

**L'ergothérapeute :**  
**un professionnel clé dans la**  
**détection et la prise en charge précoce**  
**des troubles du neurodéveloppement**  
**chez le jeune enfant (0-7 ans)**

Une approche centrée sur la réduction des situations  
de handicap actuelles et futures



©ANFE, juillet 2019, Tous droits réservés.

**Document réalisé par Juliette Lequinio**

*Ergothérapeute libérale et membre de l'équipe départementale d'appui TSA*

Relectrice : Cécilia Galbiati

Traduction des articles et ouvrages de référence : Gwendoline Janot

L'ANFE est l'association professionnelle des ergothérapeutes en France.

Nos membres sont des ergothérapeutes qualifiés dispensant des soins de santé, d'accompagnement et de conseil aux usagers.

Notre mission est de soutenir l'excellence professionnelle et des interventions de qualité en fournissant les meilleures ressources possibles à nos membres.

Pour en savoir plus, consultez notre site internet [www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Vous pouvez le télécharger, l'afficher, l'imprimer et le reproduire sans l'altérer, pour votre usage personnel ou professionnel dans le cadre de votre exercice.

Les documents de synthèse de l'ANFE sont rédigés par des membres ou des groupes d'intérêts spécialisés de l'association.

Toute demande relative à ce document est à adresser à :

ANFE

64 Rue Nationale

CS41362

75214 PARIS Cedex 13

Pour toute citation de ce document :

ANFE. (2019). *L'ergothérapeute : un professionnel clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement chez le jeune enfant (0-7 ans)*. Juliette Lequinio. Diffusion ANFE.

## Synthèse du document

Intervenant dès la naissance et tout au long de la vie, l'ergothérapeute (occupational therapist) joue un rôle clé dans la démarche diagnostique des troubles neurodéveloppementaux.

Dès la suspicion de trouble et en amont du diagnostic, l'ergothérapeute interviendra efficacement, avec une approche basée sur les preuves, pour réduire les troubles et optimiser la participation actuelle et future, du nourrisson et du jeune enfant. Une prise en charge précoce, fonctionnelle et centrée sur les activités prioritaires pour l'enfant et sa famille permettra à l'enfant d'améliorer son engagement dans les activités et préviendra l'apparition de situation de handicap ultérieure.

Il est donc recommandé de consulter un ergothérapeute **dès le repérage ou la suspicion de trouble** chez le nourrisson ou le jeune enfant dans les situations suivantes :

- Difficulté à participer aux activités quotidiennes, à hauteur de son âge (repas, sommeil, propreté, change, hygiène), y compris dès la naissance
- Difficulté dans le comportement ludique, d'exploration et les interactions (jeux atypiques, communication verbale et non verbale peu fonctionnelle), y compris dès la naissance
- Retard de développement moteur, dès le repérage des troubles
- Troubles de l'intégration sensorielle (hypersensibilité, hyposensibilité, comportement de recherche de sensations)
- Difficulté d'acquisition des attendus scolaires et préscolaire (graphisme, habiletés motrices fines)
- Suspicion de trouble neurodéveloppemental chez le nourrisson et le jeune enfant en vue de participer au diagnostic pluridisciplinaire.

# SOMMAIRE

— **P 5**

Introduction

— **P 8**

Le diagnostic ergothérapeutique : une expertise pour l'évaluation

— **P 12**

L'intervention ergothérapeutique et ses 3 leviers de progression : les compétences de la personne, l'activité en elle-même et l'environnement humain et matériel

— **P 17**

Indications en ergothérapie

— **P 22**

Conclusion

— **P 24**

Bibliographie

— **P 27**

Annexe : les bénéfices de l'ergothérapie auprès des enfants  
(source RCOT - Royal College of Occupational Therapy)

# INTRODUCTION

Chez le nourrisson et le jeune enfant, l'importance d'agir tôt, dès la suspicion de trouble, est désormais avérée (*recommandations HAS*, « [handicap.agir-tot.org](http://handicap.agir-tot.org) ») et recommandée.

En lien avec son référentiel de compétences, l'ergothérapeute est un professionnel intervenant tout au long de la vie (y compris dès la naissance) pour évaluer les troubles, mettre en œuvre des soins et adapter le contexte pour favoriser l'activité humaine. L'ergothérapie (occupational therapy) bénéficie de modèles théoriques en accord avec les consensus internationaux sur le handicap (CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé - PPH : Processus de Production du Handicap) mais aussi de modèles propres à sa profession (MOH : Modèle de l'Occupation Humaine - PEOP : Person, Environnement, Occupation, Performance - MCRE-O : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel).

En ergothérapie (occupational therapy), le développement de l'enfant est considéré dans son contexte (environnement) en tenant compte des caractéristiques de l'enfant (personne) comme les objectifs personnels, la motivation et le tempérament.

Ainsi, plutôt que de penser le développement de l'enfant de façon linéaire, exprimé sous forme d'âges et de stades, et séquencé en domaine (cognitif, langage, moteur, social...), le principal centre d'intérêt de la profession est l'occupation<sup>1</sup>. L'ergothérapeute considère donc le développement de l'enfant comme son engagement progressif dans les occupations (activités signifiantes et significatives).

Dans le modèle ci-dessous (*figure 1*), le développement de l'enfant est modélisé avec une vision de l'enfant en contexte, ce qui permet à l'ergothérapeute d'identifier les éléments clés et d'agir efficacement (Mathiowetz & Bass Haugen, 1994). Cette approche écologique vise à étudier l'interaction personne (enfant) - environnement lors des activités (occupations) quotidiennes. De nombreux modèles en ergothérapie liés à ces concepts incluent le modèle écologique de la performance humaine (Dunn, Brown et McGuigan, 1994), le modèle personne - environnement - occupation (Law et al, 1996), le modèle personne - environnement - occupation - performance (Christiansen & Baum, 1997).

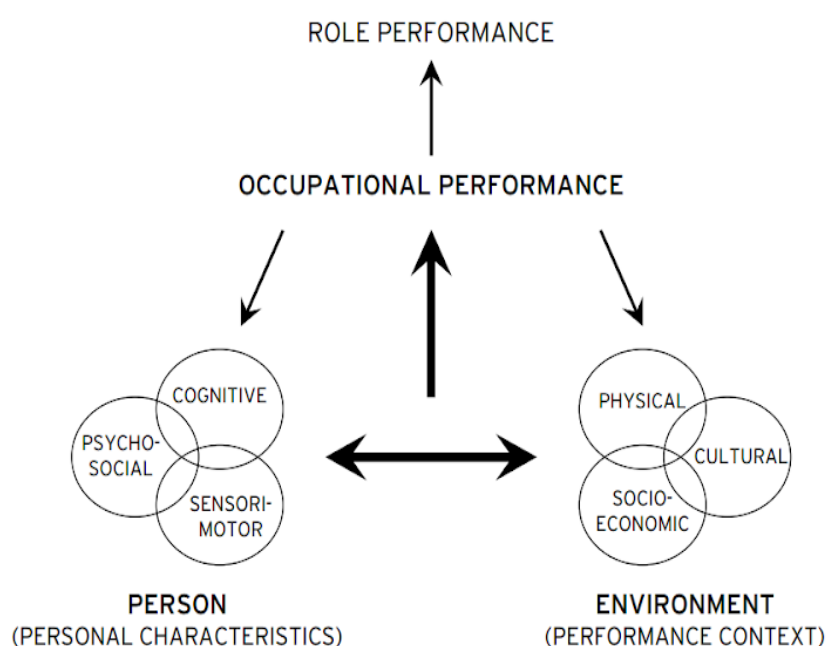


Figure 1 : modèle personne - environnement - occupation - performance

Ce modèle en ergothérapie illustre l'interaction entre les caractéristiques personnelles (sensorimoteur, cognitif et psycho-affectif) et l'environnement (physique, socio-économique et culturel) qui conduit à la performance occupationnelle (soins personnels comme se laver, manger, ..., loisirs comme les jeux d'extérieur mais aussi les jeux de sociétés par exemple et travail) permettant la performance d'un rôle.

## L'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.


Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

*Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute,  
Annexe 1 : référentiel de compétences, définition du métier*

Les troubles neurodéveloppementaux selon le DSM 5 se manifestent dès la petite enfance. Ils se caractérisent par un retard de développement et se traduisent par des atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices. Ils regroupent : les troubles du spectre de l'autisme, les troubles envahissant de développement, les troubles avec déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages, la déficience intellectuelle. Ils impactent les performances occupationnelles et sont susceptibles de créer des situations de handicap.



# **Le diagnostic ergothérapeutique : une expertise pour l'évaluation**



« L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapeutique. » (Référentiel de compétences)

L'ergothérapeute définit ainsi les problèmes, ou limitations d'activités, présents et potentiels, relatifs à l'état occupationnel. Il en identifie les facteurs internes et externes explicatifs et met en évidence les ressources sur lesquelles la thérapie pourra s'appuyer (d'après le guide du diagnostic en ergothérapie, Dubois, 2017).

L'évaluation en ergothérapie d'un jeune enfant a donc pour objectifs (en référence au modèle de Mathiowetz & Bass Haugen, 1994 ci-dessus) :

- Objectiver l'atteinte fonctionnelle observée par les parents ou les professionnels, à l'origine des suspicions de TND (*ici, « role performance et occupationnal performance »*).
- Rechercher les facteurs internes, liés au fonctionnement propre de l'enfant (cognitif, sensoriel, sensori-moteur), ce qui permettra de concourir efficacement au diagnostic pluridisciplinaire (*ici, personal characteristic*).
- Identifier les facteurs externes, liés à l'environnement humain et matériel (*ici, performance context*).
- Rendre évident les leviers de progression : ressources de l'enfant, de l'environnement et définir avec la famille des préconisations et des priorités d'interventions.

## Évaluer l'atteinte fonctionnelle, objectiver la participation quotidienne, mesurer les situations de handicap

Afin d'objectiver les suspicions d'atteintes fonctionnelles, l'ergothérapeute va élaborer le profil occupationnel de l'enfant, en mesurant la participation fonctionnelle : il identifie les domaines de compétences et de difficultés en comparaison aux enfants d'âge similaire. L'ergothérapeute bénéficie à la fois de solides connaissances sur le développement de l'enfant, d'outils d'évaluation validés sur le plan international (MHAVIE, Vineland 2, répertoire occupationnel) et d'une compétence précise dans l'analyse d'activité.

Lorsque l'enfant a accès à un certain niveau de compréhension, l'ergothérapeute, à travers des outils d'évaluation (MCRE-O) et des supports d'entretien (PACS, OT'hope), recueille<sup>1</sup>

---

<sup>2</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Entretien avec la personne et son entourage, avec un groupe de personnes :

- Accueil de la personne, de son entourage, des personnes concernées ;

- Présentation de la démarche ergothérapeutique et de la situation d'intervention ;

- Recueil du consentement de la personne ;

- Recueil de données concernant la personne et son entourage, le groupe de personnes : attentes, manière de percevoir l'intervention ergothérapeutique, environnement social et familial, ressources, projet de vie de la personne ou des personnes...

le niveau de satisfaction de l'enfant sur ses propres performances et l'amène à déterminer lui-même, en collaboration avec ses parents, les axes de l'intervention.

## Comprendre l'origine des troubles : analyse des facteurs internes

### Analyse de la performance de l'enfant dans les occupations

L'analyse fine de la performance de l'enfant dans les activités quotidiennes (à domicile, à la crèche via des films familiaux), qui comprennent les activités ludiques, les soins personnels et scolaires permet à l'ergothérapeute d'évaluer les compétences cognitive, comportementale et sensori-motrice en situation écologique. L'observation en milieu naturel de vie du nourrisson ou du jeune enfant permettra également de mettre en avant les éléments environnementaux jouant un rôle facilitateur ou au contraire constituant un obstacle à la participation de l'enfant.

Cette pratique de l'analyse de l'activité est une des bases du métier de l'ergothérapeute<sup>2</sup>.

### Bilans normés

L'ergothérapeute évaluera les compétences, repérées lors de l'analyse occupationnelle, comme fragiles afin de les confronter à un échantillonnage fiable en lien avec l'âge de l'enfant. Pour cela, les ergothérapeutes sont habilités et compétents pour utiliser des batteries d'évaluations<sup>3</sup> des compétences occupationnelles en situation (AMPS), motrices (M-ABC 2), sensorielles (Profil Sensoriel de W. Dunn), cognitives (NEPSY 2), visuo-perceptives (DTVP-3), graphiques (BHK).

---

<sup>2</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Observation d'une personne, d'un groupe :

- observation en cours d'activité à l'aide d'outils spécifiques ;
- Observation de la capacité à s'engager et à réaliser les activités liées à la participation.

<sup>3</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Réalisation de tests et d'évaluations :

- Réalisation de tests et d'évaluations à l'aide d'outils génériques ou spécifiques ;
- Identification des habitudes de vie, des besoins des personnes et de leurs projets de vie ;
- Mesure quantitative et qualitative, statique et dynamique, des différentes structures anatomiques, des paramètres articulaires, musculaires, cutanés et trophiques ;
- Mesure des déficiences ;
- Description et mesure des limitations d'activité, de l'indépendance et de l'autonomie ;
- Description des facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles ;
- Identification des restrictions de participation et des situations de handicap.

## Comprendre le contexte : analyser les facteurs externes

Intervenant prioritairement dans le milieu de vie de l'enfant (domicile, crèche, école maternelle, centre de loisirs, club sportif,...), la spécificité de l'ergothérapie est de situer la participation dans un contexte matériel, humain et culturel<sup>4</sup>. Cette analyse fait partie intégrante du diagnostic ergothérapique et permet d'identifier des obstacles et des leviers de progression et d'agir précisément pour optimiser la participation : aménagement de l'environnement, adaptation de l'activité, guidance parentale.

## Élaborer des préconisations concrètes


L'évaluation ergothérapique s'inscrit donc efficacement dans l'étape et l'élaboration du diagnostic médical, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire qui aura évalué l'enfant. Elle est aussi prioritairement destinée à préconiser des pistes d'intervention concrètes et pragmatiques dans l'objectif d'améliorer significativement la participation de l'enfant et la qualité de vie actuelle et future du jeune et de sa famille.

---

<sup>4</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Observation d'une personne, d'un groupe :

- Observation de l'attitude générale (présentation, comportement, communication, mobilité...);
- Observation de l'interaction personne/environnement humain et matériel.



# **L'intervention ergothérapeutique et ses 3 leviers de progression :**

les compétences de la  
personne, l'activité en  
elle-même et l'environnement  
humain et matériel

Dès le repérage des troubles et avant le diagnostic médical, l'ergothérapeute agit efficacement pour réduire les conséquences actuelles et à venir des troubles en optimisant la participation du bébé et du jeune enfant.

Les ergothérapeutes interviennent à trois niveaux afin de réduire la situation de handicap :

- L'enfant : faire émerger et favoriser ses compétences
- L'occupation (activité) : agir pour la rendre accessible
- L'environnement physique et humain : adapter, faciliter

### **Intervenir très précocement auprès de l'enfant pour optimiser son potentiel et prévenir les risques**

Il s'agit avant tout d'intervenir précocement, s'appuyant sur la plasticité cérébrale en favorisant l'activité mais aussi en accompagnant les parents, en les guidant pour qu'ils acquièrent eux aussi les compétences nécessaires pour agir avec leur enfant afin de prévenir le retard de développement et réduire le trouble.

En lien avec leur référentiel de compétence, les ergothérapeutes utilisent des techniques de remédiation, de rééducation ou d'entraînement qui visent à améliorer les capacités :

- Motrices (motricité globale, motricité fine, motricité instrumentale)
- Cognitives
- Sensorielles
- Comportementale et relationnelle
- De performance dans les occupations de l'enfant et de ses parents

Différentes approches basées sur des données probantes (Bottom Up et Top Down) sont à la disposition de l'ergothérapeute. Dans une étude de 1999, Mandich et al. montraient déjà que les ergothérapeutes utilisent, pour la plupart, une combinaison des différentes approches, adaptant à chaque enfant l'approche qui lui conviendra le mieux.

#### Les approches « bottom up »

Les approches « bottom-up », plutôt neuro-développementales, sont d'autant plus bénéfiques qu'elles se réalisent avec une certaine intensivité dans la petite enfance.

L'approche ascendante de l'évaluation et de l'intervention part du principe que l'amélioration des compétences sous-jacentes de l'enfant améliore sa capacité à accomplir la tâche dans son ensemble. L'intervention de l'ergothérapeute visera à réduire les déficits par un travail ciblé sur les fonctions motrices, perceptives, sensorielles...

Le concept d'intégration sensorielle développé par l'ergothérapeute A. J. Ayres (1972) est orienté sur le traitement de l'information sensorielle et ses répercussions dans les comportements moteurs et les apprentissages au quotidien.

### Les approches « top down »

Ces approches contemporaines (années 1990) orientées sur l'activité visent la performance occupationnelle. Les évaluations et interventions descendantes adoptent une perspective globale et se concentrent sur la participation de l'enfant dans son contexte de vie afin de déterminer ce qui est important et pertinent pour lui. Cette orientation est davantage liée aux activités et aux niveaux de participation de la CIF (OMS 2001). L'acquisition des habiletés de base est la conséquence d'une interaction entre l'enfant, l'activité et son environnement. Ces approches visent la performance occupationnelle, en engageant l'enfant dans un processus d'apprentissage. Lors de l'entretien, il est demandé à l'enfant et à ses parents de déterminer les tâches significatives mais difficiles à réaliser, limitant sa participation sociale. La performance occupationnelle de l'enfant est évaluée dans des contextes réels, permettant à l'ergothérapeute d'observer les problèmes occupationnels de façon plus réaliste et critique.

## **L'accompagnement en ergothérapie par et pour l'occupation**

L'ergothérapeute a pour mission d'intervenir sur l'activité pour permettre l'autonomie de l'enfant, améliorer la qualité de vie de la famille et réduire les situations de handicap actuelles et à venir.

La spécificité de l'ergothérapie est d'intervenir via des « mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne »<sup>5</sup>. À travers des activités significatives pour son âge, mais également des activités thérapeutiques visant l'exercice d'une fonction particulière, l'ergothérapeute va cibler les occupations fondamentales à cet âge, à savoir les activités ludiques, l'exploration de l'environnement, le repas, l'habillement...

Les ergothérapeutes proposent donc des mises en situation d'activités écologiques et des mises en situation d'activités thérapeutiques pour cibler et améliorer précisément une fonction. Ils « *permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique,*

---

<sup>5</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute  
Mise en situation d'activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication.

*cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie* »<sup>6</sup>.

## **Intervenir en contexte écologique, pour l'optimiser**

Un accompagnement personnalisé et évolutif dans les différents lieux de vie : de la maison, à la crèche, à l'école, et dans les loisirs

### Agir sur l'environnement humain : une approche centrée sur la famille

Le nourrisson ou le jeune enfant est toujours dépendant de ses parents et ceux-ci doivent être reconnus comme les éducateurs naturels du jeune enfant, ayant développé une expertise de son fonctionnement. Chez le nourrisson et le jeune enfant, **ce sont eux qui vont déterminer les objectifs de l'intervention**. L'ergothérapeute proposera à la famille des outils d'autodétermination des objectifs à atteindre, s'assurant ainsi de la meilleure implication parentale.

Travaillant autour de l'objectif de la famille, l'ergothérapeute favorisera l'émergence de solutions personnalisées en fonction des habitudes de vie, des valeurs éducatives, en lien avec l'aménagement de l'environnement, l'adaptation de l'activité, des activités à proposer à l'enfant ou encore préconisera des pistes de comportement à adopter face à certaines situations. Ces préconisations sont toujours issues d'un échange avec la famille, et s'intègrent dans un contexte écologique unique à chaque situation.

Ainsi, l'ergothérapeute est compétent dans les domaines du « *Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions* »<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute  
Mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien :

- Mise en situation et entraînement dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui

<sup>7</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Écoute de la personne et de son entourage :

- Entretien de suivi de la personne en lien avec sa famille, son entourage et le cas échéant l'équipe thérapeutique ;  
- Information et conseil à destination de la personne ou du groupe et de son entourage en fonction des périodes de la vie, des transitions dans la trajectoire de vie et du contexte (famille, amis, personnes ressources dans l'environnement, milieu scolaire, professionnel, loisirs...) ;

### Agir sur l'environnement : aménagement et adaptation matériel

Le développement sensori-moteur et cognitif précoce de l'enfant est lié aux expériences qu'il aura pu faire dans son milieu de vie. Aussi, aménager l'environnement (dans ses composantes matérielle et sensorielle par exemple), pourra optimiser les acquisitions de l'enfant.

Par exemple, chez un jeune enfant en difficulté avec l'alimentation, il sera important d'analyser l'environnement du repas (stimuli visuel et auditif, installation à table, distraction dans la pièce, TV, couvert à sa taille), pour proposer des modifications de manière à améliorer la performance dans l'activité.

L'ergothérapeute va ainsi faire des « *proposition[s] de matériels, de mobiliers et d'agencement visant à un aménagement accessible, sécurisé, évolutif, durable et adapté* »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Selon le référentiel de compétences, arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute  
Conseils, démonstrations et essais pour une bonne gestion des aides techniques ;  
– Conseil dans les stratégies d'aménagement des aires de mobilité et d'activité ;  
– Conseil d'amélioration des environnements pour faciliter les actes de la vie quotidienne





# **Indications en ergothérapie**

En cas de suspicion de troubles neurodéveloppementaux, et même en l'absence de diagnostic médical initial, le recours à l'ergothérapeute permettra d'objectiver les restrictions de participation, de réduire et d'anticiper les situations de handicap, d'intervenir sur les troubles selon des approches basées sur un niveau de preuves.

**Il est donc recommandé de consulter un ergothérapeute en cas de suspicion de trouble neurodéveloppemental ou chez les enfants à risque.**

L'ergothérapie s'inscrit dans l'étape diagnostique grâce à son expertise.

## Atteinte des performances de l'enfant

### Atteinte du comportement ludique, d'exploration et des interactions

Chez le nourrisson, l'exploration de son environnement puis le jeu par la suite, lui permet de développer ses capacités sensori-motrices, cognitives et ses habiletés sociales. L'ergothérapeute s'intéresse spécifiquement à ces occupations fondamentales et grâce à son expertise et à ses connaissances relève les décalages dans les acquisitions de l'enfant qui lui est référé.

- **Troubles du comportement**

Lorsque l'enfant présente un comportement problème récurrent, l'ergothérapeute effectue une analyse des différents facteurs internes et externes (comportemental, sensoriel, environnement, lié à l'activité) : les crises pouvant être liées aux transitions, aux difficultés sensorielles, à une rigidité comportementale. En lien avec cette analyse, il intervient précocement pour aider l'enfant à utiliser des comportements adaptés et aménager le contexte spatio-temporel, humain et matériel pour réduire le comportement problématique.

- **Comportements stéréotypés et/ou intérêt restreint interférant de manière significative avec la participation de l'enfant.**

### Atteinte des habiletés fonctionnelles quotidiennes

L'atteinte des habiletés fonctionnelles est un des symptômes détectés précocement par les parents. L'accompagnement en ergothérapie est indiqué lorsqu'il y a :

- **Difficulté à s'alimenter (sélectivité alimentaire, dysphagie...)**

Les études mettent en évidence qu'une forte proportion d'enfants porteurs de TSA éprouve des difficultés d'alimentation (65% selon Nadon et al, 2011). Les ergothérapeutes formés autour de l'oralité alimentaire sont des professionnels référents pour ces enfants. Ils proposeront un accompagnement individuel ou en groupe, toujours en lien avec les parents, assistante maternelle, auxiliaire de puériculture et en collaboration avec les autres membres de l'équipe intervenant auprès de l'enfant.

- **Déficit de communication fonctionnelle**

Pour prévenir et réduire le handicap de communication, en collaboration avec l'orthophoniste, l'ergothérapeute est sollicité précocement en cas de **risque d'atteinte de la communication fonctionnelle**, particulièrement lorsqu'un moyen alternatif à la communication verbale est envisagé, même provisoirement. En cas de suspicion ou de risque de trouble du langage chez le nourrisson (syndrome génétique par exemple), la formation précoce des parents à des moyens alternatifs de communication (langage signé, Makaton, communication par pictogramme ou par tablette) est corrélé à une amélioration de la communication future.

- **Difficulté à participer aux activités quotidiennes liées à son âge (change, hygiène, transition entre les activités)**

De part son approche holistique et son accompagnement personnalisé, l'ergothérapeute intervient dans le domaine des soins personnels afin de solliciter l'enfant dans les gestes de la vie quotidienne en proposant, en lien avec les habitudes de vie de la famille, des réponses adaptées à l'enfant et à ses parents.

- **Difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace**

Les études montrent une corrélation entre développement moteur précoce et risque d'autisme (Landa et Garette, 2006 ; Baranak, 1999) et explicitent l'importance d'évaluer le développement moteur global et fin, ainsi que la communication sociale durant la première année chez les enfants à risque d'autisme (Bhat & Al, 2012).

### Troubles sensoriels

Les particularités sensorielles font partie des critères diagnostics (DSM-V) du TSA. Elles sont fréquentes (80% selon la méta-analyse de Ben-Sasson et al, 2009), souvent au premier plan des préoccupations familiales. L'ergothérapeute est un professionnel-clé à consulter prioritairement si l'enfant présente des troubles en lien avec les stimulations sensorielles. Les ergothérapeutes disposent des formations solides sur le plan de l'intégration sensorielle (ANFE, Ayres, Miller).

Exemple d'indications d'ergothérapie (bibliographie d'après L. Miller) :

- Grande sensibilité aux sensations interférant avec la participation quotidienne (au bruit, au texture et vêtement, au vide, au gout et texture...)
- Comportement de recherche de sensation (stéréotypies, activités d'autostimulation)
- Hypo sensibilité, se manifestant régulièrement par un manque d'engagement dans les activités

### Troubles des coordinations motrices

L'apparition des troubles de la coordination motrice est précoce, généralement avant 4 ans (Missiuna et al, 2007), avec une participation diminuée dans les domaines du jeu, des soins personnels et des attendus préscolaires avant l'âge de 6 ans (Missiuna et al, 2007).

L'ergothérapeute évalue précocement l'enfant, dès la suspicion de trouble développemental de coordination, afin de proposer une approche fonctionnelle, qui bénéficie des preuves scientifiques les plus solides (Mandich et al, 2004).

### Impulsivité, trouble du comportement, difficulté attentionnelle

Avant 6 ans, ces comportements peuvent être des précurseurs au TDAH (trouble de déficit de l'attention/hyperactivité). Certaines approches ont montré une efficacité (approche métacognitive, apprentissage d'alternatives au trouble du comportement, approche cognitive et comportementale).

L'ergothérapeute, grâce à son action en contexte écologique et à l'auto-détermination des objectifs par l'enfant et la famille, bénéficie rapidement de l'adhésion de l'enfant au suivi. Grâce à son intervention en milieu de vie, il permet d'ajuster ces approches basées sur les preuves au contexte de chaque enfant.

### Difficulté d'acquisition des pré-requis scolaires

L'école maternelle sollicite de façon importante les capacités sensori-motrice, cognitive et comportementale de l'enfant. Les difficultés d'accès au graphisme, un faible engagement dans les ateliers proposés en classe ou des difficultés dans l'autonomie personnelle scolaire doivent interpeller et peuvent faire l'objet d'une orientation en ergothérapie.

Les premiers signes apparaissent dans les jeux moteurs mais aussi dans les manipulations d'outils scolaires, organisation et dans les gestes de la vie quotidienne nécessaire à l'école : attacher les systèmes de fermeture, encastremements, jeux de construction...

## **Nourrisson et jeunes enfants à risque de développer un trouble neurodéveloppemental**

L'ergothérapeute participe donc activement à la démarche diagnostique, en équipe pluridisciplinaire.

### Trouble du spectre autistique

L'ergothérapeute est un professionnel de première ligne pour les jeunes et très jeunes enfants présentant une suspicion de TSA (trouble du spectre autistique). Dès les premiers doutes, il évaluera l'atteinte des habiletés fonctionnelles, les compétences motrices et de possibles troubles/particularités des processus sensoriels (Landa & al, 2006).

### Déficience intellectuelle

Selon le rapport Inserm publié en 2016, les personnes présentant un déficit intellectuel auront nettement plus de mal à s'adapter dans « divers secteurs d'aptitudes tels que la communication, les apprentissages scolaires, l'autonomie, la responsabilité individuelle, la

vie sociale, le travail, les loisirs, la santé, ou encore la sécurité ». L'ergothérapeute évaluera l'enfant et sa participation et proposera rapidement des stimulations, des adaptations en lien avec la famille.

### Troubles de la coordination motrice

L'apparition des troubles de la coordination motrice (TDC) est précoce, généralement avant 4 ans (Missiuna et al, 2007), avec une participation diminuée dans les domaines du jeu, des soins personnels et des attendus préscolaires avant l'âge de 6 ans (Missiuna et al, 2007). L'ergothérapeute évaluera précocement, dès la suspicion de trouble développemental de coordination, afin de proposer une approche fonctionnelle, qui bénéficie des preuves scientifiques les plus solides (Mandich et al, 2004).

### Diagnostic différentiel et troubles neurologiques

L'atteinte des habiletés quotidiennes et de communication ainsi que les retards moteurs précoces et très précoces peuvent être liés à des pathologies neurologiques, ou des syndromes génétiques globaux.

Dans ces situations, la restriction de participation et les situations de handicap sont potentiellement plus importantes. Le recours précoce à l'ergothérapeute apparaît également nécessaire dans ces pathologies.



# Conclusion

Les ergothérapeutes possèdent une formation multidimensionnelle qui leur permet de connaître, comprendre et soutenir l'évolution développementale des enfants dans ses aspects sensori-moteurs, cognitifs, sensoriels et psychosociaux.

L'ergothérapeute accompagne le jeune enfant et ses parents dans toutes les dimensions de la vie de l'enfant (quotidien, apprentissage et développement, loisirs et interaction) pour l'amener à acquérir, conserver ou optimiser son potentiel d'indépendance et d'autonomie. Il propose un accompagnement adapté à chaque enfant et à leur famille en tenant compte des habitudes de vie, des valeurs éducatives et du contexte d'intervention.

S'appuyant sur sa formation, son référentiel de compétences (arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute), il pose un diagnostic ergothérapeutique, choisit un modèle d'intervention ergothérapeutique. L'ergothérapeute s'inscrit aussi bien dans une démarche de prévention pour les enfants à risque en facilitant l'acquisition d'habiletés, il vise la récupération de certaines habiletés en lien avec les approches choisies, il propose des compensations pour réduire les situations de handicap limitant l'autonomie de l'enfant dans ses occupations.

L'ergothérapeute, en plus de déployer une approche centrée sur l'enfant et sa famille, en tenant compte des particularités environnementales, s'inscrit dans la collaboration avec les différents professionnels tout au long du parcours de vie de l'enfant.

# BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, Arlington VAD, American Psychiatric Association.
- Ayres AJ. (1972). Sensory Integration and the Child. *Western Psychological Services*, Los Angeles, CA.
- Ben-Sasson A., Hen L., Fluss R.(2009). A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Volume 39, Number 1.
- Bhat, A. N., Galloway, J. C., & Landa, R. J. (2012). Relation between early motor delay and later communication delay in infants at risk for autism. *Infant behavior & development*, 35(4), 838-46.
- Boisjoly & Mineau (2001). L'ergothérapie et la psychoéducation au service des jeunes enfants avec un trouble envahissant du développement : théorie et pratique. Approcher l'énigme de l'autisme. *Prisme psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 34, pp. 92-111.
- Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2010). Occupational therapy for children (6th ed.). Maryland Heights, Missouri: Mosby/Elsevier.
- Cateix-Negre E., (2014). Communiquer autrement. De Boeck - ANFE - Solal.
- Christiansen, C., & Baum, C.M. (Eds.). (1997). Occupational therapy : enabling function and well-being. Slack.
- Drolet, MJ & Maclure J (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes in *Approches inductives*, 168-196, Québec.
- Dubois B, Thiebaut Samson S., Trouvé E, Tossier M., Porriél G, Tortora L, Riguet K. Guesner J. (2017). Guide du diagnostic en ergothérapie. De Boeck - ANFE - Solal.



- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan (1994). The ecology of human performance : a framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607.
- Dunn, W. (2011). Best practice occupational therapy for children and families in community settings. SLACK Incorporated.
- Ferland F. (2005). Et si on jouait ? Le jeu durant l'enfance et pour toute la vie. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Fisher, A. G., & Bray Jones, K., (2012). Assessment of Motor and Process Skills: Volume I - Development, Standardization, and Administration Manual, 7th Edition, Revised, Three Star Press, Inc.
- Fisher, A.G., & Bray Jones, K., (2014). Assessment of Motor and Process Skills : Volume II - User Manual, 8th Edition, Three Star Press, Inc.
- Fisher, A.G., (2009). OTIPM Manual, Three Star Press, Inc.
- FougeyrolloS, P & al, (1998). Classification Québécoise : Processus de Production du Handicap. Québec : RIPPH.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 16-23.
- Goldstein-Lohman, H., Kratz, A., & Pierce, D. (2003). A study of occupation-based practice. In D. Pierce (Ed.) *Occupation by design ; Building therapeutic power* (pp.239-261). Philadelphia, PA ; F.A. Davis.
- Fisher, A. G. & Jones, K. B. (2010). Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual (7e ed.). Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Kühne, N., Tétreault, S., Bertrand-Leiser, M., Desrosiers, J., & Cattin, I. (2018). Réseau OHS : vers des collaborations francophones sur les occupations humaines et la santé. In Caire, J.-M., & Schabaille, A. *Engagement, occupation et santé*, (pp 3-15). De Boeck - ANFE - Solal.
- Landa, R. and Garrett- Mayer, E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 629-638.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1):9-23.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mccoll, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2011). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (4e édition). Ottawa : CAOT Publications ACE.

- Mandich A., Polatajko H., Macnab J. & Miller L. (2001). Treatment of Children with Developmental Coordination Disorder, Physical & Occupational Therapy. *Pediatrics*, 20:2-3, 51-68.
- Mandich, A. D. Polatajko, H. J. Miller L. T., Baum, C. (2004). PACS, éd. CAOT publications ACE.
- Mathiowetz, V., Bass Haugen, J. (1994). Motor Behavior Research : Implications for Therapeutic Approaches to Central Nervous System Dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (8), 733-745.
- Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. Bruxelles : De Boeck - ANFE - Solal.
- Miller, L.J., Coll, J.R., Schoen, S.A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *American journal of Occupational Therapy*, 61, pp. 228-238.
- Missiuna C, Moll S., King S., King G. & Law M. (2007). A Trajectory of Troubles, Physical & Occupational Therapy. *Pediatrics*, 27:1, 81-101.
- Morel-Bracq, M.-C. (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. In Caire, J.-M., & Schabaille, A. Engagement, occupation et santé (pp 3-15). De Boeck - ANFE - Solal.
- Morel-Bracq, M-C. (2017). Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux modèles fondamentaux. De Boeck - ANFE - Solal.
- Nadon G., Ehrmann Feldman D., Dunn W., and Gisel E. (2011). Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorders, ". *Autism Research and Treatment*, vol. 2011.
- OMS Organisation mondiale de la santé (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.
- Rodger, S., (2010). Occupation centred practice with children, Willey Blackwell.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2e éd.). Ottawa : CAOT Publications ACE.

# ANNEXE :

## Les bénéfices de l'ergothérapie auprès des enfants (source RCOT - Royal College of Occupational Therapy)

### Intervention auprès des enfants et jeunes enfants

Les ergothérapeutes peuvent travailler à trois niveaux principaux dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation, du bénévolat ou de la santé publique (Arbesman et al 2013):

Niveau 1 : Programmes pour toute une population ou programmes universels conçus pour tous les enfants, adolescents et jeunes adultes.

Par exemple :

- L'approche sur l'école entière pour proposer le service d'ergothérapie, avec des thérapeutes qui partagent leurs connaissances et compétences avec le personnel de l'école, afin d'améliorer l'engagement et la participation des enfants dans un choix divers d'activités scolaires (Hutton 2009).
- L'intervention sur l'écriture manuscrite dans la salle de classe où il est instauré une approche collaborative entre les thérapeutes et les enseignants. Un programme d'écriture co-enseigné a montré une amélioration de la lisibilité, de la rapidité et de la fluidité de l'écriture des enfants (Case-Smith et al 2012).
- Les ergothérapeutes, en promouvant un mode de vie sain et l'engagement dans des occupations significatives et épanouissantes, peuvent apporter une contribution significative à réduire des problèmes de santé tels que l'obésité (Reingold et Jordan 2013, Orban et al 2014, Moll et al 2015). Cela pourrait inclure la mise en place d'activités ludiques dans un programme d'éducation nutritionnelle (Munguba et al 2008).

Niveau 2 : Services ciblés ou sélectifs conçus pour aider les enfants et les jeunes qui sont à risque de détérioration de leur santé ou bien être.

Par exemple :

- Un programme d'ergothérapie pour développer les compétences sociales. Une intervention en ergothérapie basée sur des jeux de rôles montre une amélioration des compétences sociales des adolescents sur le spectre de l'autisme (Gutman et al 2012).
- L'intervention de l'ergothérapeute pour aider les enseignants à adapter les tâches scolaires. Par exemple, les ergothérapeutes ont aidé les enseignants à adapter le niveau de difficulté moteur des tâches scolaires ce qui a permis une participation accrue des enfants et des jeunes ayant un trouble développemental de la coordination dans leur vie scolaire (Missiuna et al 2012).

Niveau 3 : Services d'ergothérapie intensifs ou spécialisés adressés aux enfants et aux jeunes personnes ayant des besoins particulièrement au niveau de leur santé mentale, physique, émotionnelle, de leurs apprentissages ou de leurs comportements qui ont un impact sur leur participation dans leur rôle social.

Par exemple :

- Utilisation d'une approche individualisée d'intervention pour enseigner des stratégies cognitives afin de soutenir le succès de leur performance. Par exemple, la « Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance » (CO-OP) a été utilisée chez des enfants présentant une lésion cérébrale acquise (Missiuna et al 2010).
- L'utilisation de l'entraînement (coaching) des parents, par exemple pour améliorer la participation des enfants sur le spectre autistique dans les occupations de leur choix (Dunn et al 2012).
- Programmes individualisés d'habileté motrice. Il existe des preuves que des formes de thérapie par contrainte induite (CIMT) et une thérapie bimanuelle intensive peuvent améliorer la fonction du membre supérieur chez l'enfant ayant une hémiplégie (Sakzewski et al 2014, Gelkop et al 2015) et peuvent les aider à atteindre leurs objectifs individualisés (Sakzewski et al 2014).
- Des programmes thérapeutiques adaptés aux intérêts et aux forces de l'enfant peuvent améliorer les compétences fonctionnelles. La persistance des activités (chez les enfants atteints d'hémiplégie congénitale) a un effet positif sur les résultats de leur performance occupationnelle suite à une intervention chirurgicale du membre supérieur (Miller et al 2014).
- Les programmes à domicile, dans lesquels il existe une collaboration entre le parent et le thérapeute, peuvent être utilisés pour augmenter l'intensité de la thérapie. Il a été constaté que ces programmes peuvent être efficaces pour améliorer les résultats moteurs chez les enfants atteints de paralysie cérébrale s'ils reposent sur des

interventions efficaces et éprouvées et avec un soutien et un encadrement appropriés (Novak et Berry 2014).

- Il a été identifié l'importance de l'intégration des priorités des parents et des enfants lors de la mise en place des objectifs et lors des interventions afin d'optimiser les résultats. L'intervention auprès d'enfants atteints d'un trouble développemental de la coordination s'adressant aux facteurs sociaux et à la participation dans les activités de vie quotidienne ont été jugés très importante par les familles (Morgan et Long 2012).

### **Bénéfice en néonatalogie et intervention précoce**

Les principaux avantages de l'ergothérapie sont résumés à partir du Royal College of Occupational Therapist (RCOT 2017) référence de pratique basée sur les données probantes : l'ergothérapie en services néo natalité et intervention précoce.

- Une approche d'évaluation basée sur les occupations prend en compte les valeurs, les préoccupations et les priorités de la famille, ainsi que l'environnement physique et social du nourrisson (Vergara et Bigsby 2004). Une évaluation sans danger et appropriée du statut neurocomportemental du nourrisson à haut risque par un ergothérapeute aide à la planification et à la prestation de soins soutenant le développement (Als et al 2003, El-Dib et al 2011).
- L'ergothérapeute peut recommander comment créer un environnement favorable qui favorise soins soutenant le développement et à la participation occupationnelle (par exemple, soutenir le sommeil, faciliter les interactions parent-enfant), en fonction de l'âge, du statut et des besoins individuels du nourrisson (McAnulty et al 2010, Symington et Pinelli 2006, Symington et Pinelli 2002). La mise en œuvre des principes de soins soutenant le développement peut améliorer les résultats à court terme en matière de santé et de développement (Als et al. 2003, Legendre et al 2011, McAnulty et al 2010).
- Promouvoir et soutenir l'implication des parents à la gestion non pharmacologique des soins, par exemple au « peau à la peau » (Ferber et Makhoul 2008, Johnston et al 2011), et la façon de coucher le nourrisson (Axelin et al 2006, Obeidat et al 2009) peuvent soutenir la régulation neurocomportementale du nourrisson, favoriser le sommeil et réduire la douleur au cours des procédures de soins (par exemple, lance au talon, aspiration trachéale).
- Un positionnement approprié du nourrisson peut favoriser l'amélioration du développement de la motricité et des comportements d'autorégulation et prévenir des atteintes respiratoires (Gouna et al 2013, Grenier et al 2003, Liaw et al 2012, Nakano et al 2010). L'ergothérapeute peut examiner le choix et l'utilisation des aides aux positionnements néonataux (Madlinger-Lewis et al 2015, Zarem et al 2013) et soutenir

l'éducation des équipes de soins néonataux aux positionnements individualisés des nourrissons à haut risque dans l'unité néonatalité (Coughlin et coll. 2010).

- L'ergothérapeute est capable de promouvoir un environnement approprié (espace, sièges, confidentialité, environnement sensoriel et culturel dans l'unité de soin intensif) dans l'unité néo natalité afin d'encourager la participation des parents / nourrisson lors des premières expériences d'alimentation (Flacking et Dykes 2013, Pickler et al 2013). Ensemble avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, l'ergothérapeute peut aider les parents à lire et à apprendre à répondre aux signaux de disponibilité pour l'alimentation du nourrisson, favorisant ainsi le partage dans l'occupation du repas dans l'unité néonatale et après la transition à la maison (Ross et Browne 2013, Brown et Pridham 2007, Caretto et al 2000).
- Les ergothérapeutes soutiennent et facilitent le développement du partage dans les occupations telles que l'alimentation, le bain, l'habillage et les premières activités de jeu pour assurer une prise en charge sensible et appropriée et promouvoir la performance occupationnelle des nourrissons et des parents (Chiarello et al 2006, Kadlec et al. 2005, Winston 2015). En travaillant avec les parents, en soutenant leurs rôles et leurs relations, ils peuvent aider à transformer l'implication des parents en occasions de participer à des activités de stimulation et de soins pour leurs nourrissons de manière significative pour eux (Gibbs et al 2015).
- Les ergothérapeutes devraient participer au dépistage et à l'évaluation des nourrissons à haut risque pour des problèmes liés aux performances cognitives et aux interactions sociales, aux habiletés motrices fonctionnelles et difficultés de traitement sensoriel (Maitra et al 2014, Witt-Mitchell et al 2015). Il est important de soutenir le développement des occupations de l'enfant, telles que le jeu, la participation sociale, l'éducation et les soins personnels, avec une orientation vers les services d'intervention précoce si indiquée.
- La mise en place de programmes d'intervention précoce en faveur du développement peut favoriser une amélioration des performances cognitives pendant les années préscolaires (Orton et al 2009, Spittle et al 2015), peut diminuer l'anxiété des parents (Spencer-Smith et al 2012) et fournit un moyen de promouvoir la performance occupationnelle (Hwang et al 2013).

### **Bénéfices financiers :**

L'augmentation de l'accès aux services d'ergothérapie peut amener des économies de coûts dans les secteurs de la santé et de l'éducation résultant directement de la baisse du nombre d'hospitalisations pour les nourrissons, du besoin réduit de rendez-vous médicaux en cours, la diminution de l'incidence des problèmes de développement et d'éducation dus au une identification et un soutien plus précoces et une incidence moindre des problèmes de santé mentale chez les parents et nourrissons à haut risque pendant la petite enfance.

## Troubles d'acquisition des coordinations

- Les ergothérapeutes jouent un rôle important dans le diagnostic du TDC dans le cadre d'un programme multidisciplinaire (Missiuna et al 2008).
- Recevoir un diagnostic peut avoir un effet positif sur les enfants, adolescents, jeunes adultes, grâce à la compréhension d'eux-mêmes et à une compréhension accrue pour ceux qui les entourent (Missiuna et al 2008).
- Il y a des preuves que l'intervention de l'ergothérapeute peut permettre aux enfants, adolescents, jeunes adultes avec TDC d'élaborer des stratégies pour gérer et/ou surmonter les difficultés qu'ils rencontrent avec toutes les activités journalières qui sont importantes pour eux (Dunford 2011).
- Les approches d'intervention cognitives et centrées sur les activités de l'enfant et la famille peuvent aider les jeunes enfants atteints de TDC à maîtriser les activités quotidiennes qu'ils choisissent (Polatajko et Cantin 2005, Sugden et Henderson 2007).
- Lorsque les enfants, adolescents et jeunes adultes fixent eux-mêmes les objectifs, l'intervention centrée sur l'activité est plus efficace pour les aider à participer et à développer leurs compétences dans leur activité de leur choix (Dunford 2011).
- L'intervention auprès d'enfants atteints d'un trouble développemental de la coordination s'adressant aux facteurs sociaux et à la participation dans les activités de vie quotidienne ont été jugés très importante par les familles (Morgan et Long 2012).
- Les données probantes appuient une intervention en ergothérapie dans les crèches (Kennedy-Behr et al 2013) et écoles (Cambell et al 2012, Jasmin et al 2014), afin de créer des environnements favorables, d'entraîner (coaching) les parents et les enseignants et enseigner des compétences (par exemple l'écriture, le découpage), et augmenter la participation à des activités sportives et dans les jeux de récréation.



Artisans de votre liberté

## **Association Nationale Française des Ergothérapeutes**

**64 rue Nationale - CS 41362**

**75214 Paris Cedex 13**

**01 45 84 30 97**

**accueil@anfe.fr**

**[www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)**