

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

**L'ergothérapie et l'inclusion scolaire des enfants avec un Trouble
du Spectre de l'Autisme : Les recommandations de la Haute
Autorité de Santé**

Analyse comparative des pratiques en ergothérapie par rapport aux
recommandations de la Haute Autorité de Santé

Mémoire présenté et soutenu par
Lorine VOLAY

En juin 2025



Figure 1 : L'inclusion scolaire

Mémoire dirigé par Lou DECONCHAS
Ergothérapeute

Membres du jury
Mme. Lou DECONCHAS, Ergothérapeute DE
Mme. Emilie BICHON, Ergothérapeute DE
M. Achille TCHALLA, Référent Universitaire

Remerciements

Au terme de ce travail, qui marque la fin de mes études et d'une période de vie importante, je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Ce projet n'aurait pas pu aboutir sans le soutien, les conseils et l'encouragement de nombreuses personnes, que je souhaite ici remercier.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, **Lou DECONCHAS**, pour son précieux accompagnement et sa grande disponibilité tout au long de ce travail. Son expertise et ses conseils avisés ont été essentiels à l'aboutissement de cette recherche.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers mes professeurs, Madame **Émilie BICHON**, Madame Audrey **VIGIER**, Monsieur **Thierry SOMBARDIER** et Monsieur **Patrick TOFFIN**, qui nous ont accompagnés et guidés depuis le début de la formation, ainsi qu'à Monsieur **Stéphane MANDIGOUT** pour son aide précieuse dans ce travail de recherche.

J'adresse une affection particulière à **Clémence L.**, **Clémence R.** et **Morgane M.** pour leur soutien tout au long de ces trois années, leurs précieux conseils et les merveilleux moments d'amitié partagés.

Enfin, un immense merci à mes **parents**, mon **frère** et **Nicolas** pour leur soutien indéfectible, leur patience et leurs encouragements tout au long de cette aventure.

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 :

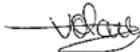
Je soussignée Lorine VOLAY

**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 mercredi 28 mai 2025

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 plagitaire) 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 plagitaire 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 Ergothérapie

Session de mai 2025

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Lorine VOLAY

Etudiante 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 : mercredi 28 mai 2025

Signature de l'étudiante



Glossaire

ABA : Applied Behaviour Analysis

CO-OP : Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance

DAR : Dispositif d'autorégulation

EREA : Les établissements régionaux d'enseignement adapté

ESDM : L'Early Start Denver Model

HAS : Haute Autorité de Santé

INS : intégration neurosensorielle

LEA : Lycées d'enseignement adapté

LPAD : Learning Propensity Assessment Device

MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées

PEI : Programme d'Enrichissement Instrumental

PPS : Projets personnalisés de scolarisation

RBPP : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

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

TND : Trouble du Neurodéveloppement

TSA : Trouble du Spectre Autistique

UEEA : Unités d'enseignements en élémentaire autisme

UEMA : Unités d'enseignement en maternelle autisme

ULIS : Unités localisées pour inclusion scolaire

Table des matières

Table des illustrations	9
Introduction.....	1
Présentation de la pathologie	3
1. Histoire.....	3
2. Epidémiologie	3
3. Etiologie	4
4. Critère de diagnostic : la dyade autistique	5
4.1. Déficit persistante de la communication et des interactions sociales.....	5
4.2. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités	6
5. Les troubles dans l'autisme	6
5.1. Troubles moteurs	6
5.2. Troubles cognitifs	6
5.3. Troubles émotionnels et comportementaux	7
5.4. Troubles sensoriels.....	7
6. Les troubles associés	8
6.1. La déficience intellectuelle.....	8
6.2. Le Trouble de l'attention et de l'hyperactivité	8
6.3. Le trouble des apprentissages	9
L'inclusion scolaire	10
1. Généralités	10
2. Politique en matière d'inclusion scolaire	10
3. Plan autisme	11
4. Les dispositifs pour l'inclusion scolaire	12
5. L'enfant autiste à l'école	12
Les pratiques en ergothérapie	14
1. Définitions et modèle conceptuel	14
2. La pratique de l'ergothérapeute en pédiatrie	15
3. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'autisme	15
3.1. Méthode TEAACCH	16
3.2. Méthode ABA.....	16
3.3. Le programme DENVER (L'Early Start Denver Model)	17
3.4. Les autres méthodes énoncées par la HAS.....	18
3.4.1. Méthode des 3i.....	18
3.4.2. Méthode Feuerstein	18
3.4.3. Méthode Padovan	18
3.4.4. Méthode Floortime	19
3.4.5. Méthode Doman-Delacato	19
Problématisation.....	20
Méthodologie	21
1. Objectif de l'étude	21
2. Population ciblée par l'étude	21
3. Outil méthodologique	21
3.1. Choix de l'outil.....	21
3.2. Détail du questionnaire	22

3.2.1. Présentation du professionnel	22
3.2.2. La population accompagnée.....	22
3.2.3. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	22
3.2.4. Les pratiques des professionnels	22
3.3. Démarche expérimentale	23
4. Procédure d'analyse des résultats	23
Résultats.....	24
1. Identités des professionnels	24
2. Identité de la population accompagnée	26
3. Pratiques des ergothérapeutes	27
Discussion	32
1. Contexte de l'étude.....	32
2. Interprétation des résultats	32
2.1. Réponse à la question de recherche.....	32
2.2. Utilisation des méthodes des RBPP par les ergothérapeutes.....	32
2.2.1. Cadre du pratique	33
2.2.2. L'utilisation des méthodes.....	33
2.2.3. Contraintes et difficultés perçues.....	34
2.3. Mise en application d'autres méthodes	35
2.3.1. Méthodes inscrites dans les RBPP	35
2.3.2. Les autres méthodes	35
2.3.2.1. L'approche CO-OP	36
2.3.2.2. L'intégration Neurosensorielle	36
3. Caractère généralisable et limites de l'étude	37
4. Perspectives d'évolution.....	37
Conclusion.....	38
Références bibliographiques	39
Annexes.....	48

Table des illustrations

Figure 1 : L'inclusion scolaire	1
Figure 2 : Sexe-ratio (n=57)	24
Figure 3 : Âges des ergothérapeutes répondant (n=57)	24
Figure 4 : Lieux d'activité des ergothérapeutes (n=57)	25
Figure 5 : Années d'activités auprès d'enfant TSA	25
Figure 6 : Fréquence d'intervention auprès des enfants TSA (n=57)	25
Figure 7 : Formation ou information au TSA (n=57)	26
Figure 8 : Age des enfants accompagnés (n=57)	26
Figure 9 : Les lieux de l'inclusion scolaire (n=57)	27
Figure 10 : Le temps d'inclusion scolaire (n=57)	27
Figure 11 : Méthodes utilisées par les professionnels (n=57)	28
Figure 12 : Fréquence d'utilisation des méthodes (n=40)	28
Figure 13 : Formation des professionnels selon les méthodes (n=40)	29
Figure 14 : Raisons des difficultés de mise en œuvre des méthodes (n=25)	29
Figure 15 : Facilité de mise en place des méthodes selon l'environnement (n=40)	30
Figure 16 : Besoins pour s'aligner aux recommandations (n=57)	30
Figure 17 : Autres méthodes utilisées (n=16)	31

Table des tableaux

Tableau 1 : Professionnels au niveau régional (n=57)	24
Tableau 2 : Fréquence d'utilisation des méthodes (n=40)	29

Introduction

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un **trouble neurodéveloppemental** qui se diagnostique par la **dyade autistique**. Celle-ci comprend 2 caractéristiques : **un déficit de communication et d'interactions sociales** et **un caractère retreint et répétitif des comportements, intérêts ou des activités**. Le trouble du spectre autistique apparaît de **manière précoce** dans le développement de l'enfant. Les répercussions sur la vie de la personne sont nombreuses et rendent leur intégration plus complexe au niveau sociétal. Au niveau scolaire cela induit notamment des difficultés d'apprentissage, d'interactions avec les camarades. (Crocq & Guelfi, 2015).

Les études estiment que **1% de la population générale** présente un TSA. (OMS, 2023) Le ministère du travail, de la santé et des solidarités évalue à **7 500 le nombres de naissances** par an d'enfants ayant un TSA. Cela représente **1% des naissances** sur une année. Ainsi, le TSA s'inscrit dans une dynamique de santé publique en raison de sa prévalence et d'inclusion scolaire. (Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles, 2021)

Depuis la **loi du 11 février 2005**, sur l'égalité des droits et des chances, plusieurs actions ont été mises en place pour accroître la scolarisation des enfants en situation de handicap. Leur offrant ainsi les mêmes opportunités d'apprentissage. En **2005, seules 18% des enfants en situation de handicap étaient scolarisés contre 32 % en 2011**.

Concernant les enfants avec un TSA, le ministère de la jeunesse et des sports recense **40% d'inclusions scolaires** sur les **35 000** enfants TSA en âge d'être scolarisés. Cependant, ce temps d'inclusion est majoritairement partiel (LE LAIDIER, Sylvie. & PROUCHANDY, Patricia., 2012). Le **plan national autisme 2018-2022** témoigne de l'envie ainsi que de l'importance d'augmenter les temps de présence à l'école. Les prévisions pour les années futures ainsi que la synthèse qui en découle, mettent en lumière les actions à venir en matière d'inclusion. (Plan autisme, 2018)

Le parcours reste encore long avant d'atteindre une scolarisation complète de ces enfants, mais des progrès significatifs témoignent d'une évolution positive en matière d'inclusion scolaire.

L'ergothérapie est une profession recommandée dans la prise en charge des enfants avec TSA. L'ergothérapeute intervient auprès de cette population afin d'améliorer leurs **interactions sociales** et leurs **compétences de communication**, développer leur **autonomie** et adapter leur **environnement** (ANFE, 2023). L'ergothérapeute contribue à l'inclusion scolaire des enfants atteints de TSA par la mise en œuvre de ses diverses compétences.

Au cours d'un stage en SESSAD, auprès d'enfants ayant un TSA, j'ai pris conscience de l'importance que pouvait avoir l'école sur l'apprentissage et le développement de l'enfant. Les défis liés à l'inclusion scolaire rencontrés lors de ce stage m'ont particulièrement sensibilisée à ce sujet. Il m'a semblé ainsi évident d'aborder cette question afin d'en comprendre les enjeux et les ressources en faveur de la scolarisation.

Je me suis alors questionnée sur les recommandations énoncées à propos de l'inclusion scolaire. Ne constatant pas l'application des méthodes en vigueur, j'ai souhaité observer au niveau national si ses méthodes étaient effectivement mises en pratique ou non. Je me suis

alors orientée vers une démarche d'analyse de pratique en ergothérapie en lien avec l'inclusion scolaire chez les enfants ayant un TSA.

Cet état des lieux de la pratique en ergothérapie a donc pour objectif de recenser les interventions mis en place en France. L'objectif étant de vérifier si les pratiques s'alignent avec les recommandations énoncées.

Dans le cadre de ce mémoire, nous commencerons par une étude du TSA. Nous aborderons ensuite les difficultés rencontrées dans le cadre de la scolarisation des enfants présentant ces troubles, avant de présenter les recommandations actuelles en lien avec ses difficultés. À travers une analyse de pratique professionnelle, menée en France, nous recueillerons des données qui seront ensuite discutées, afin de constater quels outils sont mis en place.

Présentation de la pathologie

1. Histoire

Le mot autisme provient du grec **autos** qui signifie « soi-même ». C'est en 1943 que le pédopsychiatre Léo Kanner est le premier à décrire « l'autisme ». A cette époque, il utilisait le terme « **réaction schizophrénique infantile** » pour désigner le trouble du spectre autistique. Dans les années 80, cette appellation évolue et est définie dans les DSM-III. L'autisme est alors regroupé dans **les troubles globaux ou retards globaux**. Dans ses mêmes années, la psychiatre anglaise Lorna Wing aborde à nouveau ce syndrome, qu'elle nomme **Syndrome d'Asperger**. (Das Merces, 2021a).

En 1994, le DMS-IV et la CIM-10 établissent la catégorie des **troubles envahissants du développement** (TED), également appelés « pervasive developmental disorders », pour classer l'autisme. Les TED regroupent ainsi l'autisme, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant non spécifié. (Hjalmarsson, 2014). En 1996 l'autisme est reconnu comme un handicap en France. (Catherine Barthélémy, 2018)

L'année 2012 marque un nouveau virage dans la manière de voir l'autisme, avec l'apparition du DSM-V. L'autisme est alors défini comme « **trouble du spectre de l'autisme** » et sort ainsi des TED. Les troubles sensoriels sont ainsi mis en lumière dans cette appellation et la déficience intellectuelle ne s'inscrit plus dans les sous catégories de l'autisme (Hjalmarsson, 2014)

En 2015, le terme « **trouble du neurodéveloppement** » (TND) fait son apparition dans le DSM-V. Il est noté que les troubles du spectre autistique s'intègrent à cette nouvelle appellation générale. Celle-ci regroupe d'autres troubles, telle que : le trouble du développement intellectuel, les troubles dys aujourd'hui appelés troubles des apprentissages, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. (Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles, 2021)

2. Epidémiologie

La prévalence de ce trouble augmente depuis ces dernières années. Cette augmentation peut se justifier par différents facteurs, tel que la définition des critères de diagnostic, une détection plus précoce ainsi qu'une présence accrue des campagnes de prévention et d'informations. (Malika Delobel-Ayoub, 2019)

En effet, dans les années 60, la prévalence de l'autisme chez les enfants étaient estimée entre 0,4 et 0,5 pour 1 000 enfants. Dans les années 80, soit 30 ans après, la prévalence était estimée à 2,4 pour 1 000 enfants. Et celle-ci continue d'augmenter en 2005, avec une prévalence 1,7 à 4 pour 1 000 enfants. (Hjalmarsson, 2014). Cette évolution de diagnostic impacte également la prévalence au niveau du sexe ratio. Elle correspond actuellement à **3 hommes pour 1 femme**, contre 4 hommes pour 1 femme, par le passé. Il semble qu'un biais diagnostique lié aux critères de genre influence le diagnostic chez les filles. (Loomes et al., 2017).

Actuellement, dans la population mondiale, **1% des personnes présentent un TSA**. Cependant, la prévalence de certains territoires reste encore inconnue. (OMS, 2023)

La HAS estime à **5% la présence de troubles neurodéveloppements** sur l'ensemble du territoire français. Ce qui correspond à 35 000 naissances en un an (Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles, 2021). Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, **en France 700 000 personnes** présentent un TSA. Chez les jeunes de moins de 20 ans cela représente 100 000 personnes. (Catherine Barthélémy, 2018)

3. Etiologie

Le trouble du spectre autistique a une **origine multifactorielle**. Cependant, il semble avoir une influence plus forte du facteur génétique (Malika Delobel-Ayoub, 2019)

Les études estiment que **20 à 30 % de cas sont liés à un gène connu**. En 2019, **140 gènes** sont mis en évidence, comme étant à l'origine d'un TSA. (Das Merces, 2021)

Il existe une importante **composante héréditaire**, avec une probabilité de 3 à 10 % que l'enfant à naître présente un TSA si un membre de la fratrie en est déjà atteint. (Yates & Le Couteur, 2016). Il semble que la composante héréditaire soit importante. En effet, le risque d'avoir un enfant avec un TSA est 50 fois plus élevé, lorsque l'un des enfants de la fratrie est déjà atteint de ce trouble, comparé à la population générale. (Das Merces, 2021)

Cette étude regroupe différents principes d'anomalie génétique : **l'anomalie chromosomique** et la **mutation d'un gène isolé**. L'anomalie chromosomique correspond à la délétion d'un gène. La mutation d'un gène isolé quant à elle correspond au syndrome lié à l'X ou la sclérose tubuleuse par exemple. (Marcelli & Cohen, 2016)

Il est envisageable que différents gènes à faible effet interviennent par des mécanismes épigénétiques. De plus, il semble possible que des facteurs environnementaux influencent l'expression du phénotype. (Yates & Le Couteur, 2016)

Des recherches en cours visent à déterminer si l'environnement, durant les périodes prénatale, périnatale et néonatale, pourraient influencer l'apparition d'un TSA. L'étude se centre notamment sur les critères de pollution de l'air, d'agents infectieux, des métaux lourds, des médicaments ou encore des perturbateurs endocriniens. Cependant, ces facteurs influencent d'autres éléments à risque, les rendant ainsi plus vulnérables. (Das Merces, 2021)

Ses autres facteurs de risque se déclinent sous différents items :

- **Facteurs familiaux** : âge avancé des parents, dépression maternelle, présence d'un autre enfant atteint de TSA dans la fratrie.
- **Facteurs socioéconomiques** : migration, pauvreté
- **Facteurs toxiques pendant la grossesse** : pollution, médicament
- **Grossesses pathologiques** : saignement, éclampsie
- **Problème à l'accouchement** : présentation en siège, césarienne, retard de croissance intra-utérine, grossesse multiple
- **Pathologie précoce du bébé** : prématurité, hyperbilirubinémie, petit poids/taille de naissance, encéphalopathie, souffrance néonatale, hypoxie néonatalité (Marcelli & Cohen, 2016)

Cette méta-analyse contredit l'idée que la vaccination contre la rubéole pourrait être une cause du développement d'un TSA. Ainsi, le programme de vaccination selon les directives nationales est toujours d'actualité. (Taylor et al., 2014)

4. Critère de diagnostic : la dyade autistique

Le DSM-5 introduit de nouveaux critères de diagnostic pour le TSA, remplaçant l'ancienne triade autistique par une classification en **dyade autistique**. (Crocq & Guelfi, 2015)

La dyade regroupe ainsi les deux critères suivants : **le déficit de la communication et des interactions sociales** ainsi que **le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités**.

À ces deux critères s'ajoutent, le fait que les symptômes doivent apparaître **dès les premières étapes du développement**, qu'ils doivent avoir un **impact significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel**, et dans d'autres domaines importants. Enfin, le trouble ne doit **pas être attribuable à un handicap intellectuel ou à un retard global du développement**. (Crocq & Guelfi, 2015)

Ses critères de diagnostic peuvent être mis en évidence chez le jeune enfant. Cependant, le diagnostic est généralement établi plus tard au cours du développement. (OMS, 2023)

4.1. Déficit persistante de la communication et des interactions sociales

L'action de communiquer implique deux personnes, l'émetteur et le récepteur. La communication permet de transmettre, d'informer l'autre. Lorsque l'on communique on utilise **l'expression verbale** par les mots, mais aussi **l'expression non verbale**. Celle-ci s'identifie aux gestes, mimiques effectuées lorsque l'on communique. (Joly Bruno, 2009)

L'interaction sociale se définit comme une relation entre deux individus où les comportements de chacun sont influencés par la présence et les actions de l'autre. Pour qu'il y est une interaction sociale il faut que les deux parties soit présentes en « coprésence ». (Marc & Picard, 2016)

Pour les personnes ayant un TSA, leurs fonctions de communication et d'interactions sociales sont altérées. Ces deux domaines sont généralement impactés, bien qu'il existe une grande diversité dans la manière dont ces difficultés se manifestent d'une personne à l'autre. Ses déficits de communication ont un impact permanent tout au long de leur vie. Ils se divisent en 3 axes :

- **Le déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle** se caractérise par des anomalies dans l'approche sociale, le fait d'avoir une conversation bidirectionnelle normale. Elle s'exprime également par des difficultés à partager les intérêts, les émotions ou les affects des autres. Parfois la personne ayant un TSA est en incapacité d'initier des interactions sociales ou de répondre à celles-ci.
- **Le déficit des comportements de communication non verbaux** correspond à une intégration défective de la communication verbale et non verbale. Elle peut se traduire par des anomalies du contact visuel et du langage corporel. Cette difficulté peut s'étendre à un déficit de la compréhension et utilisation des gestes, voir une absence totale d'expression non verbale et faciale.
- **Le déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations** représente des difficultés d'ajustement du comportement en lien avec les contextes sociaux et des difficultés à partager avec les autres. (Crocq & Guelfi, 2015)

4.2. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités

Tout comme pour les difficultés de communication, les comportements et les intérêts des personnes avec un TSA se manifestent de façon très diverse, et varient d'un individu à l'autre. Ces comportements et intérêts atypiques sont une caractéristique essentielle du TSA, et leur expression peut se décliner sous quatre formes :

- **Un caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage.** Il peut s'exprimer sous la forme de stéréotypie motrices simples, d'activité d'alignement ou de rotation d'objet, d'écholalie ou des phrases idiosyncrasiques (phrases inadaptées, hors contexte)
- **Une intolérance au changement, une adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.** Ses différents éléments peuvent se caractériser par une détresse extrême induite par de faible changement, ou encore des difficultés à gérer les transitions. Les manières de faire sont ritualisées et les modes de pensée sont rigides.
- **Des intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but.** Il représente par exemple un attachement à des objets insolites ou préoccupation particulière pour ces objets. L'intérêt est excessivement limité à une chose ou persévérant.
- **Une hyperréactivité ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.** La personne peut alors être indifférente à la douleur ou à la température, présenter une non-réaction à des sons ou à des textures spécifiques. Certaine personne ayant un TSA peuvent présenter une fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements ou un attrait excessif à toucher certains objets. (Crocq & Guelfi, 2015)

5. Les troubles dans l'autisme

5.1. Troubles moteurs

Les troubles moteurs associés à l'autisme ont été abordés pour la première fois par Damasio et Maurer en 1978. Ces troubles semblent liés à un **dysfonctionnement neurologique**. Ils se manifestent par diverses perturbations, comme des dystonies, des mouvements ralents (bradykinésies) ou, à l'inverse, des mouvements excessifs (hyperkinésies). Il est également possible de constater des anomalies du tonus musculaire, accompagnées de postures anormales et d'une asymétrie faciale. (Rogers & Benetto, 2002)

Dans l'autisme, ce sont surtout les aspects complexes du fonctionnement moteur qui sont affectés, comme la coordination visuomotrice, rendant difficile la manipulation d'objets ou les ajustements posturaux. Certains auteurs suggèrent d'associer la dyspraxie TSA pour expliquer les difficultés de planification et de séquençage des mouvements (HAS, 2010). Ses difficultés motrices engendrent des répercussions en société et dans les conduites motrices. (CAUCAL & BRUNOD, 2021)

5.2. Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs associés aux TSA sont fréquemment liés à des domaines tels que la mémoire, la théorie de l'esprit et l'adaptation au changement. Les personnes avec un TSA présentent souvent des difficultés à **mémoriser** des informations en lien avec le contexte.

La théorie de l'esprit chez les personnes avec un TSA, est souvent déficiente. Cela induit une difficulté à attribuer un état mental aux autres ou à soi-même.

L'adaptation au changement engendre des problèmes majeurs. Les changements au niveau des lieux, des horaires, des activités, classe/école et tous autres modifications entraînent énormément de stress chez les personnes avec un TSA. Ces difficultés sont liées aux particularités dans le traitement des stimuli inhabituels et à leur difficulté à identifier les éléments essentiels.

Elles peuvent affecter la manière dont les individus perçoivent, comprennent et interagissent avec le monde qui les entoure. (HAS, 2010)

5.3. Troubles émotionnels et comportementaux

Une **altération dans la régulation des émotions** et une **intolérance à la frustration** sont observées chez les enfants TSA. Leur état émotionnel est plus fluctuant que la moyenne, et ils éprouvent des difficultés à exprimer leurs propres émotions ainsi qu'à comprendre celles des autres. (Samson et al., 2015)

Ce déficit s'explique par une difficulté à **reconnaitre et analyser les stimuli** émotionnels. Ces difficultés émotionnelles peuvent induire des troubles du comportement parfois problématique. Cela peut engendrer de l'irritabilité, des accès de colère, de l'agressivité et des comportements autodestructeurs et des stéréotypies. L'aménagement de l'environnement ou la mise en place de comportements alternatifs vise à réduire ses **comportements problèmes**. (HAS, 2010)

5.4. Troubles sensoriels

Les difficultés sensorielles s'expriment au niveau de la réception du stimulus mais également par l'absence de transformation de ce stimulus. L'information est alors chargée de sens après réception. Les particularités sensorielles apparaissent sur **les sept sens** : l'audition, la vision, le goût, l'olfaction et le tact vestibulaire et proprioceptif. Ces sens nous permettent une mise en relation avec le monde extérieur.

De manière générale les personnes avec un TSA présentent des **hypersensibilités** ou des **hyposensibilités** en réponse au stimuli sensoriel. Pour une même stimulation donnée, l'hypersensibilité se caractérise par une réponse excessive tandis que l'hyposensibilité se traduit par une réponse faible, voire inexistante. (Das Merces, 2021b)

Les personnes avec un TSA peuvent avoir des difficultés à **faire abstraction des bruits de fond** entraînant ainsi une fatigue auditive et des difficultés à communiquer. Une **hypersensibilité visuelle** mais aussi une **recherche de stimuli** peut également entrer en jeu dans le TSA. Tout comme une **hypersensibilité olfactive** qui peut alors engendrer un dégoût pour une odeur ou un goût. Cette aversion pour une odeur ou un goût peut ensuite entraîner chez l'enfant un refus de consommer certains aliments. Enfin, **l'hyperesthésie cutanée**, souvent présente, peut procurer un grand stress chez la personne TSA. Par exemple, le simple effleurement comme une main sur l'épaule peut induire ce stress. (CAUCAL & BRUNOD, 2021)

6. Les troubles associés

Les TSA sont régulièrement associés à d'autres troubles comme des problèmes du sommeil, d'anxiété ou encore la présence d'épilepsie. (Catherine Barthélémy, 2018)

Selon les études, 45 à 86% des enfants ayant un TSA présentent des **troubles du sommeil** associés. Ils s'expriment par des insomnies ou des difficultés à l'endormissement. (HAS, 2010) Concernant l'**épilepsie**, elle affecte 5 à 40 % de sujets ayant un TSA. Ces pourcentages sont largement supérieurs à la moyenne de la population générale qui est de 0,5 à 1% (Amiet et al., 2010)

Les difficultés alimentaires, quant à elles, présentent également un trouble associé à l'autisme. Il est présent chez 80 à 90% des enfants avec TSA. (Luisier et al., 2019)

Le DSM-V justifie d'une grande variété d'expressions du TSA, s'associant ainsi qu'à d'autres troubles, comme la **déficience intellectuelle**, le **trouble de l'attention et de l'hyperactivité** ou encore **le trouble des apprentissages**. (Crocq & Guelfi, 2015)

6.1. La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle, en tant que trouble du développement neurologique, **affecte plusieurs domaines cognitifs**, notamment la compréhension verbale, la mémoire de travail, le raisonnement perceptif et quantitatif, ainsi que la pensée abstraite et l'efficacité cognitive. (Crocq & Guelfi, 2015)

Cette déficience intellectuelle s'associe **près de la moitié des cas au TSA**. L'enfant TSA peut ainsi présenter des déficiences intellectuelles et une altération du langage plus ou moins sévère. (Adrien et al., 2016)

La déficience intellectuelle entraîne des répercussions sur les compétences **langagières réceptives et expressives**. Ses difficultés langagières impactent, par exemple, la lecture qui est alors plus complexe. Ces faiblesses dans ce domaine perturbent ainsi la suite de la scolarité de ses élèves. (Meuli, 2024)

La mémoire de travail, aussi impactée par la déficience intellectuelle, joue un rôle important dans les difficultés rencontrées au quotidien. La mémoire de travail est mise en jeu dans la réalisation des tâches complexes de la vie quotidienne, dans le raisonnement, l'apprentissage et la compréhension. (Baddeley, 2000)

6.2. Le Trouble de l'attention et de l'hyperactivité

L'association du trouble de l'attention et de l'hyperactivité avec un TSA est assez fréquente. (Hjalmarsson, 2014). Ce trouble se caractérise par un **mode persistant de l'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité** qui impacte le fonctionnement et le développement de la personne.

- **L'inattention** se caractérise par une difficulté à maintenir son attention, une désorganisation. Il n'est cependant pas associé à un manque de compréhension ou à un déni de la personne.
- **L'hyperactivité** se caractérise par une activité motrice excessive sur des moments inappropriés. Cela s'exprime par des tapotements de doigt ou des bavardages par exemple. (Crocq & Guelfi, 2015)

Ce déficit attentionnel et l'hyperactivité de l'enfant entravent ainsi son apprentissage au niveau scolaire. Cela accentue des difficultés éducatives. (Hjalmarsson, 2014)

6.3. Le trouble des apprentissages

Au cours des années préscolaires, des retards dans les capacités d'attention, de langage ou motrices peuvent apparaître, et ceux-ci peuvent persister par la présence d'un trouble spécifique des apprentissages.

Les troubles spécifiques des apprentissages font partie des troubles du neurodéveloppement, ils provoquent **des anomalies de fonctionnement cognitifs**.

Des difficultés au niveau de la **lecture** de mots isolés, de la **compréhension de la lecture**, de **l'expression écrite** et de **l'orthographe**, du **calcul arithmétique** et du **raisonnement mathématique** sont caractéristiques du trouble spécifique des apprentissages. (Crocq & Guelfi, 2015).

Ses difficultés se caractérisent dans les domaines :

- **La lecture** : Environ 35%, des enfants avec un TSA ont une lecture inférieure à la norme. Ils effectuent ainsi plus d'erreurs dans la phonologie des mots lors de la lecture. On peut ajouter à cela, ceux qui sont non ou peu verbaux. Et selon les profils, ceux en capacité de faire la différence entre les mots et non-mots. (Vale et al., 2022)
- **L'expression écrite et le graphisme** : La production écrite est quant à elle d'une qualité inférieure à la moyenne. Elle s'explique par une difficulté de coordination motrice qui engendre une difficulté dans la production correcte des lettres, avec des lettres de plus grande taille. La vitesse impacte énormément la qualité de l'écriture. (Godde et al., 2018)
- **Calcul arithmétique** s'apparente à la résolution des calculs (addition, soustraction, multiplication et division). Les difficultés rencontrées se portent sur la maîtrise des procédures de calculs, l'utilisation des stratégies, le stockage ou la récupération des faits arithmétiques. (Noël et al., 2020)
- **Le raisonnement mathématique** est complexe et rend la résolution de problèmes difficile. Les difficultés de raisonnement s'associent aux problèmes de lecture aggravant les troubles du raisonnement. (Noël et al., 2020)

Les troubles de l'apprentissage entraînent des perturbations sur l'apprentissage et l'évolution des compétences sociales. Ils ne découlent pas juste d'un manque d'opportunité d'apprentissage ou d'un enseignement inadapté. (Crocq & Guelfi, 2015)

La variabilité d'expression du trouble spectre de l'autisme impacte profondément le quotidien des personnes concernées, notamment chez l'enfant, où ils influent sur les apprentissages scolaires. Ces enfants se retrouvent confrontés à d'autres problématiques à l'école. Cela souligne l'importance de mettre en place un accompagnement adapté et d'une inclusion scolaire réfléchie, pour répondre efficacement à leurs difficultés dans ce domaine.

L'inclusion scolaire

1. Généralités

L'inclusion scolaire se définit comme un **principe pédagogique** où l'objectif est de réunir au sein d'une même classe tous les enfants sans faire de distinction. Pour répondre aux difficultés spécifiques de chacun, un soutien adapté est souhaitable, afin d'apporter à tous les mêmes chances d'apprentissage.(Ministère de la culture, 2018)

L'inclusion scolaire a pour objectif de garantir une scolarisation de la maternelle au lycée dans de bonnes conditions, tout en assurant **un enseignement de qualité**. La mise en œuvre de l'école inclusive représente un enjeu primordial pour **l'égalité des droits et des chances** énoncées par la loi. Elle permet ainsi de rendre **les savoirs et la connaissance accessibles à tous**, quel que soit leurs besoins éducatifs spécifiques. (Ministère de l'éducation nationale, 2024)

En 2019, la loi abaisse l'obligation d'inscription à l'école **à 3 ans et cela jusqu'à 16 ans**. (L'obligation scolaire (Article L131-1 à L131-13), 2024) Ainsi, tous les enfants qui atteignent l'âge de 3 ans au cours de l'année civile doivent commencer leur instruction à partir de la date fixée pour la rentrée scolaire. (Eduscol, 2023a)

Selon la loi, dans **Article L131-1-1**, l'école a pour rôle de fournir tous les éléments fondamentaux et les connaissances de base pour permettre à tout un chacun de développer sa personnalité et son esprit critique afin d'entrer, par le futur, dans une vie sociale et professionnelle. (L'obligation scolaire (Article L131-1 à L131-13), 2024)

2. Politique en matière d'inclusion scolaire

La loi **11 février 2005**, sur l'égalité des droits et des chances, a été un tournant dans la vision du handicap et son accessibilité. Suite à cette loi, diverses actions ont été mises en place, notamment pour accroître la scolarisation des enfants en situation de handicap. Leur offrant ainsi les mêmes opportunités d'apprentissage. En découle de cette loi les notions d'accessibilité et de compensation.

L'accessibilité dans le milieu se traduit notamment par un accès aux locaux et au matériel nécessaire pour apprendre. Mais également par la mise aux normes des locaux et des équipements.

La compensation quant à elle se matérialise par l'accompagnement des élèves en situation de handicap (AESH), ou encore le droit au transport adapté. (LE LAIDIER, Sylvie. & PROUCHANDY, Patricia., 2012). Elle se caractérise également par des **aménagements scolaires** tel qu'une réduction du nombre d'heures, une dispense de certaines activités, un temps supplémentaire pour réaliser les examens, des textes aérés, ou encore l'utilisation de l'outil informatique et un emplacement en classe spécifique adapté aux besoins de l'enfant. (Mon parcours handicap, 2023)

Différents outils et actions ont été mis en place afin de répondre aux besoins des enfants en situation de handicap en matière de scolarisation. **Les projets personnalisés de scolarisation** (PPS) créés pour répondre aux besoins liés au handicap, s'appliquent dans tous les établissements scolaires ordinaires ou spécifiques. Ils permettent aux enfants en situation de handicap d'avoir accès à des aménagements au niveau du matériel ou de l'aide

humains. Ils sont accordés par la MDPH (maison départementale des personnes en situation de handicap). (Direction de l'information légale et administrative, 2024)

Pour mettre ses PPS en place, il existe **les équipes de suivi de scolarisation** (ESS) qui permettent de concevoir le PPS, de le mettre en place et de le réévaluer si nécessaire. Ses ESS se composent de l'enseignant référent, des autres enseignants qui accompagnent l'enfant, du chef d'établissement, du psychologue scolaire, des professionnels de santé et des services sociaux. (Les équipes de suivi de la scolarisation. (Articles D351-10 à D351-16), 2025)

Le **8 juillet 2013** la loi sur l'orientation de programmation pour la refondation de l'école de la république, introduit pour la première fois la notion « **d'école inclusive** » et change ainsi la manière de concevoir la scolarisation.(Orientation et programmation pour la refondation de l'école de la république - Loi n°2013-595, 2013)

Les axes de travail autour de l'inclusion ont continué avec la stratégie nationale de l'autisme de 2018. Elle a eu pour objectif de rendre l'école plus inclusive en **personnalisant les parcours** jusqu'à une insertion professionnelle et sociale. Par le biais de **formation des professionnels** sur l'ensemble du territoire. Mais également en augmentant l'accès à l'école pour les enfants avec un TSA par la création de dispositifs de scolarisation. (Plan autisme, 2018)

Loi du **15 novembre 2024** concerne la scolarisation en milieu ordinaire des élèves avec un TND. Elle exprime que chaque académie pour le primaire et chaque département pour le secondaire, devra prévoir d'ici 2027, au **moins un dispositif** consacré à la scolarisation en milieu ordinaire. De plus, chaque établissement scolaire devra s'assurer de la présence d'un ou plusieurs relais ou référent pour l'inclusion de ses élèves. Enfin la loi stipule une formation des équipes pédagogiques sur la manière d'enseigner et d'accueillir ses élèves.(Améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement-Loi n° 2024-1028, 2024)

3. Plan autisme

Depuis la loi du 11 février 2005 divers plans autisme se sont succédés afin de répondre aux problématiques rencontrées par cette population. Le quatrième plan uniquement centré sur l'autisme effectif du 2018 à 2022 recense les **projets en matière d'accompagnement** dans le TSA notamment le plan de **l'inclusion et de la scolarisation**.

Après trois plans successifs sur l'autisme (2005-2007, 2008-2010, 2013-2017), la stratégie nationale pour l'autisme dans les troubles du neurodéveloppement définit les actions prioritaires à mettre en œuvre pour la période 2018-2022. (Plan autisme, 2018)

La stratégie TND 2023-2027 définit les principaux axes de travail pour les années à venir, en mettant de nouveau l'accent sur l'importance de l'apprentissage. Elle se concentre notamment sur la formation des enseignants à l'adaptation pédagogique et sur le suivi des périodes de transition, en particulier entre le collège et le lycée. Par ailleurs, cette stratégie prévoit des actions de soutien visant à garantir l'accès à l'enseignement supérieur et à favoriser la réussite des étudiants.(Stratégie 2023-2027, 2023)

4. Les dispositifs pour l'inclusion scolaire

Afin de répondre aux besoins des élèves avec TSA, différents dispositifs d'appui et d'accueil ont été mis en place. On retrouve notamment les unités localisées pour inclusion scolaire (**ULIS**), les unités d'enseignement en maternelle autisme (**UEMA**), les unités d'enseignements en élémentaire autisme (**UEEA**), la section d'enseignement général et professionnel adapté (**SEGPA**), les dispositifs d'autorégulation (**DAR**). Les établissements régionaux d'enseignement adapté (**EREA**), Lycées d'enseignement adapté (**LEA**). Enfin, en complément de ses dispositifs on retrouve l'accueil dans les établissements médico-sociaux. (Ministère de l'éducation nationale, 2024)

Les **ULIS**, permettent un accueil pour tout type de handicap dont l'autisme. Elles permettent d'allier les besoins de l'élève à l'objectif d'apprentissage. Ses unités font partie intégrante d'un établissement scolaire. Elles proposent un apprentissage et des conditions de travail adaptés (Ministère de l'éducation nationale, 2015)

Les **UEMA**, sont rattachées à des établissements médico-sociaux et s'intègrent également à un établissement scolaire. Elles proposent aux élèves de maternelle avec autisme, un cadre de scolarisation adapté à leurs besoins. Elles permettent un accueil de 7 enfants entre 3 et 6 ans. (Eduscol, 2023b)

Les **UEEA** sont elles aussi rattachées à un établissement médico-social et implantées dans une école. Elles permettent l'accueil de 10 élèves avec un TSA, de classe d'âge de l'école élémentaire. (Eduscol, 2023b)

Les **DAR** quant à eux sont des dispositifs inclusifs pour 10 élèves avec un TSA. Ils permettent la mise en place du droit commun. Il s'appuie sur le processus d'autorégulation qui permet de maîtriser ses pensées, ses comportements et émotions afin de s'investir pleinement dans les apprentissages. Ils sont en lien avec les établissements médicaux sociaux. Les DAR interviennent de la primaire au lycée. (Eduscol, 2023b)

Enfin les **SEGPA**, interviennent pour les élèves du collège. Elles proposent des temps d'apprentissage et de projet communs avec les élèves des autres classes du collège. Elles s'étendent vers des formations professionnelles similaires à un BAC +2. (Eduscol, 2024)

Au-delà des dispositifs d'inclusion scolaire, on retrouve la mise en place **d'AESH** (accompagnants d'élèves en situation de handicap). Ces professionnels permettent un accompagnement individuel ou mutualisé au sein de classe ordinaire. Ils aident l'enfant sur le plan pédagogique par exemple dans la compréhension de consignes, la rédaction des cours ou recentrer l'enfant sur l'exercice. (Plan autisme, 2018)

5. L'enfant autiste à l'école

En 2016, avant la mise en place de la stratégie autisme 2018, 30 000 enfants autistes étaient scolarisés. En classe d'élémentaire, plus de la moitié des 35 000 enfants autistes en âge d'être scolarisés ne serait pas inscrit à l'école. (Pelloux et al., 2018)

De nombreux dispositifs ont été mis en place pour répondre aux difficultés d'inclusion scolaire, suite à cette stratégie nationale 2018. Cependant en 2019, 50 % des enfants atteints d'un TSA étaient scolarisés en France. (Chastang et al., 2019). En 2021, 67 % d'enfants autistes sont scolarisé à plein temps. (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, 2021)

En 2024, ce sont 600 enfants avec un TSA qui entreront en plus à l'école. Cela correspond à 47 000 élèves autistes scolarisés dans le milieu ordinaire. (Stratégie 2023-2027 des TND, 2021)

La proportion d'enfants autistes scolarisés augmente au vu des politiques publiques mises en œuvre, mais encore un grand nombre d'entre eux n'ont pas accès à une scolarité.

Leurs difficultés d'inclusion scolaire s'expliquent également par les besoins spécifiques. Ils rencontrent des difficultés en milieu scolaire notamment dans les domaines suivants : le langage, la compréhension d'une consigne, se repérer dans l'environnement spatio-temporel, la gestion des intérêts retenus et répétés, l'environnement sonore et visuel ou la gestion des interactions sociales et les périodes de transition. Ses difficultés nécessitent la mise en place d'un accompagnement spécifique, parfois compliqué à mettre en place. (Pangrani & Picard, 2022)

Les enfants ont ainsi besoin d'une **structuration de leurs environnements** pour faciliter leur concentration et leurs apprentissages. Ils ont un **besoin de visualisation** des informations pour intégrer les savoirs de manière durable. (Deprez, 2018)

Il convient de rappeler que **l'environnement familial** des élèves exerce une influence majeure sur leur parcours scolaire, l'acquisition des connaissances. Les conditions de vie des parents, ainsi que leurs ressources économiques et culturelles, impactent plus ou moins favorablement la réussite éducative de l'enfant. Il sera donc plus ou moins facile d'instaurer des mesures adaptées au domicile de l'enfant. (INSEE, 2020)

Alors que l'école joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des enfants, il est important de souligner que près de 40 % des enfants avec un TSA n'ont pas accès à l'école et à l'apprentissage. Face à leurs besoins spécifiques, l'intervention de professionnels qualifiés reste essentielle pour répondre efficacement à leurs difficultés et garantir une inclusion véritable.

Les pratiques en ergothérapie

1. Définitions et modèle conceptuel

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui agit dans le **processus d'adaptation**, de **réadaptation** et **d'intégration sociale** des personnes. C'est un expert du lien entre la santé et les activités de la vie quotidienne. Il a pour objectif d'aider les personnes à retrouver une **autonomie** et une **indépendance** dans les activités de la vie quotidienne. (ANFE, 2023)

Dans le champ de l'autisme, l'ergothérapeute intervient au niveau des **difficultés d'interactions sociales** et **compétences de communication**, afin de développer **l'autonomie et d'adapter l'environnement**. (HAS, 2012)

Les ergothérapeutes apportent un **rôle de facilitateur et de sensibilisation** dans la compréhension des **besoins d'apprentissage** des enfants avec TSA. Ils interviennent également en **soutien** au niveau de l'école et des parents. (Pamela Carrera, 2023)

Pour ce faire, il adopte une **approche écologique**, qui prend en compte les interactions complexes entre la personne, ses occupations et son environnement, afin de proposer des interventions plus personnalisées et efficaces.

Ce modèle semblable à celui de la systémie, permet d'analyser le comportement d'un individu. Il prend en compte l'influence entre ce qui compose l'individu et l'ensemble de l'environnement dans lequel il évolue.

Le modèle écologique définit :

- **L'ontosystème**, correspond à la personnalité de l'enfant, ce qui le caractérise en tant qu'individu.
- Les **microsystèmes** qui englobent les interactions entre l'enfant et son entourage proche, tels que l'école, les parents ou les amis.
- Les **mésosystèmes** font référence aux relations entre les différents microsystèmes de l'enfant.
- **L'exosystème** englobe la famille élargie, les amis, le voisinage et l'ensemble des intervenants rapidement accessibles dans l'environnement de l'enfant.
- Le **macrosystème** qui impacte l'ensemble des autres systèmes. On retrouve notamment le contexte politique, économique, social et culturel du pays où résident l'enfant.
- Le **chronosystème** correspond aux événements vécus par l'enfant qui vont venir impacter sa vie. Ses événements de vie peuvent avoir lieu dans l'intimité comme au niveau national. (HAS, 2021)

Le parcours scolaire d'un enfant résulte de l'interaction entre ses caractéristiques individuelles et les systèmes de son environnement. Les acteurs de cet environnement peuvent, volontairement ou non, favoriser ou freiner son bien-être et son épanouissement. Ainsi, accompagner un enfant dans son parcours nécessite d'intervenir à la fois sur lui-même et sur l'articulation des systèmes qui l'entourent. (Annexe I)

2. La pratique de l'ergothérapeute en pédiatrie

La pratique de l'ergothérapie en pédiatrie se centre sur les occupations de l'enfant. Ses occupations varient selon l'âge de l'enfant comme le coloriage, le dessin, les activités scolaires, le vélo etc...

Au cours de leur développement, les enfants se constituent un réel répertoire occupationnel. Ce **répertoire occupationnel est réduit** chez les enfants en situation de handicap. Dans l'autisme cette réduction s'explique par la dyade autistique et l'ensemble des troubles associés. (ANFE, 2019a)

Les ergothérapeutes axent leurs pratiques sur l'enfant et son entourage comme une approche **collaborative et partenariale** visant à favoriser les occupations. L'entourage englobe ainsi les parents, la fratrie, et l'ensemble des proches qui accompagnent l'enfant au quotidien (Elizabeth A. Townsend & Hélène J. Polatajko, 2013).

Cette **co-construction** repose sur plusieurs principes fondamentaux : une relation égalitaire entre la famille et les intervenants, une prise de décision basée sur le consensus, et un accompagnement de l'ergothérapeute pour aider la famille à trouver des solutions et à prendre des décisions (Santinelli, 2012). L'ergothérapeute travaille également en collaboration avec divers acteurs du domaine médical, éducatif et social. (ANFE, 2019a). Cette approche se lie au modèle écologique, en centrant la pratique sur l'enfant et son entourage

L'ergothérapeute en pédiatrie cherche à évaluer les obstacles et les ressources de l'environnement dans le but d'adapter les occupations des enfants. Il axe sa pratique afin d'atteindre l'épanouissement dans le cadre du projet de vie de l'enfant. L'analyse des dimensions physiques, sociales, institutionnelles et culturelles de son environnement permet d'identifier les facteurs facilitant ou limitant sa performance occupationnelle. (ANFE, 2019a)

3. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'autisme

Les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) diffusées par la Haute Autorité de Santé concernent les professionnels travaillant auprès de cette population. Les RBPP préconisent un début de prise en charge précoce entre **18 mois et 4 ans**, sur une période **d'au moins 2 ans**.

Pour répondre aux difficultés rencontrées par les enfants autistes à l'école et dans leur quotidien, des méthodes spécifiques ont été élaborées pour leur apporter un soutien. .(HAS, 2012)

Pour rappel, le terme « recommandation » renvoie à l'idée de conseiller ou de guider, sans impliquer de caractère obligatoire (Pierre Larousse, 1851). Ainsi, les recommandations de la HAS se présentent comme des **lignes directrices** basées sur des preuves, destinées à orienter les pratiques cliniques, mais n'impliquent **pas une obligation d'utilisation**.

Cependant, la HAS est une instance reconnue qui joue un rôle essentiel dans la pratique des professionnels de santé. En tant qu'autorité publique indépendante à caractère scientifique, elle éclaire les décisions des pouvoirs publics, **accompagne les professionnels** dans l'optimisation de leurs pratiques et organisations, et aide les usagers à renforcer leur capacité à choisir. Il est possible de suggérer que la majorité des professionnels axe leur pratique sur ses recommandations. (HAS, 2024)

Les RBPP recommandent l'utilisation de la **méthode TEACCH** qui porte sur le traitement et l'éducation des enfants avec un TSA ou handicap de la communication. La **méthode ABA** qui

elle permet une analyse du comportement. Et enfin le programme **DENVER** qui lui permet de travailler sur le développement de l'enfant.

Leurs efficacités ont été démontrées en 2011 à moyen terme en comparaison à des pratiques combinées. Elles influencent ainsi sur le quotient intellectuel, les compétences de communication et le langage. Elles montrent une amélioration dans ces domaines pour 50% des cas. En ce qui concerne les comportements adaptatifs, une amélioration modérée a été notée. Ces résultats ont été exclusivement démontrés chez l'enfant. (HAS, 2012)

La HAS indique également l'existence d'autres méthodes pour lesquelles un manque d'informations empêche leur intégration aux recommandations. (HAS, 2012)

3.1. Méthode TEAACCH

La **méthode TEACCH** (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*) a été conçue en Caroline du Nord en 1964. Cette méthode c'est répandu en Europe et s'est mise en place dans les années 1990 en France.

Cette méthode répond à des conditions et demande une certaine rigueur méthodologique. La méthode doit se **centrer sur le patient** et nécessite d'être adaptée à chaque besoin. C'est une méthode d'éducation qui a pour but de favoriser les apprentissages. Sa mise en œuvre nécessite une formation. (Dionisi, 2013).

Ce programme permet de **structurer** et **organiser** l'environnement, le matériel et les procédures d'enseignement. L'objectif étant de **développer les compétences** des enfants autistes et **réduire leurs difficultés liées aux comportements**, afin qu'ils puissent se réinsérer dans la société. Cette méthode permet également de développer le langage expressif, de la réciprocité sociale.

Elle comprend 4 aspects :

- **L'organisation physique** qui se réfère à l'organisation de la zone d'apprentissage en fixant un cadre et des limites pour les activités demandées.
- **Les horaires** permettent d'organiser l'environnement de manière temporelle, que ce soit au quotidien ou à l'échelle hebdomadaire. L'enfant peut ainsi se repérer et savoir quand ont lieu les activités.
- **Les systèmes de travail individuels** renseignent l'enfant sur les attentes liées à une séance de travail.
- **L'organisation visuelle** met en œuvre des supports visuels afin de décrire le but de l'activité.

Plusieurs facteurs influencent le programme TEACCH, tels que la **durée totale** de la prise en charge (sur plusieurs semaines), **l'intensité**, la répartition du nombre d'heures sur la semaine et le lieu d'intervention, que ce soit à domicile ou dans la structure d'accueil, et le **profil de la population** ciblée. (Zeng et al., 2021)

Cette méthode permet ainsi de répondre aux difficultés que rencontre les enfants avec un TSA à l'école, tel que le fait de se repérer dans l'environnement spatio-temporel.

3.2. Méthode ABA

La méthode ABA (*Applied Behaviour Analysis*) se rapporte à la science comportementale et se réfère aux principes de Skinner et Pavlov. Cette méthode a pour objectif d'améliorer les

comportements et les compétences sociales, cognitives et langagières. (Bernard Paulais et al., 2018)

Cette méthode vise à **modifier les comportements** associés aux troubles du spectre de l'autisme en utilisant des interventions comportementales et développementales. Son objectif principal est de **développer les compétences** de l'enfant dans tous les domaines afin de favoriser son insertion sociale, sa régulation émotionnelle, ses capacités d'apprentissage et son autonomie.

Cette approche repose **sur l'analyse des comportements** pour identifier les influences de l'environnement et développer des stratégies adaptées pour les modifier. Pendant les séances, le professionnel sélectionne les matériaux pédagogiques et utilise des renforcements positifs, souvent extrinsèques afin d'engager l'interaction.

En parallèle, la méthode **valorise les intérêts et les motivations** naturelles de l'enfant pour restaurer et développer la **communication**, ainsi que les **interactions sociales**. Le contexte d'apprentissage est essentiel : les activités et rituels sont soigneusement choisis pour susciter l'intérêt de l'enfant et s'inscrire dans des situations variées et adaptées à ses besoins. (HAS, 2012)

Cette méthode aide à surmonter les difficultés rencontrées par les enfants avec un TSA à l'école, notamment dans la gestion des interactions sociales.

3.3. Le programme DENVER (L'Early Start Denver Model)

Le programme Denver de son nom **L'Early Start Denver Model** (ESDM) est créé aux Etats-Unis par deux psychologues, Sally Rogers et Geraldine Dawson. Cette méthode s'apparente à un réel modèle conceptuel et une manière de penser.

C'est un programme qui se base sur une intervention individualisée.

La méthode s'appuie sur des techniques d'analyses appliquées du comportement semblable à la méthode ABA et sur l'utilisation de renforçateurs en lien direct avec les intérêts de l'enfant. Elle a pour objectif de développer **la réceptivité et l'intérêt pour les signes sociaux**. Cette méthode agit sur les **comportements et permet d'accroître les capacités sociales, motrices et de communication** de l'enfant. Pour répondre à cet objectif, le programme s'axe sur un travail d'imitation et l'alternance imitateur/imité.

Pour mettre en place cette méthode les professionnels s'appuient sur une **grille détaillée** afin d'évaluer les compétences de l'enfant. Cette grille permet ensuite de construire le plan d'intervention et les objectifs d'apprentissage. Cette évaluation se fait régulièrement afin de suivre l'évolution de l'enfant jusqu'à une généralisation dans différents milieux.

Pour réaliser des interventions centrées sur ce programme, le professionnel doit bénéficier d'une formation. (Poirier et al., 2023)

Cette méthode vise à aider les enfants avec un TSA à l'école en leur apportant un soutien dans la gestion des intérêts restreints et répétitifs, le développement des interactions sociales et l'amélioration de leur communication.

Cette étude met en lumière les difficultés liées à la mise en œuvre de cette méthode. L'aspect financier apparaît comme un point central, marqué par un manque de ressources, une pénurie de formateurs et des coûts de formation élevés. (Poirier et al., 2023)

Les méthodes TEACCH, ABA et le programme Denver sont **reconnues** pour leur efficacité dans la prise en charge de l'autisme, notamment en ce qui concerne les difficultés et les problématiques liées à l'inclusion scolaire. Elles viennent répondre à des problématiques rencontrées à l'école et dans le quotidien des enfants avec un TSA.

Cependant, les études **manquent de précision concernant la mise en application** de ces méthodes, en termes de professionnels impliqués et de fréquence d'utilisation. A notre connaissance, il n'existe **aucun référentiel** encadrant l'utilisation de ces méthodes sur le terrain. Et de manière plus spécifique, aucun sur la pratique des ergothérapeutes.

3.4. Les autres méthodes énoncées par la HAS

La HAS mentionne d'autres méthodes qui ne sont pas recommandées en raison d'un manque de données sur leur efficacité. Cependant, des études futures pourraient être menées. Il est important de ne pas les exclure définitivement et d'actualiser régulièrement ses connaissances. Ses méthodes sont les suivantes : méthodes des 3i, méthode Feuerstein, méthode Padovan ou réorganisation neurofonctionnelle, méthode Floortime ou Greenspan, méthode Doman-Delacato (HAS, 2012).

3.4.1. Méthode des 3i

La méthode des 3i utilise le jeu pour aider l'enfant dans son développement de manière naturelle et progressive. Elle repose sur une **interaction individuelle intensive pour traiter progressivement les déficits de développement** de l'enfant, en tenant compte de ses spécificités sensorielles. Gérée par les parents et des soignants sélectionnés, elle implique une stimulation continue de 5 à 6 heures par jour, 7 jours sur 7. Une particularité de cette approche est l'implication de nombreux soignants, souvent non professionnels du TSA, qui apportent chacun leur manière de jouer et leur enthousiasme. Après une sélection et une formation initiale, ces intervenants participent à des séances mensuelles supervisées par un psychologue.(Favrot-Meunier et al., 2019)

3.4.2. Méthode Feuerstein

La **méthode Feuerstein**, est une approche cognitive visant à améliorer les capacités d'apprentissage et d'adaptation des individus. Elle est destinée à des enfants présentant des troubles cognitifs. Cette méthode repose sur l'idée que l'intelligence n'est pas fixe, mais qu'elle peut être développée grâce à une médiation appropriée. La méthode repose sur la **modificabilité cognitive structurelle**, qui désigne l'évolution des performances cognitives. Elle s'appuie également sur **l'apprentissage médiatisé**, c'est-à-dire l'interaction entre un médiateur (un proche de l'enfant) et l'enfant. De plus, elle intègre des **programmes spécifiques**, tels que :

- **LPAD** (Learning Propensity Assessment Device) est un outil d'évaluation utilisé pour identifier les potentialités d'apprentissage
- **PEI** (Programme d'Enrichissement Instrumental) est un ensemble d'exercices utilisé pour améliorer la réflexion, la résolution de problèmes et l'autonomie cognitive.

Les performances cognitives des enfants peuvent ainsi être modifiées. (Kozulin et al., 2010)

3.4.3. Méthode Padovan

La méthode Padovan ou réorganisation neurofonctionnelle a été créé par Béatrice Padovan dans les années 70. Cette méthode est utilisée auprès des personnes ayant des troubles neurologiques tel que le TSA ou la paralysie cérébrale. Elle vise **l'amélioration de l'organisation du système nerveux et la stimulation des voies neuronales et des aires associatives**. (Gauthier-Boudreault et al., 2016)

La méthode stimule le système nerveux par la réalisation de mouvements répétitifs. Elle agit sur le langage, la motricité globale et fine afin d'impacter positivement le quotidien.

Lors d'une séance basée sur la méthode Padovan l'enfant effectue différents gestes aux niveaux des mains, des yeux, de la bouche et des membres.

Cette méthode s'axe sur trois principes : le rythme, la répétition et la régularité des mouvements. Au Québec cette méthode est utilisée par les ergothérapeutes. (Gauthier-Boudreault et al., 2016)

3.4.4. Méthode Floortime

Le modèle Floortime, développée par le psychiatre Stanley Greenspan, est une approche d'intervention conçue pour les enfants avec un TSA. Il s'adresse aux familles et aux professionnels travaillant auprès de ces enfants. (Stanley I. & Capo Press, 2006)

Au cœur de cette méthode se trouve l'idée que l'émotion joue un rôle fondamental dans le développement et l'apprentissage. Cette méthode se **concentre sur les comportements, le les compétences relationnelles, la communication et les capacités de réflexion** de l'enfant en s'appuyant sur ses émotions et ses centres d'intérêts. (Stanley I. & Capo Press, 2006)

Pour y parvenir, les professionnels et les parents doivent comprendre et identifier les intérêts spécifiques de l'enfant. Les adultes suivent son initiative et à interagir avec lui de manière engageante et stimulante. L'objectif est d'aider l'enfant à développer des interactions plus riches et à progresser dans ses capacités socio-émotionnelles et cognitives.

Bien que cette méthode soit utilisée par de nombreux professionnels et familles, les études scientifiques actuelles ne fournissent pas encore de preuves concluantes sur son efficacité. (Stanley I. & Capo Press, 2006)

3.4.5. Méthode Doman-Delacato

La méthode Doman-Delacato, développée dans les années 1960 par Glenn Doman et Carl Delacato, a été initialement conçue pour aider les enfants présentant des lésions cérébrales. Cependant, au fil du temps, son application s'est élargie à d'autres troubles neurologiques, y compris les enfants atteints de troubles du spectre autistique.

Cette méthode repose sur le principe que le cerveau, même lorsqu'il présente des anomalies ou des troubles fonctionnels, peut être rééduqué ou « réveillé » par des stimulations spécifiques et adaptées. L'objectif central de la méthode est **d'améliorer le développement cognitif, moteur et émotionnel** de l'enfant.

L'intervention consiste donc à proposer une série d'exercices ciblant divers aspects du développement de l'enfant. Ainsi, la méthode Doman-Delacato s'appuie sur des activités visant à stimuler de manière ciblée plusieurs capacités : **les capacités cognitives, motrices, visuelle, tactiles et auditives.** (Claire Lambert, 1990)

Les méthodes sont connues de certains professionnels, qui semblent les utiliser, notamment au Québec. Cependant, elles manquent de preuves scientifiques. Elles interviennent sur les difficultés rencontrées par les enfants atteints de TSA. On y retrouve des approches visant à améliorer les capacités de communication, les relations sociales, les compétences motrices et émotionnel.

Problématisation

Le TSA est un trouble fréquemment présent dans la population. Il touche tous les aspects de la vie, par la diversité de difficultés qu'il engendre et **crée un réel handicap au quotidien**. Le TSA impact notamment la scolarisation, **rendant plus complexe l'intégration scolaire** des enfants présentant ce trouble. Une scolarisation pourtant obligatoire. Malgré la présence d'une variété de dispositifs la problématique d'inclusion scolaire se pose encore. Une proportion d'environ **40% des enfants atteints d'un TSA n'était pas inscrit à l'école** en 2021. Pour répondre à ces difficultés, les professionnels de la rééducation travaillent avec l'enfant afin de favoriser son inclusion scolaire. L'ergothérapeute intervient dans ce domaine, par le biais de diverses méthodes. Ces méthodes **sont reconnues et s'intègrent aux recommandations de bonnes pratiques**. Actuellement, il **n'existe pas de référentiel** sur l'utilisation de ces méthodes, et il est difficile de savoir si elles sont appliquées et comment elles s'intègrent réellement dans la pratique des ergothérapeutes. Nous pouvons donc faire émerger la problématique suivante :

Comment les pratiques en ergothérapie se comparent-elles aux recommandations pour l'inclusion scolaire des enfants avec un trouble du spectre autistique ?

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un comparatif entre les outils recommandés par la HAS et ceux réellement mis en application dans la pratique, afin de mettre en évidence une homogénéisation ou une disparité de pratiques et de ressources sur le territoire.

Un état des lieux de la pratique actuelle sera mis en place afin de répondre à cet objectif principal.

Il est possible de soulever des questions secondaires, notamment sur la mise en application des méthodes recommandées. De plus, il est aussi envisageable que les ergothérapeutes utilisent d'autres outils ou méthodes en complément.

Les hypothèses suivantes peuvent être formulées :

- **Certains professionnels utilisent les méthodes recommandées pas la Haute Autorité de Santé**
- **Certains professionnels utilisent d'autres méthodes pour répondre aux problématiques d'inclusion scolaire dans l'autisme.**

Méthodologie

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de **réaliser un comparatif entre les outils recommandés par la HAS** et ceux réellement mis en application dans **la pratique**.

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi de concevoir et de diffuser un **questionnaire** spécifiquement destiné aux ergothérapeutes. Ce dernier vise à recueillir des données précises et représentatives de leur expérience sur le terrain. L'objectif est d'avoir une vision claire et précise des méthodes utilisées, des outils employés et des difficultés rencontrées, afin d'évaluer dans quelle mesure la pratique correspond aux recommandations officielles.

2. Population ciblée par l'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'inclure les **ergothérapeutes exerçant actuellement en pédiatrie** auprès **d'enfants présentant un TSA**. Un critère essentiel de sélection était que **l'inclusion scolaire constitue un objectif dans leur accompagnement**.

Afin d'obtenir une vision globale et représentative des pratiques en ergothérapie, nous avons opté pour une approche large, ne restreignant pas l'étude à un cadre spécifique. Ainsi, les **professionnels exerçant en libéral, en structure médico-sociale ou en milieu médical sont tous intégrés** à l'analyse, garantissant une prise en compte diversifiée des réalités du terrain.

En revanche, les **ergothérapeutes qui n'interviennent plus auprès d'enfants avec un TSA** sont **exclus de l'étude**. Cette restriction visait à assurer une représentation fidèle et actualisée des pratiques en vigueur, en s'appuyant uniquement sur des expériences professionnelles récentes.

Nous avons recruté les ergothérapeutes via l'annuaire de **l'ANFE**, les centres ressources autisme (**CRA**), centre ressources multi handicap (**CRMH**). Nous avons ainsi récolté les adresses mails des professionnels libéraux et des structures afin de leur transmettre le questionnaire. Toutes les données recueillies ont été rendues anonymes, le questionnaire ayant été conçu de manière à ne pas permettre l'identification des professionnels. De plus, les données ont été sauvegardées sur le cloud de l'université, rendant les données plus protégées.

3. Outil méthodologique

3.1. Choix de l'outil

Un questionnaire a été créé à partir du logiciel SphinxOnline, afin de collecter des données nécessaires à notre recherche. Ce questionnaire se composait de 36 questions. (*Annexe II*)

Des **questions ouvertes** (questions : 16.1, 17.1, 23.1, 24, 25.1, 25.2) et des **questions fermées** « oui/non » ainsi que des questions avec la réponse « autres » (questions : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 15.1, 15.2, 16, 17, 17.2, 17.2.1, 18, 18.1, 19, 20, 20.1, 21, 22, 23, 25) composaient le questionnaire. Les affirmations « autres » ont permis de compléter les propositions affichées et d'avoir d'autres suggestions.

Nous avons priorisé les questions fermées afin de gagner en rapidité dans la passation du questionnaire.

Au sein de ces questions, **7 questions filtres** (questions : 15, 16, 17, 18, 20, 23, 25) orientaient vers des questions secondaires (questions : 15.1, 15.2, 16.1, 17.1, 17.2, 17.2.1, 18.1, 20.1, 23.1, 25.1, 25.2). La mise en place de ses questions filtres a facilité la prise en compte des différentes éventualités quant à l'utilisation des méthodes. Elles offraient ainsi d'autres éléments de réponse aux objectifs secondaires de l'étude.

L'ensemble des questions étaient réparties en **4 parties** : la présentation du professionnel, la population accompagnée, les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques du professionnel. Toutes les questions comportaient l'option « réponse obligatoire » afin de garantir une analyse efficace par la suite.

3.2. Détail du questionnaire

3.2.1. Présentation du professionnel

Les 10 premières questions du questionnaire ont contribué à établir le profil des ergothérapeutes interrogés en recueillant des informations essentielles telles que le sexe, l'âge, l'année d'obtention du diplôme, le secteur géographique d'exercice ainsi que le type de structures dans laquelle ils travaillaient. Ces éléments ont fourni une vision détaillée de la population étudiée, permettant ainsi l'analyse dans un contexte précis.

L'ensemble de ces données a ensuite été croisé avec les réponses aux questions suivantes, afin de mieux comprendre les dynamiques professionnelles en jeu et d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Cette approche a favorisé une étude plus approfondie, offrant des éléments de comparaison et d'analyse.

3.2.2. La population accompagnée

La deuxième partie du questionnaire concernait la population accompagnée par les ergothérapeutes. Cette partie se composait de 7 questions. Les réponses à ces questions ont contribué d'identifier l'âge, le nombre et le profil des enfants accompagnés, la fréquence des séances ainsi que l'inclusions scolaire des enfants.

Ces éléments de réponse nous ont permis de mieux connaître le public accueilli et de mettre en lien avec les questions sur les recommandations afin d'obtenir des éléments de réponses.

3.2.3. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Cette partie a rendu possible l'évaluation des connaissances préalables du professionnel, concernant les Recommandations de Bonne Pratiques Professionnelles. Nous avons ainsi pu évaluer le degré de familiarité avec ces recommandations et déterminer si des informations à ce sujet étaient disponibles. Cela nous a également permis d'évaluer si leurs connaissances des différentes méthodes étaient alignées avec les recommandations en vigueur.

3.2.4. Les pratiques des professionnels

Cette section, composée de 17 questions, a contribué à la définition des pratiques des ergothérapeutes en lien avec les recommandations en vigueur. Les questions ont permis de recueillir des informations sur les méthodes utilisées par les professionnels et sur leur formation à ces pratiques. Cette partie a également rendu possible l'identification les lieux où ces méthodes étaient appliquées, leur fréquence d'utilisation ainsi que les difficultés

rencontrées lors de leur mise en place. Elles ont laissé la possibilité aux ergothérapeutes de nous faire part d'axes d'amélioration quant à la mise en place de ces méthodes. Enfin, il a été demandé aux professionnels s'ils utilisaient d'autres méthodes en complément des recommandations.

3.3. Démarche expérimentale

La diffusion du questionnaire a été réalisée par différents moyens afin de maximiser le nombre de réponses. Cette diffusion a eu lieu sur la période du 26 février 2025, au 28 mars 2025 de manière numérique.

Dans un premier temps, l'envoi a été effectué par mail via une liste de diffusion établie après le recensement des professionnels travaillant avec des enfants ayant un TSA. Une relance a été réalisée après 15 jours.

Nous avons identifié 372 destinataires sur la France au sein des structures et des cabinets libéraux. Nous ne savions pas si toutes les structures identifiées comportaient des ergothérapeutes. Une trentaine de mails nous a été retournés pour cause d'adresse inconnues. Plusieurs structures nous ont tenu informé qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute au sein de leur établissement.

Chaque mail envoyé comportait l'objet « **Questionnaire – Mémoire de recherche en ergothérapie** » suivi d'un texte introductif pour expliquer l'objectif de l'étude et les critères d'inclusion de l'étude. Pour finir nous avons mis le lien et le QR code renvoyant au questionnaire.

4. Procédure d'analyse des résultats

Pour donner suite à l'envoi du questionnaire nous avons récolté 57 réponses d'ergothérapeutes sur l'ensemble de la France.

Par le biais de sphinx nous avons extrait le tableau des données sur Excel, afin d'analyser les réponses transmises.

Les questions fermées ont été analysées par le biais de diagramme en bâtons et de diagramme circulaire. Les questions ouvertes ont été traitées au cas par cas afin de préciser certaines réponses.

Résultats

1. Identités des professionnels

Nous avons ainsi obtenu 57 réponses d'ergothérapeutes. L'ensemble de ces réponses a pu être sélectionné. En effet, l'ensemble des professionnels répondaient aux critères d'inclusion de l'étude et sont ainsi inclus dans l'analyse des résultats (**n=57**)

1. Identités des professionnels

La première partie du questionnaire concernait l'identité des professionnels.

Sur l'ensemble de l'échantillon (**n=57**), nous avons recensé **une majorité de femmes, 95 %** et 5% d'hommes. (Figure 2)

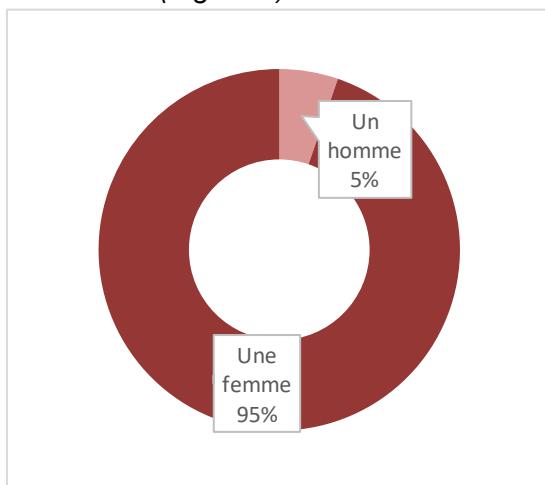


Figure 2 : Sexe-ratio (n=57)

Un total de **60% des professionnels ont entre 25 et 40 ans**. Les ergothérapeutes de 40 à 55 ans représentent une part importante, soit 25%. (Figure 3)

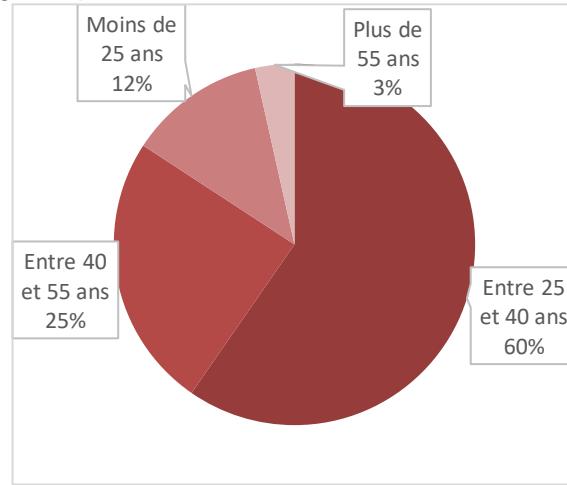


Figure 3 : Âges des ergothérapeutes répondant (n=57)

La figure 4, nous montre la répartition des ergothérapeutes sur le territoire français. Une majorité se situe entre la **Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, le Grand Est et la région Auvergne-Rhône-Alpes**. (Tableau 1)

Régions	Pourcentage de professionnel
Nouvelle-Aquitaine	13,23 %
Occitanie	10,18 %
Grand-Est	8,14 %
Auvergne-Rhône-Alpes	8,14 %
Ile-de-France	6,11 %
Provence-Alpes-Côtes-d'Azur	2,4 %
Hauts-de-France	2,3 %
Bourgogne-Franche-Comté	2,3 %
Pays de la Loire	2,3 %
Bretagne	2,3 %
Normandie	1,2 %
Corse	1,2 %

Tableau 1 : Professionnels au niveau régional (n=57)

La réponse à la question « *Dans quels types d'établissement exercez-vous ?* », nous permet d'axer notre analyse sur la pratique que peuvent avoir les professionnels. Ainsi, une majorité travaillent dans le secteur du **libéral**. Les 11 « autres » exercent leur profession soit au sein d'IEM, de DASE, d'une UEMA, d'un DAR et d'un CRMR. (Figure 4)

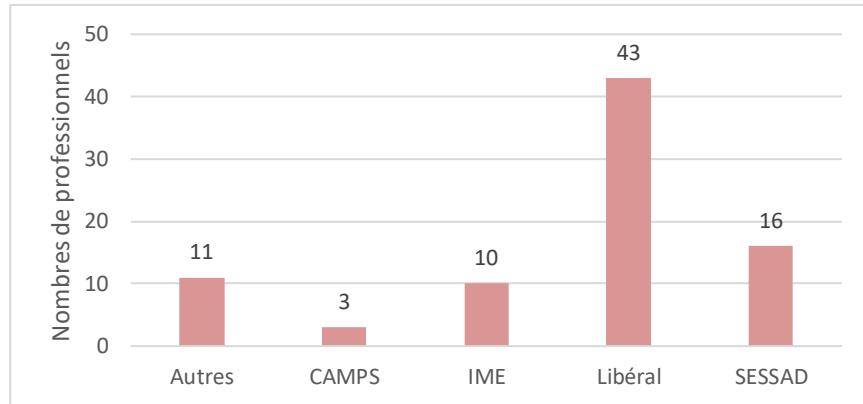


Figure 4 : Lieux d'activité des ergothérapeutes (n=57)

Les ergothérapeutes contactés exercent en majorité depuis **5 à 20 ans** dans le secteur de l'autisme, soit 63%. Mais également depuis **moins de 5 ans**. (Figure 5)

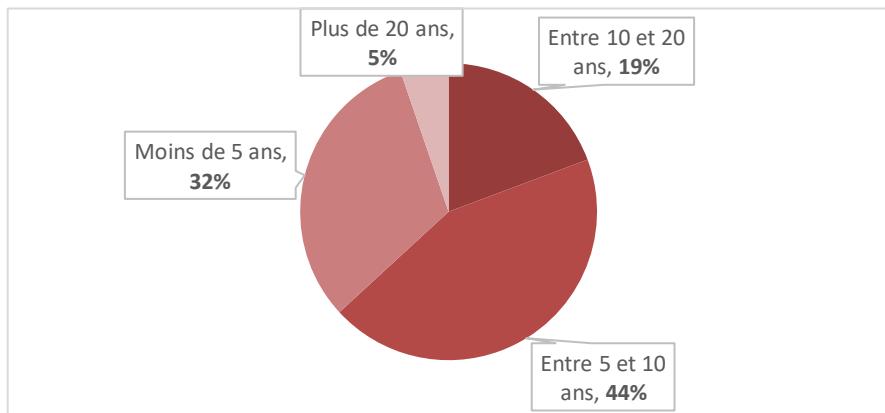


Figure 5 : Années d'activités auprès d'enfant TSA

Les ergothérapeutes rencontrent les enfants en majorité **1 fois par semaine**. (Figure 6)

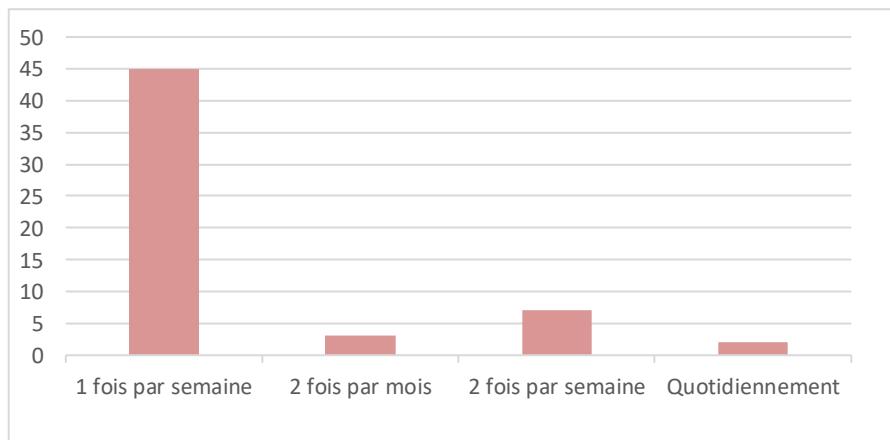


Figure 6 : Fréquence d'intervention auprès des enfants TSA (n=57)

A la question « Avez-vous reçu une formation / information sur le trouble du spectre de l'autisme ? », une majorité de **89%** des ergothérapeutes ont pu en bénéficier. Seulement 11% n'ont pas eu cette formation ou information. (Figure 7)

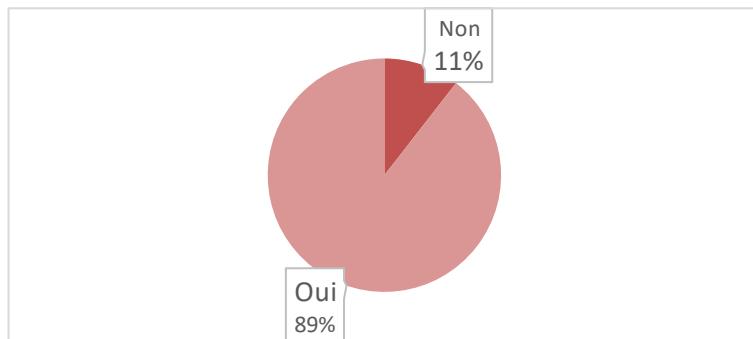


Figure 7 : Formation ou information au TSA (n=57)

2. Identité de la population accompagnée

Après s'être intéressé au profil personnel et professionnel des ergothérapeutes, nous nous intéressons maintenant au profil des enfants qu'ils accompagnent au quotidien. Les enfants que côtoient les ergothérapeutes ont majoritairement **entre 3 et 6 ans**. Un grand nombre ont également moins de 3 ans et d'autres entre 6 et 10 ans. Il est rare que ses enfants aient plus de 11 ans. (Figure 8)

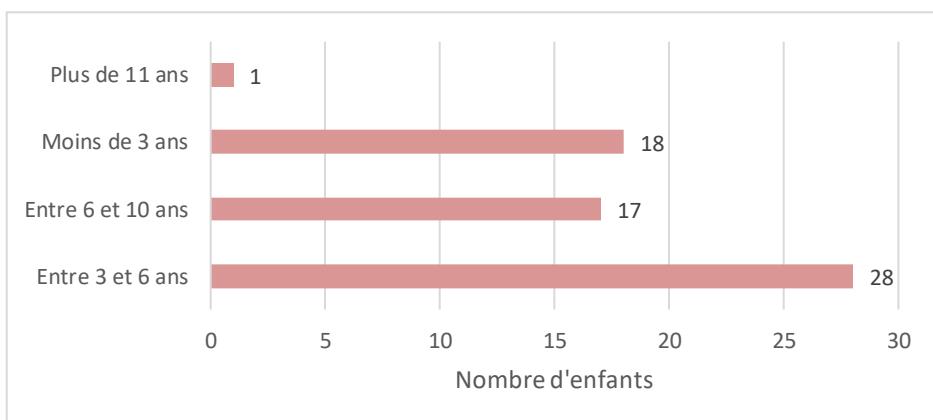


Figure 8 : Age des enfants accompagnés (n=57)

Ces enfants présentent des **profils TSA en majorité sans trouble associé** (n=24). Néanmoins une grande partie de ses enfants présentent des **troubles moteurs** associés au TSA (n=18) ainsi que de **troubles cognitifs** (n=9). Une faible partie d'entre eux présentent des **troubles émotionnels et comportementaux** associés au TSA (n=4), ou une **déficience intellectuelle** (n=1) ou des **troubles sensoriels** (n=1).

Une majorité de **51%** évolue dans un **milieu où la situation financière est stable**. **30%** évoluent dans un **milieu favorisé** et **22%** dans un milieu où les **ressources financières sont limitées**.

L'ensemble des enfants accompagnés sont en inclusion scolaire. Cette inclusion se déroule sur divers lieux. En majorité cette inclusion se déroule dans un **milieu ordinaire**. Une autre

part importante de l'inclusion a lieu au sein des **ULIS**. Les autres lieux font référence aux **IME** et aux **dispositifs d'autorégulation**. (Figure 9)

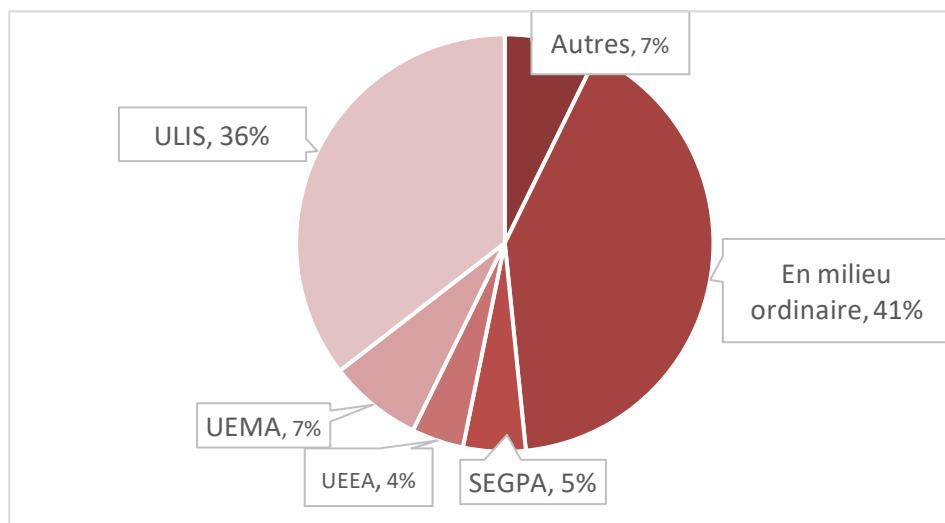


Figure 9 : Les lieux de l'inclusion scolaire (n=57)

Une partie d'entre eux (n=21) sont en **inclusion complète**. L'autre part de l'inclusion se centre sur **quelques heures par jour** (n=15). Une faible part (n=3) sont inclus que quelques heures par semaine. (Figure 10)

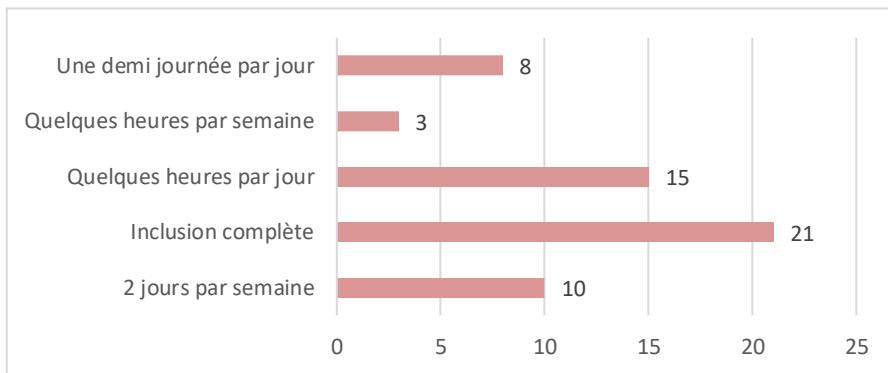


Figure 10 : Le temps d'inclusion scolaire (n=57)

3. Pratiques des ergothérapeutes

La suite de notre questionnaire s'orientait sur la connaissance des RBPP et les méthodes qu'utilisent les ergothérapeutes au quotidien. Nous avons recensé au sein de notre questionnaire diverses méthodes inscrites dans les RBPP. Il est important de préciser que l'ensemble des 57 professionnels ont inscrit plusieurs réponses.

Nous pouvons ainsi noter que **37,5%** d'entre eux utilisent la méthode **TEACCH** et **25%** la méthode **ABA**. Ses deux méthodes sont les plus représentées dans la figure 11. La méthode **Denver** représente **11,45%** d'utilisation. Cela représente **73,95 %** de professionnel qui utilisent les méthodes. Nous pouvons également noter que **17,7%** d'entre eux **n'utilisent aucune** des méthodes présentées. (Figure 11).

A la question « *Ces méthodes vous semblent-elles pertinentes pour votre pratique ?* », certains les **estiment utiles et pertinentes**, tandis que d'autres les trouvent **trop cloisonnées et strictes**. Certains ne peuvent pas les mettre en place par **manque de formation**.

Parmi les 17 personnes qui n'utilisent pas l'une des méthodes citées, **4 souhaitent bénéficier d'une formation**. De plus, **13 ne souhaitent pas recevoir de formation**.

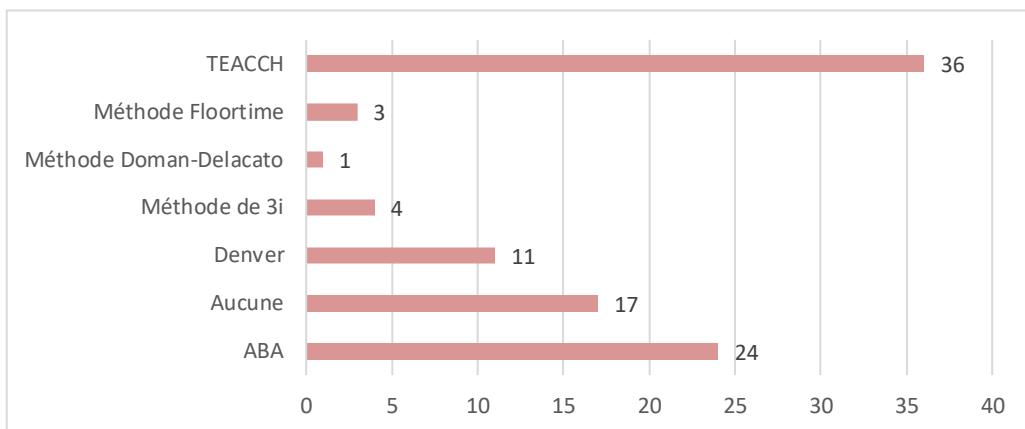


Figure 11 : Méthodes utilisées par les professionnels (n=57)

Une grande partie d'entre eux, n= 12, les utilisent **quotidiennement**. Néanmoins une majorité les utilise **1 fois par semaine**. (Figure 12)

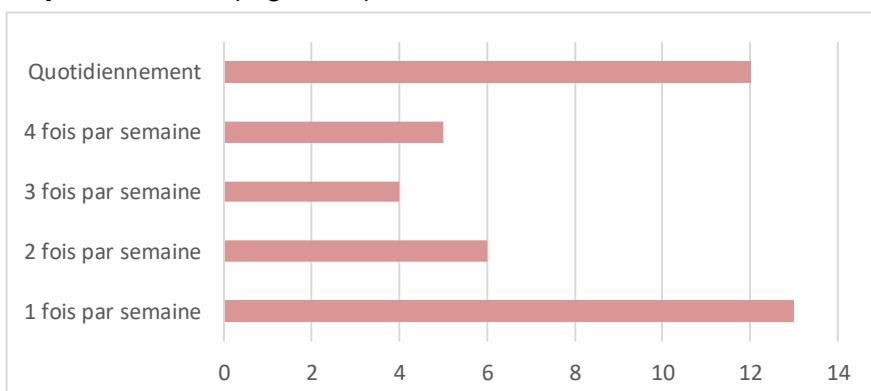


Figure 12 : Fréquence d'utilisation des méthodes (n=40)

La figure 13 et le tableau 2 nous montrent que pour n=40 (*nombre de professionnels (n=57) moins la proportion d'ergothérapeutes qui n'utilisent aucune méthode*), le type de formation des professionnels selon les méthodes qu'ils utilisent.

Nous pouvons constater que peu de professionnels bénéficient d'une **formation certifiante** sur l'ensemble des méthodes citées. Cela représente une proportion de **1,8%** des professionnels et concerne les **méthodes ABA et TEACCH**. (Tableau 2)

Certains ont pu bénéficier de **formations sans certification**, notamment sur les méthodes **ABA, TEACCH, DENVER et la méthode Floortime**. Cela représente une proportion de **7,8%**. (Tableau 2)

Nous pouvons observer une part de **33,7%** des professionnels qui ont pu être **sensibilisés** à une majorité de ses méthodes. (Tableau 2)

Une majorité **de 56,5 %** des ergothérapeutes utilisent les méthodes **sans formation, ni sensibilisation**. (Tableau 2)

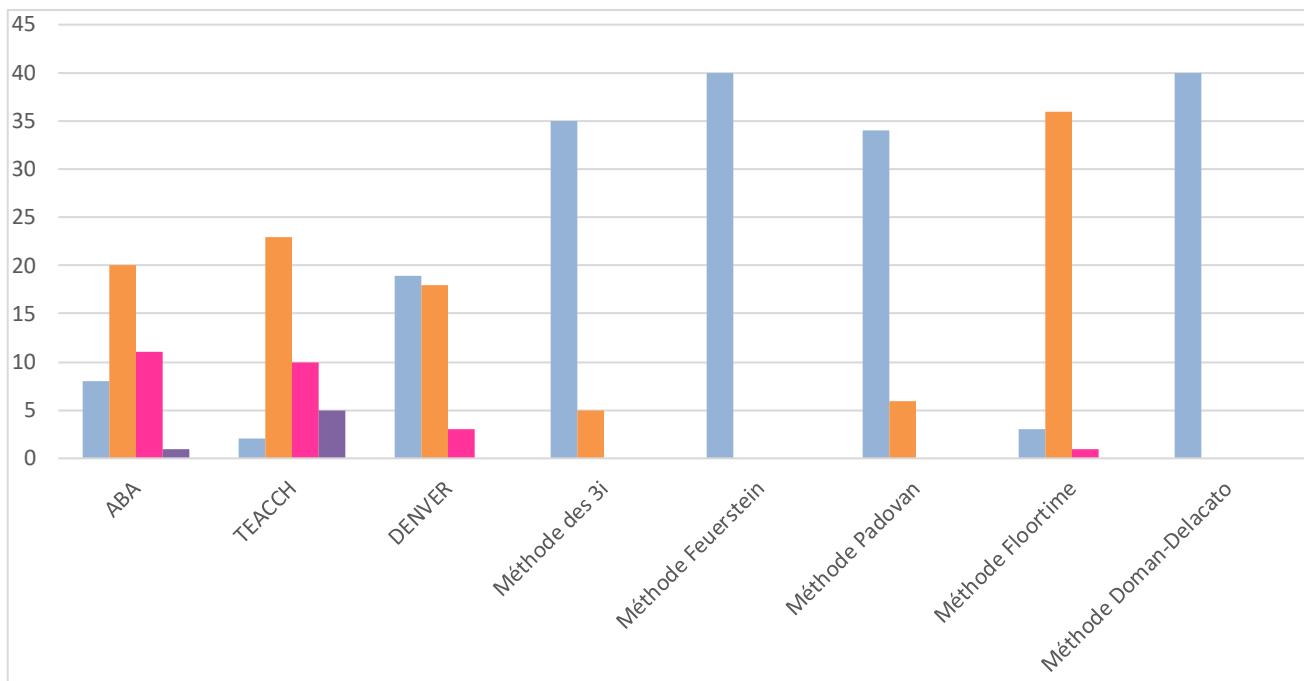


Figure 13 : Formation des professionnels selon les méthodes (n=40)

	Total	Pourcentage
Aucune	181	56,50%
Sensibilisation	108	33,70%
Formation sans certification	25	7,80%
Formation certifiante	6	1,80%

Tableau 2 : Fréquence d'utilisation des méthodes (n=40)

De manière générale, les ergothérapeutes rencontrent des **difficultés pour mettre en place ces méthodes** (n=25). Leurs difficultés de mise en application sont liées au **manque de temps** et de **formation**, ainsi qu'à une **accessibilité limitée au matériel**. Les autres réponses concernent le manque de personnel, les difficultés liées au milieu scolaire et familial de l'enfant. (Figure 14)

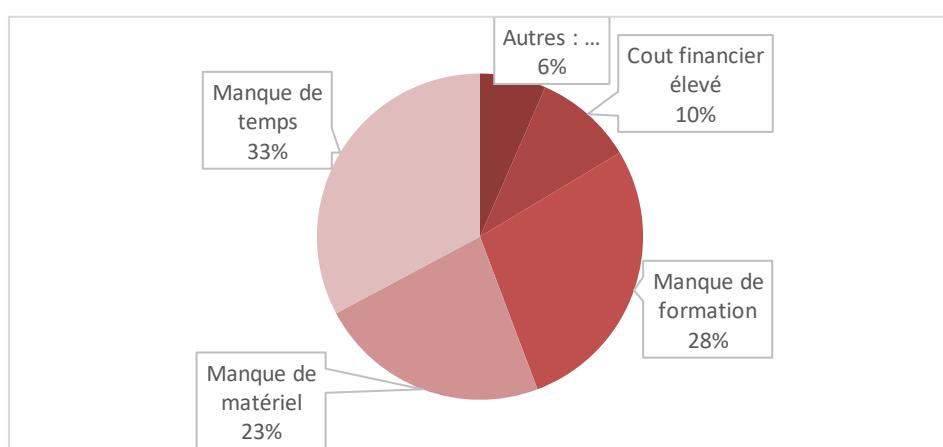


Figure 14 : Raisons des difficultés de mise en œuvre des méthodes (n=25)

En effet, à la question « Est-ce qu'il a été facile de mettre en place les méthodes, selon l'environnement ? », la majorité répond « oui » pour les séances en ergothérapie. Leurs difficultés se situent au sein des **écoles et au domicile des enfants**. Concentrant l'application de ces méthodes auprès d'autres professionnels, les réponses ont été plus hétérogènes. En effet, beaucoup ne les utilisent pas, **n=15**. Lorsque celles-ci sont mises en place, une majorité ne rencontre pas de difficulté. (Figure 15)

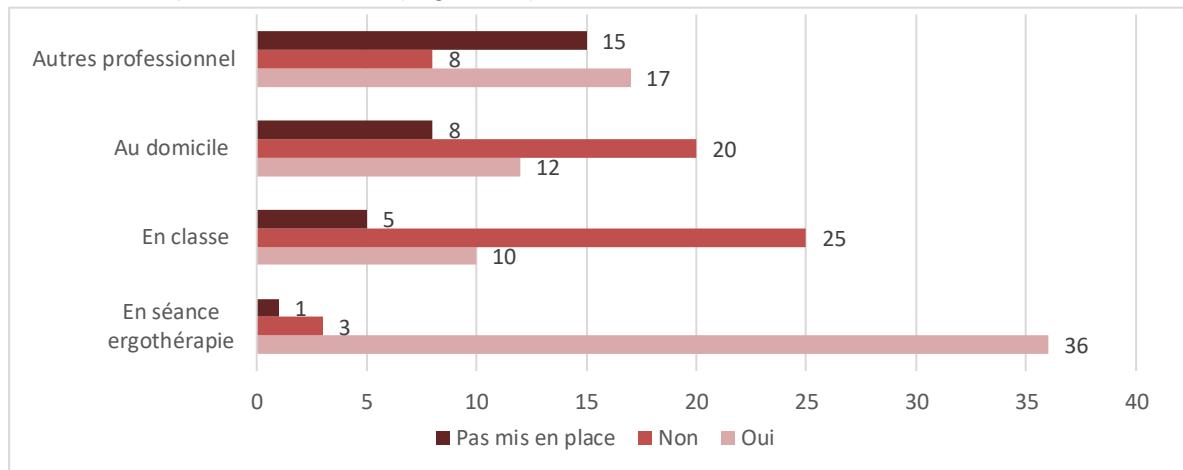


Figure 15 : Facilité de mise en place des méthodes selon l'environnement (n=40)

Nous avons également demandé aux professionnels leurs besoins pour s'aligner aux méthodes. Les besoins identifiés sont en lien avec le **financement des formations (n=22)**, du **temps pour se former (n=20)**. Certains ont estimé avoir une pratique alignée au RBPP. D'autres ne souhaitent pas s'aligner à ses recommandations (n=2). En effet plusieurs les estiment peu flexibles et ainsi pas adaptées aux besoins et au quotidien de l'enfant. (Figure 16)

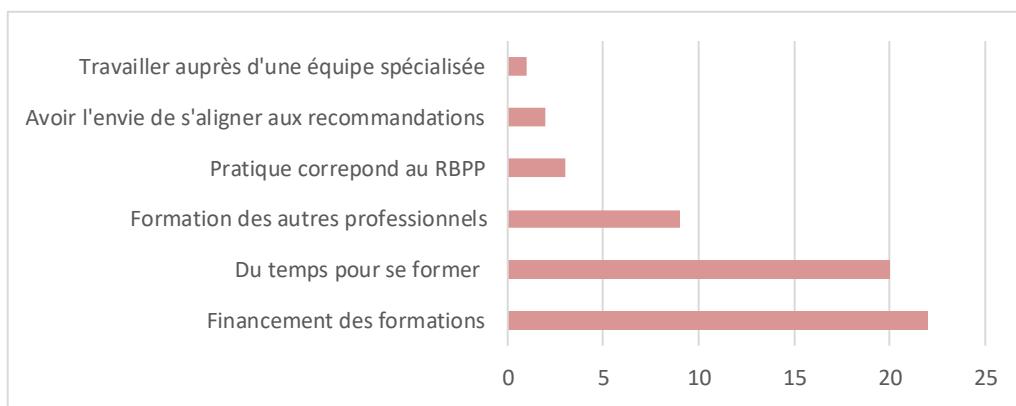


Figure 16 : Besoins pour s'aligner aux recommandations (n=57)

Pour finir, nous avons demandé aux ergothérapeutes, s'ils utilisaient d'autres méthodes dans leur prise en charge auprès d'enfants ayant un TSA. Nous pouvons mettre en lumière la **INS**, (*intégration neurosensorielle*) ; **n=15** et la méthode **Co-OP** (*Cognitive Orientation to daily Occupational Performance*) ; **n=10**. (Figure 17)

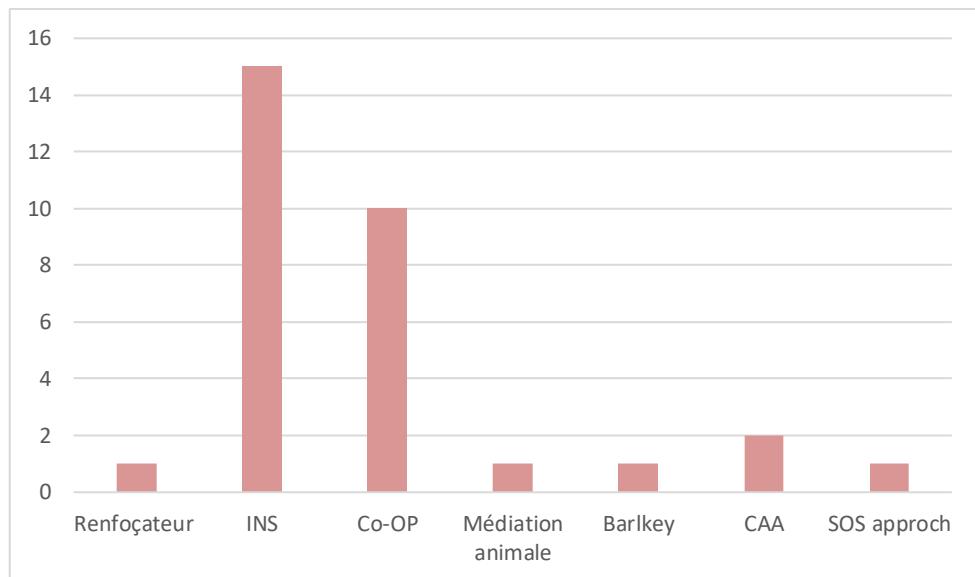


Figure 17 : Autres méthodes utilisées (n=16)

Discussion

Les éléments recueillis à travers le questionnaire nous permettront d'apporter des réponses à la problématique posée, concernant l'utilisation des méthodes des RBPP. L'analyse des réponses nous aidera également à évaluer les hypothèses formulées, afin de les confirmer ou de les infirmer. En lien avec la théorie et la littérature existante, nous apporterons des éléments complémentaires pour enrichir notre analyse.

1. Contexte de l'étude

Cette étude visait à **explorer l'utilisation des méthodes inscrites dans les RBPP** dans le cadre de l'inclusion scolaire des enfants avec TSA, et à comprendre comment ces méthodes sont intégrées dans la pratique des ergothérapeutes.

Par le biais d'un **questionnaire fourni aux ergothérapeutes de France**, nous avons récolté différents éléments afin de répondre à ce questionnement.

2. Interprétation des résultats

2.1. Réponse à la question de recherche

À la suite de ce travail, nous pouvons mettre en évidence des éléments de réponses à la problématique posée : « **Comment les pratiques en ergothérapie se comparent-elles aux recommandations pour l'inclusion scolaire des enfants avec un trouble du spectre autistique ?** ». Pour rappel les méthodes recommandées par la HAS, concernent les approches TEACCH, ABA et Denver (HAS, 2012). Les **ergothérapeutes (n=57) utilisent majoritairement les méthodes TEACCH (n=36) et ABA (n=24)** dans leur pratique. La méthode **Denver est quant à elle moins présente (n=11)**. La méthode Denver est un outil d'intervention précoce dans l'autisme. Il s'utilise avant l'âge de 4 ans. (Poirier et al., 2023). Bien que cette population soit représentée dans notre étude, cette méthode est peu utilisée comparativement aux méthodes TEACCH et ABA. Par ailleurs, **un nombre significatif (n=17) de professionnels ne recourent à aucune des méthodes recommandées**.

Il est important de noter que tous les professionnels accompagnent **des enfants qui sont inclus à l'école**. Le temps de scolarisation varie entre quelques heures par jour et une inclusion complète. Ce **temps d'inclusion ne dépend pas de l'utilisation des méthodes**. En effet, certains professionnels utilisent les méthodes tout en accompagnant des enfants inclus seulement quelques heures par semaine, tandis que d'autres, qui n'utilisent aucune de ces méthodes, encadrent des enfants en inclusion complète. Des facteurs peuvent influencer la scolarisation des enfants tels que le nombre de personnels encadrants, le temps de suivi par l'AESH ou encore le degré de sévérité. Il existe trois niveaux de sévérité de la dyade autistique.(Crocq & Guelfi, 2015). Nous pouvons supposer que **selon le niveau de sévérité de l'enfant, le temps de scolarisation fluctue**.

2.2. Utilisation des méthodes des RBPP par les ergothérapeutes

Dans cette partie, nous cherchons à confirmer ou infirmer notre première hypothèse : **« Certains professionnels utilisent les méthodes recommandées par la Haute Autorité de Santé »**.

2.2.1. Cadre du pratique

Concernant l'échantillon observé, la majorité sont des **femmes** entre **25 et 40 ans**. L'essentiel de ses professionnelles exercent dans le champ du **libéral** (n= 43). L'étude se concentre ainsi sur l'utilisation des méthodes issues des RBPP en libéral.

Les régions les plus représentées dans cet échantillon (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est) se classent parmi les 5 régions ayant le plus important PIB de France. (INSEE, 2018) Ainsi, ces régions font partie de celles ayant le plus de moyens financiers en France. (INSEE, 2021). En comparant le nombre d'ergothérapeutes formés aux méthodes énoncées dans les RBPP, nous avons identifié que les régions Occitanie et Nouvelles-Aquitaine possédaient le plus d'ergo formé (n=9 pour la région Occitanie soit 18,75% pourcent et n= 10 pour la région Nouvelle-aquitaine soit 10,42% pourcent).

L'environnement de l'ergothérapeute est à prendre en **considération dans l'exercice de sa pratique**. En effet, selon **l'approche écologique**, l'environnement impacte directement l'individu. Le contexte dans lequel l'individu évolue, qu'il soit politique, économique ou social, façonne ses comportements et ses choix. Dans le cadre libéral, cette influence est d'autant plus marquée, car le professionnel est au cœur de sa pratique et agit de manière autonome. Ainsi, ses actions sont façonnées non seulement par ses propres valeurs et compétences, mais aussi par les différentes sphères qui l'entourent, qu'elles soient externes ou internes. (HAS, 2021). **Nous pouvons donc affirmer que le contexte économique, social, environnemental a impact sur les pratiques des professionnels.**

Il existe une **disparité en ce qui concerne les années de pratique** dans le champ de l'autisme parmi les professionnels. Toutefois, la majorité d'entre eux **connaissent le TSA** et ont bénéficié d'une formation ou d'une sensibilisation à ce sujet. Il ressort de notre analyse que les professionnels ayant **plus de 10 ans de pratique** recourent moins fréquemment **aux méthodes** spécifiques d'accompagnement. En effet, 19,10% utilisent les méthodes à contrariaux les professionnels entre moins 5 et 10 ans sont 80,89% à utiliser les méthodes. Nous constatons que le **nombre d'année de pratiques** à une **influence sur l'utilisation des méthodes**.

2.2.2. L'utilisation des méthodes

Les méthodes TEACCH, ABA et DENVER sont reconnues et figurent au sein des RBPP de la HAS. (HAS, 2012). **La question principale de cette étude portait sur l'utilisation concrète des méthodes recommandées.** En effet, nous avions constaté un manque de précision dans la littérature, concernant leur mise en œuvre réelle dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes.

Notre étude observationnelle, a permis de **mettre en évidence une utilisation des méthodes** inscrites dans les RBPP. En effet, les méthodes TEACCH, ABA, et Denver sont **utilisées à 73,95 %**, par les ergothérapeutes interrogés. Cette proportion montre un réel investissement de la part des professionnels concernant la mise en application des recommandations de la HAS.

Il est essentiel de nuancer ce pourcentage aux conditions d'application des méthodes. En effet, seulement **1,8% des professionnels bénéficient d'une formation certifiante et 7,8% d'une formation sans certification.**

De plus, une large proportion utilise les méthodes des RBPP à la suite d'une **sensibilisation**.

La formation est une activité d'apprentissage visant à acquérir des concepts théoriques et à développer son esprit d'analyse.(De Boeck Supérieur, 2005). Le terme sensibilisation induit l'action de susciter de l'intérêt. La sensibilisation ne vise pas à apporter de réelle connaissance sur un sujet mais plutôt à induire une envie d'en savoir plus.(Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012). Ainsi, **la formation est plus valorisante et pertinente pour l'acquisition de compétences et de connaissances**, notamment en ce qui concerne l'utilisation de méthodes et de protocoles spécifiques.

Le **faible pourcentage de formations** est un indicateur qui **soulève des interrogations** sur la validité des pratiques par rapport aux protocoles établis. De plus, comme stipulé précédemment l'ergothérapeute est obligé de continuer à se former tout au long de sa carrière afin d'actualiser ses connaissances et d'être au plus juste des pratiques actuelles.(ANFE, 2025).

Ainsi nous pouvons **suggérer que le faible pourcentage d'ergothérapeute formé n'impacte pas la mise en application des méthodes**. Nous pouvons cependant **nuancer la qualité de l'utilisation** des méthodes et **leur réel impact** dans l'accompagnement des enfants.

Ces méthodes sont plus **facilement employées lors des séances d'ergothérapie**, tandis que leur **mise en œuvre à domicile ou en milieu scolaire est plus complexe**. Néanmoins, grâce à l'investissement des différents partenaires, qu'ils soient scolaires ou familiaux, elles tendent s'appliquer à d'autres environnements que les séances d'ergothérapie. Les difficultés dans certains environnements peuvent s'expliquer par des facteurs sociaux. En effet, le contexte familial notamment les conditions de vie, les ressources financières et culturelles influence directement la prise en charge. (INSEE, 2020)

Les ergothérapeutes **rencontrent ainsi des obstacles pour mettre en place des mesures adaptées au domicile de l'enfant lorsque l'environnement familial est défavorisé**. Pour les 22 % d'enfants évoluant dans un milieu socio-économique difficile, la mise en œuvre quotidienne de ces méthodes, que ce soit à l'école ou à la maison, s'avère particulièrement compliquée.

De plus, un nombre significatif d'autres professionnels utilisent ces méthodes, tandis qu'un autre nombre tout aussi important ne les mettent pas en place. Notre étude révèle que la formation des autres professionnels est un besoin important pour s'aligner aux recommandations et donc utiliser les méthodes des RBPP. Les RBPP mentionnent une variété de professionnels pouvant utiliser ses outils.

Ainsi nous pouvons définir que le **lieu d'intervention et le contexte social impactent la mise en application des méthodes**.

2.2.3. Contraintes et difficultés perçues

Pour répondre aux interrogations précédemment soulevées concernant la formation et la sensibilisation, plusieurs éléments nous sont parvenus, mettant en lumière des difficultés dans la mise en application des méthodes. Nous avons pu noter à plusieurs reprises que les professionnels étaient **freinés par le financement des formations et le temps attribué à cette partie du métier**.

Les professionnels indiquent à 28% un **manque de formation** qui les mettent en difficultés dans l'utilisation des méthodes. Les formations aux méthodes TEACCH, Denver et ABA peuvent être longues et coûteuses. De plus, elles ne sont pas toujours accessibles dans toutes les villes de France. Par exemple, la formation à la méthode TEACCH dure 4 jours et est

proposée dans la région du Nord-Pas-de-Calais, elle n'est pas disponible dans toutes les régions de France. (CRA, 2025). Cela implique des frais de déplacement supplémentaire et un allongement du temps attribué à la formation.

Les formations peuvent durer de une journée à une semaine, avec des tarifs variables, allant de 200 à 1 400 euros (ANFE, 2025a). Pour aider à financer ces formations, il existe des dispositifs comme le FIF-PL (Services publics, 2023).

Cependant, ces coûts élevés représentent un frein important à l'accès à la formation pour les professionnels. De plus, la population de cette étude étant principalement composée d'ergothérapeutes libéraux, le temps consacré à la formation se traduit par une perte de revenu pour ces professionnels. Malgré l'existence de certaines aides, il reste difficile de concilier formation, financement et gestion du temps dans la pratique.

Pour répondre à notre hypothèse, les professionnels **utilisent majoritairement les méthodes recommandées**. Ils rencontrent cependant des **freins dans la mise en application des méthodes** ainsi que des **obstacles pour se former** liée au **coût** et au **temps des formations**.

2.3. Mise en application d'autres méthodes

Dans cette partie, nous cherchons à confirmer ou infirmer notre seconde hypothèse : **« Certains professionnels utilisent d'autres méthodes pour répondre aux problématiques d'inclusion scolaire dans l'autisme.**

2.3.1. Méthodes inscrites dans les RBPP

Les méthodes Feuerstein, Padovan, Floortime et Doman-Delacato sont inscrites comme méthodes non-recommandées dans les RBPP dû à un manque de preuve scientifique. (HAS, 2012).

La méthode **Floortime** est utilisée par 3 ergothérapeutes. Parmi eux, un seul a suivi une formation non certifiante, tandis que les autres ont simplement été sensibilisés à cette approche.

La méthode **Doman-Delacato** est mise en œuvre par un seul professionnel, bien qu'aucun n'ait reçu de formation spécifique à son sujet. La méthode des **3i** est employée par 4 ergothérapeutes, tous ayant été sensibilisés à son utilisation.

Certains praticiens ont été sensibilisés à la méthode **Padovan**, mais elle n'est actuellement pas utilisée. Concernant la méthode **Feuerstein**, bien qu'évoquée, elle n'est pas utilisée par les professionnels interrogés.

Il n'existe pas, actuellement, de représentation précise dans la littérature scientifique de l'utilisation de ces méthodes par les ergothérapeutes.

Une **majorité de professionnels utilisent les méthodes recommandées**. Nous considérons l'application des méthodes non-recommandées comme **non significatif au regard de la proportion d'ergothérapeutes interrogés**.

2.3.2. Les autres méthodes

Par le biais de notre questionnaire, nous avons pu faire émerger l'utilisation d'autres méthodes non mentionnées, dans les RBPP, mais qui semblent néanmoins pertinentes pour favoriser

l'inclusion complète des enfants en milieu ordinaire. Nous pouvons identifier les méthodes CO-OP et intégration neurosensorielle.

2.3.2.1. L'approche CO-OP

Notre étude montre que la moitié des ergothérapeutes interrogés utilisent la méthode CO-OP auprès des enfants ayant un TSA.

La méthode CO-OP (*Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance*) ordinairement utilisée pour les enfants ayant un trouble développemental de la coordination, peut également s'appliquer aujourd'hui à tous les TND dont le TSA.

Cette méthode a pour but de **favoriser le développement des compétences** par le **biais de stratégies cognitives** acquises dans des situations de vie quotidienne afin de les transférer à d'autres activités. Elle se centre sur l'enfant, c'est lui qui va identifier ses stratégies. Le thérapeute le guide dans cette recherche et l'accompagne. Cette revue systématique nous montre des effets positifs de cette approche sur les enfants ayant un TND dans leur activité et leur participation. (Madieu et al., 2023)

Il convient de nuancer l'utilisation de la méthode CO-OP en la comparant à **l'approche d'apprentissage sans erreur**. Ces dernières visent à **minimiser autant que possible l'apparition d'erreurs pendant les séances d'enseignement**, en accompagnant l'enfant afin de favoriser des réponses correctes dès les premières tentatives. (Leaf et al., 2020)

Nous pouvons ainsi suggérer que la méthode **CO-OP est pertinente à utiliser auprès des enfants dans une visée d'inclusion scolaire**, car elle leur permet **d'acquérir des stratégies cognitives transférables dans leur activité notamment celles scolaires**. Elle peut ainsi développer des compétences utiles en classe telles que la planification, l'organisation ou la résolution de problèmes.

2.3.2.2. L'intégration Neurosensorielle

Notre étude montre qu'une grande majorité des ergothérapeutes utilisent l'intégration neurosensorielle (n=15) auprès des enfants ayant un TSA.

L'approche thérapeutique de l'intégration neurosensorielle (INS) se base sur un processus neurologique central qui permet de détecter, moduler, organiser et interpréter les informations de nos différents sens. Le but étant de permettre une interaction adaptée de l'individu avec son environnement. L'intégration sensorielle est nécessaire à tout un chacun et se construit comme le fondement de notre apprentissage. Ainsi, une mauvaise intégration sensorielle peut impacter l'ensemble des capacités motrices, cognitives et sociales nécessaires dans les activités de vie quotidienne et scolaire. (Ray-Kaeser & Dufour, 2013) Selon une revue systématique, **l'INS s'applique auprès du public ayant un TSA**. L'INS est reconnue comme une pratique fondée sur des données probantes. (Steinbrenner et al., 2020)

L'utilisation de l'INS est adaptée aux besoins spécifiques des enfants ayant un TSA, afin de **favoriser les éléments essentiels à leur inclusion scolaire**. Les études démontrant la validité de ces méthodes sont plus récentes que les recommandations de la HAS. On peut supposer qu'elles pourraient être intégrées à la prochaine édition des RBPP, qui pourraient ainsi être améliorées.

Pour répondre à notre hypothèse, les professionnels **utilisent d'autres méthodes**, avec plus ou moins de preuve scientifique, pour répondre aux besoins d'inclusion scolaire. Les méthodes

non inscrites dans les recommandations jouent un rôle important dans la pratique. **Les nouvelles RBPP pourrait ainsi prendre en compte les nouvelles découvertes** concernant les pratiques bénéfique pour les enfants TSA

3. Caractère généralisable et limites de l'étude

L'échantillon étudié reflète en grande partie les caractéristiques des professionnels en France en 2022. En effet, il est majoritairement composé de femmes, avec une moyenne d'âge de 38,8 ans. (ANFE, 2019b). Cependant, cet échantillon reste une représentation limitée des professionnels du territoire, avec une disparité régionale parmi les répondants. Le nombre de 57 participants est relativement faible par rapport à l'ensemble de la population interrogée. De plus, il est probable que la diffusion n'ait pas atteint l'ensemble des ergothérapeutes concernés.

Une limite de cette étude réside dans le fait que la majorité des répondants exerce en libéral. Cela rend la généralisation de cette recherche aux professionnels exerçant au sein d'établissements ou de structures publiques plus difficile. De ce fait, il est difficile d'envisager une généralisation des résultats à l'ensemble du territoire français et aux diverses formes de pratique de l'ergothérapie.

Une autre limite de cette étude se situe dans la formulation des questions posées. Bien que le choix du questionnaire limite les biais méthodologiques liés à la passation, la formulation des questions, la redondance de certaines induisent des limites dans notre étude.

De plus, bien que les questions à choix multiples aient simplifié l'analyse des données, elles ont également limité la possibilité pour les répondants de s'exprimer pleinement.

Néanmoins, cette étude fournit des éléments de réponse à nos questionnements et pousse notre réflexion afin d'ouvrir des perspectives pour l'évolution de la pratique.

4. Perspectives d'évolution

Dans le cadre de l'évolution de notre recherche, il serait pertinent de mener une étude complémentaire pour mieux comprendre comment ces méthodes sont réellement appliquées au quotidien, maintenant que leur utilisation ait été confirmée pour notre échantillon.

Notre étude recense principalement les réponses d'ergothérapeutes exerçant en libéral. Il serait donc pertinent de renouveler cette étude afin de mieux connaître l'utilisation de ces méthodes au sein des différentes structures. L'objectif serait ensuite de comparer les pratiques entre les structures et l'exercice libéral en termes d'utilisation des méthodes.

Conclusion

À travers cette étude, nous souhaitions comparer l'utilisation des méthodes recommandées de la HAS aux pratiques observées sur le terrain concernant l'inclusion scolaire des enfants avec TSA.

Cette étude montre qu'une majorité de professionnels s'appuient sur les approches recommandées. Cependant leur mise en place reste hétérogène et dépend fortement de l'environnement de l'intervention.

Malgré une réelle volonté d'appliquer les recommandations, plusieurs freins limitent leur application. Effectivement, le manque de formation, les difficultés de financement et le manque de temps, contraignent les professionnels dans l'application des méthodes dans leur quotidien. Ces éléments soulignent l'importance de soutenir les professionnels dans l'accès à la formation continue.

L'étude met également en évidence le recours à d'autres méthodes, parfois non reconnues dans les RBPP, mais perçues comme utiles par les ergothérapeutes pour répondre aux besoins spécifiques des enfants. Des approches comme CO-OP ou l'intégration neurosensorielle sont fréquemment utilisées et semblent jouer un rôle pertinent dans l'accompagnement vers une meilleure inclusion scolaire.

À la suite de cette recherche, des interrogations persistent quant à la légitimité d'utiliser ces méthodes sans avoir suivi de formation spécifique ou sans que celle-ci bénéficie d'une validation scientifique avérée.

Peut-on légitimer la pratique des ergothérapeutes qui appliquent ces méthodes en l'absence de formation spécifique ?

Références bibliographiques

Adrien, J.-L., Bernard, M.-A., Thiébaut, E., Gattegno, M. P., Blanc, R., Kaye, K., Contejean, Y., Mazetto, C., Nassif, M. C., Souza, M.-T. C. C. D., Nader-Grosbois, N., Seynhaeve, I., Gutierrez, M. D. L. I., Parra, J.-S. O., Aiad, F., Sam, N., Belal, L., Fekih, L., Dionne, C., ... Bonnet-Brilhault, F. (2016). Profils de développement dans le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), avec ou sans déficience intellectuelle sévère. Implications pour l'évaluation et l'intervention. *Devenir*, 28(4), 255-272.
<https://doi.org/10.3917/dev.164.0255>

Améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement-Loi n° 2024-1028, 2024-1028 (2024).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000050500482>

Amiet, C., Gourfinkel-An, I., Consoli, A., Périsse, D., & Cohen, D. (2010). Épilepsie et autisme : Une association complexe. *Archives de Pédiatrie*, 17(6), 650-651.
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70043-9](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70043-9)

ANFE. (2019a). *COMPRENDRE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS*.

ANFE. (2019b, 2020). *Rapport d'activité en ergothérapie*.

ANFE. (2023). *Qu'est ce que l'ergothérapie—ANFE*.

https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANFE. (2025). *Formation continue des ergothérapeutes*.

Baddeley, A. (2000). The episodic buffer : A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417-423. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01538-2)

Bernard Paulais, M.-A., Wolff, M., Nézereau, C., Bourgueil, O., Garnier, A., Collinet, M., Vandromme, L., & Adrien, J.-L. (2018). Étude de l'évolution cognitive, socio-émotionnelle et des comportements autistiques d'enfants avec autisme et autre trouble envahissant du développement bénéficiant d'une intervention structurée, la

méthode Applied Behavior Analysis (ABA). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(9), 847-856. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.013>

Catherine Barthélémy,. (2018). Autisme : Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles. *Inserm*. <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

CAUCAL, D., & BRUNOD, R. (2021). *Aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. AFD.

Centre national de ressources textuelles et lexicalise. (2012). *Définition de SENSIBILISATION - Centre national de ressources textuelles et lexicalise (CNRTL)*. <https://www.cnrtl.fr/definition/sensibilisation>

Chastang, J., Lindivat, A., Delmestre, J., Soares, A., Kapassi, A., Avenin, G., Petitdemange, S., & Ibanez, G. (2019). Vécus de parents et d'enseignants de la prise en charge des enfants souffrant de troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(8), 383-390. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.09.001>

Claire Lambert. (1990). *A propos de la méthode Doman : Pour quelle lecture ?* 51-70.

CRA. (2025). Education structurée pour les enfants et les adolescents (approche TEACCH). *Centre Ressources Autisme Nord-Pas de Calais | CRA Nord-Pas de Calais*. <https://cra-npdc.fr/evenement/education-structuree-pour-les-enfants-et-les-adolescents-approche-teacch/>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (avec American psychiatric association). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Das Merces, M. (2021a). Le Trouble du Spectre de l'Autisme. *Les Cahiers de l'Actif*, 546-547(11-12), 37-60. <https://doi.org/10.3917/caac.546.0037>

Das Merces, M. (2021b). *Le Trouble du Spectre de l'Autisme*. N°546-547, Pages 37 à 60. <https://doi.org/10.3917/caac.546.0037>.

De Boeck Supérieur. (2005). Une nouvelle rubrique « pédagogie / formation » ? *Négociations*, 3(1), 129-130. <https://doi.org/10.3917/neg.003.0129>

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. (2021). *Ce que nous disent les personnes et les familles sur leur parcours de vie.*

Deprez, M. (2018). *Pour une pédagogie adaptée aux élèves avec autisme* (SUSA-servoce universitaire spécialisé pour personnes avec autisme).

Dionisi, J.-P. (2013). Le programme TEACCH : Des principes à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(4), 236-242.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.12.002>

Direction de l'information légale et administrative. (2024). *Enfant handicapé : Qu'est-ce que le projet personnalisé de scolarisation (PPS) ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33865>

Eduscol. (2023a). L'école maternelle : Une école de l'épanouissement et des premiers apprentissages scolaires. *éducol | Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse | Direction générale de l'enseignement scolaire.*

<https://eduscol.education.fr/610/presentation-de-l-ecole-maternelle>

Eduscol. (2023b). UEEA, UEMA, dispositifs intégrés. *éducol | Ministère de l'Education Nationale| Direction générale de l'enseignement scolaire.*

<https://eduscol.education.fr/3634/ueea-uema-dispositifs-integres>

Eduscol. (2024). SEGPA-eduscol. *éducol | Ministère de l'Education Nationale| Direction générale de l'enseignement scolaire.* <https://eduscol.education.fr/1184/sections-d-enseignement-general-et-professionnel-adapte>

Elizabeth A. Townsend & Hélène J. Polatajko. (2013). *Habiliter à l'occupation faire avancer la perspective ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation 2ème édition.*

Favrot-Meunier, C., Saint-Georges Chaumet, Y., & Saint-Georges, C. (2019). Suivi qualitatif de l'évolution de 120 enfants porteurs de troubles du spectre autistique pris en charge par la méthode des 3i. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(4), 549-566.

<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.08.002>

Gauthier-Boudreault, C., Larivière, N., Gilbert, C., Perras, H., Désilets, J., Filiatrault, A., & Jasmin, E. (2016). La méthode Padovan® de réorganisation neurofonctionnelle auprès des enfants présentant un trouble de l'acquisition de la coordination : Une étude exploratoire mixte. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n1.24>

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.

<https://doi.org/10.3917/enf2.182.0305>

HAS. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement- État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*.

HAS. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent -Méthode Recommandations par consensus formalisé*.

HAS. (2021). *Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire*.

HAS. (2024). *Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social*.

Hjalmarsson, L. (2014). Brève histoire de la notion d'autisme. In *À la découverte de l'autisme* (p. 81-93). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.yvon.2014.01.0081>

INSEE. (2018). *La région en queue de peloton pour la richesse par habitant—Insee Analyses Hauts-de-France—* 137. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6436629>

INSEE. (2020). *Inégalités sociales dans l'enseignement scolaire – France, portrait social* | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797588?sommaire=4928952#consulter>

INSEE. (2021). *Définition—Produit intérieur brut aux prix du marché / PIB / PIB* | Insee. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1365>

Joly Bruno, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. *Le point sur... Marketing*, 7-10. <https://doi.org/10.3917/dbu.joly.2009.01>

Kozulin, A., Lebeer, J., Madella-Noja, A., Gonzalez, F., Jeffrey, I., Rosenthal, N., & Koslowsky, M. (2010). Cognitive modifiability of children with developmental disabilities : A multicentre study using Feuerstein's Instrumental Enrichment—Basic program. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.12.001>

LE LAIDIER, Sylvie. & PROUCHANDY, Patricia. (2012). La scolarisation des jeunes handicapés. *Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse*. DEPP-NI-2012-10-scolarisation-jeunes-handicapes_214584%20(8).pdf

Leaf, J. B., Cihon, J. H., Ferguson, J. L., Milne, C. M., Leaf, R., & McEachin, J. (2020). Comparing Error Correction to Errorless Learning : A Randomized Clinical Trial. *The Analysis of Verbal Behavior*, 36(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s40616-019-00124-y>

Les équipes de suivi de la scolarisation. (Articles D351-10 à D351-16), § 2 (2025). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006182561/>

L'obligation scolaire (Article L131-1 à L131-13) (2024). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166564>

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>

Luisier, A.-C., Bérod, A. C., Bensafi, M., & Petitpierre, G. (2019). L'éducation à l'alimentation dans le trouble du spectre de l'autisme. *Enfance*, 2(2), 201-222.
<https://doi.org/10.3917/enf2.192.0201>

Madieu, E., Gagné-Trudel, S., Therriault, P. Y., & Cantin, N. (2023). Effectiveness of CO-OP Approach for Children With Neurodevelopmental Disorders : A Systematic Review. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 5(2), 100260.
<https://doi.org/10.1016/j.arrct.2023.100260>

Malika Delobel-Ayoub. (2019). *La prévalence des TSA continue de croître en France : Données récentes des registre des handicap de l'enfant*.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020_6-7_1.html

Marc, E., & Picard, D. (2016). Interaction. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 191-198). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0191>

Marcelli, D., & Cohen, D. (2016). 14—Autisme infantile et troubles du spectre autistique. In D. Marcelli & D. Cohen (Éds.), *Enfance et Psychopathologie (Dixième Édition)* (p. 341-394). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75127-1.00014-X>

Meuli, N. (2024). *Les compétences en lecture des élèves ayant une déficience intellectuelle et des besoins complexes de communication*.

<https://doi.org/10.51363/unifr.lth.2024.038>

Ministère de la culture. (2018). *Inclusion scolaire | FranceTerme | Culture*.
<https://www.culture.fr/franceterme/terme/EDUC113>

Ministère de l'éducation nationale. (2015). Scolarisation des élèves en situation de handicap—ULIS. *Ministère de l'Education Nationale*.
<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo31/MENE1504950C.htm>

Ministère de l'éducation nationale. (2024). École inclusive. *éduscol | Ministère de l'Education Nationale| Direction générale de l'enseignement scolaire.*

<https://eduscol.education.fr/1137/cole-inclusive>

Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. (2021). *La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022) | handicap.gouv.fr.*

<https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>

Mon parcours handicap. (2023). *École et handicap : Les aménagements possibles | Mon Parcours Handicap.* <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolarite/quelles-sont-les-possibilites-damenagements-et-dadaptations>

Noël, M.-P., Visscher, A. D., & Karagiannakis, G. (2020). Chapitre 4. L'arithmétique. *Dyscalculie et difficultés d'apprentissage en mathématiques*, 125-213.

OMS. (2023). *Principaux repères sur l'autisme*,. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Orientation et programmation pour la refondation de l'école de la république - Loi n°2013-595 (2013). <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000026973437/>

Pamela Carrera,. (2023). *Understanding Parents' Experiences With Mainstream Schooling for Their Children With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis.* <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050025>

Pangrani, F., & Picard, L. (2022). Optimisation du parcours scolaire d'un enfant avec autisme dans le cadre de l'école inclusive. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 5(1), 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2022.01.009>

Pelloux, A.-S., Farret, H., Run, J.-L. L., Marchand, S., Taborelli, E., & Vouillon, V. (2018). Le monde de l'école pour les enfants autistes:Une expérience d'unité d'enseignement en

école élémentaire. *Enfances & Psy*, 80(4), 135-146.

<https://doi.org/10.3917/ep.080.0135>

Pierre Larousse. (1851). *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/recommandation/67085>

Plan autisme. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*.

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

Poirier, A., Mallegol, C., Degrez, C., Bronsard, G., & Lavenne-Collot, N. (2023). Étude exploratoire de la mise en place de l'*Early Start Denver Model* en France.

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 71(6), 285-294.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.07.001>

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

Rogers, S., & Benetto, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme. *Enfance*, 54(1), 63-73. <https://doi.org/10.3917/enf.541.0063>

Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, 8(1), 9-18. <https://doi.org/10.1002/aur.1387>

Santinelli, L. (2012). Chapitre 6. Le partenariat avec les familles. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 83-96). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alexa.2012.01.0083>

Stanley I. & Capo Press. (2006). *Engaging Autism : Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate and Think*. 434.

Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. (2020).

Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism. FPG Child Development Institute.

Stratégie 2023-2027. (2023). *stratégie nationale 2023-2027 pour les trouble du neurodéveloppement: Austime, Dys, TDAH, TDI Garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix.*

Stratégie 2023-2027 des TND. (2021). *Élèves autistes, DYS, TDAH, TDI : Tout savoir sur la rentrée 2024.* <https://handicap.gouv.fr/eleves-autistes-dys-tdah-tdi-tout-savoir-sur-la-rentree-2024>

Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L., & Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism : An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623-3629. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.04.085>

Vale, A. P., Fernandes, C., & Cardoso, S. (2022). Word reading skills in autism spectrum disorder : A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 930275. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.930275>

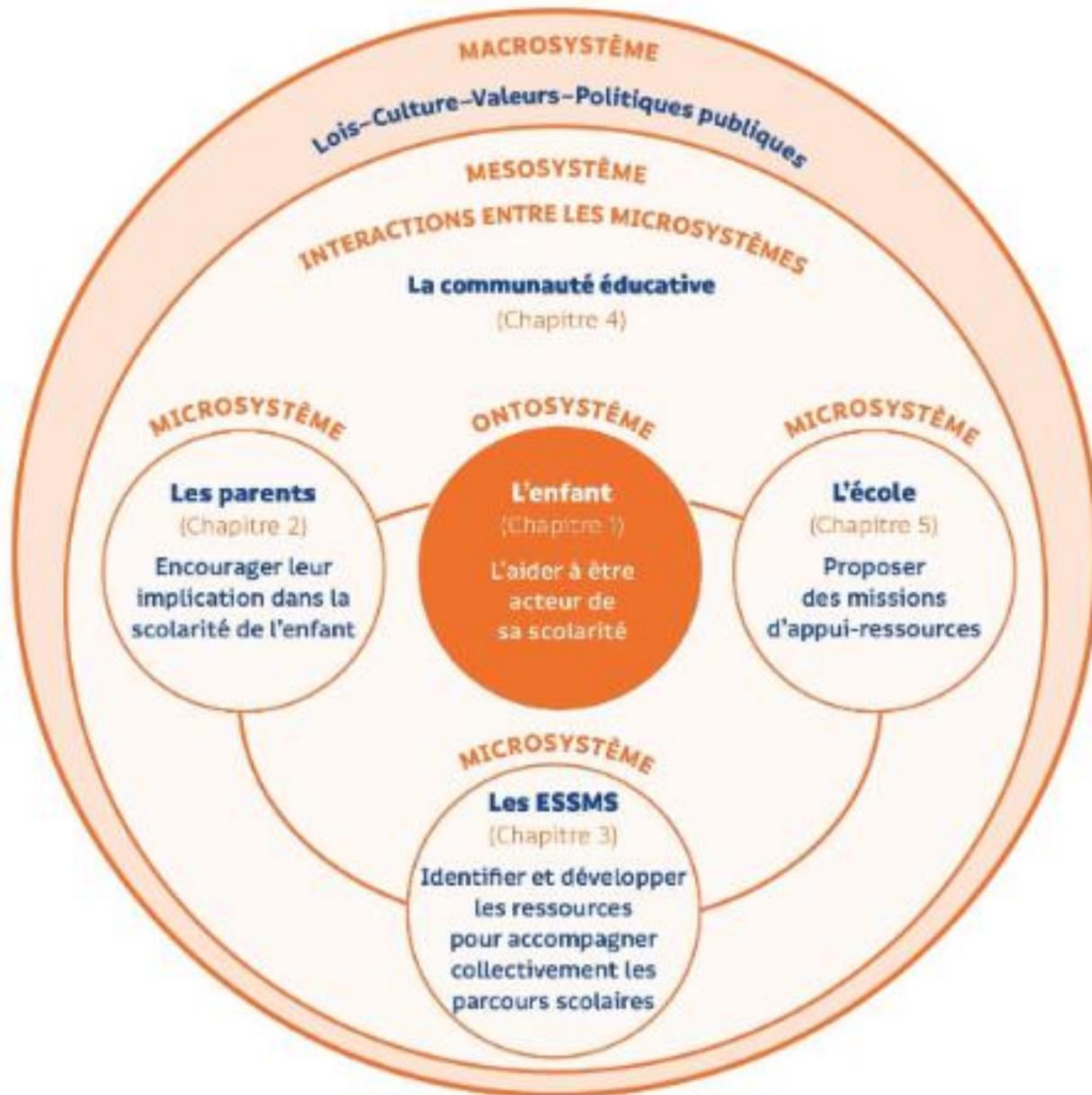
Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 513-518. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.004>

Zeng, H., Liu, S., Huang, R., Zhou, Y., Tang, J., Xie, J., Chen, P., & 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>

Annexes

Annexe I. Schéma du modèle écologique	49
Annexe II. Le questionnaire.....	50

Annexe I. Schéma du modèle écologique



Annexe II. Le questionnaire

L'ergothérapie et l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut des Sciences de la Réadaptation (**ILFOMER**) de l'Université de Limoges.

Dans le cadre de mon mémoire, je mène une **étude qualitative** visant à analyser dans quelle mesure les pratiques des ergothérapeutes sont alignées avec les recommandations de la **Haute Autorité de Santé (HAS)** pour l'inclusion des enfants avec un **trouble du spectre autistique (TSA)**.

Ce questionnaire s'adresse aux **ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants TSA dans une dynamique d'inclusion scolaire**. Il est **anonyme**, ne vise **en aucun cas à évaluer ou juger les pratiques**, et son remplissage prendra **environ 10 minutes**.

Votre participation serait précieuse pour mieux comprendre l'application des recommandations et identifier d'éventuels écarts ou leviers d'amélioration.

Merci par avance pour votre contribution !

Vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : lorine.volay@etu.unilimi.fr

Lorine VOLAY

Présentation du professionnel

1. Vous êtes :

Un homme

Une femme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 40 ans
- Entre 40 et 55 ans
- Plus de 55 ans

3. Quand avez-vous obtenu votre diplôme ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Plus de 40 ans

4. Dans quelle région exercez-vous ?

5. Dans quel département exercez-vous ?

6. Dans quel secteur intervenez-vous ? (plusieurs réponses autorisées)

- En milieu urbain
- En milieu rural

7. Dans quel milieu social évoluent les enfants que vous accompagnez ? (plusieurs réponses autorisées)

- Milieu favorisé (revenu élevé)
- Milieu moyen (situation financière stable)
- Milieu défavorisé (ressources financières limité)

8. Dans quel type d'établissement exercez-vous ? (plusieurs réponses autorisées)

SESSAD
IME
CAMPS
CMP/CMPP
Hôpital de jour
Libéral
Autres
Autres :

9. Depuis combien d'années exercez-vous auprès d'enfants avec un TSA ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

10. Avez-vous reçu une formation/information sur le trouble du spectre de l'autisme ?

Oui
Non

La population accompagnée

11. Des enfants de quelle tranche d'âge accompagnez-vous ? (*plusieurs réponses autorisées*)

- Moins de 3 ans
- Entre 3 et 6 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 11 ans

12. Combien d'enfants avec un TSA accompagnez-vous ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Plus de 20

13. Quels sont les profils d'enfants TSA que vous accompagnez ? (*plusieurs réponses autorisées*)

- TSA sans trouble associé
- TSA avec troubles moteurs
- TSA avec troubles cognitifs
- TSA avec troubles émotionnels et comportementaux
- TSA avec troubles sensoriels
- TSA associé à une Déficience intellectuel
- TSA associé à des Troubles des apprentissages
- TSA associé à un Trouble de l'hyperactivité avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- Autres :
- Autres ::

14. A quelle fréquence intervenez-vous auprès de ses enfants ?

1 fois par

mois

Quotidiennement

15. Les enfants ont-ils des temps d'inclusion scolaire ?

Oui

Non

15.1 Dans quel environnement a lieu leur inclusion ? (plusieurs réponses autorisées)

- En milieu ordinaire
- UEMA
- UEEA
- SEGPA
- ULIS
- Autres

Autres :

15.2 Combien de temps représente cette inclusion ?



Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

16. Connaissez-vous les méthodes recommandées par la HAS dans la prise en charge de l'autisme ?

Oui

Non

16.1 Le(s)quelle(s) pouvez-vous citer ?

Les pratiques des professionnels

ABA : Modifier les comportements associés aux troubles du spectre de l'autisme

TEACCH : Structurer et organiser l'environnement, le matériel et les procédures d'enseignement

DENVER : Techniques d'analyses appliquées du comportement

Méthode des 3i : Traiter progressivement les déficits de développement de l'enfant, en tenant compte de ses spécificités sensorielles.

Méthode Feuerstein : Approche cognitive visant à améliorer les capacités d'apprentissage et d'adaptation des individus

Méthode Padovan : Amélioration de l'organisation du système nerveux et la stimulation des voies neuronales et des aires associatives.

Méthode Floortime : Cette méthode se concentre sur les comportements, les compétences relationnelles, la communication et les capacités de réflexion de l'enfant en s'appuyant sur ses émotions et ses centres d'intérêts.

Méthode Doman-Delacato : L'objectif central de la méthode est d'améliorer le développement cognitif, moteur et émotionnel de l'enfant.

17. Cocher la ou les méthode(s) utilisée(s) dans votre pratique : (*plusieurs réponses autorisées*)

ABA
TEACCH
Denver
Méthode de 3i
Méthode Feuerstein
Méthode Padovan
Méthode Floortime
Méthode Doman-Delacato
Aucune

17.1 Ses méthodes vous semblent-elles pertinentes pour votre pratique, expliquez pourquoi ?

17.2 Souhaitez-vous recevoir une formation certifiante sur l'une de ses méthodes ?

Oui
Non

17.2.1 Si oui, le(s)quelle(s) : (*plusieurs réponses autorisées*)

ABA
TEACCH
Denver
Méthode Feuerstein
Méthode Padovan
Méthode Floortime
Méthode Doman-Delacato
Méthodes des 3i

18. Etes-vous formé(e) à ses méthodes ?

	Formation certifiante	Formation sans certification	Sensibilisation	Aucun
ABA				
TEACCH				
Denver				
Méthode des 3i				
Méthode Feuerstein				
Méthode Padovan				
Méthode Floortime				
Méthode Doman-Delacato				

18.1 Si non, est-ce que vous souhaiteriez vous y former ?

Oui

Je suis en cours de formation

Non

19. A quelle fréquence utilisez-vous ces méthodes de manière générale ?

1 fois par semaine

Quotidiennement

20. Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en application de ces méthodes lors de vos séances ?

Oui

Non

20.1 Si oui, quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontrée(s) ? (plusieurs réponses autorisées)

- Manque de formation
- Coût financier élevé
- Manque de temps
- Manque de matériel
- Autres : ...

Autres : ... :

21. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour mettre en place les méthodes ? (plusieurs réponses autorisées)

Timer
Supports visuels (pictogrammes, objets concrets, écriture...)
Eventail des émotions
Renforçateurs
CAA
Autres :
Autres ::

22. Dans quels lieux sont utilisées ses méthodes ? (Plusieurs réponses autorisées)

En séance d'ergothérapie
En classe à l'école
Au domicile de l'enfant
En séance avec d'autres professionnels intervenant auprès de l'enfant

23. Est-ce qu'il a été simple de les mettre en place dans cet environnement ?

	Oui	Non	Pas mis en place
En séance d'ergothérapie			
En classe à l'école			
Au domicile de l'enfant			
En séance avec d'autres professionnels intervenant auprès de l'enfant			

23.1 Quel(s) frein(s) de manière générale identifiez-vous ?

24. Quels seraient vos besoins pour aligner vos pratiques aux recommandations (formation, temps, financement...)?

25. Utilisez-vous d'autres méthodes ?

Oui
Non

25.1 Si oui, le(s)quelle(s) ?

25.2 Sur quelles problématiques ses autres méthodes agissent-elles ?

L'ergothérapie et l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

INTRODUCTION : le Trouble du Spectre de l'Autisme est un trouble neurodéveloppemental qui impact le quotidien. Malgré des avancées législatives et des plans nationaux favorisant la scolarisation, celle-ci reste souvent partielle. L'ergothérapeute joue un rôle clé en soutenant l'autonomie et l'adaptation de l'enfant à l'environnement scolaire.

OBJECTIF : Cette étude observationnelle a pour objectif de comparer les outils recommandés par la Haute Autorité de Santé, avec ceux utilisés par les ergothérapeutes dans leur pratique auprès des enfants présentant un TSA, dans le cadre de l'inclusion scolaire.

METHODOLOGIE : L'étude se fonde sur la mise en place d'un questionnaire à destination des ergothérapeutes travaillant actuellement au près d'enfant ayant un TSA.

RESULATATS : Il ressort de cette étude qu'une majorité de professionnels utilisent les méthodes recommandées. Cependant, peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation spécifique à ces méthodes et rencontrent des difficultés pour y accéder.

CONCLUSION : Ce travail montre que les ergothérapeutes utilisent majoritairement les méthodes recommandées, mais sont freinés par le manque de formation, de temps et de moyens. Il souligne aussi l'usage d'autre pratiques non validées, questionnant leur légitimité, et insiste sur la nécessité d'un meilleur accès à la formation continue.

Mots clés : Trouble du spectre autistique, Inclusion scolaire, Ergothérapie, Recommandations HAS

Occupational Therapy and School Inclusion for Children with ASD: Recommendations from the French National Health Authority (HAS)

INTRODUCTION: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that impacts daily life. Despite legislative progress and national plans promoting school inclusion, it often remains partial. Occupational therapists play a key role in supporting the autonomy and adaptation of children within the school environment.

OBJECTIVE: This observational study aims to compare the tools recommended by the French National Health Authority (HAS) with those currently used by occupational therapists working with children with ASD in the context of school inclusion.

METHODOLOGY: The study is based on a questionnaire distributed to occupational therapists currently working with children diagnosed with ASD.

RESULTS: The study shows that most professionals use the recommended methods. However, few have received specific training in these methods and face difficulties accessing such training.

CONCLUSION: While most occupational therapists use the recommended methods, they are limited by a lack of training, time, and resources. The study also highlights the use of other non-validated practices, raising questions about their legitimacy, and emphasizes the need for better access to continuing education

Keywords: Autism Spectrum Disorder, School Inclusion, Occupational Therapy, HAS Recommendations

