peut agir sur cette problématique. L'ergothérapeute 3 vise toujours à diminuer les comportements problématiques. Elle agit dessus en sachant qu'elle ne les effacera pas mais que ce travail permettra à l'enfant de mieux s'intégrer dans un nouveau milieu. En sous question, j'interroge les ergothérapeutes sur les moyens qu'elles utilisent en intégration sensorielle durant leurs séances. Les trois ergothérapeutes se rejoignent en m'indiquant pour les ergothérapeutes 1 et 2 qu'elles travaillent principalement les trois sens suivants : le tactile, le système vestibulaire et proprioceptif. L'ergothérapeute 3 les rejoint en affirmant agir principalement sur le système vestibulaire et proprioceptif durant les séances. L'ergothérapeute 1 précise qu'il s'agit des trois sens de base, de la pyramide des apprentissages. Afin de travailler le système vestibulaire de l'enfant, l'ergothérapeute propose à l'enfant des activités avec une toupie, un trampoline, des coussins dynamiques, des parcours moteurs et des élastiques. Pour stimuler le système proprioceptif, elle propose des installations sur des ballons, des poufs en microbilles



et pour le tactile elle possède beaucoup de matériel stimulant ce sens, tels que des carrés en tissus, des balles sensorielles...etc. Elle ne met pas pour autant les autres sens de côté et elle possède des installations stimulants tous ces sens. Par exemple elle cite une enceinte pour mettre des musiques relaxantes, une colonne de bulles et des guirlandes. Elle pratique beaucoup la méthode Snoezelen avec les tous petits. Elle combine ses séances d'intégration sensorielle avec la méthode Snoezelen. La méthode permet une analyse précise et posée de tous les sens. L'ergothérapeute 2, tout comme les autres ergothérapeutes utilisent principalement les engins spécifiques à l'approche de l'intégration sensorielle. Elle travaille donc beaucoup le système vestibulaire en 1, 2 ou 4 points. En 1 point cela concerne par exemple le hamac qui tournent en rond, en 2 points cela concerne plutôt le mouvement linéaire donc un boudin, par exemple et en 4 points cela va être plus stable comme un bateau. Après il existe d'autres engins qui ne sont pas pendus, comme par exemple le tobogan avec une planche à roulette, l'utilisation d'un tissu pour y installer l'enfant (seul ou avec un parent). L'ergothérapeute 3 propose des activités composées avec les engins spécifiques à l'intégration sensorielle telles que les balançoires (classique ou qui tournent sur elles-mêmes). De plus elle utilise le protocole de Wilbarger<sup>5</sup> (nouvellement appelé Technique de proprioception et de pression profonde).

Pour faire suite à l'établissement des objectifs et à la méthode de travail de ces derniers, j'interroge aussi la pratique de l'ergothérapeute sur la recherche de l'engagement de l'enfant durant les séances. L'ergothérapeute 1 et l'ergothérapeute 3 laisse une liberté à l'enfant afin qu'il se dirige vers l'activité qu'il souhaite réaliser. L'ergothérapeute 1 exprime qu'avec les tous petits cela fonctionne bien. L'ergothérapeute 3, en plus de laisser libre choix, utilise des pictogrammes ou des dessins afin de nommer les choses. Elle utilise ce moyen aussi pour prévoir la séance suivante. Combiné à cela, elle inclut des objets motivants pour l'enfant en séance. L'ergothérapeute 2 analyse dans un premier temps ce qui motive l'enfant, donc cela peut être basé sur les intérêts restreints par exemple. De plus les engins utilisés sont

---

<sup>5</sup> « Le protocole de Wilbarger, maintenant appelé Technique de Proprioception et de Pression Profonde (TPPP) a été créé par Madame Patricia Wilbarger, ergothérapeute, afin de normaliser l'hyperréactivité sensorielle. Le principe à la base de ce protocole est d'offrir une stimulation proprioceptive régulière pour favoriser l'autorégulation de la personne autiste et ainsi l'aider à faire face à sa journée. » (<https://spectredelautisme.com/>)

souvent motivants pour eux. Et enfin elle utilise la mise en place de routine pour recueillir l'engagement de l'enfant. Les trois ergothérapeutes, laissent donc libre place aux choix et aux envies de l'enfant au moment de la séance, suite à cela elles instaurent leur cadre afin de travailler leurs objectifs.

Le volet de la rééducation ayant été questionné, je m'intéresse à présent au volet de la réadaptation. Je recueille de part cette question les différentes adaptations possibles effectuées par les ergothérapeutes. L'ergothérapeute 1 n'intervenant que très peu dans le milieu scolaire traditionnel n'a pas eu l'occasion de proposer beaucoup d'adaptation mais quand une demande particulière est effectuée, elle met en place fréquemment la cabane sensorielle. Il s'agit d'une cabane où l'enfant peut se réfugier en cas de besoin. A l'intérieur y sont disposés différents régulateurs sensoriels. Les ergothérapeutes 2 et 3 ont plus souvent eu des adaptations à effectuer. Elles proposent toutes les deux un aménagement de l'environnement composé par la mise en place de matériel tel que les bouchons d'oreilles, les fidgets, ou encore pour l'ergothérapeute 2, la proposition d'aménagements par exemple, sur les temps du repas à la cantine. Elle peut proposer de modifier les horaires, de mettre en place des couverts en plastique, ou encore de mettre de sets de table si l'assiette fait trop de bruit.

Au terme de la prise en charge effectuée avec le modèle de pratique de l'intégration sensorielle, je questionne les ergothérapeutes sur l'impact justement de ce modèle et l'évaluation qu'elles en font. L'ergothérapeute 1 m'indique que l'évaluation de l'approche ce fait par un retour des parents. De plus elle refait le profil de Dunn pour comparer avec celui fait au début de la prise en charge. Elle utilise un autre outil appelé le GAS (Goal Attainment Scaling)<sup>6</sup> qui lui permet de graduer les objectifs et ainsi de voir où l'enfant se positionne. L'ergothérapeute précise que c'est une approche qui s'adapte bien avec les enfants qui ne parlent pas trop car le sensoriel permet de passer par d'autres biais que la parole pour les comprendre. De plus avec les tous petits il s'agit d'une approche efficace de son point de vue. L'ergothérapeute 2 m'indique qu'aucune approche ne peut être utilisée seule en ergothérapie. Donc dans le domaine

---

<sup>6</sup> Kiresuk T.J. Sherman RE, "Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs", Community Mental Health Journal, 1968

sensoriel avec l'approche de l'intégration sensorielle c'est une partie de la réponse à apporter à l'enfant et à sa famille. Elle m'exprime que si le travail sur le traitement sensoriel répond seul à une demande c'est très satisfaisant pour l'ergothérapeute mais souvent c'est compliqué car la difficulté est multifactorielle. En ce qui concerne l'évaluation de l'impact du modèle, l'ergothérapeute évalue selon les plaintes, donc s'il n'y a plus de plainte alors cela signifie de l'objectif a été atteint. La réponse est donnée par l'adulte en général. En plus de cette approche l'ergothérapeute 2 conseille à 300% la mise en place d'une activité physique pour l'enfant afin de stimuler son système proprioceptif. L'ergothérapeute 3 utilise le modèle de l'intégration sensorielle comme un outil qu'elle combine avec d'autres approches. Elle me décrit l'intégration sensorielle comme un outil dans la valise de l'ergothérapeute. Elle n'évalue pas le modèle étant donné qu'elle le combine toujours avec un autre modèle, elle n'a donc pas de recul spécifique sur cette approche.

Pour faire le lien avec la stratégie pour l'autisme, étant à la base de mon questionnaire, j'ai donc élaboré une question pour avoir le retour des ergothérapeutes sur le terrain de la faisabilité ou non de l'engagement numéro 2. J'interroge donc les trois ergothérapeutes sur les freins qu'elles ont pu repérer à la mise en place d'une intervention précoce. L'ergothérapeute 1 ne recense pas de freins en tant que tel pour l'engagement numéro 2. Seulement elle me fait remonter un frein se situant dans la confusion entre l'ergothérapeute et le psychomotricien. Elle m'explique que bien trop de médecins « disent que les ergos, c'est à partir du collègue donc vers 12 ans ». Elle m'indique qu'il faut que les parents et les professionnels sachent que l'on peut travailler avec les tous petits. Et il faut aussi que les personnes soient formées à l'autisme et à la prise en charge précoce. L'ergothérapeute 2 m'explique que pleins de choses sont mises en place afin de répondre à l'engagement numéro 2 comme par exemple le forfait précoce mais que le frein se retrouve dans le fait que les professionnels ne jouent pas le jeu. En effet, certains ne souhaitent pas participer à ce forfait précoce. L'ergothérapeute 3 fait ressortir que le principal frein pour l'ergothérapeute est déjà sur la liste d'attente qu'ils ont. Le turn over des prises en charge est faible. Les journées sont bien remplies. Le deuxième frein se retrouve dans l'orientation vers les ergothérapeutes afin de proposer une prise en charge précoce. Elle estime qu'il faut que les enfants soient orientés tôt vers les

ergothérapeutes et cela n'est pas encore le cas, car les médecins orientent plus vers le psychomotricien quand l'enfant est jeune. L'ergothérapeute 1 et 3 constatent que le manque de clarté entre les deux professions peut constituer un frein à la prise en charge de l'ergothérapeute précocement chez l'enfant.

## **4) Discussion**

### **4.1) Mise en lien des résultats de la recherche avec la théorie**

Dans ce travail de recherche, je m'intéresse à la pratique sur le terrain des ergothérapeutes utilisant l'approche de l'intégration sensorielle de manière précoce avec des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Le modèle dans lequel j'inscris mon mémoire est le modèle de pratique en intégration sensorielle. Dans cette partie discussion, je vais donc analyser les réponses que j'ai obtenu suite à mes trois entretiens effectués avec des ergothérapeutes. Je mettrai en lien les réponses et les points importants avec les concepts de mon modèle utilisé.

L'approche de l'intégration sensorielle débute par un recueil de données. Les trois ergothérapeutes interrogées, basent leurs recueils de données sur les informations fournies par l'environnement social de l'enfant. Donc en premier lieu, il s'agit des informations apportées par les parents de l'enfant, puis les ergothérapeutes peuvent solliciter les professionnels en crèche par exemple. Les informations propres au domaine sensoriel sont recueillies en priorité grâce au profil sensoriel de Dunn. Ce profil sensoriel permet, d'après la littérature, grâce aux informations fournies par les parents, d'établir le profil sensoriel de l'enfant et « d'établir le profil de l'impact de ce traitement sur les performances dans la vie quotidienne. » (Centre ressource autisme, 2017).

Dunn et Tomchek, ont mené une étude (2007), permettant de démontrer que 95% des enfants avec de l'autisme présentaient des troubles de l'intégration

sensorielle et ce, grâce au profil sensoriel de Dunn. Cette étude a été menée auprès d'une population d'enfant de 3-6ans. Dans ma recherche les ergothérapeutes appliquent ce profil sensoriel dans leur prise en charge précoce car peu de bilans spécifiques au domaine sensoriel existent et ce bilan semble efficace pour recueillir les particularités sensorielles des enfants présentant un TSA. Lors d'une intervention précoce, l'ergothérapeute 2 affirme qu'il est plus compliqué de proposer des évaluations standardisées. En effet, l'enfant n'étant pas en capacité d'explicitier ses problématiques ou ses besoins, les parents servent donc de support à l'évaluation.

La littérature recense cependant certains outils, les plus utilisés sont :

« Sensory Integration and Praxis Test » dont l'auteur est Mme Jean Ayres, publié en 1989. Ce bilan est prévu pour une population d'enfant âgé entre 4 et 8 ans.

« Observations Based on Sensory Integration Theory » dont l'auteur est Erna Blanche, publié en 2002. Ce bilan est prévu pour une population d'enfant âgé entre 3 et 15 ans.

Après l'évaluation des particularités sensorielles de l'enfant, des objectifs sont définis. Durant les séances d'intégration sensorielle, l'ergothérapeute doit recueillir l'engagement de l'enfant afin d'effectuer un travail pertinent.

Les ergothérapeutes ont pu expliciter différentes méthodes afin d'obtenir l'engagement de l'enfant lors des séances, paramètre très recherché afin d'optimiser les résultats positifs. L'environnement est donc travaillé, comme expliqué par l'ergothérapeute 1, par exemple, qui propose de s'appuyer sur les centres d'intérêts de l'enfant pour créer un environnement motivant pour l'enfant. Elle m'explique « j'en ai un qui est fan de dinosaure », elle a donc acheté un dinosaure lui servant de support tout au long de la séance pour optimiser l'engagement de l'enfant lors de la séance. Le dinosaure ainsi « fait » une activité, comme aller dans un bac sensoriel par exemple, et l'enfant voit que le jouet a pu réussir à entrer dans le bac sensoriel alors cela incitera l'enfant à faire de même. Les centres d'intérêt qu'a pu recueillir l'ergothérapeute durant le recueil de données serviront lors des séances, à proposer à l'enfant des activités signifiantes qui optimiseront l'engagement de l'enfant.

L'ergothérapeute s'appuie donc sur le langage non verbal, qui est le premier langage qu'acquiert et que comprend l'enfant, accompagné d'explications orales pour inciter l'enfant à réaliser l'activité. En lui montrant, l'ergothérapeute utilise un biais différent qu'une consigne orale. Précocement, cette méthode semble adaptée car elle correspond au développement de l'enfant et s'appuie sur le niveau d'apprentissage auquel l'enfant va se situer.

S'appuyer sur les intérêts restreints de l'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme, comme l'indique l'ergothérapeute 1 et 2, peut faire du lien avec la « Spirale de l'éducation fondée sur des intérêts », qui s'applique bien dans le cadre de séance avec un enfant présentant de l'autisme (Motton.L, 2016). Cette spirale, représente le processus durant lequel on propose à l'enfant un objet correspondant à ses intérêts afin de le faire évoluer dans ses différents milieux et environnements que fréquente l'enfant. De part ce processus l'ergothérapeute doit se fournir du matériel en fonction de l'enfant et procéder à l'utilisation de celui-ci durant les séances d'intégration sensorielle.

Cette approche, d'elle-même, permet l'engagement de l'enfant autiste plus facilement, peut être grâce à l'utilisation des engins spécifiques à l'intégration sensorielle. Comme cité par l'ergothérapeute 2, les engins sont motivants car ils sont ludiques, tel que « la balançoire ». L'ergothérapeute m'ajoute que l'enfant peut en avoir peur aussi, et cela va constituer un objectif lors des séances. Comme le cite l'article publié par l'American Occupational therapy association, en 2007 nommé « Understanding Ayres sensory integration », « *It is best distinguished by the active engagement of the child who is allowed to move, jump, swing, and crash* ». (Il se distingue par l'engagement actif de l'enfant qui est autorisé à bouger, sauter, se balancer et s'écraser). L'approche possède donc cette qualité-là, de proposer des engins qui permettent totalement l'expression de l'enfant.

« Laisser le choix », est une notion revendiquée pour deux ergothérapeutes sur trois interviewées. En effet afin de recueillir l'engagement de l'enfant, lors d'une intervention précoce, le libre choix de l'activité peut constituer un axe de développement de l'engagement. L'ergothérapeute peut, par la suite, installer le cadre

et diriger l'enfant dans l'activité. De ce fait l'ergothérapeute a plus de chance d'obtenir l'engagement de l'enfant.

Enfin la routine, étant une caractéristique appréciée des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, peut être utilisée lors des séances. Les routines s'appliquent bien auprès de cette population car l'enfant présentant un TSA n'apprécie pas l'inattendu. Instaurer une routine permet à l'ergothérapeute et à l'enfant d'avancer ensemble sur des bases communes.

Afin d'aller plus loin dans la réflexion, je propose d'ouvrir la discussion à l'engagement de la famille dans l'intervention. En effet l'ergothérapeute dispose de moyens afin d'intégrer la famille dans l'intervention et afin d'optimiser leur engagement dans l'accompagnement. Car sans le suivi des parents, les interventions n'auront pas de sens si elles ne sont pas poursuivies dans les différents milieux de l'enfant. La définition des objectifs peut être un biais pour favoriser l'engagement de l'enfant et des parents dans l'accompagnement. L'établissement des objectifs par la méthode SMART permet d'être claire dans sa démarche d'ergothérapeute et d'être aussi claire avec les parents et l'enfant. Les objectifs sont spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et établis dans le temps. La participation de l'enfant est ainsi favorisée de par l'élaboration de ces objectifs en lien avec les besoins de l'enfant et en lien avec les données recueillis auprès des parents. De même, le GAS (Goal Attainment Scaling) permet d'inclure les parents dans l'accompagnement car, l'enfant ne sera pas en mesure d'explicitement réellement ses besoins dû fait de son âge, c'est donc sur des problématiques recensées par les parents que l'ergothérapeute va se baser pour définir les objectifs de la prise en charge. L'ergothérapeute veillera toujours à inclure au maximum dans la mesure du possible les demandes de l'enfant à son niveau. Les parents, dans le cadre d'une prise en charge précoce, ont donc un rôle indispensable et pertinent dans l'accompagnement et la collaboration entre l'ergothérapeute et eux.

De manière générale, l'environnement social est important dans le cadre d'une intervention précoce auprès d'un enfant présentant un TSA. Les ergothérapeutes interrogées ont leur propre avis sur cela. L'ergothérapeute 1 peut questionner la fratrie de l'enfant afin de récolter des données telles que les relations, le jeu, la communication. Elle interroge aussi la famille sur les comportements de l'enfant lors

de sorties extérieures du domicile. Les parents sont donc très sollicités par l'ergothérapeute pour diverses informations sur l'enfant. L'ergothérapeute 2 recense la communication qu'elle met en place avec les personnes entourant l'enfant tels que les professionnels de la crèche ou les instituteurs. L'ergothérapeute 3 aborde tout de suite l'environnement familial, puis elle nomme tout comme l'ergothérapeute 2 les professionnels de la crèche ou de l'école qu'elle peut solliciter aussi. Toutes les ressources sont donc pertinentes pour récolter les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Après avoir expliciter différentes méthodes pour recueillir l'engagement de l'enfant, je vais à présent, aborder les objectifs travaillés en intégration sensorielle. Je pars d'un des 7 postulats d'intégration sensorielle portant sur la pyramide des apprentissages.

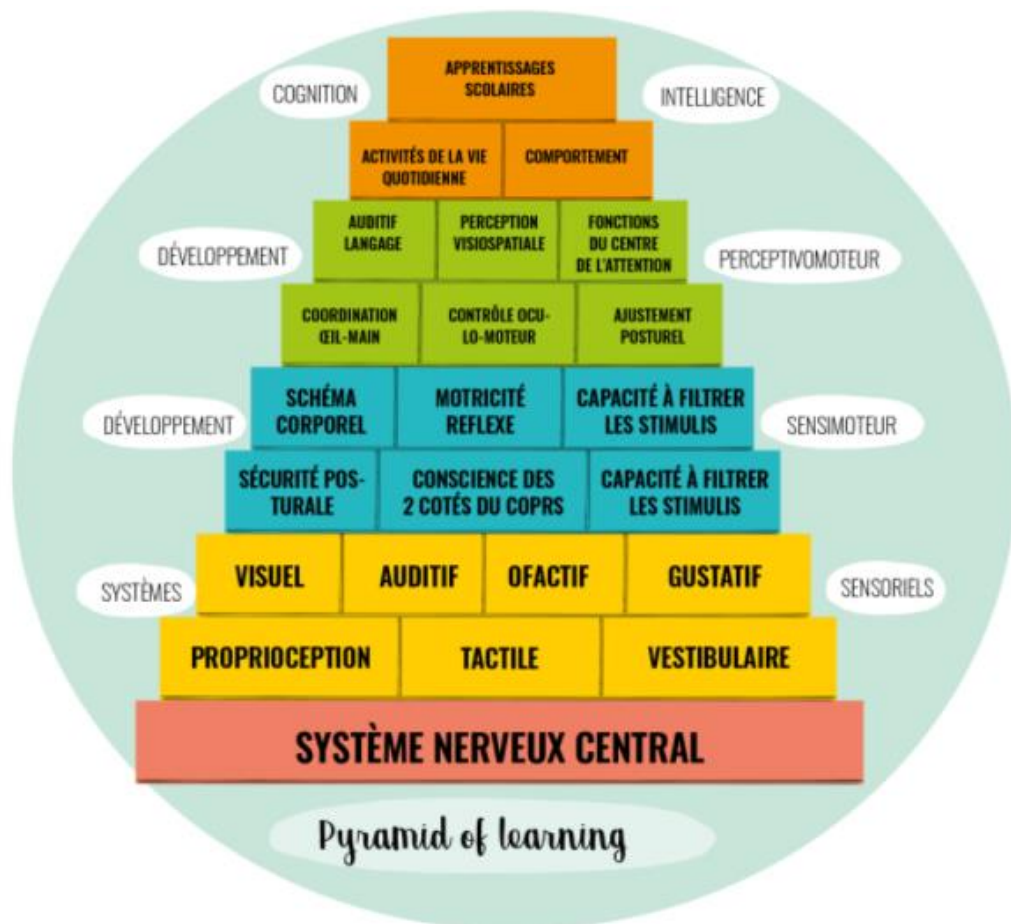
Les objectifs travaillés principalement en séance d'intégration sensorielle, sont constitués autour de trois sens :

- Le système vestibulaire
- Le système proprioceptif
- Le tactile

En lien avec l'objectif à long terme concernant l'inclusion scolaire, les ergothérapeutes basent leurs interventions sur ces trois sens, leurs permettant toutes (ergothérapeutes) d'atteindre des objectifs plus spécifiques tels que : « gérer les agitations, savoir se poser, être bien assis, devenir petit écolier, agir sur les comportements perturbateurs » ...etc. Ces objectifs reposent donc sur les trois sens présentés précédemment. Mais, est ce que ces trois sens vous parlent ? Si ce n'est pas le cas, ces trois sens constituent la base de la pyramide des apprentissages. Ils sont donc à la base du développement de tous les apprentissages de l'enfant. (Fig 2).



FIGURE 2



(Taylor et Maryanne Trott, 1991)

On observe donc grâce à la figure 1, que les trois sens constituant la base de la pyramide permettent à l'enfant d'acquérir les apprentissages scolaires qui constituent le sommet de celle-ci. Alors oui, entre les trois sens de base et les apprentissages scolaires, d'autres cases du développement s'y retrouvent. Il est important d'avoir conscience tout au long de l'intervention, que cette pyramide des apprentissages, est un support indéniable.

On observe donc aussi de par la figure, que si le traitement sensoriel s'effectue mal pour l'enfant, cela va impacter tout le reste des domaines comme par exemple le langage avec la communication, les comportements, la conscience du soi et des autres etc (Taylor et Maryanne Trott, 1991). Les 7 sens constituent la base de tous les apprentissages de l'enfant et donc la base de son développement. Les enfants

présentant un trouble du spectre de l'autisme ont un développement différent d'une personne typique, il est donc important de s'appuyer sur les étapes du développement typique d'un enfant sans pour autant les comparer avec celles d'un enfant avec de l'autisme, afin de ne pas calquer nos objectifs d'interventions sur les étapes importantes du développement tel que le babillage à 12mois par exemple (HAS, 2018).

Je poursuis donc avec le postulat suivant, précisant que l'intégration sensorielle est un processus développemental.

Pour faire le lien avec le développement, notion abordée succinctement dans le paragraphe précédent, l'approche de l'intégration sensorielle auprès de cette population s'appuie sur ce processus-là pour permettre à l'enfant de développer ses compétences. En effet, l'objectif recherché de part cette approche est le développement de l'enfant par un meilleur traitement sensoriel afin de répondre à des problématiques impactant l'enfant dans ses différents milieux comme celui de l'école, que je questionne. L'ergothérapeute 2 me rapporte recueillir des informations sur l'enfant, puis « d'aller voir crossomodo par rapport à l'âge de développement classique s'il y a un grand décalage ou pas, permettant de donner des objectifs plutôt ergo ».

L'ergothérapeute s'appuie donc sur les comportements semblables aux comportements typiques à cet âge-là, afin de proposer une intervention sur le traitement sensoriel de l'enfant et donc des problématiques qui en découlent. La précocité de l'approche demande à l'ergothérapeute d'avoir un regard critique sur les étapes typiques du développement de l'enfant, qu'il/elle va prendre en compte dans sa prise en charge. En effet, il est recommandé de proposer une intervention précoce aux enfants afin de s'appuyer sur la plasticité cérébrale de l'enfant. Seulement, chaque enfant, même typique ne se développe pas tous de la même manière. Afin de proposer des interventions pertinentes il faut aussi que l'enfant ait les capacités cognitives, à son âge, nécessaires pour réussir à changer ses comportements ou à modifier son traitement sensoriel par exemple. (Motton.L, 2016). On peut affirmer de manière consensuelle que cette approche « s'inscrit dans une perspective développementale » (Ray-Kaesler. S, Dufour.C ,2013).

L'ergothérapeute doit donc être formée à cette approche précoce pour pouvoir optimiser les apprentissages de l'enfant sans calquer cela à un modèle unique de développement. L'ergothérapeute 1 interviewée mentionne cela, et il paraît important de le faire ressortir.

L'approche repose donc sur ce processus développemental pour permettre à l'enfant de se développer. L'ergothérapeute, est un professionnel permettant ce lien entre « l'organisme » et « l'environnement » comme expliciter dans un des postulats de l'intégration sensorielle. L'organisme étant l'enfant dans ce cadre.

L'approche de l'intégration sensorielle permet de faire le lien entre l'enfant et son environnement. De par la sollicitation de tous les sens, l'enfant apprend à moduler la réponse de tous les stimuli qu'il reçoit de son environnement et donc cela lui permet d'appréhender les futurs milieux comme l'école qu'il va fréquenter. Les séances d'intégration sensorielles développent les interactions entre l'enfant et son milieu. L'environnement spécifique que propose l'approche de l'intégration sensorielle prend en compte tous ces sens et donc apporte à l'enfant des moyens de traiter et réguler les différents stimuli. L'ergothérapeute propose un « environnement de façon à ce que l'enfant développe les habiletés nécessaires pour réaliser avec succès ses activités quotidiennes et scolaires. » (Ray-Kaesler, S, Dufour, C, 2013). Il s'agit de proposer des stimuli lors de activités mais aussi des stimulations passives par exemple par la gestion de la luminosité lors de séances.

Le lien personne-environnement dans cette approche s'effectue aussi par l'adaptation que l'ergothérapeute va effectuer de l'environnement de l'enfant par exemple dans un milieu comme la crèche ou à l'école au début de sa scolarité. J'ai pu aborder les adaptations possibles à effectuer pour les enfants. L'ergothérapeute 2 propose par exemple d'adapter les moments du repas à la cantine. Elle m'indique dans le cas où il y a trop de bruit qu'elle met en place des « sets de table ou des nappes partout, un horaire décalé pour que l'enfant ne mange juste avec deux-trois copains », « est-ce qu'on ne peut pas lui proposer des couverts en plastique plutôt qu'en ferraille ? ». Il s'agit d'un type d'adaptation possible, sur lequel l'ergothérapeute peut

agir. L'ergothérapeute 3 propose des adaptations différentes consistant à proposer une « régulation sensorielle pour l'enfant », il s'agit donc de proposer des « bouchons d'oreilles, des fidgets, des coussins d'assise. »

L'ergothérapie permet grâce à cette approche de proposer des expériences sensorielles à l'enfant. Cela lui permet aussi de découvrir son environnement dans le cadre d'une prise en charge précoce (Ray-Kaeser. S, Dufour.C ,2013).

En questionnant cette approche, je me dois aussi de prendre du recul sur cette dernière. L'utilisation de cette approche peut être critiquée. En effet, dans les recommandations de la HAS, il est inscrit qu'il faut privilégier les prises en charge comportementales (tels que l'utilisation des approche TEACCH et ABA) et développementales (avec l'utilisation de l'approche DENVER).

Les ergothérapeutes interrogées, soulèvent bien qu'il est indispensable de combiner plusieurs approches dans une prise en charge avec un enfant présentant un TSA. Plus les approches sont multipliées, plus on sollicite les canaux d'apprentissages de l'enfant. « *The intervention is not designed to be a comprehensive treatment for autism but rather a component of a comprehensive program that includes educational, behavioral, and medical approaches* », (L'intervention n'est pas conçue pour être un traitement complet de l'autisme, mais plutôt une composante d'un programme complet qui comprend des approches éducatives, comportementales et médicales) (Schaff.R.c, Benevides.T.W, Kelly.D, Mailloux-Maggio.Z, 2012).

Cependant, il est important de garder à l'esprit qu'il est nécessaire de ne pas imposer une approche à l'enfant et à sa famille, et de toujours pouvoir proposer diverses manières d'intervenir afin de laisser le choix du soin à la famille comme dans toute autre prise en charge. L'ergothérapeute étant un professionnel formé à l'intégration sensorielle, il peut mettre en avant cela lors de ses entretiens avec la famille.

Une des qualités de l'approche de l'intégration sensorielle est d'après l'ergothérapeute 1, qu'elle « s'adapte très bien surtout avec les enfants qui ne parlent pas trop car le sensoriel permet de passer par d'autres biais que la parole pour les

comprendre ». L'impact du système proprioceptif dans la vie quotidienne des enfants est très important, c'est pourquoi l'utilisation de cette approche est pertinente dans la petite enfance.

En lien avec l'approche de l'intégration sensorielle, je questionne aussi dans cette étude la prise en charge précoce que peut proposer l'ergothérapeute.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernent les interventions précoces entre l'âge de 18mois et 4ans. Mais qu'en est -il sur le terrain en termes de réalisation de cet engagement 2 présenté dans la stratégie pour l'autisme 2018-2022 ?

En effet, il est recommandé d'effectuer une prise en charge précoce, mais elle-même dépend du diagnostic et du temps qui s'écoule pour l'enfant avant que celui-ci soit posé. Il est dit que les interventions doivent débuter dans les trois mois suivant le diagnostic. Ce dernier peut être précoce, notamment grâce aux réparages des signes de la part des parents et du repérage des signes lors des rendez-vous systématisés pour les familles (F. Bonnet-Brilhault, 2017).

Les professionnels concernés par ces interventions précoces, comme l'ergothérapeutes, étudiés dans ce travail, rencontrent cependant d'autres freins à ces interventions précoces. Gardons à l'esprit que le frein du diagnostic précoce est le plus important dans ce domaine-là. Lors des entretiens les trois ergothérapeutes ont pu me faire part de certaines problématiques de terrains qu'elles rencontraient dans leurs pratiques.

Les problématiques concernent différents domaines, tout d'abord l'orientation des enfants vers les professionnels. L'ergothérapeute 1 exprime que « encore trop de médecin se disent que les ergos c'est à partir du collège, à partir de 12ans ». En termes d'orientation l'ergothérapeute 3 explique que l'orientation rapide des enfants vers les ergothérapeutes permet une prise en charge précoce. Il s'agit donc d'un frein à l'intervention de l'ergothérapeute. Elle affirme aussi que le manque de distinction entre l'ergothérapie et la psychomotricité est un frein, tout comme l'ergothérapeute 1, souvent il y a un manque de différence entre les deux professions.

Ensuite, les freins peuvent être du domaine financier. Tout d'abord, mais non spécifique à la prise en charge précoce, les séances n'étant pas remboursées en libéral, cela constitue un frein pour certaines familles. De plus, lié à la prise en charge précoce, peu d'ergothérapeute accepte le forfait précoce mis en place car cela « n'est pas leurs tarifs » (E2).

Enfin dernier domaine au niveau organisationnel, il est compliqué pour les ergothérapeutes de prendre en charge de nouveaux enfants précocement car leur planning sont déjà bien remplis et que certains ergothérapeutes possèdent déjà des listes d'attente.

#### 4.2) Biais et limite du travail de recherche

J'ai pu analyser ce travail de recherche et en faire ressortir les biais existants.

Tout d'abord, au niveau de ma méthodologie, je peux critiquer mes entretiens sur le nombre. Je n'ai effectué que 3 entretiens. Ma question de recherche visant à recueillir les pratiques, il aurait été nécessaire d'augmenter le nombre d'ergothérapeute interviewé pour rendre compte de manière plus qualitative la réalité du terrain de la pratique en ergothérapie. En me projetant sur de futurs travaux de recherches, je pense que sur un sujet tel que celui traité dans ce travail, il aurait été pertinent de recenser une bonne partie des ergothérapeutes français, prenant en charge précocement des enfants présentant un TSA par l'approche basée sur l'intégration sensorielle. Il aurait été pertinent de pouvoir analyser les pratiques de tous pour en faire un document utile pour d'autres professionnels souhaitant proposer des prises en charges précoces grâce à cette approche.

Ensuite, le questionnaire qui m'a servi de trame directrice lors de mes entretiens comporte aussi des biais. En effet, à la différence d'un questionnaire identique que l'on fournirait aux ergothérapeutes, les entretiens effectués avec une trame comportent donc des différences entre eux. Tout d'abord sur les relances, sur les sujets approfondis, les discussions ne sont jamais identiques mais aussi sur la compréhension des questions par les ergothérapeutes, il se peut qu'il y ait des biais.

C'est une richesse d'utiliser cette méthode, mais il est nécessaire de savoir analyser les réponses par la suite et d'apporter du sens à toutes les données collectées.

Je peux aussi retrouver un biais de sélection dans mon étude. En effet j'ai interrogé une ergothérapeute prenant effectivement en charge des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, ce de manière précoce et grâce à l'approche de l'intégration sensorielle. Mais elle était plus spécialisée dans l'accueil d'enfant non verbaux et donc qui ne suivront probablement jamais de cursus scolaire traditionnel. Certaines questions n'avaient donc pas de sens pour cette ergothérapeute.

#### 4.3) Axe d'amélioration

J'ai pu, grâce à ce travail comprendre l'importance d'une méthodologie bien définie au départ d'un travail de recherche. En effet les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être clairs dès le début pour mener un travail de recherche cohérent et pouvoir par la suite utiliser les données collectées et qu'elles aient du sens. En termes d'amélioration, je pense qu'il serait nécessaire que je prenne plus de recul sur mes critères d'exclusion afin d'être plus sélectif et donc d'avoir des données qualitatives.

En termes de limitation, le nombre d'ergothérapeute répondant à mes critères d'inclusion à constituer une difficulté pour moi pour les trouver. En effet, j'ai pu avoir de nombreux refus pour diverses raisons, manque de temps, ne prenne pas en charge précocement, effectue une différence entre la notion d'intégration sensorielle et intégration neurosensorielle. Le temps de faire une recherche des ergothérapeutes plus approfondie peut constituer un axe d'amélioration de cette étude.

Il aurait été intéressant aussi d'élargir mes entretiens auprès des parents, constituant le premier environnement social autour de l'enfant et avec lesquelles l'ergothérapeute entretient une étroite collaboration. En effet dans l'accompagnement, les séances ne se limitent pas au cabinet de l'ergothérapeute mais sont aussi continuées au domicile de l'enfant. J'aurai alors pu questionner la poursuite de l'accompagnement par les parents au domicile avec l'enfant en termes d'intégration sensorielle.

La gestion de mon temps est aussi un axe d'amélioration, car de mon côté j'ai pu organiser mon travail, mais quand il s'agit de mener un travail qui implique différents acteurs, il est important de prévoir et d'organiser son temps pour permettre d'effectuer un travail complet et rigoureux.

#### 4.4) Ouvertures et perspectives

Dans cette étude, j'avais pour objectif de recueillir les expériences des ergothérapeutes.

Après avoir étudié quelques pratiques d'ergothérapeute dans ce domaine-là, je peux concevoir comme perspectives d'ouvrir mon étude à une autre recherche qui concernerait la collaboration ergothérapeute-enseignant et ergothérapeute parents dans l'approche de l'intégration sensorielle.

La collaboration pouvant débiter aux niveaux de l'évaluation, je pourrai questionner ce que les autres professionnels évaluent dans le domaine sensoriel. La collaboration notamment au niveau des apprentissages constitue une recommandation (HAS et Anesm, 2012).

Approfondir la collaboration ergothérapeutes professionnels en questionnant plus précisément les parents permettrait de rendre compte d'une éventuelle dynamique existant dans les interventions précoces quand les collaborations entre l'ergothérapeute et les parents sont de qualité. En questionnant les parents, je peux recueillir leurs attentes, leurs besoins, leurs problématiques et donc analyser comment l'ergothérapeute et les parents dans un travail commun, accompagne l'enfant. Des objectifs occupationnels seraient donc co-construits avec tous les acteurs présents auprès de l'enfant.

L'intégration sensorielle est une approche spécifique car elle implique l'utilisation d'engins et de savoirs propres à cette pratique. Le lien avec les parents permettrait de renforcer l'accompagnement en proposant à l'enfant des expériences sensorielles dans ses occupations propres et dans un environnement sécurisant pour lui.



De plus, au niveau scolaire, les adaptations doivent être investies par les enseignants ou instituteurs afin d'accompagner l'enfant. Pour que les adaptations soient faites il faut que les instituteurs ou enseignants en comprennent le sens et ainsi la collaboration sera déterminante pour cela.

## Conclusion

Ce travail de recherche visait à répondre à la question suivante : comment l'ergothérapeute par l'approche basée sur l'intégration sensorielle, peut-il de manière précoce, favoriser l'inclusion scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ?

L'autisme est constitué par un spectre, il s'exprime de manière différente chez chaque enfant avec des signes plus ou moins présents. Les particularités sensorielles peuvent être un de ses signes retrouvés. L'ergothérapeute est un professionnel qualifié pour prendre en charge les particularités sensorielles d'un enfant, notamment par l'approche de l'intégration sensorielle. Lors de son intervention, l'ergothérapeute adapte sa pratique aux besoins de l'enfant mais aussi à son environnement familial et social. Dans le cadre d'une prise en charge basée sur l'intégration sensorielle, l'ergothérapeute propose une intervention ciblée. Il débute les séances par un recueil de données basé sur les observations et sur les informations fournies par l'entourage de l'enfant mais aussi par des bilans complémentaires. Ainsi, il constitue son diagnostic ergothérapique et propose un projet d'intervention avec des objectifs personnalisés.

Les objectifs visent donc à favoriser la participation sociale de l'enfant. L'ergothérapeutes établit des objectifs occupationnels. Il peut s'appuyer sur la pyramide des apprentissages, représentant tous les sens, et étant un outil important dans cette approche, guidant l'ergothérapeute dans son intervention.

Dans son intervention précoce, l'ergothérapeute propose un environnement permettant à l'enfant de réaliser des expériences sensorielles significatives par le biais de stimulation visuelle, auditive par de la musique, mais aussi tactile par des fidgets, ou encore par le moyen des activités proposées en séance pour stimuler le système vestibulaire, proprioceptif...

Précocement, ce sont les comportements de l'enfant qui seront au centre de l'intervention. En effet, ce sont eux qui auront un impact conséquent pour l'inclusion scolaire à long terme. L'enfant est donc, par les séances, préparer à intégrer l'école

avec les conditions qui s'y imposent (être disponible pour écouter la maitresse, pour les apprentissages...)

L'ergothérapeute, peut aussi intervenir dans l'environnement scolaire de l'enfant afin de l'adapter et de proposer des solutions, aux troubles sensoriels de l'enfant. L'ergothérapeute peut proposer des objets à manipuler, des installations spécifiques, des espaces de repos répondant aux besoins de l'enfant.

Afin de répondre à l'engagement numéro deux de la stratégie pour l'autisme 2018-2022, visant à améliorer les prises en charge d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme de manière précoce, l'ergothérapeute peut utiliser cette approche en lien avec d'autre méthode tel que la méthode Snoezelen par exemple. Les approches comportementales et développementales peuvent aussi être utilisées pour répondre à cet engagement ainsi que l'engagement numéro trois concernant l'inclusion scolaire.

En finalité, l'ergothérapeute en utilisant l'approche de l'intégration sensorielle et en s'appuyant sur le modèle Personne-Environnement-Occupation, propose une intervention ciblée sur les problématiques de l'enfant. L'ergothérapeute collaborera beaucoup avec l'environnement social de l'enfant mais effectuera aussi un travail avec son environnement physique pour favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant à long terme.

## Bibliographie

- AE\_Sept\_09.pdf*. (s. d.). Consulté 27 septembre 2020, à l'adresse [https://caot.in1touch.org/document/3948/AE\\_Sept\\_09.pdf](https://caot.in1touch.org/document/3948/AE_Sept_09.pdf)
- Alerini, P. (2011). L'autisme : Symptôme de l'antipsychanalyse ? *Essaim*, n° 27(2), 7-31.
- Autism spectrum disorders*. (s. d.). Consulté 12 août 2020, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Autisme de l'enfant : Accélérer les étapes jusqu'au diagnostic, agir sans attendre*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 23 septembre 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-accelerer-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-accelerer-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 21 août 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted)
- Baghdadli, D. A. (s. d.). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*. 167.
- Bonnet-Brilhault, F. (2017). L'autisme : Un trouble neuro-développemental précoce. *Archives de Pédiatrie*, 24(4), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.01.014>
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism : The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>
- Gourbail, L. (2018). *Haute Autorité de santé*. 45.
- Granger-Sarrazin, C. (2013). La prise en charge des enfants autistes en France : L'expérience des familles. *Laennec*, Tome 61(4), 26-35.
- Intervention precoce\_Argumentaire.pdf*. (s. d.). Consulté 2 octobre 2020, à l'adresse [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/Dossiers/Intervention\\_precoce/Intervention%20precoce\\_Argumentaire.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/Dossiers/Intervention_precoce/Intervention%20precoce_Argumentaire.pdf)
- Khoury, E., Carment, L., Lindberg, P., Gaillard, R., Krebs, M.-O., & Amado, I. (2020).

- Aspects sensorimoteurs et motricité manuelle dans les troubles du spectre autistique : Une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 46(2), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.005>
- La méthode TEACCH | Fédération québécoise de l'autisme*. (s. d.). Consulté 27 août 2020, à l'adresse <https://www.autisme.qc.ca/tsa/methodes-educatives-interventions/la-methode-teacch.html>
- Molet, M. (2012). À propos d'un pionnier de la méthode ABA : Lovaas. *L'Encéphale*, 38(5), 445-447. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.01.001>
- Muriel, D. (2020). *Haute Autorité de santé*. 33.
- Peter, C., & Mengarelli, F. (2017). La prise en charge précoce en autisme avec le modèle Esdm. *Le Journal des psychologues*, n° 353(1), 19-22.
- Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism : The Early Start Denver Model | American Academy of Pediatrics*. (s. d.). Consulté 27 août 2020, à l'adresse <https://pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e17>
- Recommandations\_autisme\_ted\_enfant\_adolescent\_interventions.pdf*. (s. d.). Consulté 21 août 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations\\_autisme\\_ted\\_enfant\\_adolescent\\_interventions.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf)
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism : Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(1), 91-103. <https://doi.org/10.1007/BF02408436>
- HAS. (s. d.). Consulté 23 septembre 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-acceler-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-acceler-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre)
- Strategie\_nationale\_autisme\_2018.pdf*. (s. d.). Consulté 1 octobre 2020, à l'adresse [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf)
- TO\_arrete\_5\_juillet\_2010.pdf*. (s. d.). Consulté 26 septembre 2020, à l'adresse [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)
- Tsa\_-des\_signes\_dalerte\_a\_la\_consultation\_dediee\_en\_soins\_primaires\_1er\_lign*

*e\_-\_synthese.pdf*. (s. d.). Consulté 1 octobre 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa\\_-\\_des\\_signes\\_dalerte\\_a\\_la\\_consultation\\_dediee\\_en\\_soins\\_primaires\\_1er\\_ligne\\_-\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf)

Vera, J. L. (2016). L'évolution historique du concept d'autisme. *La vie de l'enfant*, 143-144.

Rossini, E et Tétréault, S, L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6ans. Deboeck, ANFE, 2020.

American Psychiatric Association, APA, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", volume V, 2013.

Laurent Mottron, L'intervention précoce pour enfants autistes, MARDAGA, 2016  
*Autisme*. (s. d.). Inserm - La science pour la santé. Consulté 11 avril 2021, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

Bonnet-Brilhault, F. (2017). L'autisme : Un trouble neuro-développemental précoce. *Archives de Pédiatrie*, 24(4), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.01.014>

Bursztejn, P. C., Baghdadli, D. A., Beuzon, D. S., Squillante, D. M., Roge, P. B., Voisin, D. J., & Desguerre, D. I. (s. d.). *COMITÉ D'ORGANISATION* : 15.

Dunn, W. (s. d.). *TRADUCTION / ADAPTATION* : 2.

Gourbail, L. (2018). *Haute Autorité de santé*. 45.

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling : A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>

*L'Intégration Neuro-Sensorielle (INS), qu'est-ce que c'est ?* | Association Centre de Rééducation Motrice de Champagne. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <http://crmc.fr/lintegration-neuro-sensorielle-ins-quest-ce-que-cest/>

Mailloux-Maggio, Z. (s. d.). *Occupational therapy and sensory integration for children with autism : A feasibility, safety, acceptability and fidelity study*. Consulté 9 mai 2021, à l'adresse [https://core.ac.uk/reader/46968185?utm\\_source=linkout](https://core.ac.uk/reader/46968185?utm_source=linkout)

Robinson, S., Magill-Evans, J. (2009) Young children with autism spectrum disorder: Sensory processing and daily life skills. *Occupational Therapy Now*

Morton, H. (2013, avril 16). *Occupational Therapy for Children Assessment Portfolio* :

Observations Based on Sensory Integration Theory (Clin Obs). *Occupational Therapy for Children Assessment Portfolio*.  
<https://otforchildrenassessmentportfolio.blogspot.com/2013/04/observations-based-on-sensory.html>

*Principaux repères sur l'autisme*,. (s. d.). Consulté 10 avril 2021, à l'adresse  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Ray-Kaesler, S., & Dufour, C. (2013). *Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle* *Sensory Integration theoretical concepts and therapeutic approach*. <https://doi.org/10.13140/2.1.5159.2645>

Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E., & Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub3>

Anna Jean Ayres, *Sensory integration and learning disorders*, Los Angeles, Calif., Western Psychological Services, 1972

Roley, S. S., Mailloux, Z., Miller-Kuhaneck, H., & Glennon, T. J. (2007). *Understanding Ayres' Sensory Integration*. 9.

*Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) | Pearson Assessment*. (s. d.). Consulté 9 mai 2021, à l'adresse  
<https://www.pearsonclinical.co.uk/AlliedHealth/PaediatricAssessments/Sensory/sipt/sensory-integration-and-praxis-test.aspx>

the Victorian ASELCC Team, Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fothergill, H., Dissanayake, C., & Rogers, S. J. (2014). Effectiveness and Feasibility of the Early Start Denver Model Implemented in a Group-Based Community Childcare Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3140-3153.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-014-2168-9>

Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory Processing in Children With and Without Autism : A Comparative Study Using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 190-200. <https://doi.org/10.5014/ajot.61>

Cnsa-dta-2016\_web.pdf. (s. d.). Consulté 18 mai 2021, à l'adresse  
[https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016\\_web.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016_web.pdf)

Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. C. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. *Brain Sciences*, 9(7). <https://doi.org/10.3390/brainsci9070153>



## **Sommaire des annexes**

Annexe I : Présentation des différents professionnels intervenant dans l'identification des premiers signes d'un trouble du spectre de 'autisme.

Annexe II : Entretien Ergothérapeute 1

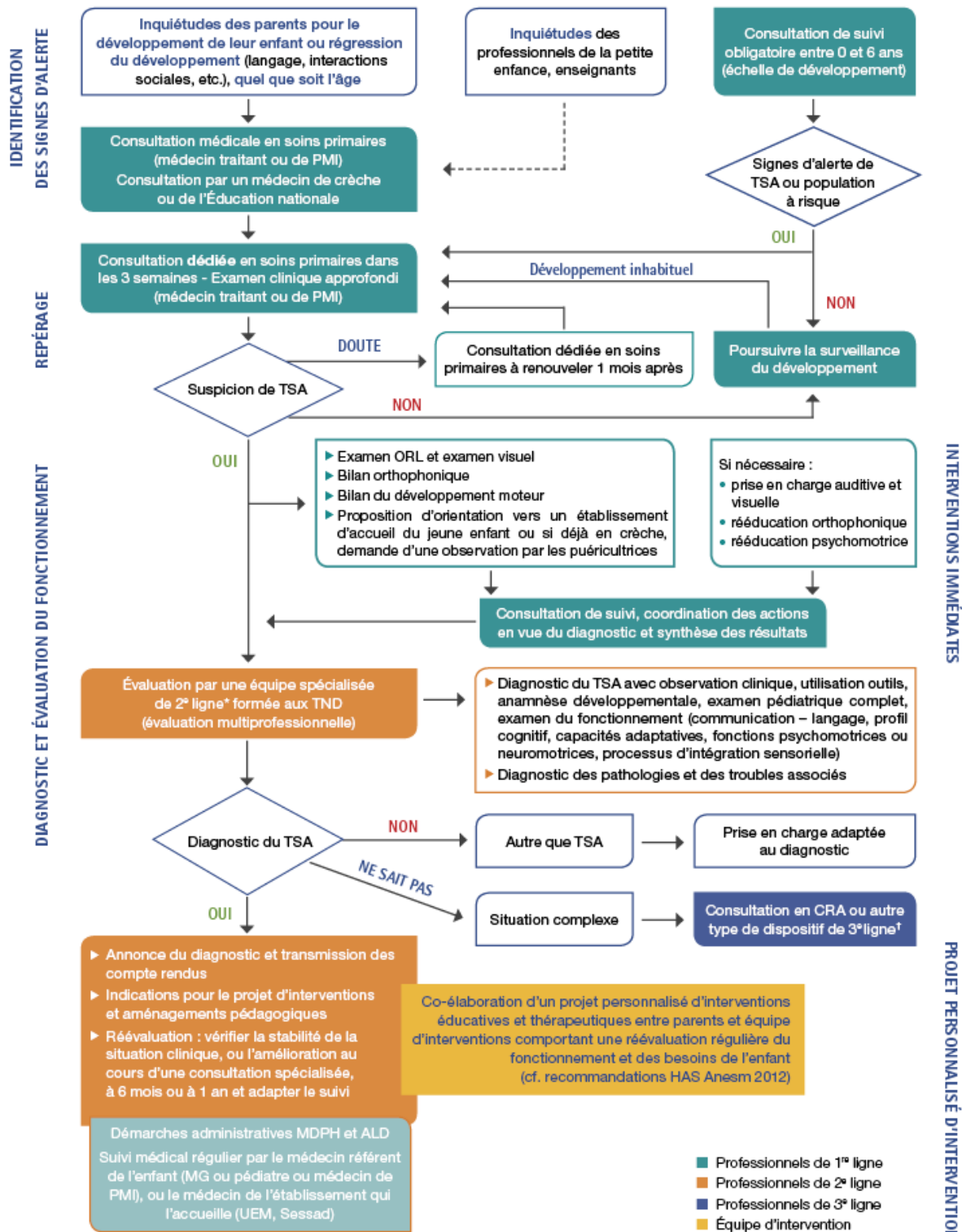
Annexe III : Entretien Ergothérapeute 2

Annexe IV : Entretien Ergothérapeute 3

Annexe V : Avis Ethique

Annexe VI : Formulaire d'information et de non opposition

# Annexe I :



\*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. † Professionnels exerçant en centre ressources autisme (CRA) ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuropédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale.

## Entretien 1

### **1) Présentation : question sur l'année du diplôme, expérience, structure dans laquelle l'ergothérapeute travaille.**

Réponse : Diplômé depuis 2010 de Creteil.

Parcours professionnel : a travaillé en psychiatrie pendant 6ans, puis dans une structure en multipliant plusieurs postes dans un IME, SESSAD. A l'heure actuelle, elle travaille en libéral depuis 3 ans.

Formation faite : sur l'autisme, sur l'intégration sensorielle, TEACCH, Makaton.

### **2) Au début d'une prise en charge d'un enfant avec un TSA, comment procédez-vous pour effectuer votre recueil de données ? A quels éléments êtes-vous particulièrement attentif lors de vos prises d'informations ? (personne, environnement, activités)**

Réponse : Alors pour le recueil de données, celui-ci se déroule en 2 séances le plus souvent avec une première séance en présence des parents. Plusieurs fiches sont remplies lors de cette séance : fiche spécifique sur l'intégration sensorielle, fiche de suivi.

Elle aborde différentes questions avec les parents comme l'âge du diagnostic, s'il est posé par exemple. Ensuite elle établit l'anamnèse avec des informations sur les particularités de l'enfant, ces troubles (oralité, comportement, émotion...), une évaluation de l'autonomie est réalisée et elle comporte plusieurs items de façon à vraiment avoir le profil de l'enfant. Puis l'aspect scolaire est abordé avec l'école, la classe, les aides, les notes, la socialisation de l'enfant. Enfin des bilans sont réalisés plus spécifiques lors du 2eme entretien.

**3) \_Quelle est votre démarche afin de connaître les particularités sensorielles de l'enfant avec un TSA ?**

- **Qu'utilisez-vous comme bilans ?**
- **Quels liens faites-vous avec les parents ?**
- **Quels types d'éléments les parents peuvent-ils vous apporter ?**
- **Quels besoins pouvez-vous relever qui impacteront plus tard l'inclusion scolaire de l'enfant ?**
- **Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?**

Réponse : La démarche de Flora pour connaître les particularités sensorielles de l'enfant est d'effectuer le profil de Dunn. Elle surligne en rouge avant l'entretien les items importants et demande aux parents quand ils remplissent le profil de 'l'enfant, de mettre des commentaires. Ces commentaires peuvent concerner les troubles actuels mais aussi ceux que l'enfant a pu avoir très jeune.

Ce profil « rereplit ce qu'il y a au-dessus » lors de l'entretien. Elle rassemble les informations.

**Je pose la question suivante** : « Quels besoins pouvez-vous relever qui impacteront plus tard l'inclusion scolaire de l'enfant ? »

Sa réponse : ça va être un peu compliqué, j'ai pas mal d'enfant atteint sévèrement, je n'ai pas d'enfant en scolarisation, ils sont souvent déjà en IME ou Sessad ou alors quand ils sont scolarisés ils sont déjà en ULIS ou classe spéciale. Après ce qui peut poser problème en classe le plus souvent c'est le brouhaha, les défauts de concentration, donc moi je mets pas mal en place les fidgets quand ils ont besoin de s'occuper un peu, quand c'est les tous petits (temps d'hésitation) je préconise pas mal de mettre une tente au fond de la classe pour que l'enfant puisse aller s'y mettre, s'y loger de temps en temps quand il sent que ça peut plus donc en général il y a une tente ou un table avec un draps, enfin un endroit où il peut se cacher dans une cabane sensorielle ou je leur demande de mettre 2/3 peluches, des fidgets pour qu'ils puissent

se défouler un petit peu et éventuellement un doudou quand c'est des tous petits mais souvent ce qui revient ça va être le brouhaha, les lumières des fois qui peuvent gêner et puis le fait de rester en place. On en a pas mal qui n'aime pas trop rester assis sans arrêt, niveau concentration c'est un peu compliqué.

**Je pose la sous question suivante** : Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?

Réponse : moi souvent les stéréotypies je les laisse, je ne m'en occupe pas plus que ça, parce que souvent c'est quelque chose qu'ils ont besoin en fait. Chez les grands en effet on peut essayer de les gommer mais moi s'ils ont du flapping par exemple je les laisse avec leur flapping en fait, s'ils font des trucs comme ça je laisse, s'ils se balancent ils se balancent. [...] Par contre, c'est pour ça qu'en classe je mets en place les fidgets car ça permet de les calmer un peu, pour les stéréotypies envahissantes ça permet de les calmer, de les poser un peu.

**Moi** : puis si je fais le lien avec ce que vous me disiez tout à l'heure pour la communication, j'imagine qu'avec un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme vous allez utiliser le Makaton ?

Réponse : oui, beaucoup le Makaton oui. Beaucoup, beaucoup le Makaton, un petit peu le Pecs mais pas beaucoup car 1 fois sur 2 ils oublient le classeur donc ce que je fais en Pecs, j'ai des pictos de ma tête (rire) que je donne aux parents qu'ils mettent dans leur planning, comme ça ils ne viennent pas forcément avec. Je fais plus avec le Makaton.

#### **4) Comment prenez-vous en compte l'environnement social de l'enfant ?**

- **Quels types d'informations vous apportent l'environnement social ? (si non précisé)**

Réponse : alors dans la présentation de l'enfant je demande s'il a une fratrie, des frères et sœurs. Je demande aussi si les parents sont ensemble ou séparés, s'il y a

des beaux parents etc. Je demande s'il s'entend bien avec les frères ou sœurs, alors pas forcément qu'ils s'entendent bien mais du moins s'ils jouent ensemble, s'il y a du lien, s'ils se calculent quoi. Et puis après du coup à l'école, un peu comme j'ai dit tout à l'heure, comment ça se passe avec les camarades, est ce que c'est un enfant qui va rester dans son coin ou est ce qu'il va jouer un peu avec tout le monde. La question qui revient aussi régulièrement c'est vraiment les copains exclusifs, d'ailleurs souvent les enfants avec un TSA on a remarqué qu'il a un copain et qu'il faut que ça reste le leur quoi, mais juste le leur (rire), c'est-à-dire que le copain n'a pas le droit d'aller voir quelqu'un d'autre sinon c'est la catastrophe donc ça c'est une question que je pose aussi s'il arrive avec ces camarades à jouer dans un groupe ou est ce qu'il a une exclusivité comme ça avec un. [...] Souvent aussi, je pose la question sur comment ça se passe quand vous allez au Centre commercial, c'est-à-dire est ce que l'enfant accepte la proximité, bon là c'est fermé (rire), mais comment il accepte la proximité dans les magasins, quand il fait du shopping, la proximité d'autres gens, après pareil l'ambiance des lumières. Les trois au niveau social c'est ces trois-là après souvent c'est des tous petits, ce n'est pas des enfants qui vont aller chercher le pain, donc l'environnement social est un peu limité. [...] Des fois je pose aussi la question sur comment ça se passe en famille mais en dehors de la maison, comme par exemple chez les grands parents, chez les amis, est ce que c'est un enfant qui arrive à s'adapter chez l'autre mais chez des autres qu'il connaît. Est-ce que l'enfant accepte d'aller chez les autres et éventuellement aussi que les gens viennent chez eux. [...] Je questionne aussi sur le changement de lieu lors qu'ils partent en vacances, car en général c'est compliqué de plus être à la maison.

- Lors de la discussion Flora est très engagée physiquement dans la conversation, cherche à me donner le maximum d'informations, recherche dans ses propres documents. Parle avec les mains, visage expressif...

**5) L'objectif général que je questionne est « favoriser l'inclusion scolaire », quels objectifs spécifiques mettez-vous en place afin de répondre à cet objectif à long terme, en intégration sensorielle ?**

- **Court terme → objectifs :**
- **Moyen terme → objectifs :**
- **Quels moyens utilisez-vous en intégration sensorielle**
- **Quels matériels utilisez pour répondre à vos objectifs et comment utilisez-vous le matériel avec un enfant en séance dans le cadre d'une intervention précoce ?**
- **Pratiquez-vous des méthodes particulières dans ce cadre-là ? Si oui lesquelles, explication**

Réponse : (rire) alors ça va être un peu compliqué oui, mais déjà on va gérer tout ce qui est la posture, le vestibulaire, le proprioceptif. Tout ce qui va être voilà, le fait d'être agité, de se poser, d'être bien assis etc. Après à long terme oui c'est un peu compliqué comme moi ils ne sont quasiment pas à l'école, après moi je travaille beaucoup aussi sur les émotions, le comportement, oui quand même le comportement en premier lieu, parce que ça va être la base de tout ce qui va être attention. En fait la base de la pyramide donc tout ce qui est proprioceptif, vestibulaire et tactile. Alors on a un peu l'auditif aussi effectivement comme il y en a quand même pas mal qui ne supporte pas trop quand ça parle fort et tout ça. Il y en a quelques-uns, je travaille aussi avec les lumières car ils ne supportent pas les néons sur les plafonds après ponctuellement tous ceux qui ont des troubles alimentaires, qui ne mangent pas à la cantine enfin qui ont des difficultés à la cantine, mais là c'est plus une inclusion particulière donc c'est vrai que la base ça va être tout ce qui est comportement, agitation, l'attention tout ça.

**Sous question** : Du coup pour mettre ça en place est-ce que vous pouvez citer des moyens d'IS :

Réponse : après en activité ça va être beaucoup tout ce qui est vestibulaire donc la toupie, le trampoline, le coussin dynamique, le parcours moteur, les élastiques. En proprioceptif ça va être de les installer sur les ballons, le pouf à microbilles. Après en

tactile, j'ai tellement de trucs (rire), j'ai les carrés de tissus, j'ai beaucoup de balles sensorielles aussi, énormément de balles sensorielles. J'ai fait un post (facebook) d'ailleurs y'a pas si longtemps que ça, qui a été très partagé. Je suis entrain de faire plein de support sur les émotions. Les fidgets aussi c'est pas mal utilisé aussi pour vraiment canaliser toute les émotions et la concentration donc pareil j'ai un bac à fidgets. je sais pas j'en ai une trentaine. Après tout ce qui va être son, c'est que j'ai une petite enceinte Bluetooth avec qui je mets une petite musique de relaxation. Tout ce qui va être lumière donc moi je vais éteindre les néons, mais par contre j'ai une colonne à bulles puis j'ai des guirlandes dans un coin du bureau donc ça fait travailler sur les lumières qui vont tourner par exemple, qui vont clignoter ou des choses comme ça. (Réfléchis). Oui essentiellement c'est ça. Après c'est de l'intégration sensorielle classique, enfin l'enfant choisit et fait ce qu'il veut, entre guillemets s'il veut aller sur le trampoline on fait ça. Je le guide mais c'est vrai que c'est eux qui vont choisir de base ou est ce qu'ils veulent s'installer.

**Sous question** : comment faites vous pour proposer des activités significatives ? si j'ai bien compris vous laissez l'enfant libre de choisir ce qu'il veut faire durant la séance.

Réponse : oui, oui, oui, alors en fait moi toujours au début je laisse l'enfant choisir ce qu'il veut faire, alors même s'il veut s'installer dans le coin snoezelen, s'il veut se mettre sous la couverture je le laisse ? Après je guide un petit peu plus, par exemple si je veux faire autre chose, je vais venir par exemple avec ma boîte à odeur, enfin je vais guider sur la suite. [...] on va dire que les 10 premières minutes je les laisse vraiment faire ce qu'ils veulent et je vais un peu plus guider sur la suite parce que souvent les TSA on du mal à faire des choix.

**Sous question** : et quand vous recevez l'enfant tout petit, en dessous de 4 ans, c'est sur le même principe.

Réponse : alors souvent chez le tout petit les parents aiment bien rester. Alors il y en a avec qui ont est en interaction et y'en a d'autres ils sont là mais ils sont sur le téléphone mais la majorité communique quand même un petit peu.



**Sous question** : Pratiquez-vous des méthodes particulières dans ce cadre-là ? Si oui lesquelles, explication.

Réponse : méthode snoezelen, oui car moi ils parlent pas, du coup le profil n'est pas toujours très adapté en plus au tout petit beaucoup snoezelen ,car ça permet de voir tout les sens de façon très posé, assez, enfin sans être trop intrusif donc je commence quasiment toutes mes intégrations sensorielles avec ¾ séances, en général 1 mois, je fais du snoezelen, donc je regarde tout, les odeurs, le gout, le vestibulaire le proprioceptif, les sons les lumières, parfois un part un, parfois tout d'un coup, enfin je rajoute petit à petit. Donc comme ça, ça me permet vraiment de voir ce que l'enfant gère, ne gère pas etc, ça me permet de voir aussi si c'est un enfant qui est plutôt posé ou qui n'arrête pas de gigoter, si c'est un enfant qui est curieux ou pas. Ca m'arrive souvent de mixer les deux (IS et Snoezelen), c'est-à-dire commencer avec de l'IS puis de poser et de finir avec du snoezelen, pour les calmer en fin de séance. [...] En général, je finis la séance sur les émotions, en fait je propose un temps de vide, c'est-à-dire que c'est des enfants qui bougent souvent, qui ne parlent parfois pour rien dire donc je leur fais « chut » (montre en même temps qu'elle m'explique la façon dont elle met en place du temps de vide) pendant toute la musique qui dure 2/3 minutes.

**6) Lors d'une séance avec un enfant présentant un TSA en intégration sensorielle, comment allez-vous rechercher l'engagement de l'enfant ?**

- **Quelles sont vos méthodes pour proposer des activités significatives ? Prise en compte des intérêts restreints ?**

Réponse : on va dire que j'ai deux choses, la première c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire leur laisser le choix pendant 10 minutes, de faire un peu ce qu'ils veulent et de choisir eux-mêmes leur activité. Et la deuxième, c'est justement dans le recueil de données, quand je demande des loisirs et les centres d'intérêts. Par exemple, tout bête, mais là j'en ai un qui est fan des dinosaures, je suis allée à Action, j'ai acheté un petit dinosaure et je l'utilise pour l'aider à ce qu'il me suive. En fait le dinosaure va aller dans la boîte, enfin les bacs sensoriels, le dinosaure va aller s'asseoir à côté de lui sur le pouf, il va aller sur le trampoline. Donc quand je peux (rire)

parce que parfois ce n'est pas évident. Pareil j'en ai un qui est fan d'astronomie, et j'ai trouvé à Action une balle avec des étoiles et de la lumière qui clignote et voilà je fais le tour du cabinet avec la balle. Ça n'est pas forcément évident car il y en a beaucoup qui aime tout ce qui est écran donc c'est un peu compliqué de trouver l'élément motivant. Après avec les tous petits les peluches marchent bien, donc c'est vrai que j'ai plusieurs peluches, j'ai petit Loup, j'ai Gaston pour les émotions. ( se lève est va me chercher une peluche pour me montrer concrètement à quoi elle ressemble.) [...] J'ai lesté la peluche pour avoir de la proprioception.

**7) \_En termes de réadaptation que mettez-vous en place pour répondre aux différents besoins des enfants ? précisez quels troubles sensoriels et quelles adaptations ?**

Réponse : j'interviens pas du tout dans les écoles, donc ouai (légèrement gênée). Les professeurs parfois m'appellent, je leur parle de la cabane sensorielle, c'est le truc que je préconise le plus souvent.

**8) Comment évaluez-vous l'impact du modèle de l'approche de l'intégration sensorielle avec les enfants présentant un TSA ? Comment évaluez-vous les bénéfices de l'approche avec les enfants présentant un TSA de manière précoce ? Seule, cette approche est-elle suffisante pour répondre à vos objectifs ?**

Réponse : après on voit en fonction des parents et des retours qu'ils donnent. Quand ils disent « ah là il supporte mieux ça, ça il le supporte moins bien ». Après d'une année à l'autre c'est quand tu refais le profil. IL y a le GAS aussi qui est pas mal utilisé donc avec des objectifs. (Moment où elle m'explique le GAS en me montrant sur son écran d'ordinateur une image du bilan.).

GAS : explication : on écrit l'objectif entre différent niveau : les niveaux en dessous seront remplis si l'enfant n'atteint pas l'objectif et les niveaux au dessus si l'enfant a encore mieux répondu à l'objectif que ce qui était attendu.

**Sous question** : avec cette approche avec les enfants TSA est ce que vous trouvez qu'elle répond bien aux problématiques ? est-ce que c'est une approche qui s'adapte bien aux PEC avec enfants TSA.

Réponse : Oui, elle s'adapte très bien surtout avec les enfants qui ne parlent pas trop car le sensoriel permet de passer par d'autres biais que la parole pour les comprendre puis même avec les tous petits ça marche très bien. Et pas que chez les bébés, car on parle beaucoup du sensoriel chez les bébés mais en fait le sensoriel est super important jusqu'à 6 ans. Donc oui oui, même c'est primordial j'ai envie de dire. Pour moi le sensoriel devrait être pris pour tous les enfants, et pas forcément que ceux porteur d'un TSA. C'est une approche qui ressemble beaucoup au Montessori finalement, le Montessori est très dans l'autonomie et tout ce qui est nature etc.. Mais du coup oui je m'inspire beaucoup des trucs Montessori dans les activités que je choisis, car elles sont très sensorielles. Par exemple des lettres rugueuses ou beaucoup de choses fluos, flachi qui marquent bien niveau visuel.

**9) Quels sont les freins/limites à la prise en charge précoce, limitant la réponse à l'objectif du plan autisme 2018-2022 ?**

Réponse : Alors du plan en tant que tel non, (rire) après le frein majeur c'est la confusion entre ergothérapeute et psychomotricienne. C'est-à-dire que nous avons encore trop de médecins qui se disent que les ergos c'est à partir du collège, à partir de 12 ans. Alors moi heureusement je ne suis pas, heu ce n'est pas mon cas, parce que depuis le début j'ai bien médité auprès du pédopsychiatre. Et les familles ont aussi beaucoup fait circuler. [...]. Je suis la seule à être formée à l'autisme dans le secteur donc clairement tout le monde qui vient vers moi. [...] après je ne vois pas vraiment de freins spéciaux, si ce n'est peut-être le problème du remboursement. (rire). Quand les parents et les professionnels savent qu'on est là et qu'on peut travailler avec les tous petits y'a aucuns soucis. Et il faut que les personnes soient formées, car il n'y en a pas beaucoup qui sont formés à l'autisme et à la formation précoce.

## **Entretien 2**

### **1) Présentation : question sur l'année du diplôme, expérience, structure dans laquelle l'ergothérapeute travaille.**

Réponse : je suis diplômée de 2005 à Créteil. Aujourd'hui je travaille avec des enfants avec TSA et des adultes. J'ai démarré dans l'autisme il y a 10 ans , en 2011. J'ai fait quasiment exclusivement ce public depuis 2011. J'ai démarré dans un Sessad autisme. Puis je suis rentrée dans un CAMPS polyvalent. Je suis toujours dans cette antenne, à 50% aujourd'hui, j'ai quitté le SESSAD pour m'installer en libéral à mi-temps que pour des enfants avec autisme. Et puis là, depuis janvier j'ai diminué le libéral pour à terme arrêter et pour prendre un salariat en adulte autiste.

Formation INS en suisse.

### **2) Au début d'une prise en charge d'un enfant avec un TSA, comment procédez-vous pour effectuer votre recueil de données ? A quels éléments êtes-vous particulièrement attentif lors de vos prises d'informations ? (personne, environnement, activités)**

Réponse : Alors du coup je ne fais pas tout à fait faire pareil avec le CAMPS et le libéral. Au CAMPS, tous les professionnels font des évaluations d'entrée. Comme c'est des tous petits qui ont 2-3 ans, 4 parfois, ça reste une évaluation plutôt transversale. Je ne mets pas en place d'évaluation standardisée. Enfin il existe des batteries comme la batterie talgo pour les enfants mais avec ce public-là déjà je n'ai jamais réussi à le mettre en place donc je ne le mets pas en place. Du coup c'est plus je propose des jeux, qui me donne des observations que je vais mettre dans des catégories alors au niveau de la communication, la préhension, au niveau du regard, enfin voilà plein de petites catégories. Donc je propose des jeux et je vois comme il fait. Et après je vais voir crossomodo par rapport à l'âge de développement classique s'il y a un grand décalage ou pas et ça me permet de donner mes objectifs plutôt en

ergo, et après les objectifs transversaux par exemple au niveau de la communication, ça ne sera pas que l'orthophoniste qui va donner les objectifs de communication. Ce sont tous les thérapeutes de la structure qui vont travailler ce point-là. Et du coup le sensoriel c'est juste un des domaines d'observation. Et au libéral je ne fais pas pareil, je fais quand même des plus grands, plutôt en primaire, c'est souvent quand même des verbaux, pas tous mais la quasi-totalité sont verbaux en scolarité quasi ordinaire. Le diagnostic n'est pas forcément posé mais après ils viennent me voir car ils savent qu'il y a cette suspicion possible du coup on veut mon avis. Je ne fais pas le diagnostic on est d'accord mais je donne tout, dans tous les domaines ce que j'observe et c'est le médecin qui dit à quoi ça correspond. Et du coup dans cette dynamique là je mets le sensoriel beaucoup plus fortement, donc s'il y a une dynamique d'est ce que c'est un enfant TSA, on a une suspicion, je vais faire une grosse partie sensorielle avec le questionnaire de Dunn plus mes observations. En libéral le sensoriel prend beaucoup de place, parce que la demande est un peu différente et parce que l'enfant va, enfin les parents vont mieux y répondre. Alors que le sensoriel pour des enfants de 2-3ans prend beaucoup de place mais qu'elle est la part de l'ordinaire, pas ordinaire, on n'en est pas là.

**3) Quelle est votre démarche afin de connaître les particularités sensorielles de l'enfant avec un TSA ?**

- **Qu'utilisez-vous comme bilans ?**
- **Quels liens faites-vous avec les parents ?**
- **Quels types d'éléments les parents peuvent-ils vous apporter ?**
- **Quels besoins pouvez-vous relever qui impacteront plus tard l'inclusion scolaire de l'enfant ?**
- **Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?**

Réponse : Alors du coup je fais toujours la distinction entre les deux (CAMPS et libéral), au CAMPS ça va vraiment être un échange avec les parents, ils vont me dire « ah tiens j'ai une certaine plainte, mon enfant n'arrive pas à aller aux toilettes, mon enfant évite de se laver les dents ou il ne veut pas manger ceci-cela ». Donc il va y avoir une plainte vraiment de départ et avec eux on va mettre en place une méthodologie. On va réfléchir ensemble à, est ce ok au niveau communication il a compris que c'était le moment d'aller dormir donc on va voir ensemble est ce qu'il a compris et on exclut la communication de cette problématique. Après est ce qu'il y a un problème somatique, il a une douleur, oui-non. Et après on va y mettre la dimension sensorielle, est ce que sensoriellement vous avez changés les draps. Voilà j'interroge sur ce domaine-là, donc les parents vont prendre pour eux la démarche. [...] A un moment donné il y avait une plainte et l'hypothèse sensorielle est venue aider l'enfant. Une fois un enfant, j'ai marqué des points directs, il clignait, il ne parlait pas et vraiment il pleurait et tout à moitié et à un moment les parents disent « ah c'est parce que on vient de le réveiller de la sieste, il n'est pas trop en forme ». Et là à l'époque au CAMPS, on avait des vieux néons, enfin des lumières pas très sympa et donc j'ai dit ok et j'ai éteint la lumière, simplement. Et là je vois l'enfant qui arrête de pleurer, et qui lâche un peu les bras de maman et qui vient un peu plus dans le jeu. Là, mon hypothèse c'était la lumière qui pouvait le gêner dans les yeux et là a priori c'est ça.

Et après sur le libéral, je vais vraiment mettre en place le questionnaire de Dunn et après j'ai un petit dossier administratif qui est rempli avec 60 questions, donc des questions sensorielles, et s'il n'y a pas de demande sensorielle au moins j'ai une petite base de départ et s'il y a une vraie question sensorielle, je fais passer les observations en INS. Alors moi j'ai fait la formation en suisse et du coup il y a tout pleins d'items.

Sous question : pour faire passer ce questionnaire il faut avoir la formation en INS ?

Réponse : oui, c'est ça.

Après il y pas mal d'items qui se croise avec d'autres évaluations. Donc je fais vraiment un bilan sensoriel après pour avoir l'impact donc de la modulation dans les activités.

Sous question : quels besoins vous pouvez relever pour les enfants que vous suivez très jeunes qui auront plus tard des problématiques à leur inclusion scolaire ?

Réponse : alors nous du coup au CAMPS notre objectif premier c'est que l'enfant devienne petit écolier. Petit écolier ça veut dire à un moment donner respecter le fait d'être assis à sa table, suivre une activité qui lui est proposée. Donc ça c'est notre objectif premier. [...] Selon l'enfant on va tester des choses car on ne peut pas tout deviner, et on va voir comment il réagit si ça le rend disponible ou pas (pour des problèmes de « bougeotte » qui empêcherait de rester assis en classe). Donc c'est ça le premier frein à la scolarité c'est malheureusement les bouge-bouge.

Moi : donc c'est vraiment quelque chose qui va être travaillé par l'INS. Réponse : oui oui vraiment.

Sous question : Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?

Réponse : alors-moi si, si je les prends bien en compte. Je suis très éducation structurée. C'est vraiment ma première méthode que j'utilise. Donc je mets très vite en place des routines. On démarre tout le temps avec une grenouille qui est signifiante pour la salle parce que ma tête n'est pas assez signifiante ou la salle n'est pas très signifiante. Donc j'ai une petite grenouille que je leur donne dans la salle d'attente, et ils viennent jouer avec la grenouille et en général au début on commence par jouer avec cette grenouille et puis après on regarde l'emploi du temps. Et même s'ils ne sont pas verbaux, qu'ils ne sont pas au niveau de l'image, je garde ce rituel. Après dans la structuration ça va être de proposer une activité après l'autre et puis je pars toujours de l'intérêt de l'enfant. Avant de rentrer dans les apprentissages je questionne un peu la relation et pour être dans la relation faut faire un truc sympa. Donc ça va être les activités qu'il aime, donc la première chose que je fais je demande au papa ou à la maman ou des collègues qui ont vu l'enfant c'est qu'est ce qu'il aime. [...] je vais utiliser leur intérêt, c'est ce que je dis aux parents, c'est que leur intérêt il est restreint pour le diagnostic, mais en soi c'est une chance c'est qu'on va pouvoir s'appuyer sur ce truc-là pour l'emmener ou on veut l'emmener.

**4) Comment prenez-vous en compte l'environnement social de l'enfant ?**

- **Quels types d'informations vous apportent l'environnement social ? (si non précisé)**

(Moment de réflexion).

Je relance en questionnant si ce domaine prend de la place dans l'accompagnement.

Réponse : alors ça va prendre de la place dans l'accompagnement. Après dans l'intégration sensorielle je ne suis pas sûre que ça prenne beaucoup de place. Mais dans l'accompagnement on va s'y intéresser. Donc au CAMPS je n'ai pas trop accès à ces lieux de vie autre, je peux aller un peu à domicile mais on n'est pas une structure qui va à domicile, donc on peut y aller de temps en temps, mais ça va plus être l'éducatrice qui peut faire des séances plus régulières à domicile. Donc de temps en temps je m'inscris avec elle et je vais aller sur place, s'il y a un objectif bien défini je vais le travailler deux, trois fois à domicile. Mais voilà moi je travaille au CAMPS en structure, donc c'est en plus. Ça m'arrive parfois d'aller à l'école, ou à la crèche une fois, donc c'est possible mais voilà ça va dépendre d'une demande spécifique. Après il y a les enfants auxquels on est référents et avec lesquels je vais essayer d'aller un peu plus à l'école. Le maître peut faire une demande, enfin quand je voudrais mieux comprendre comment fonctionne l'enfant et bien ça va être le référent, c'est à moi l'ergo d'y aller, en prenant les infos des autres collègues. Donc la dimension sensorielle voilà, pour moi l'INS, c'est quand on fait la rééducation avec les engins, car il y a l'intégration sensorielle qui est le fait de prendre en compte la dimension sensorielle chez l'enfant, et là pour moi il n'y a pas besoin de formation spécifique. L'INS pour moi c'est vraiment la rééducation avec ces engins dans une salle spécifique.

**5) L'objectif général que je questionne est « favoriser l'inclusion scolaire », quels objectifs spécifiques mettez-vous en place afin de répondre à cet objectif à long terme, en intégration sensorielle ?**

- **Court terme → objectifs :**
- **Moyen terme → objectifs :**



- **Quels moyens utilisez-vous en intégration sensorielle**
- **Quels matériels utilisez pour répondre à vos objectifs et comment utilisez-vous le matériel avec un enfant en séance dans le cadre d'une intervention précoce ?**
- **Pratiquez-vous des méthodes particulières dans ce cadre-là ? Si oui lesquelles, explication**

Réponse : (Réfléchis beaucoup.)

Donc après ; ça va vraiment dépendre de la plainte de l'instituteur, si ça vient de l'instit c'est facile. Si l'instit est demandeur, on a des retours de comment ça se passe. C'est si on n'a pas le lien avec cet instit, que le lien ne se fait pas cette année mais peut être l'année prochaine, le travail va être un peu différent on va essayer de mettre en place une fiche d'identité de l'enfant, qui va permettre de suivre l'enfant à travers le GEVASCO ou des réunions comme ça ou il y a les parents. On va y mettre dedans les dimensions sensorielles. Par exemple à la récré : une colonne une difficulté de l'enfant, une autre colonne qu'est ce que l'on propose. Par exemple dans difficulté de l'enfant on a remarqué qu'à la récré, c'est difficile pour l'enfant à cause que tous les autres enfants sont en mouvement, donc c'est plutôt ça, visuel-agitation, et ce qu'on nous propose en face. Donc par exemple nous on a vu que l'accompagner sur 2-3 enfants aux jeux calme pouvait l'aider à être disponible ou proposer un temps calme avec un livre. Donc c'est ça qu'on va essayer de cibler les difficultés de l'enfant pour lui proposer des choses plus ou moins sensorielles. Donc après si on connaît l'instit ça va être plus facile car il va nous dire, ça s'est compliqué. Par exemple il va nous dire : il y a un enfant qui mange de la pâte à modeler du coup on peut soit agir au niveau sensoriel et on se dit « tiens c'est un besoin sensoriel ou est ce que c'est plus comportemental où il n'a pas compris que quand on fait une fausse banane avec de la pâte à modeler que c'était une banane qui ne se mangeait pas. » Voilà donc on discute ensemble et après on essaye de voir en séance quel est l'aspect. Un autre exemple voilà c'était un enfant qui tapait les autres enfants, (mime les gestes), donc voilà directement les autres parents disent « oh non on ne veut plus de cet enfant, il est violent ». Et bien non la en fait c'était vraiment un problème social, il n'avait pas compris comment faire la relation avec le copain. Donc au début nous avons appris à

l'enfant à ne pas taper trop fort et plus à poser la main. [...] donc là on est peut-être dans une dimension proprioceptive, c'est à dire que peut être là il n'arrive pas à doser son geste. Sauf qu'au niveau social il ne sait pas comment interagir avec les autres, donc tout est un peu imbriqué.

Sous question : moyens utilisez, support, activité, outils ?

Réponse : sur le sensoriel je ne vais pas le travailler en tant que tel directement sauf pendant les séances purement INS, parce que, à une époque j'avais une salle, avec ces engins que je pouvais emprunter chez une structure voisine, mais la structure voisine a détruit cette salle et donc j'ai plus accès à cette salle. Donc ça c'est de la rééducation sensorielle et là on travaille directement le sensoriel. Sinon en séance je fais vraiment de l'éducation structurée, donc on est dans les apprentissages et je prends en compte à un moment donné le sensoriel si par exemple le dosage de la force n'est pas adéquat, on va peut-être faire des jeux de pâte à modeler et si la pâte à modeler n'est pas appréciée dans les doigts on va peut-être choisir une autre matière.

Donc c'est prendre en compte le sensoriel dans le choix de l'activité.

Sous question : et dans les séances purement INS : outils spécifiques utilisés.

Réponse, du coup oui, les outils spécifiques ça va vraiment être ces salles avec ces engins qui sont proposés. Ce sont des engins qui sont en suspensions, donc beaucoup du vestibulaire, soit en un point en deux point ou en quatre points. Donc un point ça va être les hamacs qui tournent en rond, donc ça va offrir une sensation vestibulaire. Deux points ça va plutôt être linéaire, d'accord, comme une sorte de boudin, cheval et quatre points ça va être du coup beaucoup plus stable comme un bateau. Après il y a d'autres choses qui ne sont pas pendus comme ça, comme par exemple une sorte de tobogan avec une planche à roulette qu'on va mettre en mouvement, sur le sol. On peut voir pour mettre deux adultes et un enfant dans un tissu, donc voilà il y a plein de chose qui vont se faire à partir de matériel spécifique qui vont offrir une sensation. Donc souvent les trois de base c'est tactile, vestibulaire et proprioceptif sur lesquels on propose des stimulations sensorielles. On va donc pouvoir proposer des expériences à l'enfant pour qu'il puisse mieux se réguler. En

sachant qu'il y a 10 principes à respecter en INS et c'est en ça que pour moi l'INS c'est vraiment une méthode, une formation à avoir car il y a 10 principes.

**6) Lors d'une séance avec un enfant présentant un TSA en intégration sensorielle, comment allez-vous rechercher l'engagement de l'enfant ?**

- **Quelles sont vos méthodes pour proposer des activités significatives ? Prise en compte des intérêts restreints ?**

Réponse : On va pouvoir voir ce qui motive l'enfant, donc ça peut être les intérêts restreints mais pas forcément. Et après l'activité en elle-même peut être suffisamment intéressante, motivante pour l'enfant. Si on pense à la salle INS, il y a pas mal d'engins qui font un peu balançoires, bon certains peuvent en avoir peur dès le départ et ça va être un de nos objectifs qu'ils osent monter dessus, mais ils adorent. Donc ça peut être super motivant pour eux et donc on va avoir leur participation. Donc en INS ils sont censés nous proposer l'activité. La majorité des enfants avec autisme quand on leur propose des routines, par exemple l'attrait aux lettres et aux chiffres et bien je me suis rendu compte avec le temps que l'enfant s'intéressait de plus en plus aux lettres et aux chiffres.

**7) En termes de réadaptation que mettez-vous en place pour répondre aux différents besoins des enfants ? précisez quels troubles sensoriels et quelles adaptations ?**

Réponse : la du coup quand on propose un aménagement de l'environnement on est plus en effet sûr de la réadaptation, donc ça va être au même titre qu'un handicap moteur. Pour moi c'est du même ordre, proposer des aides techniques, aménager l'environnement, et que l'activité soit possible pour cette personne. Donc on va prendre en compte le sensoriel, par exemple est ce que à table à la cantine il y a trop de bruit ? Donc peut être que s'il y avait des sets de table ou des nappes partout, ou un horaire décalé pour que l'enfant mange juste avec deux-trois copains, déjà il y aurait moins de bruit et du coup il peut manger. Est-ce que on ne peut pas lui proposer des couverts en plastiques plutôt qu'en ferraille.

**8) Comment évaluez-vous l'impact du modèle de l'approche de l'intégration sensorielle avec les enfants présentant un TSA ? Comment évaluez-vous les bénéfices de l'approche avec les enfants présentant un TSA de manière précoce ? Seule, cette approche est-elle suffisante pour répondre à vos objectifs ?**

Réponse : Alors pour moi il n'y a aucune approche qui ne peut être utilisée seule. Dans les modèles d'approche dans l'autisme, ou autre, pour moi un outil en ergo ça ne suffit pas. Donc dans le sensoriel, avec l'INS ou autre, c'est une partie de la réponse à apporter à l'enfant et à sa famille. Donc des fois il y a juste besoin de cette réponse-là, et là en général c'est très satisfaisant pour nous parce qu'en face il n'y a plus la plainte, ça fonctionne, super ! Le sensoriel est valorisant pour ça, quand l'hypothèse était bonne et que c'était que ça, c'est super. Après dans le TSA il y a quand même d'autres difficultés, il y a la communication, la compréhension de l'environnement, la motivation, et on a beau résoudre le problème sensoriel, je pense au lavage des dents, et bien c'est quand même chiant de se laver les dents. C'est là où c'est compliqué car la difficulté est parfois multifactorielle.

Moi : est du coup l'impact du modèle c'est de part ce que vous rapporte les parents et de part ce que les instituteurs vous rapportent, vous évaluez comme ça la réussite de vos objectifs.

Réponse : moi je pars du principe que s'il n'y a pas de plainte c'est que tout va bien. Mais en général, la réponse est donnée par l'adulte qui m'a sollicité. Après on peut être source de propositions mais en face s'il y n'y a pas la demande en général ça va un peu à l'eau. [...] c'est comme moi au niveau proprioceptif, pour l'enfant TSA je suis à 300% pour dans le fait de leur faire faire du sport, stimuler leur système proprioceptif notamment. Allez-y à 300% ! plus qu'avec un enfant ordinaire même, car ça va permettre de réguler différentes choses hormonales, physiologiques et aussi au niveau émotionnel. Pleins de choses positives qui se mettent en place par le sport.

**9) Quels sont les freins/limites à la prise en charge précoce, limitant la réponse à l'objectif du plan autisme 2018-2022 ?**

Réponse : (réfléchi) pour moi il y a pleins de choses qui sont mis en place mais ça va dépendre des professionnels s'ils jouent le jeu ou pas. Je vois la qu'en libéral ils mettent en place le forfait précoce, avec des plateformes TND et ducoup dans le dernier journal de l'ergo il y avait un questionnaire de fait pour les ergos installés pour savoir s'ils acceptaient ou pas ce forfait. Moi j'y répond et j'ai accepté tout de suite, et je me souviens que dans la région de Grenoble sur si on accepte le forfait à 38 euros la séance et bien 90% des ergos disent « non ce n'est pas assez, on ne veut pas ce n'est pas notre tarif ».

### **Entretien 3**

**1) Présentation : question sur l'année du diplôme, expérience, structure dans laquelle l'ergothérapeute travaille.**

Réponse : diplômé depuis 2003 de l'école de Lyon, depuis 2006 ; IEM avec en TSA déficient, cabinet libéral.

**2) Au début d'une prise en charge d'un enfant avec un TSA, comment procédez-vous pour effectuer votre recueil de données ? A quels éléments êtes-vous particulièrement attentif lors de vos prises d'informations ? (personne, environnement, activités)**

Réponse : Mme POUPLIN questionne beaucoup la manière dont l'enfant est venu au monde, comment s'est déroulé la grossesse, l'accouchement, si l'enfant est prématuré. Elle questionne aussi les premières habilités sensori-motrices de l'enfant. Elle recueille des informations sur le développement tel que l'âge ou a parlé l'enfant. Mme POUPLIN m'explique que l'intuition de la maman est très importante et qu'elle s'avère souvent exacte donc elle questionne souvent ça.

Lors des entretiens avec les parents, elle questionne le domaine scolaire, si l'enfant arrive à communiquer ou non, ses relations. Puis elle recentre sur le quotidien en questionnant sur les habitudes de l'enfant, son sommeil, l'aspect alimentaire, les interactions, à quoi il joue seul dans sa chambre, l'habillement, le déshabillage.

Ensuite durant l'entretien, les parents apportent des informations qui permettent à l'ergothérapeute de savoir si l'enfant possède de l'hyper ou hypo réactivité à certaines choses.

**3) Quelle est votre démarche afin de connaître les particularités sensorielles de l'enfant avec un TSA ?**

- **Qu'utilisez-vous comme bilans ?**

- **Quels liens faites-vous avec les parents ?**
- **Quels types d'éléments les parents peuvent-ils vous apporter ?**
- **Quels besoins pouvez-vous relever qui impacteront plus tard l'inclusion scolaire de l'enfant ?**
- **Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?**

Réponse : Dans l'entretien, elle scanne les 7 sens, le bruit, l'odeur, si l'enfant est un bouge-bouge. Elle effectue le profil de Dunn. Elle cote, par exemple, les évitements de sensations et grâce à ça, elle peut voir de quel profil l'enfant relève. Le lien avec les parents permet à l'ergothérapeute de recueillir les plaintes scolaires. Les parents, apportent beaucoup d'informations sur les particularités sensorielles dans le quotidien.

Sous question : Comment prenez-vous en compte les caractéristiques d'un enfant TSA, difficultés de communication, stéréotypies, intérêts restreints, troubles comportementaux... ?

Réponse : Lors d'une séance, s'il est là et qu'il trouve le temps long, l'ergothérapeute lui laisse faire une trace écrite, elle lui donne des régulateurs sensoriels de type balle par exemple. Elle propose des moyens pour apaiser l'enfant, comme des choses lumineuses qui apaisent par exemple.

#### **4) Comment prenez-vous en compte l'environnement social de l'enfant ?**

- **Quels types d'informations vous apportent l'environnement social ? (si non précisé)**

Réponse : En ce qui concerne l'environnement social, l'ergothérapeute me parle tout d'abord de la famille. En complément de la famille, elle m'explique qu'elle interpelle la crèche ou l'école, des lieux que fréquente l'enfant. Les personnes présentes sur ces lieux indiquent à l'ergothérapeute si l'enfant présente des stéréotypies par exemple ou

encore des choses compliquées, des comportements problèmes ou autre. Ensuite elle « regarde avec les lunettes sensorielles » quels problèmes peuvent être nommés et ensuite travaillés.

**5) L'objectif général que je questionne est « favoriser l'inclusion scolaire », quels objectifs spécifiques mettez-vous en place afin de répondre à cet objectif à long terme, en intégration sensorielle ?**

- **Court terme → objectifs :**
- **Moyen terme → objectifs :**
- **Quels moyens utilisez-vous en intégration sensorielle**
- **Quels matériels utilisez pour répondre à vos objectifs et comment utilisez-vous le matériel avec un enfant en séance dans le cadre d'une intervention précoce ?**
- **Pratiquez-vous des méthodes particulières dans ce cadre-là ? Si oui lesquelles, explication**

Réponse : le but le plus souvent est de diminuer les comportements problèmes (de par l'IS). L'ergothérapeute me précise par contre qu'ils ne s'effacent pas mais que s'il y en a beaucoup de comportements problèmes, c'est compliqué de s'intégrer donc il faut agir dessus. De plus il faut proposer un environnement favorisant les apprentissages. Pour cela, elle propose des bouchons d'oreilles, des fidgets et propose un environnement pour que l'enfant puisse s'autoréguler.

Les moyens qu'elle utilise sont le plus souvent les balançoires, donc soit la classique ou celle qui tourne sur elle-même. Cela permet d'agir sur le système vestibulaire et proprioceptif. Elle utilise aussi le protocole de Wilbarger.



**6) Lors d'une séance avec un enfant présentant un TSA en intégration sensorielle, comment allez-vous rechercher l'engagement de l'enfant ?**

- **Quelles sont vos méthodes pour proposer des activités significatives ? Prise en compte des intérêts restreints ?**

Réponse : donc afin de rechercher l'engagement de l'enfant, l'ergothérapeute utilise différents moyens tels que les pictogrammes ou des dessins pour qu'il puisse nommer ou pointer. Ensuite elle utilise des objets motivant pour l'enfant. Enfin elle laisse l'enfant se diriger et choisir son activité tout en mettant en place le cadre. Les pictogrammes permettent à l'ergothérapeute de prévoir.

**7) En termes de réadaptation que mettez-vous en place pour répondre aux différents besoins des enfants ? précisez quels troubles sensoriels et quelles adaptations ?**

Réponse : pour ce qui concerne la réadaptation, l'ergothérapeute propose tout ce qui est aménagement de l'environnement. Elle propose un aménagement permettant une régulation sensorielle pour l'enfant. Donc par exemple des bouchons d'oreilles, des fidgets, des coussins d'assise...

**8) Comment évaluez-vous l'impact du modèle de l'approche de l'intégration sensorielle avec les enfants présentant un TSA ? Comment évaluez-vous les bénéfices de l'approche avec les enfants présentant un TSA de manière précoce ? Seule, cette approche est-elle suffisante pour répondre à vos objectifs ?**

Réponse : L'ergothérapeute m'explique qu'elle utilise l'IS comme un outil, et qu'à côté de ça elle utilise d'autres méthodes qu'elle combine à l'IS. Elle me décrit l'IS comme un outil en plus dans la valise de l'ergo.

En termes de bénéfice, elle m'explique qu'elle ne les fait pas spécialement étant donné qu'elle utilise différentes méthodes ensemble donc elle n'a pas de recul spécifique sur l'approche de l'IS.

**9) Quels sont les freins/limites à la prise en charge précoce, limitant la réponse à l'objectif du plan autisme 2018-2022 ?**

Réponse : le principal frein pour l'ergothérapeute s'inscrit déjà dans la liste d'attente des ergo. En effet elle m'explique que le turn over de leur patient est faible car les prises en charge sont longues. Les journées sont déjà bien remplies en libéral. Un autre frein se situe dans l'orientation des patients. En effet pour proposer une prise en charge précoce il faut que les patients soient orientés rapidement vers les ergo et pour l'instant cela n'est pas toujours le cas et même les médecins orientent plus vers les psychomotriciens.

## Annexe V : Avis Ethique



Clermont-Ferrand, le 14 avril 2021

Mme Élodie DEAT  
Institut Universitaire de Formation en  
Ergothérapie (IUFE)  
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-30

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

**« Comment l'ergothérapeute intervient-il précocement dans la prise en charge de l'intégration sensorielle chez un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme afin de développer sa performance occupationnelle ? »**

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectif de « recueillir les méthodes et moyens utilisés par les ergothérapeutes dans l'intervention précoce de l'intégration neurosensorielle chez un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme. »

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA ([dpd@uca.fr](mailto:dpd@uca.fr)) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau  
Pour la Directrice du Comité d'Éthique de  
la Recherche IRB-UCA  
8/10 Anne FOGLI

**Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA**  
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand  
Contact : [irb@uca.fr](mailto:irb@uca.fr)

## Annexe VI : Formulaire d'information et de non opposition

### **L'ergothérapie et l'approche de l'intégration neurosensorielle dans une intervention précoce chez un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme.**

#### **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION**

L'objectif de l'étude est de répondre à la question suivante : « comment l'ergothérapeute grâce à l'approche de l'intégration neurosensorielle, peut-il de manière précoce, favoriser l'inclusion scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ? »

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien avec l'étudiant, durant lequel des questions seront posées sur le sujet afin de recueillir des éléments de réponses.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.*

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits *d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement*, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr).

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. *Un rapport de recherche sera disponible, l'étudiante Audrey PONTAL vous le transmettra sur demande.*

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de commencer l'étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet :

oui

non

Date : ...15.../...03/ 2021

**Signature du/de la participant.e :**

(Précédée du nom/prénom et de la mention « Lu et compris ») Lu et compris – Nadege Leclerc

# L'ergothérapie et l'approche de l'intégration neurosensorielle dans une intervention précoce chez un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme.

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

L'objectif de l'étude est de répondre à la question suivante : « comment l'ergothérapeute grâce à l'approche de l'intégration neurosensorielle, peut-il de manière précoce, favoriser l'inclusion scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ? »

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien avec l'étudiant, durant lequel des questions seront posées sur le sujet afin de recueillir des éléments de réponses.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.*

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits *d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement*, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr).

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. *Un rapport de recherche sera disponible, l'étudiante Audrey PONTAL vous le transmettra sur demande.*

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de commencer l'étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet :

X  non (il n'y a pas eu d'enregistrement)

Date : 16/03/2021

**Signature du/de la participant.e :**

(Précédée du nom/prénom et de la mention « Lu et compris »)

# L'ergothérapie et l'approche de l'intégration neurosensorielle dans une intervention précoce chez un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme.

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

L'objectif de l'étude est de répondre à la question suivante : « comment l'ergothérapeute grâce à l'approche de l'intégration neurosensorielle, peut-il de manière précoce, favoriser l'inclusion scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ? »

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien avec l'étudiant, durant lequel des questions seront posées sur le sujet afin de recueillir des éléments de réponses.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielles.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.*

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits *d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement*, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données (dpo@uca.fr).

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. *Un rapport de recherche sera disponible, l'étudiante Audrey PONTAL vous le transmettra sur demande.*

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de commencer l'étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet :

oui                       non

Date : 06/05/2021

**Signature du/de la participant.e :**

Lu et approuvé

Yahiaoui Flora

(Précédée du nom/prénom et de la mention « Lu et compris »)

### Abstract

Introduction: Autism is a disorder that occurs in 1 in 160 children and is a major public health issue. For this reason, several strategies for autism exist. The current one dates from 2018 and is projected up to 2022. Occupational therapy is a key intervention in autism spectrum disorder, but what about early intervention through sensory integration?

Methods: To carry out the research, semi-structured interviews were carried out with occupational therapists who met certain defined inclusion criteria such as: caring for children under 4 years of age, using the sensory integration approach. A subsequent qualitative analysis was conducted on the collected data. The data was then studied cross-sectionally, in order to make sense of the occupational therapists' responses.

Results: At a very early age, sensory integration can be used with children. Occupational objectives are defined by the occupational therapist, mainly involving the child's vestibular, proprioceptive and tactile systems. In the long term and with a view to school inclusion, it is the so-called "disturbing" behaviours that are worked on during the session. It's important to propose a targeted intervention.

Conclusion: Using the sensory integration approach and the Person-Environment-Occupation model, the occupational therapist proposes an intervention targeted at the child's problems. The occupational therapist will work extensively with the child's social environment but will also work with the physical environment to promote the child's long-term inclusion in school.

### Résumé

Introduction : L'autisme est un trouble présent chez 1 enfant sur 160. Il s'agit d'un trouble représentant un enjeu majeur en termes de santé publique. C'est pour cela que plusieurs stratégies pour l'autisme existent. L'actuelle date de 2018 se projette jusqu'en 2022. L'ergothérapie est une intervention primordiale dans le cadre d'un trouble du spectre de l'autisme, mais qu'en est-il de l'intervention précoce grâce à l'intégration sensorielle ?

Méthode : Pour conduire les recherches, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des ergothérapeutes répondant à certains critères d'inclusion définis tels que : prendre en charge des enfants avant 4 ans, utiliser l'approche de l'intégration sensorielle. Une analyse qualitative a été menée avec les données collectées. Les données ont été étudiées transversalement par la suite, pour tirer du sens des réponses des ergothérapeutes.

Résultats : Très jeune, l'intégration sensorielle peut être utilisée avec les enfants. Des objectifs occupationnels sont définis par l'ergothérapeute sollicitant principalement le système vestibulaire, proprioceptif et tactile de l'enfant. A long terme et en vue d'une inclusion scolaire, ce sont les comportements dits « dérangeants » qui sont travaillés en séance. Il est important de proposer une intervention ciblée.

Conclusion : L'ergothérapeute en utilisant l'approche de l'intégration sensorielle et en s'appuyant sur le modèle Personne-Environnement-Occupation, propose une intervention ciblée sur les problématiques de l'enfant. L'ergothérapeute collaborera beaucoup avec l'environnement social de l'enfant mais effectuera aussi un travail avec son environnement physique pour favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant à long terme.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme, prise en charge précoce, intégration sensorielle, ergothérapie.