

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

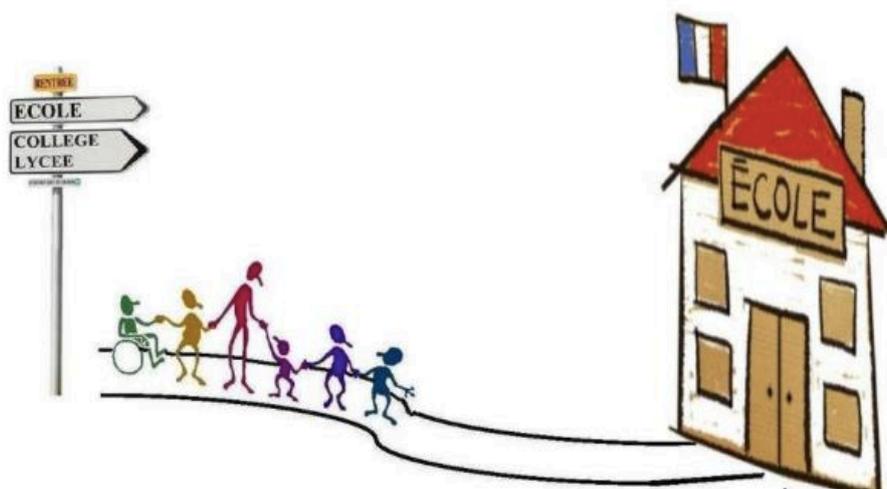
**Dispositif d'Autorégulation : l'ergothérapie au cœur de l'inclusion
scolaire et bénéfiques pour tous**

*État des lieux de la pratique des ergothérapeutes au sein d'un dispositif
d'autorégulation*

Mémoire présenté et soutenu par

BEGON Pauline

En juin 2022



**Mémoire dirigé par
CHAUFFOUR Camille**
Ergothérapeute DE

Membres du jury

M. Patrick TOFFIN, Ergothérapeute, Responsable Pédagogique adjoint, ILFOMER
Mme. Camille CHAUFFOUR, Ergothérapeute DE, FONDATION JACQUES CHIRAC

Remerciements

Ce travail marque la fin de ma vie d'étudiante, c'est l'aboutissement de trois années de formation durant lesquelles j'ai énormément appris et grandi. Le passage à la vie d'adulte est, pour moi, une étape à franchir et je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont permis d'arriver jusque-là.

Je voudrai d'abord remercier, ma directrice de mémoire, **Madame Camille CHAUFFOUR**, pour le temps qu'elle m'a consacré et l'ensemble de ces précieux conseils durant la réalisation de ce mémoire. Merci de m'avoir accompagné avec bienveillance et soutenu tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier **Monsieur Stéphane MANDIGOUT** pour l'ensemble de ses conseils et apports en méthodologie nécessaire à la réalisation de ce mémoire et qui a toujours pris la peine de nous rassurer

Je remercie **Madame Lydia DARSY, Messieurs Patrick TOFFIN et Thierry SOMBARDIER** pour m'avoir transmis leurs savoirs durant ces trois belles années.

Je remercie **tous les professionnels** qui ont participé à l'élaboration de ce projet, de près, comme de loin en répondant à mon questionnaire. Plus particulièrement Elodie et Mathilde qui m'ont aidé et partagé leur regard professionnel.

Et enfin, **l'ensemble des ergothérapeutes** que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mes stages qui m'ont permis de définir ma propre identité professionnelle.

J'adresse mon affection,

A **mes parents**, Stéphane et Stéphanie, et **ma sœur**, Anaïs, qui ont toujours cru en moi, pour leur présence infaillible et leur soutien malgré les moments de doutes et les difficultés que j'ai pu rencontrer. Papa, Maman, Nana, vous êtes mes piliers et je ne vous remercierai jamais assez.

A **mon compagnon**, Cédric, pour son soutien inestimable, sa patience et sa présence.
Merci de m'avoir toujours encouragé à aller de l'avant.

A **mes ami(e)s**, notamment Laurie, Fannie et Kevin, qui depuis le lycée m'accompagnent et me soutiennent dans mes projets. Merci pour votre joie de vivre et nos moments passés ensemble.

A **mes camarades de promotions**, pour certains devenus des amis, pour leur aide, nos échanges et moments de partage. Merci particulièrement à Élise pour sa patience, ses encouragements et ses relectures assidues de mon travail.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

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

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

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné BEGON Pauline

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le jeudi 26 mai 2022

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2022
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) BEGON Pauline
Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : jeudi 26 mai 2022

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Begon', with a horizontal line extending to the right.

Table des abréviations

ABA : Applied Behavioral Analysis

AES : Accompagnant Educatif et Social

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

BRIEF : Behaviroal Rating Inventory of Executive Function

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRA : Centre de Ressources Autisme

DASEN : Directeur Académique des Service de l'Education Nationale

DAR : Dispositif d'AutoRégulation

DSM : Diagnostic and Statistic Manuel of Mental Disorder

ES : Educateur Spécialisé

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médical

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance

RBPP : Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles

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

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren

TED : Troubles Envahissant du Développement

TND : Troubles NeuroDéveloppementaux

TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme

UEEA : Unité d'Enseignement Elémentaire Autisme

UEMA : Unitité d'Enseignement en Maternelle Autisme

ULIS : Unité Localisée d'Inclusion Scolaire

Table des matières

Introduction.....	1
Le trouble du spectre de l'autisme	2
1. Historique.....	2
2. Étiologie	2
3. Épidémiologie	3
4. Définition & critères diagnostics :	3
4.1. Dyade autistique	4
4.1.1. Communication et interactions sociales	4
4.1.2. Caractères restreints et répétitifs des comportements, des intérêts ou des activités.....	4
4.2. Troubles associés	5
4.2.1. Troubles moteurs	5
4.2.2. Troubles sensoriels	5
4.2.3. Fonctions exécutives et cohérence centrale	6
5. Troubles des apprentissages chez les enfants TSA	6
La Scolarité.....	8
1. Généralités	8
2. De l'intégration à l'inclusion scolaire	8
3. La scolarisation et les enjeux pour les enfants TSA.....	9
4. Les différentes offres de scolarisation en France pour les enfants TSA.....	10
La pratique en Ergothérapie	12
1. Définition de l'ergothérapie.....	12
2. Les Politiques de santé au cœur du TSA	12
3. Prise en charge ergothérapique de l'enfant porteur de TSA.....	13
3.1. Les différents outils et moyens d'accompagnement.....	14
3.1.1. Modèle conceptuel	14
3.1.2. ABA	15
3.1.3. TEACCH.....	15
Le Dispositif d'Autorégulation	16
1. Les neurosciences au service de l'inclusion	16
1.1. Sciences cognitives et apprentissages	16
1.2. Pédagogie explicite et positive	17
2. L'autorégulation	17
2.1. Le concept.....	17
2.2. Lien avec les systèmes cognitif, émotionnel et social.....	17
3. TSA et autorégulation.....	18
4. La formation et supervision des équipes	19
5. L'équipe médico-sociale et l'ergothérapeute	19
Problématique	20
Méthodologie.....	21
1. Les objectifs de l'étude	21
2. La population de l'étude	21
3. L'outil méthodologique.....	21
3.1. Choix de l'outil.....	21

3.1.1. Identités des professionnels	22
3.1.2. Le dispositif d'autorégulation et l'accompagnement de l'enfant TSA	22
3.1.3. Le plan scolaire, méridien et périscolaire	22
3.1.4. Le plan familial et extra-scolaire	23
3.1.5. Ergothérapie et bénéfices pour tous	23
3.2. Démarche expérimentale	23
3.3. Procédure d'analyse des résultats	24
Résultats.....	25
1. Généralités et identités des professionnels questionnés	25
2. Le dispositif d'autorégulation et l'accompagnement de l'enfant TSA	26
3. L'accompagnement scolaire, méridien et périscolaire	27
3.1. Le plan scolaire	27
3.2. Le plan méridien et périscolaire	29
4. L'accompagnement familial et extra-scolaire	30
5. Ergothérapie et « bénéfices pour tous »	31
Discussion	33
1. Les objectifs de notre étude	33
2. La réponse à la problématique	33
3. L'expertise ergothérapique au service de l'inclusion scolaire	33
3.1. Les évaluations	33
3.2. Les différentes difficultés de l'enfant TSA et l'approche en ergothérapie	34
3.3. L'utilisation de méthodes comportementales au sein du DAR	36
4. Un accompagnement global pour une accessibilité dans tous les milieux	37
4.1. Un accompagnement qui ne se limite pas aux temps scolaires	37
4.2. Une collaboration essentielle	38
4.3. Des bénéfices constatés :	39
4.4. Limites de cet accompagnement global	39
5. Limites de l'étude	39
6. Ouvertures et perspectives du mémoire	40
Conclusion	41
Références bibliographiques	42
Annexes.....	48

Table des illustrations

Figure 1 : Année d'ouverture du DAR et ancienneté de l'ergothérapeute au sein de celui-ci, n=8.....	25
Figure 2 : Champs d'intervention des ergothérapeutes, n=8	27
Figure 3 : Approches utilisées par les ergothérapeutes, n=8.....	27
Figure 4 : Interventions des ergothérapeutes sur les difficultés de l'enfant TSA, n=8	28
Figure 5 : Modalités d'accompagnement des enfants TSA, n=8	28
Figure 6 : Interventions de l'ergothérapeute sur le temps repas de l'enfant TSA, n=6.....	29
Figure 7 : Progrès des enfants TSA constatés par les ergothérapeutes, n=8.....	30
Figure 8 : Intervention des ergothérapeutes au domicile parental, n=3.....	30
Figure 9 : Bénéfices de l'ergothérapie pour tous, n=8.....	31
Figure 10 : Interventions de l'ergothérapeute aux "bénéfices pour tous", n=6	31

Table des tableaux

Tableau 1 : Équivalent Temps Pleins et composition des équipes médico-sociales des DAR	26
Tableau 2 : Répartitions des enfants au sein des DAR	26

*« Je ne sais pas si on peut imaginer ce que c'est que d'avoir un enfant, dont la majorité des intervenants estiment que sa place est ailleurs, partout, sauf à l'école... »
(père d'un enfant avec autisme)*

Dans Scolariser des élèves avec autismes et TED vers l'inclusions (2012).

Introduction

Le **trouble du spectre de l'autisme** (TSA), communément appelé « autisme » renvoie à une catégorie de troubles neurodéveloppementaux (TND), les troubles envahissants du développement (TED), recouvrant des réalités distinctes et diverses. Ce trouble se développe dans la petite enfance, avant l'âge de 3 ans, et persiste tout au cours de l'existence. Il se traduit principalement par des difficultés d'ordre relationnel et comportemental, ainsi qu'une perception différente du monde qui nous entoure. D'autres domaines, comme la motricité, la cognition, la sensorialité, peuvent être impactés. En France, selon l'INSERM, **8 000 enfants autistes** naîtraient tous les ans, soit environ 1 enfant sur 100. Ainsi le TSA est reconnu comme un **véritable enjeu sociétal** et de **santé publique** en raison de son apparition précoce, de sa durabilité et des niveaux élevés et variables des déficiences associés. L'augmentation du nombre d'individus diagnostiqués justifie, également, l'intérêt grandissant porté à ce problème de santé publique.

Depuis la loi du 11 février 2005, le nombre d'enfant scolarisé, en école élémentaire, est en hausse en France. Pourtant, selon le ministère de l'Éducation, de la jeunesse et des sports, **seulement 40% des enfants TSA** sont scolarisés en école élémentaire dite ordinaire, et **seulement à temps partiel**. Néanmoins apprendre, pour ces enfants comme pour les autres, fait partie du cheminement pour se construire un avenir de façon autonome.

Les différents gouvernements français successifs, souhaitant amplifier l'inclusion scolaire dans leur système éducatif, ont grâce aux **plans autisme** (le dernier en date : Stratégies Nationales 2018-2022 pour l'Autisme), permis la création de dispositifs permettant la scolarisation de ces enfants. Parmi ces différentes offres de scolarisation, beaucoup ne considèrent pas l'enfant autiste comme élève à part entière. Ainsi, **45%** des élèves porteurs de TSA ont une **scolarité à temps partiel** (Autisme France, 2019). Des progrès supplémentaires sont nécessaires pour rendre cette scolarisation complète et suppose étendre les diverses formes de scolarisation.

Le **Dispositif d'Autorégulation (DAR)** fait son apparition sur le territoire français. Dans l'enceinte de l'école le DAR permet la coopération entre les enseignants (l'Éducation Nationale) et une équipe médico-sociale (Service Médico-Social et Sanitaire) accompagnant l'enfant TSA, chaque jour, dans **sa scolarité à temps plein**. C'est dans cette équipe que nous retrouvons, parfois, un ergothérapeute.

Un stage en pédiatrie, en fin de deuxième année, au sein d'un Dispositif d'Autorégulation en Corrèze, a éveillé ma curiosité autour de l'inclusion scolaire de l'enfant TSA en milieu ordinaire. J'ai pu cerner et cibler les conséquences de l'inclusion scolaire, et ainsi les répercussions sur les différentes sphères de développement de l'enfant.

En tant que future professionnelle, il me paraissait pertinent d'approfondir le sujet afin d'orienter ma pratique professionnelle. En découle alors, tout l'intérêt de mon étude qui est **d'observer et étudier les pratiques spécifiques de l'ergothérapeute pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant TSA bénéficiant de l'accompagnement du DAR**. Afin de répondre à cette réflexion, je souhaite mener une analyse de pratiques professionnelles en créant un questionnaire de recherche. Les résultats recueillis seront ensuite analysés puis discutés.

Le trouble du spectre de l'autisme

1. Historique

Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble neuro-développemental apparaissant au jeune âge et persistant à l'âge adulte. Ce terme, né en 1911 d'un concept : « *l'autisme* », est apparu pour la première fois, dans les écrits d'Eugène Bleuler, sur la schizophrénie (Alerini, 2011). Le pédopsychiatre suisse utilise cette dénomination pour décrire la symptomatologie schizophrénique (en identifiant le retrait social avec un repli sur soi-même) (Tordjman, 2011).

La reconnaissance de ce trouble se fait pour la première fois dans les années 1940. Insatisfait du terme « *d'autisme* », le pédopsychiatre américain Léo Kanner le fait comprendre « *l'autisme fut utilisé comme mot fourre-tout, un slogan et beaucoup d'enfants qui ne l'étaient pas étaient appelés autistes* ». Il définit un syndrome, chez les enfants, centré sur les perturbations des relations affectives. Simultanément, à Vienne, Hans Asperger, psychiatre, offre une définition de ce syndrome chez les adolescents, proche de celle de Kanner. Il définit les enfants porteur de ce syndrome comme « *dotés d'un manque d'empathie, d'une faible capacité à se créer des amis, d'une conversation unidirectionnelle, d'une intense préoccupation pour un sujet particulier, et de mouvements maladroits* ». Kanner et Asperger, considérés comme les pionniers de l'autisme de l'enfant, décrivent des enfants aux comportements atypiques, particuliers, et parlent de « *psychopathie autistique* » et « *d'autisme infantile* » (Feinstein, 2010).

Une trentaine d'années plus tard, dans les années 1980, Lorna Wing, psychiatre britannique, réactualise les travaux d'Asperger et propose une définition du syndrome d'Asperger. Au même moment, le concept d'autisme infantile fait son apparition au sein du Trouble global du Développement, au travers du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III, 1983).

Puis en 1992, dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et en 1994 dans le DSM-IV, la catégorie **Trouble Envahissant du Développement** (TED) est apparue. Cette catégorie est divisée en sous catégories illustrant une multitude de troubles (syndrome de Rett, syndrome d'Asperger, TED non spécifié...).

Enfin, en 2013, le DSM-V apparaît, en précisant les critères diagnostiques des TED. Le terme **trouble du spectre de l'autisme** (TSA) voit le jour, tandis que certaines sous catégories de TED disparaissent.

2. Étiologie

Aujourd'hui, les connaissances sont encore minimales et partielles sur les causes et l'origine réelle de l'autisme. Donner une seule étiologie à ce trouble serait impensable puisqu'il semble y avoir un consensus dans la communauté médicale qui admettrait la multiplicité des causes et de l'origine organique de l'autisme¹. Durant de nombreuses années, l'approche psychanalytique étant réputée, l'hypothèse de ce trouble était la conséquence du comportement et des caractéristiques des parents. C'est particulièrement le comportement maternel qualifié de « *frigide* » qui est mis en cause (Bournat, Daireaux, Jorand, Schlachter, & Stanislawski, 2014). L'autisme, au niveau étiologique devenait emprunt des parents.

¹ <http://autismequebec.org/fr/l-autisme-et-les-tsa/9>

Cette hypothèse a ensuite été rejeté par le Comité Consultatif National d’Ethique, dans les années 2000, afin d’éviter ce mouvement de culpabilité des parents. Par la suite, c’est une origine multifactorielle qui se démarque donnant lieu à cette notion de « *spectre* ». Cette origine se compose de différentes approches. Celle de particularités de développement cérébral est retenu, tout comme une approche génétique (Tick, Bolton, Happé, Rutter, & Rijsdijk, 2016) ainsi qu’une approche environnementale. L’étiologie génétique ne semble pas nécessairement associée à un caractère héréditaire. Depuis 2007, des études ont montré que des mutations génétiques comme les mutation de « *novo* »² peuvent être non présentes chez les parents. Ceci s’apparente alors à une cause génétique mais non héréditaire (Ronemus, Iossifov, Levy, & Wigler, 2014). Néanmoins, en 2016, une étude démontre aussi l’aspect héréditaire parmi les causes de l’autisme. Les études sur les jumeaux monozygotes démontrent un risque d’hérédité proche de 90% (Tick et al., 2016). La génétique apporte bien des pistes quant à l’origine de l’autisme mais ne l’explique pas entièrement. Les facteurs environnementaux sont également mis en cause. Effectivement l’exposition de substance chimique, comme la prise de médicament durant la grossesse (acide valproïque dans la Dépakine) augmente le risque par sept d’avoir un enfant porteur d’autisme (Bromley et al., 2013). Ainsi le TSA possède une origine complexe, qui résulterait de l’association de divers facteurs, ce qui est à l’image du trouble neurodevelopmental qui est, lui aussi, complexe. C’est pour cela qu’aucun enfant TSA n’est identique.

3. Épidémiologie

Nonobstant, le fait que les origines de ce trouble soient incertaines, le nombre de cas ne cessent d’évoluer. Selon l’INSERM, en France, environ 700 000 personnes sont porteuses de TSA. Parmi elles, 100 000 ont moins de 20 ans³. Au niveau mondial, l’Organisation Mondiale de la Santé estime qu’environ 1 enfant sur 160 présente ce trouble (OMS, 2021).

La prévalence du TSA apparait en augmentation constante. Elle est passée de 1 pour 2 000 naissances en 1960, à 1 pour 150 naissances en 2015 (Dachez, N’Dobo, & Carrascal, 2016). En France, une étude rétrospective datant de 2003 a estimé, quant à elle, la prévalence de ce trouble à 4,1 pour 1 000 enfants dont le diagnostic a été posé avant 7 ans. Néanmoins, le manque de recul ne permet pas de désigner une stabilité de prévalence. Effectivement, ce chiffre semble discutable car, d’après une étude de cohorte les données provenaient de registres de deux régions (Haute-Garonne et Haute-Savoie) seulement. Cependant, dans ces régions, la prévalence a augmenté entre 1995 et 2007. Elle est passée de 2.3/1 000 à 3.3/1 000 (Delobel-Ayoub et al., 2019). Cette tendance à l’augmentation est à nuancer, du fait de l’élargissement des critères diagnostic et des nombreux progrès effectués en terme de dépistage et de diagnostic précoce (Zwaigenbaum, Brian, & Ip, 2019).

Concernant le sex-ratio, ce trouble est, selon Santé Publique France, 3.7 fois plus prévalent chez les garçons que chez les filles âgés de 7 ans (Santé Publique France, 2020).

4. Définition & critères diagnostics :

La définition du trouble du spectre de l’autisme a elle aussi évolué au fil du temps. Pour définir ce qu’est précisément ce trouble nous allons nous référer au DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Depuis la révision, en 2013, de cette classification, par

² « Mutation apparaissant chez un enfant et non présente chez son parent »

https://www.encyclopedie.fr/definition/Neo_mutation

³ <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

l'American Psychiatric Association, les troubles du spectre de l'autisme ne sont plus diagnostiqués en référence à une triade mais plutôt une « dyade autistique ».

4.1. Dyade autistique

Dans cette dyade autistique, contrairement à la triade, les déficits de communication et d'interactions sociales sont regroupés dans une même catégorie. Ainsi, les critères caractérisant cette dyade autistique sont les suivants : un **déficit persistant de la communication et des interactions sociales** observées dans des contextes variés, ainsi que des **caractères restreints et répétitifs des comportements, des intérêts ou des activités**. A ces deux critères s'en ajoutent trois autres établis par le DSM-V. La présence de symptômes aux étapes précoces du développement, avec la possibilité qu'ils occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire ou professionnel, et que ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par un trouble du développement intellectuel ou un retard global du développement sont aussi des critères diagnostiques.

4.1.1. Communication et interactions sociales

Quant aux difficultés de communication et d'interactions sociales nous identifions trois dimensions :

1. Un **déficit dans la réciprocité socio-émotionnelle**, qui se caractérise par un manque de partage des émotions, de réciprocité dans la relation ou encore comme l'initiation de la communication. Cela s'apparente à une perturbation de la théorie de l'esprit. Les personnes TSA ont du mal à se représenter les états mentaux, les représentations et les sentiments d'autrui.
2. Une **perturbation de la communication verbale et non verbale**, notamment dû à une incompréhension des signaux verbaux d'autrui. Cela concerne, souvent, l'utilisation du regard. Les personnes TSA ont des difficultés à maintenir le regard dans un cadre d'interaction sociale.
3. Des **difficultés à développer, maintenir et comprendre les relations sociales**, particulièrement les relations typiques avec les enfants de leur âge ; difficulté à s'adapter aux divers contextes sociaux et manque d'intérêt pour autrui.

4.1.2. Caractères restreints et répétitifs des comportements, des intérêts ou des activités

Cette deuxième caractéristique du TSA est indépendante de la première. Pour celle-ci nous identifions au moins deux des quatre manifestations suivantes pour pouvoir définir l'autisme :

1. Utilisation **répétitive ou stéréotypée de mouvement**, utilisation particulière du **langage** avec présence d'écholalie ainsi que de répétition de phrase, et manipulation répétitive **d'objet**
2. **Intolérance au changement**, adhésion **inflexible** à des **routines** et **rituels** verbaux et non verbaux.
3. **Intérêts restreints, fixes, limités ou atypiques** dans leur intensité ou dans leur but.

4. **Hypo ou hyper réactivité aux stimulations sensorielles** ou **intérêt inhabituel** pour des éléments sensoriels de l'environnement.

Si tous les enfants TSA ont des difficultés dans les domaines de la communication et des comportements restreints et répétitifs, ces dernières sont variables d'un individu à l'autre. C'est pour cela que les critères diagnostics suggérés par le DSM-V, précisent trois niveaux de sévérité, pour ces deux dimensions en fonction du niveau d'aide et de besoin de la personne :

- Niveau 1 : nécessite un soutien, une aide
- Niveau 2 : nécessite un soutien substantiel
- Niveau 3 : nécessite un soutien très substantiel

4.2. Troubles associés

En outre, les difficultés présentes chez un enfant porteur de TSA illustrent la complexité de ce trouble. D'autres difficultés résultantes et associées à l'autisme peuvent être considérées comme des troubles associés. Ces troubles peuvent être les suivants : un déficit du développement intellectuel, des troubles gastro-intestinaux, des épilepsies présentent dans 20 à 25% des cas, des troubles du comportement, des troubles du sommeil dans 45% à 85% des cas, aussi des troubles alimentaires (HAS, 2010). Une anxiété est très souvent présente ; dans plus de 50% des cas (Ung, Selles, Small, & Storch, 2015). Aussi, des troubles de la coordination motrice, de la sensibilité, des troubles spécifiques des apprentissages ou encore une sélectivité alimentaire peuvent être observés.

4.2.1. Troubles moteurs

Concernant le plan moteur, la prévalence des troubles varie de 80 à 95% selon les études. Les enfants TSA sont souvent décrits comme maladroits, avec un tonus musculaire anormal et une démarche que l'on peut qualifier d'atypique. Damasio et Maurer (1978) ont montré que les anomalies motrices pourraient être indicatives et dûes à un dysfonctionnement neurodéveloppemental sous-jacent. Nous parlons alors de dystonies, bradikynésie, mouvement involontaire, démarche et postures anormales (Rogers & Benetto, 2002). Dans la majorité des cas, nous constatons une atteinte fonctionnelle concernant la motricité manuelle. Ces aspects persistent avec l'âge et impactent les compétences fonctionnelles et la qualité de vie de l'enfant. Certaines difficultés manuelles, principalement de préhension, se répercutent sur le graphisme et l'écriture, ce qui engendre un impact majeur au quotidien (Alaniz, Galit, Necesito, & Rosario, 2015).

4.2.2. Troubles sensoriels

Sur le plan sensoriel, les enfants TSA perçoivent, voient, entendent le monde qui nous entoure de manière différente par rapport aux personnes typiques. Les principales études estiment la prévalence des troubles de la modulation sensorielle chez ces enfants de 80 à 95% (Giacardy et al., 2018).

Ces particularités concernent l'ensemble des modalités sensorielles : auditive, olfactive, gustative, tactile, visuelle, vestibulaire et proprioceptive. Cette perception sensorielle particulière du monde peut donner lieu à des surcharges sensorielles qui peuvent être envahissantes et débordantes pour la personne qui les ressent et ainsi donner lieu à des réactions comportementales que l'on peut qualifier « d'inadaptées ». Ces réponses atypiques se classent selon plusieurs catégories : l'hypersensibilité sensorielle, l'hyposensibilité

sensorielle, et la recherche de sensation. Par exemple l'hypersensibilité peut se traduire par la perception de certains bruits comme étant désagréables, un refus de manger certains aliments (sélectivité alimentaire), apprécier certaines odeurs fortes ou aliments épicés, acides, une intolérance au toucher (texture des vêtements, aliments) ou encore avoir une perception extrême du détail (Stanciu & Delvenne, 2016). Cette particularité est, selon plusieurs études, une caractéristique majeure dans la limitation de participation ou encore de restriction d'activité de l'enfant. (Rossini et Tétréault, 2020).

4.2.3. Fonctions exécutives et cohérence centrale

Les fonctions exécutives interviennent dans l'organisation des activités au travers de la planification stratégique d'une activité ou d'une tâche, la flexibilité mentale et motrice ainsi que l'inhibition d'actions non pertinentes. Ces fonctions sont liées à la mémoire de travail. Elles permettent à l'individu d'adapter son comportement en fonction des exigences de l'environnement en faisant le lien avec les perceptions et les informations reçues et le traitement de ces informations, dans le but de produire une réponse adaptée (Rossini et Tétréault, 2020). L'enfant porteur de TSA, qui présente un trouble des fonctions exécutives, peut avoir du mal à identifier et exécuter les étapes pour arriver à un but. Il a du mal à s'adapter à une nouvelle tâche et pour compenser il persévère sur la tâche. Nous parlons de rigidité. Ces fonctions jouent un rôle prépondérant sur les activités de vie quotidienne (AVQ), ainsi que sur les apprentissages scolaires et l'adaptation à des situations complexes. Elles interviendraient, également, sur la théorie de l'esprit et la cognition sociale (Demetriou et al., 2018).

Le trouble de la cohérence centrale affecte la capacité de l'enfant à synthétiser certaines informations et à leur donner du sens. Cela a pour conséquence des difficultés de généralisation. Les enfants TSA traiteraient les éléments « morceaux par morceaux » plutôt que dans leur contexte. Ils se représentent difficilement une situation de façon globale ; l'assemblage de tous les éléments qu'ils perçoivent leur est complexe. Ainsi, il est difficile pour eux de s'adapter aux différentes situations complexes auxquelles ils font face. Cela provoque un certain impact sur les apprentissages (Valeri & Speranza, 2009).

Aux vues des différents tableaux cliniques que présentent les enfants TSA, ces signes varient et diffèrent d'un individu à l'autre.

5. Troubles des apprentissages chez les enfants TSA

Le TSA, peut impacter la scolarité des enfants au travers des difficultés d'apprentissages. Ces difficultés résultent des critères diagnostics évoqués précédemment ainsi que des différents troubles associés.

Ainsi, lors de leur scolarisation, les enfants TSA peuvent éprouver des difficultés dans les domaines fondamentaux :

- La **lecture** : Les mécanismes de compréhension de la lecture prennent davantage de temps chez les enfants TSA. Ces derniers présentent des altérations de la communication ainsi que des difficultés attentionnelles, ce qui rend le processus d'apprentissage de la lecture plus délicat.
- L'**expression écrite** et le **graphisme** : Ecrire met en place une coordination entre des mécanismes cognitifs et linguistiques afin de produire des textes (syntaxe et orthographe) et des traitements perceptivo-moteurs (graphisme). De nombreuses

habiletés : l'attention, la motricité fine, la perception visuelle, l'intégration visuo-motrice, les prérequis cognitifs sont sollicités dans cette activité et sont les potentiels facteurs expliquant les difficultés des enfants TSA (Godde, Tsao, & Tardif, 2018).

- La **géométrie** : Les compétences visuo-spatiales étant déficitaires l'enfant TSA a des difficultés de repérage. L'orientation, le 2D, la 3D sont complexes.
- Le **raisonnement mathématique** : Implique les fonctions exécutives afin de comprendre, modéliser et planifier son travail, utiliser les procédures mathématiques et réaliser les calculs appropriés (Smith et Poirier, 2021).
- L'**apprentissage des leçons** : Sollicite la mémoire de travail, l'attention et les fonctions exécutives, qui font défaut aux enfants TSA. Lors des apprentissages de leçon ou lors de la copie de celle-ci l'enfant est, généralement, en double tâche. Cette double tâche met souvent l'enfant en surcharge cognitive ce qui le déstabilise (Mazeau, 2010).
- L'**activité physique** : Les troubles moteurs, le déficit du contrôle gestuel et de la coordination ainsi que la maladresse rendent la réalisation de cette discipline complexe pour l'enfant.
- La **manipulation des outils scolaire** : L'enfant peut présenter des difficultés à manipuler un crayon, une gomme, une règle, un compas. Ces obstacles sont généralement dus, comme pour l'activité physique, à un déficit de sa coordination gestuelle, du contrôle du geste, ainsi qu'une maladresse.
- La **communication** et les **spécificités sociales** : Chez un enfant TSA, nous pouvons observer des difficultés dans le fonctionnement socio-communicatif dans tous les canaux d'échanges (verbaux, visuels, gestuels...). Ces anomalies sont considérées au niveau quantitatif et qualitatif. Cela signifie que les échanges sont souvent faibles et peu conventionnels. Ces difficultés peuvent être expliquées par des déficits au niveau de certaines fonctions. Effectivement, un déficit de la capacité d'attention conjointe autrement dit le fait de partager un événement avec autrui, d'attirer son attention vers un même objet dans le but d'avoir un partage d'attention est particulière chez les enfants TSA. Des déficits au niveau de la théorie de l'esprit sont relevés chez les enfants TSA, ce qui explique la difficulté à prendre en compte le point de vue d'autrui et ainsi de faire preuve d'empathie et d'adaptabilité sociale. De plus, la capacité à communiquer leurs émotions est atypique. La manifestation de celles-ci est souvent inappropriée (excessive ou trop faible) (Zorn & Puustinen, 2015).

De plus, l'**environnement scolaire**, qui comporte de multiples stimulus, peut être un frein à la réalisation d'une tâche pour l'enfant. Une étude a mis en avant le fait que l'environnement scolaire non adapté, avec des entrées sensorielles importantes (lumières vives, élèves bruyants, ...) peut avoir des conséquences néfastes sur ses apprentissages. Effectivement, le grand nombre de stimulations sensorielles semble affecter la concentration des enfants TSA et ainsi perturber les apprentissages en provoquant de l'anxiété. Une étude a démontré que sur 16 élèves TSA fréquentant une école ordinaire, les particularités sensorielles liées à l'audition sont classées comme les plus perturbatrices pour les apprentissages (Jones, Hanley, & Riby, 2020).

La Scolarité

1. Généralités

La scolarité se définit par « *l'état d'un enfant qui suit un cycle d'étude dans un établissement scolaire* »⁴.

Depuis mars 1882 et les lois de Jules Ferry, l'instruction est obligatoire. Cela s'applique pour tous les enfants français ou étrangers résidents en France, à partir de 3 ans (Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021b).

Outre la transmission des connaissances essentielles et d'une culture générale commune pour préparer les enfants à la vie adulte, l'école a la responsabilité de transmettre aux enfants les valeurs et droits fondamentaux qui constituent le socle de notre société. Elle assure, ainsi, une **mission de socialisation**, en complément de l'éducation familiale et en collaboration avec les parents et l'ensemble des acteurs qui participent à l'éducation de l'enfant (HAS, 2021).

L'éducation, ou plutôt, le droit à l'éducation est un droit fondamental, quel que soit le handicap d'un enfant (Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2022). L'école a pour but d'assurer une scolarité de qualité pour tous les élèves en tenant compte de leurs singularités et de leurs besoins spécifiques. Néanmoins, cela n'a pas toujours été le cas et les enfants TSA ont rencontré de grandes difficultés au sujet de leur scolarité.

2. De l'intégration à l'inclusion scolaire

De nos jours l'intégration et l'inclusion scolaire suscitent de nombreux débats et recherches. Le terme **d'intégration** semble consister en une modalité de placement d'élèves à besoins particuliers dans une école ou une classe. Contrairement à l'intégration, **l'inclusion** repose sur la participation active et entière de l'élève à la vie scolaire et à la communauté dans laquelle il évolue (Curchod-Ruedi, Ramel, Bonvin, Albanese, & Douidin, 2013). Autrement dit, l'intégration désigne le processus par lequel les élèves en situation de handicap sont admis dans le milieu ordinaire à conditions qu'ils soient en capacité de s'adapter. L'inclusion, quant-à elle, diffère de l'intégration car elle va au-delà de la correction des besoins éducatifs particuliers des élèves en situation de handicap, c'est le milieu qui s'adapte à l'enfant en répondant à ses besoins. L'inclusion sous tend la notion **d'accessibilité**. Selon l'UNESCO en 2001, « *le principe fondamental de l'école inclusive est que l'école ordinaire doit accueillir, de façon aussi ordinaire que possible, tous les jeunes en s'adaptant aux besoins de chacun. L'éducation inclusive se préoccupe de tous les enfants, en portant un intérêt spécial à ceux qui traditionnellement n'ont pas d'opportunité éducative, comme les enfants à besoins particuliers, avec des incapacités* » (Thomazet, 2006).

Cette évolution historique s'est déroulée en plusieurs temps. Dans de nombreux pays occidentaux, comme la France, nous pouvons détailler trois périodes : ségrégative, intégrative, inclusive. Avant de parler d'intégration, c'est donc une période ségrégative qui s'illustre par une prise en charge des élèves à besoins éducatifs particuliers dans des systèmes autonomes. Durant cette période, l'approche médicale étant dominante cela rendait la scolarisation de ces élèves en milieu ordinaire incompatible avec leurs besoins spécifiques. L'intégration, s'est illustrée, quant à elle, par un aspect social : une simple intégration physique

⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/scolarité/71549>

partielle des enfants en classe ordinaire. Cet avancé a été permis grâce à la loi du 30 juin 1975 de Simone Veil⁵ affirmant le droit à l'intégration scolaire et sociale. Le reste du temps, ces derniers étaient scolarisés dans des classes spécifiques du fait de leur handicap. De ce fait, l'intégration a permis la scolarisation en établissement ordinaire d'enfants présentant un certain handicap (sensoriel ou moteur principalement) tout en conduisant à l'exclusion d'enfants aux caractéristiques cognitives et comportementales différentes. Depuis la proclamation de la Déclaration de Salamanque en 1994, c'est le terme **d'inclusion** qui a été avalisé. Ce terme exige que **l'école ordinaire s'adapte** en pratiquant une pédagogie différenciée applicable à l'ensemble des élèves en incluant les élèves aux besoins spécifiques et en situation de handicap. L'inclusion suppose que l'enfant soit physiquement présent dans l'école ordinaire, participe à la vie sociale (récréation, restaurant scolaire...) et bénéficie de la pédagogie et ainsi puisse apprendre en classe (Thomazet, 2008). L'inclusion est donc un concept qui s'est construit en opposition au principe de ségrégation et d'institutionnalisation des enfants en situation de handicap (ELENA study group et al., 2020).

La **loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap a permis la diffusion de cette notion d'inclusion. Cette loi affirme le droit pour chaque enfant à une scolarisation en milieu ordinaire au plus proche de son domicile, à un parcours scolaire adapté et continu⁶. Même si l'autisme n'y est pas évoqué précisément, elle garantit le droit à la compensation pour toutes les personnes en situation de handicap. Ainsi, elle instaure le Plan Personnalisé de Compensation du handicap, et dans le cas des enfants il s'agit du **Plan Personnalisé de Scolarisation** (PPS). Cet outil assure la cohérence entre la scolarisation et les besoins de l'enfant. La loi du 11 février 2005 a permis des avancées majeures pour favoriser la scolarisation de l'enfant en situation de handicap.

Cette loi est renforcée par la **loi d'orientation et de programmation du 8 juillet 2013** pour la refondation de l'École de la République⁷ ainsi que par la loi du **26 juillet 2019 pour une École de la confiance**⁸. Ces lois promulguent « *l'inclusion* » pour tous et font apparaître le principe « **d'inclusion scolaire** ». Elles tendent à assurer la scolarisation de qualité pour les enfants de la maternelle, dès 3 ans, au lycée en prenant mieux en compte, leurs besoins éducatifs, leurs particularités et leurs singularités.

De 2006 à 2018, d'après le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, le nombre d'élève en situation de handicap scolarisé dans des établissements scolaires à pratiquement triplé en passant d'environ 118 000 enfants à 340 000. Ceci, démontre bien la volonté des politiques d'inclusion en faveur des personnes en situation de handicap. Nous allons porter un intérêt particulier sur la scolarisation de l'enfant TSA.

3. La scolarisation et les enjeux pour les enfants TSA

Pendant de nombreuses années, les enfants TSA ont été exclus du système scolaire ordinaire français. Les pratiques de scolarisation tendent à évoluer et le nombre d'enfants scolarisés en milieu inclusif augmente progressivement (Philip, 2012). Les enfants TSA sont considérés comme des élèves à besoins éducatifs particuliers. Selon les derniers chiffres du

⁵ LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁶ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁷ LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

⁸ LOI n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

Ministère, seulement 40% des enfants avec un TSA sont scolarisés en école élémentaire dite ordinaire et 30% y sont scolarisés en moyenne deux jours par semaine. Pourtant, apprendre fait parti du processus et de la voie à emprunter pour se construire un avenir autonome. Les politiques françaises, les plans autismes et particulièrement le 4^{ème} plan autisme, de 2018, ont mis l'accent sur le modèle inclusif pour les enfants porteurs de TSA. Effectivement, « *Garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes* » représente l'engagement numéro 3 de ce plan. Les enjeux de ce plan sont de construire une école plus inclusive pour l'ensemble des enfants en situation de handicap visant à garantir la scolarisation de l'enfant autiste, en personnalisant leurs parcours tout en garantissant l'insertion sociale et professionnelle par la suite (Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021a). Ce troisième engagement illustre le fait que l'accès à l'école ne permette pas seulement l'accès aux apprentissages mais aussi à la socialisation et l'inclusion dans la société pour le futur des enfants.

Il a été démontré que les enfants TSA inclus dans un environnement de classe ordinaire obtiennent des résultats meilleurs aux tests académiques et scolaires, de même au niveau des compétences abstraites et inférentielles (compréhension des états mentaux, des pensées et intentions de personnages...) (Kurth & Mastergeorge, 2010). De nombreux bénéfices sont recensés pour ces enfants TSA. Le fait d'être exposé à des enfants neurotypiques permet d'améliorer les comportements sociaux et les compétences scolaires des élèves TSA (Poirier, Paquet, Giroux, & Forget, 2005). Cette inclusion au sein de classes ordinaires leur permet aussi d'augmenter leurs compétences sociales et de communication. Le fait d'être au contact, permanent d'enfant, permet aux enfants TSA de se « modeler » à eux. Les enfants TSA disposent, généralement, de compétences efficaces concernant l'imitation et ainsi ils se calquent aux enfants typiques et adoptent les attendus sociaux et comportementaux en classes (Corneau, Dion, Juneau, Bouchard, & Hains, 2014). Ainsi, l'expérience de l'inclusion scolaire, a de fortes chances d'obtenir des développements positifs au niveau des manifestations de l'autisme.

Aussi il a été démontré que, dans de nombreux cas, l'inclusion scolaire permettait à l'individu, ou plutôt à l'enfant de s'insérer de façon plus adéquate, par la suite, dans la société et la communauté (Poirier et al., 2005). L'école est la clef de l'inclusion sociale. Il est primordial pour ces enfant TSA d'être inclus scolairement afin de l'être socialement par la suite.

Néanmoins, leurs nombreuses particularités, leurs déficits de communication et d'interaction sociale, les troubles du comportements et troubles associés ne leur permettent pas de suivre une scolarité efficace au même titre que l'enfant neurotypique dans tous les cas. Pourtant, en France, des dispositifs variés sont construits et mis en place, afin de garantir la scolarisation de ces enfants et sont adaptés aux besoins spécifiques de l'enfant TSA.

4. Les différentes offres de scolarisation en France pour les enfants TSA

La diversité des situations cliniques de TSA amène à une palette d'offres de scolarisation présentes sur le territoire Français. Nous pouvons citer les dispositifs d'Unités Localisées d'Inclusion Scolaire (ULIS), les classes externalisées des élèves issus d'Institut médico-éducatif (IME), ainsi que les Unités d'Enseignement en Élémentaire Autisme (UEEA). Dans ces différents dispositifs, le projet pédagogique se base sur le PPS, qui est ainsi adapté aux besoins de l'enfant. En outre, les enfants accompagnés par ces dispositifs **ne sont pas à temps plein dans leur classe de référence**. La plupart du temps, ils sont un groupe présentant, plus ou moins, les mêmes troubles et bénéficiant d'un temps, minime, d'inclusion

dans des classes ordinaires⁹. Ici, comme l'explique Berg et Scheinder, nous parlons d'inclusion partielle, qui combinent un temps d'instruction générale en classe ordinaire et d'instruction spécialisée dans un dispositif à part (Rattaz et al., 2013).

Une modalité de scolarisation « *accompagnée* », en élémentaire, des enfants TSA existe. La **scolarisation partielle** en classe ordinaire guidée par un Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap (AESH) peut exister. Dans ce cas là, la compensation (activité décrochées en individuel avec l'AESH...) est privilégiée à l'accessibilité des moyens pédagogiques et outils pour tous.

Tous ces dispositifs, aussi variés soient-ils, ne permettent pas l'inclusion totale de l'enfant dans sa classe ordinaire de référence. Une certaine stigmatisation de l'enfant TSA reste encore présente dans « ces formes d'enseignement ».

Le troisième « Plan autisme » a instauré la création des Unités d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMa), qui a été reconnue comme une réussite. Les UEMa ont pour but de faciliter la scolarisation, en maternelle, de l'enfant TSA et d'amener une grande partie de ces enfants vers un temps scolaire complet. Elles fonctionnent en faisant intervenir une équipe médico-sociale en soutien au équipe pédagogique présentent. Elles représentent une nouvelle modalité de scolarisation pour les élèves TED. Le quatrième plan autisme dont l'une des actions prévue est : « *d'amplifier l'accès des enfants autistes à l'école par la création de dispositifs variés de scolarisation* » a permis d'instaurer la création de 180 UEMa supplémentaires d'ici 2022 (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2021a).

Dans ce contexte, l'enjeu sera de promouvoir les offres en **écoles élémentaires** afin de poursuivre dans cette dynamique d'inclusion. Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neurodéveloppementaux une nouvelle forme de dispositif inclusif voit le jour : les **Dispositifs d'Autorégulation (DAR)**. A la différence des autres dispositifs le temps en classe de référence est nettement plus important pour l'enfant TSA qui est en inclusion totale dans celle-ci. Comme pour les UEMa, une équipe médico-sociale est présente à temps complet dans l'école élémentaire, afin d'accompagner l'enfant dans sa scolarité. Cette méthode de travail, reposant sur le principe de **l'autorégulation** est issue du Canada a été expérimentée depuis quelques années en Nouvelle Aquitaine (Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021c).

Le concept d'autorégulation et les spécificités de ces dipositifs sont détaillées dans la partie Le Dispositif d'Autorégulation.

⁹ <https://www.autismeinfoservice.fr/informer/scolarite-soins/unites-enseignement>

La pratique en Ergothérapie

1. Définition de l'ergothérapie

Hopkins (1983) nous conte que « *Les vertus de l'activité sont reconnues et utilisées bien avant la naissance de l'art ergothérapeutique. Dans l'Antiquité, les Chinois en l'an 2600 avant J.C. pensent que la maladie est causée par l'inactivité et préconisent l'exercice physique pour maintenir la santé* ». Les prémices de l'ergothérapie au travers des bienfaits physiques et psychiques de l'activité sont démontrés depuis fort longtemps (Hernandez, 2010).

Ainsi, selon l'ANFE « *L'objectif de l'ergothérapie 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.* » (ANFE, 2021). L'ergothérapie est une profession qui reconnaît la complexité de l'être humain et s'intéresse aux occupations humaines. L'occupation est reconnue comme un droit et un déterminant social de la santé (Pereira, 2017). Aujourd'hui, cette profession se définit comme étant holistique et croyant aux interactions entre la personne, les occupations et l'environnement. Elle revêt un caractère bio-psycho-social.

Cette discipline est caractérisée par l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation psychosociale. Le but est de permettre l'aménagement des situations génératrices de handicap ou ne permettant pas la participation de la personne, à n'importe quel âge de la vie, en visant à réduire et compenser les limitations d'activité. L'ergothérapeute est qualifié de spécialiste du rapport entre l'activité et la santé¹⁰. L'ergothérapie a pour objectif de favoriser l'autonomie, l'indépendance et le bien-être de la personne présentant un trouble, une déficience innée ou non, ou un handicap. Ainsi, l'ergothérapeute évalue les capacités et les limitations de la personne dans son environnement et ses activités de vie quotidienne. Il analyse l'environnement physique et social de la personne, autrement dit, les situations limitant la pleine participation de la personne (Rossini et Tétreault, 2020). Ici, nous allons situer son accompagnement autour de l'enfant TSA.

2. Les Politiques de santé au cœur du TSA

Le TSA toucheraient 1 enfant sur 100. Dans ce contexte, l'accompagnement de l'enfant est un véritable enjeu politique et de santé publique. La mise en place des divers plans autismes concourt à cette prise de conscience collective en France. En 2018, plus de 10 ans après le premier **plan autisme**, plan national dont l'objectif est de répondre au besoins de la personne TSA, le quatrième plan voit le jour. S. Cluzel, secrétaire d'Etat du premier Ministre chargée des personnes en situation de handicap et E. Philippe, Premier Ministre, ont présenté ce quatrième plan intitulé « *stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux 2018-2022* ». Ce plan se base sur 20 principales mesures et 5 engagements fondamentaux (Annexe I). L'inclusion scolaire et sociale ainsi que l'exercice de la citoyenneté sont des axes principaux de travail. Ce dernier plan apparaît comme orienté sur la recherche et le diagnostic (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2018).

De plus, ces stratégies nationales reconnaissent l'importance des **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** émises par la HAS. C'est en 2012, que la HAS a émis ses premières recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sur le

¹⁰ <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>

sujet de l'autisme et autres troubles neuro-développementaux. La publication de ces RBPP doit permettre à l'ensemble des professionnels mobilisés dans l'accompagnement de l'enfant TSA de bénéficier et disposer de repères clairs concernant leur accompagnement. Ces RBPP ont été réactualisées en 2018 afin de transformer et favoriser les pratiques d'intervention et d'accompagnement de l'enfant en lien avec les données scientifiques actuelles.

L'ergothérapeute, cité à de nombreuses reprises dans ce plan et dans ces RBPP, apparaît comme un professionnel de « première ligne » auprès de l'enfant TSA et de sa famille. Cela a eu un impact direct sur la profession la plaçant comme essentielle en repérage, diagnostic et interventions précoces auprès de l'enfant afin de limiter le sur-handicap (HAS, 2018) (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2018).

3. Prise en charge ergothérapeutique de l'enfant porteur de TSA

Dans le domaine de l'autisme, les pratiques contemporaines en ergothérapie ont pour but de travailler avec l'enfant, en répondant à ses besoins occupationnels, mais aussi avec son entourage, sa famille, en lui fournissant des stratégies d'adaptations efficaces, tout en répondant aux exigences diverses des environnements (Swinth, Tomlin, & Luthman, 2015).

Auprès des enfants autistes, l'ergothérapeute est un intervenant essentiel pour favoriser leur développement harmonieux. Il tient un rôle important dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et scolaire de l'enfant TSA. Le développement sensori-moteur, la posture, la dextérité, le cognitif, l'acquisition d'habiletés sociales, de communication, dans l'instauration des stratégies d'autorégulation, les troubles des apprentissages et de généralisation des savoirs, la métacognition sont, aussi, des champs d'intervention de l'ergothérapeute (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2015). Ainsi reconnu comme étant un professionnel spécialisé dans la rééducation pour les actes de la vie quotidienne, l'ergothérapeute participe à l'accompagnement mis en place autour de l'enfant TSA afin de lui permettre de suivre une scolarité en milieu ordinaire et de vivre une vie la plus ordinaire possible. Pour répondre à tous ces domaines, il est donc primordial que ce professionnel intervienne de manière diversifiée, adaptée et personnalisée auprès de cette population.

L'ergothérapeute utilise différentes approches pour mener à bien ses accompagnements. Dans le cadre de l'accompagnement d'enfant TSA, souvent, les approches « Bottom Up » et « Top Down » sont privilégiées. L'approche « Bottom Up » représente une démarche analytique où l'ergothérapeute pratique avec l'enfant les compétences motrices ou cognitives, isolément, pour parvenir par la suite à réussir une activité. Le développement des capacités de bases, sous jacentes de l'enfant (préhension, équilibre, force musculaire, attention...) vont lui permettre d'être efficace dans l'activité. Tandis que l'approche « Top Down » se focalise sur l'amélioration du rendement occupationnel et cela en exerçant directement l'activité ou en adaptant l'environnement pour permettre cette activité. L'ergothérapeute utilise ces approches dans le but que l'enfant performe dans ses occupations (Graham, Rodger, & Ziviani, 2009).

Pour que cet accompagnement soit des plus efficaces, il convient d'accorder une place importante à la collaboration. La collaboration peut être définie comme un processus interactif où tous les intervenants sont considérés à valeur égale. Il est primordial que l'ergothérapeute puisse collaborer avec les différents professionnels et accompagnants de l'enfant (parents, professeurs des écoles, orthophoniste, psychologue...). Lorsque l'ergothérapeute travaille au sein d'une école, comme dans un dispositif d'autorégulation, cet aspect collaboratif revêt tout

son sens puisque c'est en collaborant que l'on obtient des résultats auprès de l'enfant (Collins & Crabb, 2010).

Enfin, pour mener à bien ses interventions, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles conceptuels ainsi que de nombreux outils d'accompagnement : c'est ce qui fait la spécificité de ce métier.

3.1. Les différents outils et moyens d'accompagnement

3.1.1. Modèle conceptuel

Pour être efficace l'accompagnement ergothérapeutique doit être adaptée à la personne, à ses besoins et à son environnement. Pour cela, en plus des méthodes évoquées précédemment, il est nécessaire que les professionnels évaluent et puissent connaître le parcours de vie de la personne. Bien souvent, tout au long de son intervention, l'ergothérapeute, se base sur un modèle théorique : le modèle conceptuel.

Dans sa pratique auprès des enfants TSA, l'ergothérapeute utilise **le modèle PEOP** (Personne – Environnement – Occupation – Performance) (Annexe II). Ce modèle permet de répondre aux besoins occupationnels de l'enfant, à ceux de son entourage en répondant aux exigences des différents systèmes et environnements dans lesquels l'enfant évolue. Le modèle PEOP, développé par Baum, Christiansen et Bass, est considéré comme écologique, systémique et transactionnel puisqu'il se focalise sur la personne, les caractéristiques de celle-ci et son environnement. Ce modèle soutient et identifie les capacités, et les contraintes de la personne, ainsi que les facilitateurs et obstacles de l'environnement. Il utilise ainsi, une démarche systémique et permet une vision holistique de la personne et de son environnement (Morel-Bracq, 2017).

Ce modèle considère trois concepts : la **personne**, l'**environnement** et les **occupations**. Ces trois composantes centrales à la pratique en ergothérapie représentées dans ce modèle sont essentielles à l'accompagnement de l'enfant. Pour mettre en place des stratégies d'accompagnement, l'ergothérapeute ne doit pas oublier que ces trois éléments sont en constante interaction. Ainsi, ces accompagnements doivent être ciblés et adaptés à l'enfant et à sa famille (Collins & Crabb, 2010). Ce modèle, dont les fondements se basent sur la systémie, doit considérer l'enfant dans sa globalité et dans tous ses environnements. Par conséquent, toutes les parties sont envisagées, l'ergothérapeute doit pouvoir prendre du recul afin d'analyser l'ensemble des systèmes concernés par l'enfant.

Le modèle PEOP soutient, comme le concept central de la pratique en ergothérapie, l'**occupation**, avec ici une approche dite « Top Down ». Effectivement, le résultat de l'intervention de l'ergothérapeute doit permettre la **performance occupationnelle** de l'enfant. Cette performance occupationnelle peut se relier à la performance scolaire dans l'inclusion de l'enfant par exemple. La performance occupationnelle apparaît comme « *une expérience dynamique et singulière d'une personne engagée à la réalisation d'une activité dans son environnement* » (Law et al., 1996). Cependant, pour permettre cette performance, il faut pouvoir disposer de l'engagement de l'enfant. Pour permettre cet engagement, l'ergothérapeute recherche et utilise les **activités signifiantes** pour l'enfant et d'autant plus auprès des enfants TSA, et **significatives** pour son entourage et son environnement.

Ainsi, l'ergothérapeute évalue les capacités et déficiences de l'enfant, les obstacles des divers environnements dans lesquels il évolue mais aussi déterminer les éléments facilitateurs. L'ergothérapeute cherche également à connaître les occupations et les

problèmes occupationnels en effectuant des analyses d'activités de l'enfant ce qui permet d'augmenter la capacité à agir dessus afin de permettre la participation de l'enfant (Morel-Bracq, 2017). Cette approche permet, dans le cadre scolaire, de tenir compte des difficultés occupationnelles dans les compétences de l'enfant en tenant compte de l'ensemble des facteurs affectant ses performances (Law et al., 1996).

En complément du modèle conceptuel, la HAS au travers de ces RBPP préconise plusieurs méthodes d'intervention globale et d'accompagnement de l'enfant TSA ayant un impact sur leur développement psycho-moteur, cognitif et social. Ces méthodes sont dites **comportementales**.

3.1.2. ABA

ABA (Applied Behavior Analysis) est une science basée sur l'analyse appliquée du comportement qui a pour objectif la modification de comportement grâce au renforcement positif : modifier en réduisant les comportements inappropriés et inadaptés et initier un nouveau comportement et permettre, par la suite, la généralisation de ce comportement. Cette méthode permet de développer tous les apprentissages nécessaires à l'enfant : les habiletés sociales, les jeux en autonomie, la propreté, le langage, l'attention, l'autonomie (Yu, Li, Li, & Liang, 2020). C'est une méthode dite structurée et incidentale, qui se fonde sur les sciences du comportement et l'enseignement structuré. Les efforts de l'enfants sont motivés grâce à un travail concernant la recherche de nouveaux centres d'intérêts et la motivation¹¹. Ainsi, l'ergothérapeute va s'appuyer sur les intérêts, les envies et les sources de motivation de l'enfant afin de construire ses séances d'accompagnement. En intégrant l'ABA à sa pratique, l'ergothérapeute, pourra favoriser un transfert des acquis puisque cette méthode permet la généralisation des acquis. Cette méthode se veut personnalisée et individualisée pour chaque enfant. Le suivi sera ainsi adapté à l'enfant, à son mode de vie et à son entourage.

3.1.3. TEACCH

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) qui signifie « Traitement et éducation des enfants atteints d'autisme et de troubles de la communication » est une méthode cognitive qui vise à adapter et structurer l'environnement de l'enfant. L'utilisation de repères visuels et temporels sont utilisés et mis en place et l'espace est aménagé et construit de façon à ce que l'enfant puisse s'organiser, comprendre son cadre de vie et gagner en autonomie. Cette méthode est dite de « structuration » car elle se concentre sur des environnements, des matériels et des procédures pédagogiques structurées et stratégiquement organisées (structuration de l'espace, aménagement du temps, structuration par la routine de travail) (Zeng et al., 2021). TEACCH se définit, d'autant plus, comme étant une méthode éducative visant la réussite dans les apprentissages¹². L'ergothérapeute utilise cette méthode, en collaboration avec la famille, afin de favoriser l'autonomie au quotidien de l'enfant dans tous les domaines. De ce fait, cette approche est très personnalisée.

¹¹ <https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/travailler-enfants-autistes/aba>

¹² <https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/travailler-enfants-autistes/teacch>

Le Dispositif d’Autorégulation

Ce nouveau type de dispositif, Dispositif d’Autorégulation (DAR), repose sur le principe de l’autorégulation, innovation importée du Canada, et vient compléter l’offre existante en France pour la scolarisation de l’enfant TSA. En France, à ce jour, ils sont, environ 26, dans les écoles élémentaires et ce nombre ne cesse d’augmenter. Le premier ayant ouvert en 2016 en Corrèze, en 2021 ce sont 17 nouveaux DAR qui ont vu le jour. Le ministère de l’Education Nationale a donné pour mission à Anne Sophie MORENA et Maryse LACOMBE d’accompagner le déploiement national de ces dispositifs novateurs en France (Secrétariat d’Etat chargé des personnes handicapées, 2021b).

Le DAR est créé par convention entre le Directeur Académique des Services de l’Education Nationale (DASEN) et le directeur de l’Agence Nationale de Aanté (ARS). C’est le DASEN qui détermine l’école élémentaire participante et l’ARS qui choisit l’Etablissement de Service Social ou Médico-Social (ESSMS) adhérant à la création du DAR. Pour bénéficier de cet accompagnement l’enfant doit être orientés par la commission des droits et de l’autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) et avoir l’accord de sa famille (Ministère de l’Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021c). L’enfant accompagné par le DAR dispose d’un statut d’élève à part entière : il est inscrit à temps plein sur l’école porteuse du dispositif, et est considéré comme un élève, ayant des besoins particuliers que l’ensemble de l’équipe pluridisciplinaire considère pour une scolarisation réussie dans sa classe ordinaire. L’enfant TSA possède un emploi du temps personnalisé, avec l’équipe médico-sociale, avec des temps en classe et des temps en salle d’autorégulation pour développer des compétences pré-requises afin d’être en réussite dans sa classe de référence auprès des autres élèves¹³. Les DAR accueillent un effectif de 7 à 10 élèves.

1. Les neurosciences au service de l’inclusion

1.1. Sciences cognitives et apprentissages

Les neurosciences cognitives désignent une recherche scientifique et un domaine de recherche dont l’objectif est d’identifier et comprendre le rôle des mécanismes cérébraux impliqués dans divers domaines de la cognition (langage, raisonnement, apprentissage, perception, motricité...). Les neurosciences sont présentes dans de nombreux domaines et ont un réel intérêt dans **l’apprentissage**. Les neurosciences cognitives de l’apprentissage apportent des informations fiables et validées d’un point de vue scientifique sur le fonctionnement de notre cerveau apprenant. Dans un cadre scolaire, les neurosciences contribuent à l’amélioration de la scolarité des élèves qu’ils soient en difficultés ou non, les guidant vers une « *meilleure* » façon d’apprendre.

Des études, dans le domaine des neurosciences, ont montrées que les élèves à besoins éducatifs particuliers, comme les enfants TSA, ont des compétences subalternes en autorégulation. Les chercheurs ont découvert qu’une grande partie des élèves éprouvent des difficultés qui limitent leurs capacités à apprendre et à réussir en classe. Ces difficultés concernaient principalement l’autorégulation : problèmes pour suivre des consignes, des directives, et maîtriser leurs émotions (Blair & Diamond, 2008).

¹³ <https://www.autoregulation.fr/l-approche>

De ce fait, les postures des enseignants et des accompagnants ont évolué : moins de transmission, plus d'implication de l'élève, réorganisation de l'espace, construction de modalités pédagogiques de mémorisation adaptées (l'apprentissage se constitue essentiellement de mémorisation) (Berthier, Borst, Desnos, Guilleray, 2021).

1.2. Pédagogie explicite et positive

Pour permettre une scolarité efficace pour l'enfant TSA, les méthodes d'enseignement transmissif où la parole est dominante, ne conviennent pas toujours (Poirier et al., 2005). L'utilisation de pictogrammes visuels est préconisée ; cela favorise la compréhension pour l'enfant. La pensée visuelle qui permet de traduire les consignes est aussi une alternative très efficace auprès de ces enfants. En complément, **l'enseignement explicite**, qui est structuré et guidé, favorise l'adhésion de ces enfants. Cette pédagogie vise à rendre les apprentissages explicites, en évitant le flou qui pourrait nuire aux apprentissages, en allant du plus simple au plus complexe afin de viser l'acquisition de la compétence. Pour les enfants TSA, il convient de découper les apprentissages en sous tâches, qui leur seront d'avantage accessibles ; c'est ce que l'on appelle « la structuration ». Cela rendra l'activité d'autant plus explicite. Auprès des élèves avec TSA, et au sein des DAR, cette pédagogie s'inscrit dans une logique de répétition visant la mémorisation à long terme. Toutes ces alternatives et pédagogies peuvent être généralisées à l'ensemble de la classe et non seulement à l'enfant TSA (Tagne et Clermont, 2014). De plus, pour que cette pédagogie soit menée à bien il convient de l'inscrire dans une **situation de réussite**. Pour les enfants TSA, il s'agit, comme dans la méthode ABA, de viser le renforcement positif afin de permettre l'apparition d'automatismes du savoir-être et savoir-faire d'élève.

Les progrès des neurosciences permettent de mieux comprendre le rôle de l'autorégulation dans le fonctionnement cognitif et son développement. C'est sur ces aspects-là que se sont développées les approches en autorégulation et ainsi les DAR.

2. L'autorégulation

2.1. Le concept

L'autorégulation apparaît comme la capacité que peut avoir un élève à maîtriser ses pensées, ses émotions et ses comportements afin de vivre pleinement des expériences d'apprentissage (Zumbrunn, Tadlock, & Roberts, 2011). Ce concept incorpore plusieurs notions du fonctionnement humain, cognitif, métacognitif, motivationnel et affectif.

2.2. Lien avec les systèmes cognitif, émotionnel et social

Des études de psychologie développementale ont démontré que des habiletés de planification et de régulation de l'activité émergent chez l'enfant et se développent lors de la scolarisation. À partir du contrôle externe opéré par les adultes (souvent les parents) l'enfant développe un contrôle interne de ses comportements en intégrant les normes sociales et en développant diverses stratégies qu'il sera capable de sélectionner et d'utiliser à bon escient en fonction des demandes de l'environnement. Cet aspect pose problème chez les enfants TSA. D'après ces études, les prémices de l'autorégulation se basent sur **l'habileté cognitive de planification** consistant à élaborer et coordonner une séquence d'actions visant l'atteinte d'un but. Au sein de l'autorégulation trois stratégies cognitives sont incluses correspondant au trois stades de l'autorégulation : l'identification et la planification de l'activité ou de l'objectif, le contrôle au cours de l'activité, et l'auto-évaluation de ses actions et de sa résolution de

problème. De plus, pour qu'un enfant puisse s'autoréguler, les stratégies **motivacionnelles** et plus particulièrement automotivacionnelles, impliquant la régulation des émotions, le maintien de la motivation au cours de l'activité, ainsi que les stratégies d'attention sont primordiales (Nader-Grosbois, 2007). D'après Charles Pascal « *La capacité à s'autoréguler permet à l'enfant d'établir ses propres limites et de gérer ses émotions, sa capacité d'attention et son comportement* ». L'autorégulation permet à l'enfant d'agir de manière consciente, délibérée et réfléchie en agissant de façon à ce que les émotions ne prennent pas le dessus. L'autorégulation, en plus d'être liée aux émotions, est rattachée à la **métacognition**. Ce sont des concepts distincts mais interdépendants. La métacognition concerne la connaissance ou encore la conscience de ses propres forces et faiblesses cognitives. Et l'autorégulation est le processus qui élabore les conditions pour guider cette réflexion-là : la capacité d'une personne pour réguler ses activités, réflexion, recherches cognitives sous-tend le processus exécutif associé à la métacognition (Montague, 2008). Ainsi, pour les enfants TSA, **il faut agir en engageant l'enfant cognitivement sur la tâche, qu'elle soit scolaire ou sociale, dans le but de réguler son comportement.**

Dans une école d'autorégulation, les enfants apprennent à mieux comprendre et exprimer ce qu'ils ressentent, afin de travailler de manière de plus en plus autonome, ce qui est en lien avec les différents systèmes humains. Les principes généraux, étayés ci dessus sont utilisés : l'**autodétermination** (décider soi-même) et la **métacognition**. Tout cela dans le but de rendre autonome les enfants en gérant leurs propres émotions et en réfléchissant sur leurs apprentissages (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2020). Ainsi, l'autorégulation permet le développement de diverses stratégies d'apprentissages. Selon plusieurs chercheurs l'autorégulation est essentielle à l'épanouissement scolaire (Blair & Diamond, 2008).

3. TSA et autorégulation

Comme expliqué précédemment, le TSA s'accompagne de difficultés aux niveaux des fonctions exécutives, d'une sensibilité accrue aux stimulations environnantes, d'une difficulté à décoder les codes sociaux, et le fonctionnement implicite des relations ainsi que des réactions émotionnelles excessives. Ainsi, l'autorégulation est un apprentissage, qui permet, aux enfants TSA de mieux appréhender les demandes de l'environnement, d'explicitier et comprendre les règles sociales de la vie collective et de modérer ses propres réactions (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2020). Les élèves avec TSA ont souvent des difficultés à se souvenir de ce qu'ils viennent d'entendre, ils sont distraits, ont du mal à suivre des consignes données par l'enseignant, et ont des difficultés à créer des liens avec leurs pairs. L'élève TSA apprend et comprend, grâce à la métacognition, les processus mentaux nécessaires à l'intégration et l'utilisation d'information (la mémoire de travail, la planification, la résolution de problème...), il apprend à utiliser les signaux sociaux afin de se conduire et de répondre de manière appropriée et adaptée, il développe une certaine résilience émotionnelle. Tout cela dans le but de permettre une certaine plénitude scolaire. C'est dans ce sens que l'approche par l'autorégulation est pertinente auprès de ces enfants. Dans une interview télévisée, datant de 2018, Anne Sophie MORENA, nous stipule que l'autorégulation permet aux enfants TSA « *de réguler leurs troubles comportementaux mais également d'accepter leur différence telle quelle soit* ».

4. La formation et supervision des équipes

Une étude de 2003 démontre que plusieurs professeurs des écoles sont en défaveur de l'inclusion scolaire en raison de leur sentiment d'incompétence face à ces enfants à besoins éducatifs particuliers (Simpson et al., 2003). Les enseignants ne sont, la plupart du temps, pas préparés pour accueillir dans leur classe des enfants avec autisme qui ont des besoins spécifiques (Rattaz et al., 2013). Ainsi au sein des DAR, les équipes qui se composent des enseignants de l'école élémentaire, de l'équipe médico-sociale (éducateur spécialisé, psychologue, ergothérapeute..) ainsi que les personnels des collectivités (accompagnants des enfants sur le temps de restauration...) bénéficient d'une **formation commune** à l'ouverture du DAR. Cette formation permet de fonder une base commune à tous les professionnels accompagnant l'enfant TSA et s'inscrit dans le projet de l'école lui-même.

De plus, lorsqu'un DAR ouvre, une **supervision** régulière, par un spécialiste de l'autorégulation a lieu, permettant d'ajuster les pratiques progressivement en lien avec les avancées de la sciences et de la recherche. Cette supervision se fait en référence aux RBPP de la HAS relatives à l'accompagnement des enfants TSA. Cette supervision permet la prévention de difficultés comportementales auxquelles les équipes peuvent être confrontées. D'après le cahier des charge des DAR cette supervision doit permettre aux différents acteurs de réfléchir sur leur pratique personnelle et collective et à les faire évoluer. La supervision assure l'application des orientations du cahier des charges sur le terrain, vise une montée en compétences progressive des professionnels et s'assure du développement de leur sentiment d'autoefficacité.

5. L'équipe médico-sociale et l'ergothérapeute

Le Cahier des Charges des DAR¹⁴, en date de Juin 2021, donne des informations sur la composition de l'équipe médico-sociale (Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021c). Cette équipe doit se composer, à minima :

- de professionnels éducatifs (moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfant, accompagnants éducatifs et sociaux),
- d'un psychologue ou neuropsychologue, souvent à temps partiel,
- des rééducateurs à temps partiel : ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien ou professionnels d'autres spécialités suivant les besoins des enfants accompagnés.

Cette équipe est chargée de l'évaluation et de l'accompagnement de l'enfant. Des actions de guidance familiale et de formations spécifiques sont, aussi, mises en place par cette équipe. En collaboration avec l'équipe enseignante, les modalités et programmes d'interventions sont construits .

L'ergothérapeute, est ainsi, cité comme ayant un rôle dans cette équipe. Néanmoins, ses pratiques ne sont pas détaillées et cela ne nous permet pas de fonder une analyse exhaustive de celles-ci. C'est pourquoi dans ce mémoire, nous nous intéresserons spécifiquement aux pratiques professionnelles de l'ergothérapeute au sein de ces DAR.

¹⁴ https://cache.media.education.gouv.fr/file/48/65/8/ensel473_annexe_1423658.pdf

Problématique

Comme nous avons l'avon vu précédemment le TSA fait partie d'un des handicaps pédiatriques fréquents. Les différentes études ont permis de démontrer que les particularités des enfants TSA impactent leur scolarisation ordinaire. Ce qui engendre des conséquences sur leur inclusion scolaire et sociale par la suite. C'est à cet instant que nous nous questionnons sur l'existence d'un éventuel dispositif qui permettrait d'effacer les stigmatisations autour de l'enfant TSA et permettrait à ce dernier de vivre pleinement sa scolarité.

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire concerne une minorité des enfants ayant un TSA mais cela tend à se développer. Effectivement, la situation d'inclusion, qu'elle soit scolaire ou sociale, semble émettre des effets positifs sur le bien-être, le ressenti des familles, mais également sur la qualité de vie de l'enfant. Une inclusion dès le plus jeune âge permettrait une l'adaptation sociale plus efficiente, une diminution de l'anxiété et l'isolement social et un gain d'autonomie chez l'enfant .

C'est alors que le Dispositif d'Autorégulation apparait comme une offre de scolarisation privilégiée pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant TSA. Cet accompagnement médico-social s'inscrit dans le projet d'école. Il est basé sur une formation commune à l'ensemble des professionnels environnants (enseignants, professionnels municipaux, établissement et services médico-sociaux). Il permet aussi à l'enfant de s'exprimer en tant qu'élève de sa classe et de son école à temps complet et, ainsi, de le préparer à sa vie future en intervenant précocement et en l'accompagnant vers une plus grande autonomie.

Dans cette offre de scolarisation, l'ergothérapeute est un élément essentiel puisqu'il peut agir sur différentes sphères et accompagner l'enfant dans sa globalité afin de permettre cette autonomisation vers sa vie future.

De ces constats, il en ressort la problématique suivante :

« Quelle est la plus-value d'un ergothérapeute, pour l'inclusion scolaire de l'enfant TSA, bénéficiant de l'accompagnement d'un DAR ? »

A partir de cette problématique, nous en venons à formuler plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : les compétences de l'ergothérapeute permettent aux enfants porteurs de TSA de développer leurs aptitudes (cognition, motricité, autonomie, interactions sociales) afin d'être scolairement inclus au même titre qu'un enfant neurotypique.
- Hypothèse 2 : l'accompagnement global du DAR permet à l'ergothérapeute d'intervenir dans l'acquisition des principaux domaines de compétences de l'enfant (compétences académiques, comportementales et en lien avec l'accompagnement familial de l'enfant) afin de permettre son accessibilité dans tous les milieux.

Méthodologie

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de répertorier les pratiques des ergothérapeutes impliquées dans l'inclusion scolaire de l'enfant TSA au sein du DAR.

Pour répondre à notre problématique nous avons choisi de mener une **étude observationnelle** sur les pratiques professionnelles de l'ergothérapeute. Cette méthodologie semblait la plus pertinente puisqu'elle permet de relever et d'identifier les informations sur les accompagnements et les bénéfices permis par l'ergothérapeute au sein d'un DAR.

2. La population de l'étude

L'étude s'adressait initialement à des ergothérapeutes exerçant en tant que salarié au sein d'une équipe médico-sociale d'un DAR de France. Afin d'élargir l'échantillon de la population, nous avons déployé le questionnaire aux ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants accompagnés par le DAR sans être salarié de celui-ci. Ainsi, ce pouvait être des ergothérapeutes libéraux, déployés une journée ou plus sur le DAR, des ergothérapeutes de la structure médico-sociale porteuse du projet de DAR comme les SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile) ou autres, intervenant ponctuellement au sein du dispositif.

En découle les critères d'inclusion suivants :

- Etre ergothérapeute, salarié ou non, exerçant ou ayant exercé au sein d'un D.A.R en France
- Accompagner des enfants TSA, suivis par le DAR, scolarisés en école élémentaire (6-12 ans).

Les critères d'exclusion se trouvent ci-joint :

- Accompagner des enfants TSA, suivis par le DAR, scolarisés en collège.(justifier par une étude ?)
- Etre ergothérapeute accompagnant des enfants TSA mais n'ayant jamais exercé au sein d'un DAR.

La raison de cette sélectivité était que l'étude se rapproche au plus près de la réalité d'aujourd'hui et des pratiques sur le terrain en école élémentaire.

3. L'outil méthodologique

3.1. Choix de l'outil

Un questionnaire (Annexe III) a été créé depuis le logiciel SphinxOnline et a permis de collecter les données qui nous intéressaient. Ce questionnaire se composait de 45 questions pour les ergothérapeutes exerçant dans un DAR en France.

Des **questions ouvertes** (questions 3, 4, 5, 6, 7, 8bis, 9, 10, 11, 13, 14bis, 17, 22bis, 22bis2, et 34) et **fermées** « oui/non » ou avec plusieurs réponses possibles dont la réponses « Autres » (questions 1, 2, 8, 12, 12bis, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 21bis, 22, 23, 23bis, 24, 24bis, 25, 26, 27, 28, 28bis, 29, 30, 30bis, 30bis2, 31, 32 et 33) se trouvaient dans le questionnaire. La réponse « Autres » a permis de donner une certaine liberté d'expression.

Les questions fermées étaient les plus nombreuses afin de faciliter la passation du questionnaire.

Parmi ces questions, 9 **questions filtres** (questions 8, 12, 14, 21, 22, 23, 24, 28, 30) dirigeaient les répondant sur des « **questions secondaire** » (questions 8bis, 12bis, 14bis, 21bis, 22bis, 22bis2, 23bis, 24bis, 28bis, 30bis et 30bis2). Si les ergothérapeutes répondaient « non » une question secondaire apparaissaient et s'ils répondaient « oui » la question était différente. Ces questions ont permis d'orienter le déroulé du questionnaire.

De plus, la plupart des questions avaient l'option « réponses obligatoires » dans le but de permettre une analyse efficiente par la suite. Aussi, les questions étaient réparties en cinq parties. Chaque partie se composait de la même manière : des questions fermées « oui/non » et fermées à choix multiple, des questions filtres et parfois quelques questions ouvertes. Ces cinq parties vont être décrites ci-dessous.

3.1.1. Identités des professionnels

Les six premières questions, ciblaient l'identité personnelle des professionnels. Cette partie permettait de recenser les informations générales sur les participants à l'étude (sexe, âge, année d'obtention du diplôme, et répartition géographique). Ainsi, nous connaissions d'avantage les répondants

Les questions 6 à 10, étaient aussi en lien avec l'identité des ergothérapeutes mais considéraient plutôt leur identité professionnelle. Les questions avaient pour but d'identifier l'année d'ouverture et d'activité au sein de DAR. Elles permettait de connaître les formations complémentaires que ces professionnels ont pu disposer.

Alors, nous étions en mesure de cerner globalement le profil des répondants. La composition des équipes médico-sociales dans lesquelles les ergothérapeutes évoluent ont aussi révélé.

3.1.2. Le dispositif d'autorégulation et l'accompagnement de l'enfant TSA

La deuxième partie du questionnaire, qui s'étendait de la question 11 à la 17, s'intéressait aux modalités d'accompagnement de l'enfant TSA permises grâce au DAR.

L'objectif de ces questions étaient de déterminer le nombre d'enfants bénéficiant de l'accompagnement du DAR ainsi que les champs d'intervention de l'ergothérapeute auprès de ces enfants. L'utilisation de méthodes comportementales, les évaluations, et les différentes approches utilisées par l'ergothérapeutes nous intéressaient. Tout cela dans l'objectif de mettre en évidence les bénéfices de l'expertise de l'ergothérapeute au sein d'une équipe médico-sociale de DAR.

3.1.3. Le plan scolaire, méridien et périscolaire

La troisième partie de ce questionnaire se rapportait à l'accompagnement sur l'environnement scolaire, méridien et périscolaire des enfants TSA. Elle s'étendait de la question 18 à 27.

Nous voulions savoir dans quels environnements (méridien, restaurant scolaire, périscolaire, seulement scolaire) les ergothérapeutes intervenaient et ce qu'ils mettaient concrètement en place. Nous cherchions à connaître les différentes difficultés rencontrées par l'enfant TSA, au niveau des compétences académiques et comportementales. Les modalités d'accompagnement de l'enfant TSA, que ce soit seulement en ergothérapie ou en

collaboration avec les différents professionnels, nous intéressaient. Les questions avaient pour objectif de déterminer comment, grâce à sa pratique, l'ergothérapeute pouvait permettre l'inclusion totale de l'enfant TSA lors de son temps au sein de l'école.

Aussi, les trois dernières questions, étaient axées sur les ressentis des répondants quant à l'évolution scolaire des enfants, leurs progrès, depuis le début de l'accompagnement à ce jour.

3.1.4. Le plan familial et extra-scolaire

La quatrième et avant dernière partie de ce questionnaire, concernait l'élargissement de l'accompagnement au niveau familial et extra-scolaire. Ainsi, cette partie s'étendait de la question 28 à la 30.

L'objectif de cette partie était de déterminer si l'élargissement de l'accompagnement par l'ergothérapeute est possible. Nous cherchions à savoir si l'ergothérapeute intervenait au domicile familial de l'enfant et s'il accompagnait l'enfant lors de ses activités extra-scolaire. Nous voulions montrer qu'il n'était pas seulement, rattaché aux temps scolaires de l'élève TSA et pouvait s'élargir afin de favoriser son inclusion dans tous les milieux qu'il fréquente.

Finalement, la deuxième et troisième partie du questionnaire, sont directement en lien avec l'activité de l'ergothérapeute pour permettre l'inclusion scolaire de de l'enfant TSA, et la quatrième partie permet de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'accessibilité des milieux pour l'enfant TSA. Ce sont les deux sujets principaux de notre travail de recherche.

3.1.5. Ergothérapie et bénéfiques pour tous

Cette cinquième et dernière partie se rapportait, non seulement aux bénéfiques alloués aux enfants TSA accompagnés par le DAR, mais également aux bénéfiques pour tous les élèves de l'école. Plus particulièrement, cette partie permettait de placer la pratique en ergothérapie comme bénéfique à l'ensemble des enfants de l'école élémentaire. Elle comprenait 3 questions (questions 31 à 33)

Au travers de cette partie nous avons questionné les pratiques des ergothérapeutes auprès des enfants neurotypiques et des divers professionnels de proximité de l'école élémentaire (enseignants, personnels de mairie...).

Aussi, pour clôturer ce questionnaire, nous avons fait le choix de créer une question où les ergothérapeutes ont pu s'exprimer personnellement, sur leur(s) ressenti(s), quant à la plus-value d'un ergothérapeute au sein d'un DAR.

3.2. Démarche expérimentale

Pour pouvoir bénéficier d'informations exploitables et en accord avec la problématique, le questionnaire a été diffusé de diverses façons afin d'espérer avoir le plus de réponses possibles.

Dans un premier temps nous avons envoyé le lien du questionnaire par mail à Madame Anne Sophie MORENA (pilote nationale du développement des DAR en France, fondatrice de l'organisme « Autorégulation Accompagnement et Expertise ») et Madame Maryse

LACOMBE (pilote nationale du développement des DAR en France, experte en éducation inclusive).

Dans un second temps, le questionnaire a été diffusé par le biais des réseaux sociaux. Nous avons posté une publication mentionnant le lien du questionnaire sur trois groupes professionnels présents sur Facebook (« Le coin de l'ergothérapie », « Mémoire ergothérapie » et « Ergothérapie en pédiatrie »). Des relances ont été faites chaque semaine.

Dans un troisième temps, nous avons envoyé des mails à des structures médico-sociales, comme les SESSAD, porteuses du projet de DAR dans certaines régions de France. Lorsqu'il n'était pas possible de trouver la structure médico sociale rattachée au DAR, le même type de mail a été envoyé aux directeurs/directrices d'écoles élémentaires porteuses de ce projet. Grâce aux réponses reçues, des mails ont été envoyés à des ergothérapeutes libéraux intervenant dans ces DAR.

Chaque mail envoyé respectait la même approche. L'objet du mail spécifiait « mémoire de recherche ergothérapie – dispositif d'autorégulation » puis un texte introductif nous présentant, ensuite la thématique et l'objectif de recherche. Pour finir, nous avons mis un lien hypertexte renvoyant directement sur le questionnaire créé sur la plateforme en ligne.

3.3. Procédure d'analyse des résultats

Une fois les questionnaires validés par les ergothérapeutes, l'ensemble des réponses ont été recensé sur le logiciel Sphinx. Les résultats recueillis ont été analysés par le logiciel. Nous pouvons retrouver cette analyse partielle dans l'onglet « Résultats » de ce même logiciel. Elle se présentait sous la forme de tableaux reprenant les diverses réponses données par les différents répondants. Il apparaissait des pourcentages et des effectifs. SphinxOnline proposait également la modélisation des résultats obtenus sous la forme de diagrammes circulaires ou en barres.

Par la suite, une analyse plus approfondie, à l'aide du logiciel Excel, a été effectuée. Nous avons exporté les résultats afin de générer des graphiques à partir de tables et de données dans le but de les rendre plus visuels. Nous avons choisi des diagrammes de fréquences pour les réponses aux questions fermées et nous analyserons les questions ouvertes en les regroupant par thèmes.

Finalement, le questionnaire a été envoyé à partir du 25 mars à un maximum de structures médico-sociales (porteuses du projet de DAR), d'école élémentaires (porteuses du projet de DAR), de groupes de professionnels inscrits sur les réseaux sociaux. Des relances ont été effectuées dans le but d'espérer suffisamment de réponses. Puis nous avons clôturé l'enquête le 30 avril. Cette échéance d'un mois nous permettait aussi d'avoir un temps convenable pour présenter les résultats, les analyser, et enfin en extraire des conclusions tout en espérant avoir assez de réponses.

Résultats

1. Généralités et identités des professionnels questionnés

Nous avons réussi à contacter 25 DARs de France. Douze nous ont affirmé ne pas disposer d'ergothérapeute au sein de leur équipe médico-sociale, cinq ne nous ont jamais répondu et **huit** ont certifié avoir une ergothérapeute dans leur DAR. Ainsi, nous avons recensé **8 réponses** d'ergothérapeutes.

❖ Identité personnelle

Dans la première partie du questionnaire nous sommes préoccupés de l'identité personnelle et professionnelle des ergothérapeutes. Ainsi, nous les connaissons mieux.

Tout d'abord, à la question « *Vous êtes :* », les **8** ergothérapeutes ont répondu être des femmes.

Parmi ces 8 ergothérapeutes, **3/8** ont moins de 25 ans, **la moitié** ont entre 25 et 40 ans et **1/8** a entre 40 et 55 ans. La plupart de ces ergothérapeutes (**5/8**) étaient diplômées depuis moins de 5 ans, **2/8** depuis 2013 et **1/8** depuis 1996.

Quatre ergothérapeutes ont affirmé posséder des formations complémentaires. Les formations complémentaires les plus occurentes sont : formations à l'autisme de l'ANFE, le profil sensoriel de Dunn, les formations sur l'oralité alimentaire, ainsi que « *Epsilon à l'Ecole* ».

Concernant la répartition géographique, **deux ergothérapeutes** exercent en **Corrèze**, **une** en **Charente**, **une** en **Charente-Maritime**, **une** dans le **Finistère**, **une** en **Haute-Marne**, **une** en **Haut-Rhin** et enfin **une** dans la **Vienne**. Cette répartition est assez dispersée en France

❖ Identité professionnelle

Ensuite, d'après la « Figure 1 », plus de la moitié des ergothérapeute (**5/8**), faisaii déjà partie de l'équipe médico-sociale à l'ouverture du DAR. Dans le cas du DAR de la Charente et de la Haute-Marne les ergothérapeutes ne sont pas salariées du DAR mais exercent en libéral.

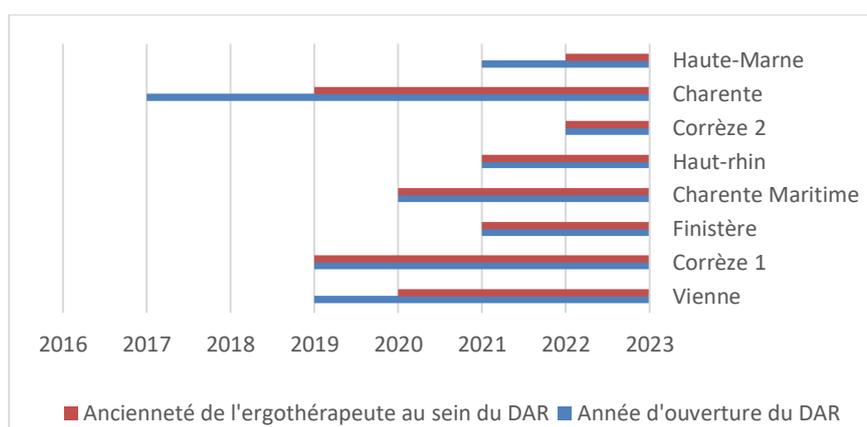


Figure 1 : Année d'ouverture du DAR et ancienneté de l'ergothérapeute au sein de celui-ci, n=8

Nous avons questionné les ergothérapeutes quant-à leur temps de travail, en Equivalent Temps Plein (ETP), mais aussi ceux des différents professionnels composant l'équipe médico-sociale du DAR. Globalement, nous constatons que dans chaque équipe se trouve toujours un enseignant d'autorégulation ainsi que des professionnels éducatifs avec des ETP

clairement définit. En revanche, les ETP des ergothérapeutes sont très variables. Le « Tableau 1 » représente ces quotités.

Équipe DAR	Ergothérapeute	Professionnels éducatifs	Psychologue /neuropsychologue	AESH	Enseignant d'autorégulation	Autres
Charente	0,1 ETP	3 ETP AES	0,2 ETP	0	1 ETP	0
Charente Maritime	0,2 ETP	3 ETP AES	0,4 ETP	0	1 ETP	0,3 ETP Psychomotricienne
Corrèze 1	0,5 ETP	3 ETP AES	0,1 ETP	0	1 ETP	0,1 ETP Éducateur sportif
Corrèze 2	0,5 ETP	3 ETP AES	0	0	1 ETP	0
Finistère	0,2 ETP	1 ETP ES	0,2 ETP	0	1 ETP	0
Haute Marne	0,1 ETP	2 ETP AES	1 psychologue sans ETP définit	3 ETP	1 ETP	0
Haut- Rhin	Aucun ETP définit – interventions ponctuelles	1 ETP ES	0	1 ETP	1 ETP	0,3 ETP Psychomotricienne
Vienne	0,2 ETP	1 ETP ES 2 ETP AES	0,2 ETP	0	1 ETP	0

AES : Accompagnant Éducatif et Social ; ES : Édicateur Spécialisé ; ETP : Équivalent Temps Plein
Tableau 1 : Équivalent Temps Pleins et composition des équipes médico-sociales des DAR

2. Le dispositif d'autorégulation et l'accompagnement de l'enfant TSA

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous nous sommes intéressés aux modalités d'accompagnement de l'enfant TSA au sein du DAR.

Le nombre d'enfant bénéficiant de l'accompagnement du DAR est présenté dans le « Tableau 2 ». Nous avons choisi de spécifier les années d'ouverture des différents DAR dans le but de faire le lien avec l'augmentation des enfants accompagnés par ces dispositifs. Nous retrouvons une corrélation entre l'année d'ouverture du DAR et l'effectif croissant des enfants accompagnés.

DAR et année d'ouverture	Charente (2017)	Corrèze 1 (2019)	Vienne (2019)	Charente- Maritime (2020)	Finistère (2021)	Hautre- Marne (2021)	Haut- Rhin (2021)	Corrèze 2 (2022)
Nombre d'enfants TSA accompagnés	10	10	9	7	3	3	3	3

Tableau 2 : Répartitions des enfants au sein des DAR

D'après les résultats, au cours des accompagnements, plus de la moitié des ergothérapeutes (5/8) utilisent des méthodes comportementales. Ces deux méthodes sont l'ABA et le TEACCH.

Les 8 ergothérapeutes interviennent sur l'évaluation de l'enfant TSA. Pour cela elles utilisent différents bilans complémentaires (Annexe IV).

La « Figure 2 » met en évidence que **la majorité** des ergothérapeutes interviennent auprès des enfants TSA sur différents champs de compétences (motricité fines, adaptation de matériel, autonomisation, fonctions exécutives, sensorialité, habiletés sociales...)

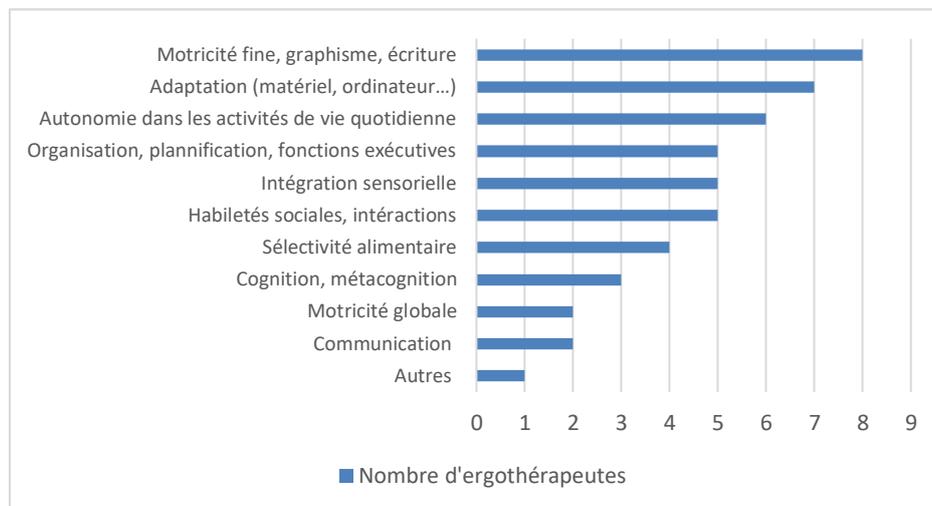


Figure 2 : Champs d'intervention des ergothérapeutes, n=8

Parmi la réponse « *Autres* » nous retrouvons « préparation à la sortie du DAR ».

Nous avons interrogé les professionnelles sur les différentes approches qu'elles utilisaient durant leurs accompagnements. La **moitié** des ergothérapeutes se basent sur les modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance et Ludique. Aussi, **4/8** des ergothérapeutes utilisent plusieurs approches lors des accompagnements. La « Figure 3 » illustre nos propos.

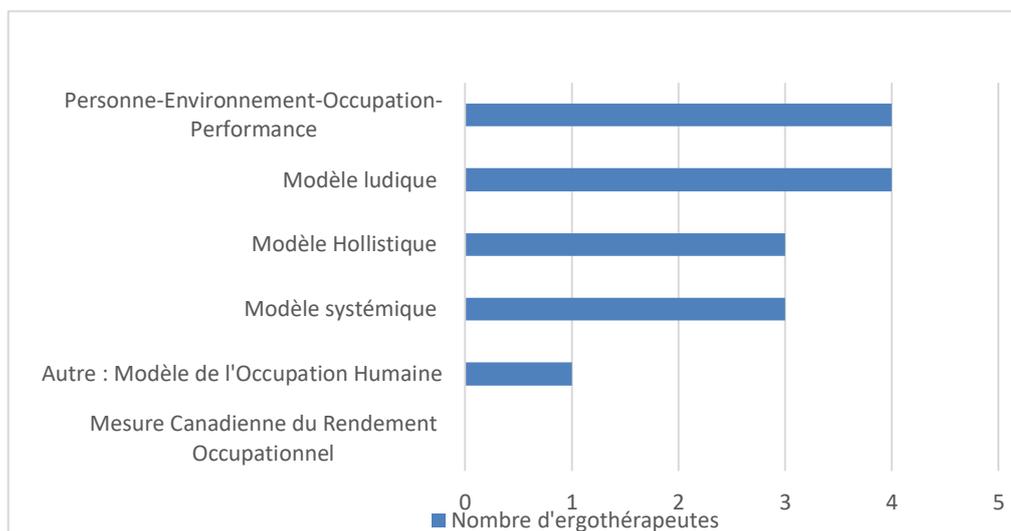


Figure 3 : Approches utilisées par les ergothérapeutes, n=8

3. L'accompagnement scolaire, méridien et périscolaire

3.1. Le plan scolaire

Dans la troisième partie du questionnaire nous nous sommes penchés sur les modalités d'accompagnement scolaire, méridien et périscolaire de l'enfant TSA au sein de son école.

Tout d’abord, nous cherchions à savoir qu’elles étaient les différentes difficultés rencontrées par l’enfant TSA. Ce sont sur les difficultés de manipulation des outils scolaire, de graphisme, de géométrie, de sensorialité et habilités sociales que les ergothérapeutes interviennent principalement (« Figure 4 »).

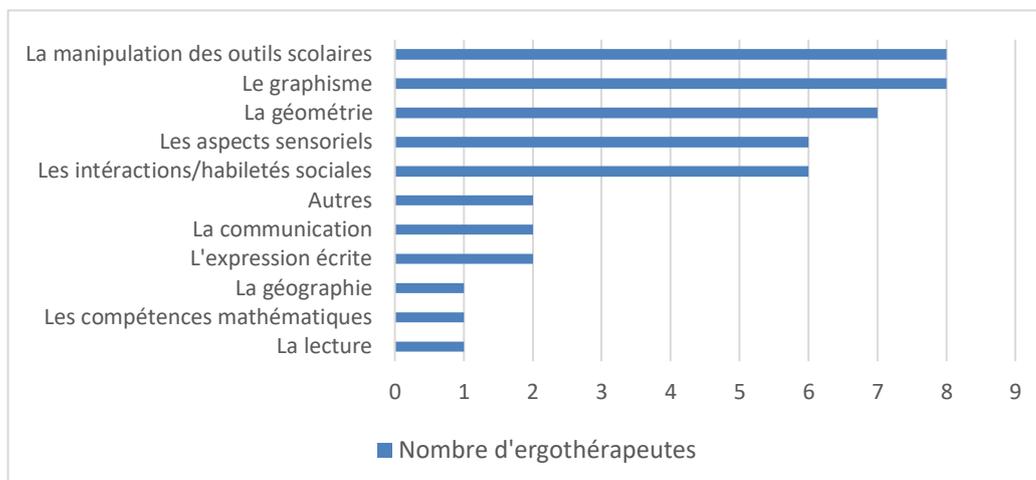


Figure 4 : Interventions des ergothérapeutes sur les difficultés de l'enfant TSA, n=8

Parmi les réponses « *Autres* » nous retrouvons « *l’inhibition verbale et motrice* » et « *les déplacements* ».

Concernant les conditions d’accompagnement, les **huits** ergothérapeutes interviennent en individuel dans la salle de DAR. Plus de la moitié (**5/8**) effectuent des séances en co-intervention dans la classe, des séances en individuel dans la classe et en groupe d’enfant mixte (neurotypiques et TSA). La « Figure 5 » reprend ces différentes modalités d’accompagnement.

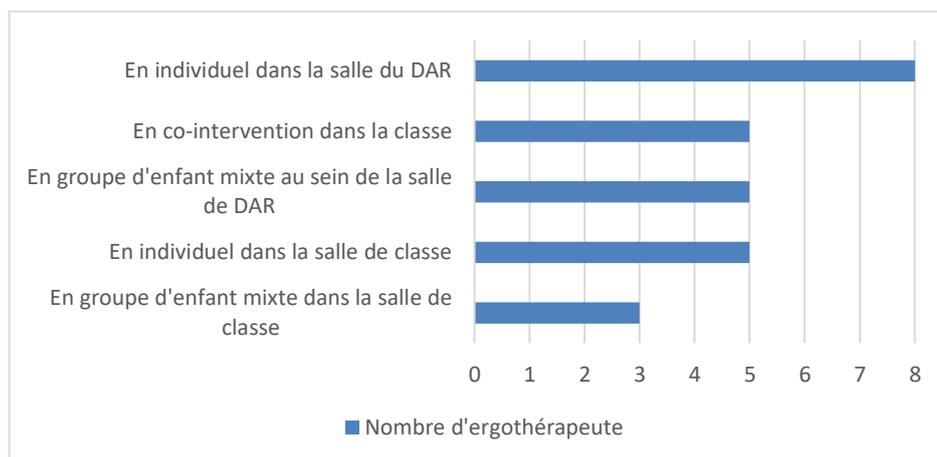


Figure 5 : Modalités d'accompagnement des enfants TSA, n=8

Les résultats montrent qu’au sein de la classe de référence de l’élève TSA plus des trois quart des ergothérapeutes (**7/8**) ont aménagé son poste d’élève (structuration visuelle sur la table d’écadier). Aussi, plus de la moitié des ergothérapeutes (**5/8**) ont collaboré avec l’enseignant de la classe dans le but d’aménager la classe entière. En terme d’ergonomie, les **5** professionnels ont pu mettre en place, en lien avec l’enseignant, des organisateurs de matériel

pour différents élèves, divers supports visuels, un emploi du temps visuel pour la classe entière et un réglage de la hauteur des pupitres et des chaises.

Concernant la collaboration enseignant-ergothérapeute, seulement **1/8** avoue avoir ressentie une gêne de la part des enseignants lors des interventions ergothérapeutiques. L'enseignant avait une crainte d'être jugé professionnellement. Pour les **7 autres**, ce sont des éloges positifs de cette collaboration. Les enseignants sont en demandes des interventions et conseils de l'ergothérapeute afin de travailler en partenariat pour d'adapter leur pédagogie.

3.2. Le plan méridien et périscolaire

Pour élargir nos connaissances sur les milieux d'interventions de l'ergothérapeute, nous nous sommes questionnés sur l'accompagnement lors des temps méridiens et périscolaires.

Tout d'abord, **six** ergothérapeutes interviennent au sein du restaurant scolaire. Parmi elles, **cinq** interviennent sur la sélectivité alimentaire et les praxies (tenir les couverts, se servir de l'eau, ouvrir un yaourt, éplucher un fruit) (« Figure 6 »)

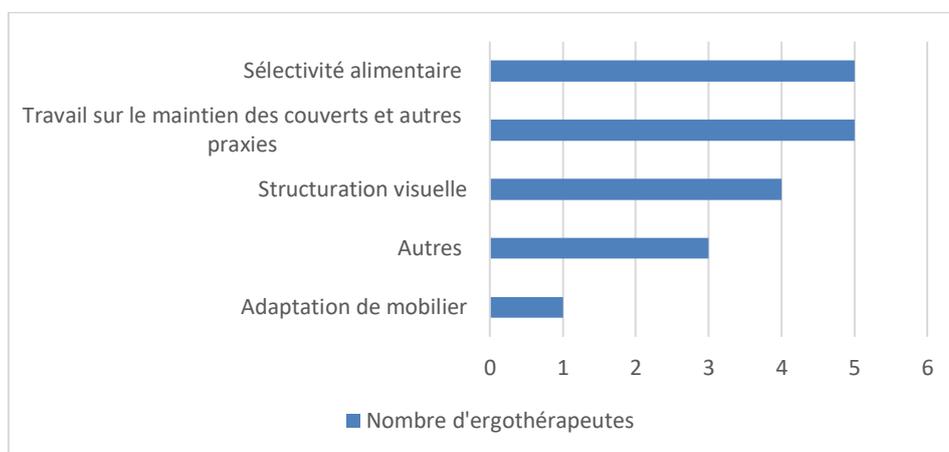


Figure 6 : Interventions de l'ergothérapeute sur le temps repas de l'enfant TSA, n=6

Parmi les réponses « Autres », les ergothérapeutes ont indiqué avoir eu un rôle au sujet de la sensorialité de l'enfant et de ses interactions sociales avec les autres enfants et adultes. Aussi, elles ont sensibilisé le personnel de mairie à l'accompagnement de ces enfants atypiques.

D'après les résultats, lors des temps méridiens périscolaires (avant et après le repas) **une ergothérapeute (1/8)** accompagne les enfants TSA. Cette dernière intervient soit en individuel (jeux de société, temps de relaxation...), soit en petit groupe mixte ou collabore avec le personnel de mairie (sensibilisation à la régulation comportementale).

Pour terminer la totalité des ergothérapeutes (8/8) ont constaté une évolution significative des résultats scolaires des enfants entre le début de l'accompagnement et maintenant. Pour trois d'entre-elles, **100% des enfants** qu'elles accompagnent ont connu une évolution significative entre le début de l'accompagnement et aujourd'hui, 3 autres ergothérapeutes (**3/8**) ont eu **75%** de résultats positif, et pour les 2 restantes (**2/8**) ce sont **50%** de réussite.

Les enfants TSA ont progressé significativement dans chacun des grands domaines que compose le « statut d'élève » au sein de l'école (« Figure 7 »).

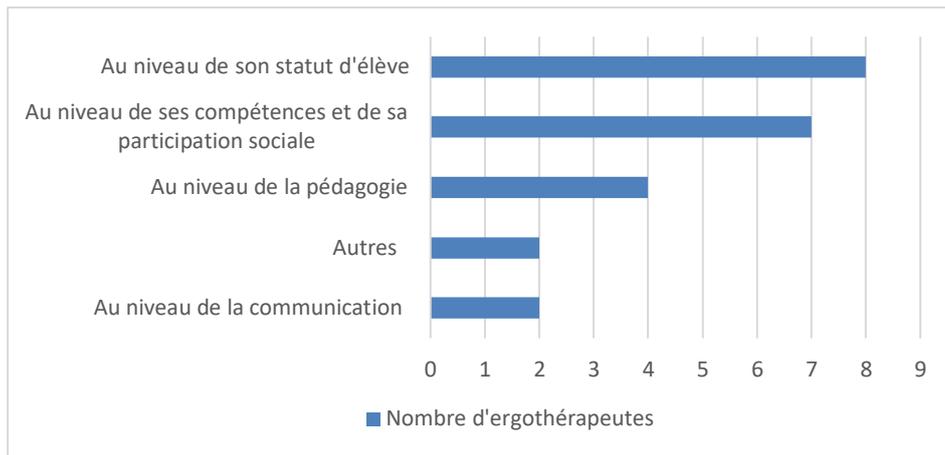


Figure 7 : Progrès des enfants TSA constatés par les ergothérapeutes, n=8

Dans la réponse « Autres » deux ergothérapeutes précisent que ces progrès sont visibles dans toutes les sphères et aussi notables au niveau de l'auto-gestion et l'auto-contrôle de l'enfant.

4. L'accompagnement familial et extra-scolaire

Ici, nous cherchions à savoir si les actions de l'ergothérapeute s'étendaient à l'extra-scolaire, ainsi qu'à l'accompagnement des aidants de l'enfant.

D'après les résultats **trois** ergothérapeutes (**3/8**) interviennent au domicile familial de l'enfant. En début d'accompagnement leur pratique se base sur une période de *pairing*. Ensuite, cela concerne surtout un accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, un transfert des acquis de l'école au domicile, et une évaluations des besoins parentaux. La formations aux parents et aux proches de l'enfant fait partie des actions de l'ergothérapeute (« Figure 8 »).

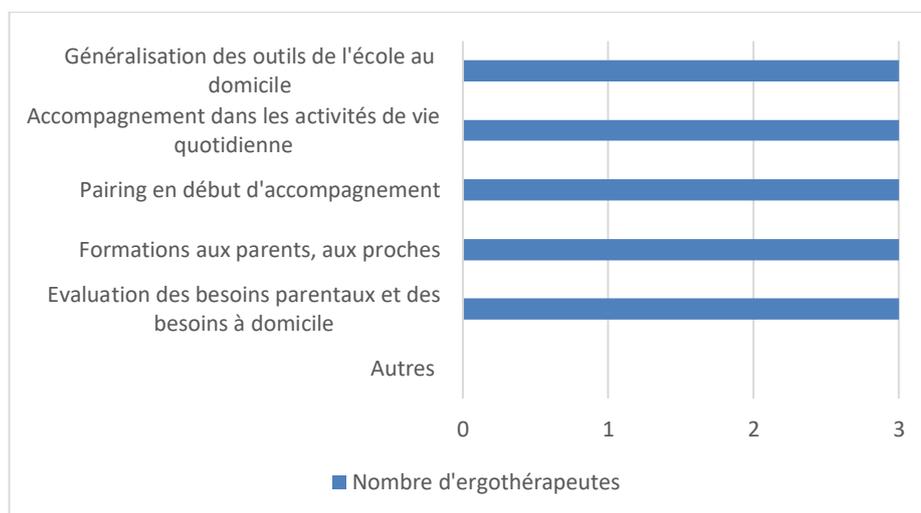


Figure 8 : Intervention des ergothérapeutes au domicile parental, n=3

En dehors des accompagnement au domicile, **sept** ergothérapeutes (**7/8**), proposent des temps échanges informels et entretiens au sein de l'école. Et, **deux** ont déjà proposé des

actions de formation, afin d'aider les parents à accompagner leurs enfants. Ces formations suivent les méthodes d'Éducatons Thérapeutique du Patient (ETP).

Enfin, un quart des ergothérapeutes (**2/8**) guident l'enfant dans des activités extra scolaire (type piscine, sport collectif, escalade...). Les **deux** ergothérapeutes visent l'estompage progressif pour tendre vers l'autonomisation de l'enfant. L'**une** d'entre elles accompagne directement les enfants lors de sa première séance d'activité extra-scolaire.

5. Ergothérapie et « bénéfiques pour tous »

Concernant les « bénéfiques pour tous », les ergothérapeutes ont répondu se considérer comme une « personne ressource » que ce soit pour l'équipe enseignante, médico-sociales ou les différents élèves. Les différents bénéfices de l'ergothérapie « pour tous », sont modélisés par la « *Figure 9* »

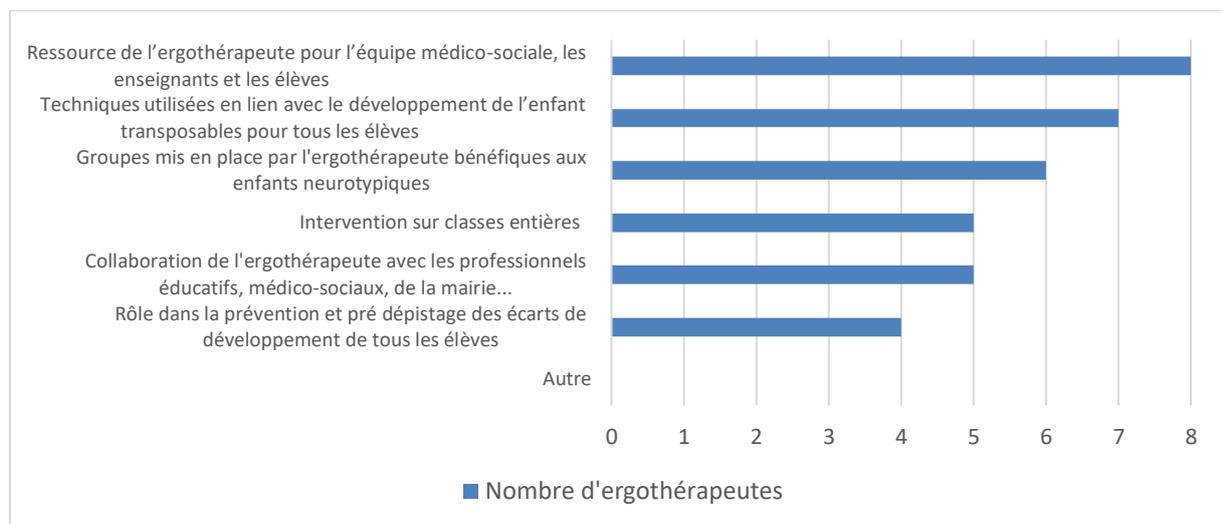


Figure 9 : Bénéfices de l'ergothérapie pour tous, n=8

Pour répondre aux bénéfices détaillés ci-dessus **6 ergothérapeutes sur les 8**, ont pu mettre en place différents accompagnements. Les actions de sensibilisation et les groupes graphisme sont interventions les plus récurrentes. Nous avons modélisé ces différentes interventions via la « *Figure 10* ».

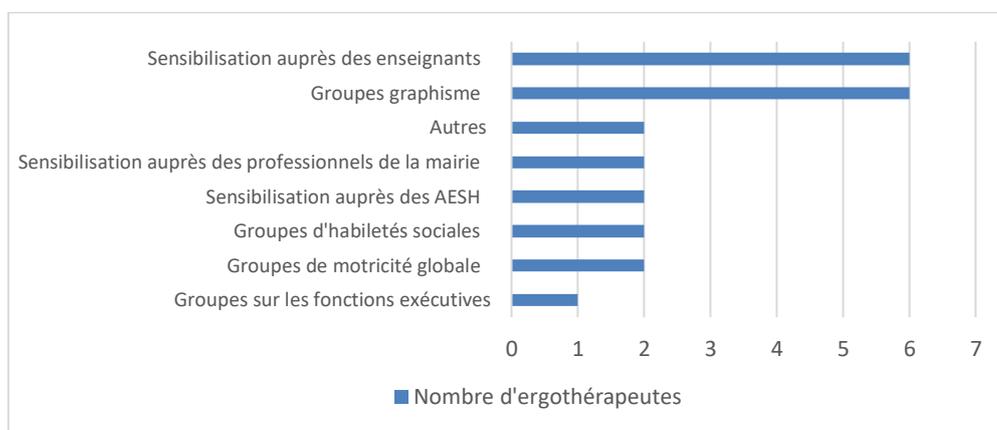


Figure 10 : Interventions de l'ergothérapeute aux "bénéfices pour tous", n=6

Dans l'item « Autres », nous retrouvons l'accompagnement d'enfants lors de groupes sur les praxies scolaires et quotidiennes mais aussi une sensibilisation sur l'ergonomie scolaire et un accompagnement des enseignants pour développer les gestes professionnels.

Concernant l'intervention auprès des enfants neurotypiques de l'école ce sont **6 ergothérapeutes** qui ont travaillé avec eux. **Deux** d'entre-elles ont accompagné entre 21 et 25 enfants au cours de l'année 2021/2022. Pour les autres, les résultats sont variés : **1/6** est intervenue auprès de plus de 30 enfants, **1/6** en a accompagné entre 26 et 30, **1/6** entre 6 et 10, et **la dernière** a accompagné 1 à 5 enfant de l'école élémentaire. Les deux ergothérapeutes n'ayant pas accompagné d'enfant neurotypiques sont celles n'étant pas salariés du DAR.

La question ouverte finalisant notre questionnaire a apporté divers des éléments complémentaires quant aux bénéfices de cet accompagnement. Les professionnelles sont en accord pour dire que l'ergothérapie permet de considérer l'enfant dans sa globalité grâce à son approche holistique. Intervenir directement sur l'environnement de l'enfant et de collaborer avec différents professionnels permet de croiser les regards et les analyses sur le développement de l'enfant et ses compétences. Les plus-values de l'ergothérapie, sont, selon-elles, nombreuses et indispensables pour l'enfant (compétences dans le développement de l'enfant, expertise ergothérapeutique, collaboration...). Les adaptations et aménagements des apprentissages vont dans le sens de l'inclusion scolaire de l'enfant. Les capacités d'analyse de l'ergothérapeute (évaluation, connaissances) et les accompagnements sur les plans sensoriel, moteur, praxique, cognitif et de l'oralité alimentaire vont dans cette continuité de volonté d'inclusion de l'enfant. Cela est généralisable à tous les milieux (pas uniquement le milieu scolaire). L'ergothérapeute est considéré, d'après les répondants, comme une personne ressource pour les enseignants et les divers professionnels de l'école grâce à ses capacités de sensibilisation et de conseils. Nous constatons que cette profession permet une certaine harmonisation et complémentarité des pratiques éducatives.

Discussion

Les éléments théoriques et informations recueillis vont permettre de répondre à notre problématique en mettant en évidence les différents bénéfices de l'accompagnement par l'ergothérapeute. Nous allons analyser les résultats du questionnaire afin de valider ou rejeter nos deux hypothèses.

1. Les objectifs de notre étude

Notre étude observationnelle, par questionnaire, sur les pratiques professionnelles de l'ergothérapeute avait plusieurs objectifs :

- Relever les pratiques des ergothérapeutes qui favorisent l'inclusion scolaire.
- Déterminer la façon dont les ergothérapeutes exploitent le DAR pour remplir un objectif d'inclusion scolaire, sociale, dans tous les milieux, de l'enfant.
- Souligner comment les bénéfices de l'accompagnement par l'ergothérapeute, au sein du DAR, se traduisent sur les capacités d'autorégulation de l'enfant TSA.

2. La réponse à la problématique

La réalisation du travail de recherche semble avoir atteint ses objectifs et nous sommes en mesure de répondre à la problématique « **Quelle est la plus-value d'un ergothérapeute, pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant TSA, intervenant au sein d'un DAR ?** ». Effectivement, bénéficier d'un ergothérapeute au sein de l'équipe médico-sociale apparaît être bénéfique pour l'inclusion des enfants TSA. Le croisement des pratiques, permet d'exprimer plusieurs atouts de l'ergothérapie en faveur de l'inclusion scolaire. Les compétences motrices, sociales, cognitives, comportementales, auto-gestionnelles et autorégulatrices développées lors de l'accompagnement en ergothérapie, via le DAR, sont réinvesties quotidiennement, dans tous les milieux de l'enfant TSA. Cela permet aux enfants TSA bénéficiant de l'accompagnement du DAR d'être scolairement inclus au même titre que les enfants neurotypiques de leur âge.

3. L'expertise ergothérapique au service de l'inclusion scolaire

L'hypothèse 1, « **Les compétences de l'ergothérapeute permettent aux enfants porteurs de TSA de développer leurs aptitudes (cognition, motricité, autonomie, interactions sociales) afin d'être scolairement inclus au même titre que l'enfant neurotypique** » correspond aux questions de la deuxième partie du questionnaire.

3.1. Les évaluations

D'après le référentiel d'Activité, énoncé dans l'Annexe 1 de l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, l'ergothérapeute « *évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ces performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique* »¹⁵. Ainsi, avant d'élaborer son plan d'intervention, l'ergothérapeute, grâce à son expertise, effectue une évaluation globale de l'enfant afin d'identifier ses principales difficultés et points forts dans ses activités. Avec

¹⁵ https://adere-paris.fr/PDF/annexe_1.pdf

l'aide des parents, de l'équipe éducative et médico-sociale, toutes les ergothérapeutes évaluent la **motricité globale** (équilibre, coordination..), la **motricité fine** (dextérité manuelle, préhension, graphisme..), **l'écriture** et la **manipulation des outils scolaire**. Aussi, elles évaluent, à chaque fois, le **profil sensoriel** de l'enfant, ce qui est en accord avec les propos de Meggie Campagna, qui confirme que l'ergothérapeute, de part ses connaissances du système nerveux et de l'intégration sensorielle, « est un « *allié de premier choix* » afin d'évaluer le profil sensoriel » (Campagna, 2019). Les ergothérapeutes interrogées, formées à la passation d'évaluation standardisée, comme la BRIEF, évaluent les **fonctions exécutives** de l'enfant en faisant passer un questionnaire à la famille et aux enseignants. Enfin, d'autres (4/8) évaluent les **capacités neuropsychologiques** et **perceptivo-motrices** de l'enfant (Annexe IV). De plus, des observations **en milieux écologiques** (salle de classe, cours de récréation, domicile familial, réfectoire scolaire) et de **l'environnement**, permettent à l'ergothérapeute d'affiner son analyse. Les **échanges**, formels ou informels avec le corps éducatif, les familles, et les différents professionnels du DAR permettent d'obtenir des informations supplémentaires. Ces différentes pratiques permettent d'avoir une vision globale de l'enfant. Ainsi, la **vision holistique** de l'ergothérapeute, c'est-à-dire l'intérêt qu'il a pour la personne qu'il accompagne, ses activités et ses environnements, permet de proposer une analyse pertinente et complète de l'enfant TSA.

3.2. Les différentes difficultés de l'enfant TSA et l'approche en ergothérapie

Si l'on se fit aux résultats obtenus (Figure 2 et 4) les ergothérapeutes accompagnent, principalement, l'enfant TSA au sujet de l'écriture, du graphisme, de la manipulation des outils scolaire, des habiletés sociales et de la communication ainsi que dans les activités de la vie quotidienne. Les accompagnements en lecture, expression écrite ou en mathématiques sont limités ; effectivement se sont aussi les missions de l'orthophoniste.

❖ *L'expression écrite et le graphisme*

La littérature considère l'ergothérapeute comme le mieux placé pour analyser l'activité graphisme et l'écriture dans toutes ses dimensions (Lefèvre-Renard, 2017). Il est en mesure d'utiliser des activités spécifiques de motricité fine, d'écriture pure (formation des lettres, espacement..) mêlant les habiletés cognitives dans le but de rééduquer cette praxie complexe qu'est l'écriture. Comme le dit Gwenaëlle Constance-Renard, l'ergothérapeute agit sur les composantes motrices de l'écriture (positionnement, mobilité et stabilité de l'épaule, prise de l'outil scripteur) afin de la rendre fonctionnelle par la suite mais les composantes visuo-spatiale sont tout aussi importantes (formation des lettres, coordination œil-main...). De plus, si la rééducation est limitée, l'ergothérapeute met en place des adaptations (Figure 2). Si l'enfant n'arrive pas à écrire avec sa main, il peut écrire sur un clavier d'ordinateur. Les difficultés de l'enfant sont ainsi compensées (Lefevre & Alexandre, 2011). Au sein du DAR, ces rééducations du graphisme s'effectuent de diverses façon : en individuel ou encore en groupe d'enfant mixte (Figure 5 et 10).

❖ *La manipulation des outils scolaires*

La manipulation des outils scolaires (colle, gomme, taille crayon, compas, équerres...) revêt de nombreuses caractéristiques : planifications gestuelles, planifications visuo-spatiales, praxies, coordinations motrices, coordinations occulo-motrices, motricités fines, ce qui rend la réalisation de cette activité complexe pour les enfants TSA, qui comme nous l'avons vu dans l'état de l'art ressentent des difficultés dans tous ces domaines. L'ergothérapeute, peut proposer à l'enfant de décomposer par étapes l'utilisation de ces outils et cela en utilisant

des supports visuel. Ainsi l'activité sera rendu plus explicite pour l'enfant TSA. Comme nous le dit la littérature, « *l'enfant doit être en mesure de décomposer, fragmenter les séquences motrices et spatiale avant de les produire* » (Lefèvre Renard, 2006). Ces difficultés dans la manipulation des outils scolaires se répercutent dans les travaux réalisés en géométrie.

❖ *La communication et les spécificités sociales*

Comme étayé dans l'état de l'art, chez les enfants TSA, nous observons des difficultés dans le fonctionnement socio-communicatif. Six ergothérapeutes ont spécifié intervenir sur les habiletés sociales et les interactions de l'enfant TSA. Les échanges entre pairs, entre enfants et adultes, sont souvent restreints, faibles et peu conventionnés. Ce qui, au sein même de l'école, peut poser certaines difficultés à l'enfant et à ses accompagnants. L'accompagnement par le DAR va permettre aux enfants TSA de développer des capacités de communication et d'interaction, d'apprendre les règles sociales tout en adaptant le cadre. Il est primordial pour l'ergothérapeute de prendre en compte les aspects sensoriels (Figure 2 et 4). Pour favoriser la participation sociale de l'enfant, la littérature précise prendre en compte les difficultés sensorielles est essentielle (Rossini et Tétréault, 2020).

Concernant l'accompagnement, les ergothérapeutes créent des groupes d'enfants mixtes (Figure 5). Choisir des groupes mixtes permet d'augmenter les compétences sociales de l'enfant TSA puisqu'il est en interaction avec son groupe de pairs. La littérature est d'accord pour dire « *qu'enseigner des compétences sociales et scolaires aux enfants autistes et à leurs pairs au développement typique en milieu ordinaire entraîne une augmentation de la fréquence, de la durée et de la qualité des interactions sociales* » (Kamps et al., 1992). Dans la littérature nous retrouvons divers bénéfices à la création de groupe mixte pour améliorer les compétences sociales des enfants TSA : « *comprendre le discours d'un pair et ses intentions* », « *exprimer de manière compréhensible ses pensées* », « *identifier ses émotions chez soi et les autres* », « *se socialiser et s'épanouir avec autrui* » et enfin « *s'autonomiser dans la vie sociale et familiale* » (Bejeannin & Provost, 2018). La participation sociale de l'enfant est ainsi favorisée.

❖ *L'environnement scolaire*

L'environnement scolaire, qui comporte divers stimulus, est plus qu'important pour un enfant TSA. Plus de la moitié des ergothérapeutes sont intervenu au moins une fois au sujet des aspects sensoriels de l'enfant TSA (Figure 2). L'enfant TSA ayant, généralement, des troubles de l'intégration sensorielle (Figure 4), la littérature nous fait part qu'en agissant sur ses besoins sensoriels cela permet de prévenir d'une surcharge sensorielle et émotionnelle et ainsi éviter des conséquences néfastes sur les apprentissages (Jones et al., 2020). Ainsi, les ergothérapeutes s'adaptent à chaque profil sensoriel de l'enfant afin de lui proposer des activités lui permettant d'apprendre à **s'auto-réguler** concernant sa sensorialité. Aussi, afin d'éviter tout désagrément sensoriel, que ce soit visuel ou auditif, les ergothérapeutes ont aménagé la classe dans le but de structurer l'environnement.

Ainsi, l'ergothérapeute agit sur l'aménagement du poste d'élève au sein même de sa classe de référence. D'après son Référentiel de Compétences il « (...) *conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible* »¹⁶. Ces adaptations permettent d'éliminer tout élément néfaste à la progression scolaire de l'élève et rendre l'environnement confortable. Ainsi, l'enfant se sent mieux. Son poste d'élève est aménagé de manière à ce qu'il soit dans les meilleures conditions pour évoluer au sein de sa classe (structuration et

¹⁶ https://adere-paris.fr/PDF/annexe_II.pdf

supports visuels, organisateur de matériel). Christian Alin souligne la nécessité de rendre chaque espace de l'école et des classes, prévisibles, lisibles et compréhensibles pour l'enfant TSA (Alin, 2019). L'ergothérapeute a toutes les compétences pour mener à bien cette organisation.

❖ *L'autonomie dans les activités de vie quotidienne*

Au sein de notre étude les ergothérapeutes ont répondu intervenir sur les activités de vie quotidienne de l'enfant. Lorsque nous parlons d'activité de vie quotidienne, nous considérons les activités basiques : se laver les dents, fermer son manteau, se laver les mains, lacer ses chaussures, se déplacer en autonomie. Le TSA altère les différentes compétences (motrice, sensoriel, cognitif...) nécessaires pour l'acquisition de ces gestes de vie quotidienne. L'ergothérapeute est présent pour aider l'enfant dans la maîtrise ou l'adaptation (structuration et supports visuels...) de ces activités. Comme étagé dans le cadre théorique, l'ergothérapeute utilise la pédagogie explicite : découper les apprentissages en un ensemble d'étape afin de les rendre explicites pour l'enfant. Cela permet de suppléer au manque d'initiative et aux difficultés de l'enfant (Rossini et Tétreault, 2020). Le but de l'ergothérapie est en premier lieu, de « *maintenir l'indépendance et l'autonomie des personnes* »¹⁷. D'après la WFOT (World Federation of Occupational Therapists), les ergothérapeutes sont considérés comme des « *experts en occupation et par extension des experts en activités de vie quotidienne* » (WFOT, 2012). Cette prise de position souligne l'intérêt unique qu'apporte l'ergothérapie pour le bien être des personnes à travers l'intérêt spécifique qu'elle porte aux activités de vie quotidienne.

❖ *L'approche en ergothérapie*

Pour appréhender ces difficultés l'ergothérapeute utilise différentes approches (Figure 3). **L'approche « Ludique »**, qui s'appuie sur des jeux en relation avec les activités significatives de l'enfant, dans le cadre du TSA en lien avec les centres d'intérêts spécifiques, permettant ainsi à l'enfant de s'engager plus facilement dans l'activité. Selon Francine Ferland, l'environnement du jeu doit donner à l'enfant la possibilité de choisir et d'exprimer sa créativité. Ainsi, cela permet de tirer profit du potentiel thérapeutique du jeu et d'aborder l'enfant par un domaine qui lui plaît. Cela crée un triptyque associant intérêt, action et attitude de l'enfant autour du jeu, l'amenant à découvrir un plaisir de l'action renforçant un sentiment d'autonomie et de bien être. Le jeu sert ainsi de support de travail à l'ergothérapeute (Ferland, 2018). Quant au modèle « **Personne-Occupation-Environnement-Performance** » il est tout aussi intéressant pour l'accompagnement des personnes TSA. Selon les créateurs de ce modèle (Charles Christiansen et Carolyn Bam), la personne est considérée au-delà de son handicap, avec ses propres besoins variant en fonction de nombreux facteurs. Ce modèle suppose que la personne est en constante interaction avec son environnement et ses différents milieux. Ainsi cela corrèle entièrement avec la vision holistique de l'ergothérapeute au sein du DAR, car pour que l'enfant puisse progresser il faut le considérer dans l'ensemble des systèmes dans lesquels il évolue. Ce qui se rapproche du modèle Holistique et Systémique, aussi utilisé par trois ergothérapeutes.

3.3. L'utilisation de méthodes comportementales au sein du DAR

Nous avons questionné les ergothérapeutes sur l'utilisation de méthodes éducatives et comportementales lors des accompagnements au sein du DAR. Cinq ergothérapeutes ont répondu utiliser les méthodes ABA et TEACCH auprès de l'enfants TSA. Cela rejoint les

¹⁷ https://adere-paris.fr/PDF/annexe_1.pdf

recommandations données par la HAS et l'Anesm qui préconisent que les interventions auprès des enfants TSA soient fondées sur une « *approche éducative, comportementale et développementale* » (HAS, 2012). Ce qui est le cas des interventions fondées sur l'analyse appliquée du comportement dites ABA et des interventions développementales telles que dans les programmes TEACH. Ainsi, en suivant ces méthodes, les ergothérapeutes diminuent les comportements inappropriés et engagent les nouveaux comportements mais aussi instaurent une routine de travail tout en structurant l'espace des enfants TSA. Tout cela est essentiel et rassurant pour que les enfants TSA puissent s'épanouir dans leurs apprentissages, que ce soit à l'école ou au domicile.

Après avoir abordé ces différents points, nous pouvons dire que l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès de l'enfant TSA est spécifique, individualisé et adapté. De part sa formation, l'ergothérapeute est apte à accompagner l'enfant TSA. Il adapte son environnement, rééduque ses capacités motrices, cognitives, de communication et d'interaction, développe ses capacités d'autorégulation et son autonomie quotidienne de façon à faciliter ses apprentissages. Ce sont les compétences indispensables à l'enfant dans sa posture d'élève. De part ses connaissances sur le développement de l'enfant, son environnement, son large panel d'outils et d'évaluation, et sa vision holistique, l'ergothérapeute est un professionnel réellement indiqué pour travailler auprès des enfants TSA. L'utilisation des méthodes recommandées par la HAS et utilisés par l'ergothérapeute renforce le fait qu'il soit compétent dans l'accompagnement de l'enfant TSA. En ce sens, nous pouvons valider notre première hypothèse.

4. Un accompagnement global pour une accessibilité dans tous les milieux

L'Hypothèse 2 « **L'accompagnement global du DAR permet à l'ergothérapeute d'intervenir dans l'acquisition des principaux domaines de compétences de l'enfant (compétences académiques, comportementales et en lien avec l'accompagnement familial de l'enfant) afin de permettre son accessibilité dans tous les milieux** » correspond aux dernières parties du questionnaire, c'est-à-dire les questions 23 à 31.

4.1. Un accompagnement qui ne se limite pas aux temps scolaires

D'autre part, l'accompagnement de l'ergothérapeute, pour favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant, ne se limite pas seulement au moment où l'enfant est en classe.

Effectivement, la question 23 souligne que 6 ergothérapeutes accompagnent l'enfant au sein du restaurant scolaire. Ce restaurant scolaire souvent gérée par le personnel de mairie, représente un enjeu où l'ergothérapeute a entièrement son rôle. De part les troubles sensoriels et les comportements répétitifs et stéréotypés, les enfants TSA présentent, fréquemment, des rigidités alimentaires et l'autonomie lors des repas en est impactée. L'ergothérapeute est là pour les accompagner et traiter cette sélectivité pour atteindre une diversification alimentaire adaptée. D'après son Référentiel de Compétence, l'ergothérapeute est apte à « *Former et Informer* » (compétence 10)¹⁸. Par conséquent, il joue un rôle de sensibilisation (Figure 6) auprès du personnel de mairie qui n'est pas formé à l'accompagnement de l'enfant porteur d'autisme ni aux troubles de l'oralité alimentaire¹⁹. Un accompagnement, au sujet des praxies

¹⁸ https://adere-paris.fr/PDF/annexe_1.pdf

¹⁹ « *Trouble de l'alimentation qui implique en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat et qu'il n'y a pas de maladie organique* » (CIM-10)

(maintien des couverts, ouvrir un yaourt, se servir de l'eau) est nécessaire afin de tendre vers une plus grande autonomie pour l'enfant (Figure 6). L'ergothérapeute peut proposer une structuration visuelle (Figure 6) afin que l'enfant comprenne d'avantage les enchainements des évènements sur une période. Ces outils visuels, sont efficaces, selon plusieurs auteurs pour aider à la compréhension et cela favorisera les comportements adaptés (Rossini et Tétréault, 2020). Aussi, pour favoriser le contrôle comportemental des enfants, l'ergothérapeute propose des adaptations au sujets de la sensorialité. Cela dans le but de favoriser leur autonomie et l'anticipation, tout en diminuant les facteurs qui pourraient les rendre anxieux. L'accessibilité de la cantine grâce à l'accompagnement global du DAR, permet à l'ergothérapeute de proposer divers aménagements pour l'épanouissement des enfants TSA (ANFE, 2020).

Néanmoins, l'accompagnement lors des temps périscolaires méridiens représente qu'une minorité des ergothérapeutes exerçant en DAR. Effectivement seulement une ergothérapeute se joint aux personnels de mairie pour les guider dans l'accompagnement de l'enfant TSA. Elle propose également des temps de repos, de calme, ou duel, au sein du DAR.

Par ailleurs, le rôle de l'ergothérapeute auprès des parents est un rôle majoritairement reconnu puisque toutes les ergothérapeutes sont intervenues auprès des familles. Effectivement, l'ergothérapeute est en mesure de former et d'informer (Compétence 10 du référentiel de Compétence²⁰) les parents au sujet des stratégies d'intervention à utiliser avec leur enfant à la maison. Néanmoins, seulement 3 professionnels élargissent leurs interventions au domicile familial. Ces interventions ont pour but de généraliser les outils utilisés à l'école au domicile, d'effectuer un pairing au début de l'accompagnement, ou encore d'évaluer les besoins parentaux dans leur milieu de vie. Pourtant, la littérature est en accord pour dire que la collaboration avec les parents est essentielle pour optimiser les bénéfices des recommandations ergothérapiques aux sujet de l'enfant TSA (Beaudoin et al., 2019).

Concernant les activités extra-scolaires, ce sont seulement deux ergothérapeutes, actuellement, qui sont, aujourd'hui, en mesure d'accompagner l'enfant TSA (question 30).

4.2. Une collaboration essentielle

La HAS et l'Anesm, repris dans les recommandations de l'éducation nationale, affirment qu' « *une implication de l'ensemble des partenaires est nécessaire à la réussite de la scolarisation des enfants avec TSA* ». Ainsi, l'accompagnement global comprenant toute l'équipe médico sociale et pas seulement l'ergothérapeute, permet à l'enfant d'évoluer avec différents professionnels. La collaboration avec l'équipe enseignante, les professionnels de la mairie, et les familles est primordiale afin d'accompagner pleinement l'enfant TSA dans son épanouissement scolaire et social. Effectivement l'expertise propre à chaque profession est entièrement complémentaire pour permettre un accompagnement global de l'enfant. Tout comme l'ergothérapeutes vient compléter les pratiques de chaque professionnels, de part sa vision holistique de l'enfant, chaque professionnels vient apporter ses connaissances à l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes se considèrent comme une personne ressource auprès des enseignants et des familles pour mener à bien l'accompagnement de l'enfant TSA. Elles nous indiquent que les enseignants sont dans la demande de conseils et d'échanges concernant l'accompagnement de l'enfant afin d'adapter leur pédagogie et leur démarche éducative. Cette pensée là va entièrement dans le sens de l'inclusion scolaire. Comme le

²⁰ https://adere-paris.fr/PDF/annexe_II.pdf

souligne Serge Thomazet « *Chaque enseignant de classe ordinaire doit pouvoir recevoir l'aide des personnes ressources expertes en fonction des besoins particulier de l'élève* »

4.3. Des bénéfices constatés :

En outre, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent pour dire que chaque élève TSA accompagné par le DAR présente une évolution significative de ses résultats scolaires depuis le début de cette accompagnement. Ce sont même plus de 50% des enfants qui ont évolué positivement et significativement. Ces progrès sont remarquables sur le plan scolaire mais également au niveau de son statut en tant qu'élève de l'école, au niveau de ses compétences et de sa participation sociale, au niveau des aspects pédagogiques et au niveau de son auto-contrôle des émotions (Figure 8). Autrement dit, un accompagnement global et intensif, au sein de l'environnement de l'enfant, comme celui proposé par le DAR, permet une évolution significative dans toutes les sphères de développement de l'enfant. La HAS stipule que l'accompagnement d'enfant TSA doit être « *individualisé et multidimensionnel* » c'est-à-dire agir sur toutes les manifestations de l'autisme (HAS, 2012). L'accompagnement global du DAR permet d'agir sur toutes ses dimensions afin de permettre l'apparition d'un maximum de bénéfices pour l'enfant.

4.4. Limites de cet accompagnement global

Néanmoins, en pratique, cet accompagnement global, dans les différents milieux de l'enfant et en collaborant avec les différents professionnels de l'école n'est pas toujours évident à mettre en place. Effectivement le Tableau 1 reprenant les ETP de chaque professionnels, nous montre que le temps dédié aux ergothérapeutes dans les DAR n'est pas identique partout. Comme nous l'avons constaté lors de la diffusion du questionnaire, tous les DAR, n'ont pas un ergothérapeute dans leur équipe. Les résultats nous ont démontré, qu'à partir de 20% de temps (0,2 ETP) au sein du DAR, les ergothérapeutes peuvent mettre en place des intervention au domicile de l'enfant, l'accompagner dans ces activités extra-scolaires. Bénéficier d'un 50% (0,5 ETP) est l'idéal pour pouvoir élargir les accompagnements. Lors de la passation du questionnaire, trois ergothérapeutes nous ont fait part de leur volonté d'accompagner l'enfant à son domicile ou lors de ses activités mais sont limitées par le manque de temps accordé à leur poste au sein du DAR.

Après avoir abordés ces différents points concernant l'accompagnement global rendu possible par le DAR, nous pouvons constater les nombreux bénéfices obtenus de part cet accompagnement multidimensionnel pour les enfants TSA. Néanmoins, il peut être difficile d'intervenir sur les différents milieux de vie de l'enfant liés aux contraintes de l'emploi. Par conséquent, nous pouvons dire que l'hypothèse 2 est partiellement validée.

5. Limites de l'étude

Nous pouvons observer plusieurs biais méthodologique à notre étude. Certaines questions de l'enquête se sont avérées répétitives et ont, certainement, densifié la passation du questionnaire pour les personnes interrogées. Effectivement, certaines questions ouvertes reprenaient des questions multiples, ou deux questions ouvertes étaient très semblables en terme de contenu.

Aussi, le fait que toutes les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, n'aient pas le même temps de travail n'a pas permis de comparer, exactement, l'ensemble des pratiques au sein du DAR.

Même si notre travail de recherche a permis de fonder un état des lieux des pratiques et d'extraire un grand nombre de points sur l'accompagnement scolaire de l'enfant TSA, il faut tout de même rester vigilant sur la signification des résultats car d'ici la rentrée 2022 d'avantage d'ergothérapeutes exerceront au sein de DAR. Des appels à projet de DAR sont lancés par l'ARS (Agence Régional de Santé) dans divers départements français (les Deux-sèvres, les Bouches du Rhône, Tarn-et-Garonne...). Si le nombre d'ergothérapeutes questionnés à ce jour, est représentatifs de la population d'ergothérapeute, exerçant en DAR, il ne le sera plus d'ici septembre 2022.

6. Ouvertures et perspectives du mémoire

Dans le cadre d'une poursuite de cette étude, il serait pertinent de tenir compte de l'essor des DAR sur le territoire français suites aux orientations nationales. Laisser s'écouler quelques années permettrait d'agrandir l'échantillon de répondants et offrir une vision d'avantage précise sur les pratiques de l'ergothérapeute dans un DAR.

Aussi, il serait enrichissant d'étudier le fonctionnement interne propre à l'équipe médico-sociale et d'observer leurs actions conjointes. Les actions qui pourraient être analysées auprès de l'enfant TSA mais également auprès de l'équipe enseignante de l'école élémentaire, serait une étude à mener. Ainsi, il pourrait d'avantage être mis en évidence les potentiels de l'accompagnement intensif de cette équipe au sein même de l'école en agissant in-vivo sur le terrain, sur le moment et l'instant auprès de l'enfant TSA.

Il serait pertinent de se focaliser d'avantage sur les modalités des séances que les ergothérapeutes proposent aux élèves TSA lors des temps d'accompagnement. Spécifier les moyens (outils et activités) qu'ils utilisent lors de séances de motricité, d'habiletés sociales, de travail des fonctions exécutives pourraient apporter des informations complémentaires sur la pratique en ergothérapie. Nous pourrions, aussi, nous questionner sur l'uniformisation de la pratique de l'ergothérapeute au sein des DAR. Effectivement, le fait de clarifier les pratiques que ce soit par la HAS ou l'Anesm apporterait d'avantage de reconnaissance de ce métier. Peut-être qu'intégrer une fiche de poste de l'ergothérapeute dans le cahier des charges des DAR au même titre que le psychologue, que le personnel éducatif ou l'enseignant d'autorégulation permettrait d'uniformiser les pratiques.

Conclusion

L'un des objectifs dans la pratique en ergothérapie est de promouvoir l'inclusion sociale des personnes vulnérables. Parvenir à cette pleine inclusion sociale, pour les enfants porteurs de TSA passe, en premier, par leur inclusion scolaire. Les différents domaines pouvant être affectés dans le TSA (communication, interactions sociales, motricité, cognition, autonomie) rendent complexe les apprentissages et la scolarité en milieu ordinaire. Les dispositifs français, tels que les DAR, sont les premiers à ouvrir les portes à une équipe médico-sociale au sein de l'environnement scolaire de l'enfant.

Cette étude, a ainsi, permis de mettre en évidence que l'ergothérapeute, par ses diverses compétences et son expertise, peut accompagner les enfants TSA pour leur permettre d'être inclus scolairement. Ses compétences concernant les fonctions supérieures (logique, raisonnement, fonctions exécutives), les limitations d'activités et la sensorialité sont indispensables pour développer les compétences autorégulatrices de l'enfant TSA. Le travail spécifique de l'ergothérapeute, conjointement d'une équipe médico-sociale et éducative, permet de développer un accompagnement holistique de l'enfant. Les compétences éducatives, comportementales, et développementales, sont ainsi prises en compte par l'intégralité des professionnels pour rendre possible cette inclusion. Autonomiser au maximum l'enfant pour permettre sa participation sociale représente la base de l'engagement et de l'auto-détermination de l'enfant. Ainsi, il apprend à devenir et choisir qui il est vraiment.

Pour un ergothérapeute, être membre de l'équipe médico-sociale, présente à temps complet dans l'école, permet d'agir directement sur l'environnement et l'accessibilité globale de la classe, qu'ils soient limitants ou facilitants, pour l'enfant. C'est un accompagnement intensif de l'élève qui se met en place. Ainsi, l'ergothérapeute tient une place importante parmi les membres de l'équipe ce qui valorise son rôle majeur dans le développement d'une société davantage inclusive.

Les « *bénéfices pour tous* » escomptés par la présence du DAR au sein de l'école ordinaire, permet à l'école élémentaire de se transformer en une école d'autorégulation. Ainsi, le mot « *inclusion* » devient obsolète tellement l'accessibilité est présente pour les enfants TSA mais également pour tous les élèves de l'école. Cette normalisation de l'accessibilité tend vers un idéal de pratique ergothérapique.

Le cheminement de la démarche scientifique a été long à réaliser mais nous sommes parvenus au bout de notre idée. Rechercher et sélectionner des articles scientifiques a été un challenge car les sources scientifiques se sont avérées peu nombreuses sur le sujet. Effectivement, l'accompagnement de l'enfant TSA via le Dispositif d'Autorégulation est novateur en France. Néanmoins, le taux de réponses à notre enquête est très encourageant et nous en sommes très fière. Cela permettra, peut-être, de faire avancer la promotion de l'accompagnement par l'ergothérapeute de l'enfant TSA, dans un pays où la prévalence de personnes TSA est en constante augmentation et est un réel enjeu de santé publique.

Finalement, ce travail de recherche, m'a permis de faire le lien avec mes expériences rencontrées en stage et mon emploi futur. Toutes ces recherches affirment ce que j'ai pu observer sur le terrain et m'encouragent, dans ma future pratique, à m'impliquer pour promouvoir et valoriser cette, indispensable, profession et cela dans le but de permettre une inclusion de tous, quel que soit nos différences, et à tous les moments de la vie.

Références bibliographiques

- Alaniz, M. L., Galit, E., Necesito, C. I., & Rosario, E. R. (2015). Hand Strength, Handwriting, and Functional Skills in Children With Autism. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 69(4), 6904220030p1-9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.016022>
- Alerini, P. (2011). L'autisme : Symptôme de l'antipsychanalyse ? *Essaim*, 27(2), 7-31. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-essaim-2011-2-page-7.htm>
- Alin, C. (2019). Chapitre 4. L'environnement scolaire en pays Autistan. *PSY-Emotion, intervention, sante*, 255-293. Repéré à <https://www.cairn.info/l-autisme-a-l-ecole--9782804705794-page-255.html>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- ANFE. (2020, mars). Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. Repéré à https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf
- ANFE. (2021). La profession. Repéré à <https://anfe.fr/la-profession/>
- Autisme France. (2019). *Commission d'Enquête sur l'inclusion des élèves handicapés dans l'école et l'université de la République, quatorze ans après la loi du 11 février 2005*. Repéré à http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Rapport_Autisme_France-Commission_enquete-eleves_handicapes_dans_ecole_et_universite-14_ans_apres_loi_2005-2019.pdf
- Beaudoin, A. J., Héguay, L., Borwick, K., Tassé, C., Brunet, J., Giasson Leblanc, E., ... Jasmin, E. (2019). Perceptions de l'ergothérapie par les enseignants du préscolaire : Étude descriptive mixte | Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, 5(19). Repéré à <https://www.rfre.org/index.php/RFRE/article/view/130>
- Bejeannin, A., & Provost, S. (2018). *Chapitre 6. Un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : De l'école élémentaire au collège. L'évolution des modalités de travail*. (S.l.): De Boeck Supérieur. (Bibliographie_available: 0Cairndomain: www.cairn.infoCite Par_available: 0page: 189-210container-title: Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme). Repéré à <https://www.cairn.info/neuropsychologie-et-remediations-des-troubles--9782353274338-page-189.htm>
- Berthier, Borst, Desnos, Guilleray, J.-L., Grégoire, Mickael, Frédéric. (2021). *Les neurosciences cognitives dans la classe : Guide pour expérimenter et adapter ses pratiques pédagogiques* (Esf). (S.l.): (s.n.).
- Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention : The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20(3), 899-911. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000436>
- Bournat, L., Daireaux, C., Jorand, S., Schlachter, A., & Stanislawski, L. (2014). L'autisme, une approche de l'a-normalité. *Specificites*, 6(1), 275-291. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-specificites-2014-1-page-275.htm>

- Bromley, R. L., Mawer, G. E., Briggs, M., Cheyne, C., Clayton-Smith, J., Garcia-Finana, M., ... Shallcross, R. (2013). The prevalence of neurodevelopmental disorders in children prenatally exposed to antiepileptic drugs. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84(6), 637-643. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-304270>
- Campagna, M. (2019). L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE – UNE PRATIQUE QUI ÉVOLUE AVEC L'ENFANT, 3.
- Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133-148. <https://doi.org/10.1177/1362361313517762>
- Collins, A., & Crabb, C. (2010). Early Childhood Intervention and School-Based Occupational Therapy : Building Blocks to Success. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 3(2), 168-178. <https://doi.org/10.1080/19411243.2010.491017>
- Corneau, F., Dion, J., Juneau, J., Bouchard, J., & Hains, J. (2014). Stratégies pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme : Recension des écrits. *Revue de psychoéducation*, 43, 1-36.
- Curchod-Ruedi, D., Ramel, S., Bonvin, P., Albanese, O., & Doudin, P.-A. (2013). De l'intégration à l'inclusion scolaire : Implication des enseignants et importance du soutien social. *Alter*, 7(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.11.008>
- Dachez, J., N'Dobo, A., & Carrascal, O. N. (2016). Social representation of Autism Spectrum Disorders. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 112(4), 477-500. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2016-4-page-477.htm>
- Delobel-Ayoub, M., Klapouszczak, D., Tronc, C., Sentenac, M., Arnaud, C., & Ego, A. (2019). La prévalence des TSA continue de croître en France : Données récentes des registres des handicaps de l'enfant. Repéré à http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020_6-7_1.html
- Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., ... Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders : A meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, 23(5), 1198-1204. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.75>
- ELENA study group, Rattaz, C., Munir, K., Michelon, C., Picot, M.-C., & Baghdadli, A. (2020). School Inclusion in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders in France : Report from the ELENA French Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 455-466. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04273-w>
- Feinstein, A. (2010). *A History of Autism : Conversations with the Pioneers*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444325461>
- Ferland, F. (2018). 4. Le modèle ludique : Cadre conceptuel. Dans *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie* (pp. 77-105). Montréal: Presses de l'Université de Montréal. (container-title: Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie). Repéré à <http://books.openedition.org/pum/13822>
- Giacardy, P., Viellard, M., Chatel, C., Jourdan, E., Avenel, E., Elissalde, S., ... Poinso, F. (2018). Troubles de la modulation sensorielle et difficultés adaptatives dans les

- troubles du spectre de l'autisme. *Archives de Pédiatrie*, 25(5), 315-321.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.05.005>
- Godde, A., Tsao, R., & Tardif, C. (2018). Évaluer et caractériser l'écriture manuscrite dans le trouble du spectre de l'autisme. *Enfance*, 2(2), 305-322. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-enfance-2018-2-page-305.htm>
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation : An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 16-23. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00736.x>
- HAS. (2010, mars). Autisme et autres troubles envahissants du développement. *Haute Autorité de Santé*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_935617/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement
- HAS. (2012, 8 mars). Autisme : La HAS et l'Anesm recommandent un projet personnalisé d'interventions pour chaque enfant. *Haute Autorité de Santé*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_1224096/fr/autisme-la-has-et-l-anesm-recommandent-un-projet-personnalise-d-interventions-pour-chaque-enfant
- HAS. (2018, février). Trouble du spectre de l'autisme—Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- HAS. (2021, septembre). Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire. *Haute Autorité de Santé*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/p_3287349/fr/accompagner-la-scolarite-et-contribuer-a-l-inclusion-scolaire
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Jones, E. K., Hanley, M., & Riby, D. M. (2020). Distraction, distress and diversity : Exploring the impact of sensory processing differences on learning and school life for pupils with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 72, 101515. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101515>
- Kamps, D., Leonard, B., Vernon, S., Dugan, E., Delquadri, J., Gershon, B., ... Folk, L. (1992). Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom. *Journal of applied behavior analysis*, 25, 281-8. <https://doi.org/10.1901/jaba.1992.25-281>
- Kurth, J., & Mastergeorge, A. (2010). Academic and cognitive profiles of students with autism : Implications for classroom practice and placement. *International Journal of Special Education*, 25, 8-14.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>

- Lefevère, G., & Alexandre, A. (2011). Apports de l'ergothérapie auprès d'enfants présentant une dyspraxie. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 31(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.06.001>
- Lefèvre Renard, G. (2006). Les grands axes de la rééducations en ergothérapie de la dyspraxie développementale. *Ergotherapies*.
- Lefèvre-Renard, G. (2017). L'accompagnement en ergothérapie de l'apprentissage du graphisme et de l'écriture. *Contraste*, 45(1), 179-201. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-179.htm?contenu=article>
- Mazeau, M. (2010). Les dyspraxies : Points de repères. *Archives de Pédiatrie*, 17(3), 314-318. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.10.016>
- Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2021a, avril). Stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme : Garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes. *Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports*. Repéré à <https://www.education.gouv.fr/strategie-nationale-2018-2022-pour-l-autisme-garantir-la-scolarisation-effective-des-enfants-et-des-11585>
- Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2021b, août). Les grands principes du système éducatif. *Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports*. Repéré à <https://www.education.gouv.fr/les-grands-principes-du-systeme-educatif-9842>
- Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2021c, 23 décembre). École inclusive. *Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports*. Repéré à <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo48/SSAA2127473J.htm>
- Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2022, mars). La scolarisation des élèves en situation de handicap. *Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse*. Repéré à <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-1022>
- Montague, M. (2008). Self-Regulation Strategies to Improve Mathematical Problem Solving for Students with Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*, (31), 37-44. <https://doi.org/10.2307/30035524>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (S.l.): (s.n.).
- Nader-Grosbois, N. (2007). *Chapitre 1. Vers un modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation?* (S.l.): Mardaga. (Bibliographie_available: 0Cairndomain: www.cairn.infoCite Par_available: 0page: 15-30container-title: Régulation, autorégulation, dysrégulation). Repéré à <https://www.cairn.info/regulation-autoregulation-dysregulation--9782870099322-page-15.htm>
- OMS. (2021, 1 juin). Principaux repères sur l'autisme. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Pereira, R. B. (2017). Towards inclusive occupational therapy : Introducing the CORE approach for inclusive and occupation-focused practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(6), 429-435. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12394>

- Philip, C. (2012). Scolarisation des élèves avec autisme en France : Trente ans d'histoire.... *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N° 60(4), 45-58. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2012-4-page-45.htm>
- Poirier, N., Paquet, A., Giroux, N., & Forget, J. (2005). L'intégration scolaire des enfants autistes. *Revue de psychoéducation*, 34, 265-286.
- Rattaz, C., Ledesert, B., Masson, O., Ouss, L., Ropers, G., & Baghdadli, A. (2013). La scolarisation des enfants avec Troubles du spectre autistique (TSA) en France : L'expérience d'enseignants en classe ordinaire et spécialisée. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 64(4), 255-270. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2013-4-page-255.htm>
- Rogers, S., & Benetto, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme. *Enfance*, Vol. 54(1), 63-73. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-enfance-2002-1-page-63.htm>
- Ronemus, M., Iossifov, I., Levy, D., & Wigler, M. (2014). The role of de novo mutations in the genetics of autism spectrum disorders. *Nature Reviews Genetics*, 15(2), 133-141. <https://doi.org/10.1038/nrg3585>
- Rossini et Tétéreault, E., Sylvie. (2020). *L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans : Guide de pratique* (1er édition). (S.I.): De Boeck Supérieur.
- Santé Publique France. (2020, mars). Autisme. Repéré à <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/autisme>
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2018, mai). La stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement | Handicap. Repéré à <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2020, juillet). fiche technique : Rattraper notre retard en matière de scolarisation. Repéré à https://handicap.gouv.fr/recherche?search_api_fulltext=autor%C3%A9gulation&wrapper_format=html&field_thematic_1=All&field_parent_sections=All&page=0
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2021a, mars). La stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement | Handicap. Repéré à <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2021b, avril). Engagement 3 | Handicap. Repéré à <https://handicap.gouv.fr/engagement-3>
- Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.02.002>
- Swinth, Y., Tomlin, G., & Luthman, M. (2015). Content Analysis of Qualitative Research on Children and Youth With Autism, 1993-2011 : Considerations for Occupational Therapy Services. *The American Journal of Occupational Therapy : Official*

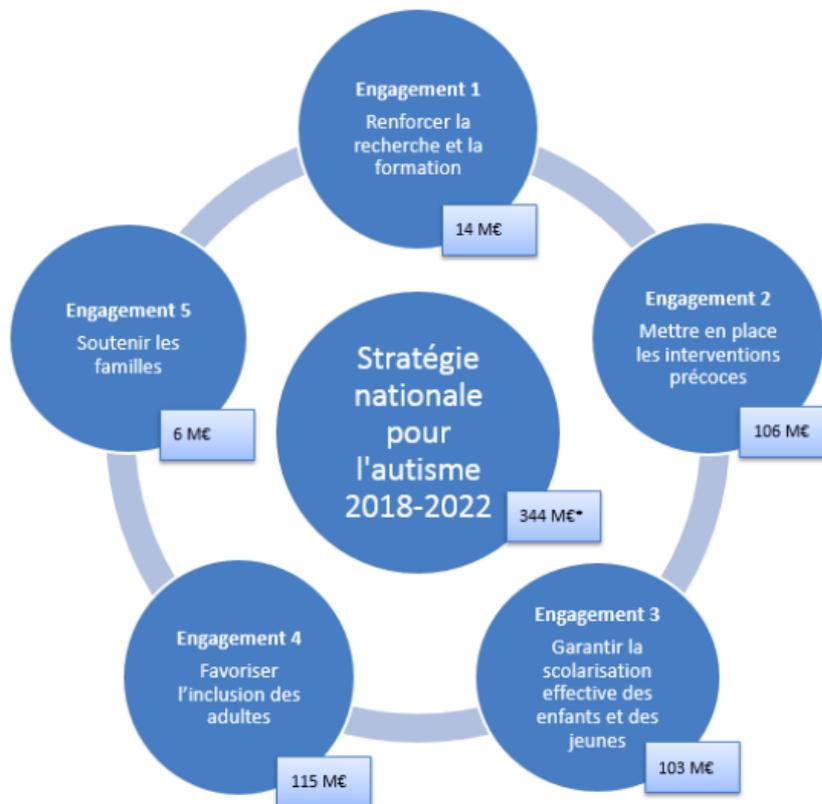
Publication of the American Occupational Therapy Association, 69(5), 6905185030p1-9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.017970>

- Tagne et Clermont, G. et G. (2014). L'enseignement explicite, une approche structurée pour faciliter l'apprentissage des compétences, 11.
- Thomazet, S. (2006). De l'intégration à l'inclusion. Une nouvelle étape dans l'ouverture de l'école aux différences. *Le français aujourd'hui*, 152(1), 19-27. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-le-francais-aujourd-hui-2006-1-page-19.htm>
- Thomazet, S. (2008). L'intégration a des limites, pas l'école inclusive ! *Revue des sciences de l'éducation*, 34(1), 123-139. <https://doi.org/10.7202/018993ar>
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders : A meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585-595. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>
- Tordjman, S. (2011). Evolution du concept d'autisme : Nouvelles perspectives à partir de données génétiques. *L'information psychiatrique*, 87(5), 393-402. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-5-page-393.htm>
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 533-547. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0494-y>
- Valeri, G., & Speranza, M. (2009). Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement. *Developpements*, 1(1), 34-48. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-developpements-2009-1-page-34.htm>
- WFOT, W. F. of O. (2012). Activities of Daily Living. *WFOT*. [text/html], WFOT. Repéré à <https://www.wfot.org/resources/activities-of-daily-living>
- Yu, Q., Li, E., Li, L., & Liang, W. (2020). Efficacy of Interventions Based on Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder : A Meta-Analysis. *Psychiatry Investigation*, 17(5), 432-443. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0229>
- Zeng, H., Liu, S., Huang, R., Zhou, Y., Tang, J., Xie, J., ... Yang, B. X. (2021). Effect of the TEACCH program on the rehabilitation of preschool children with autistic spectrum disorder : A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.025>
- Zumbrunn, S., Tadlock, J., & Roberts, E. D. (2011). Encourage Self Regulated Learning in the Classroom, 29.
- Zwaigenbaum, L., Brian, J. A., & Ip, A. (2019). Le dépistage précoce du trouble du spectre de l'autisme chez les jeunes enfants. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 433-443. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz120>

Annexes

Annexe I. Financement des 5 engagements du quatrième plan autisme	49
Annexe II. Organisation des concepts du modèle PEOP	50
Annexe III. Questionnaire	51
Annexe IV. Bilans et évaluations utilisés par les ergothérapeutes.....	62

Annexe I. Financement des 5 engagements du quatrième plan autisme



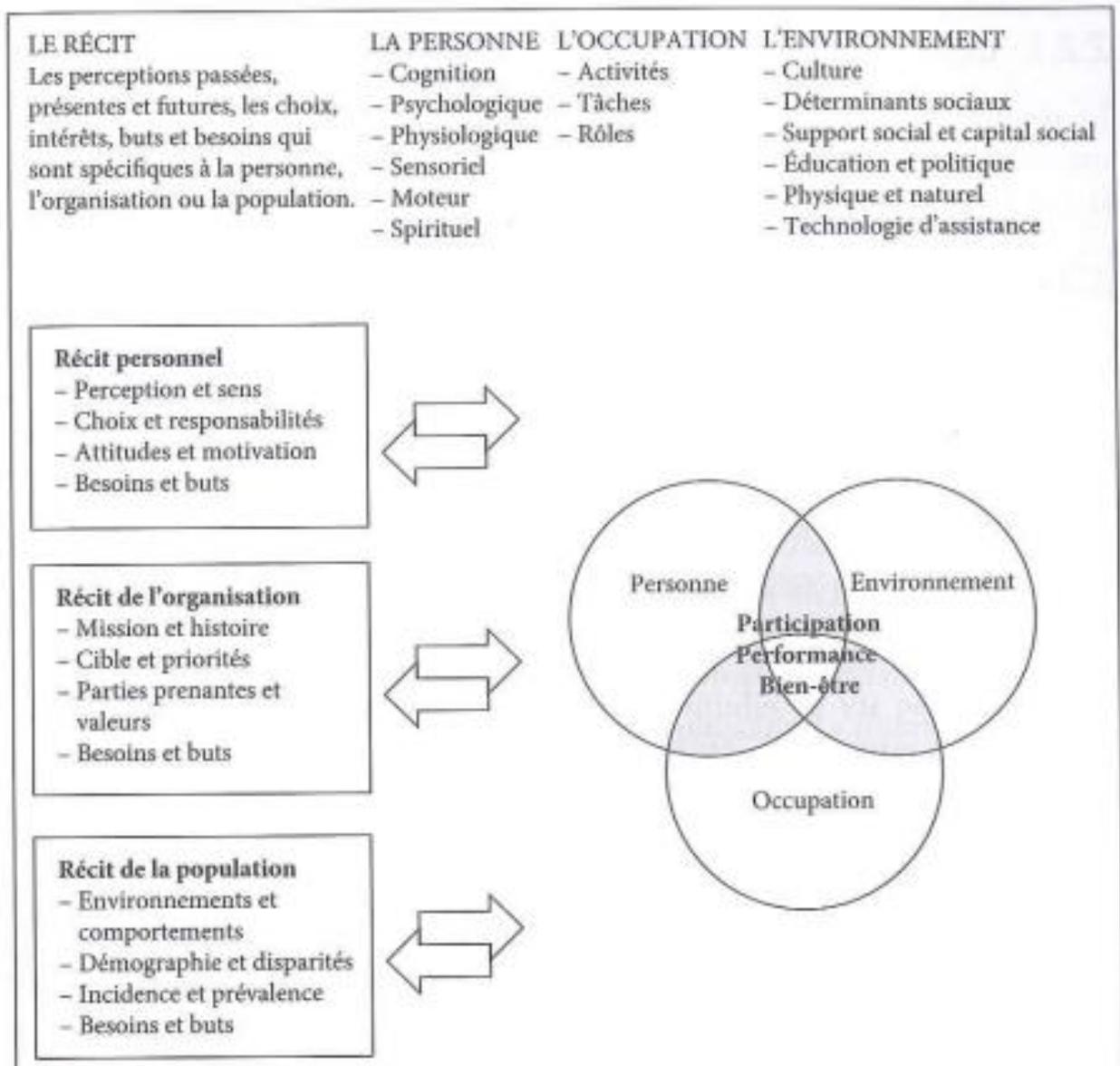
* 53 M€ seront repris du 3^{ème} plan autisme et ajoutés à celui-ci pour un total de 397 M€

Répartition budgétaire de la nouvelle enveloppe allouée à la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022

Repéré à : <https://comprendrelautisme.com/quatrieme-plan-autisme-2018-2022/>

Annexe II. Organisation des concepts du modèle PEOP

Figure 4. Organisation des concepts du modèle PEOP
(traduction libre, d'après Baum, Christiansen, & Bass, 2015, p. 54)



L'inclusion scolaire de l'enfant TSA par le biais du Dispositif d'Autorégulation (DAR)

Bonjour,

Je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation (ILFOMER) de Limoges (87) et vous sollicite pour le travail de fin d'étude que j'ai à mener.

Celui-ci porte sur les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et plus particulièrement sur l'inclusion scolaire des enfants, porteur de ce trouble, accompagnés par les Dispositifs d'Autorégulation (DAR).

Par son intermédiaire, mon objectif est de recueillir et d'analyser les pratiques des professionnels accompagnant ces enfants. De ce fait, je m'intéresse particulièrement aux bénéfices de l'ergothérapeute au sein de ces dispositifs-ci.

Ce questionnaire est entièrement anonyme. Le temps de passation est estimé à 10 minutes environ. Je vous remercie d'avance pour le temps que vous allez accorder à ce questionnaire.

Pour toutes questions, vous pouvez me contacter grâce à l'adresse mail suivante : pauline.begon@etu.unilim.fr

Merci à vous,

BEGON Pauline

Partie 1 : Faisons connaissance

1. vous êtes :

- un homme
 - une femme
-

2. Quel âge avez-vous ?

- de 25 ans
 - Entre 25 et 40 ans
 - Entre 40 et 55 ans
 - + de 56 ans
-

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?

4. Depuis combien d'années exercez-vous ?

5. Au sein de quel département exercez-vous ?

6. En quelle année a ouvert le DAR dans lequel vous exercez ?

Ou avez exercé si actuellement vous n'y travaillez plus

7. En quelle année avez vous été embauché dans ce dernier ?

Si vous n'êtes pas salarié du DAR merci de spécifier "non salarié + depuis quelle année" intervenez-vous dans celui-ci

8. Possédez vous des formations et/ou diplômes complémentaires (master, DU, formations ANFE...)

- Oui
 Non

8 bis. Lesquelles?

9. Quel ETP (équivalent temps plein) d'ergothérapie est dédié à votre poste d'ergothérapeute dans le DAR au sein duquel vous exercez ?

10. Comment est constitué l'équipe de votre DAR (remplissez selon ETP) ?

Professionnels éducatifs (ME, EJE, ES, AES, AMP)	<input type="text"/>
Psychologue	<input type="text"/>
AESH	<input type="text"/>
Enseignant d'autorégulation	<input type="text"/>
Cadres (coordonateur, chef de service)	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>

Si pas de "autres" mettre "/" dans la case

Partie 2 : Le Dispositif d'Autorégulation et l'accompagnement de l'enfant TSA

Un DAR (Dispositif d'AutoRégulation) est une offre de scolarisation qui s'inscrit dans le projet d'une école ainsi que dans le projet d'un service médico-social qui conjuguent leurs actions au sein de ce dispositif. L'autorégulation est une approche qui peut être décrite comme un ensemble de procédures d'ajustement volontaire, par l'apprenant lui-même, de ses conduites, stratégies et comportements. Elle vise ainsi à rechercher progressivement l'autonomie de l'apprenant dans un cadre inclusif.

11. Combien d'enfant TSA bénéficient de l'accompagnement du DAR ?

12. Au cours des accompagnements, utilisez-vous des méthodes comportementales ?

- Oui
- Non

12 bis. Si oui, laquelle/lesquelles?

- ABA
- TEACCH
- Autres (précisez)

13. Quel âge et quel niveau scolaire (dans quelle classe) ont les enfants que vous accompagnez ?

14. Intervenez vous sur l'évaluation ?

- Oui
- Non

14 bis. Si oui, lesquels (listez les évaluations utilisées normées ou non) ?

15. Quels sont vos champs d'intervention auprès de ces enfants ?

- Habiletés sociales, interaction
- Communication
- Cognition, métacognition
- Organisation, planification, fonctions exécutives
- Motricité fine, graphisme, écriture
- Intégration sensorielle
- Sélectivité alimentaire
- Motricité globale
- Autonomie dans les activités de vie quotidienne (brossage de dent, lavage de mains...)
- Adaptation (matériel, ordinateur...)
- Autres (précisez) :

16. A quelle approche / quel modèle conceptuel vous référez-vous dans votre pratique au sein du DAR ?

- Modèle systémique
- Modèle ludique
- Modèle hollistique
- MCRO (mesure canadienne du rendement occupationnel)
- PEOP (personne – environnement – occupation – performance)
- Autres (précisez)

17. Pour vous, sur quel point l'expertise de l'ergothérapeute vient compléter l'équipe globale (enseignants, éducateurs, psychologue...)

Partie 3 : sur le plan scolaire, méridien et périscolaire

18. Sur quelles difficultés des enfants TSA accompagnés intervenez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

- La lecture
 - L'expression écrite
 - Le graphisme
 - Géométrie
 - Les compétences mathématiques
 - Géographie
 - La manipulation des outils scolaires
 - Les interactions / les habiletés sociales
 - La communication
 - L'aspect sensoriel
 - Autres (précisez)
-

19. Comment travaillez-vous ces aspects au sein de la salle d'autorégulation du DAR ?

- En individuel dans la salle du DAR
 - En individuel dans la salle de classe
 - En groupe d'enfant mixte (TSA & neurotypiques) au sein de la salle de DAR
 - En groupe d'enfant mixte dans la salle de classe
 - En co-intervention dans la classe
 - Autres (précisez)
-

20. Intervenez vous sur l'aménagement / l'organisation du poste "d'élève" de l'enfant TSA dans sa classe de référence ?

- Oui
- Non

21. Avez-vous, en collaboration avec l'instituteur, pu aménager la classe entière ?

- Oui
 - Non
-

21 bis. Qu'avez-vous pu mettre en place en terme d'ergonomie ?

- Hauteur des pupitres ou des chaises
 - Emploi du temps visuel pour la classe
 - Balles sous les chaises pour diminuer le bruit
 - Structuration visuelle sur la table d'écolier de l'enfant TSA
 - Autres (précisez)
-

22. Lors de vos interventions en classe, avez vous ressentie une réticence, une gêne, de la part de l'instituteur (institutrice) quant à votre présence en classe ?

- Oui
 - Non
-

22 bis. Si oui, précisez les craintes et comment avez-vous pu y pallier :

22 bis 2. Si non, quels sont les retours et ressentis des enseignants ?

23. Intervenez-vous sur les temps repas à la cantine ?

- Oui
 - Non
-

23 bis. Si oui, que faites vous ? Qu'avez-vous pu mettre en place pour faciliter ce moment pour l'enfant TSA ?

- Structuration visuelle
 - Adaptation du mobilier
 - Travail sur le maintien des couverts et autres praxies (éplucher un fruit, ouvrir un emballage, se servir de l'eau...)
 - Sélectivité alimentaire
 - Autres (précisez)
-

24. Intervenez-vous sur le temps méridien (avant ou après la cantine) ?

- Oui
 - Non
-

24 bis. Si oui, quelles sont les orientations de vos interventions ?

- Accompagnement individuel : jeux de société, temps de relaxation...
 - Accompagnement en petit groupe mixte : jeux à plusieurs, activités motrices...
 - Accompagnement sur le groupe entier : développement des interactions, jeux...
 - Collaboration avec les professionnels de la mairie : développement des jeux/activités sur ce temps méridien
 - Autres (précisez)
-

25. Avez-vous constaté une évolution positive des résultats scolaires des enfants TSA entre le début de l'accompagnement au sein du DAR et aujourd'hui ?

- Oui
 - Non
-

26. En pourcentage, combien d'élèves accompagnés ont une évolutions significative entre le début de l'accompagnement et maintenant ?

- 25 %
 - 50 %
 - 75 %
 - 100 %
-

27. Pour vous, quels sont les progrès majeurs des élèves TSA entre le début d'accompagnement par le DAR et aujourd'hui ?

- au niveau de son statut d'élève
- au niveau pédagogique
- au niveau de la communication
- au niveau de ses compétences et de sa participation sociale
- autres (précisez)

Partie 4 : sur le plan familial et extra-scolaire

28. Vos interventions s'élargissent-elles à l'environnement familiale de l'enfant ?

- Oui
 - Non
-

28 bis. Si oui, que mettez-vous en place ?

- Evaluation des besoins parentaux et des besoins au domicile
 - Formation aux parents, aux proches
 - Pairing en début d'accompagnement
 - Accompagnement dans les activités de vie quotidienne
 - Généralisation des outils de l'école au domicile : séquentiel visuel, technique d'apprentissage, de régulation comportementale, d'alimentation...
 - Autres (précisez)
-

29. Dans votre travail avec les familles, quels sont vos mode d'intervention ?

- Entretiens et échanges à l'école
 - Guidance à domicile
 - Formation des familles
 - Intervention selon des méthodes d'ETP (Education Thérapeutique du Patient)
 - Autres (précisez)
-

30. Vos interventions au sein du DAR visent-elles l'accompagnement sur des activités extra-scolaires ?

- Oui
 - Non
-

30 bis. Si oui, l'accompagnez-vous directement lors de ses premières séances (type piscine, escalade, sports collectifs en club , équitation par exemple...) ?

- Oui
 - Non
-

30 bis 2. Dans vos accompagnements, visez vous l'estompage pour tendre vers l'autonomie de l'enfant dans les activités extra-scolaires ?

- Oui
 - Non
-

Partie 5 : ergothérapie et "bénéfices pour tous"

31. Pour vous, quels sont les "bénéfices pour tous" de l'ergothérapie dans votre DAR ?

- Ressource de l'ergothérapeute pour l'équipe médico-sociales, les enseignants et les élèves, analyse et transmissions des compétences
 - Techniques utilisées en lien avec le développement de l'enfant transposables pour tous les élèves
 - Collaboration de l'ergothérapeute avec les professionnels éducatifs, psychologues, enseignants, professionnels de la mairie...
 - Groupes mis en place par l'ergothérapeute bénéfiques aux enfants neurotypiques
 - Intervention sur classes entières
 - Rôle dans la prévention et pré dépistage des écarts de développement de tous les élèves
 - Autres (précisez)
-

32. Dans votre pratique d'ergothérapeute au sein du DAR, qu'avez-vous pu mettre en place aux "bénéfices de tous" ?

- Groupes graphisme
 - Groupes de motricité globale
 - Groupes sur les fonctions exécutives (planification, organisation, inhibition, flexibilité...)
 - Groupes d'habiletés sociales
 - Sensibilisation auprès des enseignants
 - Sensibilisation auprès des AESH
 - Sensibilisation auprès des professionnels de la mairie
 - Autres (listez vos actions)
-

33. En moyenne, auprès de combien d'enfant hors DAR êtes vous intervenus sur l'année scolaire 2021 /2022 ?

- 0
 - 1 à 5
 - 6 à 10
 - 11 à 15
 - 16 à 20
 - 21 à 25
 - 26 à 30
 - 30 et plus
-

Pour conclure

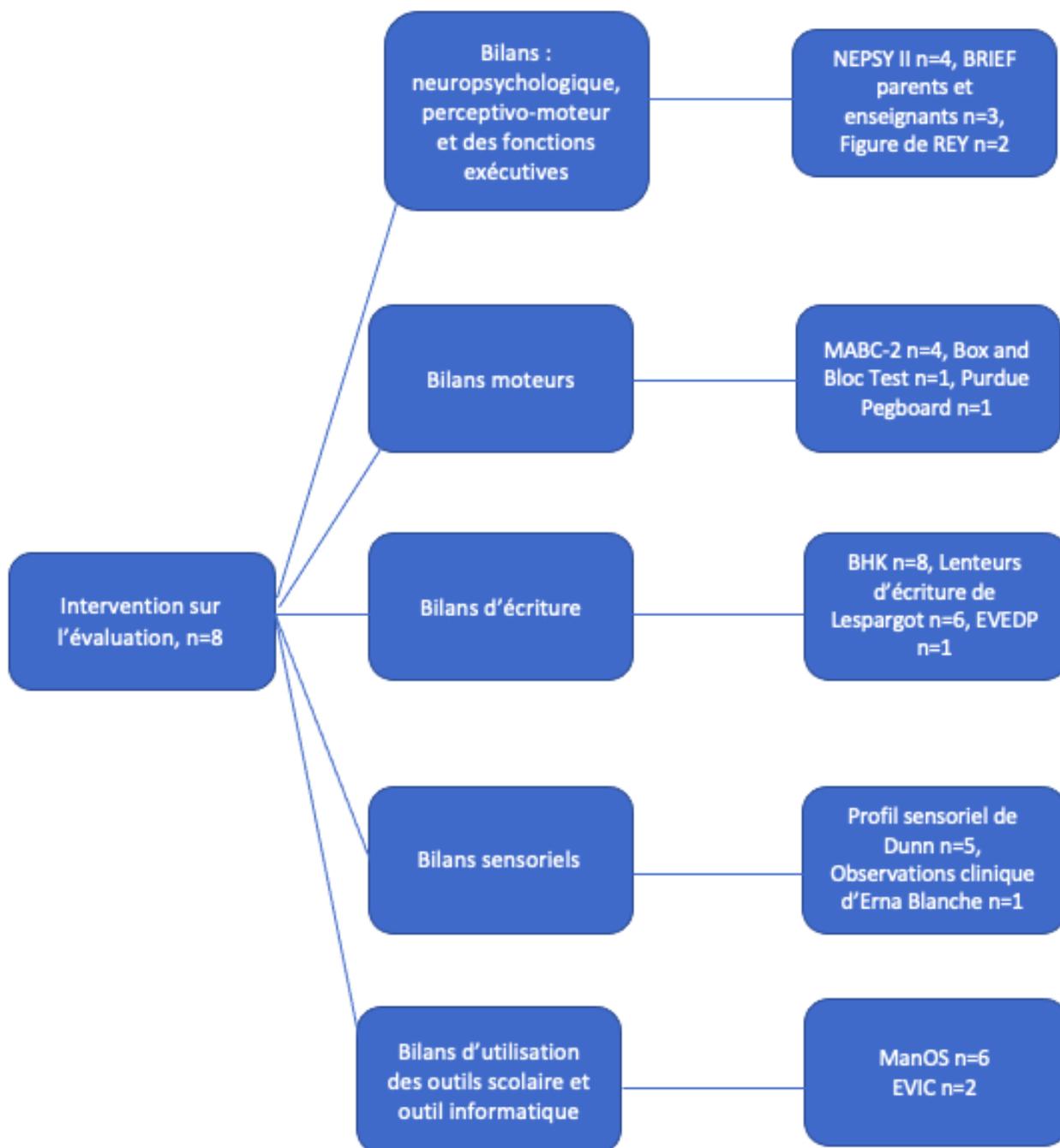
34. Pour conclure, quelles sont selon vous, les plus-values majeures de l'ergothérapeute au sein d'un DAR ?

Le questionnaire touche à sa fin...

Merci pour votre temps et votre participation à ce questionnaire. Mais avant de nous quitter :

Avez vous des remarques, des suggestions, des questions, concernant ce questionnaire ?

Annexe IV. Bilans et évaluations utilisés par les ergothérapeutes



Dispositif d'Autorégulation : l'ergothérapie au cœur de l'inclusion scolaire et bénéfiques pour tous.

Introduction : Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) touche environ un enfant sur 100 à la naissance. Le nombre de cas diagnostiqué ne cessent d'augmenter et les répercussions sur les plans scolaires, sociaux, moteurs et psychologiques ont des conséquences sur la qualité de vie de l'enfant. En France, ce trouble neurodéveloppemental est un véritable enjeu de Santé Publique. La loi du 11 février 2005 illustre cette volonté d'inclusion de l'enfant porteur de troubles autistiques au sein de l'école ordinaire via différents dispositifs ; le dispositif d'autorégulation est l'un d'eux. L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre une indépendance et une autonomisation de l'enfant dans ses milieux de vie. En intégrant l'équipe médico-social d'un dispositif d'autorégulation, il peut agir sur les différentes sphères de l'enfant puisqu'il est au plus près de lui : dans son école.

Méthode : L'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux des pratiques de l'ergothérapeute au sein du dispositif d'autorégulation pour favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant porteur de trouble autistiques. Ainsi, pour répondre à notre problématique, nous avons diffusé un questionnaire aux ergothérapeutes exerçant dans ce type de dispositif.

Résultats : L'analyse des résultats obtenus a mis en évidence les bénéfices de cet accompagnement pour l'inclusion scolaire de l'enfant porteur de troubles autistique mais également pour son accessibilité dans ses différents milieux de vie.

Conclusion : Par le biais de l'accompagnement de l'ergothérapeute dans ce dispositif il s'est avéré que le développement de nombreuses compétences, initialement déficitaires, a permis à l'enfant TSA d'évoluer au sein même du milieu ordinaire auprès des enfants typiques.

Mots-clés : Troubles du spectre de l'autisme, Inclusion scolaire, Ergothérapie, Dispositif d'Autorégulation, Collaboration.

Self-regulation device: occupational therapy at the heart of school inclusion and benefits for all.

Introduction: Autism Spectrum Disorders (ASD) affect approximately 1 in 100 children born. The number of diagnosed cases is constantly increasing and the repercussions on the academic, social, motor, and psychological levels have consequences on the quality of life of the child. In France, this neurodevelopmental disorder is a real public health issue. The law of February 11, 2005 illustrates this desire to include children with autistic disorders in the regular school environment via various devices; the Self-regulation Device is one of them. The objective of the occupational therapist is to allow the child to be independent and autonomous in his or her living environment. By integrating the medico-social team of a Self-regulation Device, he can act on the different spheres of the child since he is close to him: in his school.

Method: The objective of our study is to establish an inventory of the practices of occupational therapists working in the self-regulation system to promote the inclusion of children with autistic disorders in school. To answer our question, we distributed a questionnaire to occupational therapists working in this type of device.

Results : The analysis of the results showed the benefits of this accompaniment for the school inclusion of the child with autistic disorders but also for his accessibility in his different living environments.

Conclusion: As a result of the occupational therapist's accompaniment in this device, it turned out that the development of many skills, initially deficient, allowed the ASD child to evolve within the ordinary environment with typical children.

Keywords : Autism Spectrum Disorders, School inclusion, Occupational Therapy, Self-regulation Device, Collaboration.

