

Michèle Dubochet

13

CAHIERS DE L'EESP

L'ERGOTHÉRAPIE
AVEC LES
ENFANTS



Michèle Dubochet

**L'ERGOTHÉRAPIE
AVEC LES ENFANTS**

Michèle Dubochet

L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

THÉORIES ET PRATIQUES

LES CAHIERS DE L'EESP

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignants et chargés de cours, qui illustrent ses divers domaines d'activité, de recherche et d'enseignement, à l'intention de ses anciens étudiants, de l'ensemble des professionnels de l'action sociale et des milieux intéressés.

Le comité d'édition: Pierre Avanzino,
Claude Pahud, Simone Pavillard,
Paola Richard-De Paolis.
Responsable de la diffusion: Jean Fiaux

Couverture - Conception: Charly Mausli
Maquette: †Christian Collaud

Diffusion auprès des libraires
Albert le Grand S.A., Temple 1, 1701 Fribourg.

© 1992, **Éditions EESP**, case postale 70, CH-1000 Lausanne 24
Imprimé en Suisse. Tous droits réservés.
ISBN 2-88284-014-4

L'ÉCOLE D'ÉTUDES SOCIALES ET PÉDAGOGIQUES (EESP)

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne prépare à plusieurs professions sociales. Elle compte aujourd'hui cinq sections:

- Le Centre de formation d'éducateurs spécialisés,
- L'École d'éducateurs et d'éducatrices de la petite enfance,
- L'École d'ergothérapie,
- L'École de service social et d'animation,
- La Formation des maîtres socio-professionnels.

Elle propose des cycles réguliers de formation à plein temps et en emploi (environ 400 étudiants), ainsi que des cours spéciaux de directeurs et directrices de lieux d'accueil pour jeunes enfants, de praticiens formateurs et de superviseurs.

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne a été créée le 19 novembre 1964 par la fusion de l'École d'assistantes sociales et d'éducatrices (1952) et du Centre de formation d'éducateurs pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (1953).

Établissement de formation professionnelle supérieure, membre de la Conférence suisse des Écoles supérieures d'éducateurs spécialisés (CSEES), de la Conférence suisse des Écoles supérieures de Service social (CSESS), du Comité suisse des Écoles d'ergothérapie (CSEET), de la Coordination des Écoles supérieures suisses d'animation socio-culturelle (CESASC), la Fondation *École d'études sociales et pédagogiques - Lausanne* est reconnue et subventionnée par la Confédération suisse et les Cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud et Tessin.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
<i>Première partie</i>	
Vers une organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants	15
Ch. 1 Le problème des savoirs professionnels	17
Ch. 2 Un modèle d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants	23
2.1 L'ergothérapie	27
2.2 Les modèles de pratique	30
2.3 Les domaines scientifiques de référence	32
2.4 Conclusion	32
Ch. 3 Définitions de l'ergothérapie	35
<i>Deuxième partie</i>	
Les bases théoriques de l'ergothérapie	39
Ch. 4 Quelques bases théoriques de l'ergothérapie	41
4.1 Limites de l'intervention ergothérapeutique	42
4.2 Les fondements éthiques de l'ergothérapie	43
4.3 Une conception de l'enfant	52
4.4 Une conception de la profession telle qu'elle se situe dans le système socio-sanitaire	54
4.5 Les finalités, les buts et les objectifs de l'ergothérapie avec les enfants	58
4.6 Conclusion	67
4.7 Quelques textes de référence	67

Troisième partie

Ch. 5	Le cadre général de l'ergothérapie avec les enfants	77
5.1	A quels enfants s'adresse l'ergothérapie	77
5.3	Où travaillent les ergothérapeutes	80
5.4	Le financement de l'ergothérapie	81

Quatrième partie

	Le modèle de pratique de l'ergothérapie avec les enfants ..	83
Ch. 6	Le jeu en ergothérapie par H. Trillen-Krayenbühl	85
6.1	Le jeu: essai de définition et caractéristiques	85
6.2	La place du jeu dans l'ergothérapie en pédiatrie	86
6.3	Proposition de classification des jeux	87
6.4	En conclusion, quelques idées sur le sujet du jeu en ergothérapie	93
Ch. 7	Le processus de l'ergothérapie avec les enfants	95
7.1	L'évaluation formative	96
7.2	Les finalités, les buts et les objectifs du traitement ou le plan de traitement	116
7.3	Le programme de traitement	117
7.4	Restituer la démarche aux intéressés	117
7.5	Conclusion	118
Ch. 8	Les dimensions de la mise en œuvre du traitement	121
8.1	Les formes du traitement	123
8.2	La structuration d'une séance de traitement	123
8.3	Le dosage de la réussite et de l'échec	134
8.4	L'espace de liberté de l'enfant	141
8.5	Le travail interdisciplinaire	147

Cinquième partie

	Quelques modèles de pratique spécifiques	149
Ch. 9	Le modèle de pratique Bobath par A. Gossin	151
9.1	Présentation générale	152
9.2	Éléments du développement sensori-moteur	155
9.3	Principes de traitement	157
9.4	Application de l'approche Bobath en ergothérapie	161

Ch. 10	Le concept de l'approche de Madame F. Affolter par M. Badan - C. Hoyois - J. Piller	169
10.1	Introduction	170
10.2	Le modèle de développement proposé par Madame F. Affolter	170
10.3	Le développement normal des perceptions chez l'enfant ..	171
10.4	Caractéristiques de l'enfant ayant des problèmes perceptifs	172
10.5	Démarche thérapeutique proposée par Madame F. Affolter	175
10.6.	Conclusion	182
Ch. 11	L'œil et la main, apports d'une conception sensori-motrice en ergothérapie par G. Pollonini et E. Teuscher	185
11.1	Une approche du développement sensori-moteur	187
11.2	Applications en ergothérapie	195
11.3	Complémentarités avec les autres modèles de pratique	205
11.4	Conclusion	208
Ch. 12	Étude de cas, traitement d'ergothérapie privilégiant le modèle de pratique de J. Ayres	211
12.1	Présentation de la situation	213
12.2	L'évaluation formative	213
12.3	Le modèle de pratique de J. Ayres	229
12.4	Finalité, buts et objectifs du traitement	235
12.5	Le traitement	237
12.6	Évaluation sommative: les résultats du traitement	259
12.7	Conclusion	268
Ch. 13	Sous le voile de l'action par P. Bravo-Bueno	271
Ch. 14	Perspectives	279
	Bibliographie	283

INTRODUCTION

Le présent travail traite de l'ergothérapie avec les enfants. Il propose une organisation des théories et des pratiques dans ce domaine particulier de l'ergothérapie et en développe quelques aspects.

Il s'agit d'un ouvrage général, conçu comme un manuel. Du manuel, cependant, il n'est que l'embryon ou le cadre car, si l'essentiel des éléments de l'ergothérapie avec les enfants est présenté, seuls quelques aspects font l'objet d'un développement.

Après avoir situé les problèmes de l'élaboration des savoirs professionnels, le travail présente, en premier lieu, un modèle d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants (Fig. 1-2). Ce modèle structure l'ensemble de l'ouvrage; ses divers éléments en constituent les chapitres avec, d'abord, les bases théoriques de l'ergothérapie, puis le modèle de pratique de l'ergothérapie et, enfin, quelques modèles de pratique spécifiques.

La démarche proposée passe du général au particulier, des théories aux pratiques. Ainsi, l'avant-dernier chapitre consacré à l'exposé du modèle de pratique de J. Ayres se présente sous forme d'une étude de cas; il illustre également une démarche ergothérapeutique complète, ainsi que diverses dimensions de la mise en œuvre du traitement. Le lecteur qui préfère aborder les conceptions générales à partir de cas concrets peut commencer l'ouvrage par la fin. Il pourra d'abord visualiser la richesse de la méthodologie ergothérapeutique pour en organiser ensuite les fondements théoriques.

Cette étude est d'abord destinée aux étudiants ergothérapeutes. Ils y trouveront une base pour leur formation. Les besoins de l'enseignement et leurs questions sont à l'origine de toute la démarche, mais ce sont les enfants et les ergothérapeutes qui ont inspiré la matière de ce travail. Celles-ci en retireront peut-être une confirmation de leurs compétences et une structuration de leurs connaissances.

Cet ouvrage s'adresse, enfin, à toute personne qui souhaite s'informer sur la profession et sur certaines pratiques des ergothérapeutes.

Un modèle unique de l'ergothérapie n'existe pas. Le champ est si vaste! Dans le seul domaine de l'ergothérapie avec les enfants, les théoriciennes américaines proposent plusieurs modèles. En Europe, à notre connaissance, une telle entreprise n'a pas encore fait l'objet d'une publication.

L'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants que nous proposons ici représente l'état de nos réflexions dans la confrontation avec d'autres ergothérapeutes suisses. Nous considérons ce modèle comme une ébauche visant à favoriser la réflexion et pouvant servir de base d'enseignement. Il est appelé à être modifié et complété.

Nous souhaitons que ce modèle contribue à donner une cohérence à la formation et à la pratique des ergothérapeutes.

Les contenus de cette organisation des théories et des pratiques sont centrés sur l'ergothérapie avec les enfants, le modèle, par contre, est généralisable à tous les domaines de l'ergothérapie. Les aspects de méthodologie, qui sont présentés après les bases théoriques, concernent plus particulièrement l'ergothérapie avec les enfants.

Plusieurs ergothérapeutes spécialisées dans le domaine des enfants ont contribué à cet ouvrage; elles partagent leur expérience en développant quelques aspects particuliers de la méthodologie et des bases de la profession. Nous les remercions vivement de leurs précieux apports. Dans le cadre de l'exposé des modèles de pratique, elles développent trois approches: Anne Gossin présente le modèle de pratique Bobath et ses applications en ergothérapie; Madeline Badan, Catherine Hoyois et Joseph Piller introduisent le modèle de pratique Affolter; Gabriela Pollonini et Edith Teuscher exposent les apports à l'ergothérapie avec les enfants d'une approche centrée sur le développement sensori-moteur. Deux concepts-clé de l'ergothérapie font l'objet de chapitres spécifiques: Heidi Trillen-Krayenbühl présente le jeu comme moyen privilégié de l'ergothérapie avec les enfants et, enfin, Pilar Bravo-Bueno propose une réflexion sur l'action comme fondement de l'ergothérapie qui permettra de clore cet ouvrage sur des questionnements.

Nous allons tenter de montrer que le projet ergothérapeutique ne comporte pas seulement une riche méthodologie, mais qu'il se fonde sur des théories et des valeurs que nous partageons le plus souvent avec d'autres professionnels. Nous préciserons où se situe le "noyau" du projet ergothérapeutique et ses limites afin de favoriser l'attitude, faite à la fois de confiance en ses compétences et d'ouverture, nécessaire à la collaboration interdisciplinaire.

Première partie

**VERS UNE ORGANISATION DES THÉORIES
ET DES PRATIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE AVEC
LES ENFANTS**

Chapitre 1

LE PROBLÈME DES SAVOIRS PROFESSIONNELS

Selon certains systèmes d'analyse des professions, une profession est constituée lorsqu'elle possède diverses caractéristiques. Un "corps de connaissances" constitue un de ces attributs; il se définit comme "un savoir organisé en un système cohérent qui sert de base aux techniques professionnelles de telle manière que les méthodes reconnues scientifiques puissent être appliquées à la résolution des problèmes posés dans le cadre de l'exercice de la profession"¹. Existe-t-il un corps de connaissances propre à l'ergothérapie? De quels éléments se compose-t-il?

Nous ne pouvons aborder les théories et les pratiques de l'ergothérapie avec les enfants sans dire quelques mots de l'ergothérapie en général et de son histoire.

Les sources de l'ergothérapie sont multiples; elles vont de l'"orthopédie morale" chez les tuberculeux du professeur Rollier au "traitement moral" de Pinel dans les hôpitaux psychiatriques, en passant par la rééducation des blessés des deux guerres mondiales.

¹ Dubochet M., Fragnière J.-P., Les ergothérapeutes, problèmes des professions para-médicales, Editions Delta, Vevey, 1979.

Le commencement de l'existence de l'ergothérapie (au début du siècle aux Etats-Unis, dans les années cinquante en Suisse) est marqué par le "modèle de l'occupation"¹. Selon cette approche, l'activité peut contribuer à la guérison du patient et à la qualité de sa vie; les ergothérapeutes appréhendent celui-ci dans sa globalité. Très vite, les ergothérapeutes ne peuvent faire autrement que de suivre l'évolution de la médecine et les tendances réductionnistes qui se développent. Elles tentent de légitimer leur pratique selon le modèle médical.

Dans le modèle de l'occupation, les ergothérapeutes donnaient un sens à l'activité; dans le second modèle que Kielhofner nomme "réductionniste", elles s'efforcent d'expliquer la thérapie, d'en faire une entreprise scientifiquement respectable et de développer une technologie plus précise. Il peut arriver que, dans cet effort, l'activité perde une partie de sa signification. La dimension technicienne de l'ergothérapie a permis de développer les méthodes et les techniques de la profession actuellement encore très valorisées dans le monde de la santé. Nous verrons plus loin les ambiguïtés qui découlent de l'insertion des ergothérapeutes dans le système médical pour l'ergothérapie avec les enfants.

L'étude de l'histoire de l'ergothérapie nous oblige à constater que les phénomènes qui ont entraîné la constitution de cette profession sont fragiles. En outre, l'ergothérapie est issue d'un processus de division du travail qui a conduit à la multiplication des professions médico-sociales qui toutes revendiquent une identité.

Actuellement, il existe, au sein de toutes ces professions, une tendance à conquérir un savoir autonome et à définir sa spécificité par rapport aux autres. On voit émerger une science infirmière, une science du travail social, etc. Notre intention n'est pas d'étudier cette tendance; d'autres travaux l'ont fait². Nous tenons cependant à préciser, en début de cet ouvrage, que cette volonté d'autonomisation du savoir n'est pas anodine; elle a des conséquences sur tout le fonctionnement du système médico-social, sur chaque profession et sur les relations des professionnels entre eux.

¹ Kielhofner G., Burke J., Occupational Therapy after 60 years, an Account of Changing Identity and Knowledge, *The American Journal of Occupational Therapy*, Nov.-Dec., 1977.

² Fragnière J.-P., *Maîtriser la division du travail*, Réalités sociales, Lausanne, 1984.

Il est donc nécessaire de maintenir une vision critique de l'ensemble en étudiant les théories de l'ergothérapie.

Est-ce possible d'identifier les fondements de l'ergothérapie? Dans la mouvance commune à toutes les professions médico-sociales, les ergothérapeutes ont commencé à développer les bases théoriques de leur profession, s'efforçant d'identifier le noyau du projet ergothérapeutique.

Lors d'un congrès aux Etats-Unis, en 1967, un groupe d'ergothérapeutes américaines s'est donné pour tâche d'élaborer un cadre de référence sur l'activité humaine qui serait pertinent pour l'ergothérapie¹. Depuis, les théories ont fleuri. Le plus gros effort de conceptualisation vient d'Amérique.

Pour l'ergothérapie en général, nous nous référons à des théoriciens tels que Reed², Hopkins³, Mosey⁴ et Kielhofner⁵, ainsi qu'aux textes de l'Association canadienne des ergothérapeutes⁶.

¹ Clark P.-N., Human Development through Occupation: Theoretical Frameworks in Contemporary Occupational Therapy Practise, in: The American Journal of Occupational Therapy, vol. 33, 1979.

² Reed K.-L., Sanderson S., Concepts of Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, London, 1980.

Reed K.-L., Models of Practise in Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1984.

³ Hopkins H., Smith H., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7e Edition, Lippincott, Philadelphia, 1988.

⁴ Mosey A. C., Activities Therapy, Raven Press, New-York, 1973.

Mosey A. C., A Model for Occupational Therapy, Polycopié, New-York University, 1979.

Mosey A. C., Occupational Therapy, Configuration of a profession, Raven Press, New-York, 1981.

⁵ Kielhofner G., Burke J., Occupational Therapy after 60 years, an Account of Changing Identity and Knowledge, The American Journal of Occupational Therapy, 1977.

Kielhofner G., A Model of Human Occupation, Theory and Application, Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.

Kielhofner G., Barris R., Organisation of Knowledge in Occupational Therapy: A proposal and a Survey of the Litterature, in: the Occupational Therapy Journal of Research, Vol., 6, No 2, March-April 1986.

⁶ Association canadienne des ergothérapeutes, Santé et bien-être social, Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client, Ottawa, 1986.

Pour l'ergothérapie avec les enfants, nous utilisons principalement les travaux de Clark¹, Banus², Reilly³ et Gilfoyle⁴. Ces auteurs ne proposent pas des méthodes de traitement ou des modèles de pratique, mais ils tentent d'organiser les connaissances sous-jacentes à ces modèles en un système cohérent de l'ergothérapie; leur but est l'élaboration d'un paradigme qui favorise la cohésion du domaine et guide la pratique et la recherche⁵. Ces travaux constituent une mine d'informations et une précieuse source de réflexion.

En Suisse, un projet de réunification entre les ergothérapeutes et les thérapeutes d'animation, appelé "projet ergothérapie-thérapie d'animation" a été à l'origine, dès la fin des années septante, d'une importante démarche de définition de la profession. Cette réflexion, conduite sur une large base par les milieux professionnels et les enseignants, a permis la mise en place de groupes de travail et l'élaboration de textes⁶ auxquels nous nous référons encore aujourd'hui.

L'ergothérapie est une profession centrée sur les savoir-faire; en anglais, on utilise le terme de "practise profession". Le choix professionnel de l'ergothérapeute est précisément motivé par son goût pour travailler concrètement avec des patients. Son intérêt pour les théories professionnelles est largement informé par sa pratique. Cette tendance peut expliquer que le développement et l'organisation systématique du savoir professionnel est encore faible.

Par ailleurs, les conditions de travail des ergothérapeutes ne leur permettent pas de bénéficier du temps et de la disponibilité d'esprit indispensables à la conduite de recherches cliniques et à l'écriture d'articles. Dans les meilleurs cas, elles disposent d'une heure par jour sans thérapie; cette

¹ Clark P.-N., Allen A.S., Occupational Therapy with Children, Mosby Company, Princeton, 1985.

² Banus Barbara et al., The Developmental Therapist, Ch.-B. Slack, New Jersey, 1979.

³ Reilly M., Play as Exploratory, Learning, Studies of Curiosity Behaviour, Sage Publications, Beverly Hills, 1974.

⁴ Gilfoyle E. et al., Children Adapt, Ch.-B. Slack, New Jersey, USA, 1981.

⁵ Kielhofner G., Burke J., Occupational Therapy after 60 years, an Account of Changing Identity and Knowledge, The American Journal of Occupational Therapy, Nov.-Déc. 1977.

⁶ Association suisse des ergothérapeutes, Ergothérapie, textes du Projet Ergothérapie-Thérapie d'animation, 1978-1982, Zurich, 1982.

heure suffit à peine à la préparation des séances, à la tenue des dossiers et à régler les questions administratives. Il faut saluer les ergothérapeutes qui parviennent, malgré tout, à conceptualiser leur pratique et à communiquer leurs réflexions.

Nous ne voulons en aucun cas opposer la théorie à la pratique, comme cela se fait trop souvent, et, encore moins, les théoriciens aux praticiens; en traitant des théories et des pratiques de l'ergothérapie, cette étude applique le principe que les unes et les autres sont indissociables, l'expérience inspirant les théories et celles-ci étant sous-jacentes à toute pratique. C'est par leur interaction permanente qu'elles évoluent. "Le lien entre théorie, recherche et pratique est un processus dynamique de développement de la connaissance"¹. Certains parlent de "réflexion dans l'action".

¹ Javetz R., Katz N., Knowledgeability of Theories of Occupational Therapy Practitioners in Israël, *The American Journal of Occupational Therapy*, Oct., 1989.

Chapitre 2

UN MODÈLE D'ORGANISATION DES THÉORIES ET DES PRATIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

Lorsqu'on étudie et lorsqu'on enseigne l'ergothérapie, il paraît difficile d'obtenir une vue d'ensemble de la multitude des connaissances, des conceptions, des valeurs, des méthodes, des principes, des techniques et des moyens qui constituent cette profession. Les savoirs nécessaires semblent encyclopédiques et les techniques disponibles infinies.

Pour organiser cet ensemble apparemment hétéroclite que forment les théories et les pratiques de l'ergothérapie, nous allons tenter de construire un modèle.

“Un modèle est un instrument qui permet de faire naître des idées, de guider la conceptualisation et de faciliter l'élaboration d'explications. Un modèle, pour une profession pratique comme l'ergothérapie, doit contenir tous les éléments qui guident un programme d'intervention”¹. Il est évident qu'il peut exister plusieurs modèles d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie.

¹ Reed K.-L., *Models of Practise in Occupational Therapy*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1984, pp. 1 et 17.

Si certains éléments du modèle que nous proposons concernent plus particulièrement le domaine des enfants, le modèle même peut s'appliquer au projet ergothérapeutique dans sa globalité.

En tentant d'organiser et d'articuler les divers éléments constitutifs de l'ergothérapie avec les enfants, nous poursuivons les objectifs suivants:

- identifier et mettre en relation les bases théoriques et les aspects méthodologiques qui fondent la pratique de l'ergothérapie;
- repérer le "noyau" du projet ergothérapeutique, soit ce qui distingue l'ergothérapie des autres professions médico-sociales;
- indiquer les zones de chevauchement entre l'ergothérapie et les autres interventions; contribuer ainsi à faciliter le travail pluridisciplinaire;
- proposer une structure qui permette la spécialisation sans perdre l'essence de la profession;
- constituer une base extensible pour des élaborations ultérieures et pour la recherche;
- faciliter la présentation de l'ergothérapie à des tiers.

Présentation du modèle

L'exposé du modèle d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants vise à donner une idée générale de sa structure et de ses contenus.

Cette présentation introduit également les divers chapitres de ce travail. En effet, la structure et le contenu de celui-ci correspondent aux divers éléments de ce modèle d'organisation. Dans cet exposé du modèle, chaque élément est présenté dans sa relation avec les autres; quelques-uns de ces éléments font l'objet d'un chapitre particulier auquel le lecteur est renvoyé. Lorsqu'une partie n'est pas développée ultérieurement nous en définissons alors directement les principales notions.

Deux tableaux facilitent la visualisation du modèle: le premier tableau (Fig. 1) donne une image dynamique et hiérarchique (du centre à la périphérie) des théories et des pratiques de l'ergothérapie; le second (Fig. 2), inspiré de Meyer¹, énumère les contenus des quatre parties qui constituent cette tentative de conceptualisation; il complète le premier.

¹ Meyer S., Le processus de l'ergothérapie, Cahier No 7, Editions EESP, Lausanne, 1990, p. 28.

Figure 1

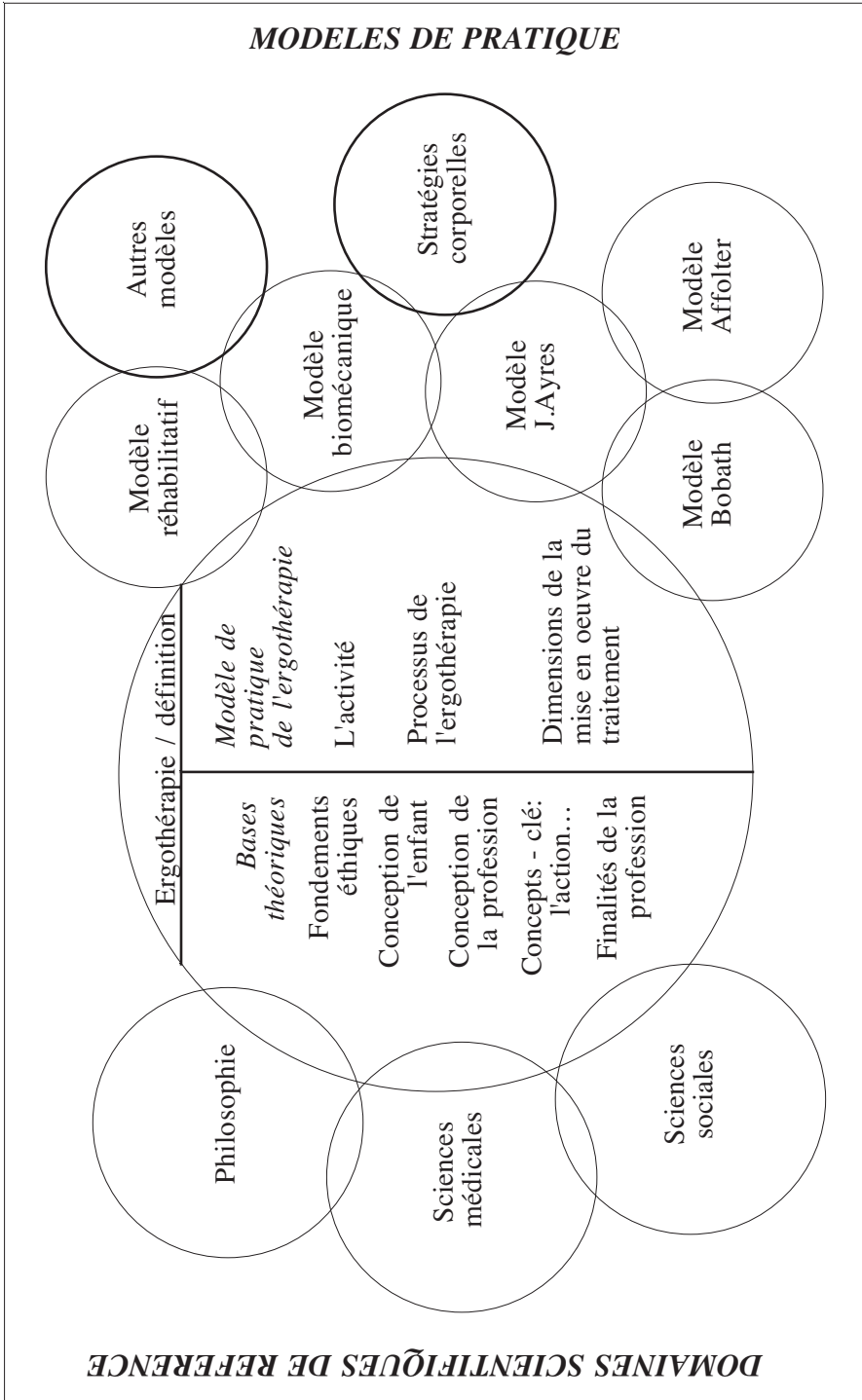


Figure 2

THEORIES ET PRATIQUES DE L'ERGOTHERAPIE AVEC LES ENFANTS	
THEORIES	METHODOLOGIE
<p>Domaines scientifiques de référence</p> <p>Philosophie</p> <p>Sciences médicales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anatomie, physiologie - kinesiology - pathologie - neurophysiologie <p>Sciences sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychologie (Piaget, Wallon, Freud, Winnicott, Bullinger) - psychologie sociale - approches systémiques - pédagogie - sociologie - politique sociale 	<p>Modèles de pratique</p> <p>Modèle réhabilitatif</p> <p>Modèle biomécanique</p> <p>Modèles neurodéveloppementaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle Bobath - Stratégies corporelle - Modèle J. Ayres <p>Modèles cognitifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle Affolter - Modèle Frostig
ERGOTHERAPIE	
DEFINITION	
<p>Bases Théoriques</p> <p>Fondements éthiques</p> <p>Conception de l'enfant</p> <p>Conception de la profession dans le cadre des systèmes sociaux-sanitaire</p> <p>Concepts clé action-activité</p> <p>jeu</p> <p>capacité</p> <p>compétence</p> <p>adaptation</p> <p>développement</p> <p>interaction</p> <p>santé</p> <p>problème</p> <p>déficit</p> <p>handicap</p> <p>ressources...</p> <p>Finalités et buts de l'ergothérap</p>	<p>Modèle de pratique de l'ergothérapic</p> <p><i>L'activité</i></p> <p><i>Processus de l'ergothérapie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluation formative Planification du traitement Exécution du traitement Evaluation sommative <p><i>Dimensions de la mise en œuvre du traitement:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Choix et exécution de l'activité Forme de la séance Structuration d'une séance Structuration de l'espace et du temps Lecture des messages de l'enfant Feedbacks de la thérapeute Espace de liberté de l'enfant Dosage des stimulations Dosage de l'échec et de la réussite Relation à l'enfant Relation aux parents Collaboration interdisciplinaire

2.1 L'ergothérapie

L'ergothérapie, telle qu'elle est définie, est constituée par des bases théoriques et par le modèle de pratique de l'ergothérapie. Ces deux parties forment l'essentiel du projet ergothérapeutique. Dans le premier tableau, le cercle central représente ce que nous considérons comme le "noyau" de la profession.

2.1.1 La définition de l'ergothérapie

La définition de l'ergothérapie synthétise les principales caractéristiques de la profession. Elle devrait indiquer¹ la nature du service offert à la société, soit ses buts, les bénéficiaires, les moyens mis en œuvre pour réaliser ses buts et le cadre institutionnel de l'exercice professionnel. Elle devrait mettre en relation les principaux concepts-clé.

Des définitions de l'ergothérapie avec les enfants sont présentées et analysées au chapitre 3, p. 35.

2.1.2 Les bases théoriques de l'ergothérapie

Les bases théoriques définissent les valeurs et les concepts sur lesquels se construit la profession. Elles comportent les fondements éthiques de la profession, une conception de l'enfant, une conception de la profession telle que celle-ci se situe dans le cadre du système socio-sanitaire; elles précisent les concepts-clé ainsi que les finalités et les buts de l'ergothérapie. Les bases théoriques de l'ergothérapie avec les enfants sont développées dans la deuxième partie de ce travail.

Les concepts-clé

Ce thème ne faisant pas l'objet d'un développement dans cette étude, nous l'abordons brièvement ici.

Les concepts-clé sont des instruments qui organisent la pratique. La définition de l'ergothérapie fait jouer les relations entre les principaux d'entre eux. Tous les éléments du modèle de pratique de l'ergothérapie, ainsi que les modèles de pratique spécifiques, s'y réfèrent.

L'action est le premier concept organisateur de l'ergothérapie.

¹ Reed K., Sanderson S., *Concepts of Occupational Therapy*, Williams and Wilkins, Baltimore, London, 1980.

Bien que la liste qui suit soit relativement aléatoire et personnelle à l'auteur, elle nous paraît contenir les plus importants de ces concepts, soit: l'action et l'activité, le jeu, les ressources, la capacité, la compétence, l'adaptation, le développement, l'interaction, le problème, le déficit et le handicap.

Pour définir ces concepts, l'ergothérapeute se réfère aux données scientifiques de base. La plupart de ces concepts renvoient à plusieurs cadres théoriques, en particulier dans les sciences sociales. Cette multiplicité des références nous incite à renoncer à définir la plupart des concepts bien que tous soient fréquemment évoqués dans ce texte. En effet, il serait bon qu'il y ait un consensus entre ergothérapeutes suisses au sujet de telles définitions. Cette entreprise dépasse le cadre de notre travail.

2.1.3 Le modèle de pratique de l'ergothérapie

Le modèle de pratique de l'ergothérapie comprend les aspects méthodologiques qui guident l'exécution de chaque traitement d'ergothérapie. Ce sont le processus de l'ergothérapie et les dimensions de la mise en œuvre du traitement; ces dernières s'appliquent dans et à travers l'*activité* qui est le moyen privilégié de l'ergothérapie.

Avant d'aborder cette partie consacrée aux pratiques de l'ergothérapie, définissons le concept de "modèle de pratique".

Comme le suggère Sylvie Meyer¹, nous utiliserons désormais ce terme de préférence à celui de "méthode", d'"approche" ou de "cadre de référence" qui lui sont plus ou moins synonymes mais dont l'usage prête souvent à confusion.

Un modèle de pratique est "un ensemble cohérent de principes et de techniques aidant un thérapeute à cerner ce qu'il peut faire avec un client particulier; il dit comment agir et les raisons pour lesquelles il faut agir de cette façon. Les modèles de pratique guident l'action des thérapeutes. Ils comprennent des moyens d'évaluation et d'intervention qui sont légitimés en fonction des théories de base, des conceptions et de la pratique de l'ergothérapie, ainsi que des recherches cliniques"².

¹ Meyer S., Le processus de l'ergothérapie, Cahier No 7, Editions EESP, Lausanne, 1990, p. 24.

² Ibid.

Le modèle de pratique de l'ergothérapie, que certains appellent la "méthode de l'ergothérapie" ou le "modèle professionnel", se fonde sur les cinq composantes de ses bases théoriques, soit: les fondements éthiques, une conception de l'enfant, une conception de la profession, les concepts-clé ainsi que les finalités et les buts de la profession. Cet ensemble de théories et de pratiques constitue, pour nous, la mesure thérapeutique nommée "Ergothérapie".

Il est possible d'effectuer des traitements tout à fait adéquats en se fondant sur le processus de l'ergothérapie et en favorisant l'exécution d'activités selon les dimensions de la mise en œuvre du traitement, sans avoir recours à d'autres modèles de pratique, mis à part, peut-être, le modèle réhabilitatif. Une professionnelle qui fonctionne à ce niveau est une ergothérapeute à part entière.

Le processus de l'ergothérapie

Le processus de l'ergothérapie est le terme adopté pour désigner la démarche que suit l'ergothérapeute depuis le moment où elle reçoit la prescription d'ergothérapie pour un patient jusqu'au terme du traitement. Le chapitre 7 traite de ce sujet.

Les dimensions de la mise en œuvre du traitement

Les dimensions de la mise en œuvre du traitement regroupent, d'une part, des principes et des techniques de traitement et, d'autre part, des aspects d'ordre relationnel. Ces divers éléments dirigent le choix et la mise en scène des activités; ils guident l'action et le comportement de l'ergothérapeute durant la séance. Ils comprennent: le choix et l'exécution des activités, la structuration d'une séance, la structuration de l'espace et du temps, la lecture des messages de l'enfant, les feedbacks de la thérapeute, l'espace de liberté de l'enfant, le dosage des stimulations, le dosage de l'échec et de la réussite, les formes du traitement, la relation à l'enfant et à ses parents et la collaboration interdisciplinaire.

Cette liste est loin d'être exhaustive.

Les formes du traitement, la structuration d'une séance, le dosage de la réussite et de l'échec, l'espace de liberté de l'enfant et la collaboration interdisciplinaire sont présentées au chapitre 8.

2.2 Les modèles de pratique

Les modèles de pratique se situent à la périphérie de l'ergothérapie qui en intègre les principes et les techniques. Certains ont été élaborés par des ergothérapeutes: ce sont les modèles de pratique réhabilitatif, biomécanique et de J. Ayres; d'autres ont été développés dans le cadre de disciplines voisines, telles que la physiothérapie pour le modèle de pratique Bobath ou l'enseignement spécialisé pour celui d'Affolter.

La méthodologie de l'ergothérapie (Fig. 2) regroupe le modèle de pratique de l'ergothérapie et les différents modèles de pratique "périphériques".

Il existe de nombreux modèles de pratique. Nous mentionnons ici ceux qui sont le plus utilisés en Suisse actuellement dans le domaine des enfants.

Les modèles de pratique de J. Ayres, de Bobath, d'Affolter ainsi qu'une approche sensori-motrice font l'objet d'une présentation au chapitre 9 de cet ouvrage. Les modèles de pratique réhabilitatif et mécanique sont brièvement exposés ci-dessous.

2.2.1 Le modèle de pratique réhabilitatif

Le modèle réhabilitatif vise l'indépendance quotidienne du patient lorsque l'état de celui-ci s'est stabilisé et qu'il subsiste une déficience. Chez l'enfant, qui évolue en permanence, les moyens qui facilitent son indépendance sont mis en œuvre dès que possible, sans attendre qu'une ou des déficiences soient installées.

L'enfant apprend à compenser ses difficultés en développant des conduites de substitution et en utilisant des moyens auxiliaires.

Souvent des transformations de son environnement s'avèrent nécessaires afin de supprimer les barrières architecturales.

"L'ergothérapeute propose des moyens auxiliaires qui permettent de maintenir un bon positionnement, d'éviter des déformations, de corriger une posture pathologique ou d'augmenter l'autonomie de l'enfant dans la vie quotidienne"¹. Parmi ces moyens, on trouve les engins de déplacement (chaises roulantes, vélos et autres voitures), les sièges qui procurent à l'enfant une position stable dans laquelle il peut agir avec efficacité, les attelles et les moyens de communication électroniques. Le travail du

¹ Messiaux V., L'ergothérapie en pédiatrie, in: Travail social, No 1, ASAS, Berne, 1988.

thérapeute consiste à choisir et à adapter le moyen auxiliaire en question. Il existe également de nombreuses techniques pour faciliter l'habillage, l'alimentation et la communication.

Les visites à domicile permettent d'aider les parents à gérer la vie quotidienne et à créer l'environnement le plus favorable au développement de leur enfant.

2.2.2 Le modèle de pratique biomécanique

La biomécanique peut se définir comme l'application des lois de la mécanique à l'organisme humain; elle étudie les forces musculaires, les amplitudes articulaires, les leviers osseux et les conditions de stabilité du corps.

Le modèle de pratique biomécanique comprend un ensemble de techniques qui articulent des principes de mécanique (les forces, les leviers, l'équilibre) avec les connaissances de la physiologie de l'appareil locomoteur.

Ces techniques visent à augmenter la force musculaire, l'amplitude articulaire et l'endurance. Elles utilisent le dosage des résistances et varient le rythme des mouvements.

Les patients qui bénéficient de ces techniques peuvent souffrir d'atteintes du système locomoteur ou du système nerveux périphérique (brûlures, rhumatisme, lésion de nerfs périphériques). Par contre, ce modèle s'applique peu à des patients souffrant de troubles du système nerveux central.

2.2.3 L'intrication des modèles de pratique

Ces modèles de pratique offrent un large éventail de principes et de techniques de traitement parmi lesquels l'ergothérapeute choisit ceux qui correspondent le mieux aux besoins du patient et aux objectifs de traitement. La thérapeute intègre ces principes et ces techniques à ceux, omniprésents, du modèle de pratique de l'ergothérapie.

Nous partageons donc certains modèles de pratique avec d'autres professions qui, à leur tour, en intègrent les principes et les techniques à leur modèle de pratique respectif.

Nous tenons à souligner l'importance de la distinction entre les modèles de pratique "périphériques" et le modèle de pratique "professionnel", que ce soit celui de l'ergothérapie, de la physiothérapie, de l'enseignement ou de l'éducation. Cette différenciation démontre l'intrication qui existe

entre les diverses professions médico-sociales, puisque plusieurs d'entre elles peuvent recourir aux mêmes modèles de pratique périphériques, tout en permettant d'identifier le noyau spécifique à chaque profession.

Prenons l'exemple d'un enfant de six ans tétraplégique spastique qui se déplace en chaise roulante. L'ergothérapeute définira les finalités et les buts de traitement dans la perspective du début de la scolarité, en fonction de l'indépendance quotidienne et des possibilités de jeu de l'enfant. Elle suivra la démarche appelée processus de l'ergothérapie pour planifier le traitement; elle exécutera celui-ci en mettant en scène toutes sortes de situations dans lesquelles l'enfant agira sur des objets. Dans la réalisation des activités, elle appliquera d'abord les principes de traitement du modèle de pratique de l'ergothérapie sur lesquels se grefferont les principes et les techniques du modèle de pratique Bobath, indispensables dans les cas d'infirmité motrice cérébrale. Sur cette base, les principes de l'approche réhabilitatrice lui permettront d'aborder les problèmes liés à l'indépendance quotidienne; les principes du modèle de pratique de J. Ayres contribueront à traiter les difficultés liées à une éventuelle dysfonction de l'intégration sensorielle.

Le traitement ergothérapeutique est donc le fruit de la combinaison de toute une série de principes et de techniques de traitement appliqués avec flexibilité selon les cas et les moments, dans le cadre d'activités significatives. Il est rare qu'une ergothérapeute se réfère à un unique modèle de pratique mis à part celui de l'ergothérapie. On peut même se demander si, dans un tel cas, il s'agirait encore d'ergothérapie!

2.3 Les domaines scientifiques de référence

Pour constituer leurs théories et leur méthodologie, les ergothérapeutes étudient et se réfèrent à un vaste champ de théories. Ces théories se situent dans les domaines de la philosophie, des sciences médicales et des sciences sociales (Fig. 1 et 2). Nous les nommons les domaines scientifiques de référence. Dans les tableaux 1 et 2, ils se situent à gauche de l'ergothérapie, mais, en fait, ils la traversent tout entière.

2.4 Conclusion

L'ampleur et le nombre des éléments de ce modèle d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants sont destinés à s'étendre. Les progrès techniques, le développement de la recherche

clinique et des connaissances de base, ainsi que les efforts de conceptualisation des professionnels contribuent à cette expansion. Mais pour que cette expansion ne submerge pas les ergothérapeutes et ne crée pas de confusion dans le milieu professionnel, il faut que les théories de base ainsi que le modèle de pratique de l'ergothérapie soient bien établis et que les ergothérapeutes ne cessent de se centrer sur l'action et l'activité. Le modèle professionnel pourra alors servir à filtrer et à orienter la masse des connaissances des domaines de référence et les multiples principes et techniques des modèles de pratique spécifiques.

La formation de base des ergothérapeutes se situe principalement au niveau de l'ergothérapie (cercle central de la figure 1) et des sciences de base. C'est une formation générale valable pour tous les domaines de l'ergothérapie.

La formation continue permet de se spécialiser en étudiant de nouveaux modèles de pratique ou en approfondissant ceux qui ont été étudiés durant la formation de base.

Pour clore cette proposition d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants, citons H. Hopkins¹: il est important que "la pratique de l'ergothérapie soit fondée sur des théories ancrées dans une base philosophique et organisées par l'utilisation de modèles de pratique; cet ensemble guide le choix des procédures d'évaluation et de traitement appropriées et permet de les expliciter."

Après avoir présenté la structure et les contenus du modèle d'organisation des théories et des pratiques de l'ergothérapie avec les enfants, nous allons maintenant en développer quelques éléments.

¹ Hopkins H., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7e Edition, Lipincott, Philadelphia, 1988.

Chapitre 3

DÉFINITIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE

La définition de la profession introduit et synthétise à la fois les bases théoriques et le modèle de pratique de l'ergothérapie.

Une définition révèle les conceptions de ses auteurs et, comme nous allons le voir, certains débats qui peuvent exister au sein du groupe professionnel.

Parmi les nombreuses définitions élaborées par les ergothérapeutes pour leur profession, nous en avons choisi deux :

la première est la définition officielle adoptée par l'Association suisse des ergothérapeutes; la seconde est centrée sur l'ergothérapie avec les enfants. Toutes deux ont été élaborées dans le cadre du projet ergothérapie-thérapie d'animation¹. Nous les avons choisies comme références, car elles relèvent de l'expérience de plusieurs groupes de travail d'ergothérapeutes suisses; elles sont largement utilisées dans ce milieu.

¹ Association Suisse des Ergothérapeutes, Ergothérapie, textes du projet Ergothérapie-Thérapie d'Animation, 1978-1982, Zurich, 1982.

Définition de l'ergothérapie adoptée par l'Association suisse des ergothérapeutes en 1981:

L'ergothérapie est une mesure médico-thérapeutique dont les bases sont médicales, psycho-sociales et pédagogiques. L'ergothérapeute qualifiée évalue le patient et le traite au moyen d'activités spécifiquement choisies. Le traitement est conçu et exécuté en collaboration avec les patients. Ceux-ci peuvent souffrir d'un handicap passager ou définitif dû à un accident, à une maladie physique ou psychique, à des troubles sociaux ou de développement. Le but de l'ergothérapie est de contribuer à diminuer le handicap et ses conséquences en soutenant le malade afin qu'il maintienne ou développe ses possibilités d'action dans les domaines personnel, social et professionnel."

Définition de l'"ergothérapie avec les enfants":¹

"L'ergothérapie avec les enfants est une contribution à l'aide donnée aux enfants et aux adolescents malades ou handicapés, dans le cadre global des mesures "médico-socio-pédagogiques". En Suisse, conformément à la terminologie de l'Assurance-invalidité, l'ergothérapie s'inscrit au nombre des mesures médico-thérapeutiques.

L'ergothérapie vise à améliorer les compétences, les capacités et les fonctions qui forment la base du savoir-faire; elle cherche à contrecarrer les tendances du handicap à s'aggraver et, ainsi, à établir les conditions pour une autonomie de plus en plus complète. En ergothérapie, l'activité est utilisée comme moyen thérapeutique. Elle est choisie par la signification qu'elle revêt pour l'enfant malade ou handicapé; elle sera analysée en fonction de ses exigences en tant qu'activité et adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant.

Répondre aux désirs de l'enfant, choisir et adapter des activités adéquates requiert un procédé différencié et méthodique, basé sur des connaissances médicales, pédagogiques, psychologiques et kinésithérapeutiques."

Commentaires:

Nous proposons deux modifications de fond au texte original de la définition de l'ergothérapie avec les enfants proposé par les textes du projet ET-AT.

¹ ASE, op. cit., p. 228.

En premier lieu, nous avons remplacé le terme d'“ergothérapie en pédiatrie” qui figure sur le texte original, par celui d'“ergothérapie avec les enfants”. La pédiatrie, en effet, traite des maladies de l'enfance, or les enfants qui bénéficient de cette intervention, ne sont, souvent, pas malades, bien qu'ils soient handicapés.

Parler d'ergothérapie avec les enfants englobe l'ensemble de la clientèle de l'ergothérapeute et met l'accent sur le client plutôt que sur la maladie¹. Cette modification révèle une évolution de ce secteur de l'ergothérapie qui, comme les autres, est issue, historiquement, du système médical, mais qui prend progressivement conscience de ses caractères pédagogique et social.

C'est là précisément l'objet de la seconde modification.

Celle-ci a trait au cadre global des mesures dans lequel s'insère l'ergothérapie avec les enfants. Nous proposons de transformer “le cadre global des mesures pédagogiques” du texte original en utilisant l'expression plus large de “mesures médico-socio-pédagogiques”. Ces termes renvoient au débat, qui est loin d'être clos, au sujet du ou des systèmes auxquels appartient l'ergothérapie. Pour l'Assurance-invalidité, comme le mentionne la définition, il s'agit du système médical; les mesures médico-thérapeutiques s'opposent en effet aux mesures pédagogo-thérapeutiques, ce qui représente une restriction importante du champ d'application de l'ergothérapie dans le domaine particulier des enfants.

C'est probablement pour se situer face à cette limitation que les ergothérapeutes ont mis l'accent, dans leur définition, sur l'aspect pédagogique de la profession.

Cet ouvrage tend à démontrer que l'ergothérapie avec les enfants se situe aussi bien dans le champ du “social” que dans celui de la médecine et de la pédagogie.

Le débat concernant l'Assurance-invalidité est évoqué au chapitre 5.4. sur le financement de l'ergothérapie.

Ces deux définitions n'utilisent qu'un petit nombre des concepts-clé mentionnés plus haut. Cette notion de concept-clé n'a été, en effet, ni utilisée, ni développée, jusqu'à présent, dans le milieu des ergothérapeutes.

Préciser ces concepts et élaborer une définition qui les articule est un travail qui reste à faire.

¹ Ferland F. et al., L'ergothérapie et l'enfant: description de la pratique québécoise, *Journal canadien d'ergothérapie*, Vol. 54, juin 1987.

Deuxième partie

LES BASES THÉORIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE

Chapitre 4

QUELQUES BASES THÉORIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE

Les bases théoriques d'une profession confèrent à celle-ci son unité et sa spécificité. Elles donnent un sens aux actions des professionnels. Les principes fondamentaux qui la constituent permettent de structurer les modèles de pratique. Elles comprennent un ensemble de valeurs, de concepts et de règles de conduite qui guident l'action et les attitudes des ergothérapeutes.

C'est à partir des sciences de référence, la philosophie, les sciences médicales et les sciences sociales, que les ergothérapeutes élaborent les bases théoriques de leur profession.

Lorsqu'elles sont définies, celles-ci permettent de sélectionner, dans le champ immense des sciences de référence, les connaissances utiles au développement de la méthodologie.

Nous avons proposé de diviser les bases théoriques de l'ergothérapie avec les enfants en cinq parties:

- les fondements éthiques de la profession,
- une conception de l'enfant,

- une conception de l'ergothérapie telle qu'elle se situe dans le cadre du système socio-sanitaire,
- les concepts-clé
- et enfin, les finalités, les buts et les objectifs de l'ergothérapie avec les enfants.

Ce chapitre vise à définir la spécificité de l'intervention ergothérapeutique dans l'ensemble des mesures réadaptatives. Il permet, parallèlement, de relever les aspects que l'ergothérapie partage avec les autres professionnels.

Quelques textes, en annexe, complètent ce chapitre.

4.1 Limites de l'intervention ergothérapeutique

Avant de tenter de définir les bases théoriques de l'ergothérapie avec les enfants, nous tenons à formuler deux points qui permettront de nuancer et de relativiser les affirmations quelque peu massives de ce chapitre.

Premièrement, la finalité de toute thérapie, quelle qu'elle soit, est de se rendre inutile. Dès le début d'une prise en charge, la thérapeute envisage tout ce qu'elle peut faire pour que le patient n'ait plus besoin d'elle. Cela implique d'être très réaliste dans la planification du traitement et de garder toujours à l'esprit que le traitement doit se terminer. Il est particulièrement difficile de tenir compte de ce principe avec des enfants que l'ergothérapeute suit souvent durant des années, auxquels elle s'attache et chez qui elle voit toujours encore quelque chose à développer.

Deuxièmement, l'intervention ergothérapeutique est un élément qui s'inscrit dans le cadre d'une conception large de la réhabilitation.

L'ergothérapeute partage presque toujours ses finalités et ses buts avec toute une équipe de thérapeutes et de pédagogues. Ces derniers, que ce soient les parents, les infirmières, les éducateurs ou les enseignants, passent beaucoup plus de temps qu'elle avec l'enfant. Il est donc indispensable que l'ergothérapeute connaisse les limites de son intervention et qu'elle puisse focaliser son action. Ce sont les conditions d'une négociation saine entre les différents intervenants.

Dans ces circonstances, les progrès d'un enfant sont dus à l'action conjuguée de plusieurs personnes.

Ces deux remarques préliminaires nous paraissent importantes; elles situent l'intervention dans son contexte et ramènent à des dimensions un peu plus modestes des formulations parfois ambitieuses. Poser les limites

d'une intervention permet également de déculpabiliser les thérapeutes trop souvent confrontées à des sentiments d'impuissance.

4.2 Les fondements éthiques de l'ergothérapie

L'ergothérapeute dispose de moyens puissants. Durant les diverses étapes du traitement, elle manipule un grand nombre de variables qui peuvent avoir, sur l'enfant, des effets aussi bien positifs que négatifs, que ce soit au niveau des méthodes et des techniques utilisées ou sur le plan de la relation avec le patient et son entourage. Il arrive que la thérapeute soit amenée à prendre, seule ou avec d'autres, des décisions importantes pour l'avenir du patient.

En outre, l'ergothérapeute travaille presque toujours dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Elle a des contacts avec l'entourage du patient.

Enfin, le système dans lequel elle fonctionne a des exigences; ces contraintes peuvent parfois entrer en contradiction avec ses conceptions professionnelles ou ses valeurs personnelles.

Les responsabilités de l'ergothérapeute sont donc importantes; elles concernent le patient et son entourage, les professionnels avec qui elle travaille et l'institution ou le système dans lequel elle s'insère.

Trouver des solutions aux problèmes posés par les situations les plus diverses requiert, ainsi, non seulement des compétences techniques, mais aussi des compétences morales.

L'éthique ou la morale peut se définir en termes philosophiques ou sociologiques. L'éthique est la science de la morale. Ces notions désignent (Encyclopedia Universalis) "ce qui a trait aux mœurs, au caractère et aux attitudes humaines et, en particulier, aux règles de conduites et à leur justification... La morale apparaît d'abord et légitimement comme le système des règles que l'homme suit ou doit suivre dans sa vie aussi bien personnelle que sociale".

Les valeurs qui régissent ces règles de conduites varient selon les cultures et les époques.

La compétence professionnelle est donc à la fois technique et morale.¹

¹ Association canadienne des ergothérapeutes, Santé et bien-être social du Canada, Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client, Ottawa, 1986.

La compétence technique est acquise au cours d'une formation de base; elle est approfondie et développée par la pratique clinique et par la formation continue.

La compétence morale transcende la compétence technique; elle implique "un sens de l'honnêteté dans les rapports avec les clients et les collègues, un sens des objectifs que l'on doit atteindre dans son travail et un sens du devoir quant au respect des normes de la profession et quant à la nécessité d'agir dans l'intérêt du client"¹. Parmi les grandes valeurs auxquelles nous nous référons avec beaucoup d'autres, bien entendu, figurent notamment:

- le respect de la personne, de sa liberté et de sa dignité,
- le respect des droits fondamentaux de l'être humain, en particulier les droits de l'enfant, des personnes handicapées et des parents d'enfants handicapés, (voir annexes p. 48),
- la conscience du caractère unique de l'individu ainsi que de son unité,
- la confiance dans les ressources humaines,
- la capacité d'exprimer de la sollicitude et de l'empathie,
- la rigueur dans la prise de décision associée à la conscience de ses propres limites.

Pour atteindre le niveau de compétence morale, la thérapeute met en jeu son propre système de valeurs et des qualités personnelles; elle se confronte et s'identifie au système de valeurs de son groupe professionnel.

Quelques-unes de ces valeurs sont développées dans la conception de l'enfant et dans la conception de la profession.

4.2.1 Le Code de déontologie

La déontologie est décrite comme la science des devoirs à remplir².

Les professions tendent à organiser en un Code de déontologie l'ensemble des normes et des règles qui doivent être respectées par tous ceux qui exercent la profession.

Ces codes de déontologie sont des recueils des principales directives qui permettent aux professionnels d'avoir le comportement qui convient dans les diverses situations où leur responsabilité est engagée. Mais "un

¹ Purtillo R.-B., Cassel K., *Ethical Dimensions in the Health Professions*, W.-B. Saunders, Philadelphia, 1981.

² Petit Larousse.

code ne peut pas résoudre la multitude des problèmes posés, c'est pourquoi il laisse aux professionnels le soin de s'adapter aux situations. Un code de déontologie, pour être efficace, ne doit pas remplacer, mais compléter la conception morale de l'intervenant¹. Il définit les responsabilités et règle, en général, les rapports avec les patients et les relations qu'entretiennent les professionnels entre eux. Soulignons, avec C. Masson, que l'intérêt du patient constitue la première finalité de la déontologie.

La plupart des professions ont leur propre code de déontologie. Selon certaines théories sur les professions², ce code serait un des attributs d'une profession au même titre que le corps de connaissances. Le serment d'Hippocrate en est un des exemples les plus prestigieux.

En Suisse, les infirmières ont établi leur propre code, alors qu'il n'en existe pas pour les physiothérapeutes. Quant à la profession d'ergothérapeute, elle possède un code de déontologie international adopté par la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) au début des années septante.

Il semble que la proposition d'élaborer un nouveau code a été retenue lors d'une rencontre du comité et la WFOT il y a deux ans³. Le comité de l'Association suisse des ergothérapeutes s'intéresse aussi actuellement aux questions d'éthique.

Le seul code de déontologie dont nous disposons aujourd'hui pour les ergothérapeutes est donc celui de la WFOT. Le voici:

Code de déontologie des ergothérapeutes adopté officiellement par la Fédération mondiale des ergothérapeutes

“Le code d'éthique professionnelle comprend les principes de base pour l'action juridique. Ce document est conçu comme un guide de conduite appropriée à la situation professionnelle dans laquelle se trouve l'ergothérapeute.

Une ergothérapeute devrait posséder, dans les relations professionnelles, les qualités personnelles d'intégrité, de sens des responsabilités, de loyauté et de sincérité d'intention.

¹ Masson C., Les droits des patients en milieu hospitalier, Travail de diplôme, Ecole d'ergothérapie, EESP, Lausanne, 1990.

² Dubochet M., Fragnière J.-P., Les ergothérapeutes, problèmes des professions paramédicales, Ed. Delta, Vevey, 1979.

³ Masson C., op. cit.

1. Responsabilités envers le patient

- a) En acceptant sa part de responsabilités dans le bien-être physique et mental du patient, l'ergothérapeute doit s'efforcer en tout temps de dispenser le traitement du niveau professionnel le plus élevé.
- b) L'ergothérapeute doit respecter les informations de nature confidentielle concernant le patient et ne devrait parler que des faits indispensables avec les autres professionnels impliqués dans le programme de traitement.

2. Responsabilités envers le médecin

- a) L'ergothérapeute ne devrait traiter que les patients envoyés par le médecin. Elle doit coopérer parfaitement pour atteindre les buts prévus.
- b) Les rapports et dossiers doivent être tenus avec clarté et précision pour l'information du médecin et à des fins légales.

3. Responsabilités envers les collègues de travail

L'ergothérapeute doit montrer de l'intérêt et de la loyauté envers ceux qui pratiquent la même profession ou d'autres professions et reconnaître que c'est seulement en obtenant et en promouvant le respect mutuel et la compréhension que le meilleur service sera rendu au patient.

4. Responsabilités envers l'employeur

L'ergothérapeute doit être loyale envers l'institution qui l'emploie et l'aider dans ses fonctions envers la communauté. Elle doit accepter sa propre part de responsabilités dans l'organisation et l'administration du service dans lequel elle travaille.

5. Responsabilités envers la profession d'ergothérapeute

L'ergothérapeute doit être consciente de ses responsabilités en contribuant à la croissance et au développement de sa profession par l'échange d'informations, l'amélioration du niveau de traitement et du niveau de formation et en améliorant les conditions de l'emploi par son soutien aux organisations professionnelles, aux niveaux local, national ou international.

6. Responsabilités envers la communauté

L'ergothérapeute doit promouvoir l'information et la compréhension quant aux fonctions et aux procédures de l'ergothérapie. Elle doit en tout temps reconnaître le fait qu'aux yeux du public, par son attitude et sa philosophie, elle représente la profession“.

On peut relever, dans certains codes de déontologie, une attitude corporatiste qui nous paraît dépassée aujourd'hui. C'est le cas de celui des ergothérapeutes au paragraphe 5, en particulier, qui traite de la responsabilité envers la profession elle-même.

Le code de déontologie des ergothérapeutes présenté ci-dessus mériterait d'être réactualisé. Ne pourrait-on pas imaginer l'élaboration d'un code de déontologie pluriprofessionnel?

4.2.2 Le secret professionnel

Le secret professionnel est un des éléments du Code de déontologie, comme l'indique le paragraphe 1b) du Code des ergothérapeutes.

Le devoir de respecter le secret professionnel est défini par l'article 321 du Code pénal suisse¹, art. 321: "Violation du secret professionnel"

1. Les ecclésiastiques, avocats, défenseurs en justice, notaires, contrôleurs astreints au secret professionnel en vertu du code des obligations, médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires, qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils avaient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis de l'emprisonnement ou de l'amende. Seront punis de la même peine les étudiants qui auront révélé un secret dont ils avaient eu connaissance à l'occasion de leurs études. La révélation demeure punissable alors même que le détenteur du secret n'exerce plus sa profession ou qu'il a achevé ses études.
2. La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisé par écrit.
3. Demeurent réservées les dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant une obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice."

Comme le traitement d'ergothérapie fait l'objet, dans la plupart des cas, d'une prescription médicale, les ergothérapeutes peuvent être assimilées aux auxiliaires du médecin. De ce fait, elles sont soumises, par la loi, au secret professionnel. Il en est de même des étudiants ergothérapeutes.

¹ Bornicchia M., Secret de fonction, secret professionnel, in: Travail social, No 11, 1986.

Annexe 1

Organisation des Nations Unies

Déclaration des droits des personnes handicapées

1. Le terme “handicapé” désigne toute personne dans l’incapacité d’assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d’une vie individuelle ou sociale normale, du fait d’une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.
2. Le handicapé doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les handicapés sans exception aucune et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l’origine nationale ou sociale, l’état de fortune, la naissance ou sur toute autre situation, que celle-ci s’applique au handicapé lui-même ou à sa famille.
3. Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé, quelles que soient l’origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal celui de jouir d’une vie décente, aussi normale et épanouie que possible.
4. Le handicapé a les mêmes droits civils et politiques que les autres êtres humains; le paragraphe 7 de la Déclaration des droits du déficient mental est d’application pour toute limitation ou suppression de ces droits dont le handicapé mental serait l’objet.
5. Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d’acquérir la plus large autonomie possible.
6. Le handicapé a droit aux traitements médical, psychologique et fonctionnel, y compris aux appareils de prothèse et d’orthèse; à la réadaptation médicale et sociale; à l’éducation; à la formation et à la réadaptation professionnelles; aux aides, conseils, services de placement et autres services qui assureront la mise en valeur maximale de ses capacités et aptitudes et hâteront le processus de son intégration ou de sa réintégration sociale.
7. Le handicapé a droit à la sécurité économique et sociale et à un niveau de vie décent. Il a le droit, selon ses possibilités, d’obtenir et de conserver un emploi ou d’exercer une occupation utile, productive et rémunératrice, et de faire partie d’organisations syndicales.

8. Le handicapé a droit à ce que ses besoins particuliers soient pris en considération à tous les stades de la planification économique et sociale.
9. Le handicapé a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant et de participer à toutes activités sociales, créatives ou récréatives. Aucun handicapé ne peut être astreint, en matière de résidence, à un traitement distinct qui n'est pas exigé par son état ou par l'amélioration qui peut lui être apportée. Si le séjour du handicapé dans un établissement spécialisé est indispensable, le milieu et les conditions de vie doivent y être aussi proches que possible de ceux de la vie normale des personnes de son âge.
10. Le handicapé doit être protégé contre toute exploitation, toute réglementation ou tout traitement discriminatoires, abusifs ou dégradants.
11. Le handicapé doit pouvoir bénéficier d'une assistance légale qualifiée lorsque pareille assistance se révèle indispensable à la protection de sa personne et de ses biens. S'il est l'objet de poursuites judiciaires, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de sa condition physique ou mentale.
12. Les organisations de handicapés peuvent être utilement consultées sur toutes les questions concernant les droits des handicapés.
13. Le handicapé, sa famille et sa communauté doivent être pleinement informés, par tous moyens appropriés, des droits contenus dans la présente Déclaration.

9 décembre 1975
Trentième session
Résolution 3447

Annexe 2

Charte des droits des parents:¹

1. Le droit de ne pas être blâmé

Combien cela est dévastateur lorsqu'un enseignant, un professionnel ou quelqu'un suggère que votre enfant est inadapté en raison de votre culpabilité, ou de votre inadéquation ou de vos problèmes psychologiques. Bien entendu, dans certains cas il y a peut-être une part de vérité, cependant minime, dans quelques-unes de ces accusations, mais c'est rarement le problème central, et presque jamais une critique aidante. Ce droit implique aussi de ne pas être intimidé par des professionnels simplement du fait que ceux-ci sont supposés avoir des connaissances ou un statut supérieur.

2. Le droit de comprendre ce qui se passe

Aucun parent ne devrait quitter un entretien avec des enseignants, des professionnels de la santé mentale ou des médecins sans une complète compréhension de ce qui a été discuté. Si l'on a utilisé des abréviations de tests ou si l'on vous a donné un diagnostic dans un jargon que vous ne comprenez pas, il est toujours approprié de demander une explication dans un langage que vous comprenez complètement.

3. Le droit de ne pas être exploité

C'est suffisamment dur d'avoir à se débrouiller quotidiennement avec les tâches et les troubles d'un enfant inadapté. Imaginez ce que c'est de devoir payer des sommes exorbitantes pour l'aide d'un personnel insensible alors que vous n'en avez déjà pas reçu pour votre argent précédemment.

4. Le droit d'être aidé sans devoir s'excuser

Si quelque ami ou proche vous demande s'il peut faire quelque chose pour vous, dites toujours oui. Vous perdrez 90% de vos amis et proches en faisant cela, mais ceux qui resteront, vous pourrez compter sur eux. Il y a généralement quelque chose que quelqu'un peut faire pour vous: babysitting pour une heure ou deux, emmener votre enfant au cinéma ou à une

¹ Dr S. Gordon, Institute for Family Research and Education, Syracuse-New York, 1963.

rencontre sportive, faire une course pour vous. Vous devez, cependant, accepter par avance que la plupart de ces offres d'aide ne soient pas sincères. S'il en était autrement pour vous, nous ne craignons pas d'avoir fait une fausse prédiction.

5. Le droit de prendre des décisions

Les parents sont invraisemblablement sous pression à accepter les décisions des experts. C'est votre enfant et votre responsabilité et c'est à vous de prendre les décisions, même si vous n'êtes pas d'accord avec aucune combinaison d'experts.

6. Le droit d'être en colère

La plupart des progrès qui ont été faits dans le domaine des soins et de la prise en charge des enfants inadaptés sont les résultats de la colère des parents. Il est rare que vous puissiez compter sur les professionnels pour prendre l'initiative d'innovations progressistes dans l'intérêt de votre enfant. Cela peut se présenter dans le royaume des propositions politiques, mais cela arrive rarement dans la prise en charge quotidienne des enfants sévèrement handicapés.

7. Le droit à une vie familiale normale

Avoir un enfant handicapé ne doit pas exclure les rencontres familiales, invitations ou tout ce qui constitue les joies et corvées de la vie de famille. Cela ne signifie pas que tout le monde se sentira bien à l'aise dans ses interactions avec votre enfant handicapé. La difficulté à évaluer le haut degré de malaise que la moyenne des gens a vis-à-vis des personnes handicapées empêche l'acceptation de ceux-ci dans la société. Parlez de ce malaise. Ce n'est pas un appel à la pitié, c'est simplement une introduction à une éventuelle intégration.

8. Le droit de vivre une part de votre vie qui n'inclut pas votre enfant handicapé

Il y a un puissant besoin chez les parents d'avoir leur intimité, de s'échapper par moment, de partir en vacances sans leurs enfants. Il y a un besoin d'être seul avec un enfant non-handicapé et de passer du temps ensemble. Néanmoins, aucune famille saine, mature, ne fonctionne bien, dans une intimité constante. Les frères et sœurs d'un enfant inadapté sont souvent irrités par le besoin que celui-ci ressent à jouer et à établir un rapport avec eux à l'exclusion de la prise en compte de leurs besoins personnels spécifiques.

9. Le droit de faire semblant de temps en temps

C'est parfaitement acceptable de présenter de temps en temps l'image que tout va bien, surtout quand il s'agit de personnes qui vous sont indifférentes. De même que c'est acceptable d'exprimer de la colère parfois, c'est aussi juste de la réprimer. Il y a des études récentes qui démontrent que la colère non exprimée n'est pas forcément nuisible et, quelquefois, c'est même bénéfique. Simplement parce qu'on est en colère ne veut pas dire que l'autre personne est prête et capable de la recevoir. William James propose "La sagesse est d'apprendre ce qu'il faut ignorer".

Parfois, le fait de faire semblant crée les meilleures conditions possibles pour l'amélioration d'une situation vraiment sinistre.

4.3 Une conception de l'enfant

L'enfant est le sujet de l'ergothérapie. C'est l'enfant qui agit et se développe; l'ergothérapeute crée les conditions qui favoriseront cette action. Ces affirmations, même si elles semblent des évidences, révèlent une conception de l'enfant et de l'ergothérapie. Lorsqu'elle travaille avec un enfant, chaque ergothérapeute est influencée par un certain nombre de valeurs et de principes dont elle est plus ou moins consciente.

Quelques-unes de ces valeurs se rapportent à la conception de l'enfant propre à la thérapeute. La manière de considérer l'enfant se construit à partir des valeurs personnelles, de la formation et de l'expérience de l'ergothérapeute. Elle conditionne l'action thérapeutique et le comportement de la thérapeute.

Nous inspirant de la pratique de l'ergothérapie telle que nous la percevons et de notre propre vision de l'enfant, nous proposons ici, sous la forme d'une liste d'axiomes ou de postulats, des éléments d'une conception de l'enfant.

Cette conception de l'enfant trouve une application et un développement dans les finalités et les buts de l'ergothérapie, ainsi que dans les modèles de pratique. Elle utilise les concepts-clé qui devront être définis dans le cadre du modèle de pratique de l'ergothérapie.

L'enfant sujet de sa vie:

- l'enfant est le principal acteur et créateur de sa vie. C'est lui qui donne un sens à celle-ci et qui développe ses instruments;
- il possède en lui les ressources nécessaires à son évolution. Il a la capacité d'utiliser ce qui lui convient lorsqu'il est prêt pour le faire;
- l'enfant en bonne santé acquiert progressivement la capacité de diriger son existence. Il apprend à trouver un équilibre satisfaisant entre ses besoins personnels et l'adaptation aux influences extérieures¹. Il est curieux et ouvert à tout ce qu'il rencontre.

L'enfant en développement:

- l'enfant se trouve dans une dynamique de développement;
- il se comprend comme une unité; les aspects moteur, sensoriel, affectif, cognitif, social et culturel de son développement sont indissociables;
- l'enfant se développe grâce à des processus physiologiques tels que la croissance et la maturation et, surtout, grâce aux interactions avec son environnement humain et physique;
- expérimenter la réussite de ses entreprises est nécessaire à la construction de la personnalité de l'enfant;
- chaque enfant est unique, il se développe à sa manière et à son rythme.

L'enfant en interaction:

- l'enfant s'exprime à travers l'action; l'action est un langage; le jeu est le moyen d'agir privilégié de l'enfant;
- l'expérience de son action sur les objets est indispensable au développement de l'enfant et inversement son développement lui permet d'enrichir cette action;
- l'enfant prend conscience de ses capacités par des interactions successives et réussies avec son environnement²;
- l'enfant a besoin de modèles pour agir; il doit pouvoir imiter; ses besoins d'apprendre et d'expérimenter sont immenses; il ne se lasse pas de répéter ce qu'il vient d'apprendre.

¹ Clark P.-N., Allen A.S., Occupational Therapy with Children, Mosby Company, Princeton, 1985.

² Ibid.

L'enfant et l'adaptation:

- une des finalités du développement est l'adaptation de l'enfant à son environnement; l'adaptation se caractérise par la capacité d'agir intentionnellement sur sa propre personne ainsi que sur son environnement physique, social et culturel¹.
- le processus d'adaptation à de nouvelles expériences dépend des conduites acquises auparavant; avec l'intégration des nouvelles expériences aux expériences passées, les conduites passées sont modifiées et il en résulte un niveau supérieur d'adaptation². E. Gilfoyle parle de la spirale du processus adaptatif. Remarquons que l'adaptation se comprend ici essentiellement dans le sens d'une adaptation au monde physique, plutôt que dans l'acception sociale du terme; cette dernière peut en effet impliquer, pour l'enfant handicapé, une hyperadaptation aux exigences de son entourage qui risque d'entraver l'épanouissement de sa personnalité.

L'enfant et la santé:

- divers problèmes peuvent influencer les performances de l'enfant dans les domaines de son action et dans ses divers rôles;
- les limitations à l'action, que certaines déficiences entraînent, entravent le développement de l'enfant et ses capacités d'adaptation;
- le stress, quelle que soit son origine, peut provoquer une régression chez l'enfant et hypothéquer son développement;
- un enfant est vite perturbé; par contre, ses forces de guérison et de récupération sont puissantes.

4.4 Une conception de la profession telle qu'elle se situe dans le système socio-sanitaire

La conception de l'ergothérapie est le corollaire de la conception de l'enfant. Les valeurs et les principes qui la constituent influencent toute la pratique même si l'ergothérapeute n'en est pas toujours consciente.

¹ Clark P.-N., Allen A.S., Occupational Therapy with Children, Mosby Company, Princeton, 1985.

² Gilfoyle E. et al. , Children Adapt, Ch. Slack, New Jersey, USA, 1981.

On ne peut dissocier l'ergothérapie du milieu dans lequel elle se situe, car ce dernier oriente de manière non négligeable la conception que l'ergothérapeute peut avoir de sa profession; c'est la raison pour laquelle, parmi les divers thèmes qui regroupent les axiomes choisis, nous avons placé en premier lieu le contexte de la profession.

La liste de postulats que nous proposons ci-dessous reflète notre vision de l'ergothérapie avec les enfants.

Le contexte de l'ergothérapie:

- l'ergothérapie s'inscrit dans un système socio-sanitaire; elle est en général insérée dans une institution;
- l'intervention ergothérapeutique se situe dans le cadre d'un ensemble de mesures qui visent une finalité similaire;
- l'ergothérapie fait partie d'un groupe de professions dont l'histoire, les finalités, les références et les caractéristiques sont extrêmement proches; il est donc nécessaire que l'ergothérapeute soit capable d'un travail pluridisciplinaire; elle coordonne son action avec celle des autres intervenants, définissant les finalités communes et négociant les objectifs particuliers à chaque groupe professionnel.

L'action:

- l'action est le premier concept organisateur de l'ergothérapie;
- l'activité est le moyen privilégié de l'ergothérapie; elle donne un sens, elle a un sens; elle permet à l'enfant d'apprendre à résoudre des problèmes;
- que l'enfant puisse agir sur des objets, qu'il acquière des savoirs-faire ou un savoir-agir et qu'il puisse interagir avec son environnement sont les préoccupations essentielles de l'ergothérapeute;
- l'enfant a le pouvoir d'influencer l'état de sa santé à travers des activités; l'ergothérapeute peut lui aider à mieux réussir ses interactions avec son environnement;
- il est admis que des activités significatives peuvent servir à prévenir et à surmonter une dysfonction, ainsi qu'à promouvoir une adaptation maximale;
- l'activité significative est utilisée comme moyen thérapeutique, comme but de traitement et comme analyseur du fonctionnement de l'enfant. Elle révèle les ressources et les difficultés de celui-ci.

Remarque: le terme de "significatif" appliqué à l'activité est traduit de l'anglais "purposeful"; nous le préférons à celui d'"orienté" ou de

- “dirigé”, car il contient la notion de sens, or un activité ne peut avoir une valeur thérapeutique pour le patient que si elle a un sens;
- l'activité réalisée durant la séance de traitement est choisie par le patient et par l'ergothérapeute sur la base de critères précis. L'exécution de cette activité est soumise à divers principes et techniques qui contribuent à atteindre les buts et les objectifs du traitement;
 - avec les ergothérapeutes anglo-saxonnes, nous divisons le champ des activités de l'enfant en trois domaines: le jeu et les loisirs, l'entretien personnel, l'école et la formation professionnelle (Voir tableau p. 60);
 - l'ergothérapeute analyse l'activité en fonction de la structure de celle-ci, soit de la séquence des opérations qui la composent, et en fonction des prérequis nécessaires à son exécution. Les prérequis s'organisent selon les domaines du développement, soit les plans moteur, sensoriel, cognitif, affectif et social. Cette division peut paraître artificielle, car ces fonctions dépendent étroitement les unes des autres; si elle facilite le choix des activités et la compréhension des problèmes de l'enfant, il est cependant indispensable que l'ergothérapeute la dépasse pour se centrer sur le processus d'apprentissage dans son ensemble;
 - il est important que l'enfant handicapé réussisse des activités. Les échecs sont cependant une réalité qui contribue à son développement et qu'il est nécessaire d'exploiter.

La globalité:

- le slogan “penser globalement, agir localement” peut s'appliquer à l'ergothérapie; lorsque l'enfant agit, agit peu ou agit avec difficulté, tout est lié. Le dysfonctionnement d'un système a des répercussions sur l'ensemble. Il est impossible de connaître et de maîtriser tous les facteurs qui entrent en jeu dans une situation. Néanmoins, en abordant cette situation par un de ses éléments très concret, la thérapeute agit sur l'ensemble;
- les buts du traitement sont toujours centrés sur les compétences pratiques de l'enfant; par contre, l'ergothérapeute est consciente de la complexité des problèmes de l'enfant, et la personne dans son ensemble reste toujours le sujet de la thérapie, quelles que soient les interventions locales;
- la vision d'ensemble du développement de l'enfant a deux dimensions: la dimension horizontale concerne l'ici et maintenant; la dimension longitudinale a trait aux étapes du développement et à la perspective des périodes-clé qu'il est important d'anticiper. Les notions d'étapes du développement et de prérequis doivent être relativisées par la constatation que le développement d'un enfant handicapé est hétérogène.

Les rôles de l'ergothérapeute:

- la thérapeute contribue à l'expression et à la réalisation des potentialités de l'enfant;
- elle est un agent de changement; elle crée les conditions qui facilitent la croissance et le développement de l'enfant en aménageant l'environnement le plus favorable à son évolution;
- elle propose, suggère et met en scène des situations dans lesquelles l'enfant pourra agir, expérimenter et améliorer ses propres moyens d'intervention; elle dispose d'un vaste registre de moyens qu'elle met en œuvre avec souplesse;
- elle s'assure que l'enfant acquière les bases du développement nécessaire pour apprendre;
- elle encourage le dynamisme intérieur de l'enfant en l'aidant à atteindre un état dans lequel les forces naturelles pour guérir et surmonter son handicap deviennent actives. L'enfant est son propre thérapeute;
- l'ergothérapeute utilise le processus de l'ergothérapie afin de planifier le traitement; elle évalue le fonctionnement de l'enfant lorsque celui-ci tente de résoudre les difficultés que ses déficiences lui posent; cependant, elle ne pourra contribuer au développement des compétences potentielles de l'enfant et à la construction de sa personnalité qu'en fondant le traitement sur les ressources et les compétences présentes chez celui-ci;
- elle situe l'enfant dans l'ensemble de son contexte familial et institutionnel; elle collabore étroitement avec cet entourage et principalement avec les personnes de référence de l'enfant. En effet, l'implication de l'entourage de l'enfant est une des conditions de l'efficacité du traitement;
- elle prévoit les conséquences du traitement dans la vie quotidienne de l'enfant et envisage les mesures nécessaires avec les parents ou les personnes de référence.

Attitudes de la thérapeute:

- les attitudes de la thérapeute sont déterminées par la confiance dans les ressources de l'enfant et de ses parents ainsi que dans leurs capacités à affronter et à résoudre les problèmes qui leur sont posés. Elle les considère comme des partenaires compétents;
- dans la mesure du possible, la thérapeute considère le plaisir de l'enfant comme un des facteurs de l'adéquation du traitement; elle doit cependant être capable d'avoir aussi des exigences; elle sait que le plaisir de l'enfant ne signifie pas que l'activité est thérapeutique;

- l'ergothérapeute est ouverte à apprendre et à recevoir quelque chose de l'enfant, à travers la personnalité de celui-ci, par la manière dont il appréhende et résout les problèmes que la vie lui pose et par ses ressources¹. Cette ouverture permet à la thérapeute de pressentir le capital de potentialités existant chez l'enfant;
- la thérapeute se laisse guider par l'enfant tout en le guidant, dans une interaction où la part de chacun est égale;
- elle est intéressée par la complexité et ne craint pas d'aborder les problèmes sous des angles multiples;
- la thérapeute est consciente de l'importance de la relation avec l'enfant dans le processus thérapeutique; sa personnalité devient un outil de la thérapie;
- elle admet que le regard qu'elle porte sur l'enfant détermine dans une certaine mesure le comportement de celui-ci;
- elle cherche à comprendre ce que l'enfant qu'elle traite représente pour elle et s'interroge sur ses propres attitudes cherchant à mieux se connaître;
- la thérapeute suscite l'enfant qui sommeille en elle afin de pouvoir se mettre au niveau de son petit patient et de jouer avec lui.

4.5 Les finalités, les buts et les objectifs de l'ergothérapie avec les enfants

Les ergothérapeutes suisses ont adopté lors des réflexions conduites dans le cadre du projet ergothérapie-thérapie d'animation² la terminologie issue de la pédagogie par objectifs³. Elles ont transposé les termes de cette méthode au processus de l'ergothérapie. C'est dans ce sens que nous les utilisons ici.

Le sujet des finalités, comme celui des buts et des objectifs, est toujours l'enfant. C'est lui qui agit et se développe; l'ergothérapeute crée les conditions et met en scène les situations dans lesquelles l'enfant acquerra, par son action propre, les compétences qui lui sont nécessaires. Il s'agit là d'une des limites et des difficultés du rôle de l'ergothérapeute qui fait, elle-même, le moins possible pour laisser toute la place à l'enfant.

¹ Miller A., C'est pour ton bien; racines de la violence dans l'éducation des enfants, Aubier, Paris, 1984.

² ASE op. cit.

³ Fontaine F, 1977, Hameline, 1985, in: Meyer op. cit.

La définition des finalités, des buts et des objectifs de l'ergothérapie avec les enfants permettra de situer l'originalité et les limites du projet ergothérapeutique.

La figure 4 schématise le contenu de ce chapitre.

4.5.1 Les finalités

Les finalités reflètent la philosophie de l'ergothérapie, soit, comme nous l'avons vu plus haut, une conception de l'enfant et de la profession. Elles définissent les lignes directrices du traitement en tenant compte des perspectives d'avenir de l'enfant.

Les finalités de l'ergothérapie peuvent s'exprimer de la manière suivante:

L'ergothérapie tend à faciliter l'apprentissage des compétences (savoir-faire, savoir-agir) qui permettent à l'enfant d'agir sur lui-même et d'interagir avec son environnement. Ainsi, l'enfant acquiert les instruments nécessaires pour jouer son rôle, évoluer et réussir dans les divers groupes auxquels il participe. Ces instruments lui servent aussi à exprimer et à réaliser les besoins correspondant à sa personnalité, à son âge et à ses possibilités.

L'ergothérapeute crée les conditions dans lesquelles l'enfant peut se développer, maintenir et rétablir ses compétences dans tous les domaines de son action.

Le traitement contribue à éliminer les perturbations du développement et la détérioration ou la perte des fonctions nécessaires pour agir; il favorise la capacité de l'enfant d'influencer sa vie et sa santé de sa propre initiative.

4.5.2 Les buts

Les buts définissent les compétences visées dans les divers domaines d'action de l'enfant.

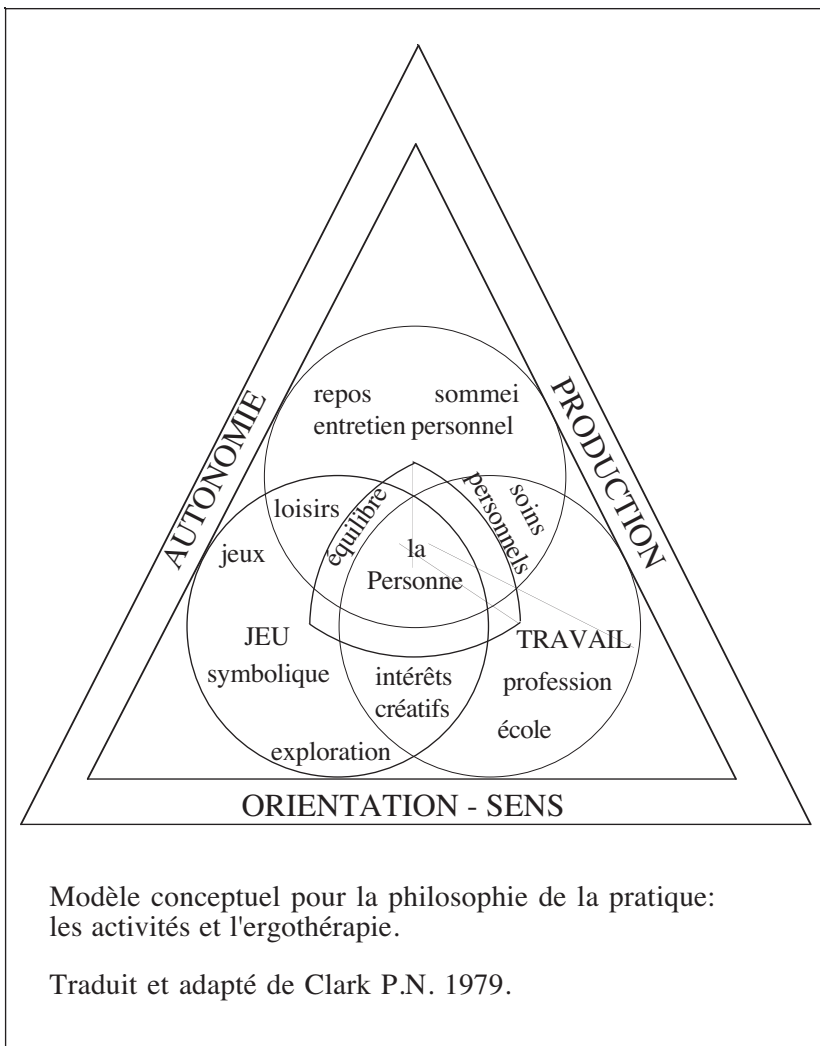
L'ergothérapeute procure à l'enfant le soutien qui lui permettra de démontrer les compétences appropriées dans les trois domaines de son champ d'action:

1. le jeu et les loisirs,
2. les soins personnels,
3. l'école et la formation professionnelle.

Pour représenter ces trois domaines de l'activité humaine, le schéma de Clark (fig. 3) nous paraît intéressant; il présente ces domaines en montrant leur étendue et leur intrication.

P. Clark a situé l'ergothérapie au centre de son schéma. Cet "ergocentrisme" peut paraître envahissant ou séduisant. A notre avis, n'importe lequel des intervenants, y compris les parents, pourrait se trouver dans le centre du tableau. Nous préférons y placer l'enfant puisque c'est de son activité qu'il s'agit.

Figure 3



Le jeu et les loisirs

Jouer est l'activité essentielle de l'enfant.

“C'est par le jeu que l'enfant exprime ses possibilités, c'est par le jeu qu'il se découvre à lui-même, et qu'il se dévoile à autrui”¹.

Le jeu est indispensable à tous les aspects du développement de l'enfant. En jouant, celui-ci est l'initiateur de son comportement; il apprend à moduler ses émotions et à lire les messages des autres; il développe son imaginaire. Le jeu permet à l'enfant de s'exercer à la résolution de problèmes et d'entraîner des habiletés motrices et cognitives.

Chez le jeune enfant, le jeu comprend des activités exploratoires, constructives, créatrices et symboliques. Les comportements ludiques se transforment chez l'adolescent en loisirs et en activités sociales diverses.

Pour R. Caffari², “le jeu de l'enfant est la forme infantile de la capacité humaine d'expérimenter en créant des situations-modèles et de maîtriser la réalité en expérimentant et en prévoyant.” C'est dire son importance.

Les soins personnels

Les soins personnels permettent à l'enfant de satisfaire à ses besoins vitaux:

- communiquer,
- s'habiller et se déshabiller,
- s'alimenter,
- se laver et aller aux toilettes,
- se déplacer,
- se reposer et dormir.

Ce sont des activités que chacun apprend dans son enfance. A force de les répéter, l'individu les automatise et peut les exécuter sans y penser. L'automatisation d'une action est le fruit d'un apprentissage qui a des exigences précises. Pour agir avec efficacité, l'individu doit disposer d'un stock d'automatismes.

La capacité de subvenir à ses besoins quotidiens rend l'enfant indépendant. Cette indépendance est indispensable à son développement et à la construction de son autonomie.

¹ de Ajuriaguerra J., Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1971.

² Caffari-Viallon R., Pour que les enfants jouent, Ed. EESP, Cahier No 1, 1988, p. 12.

L'école et la formation professionnelle

Le travail comprend toutes les formes d'activités productives, qu'elles soient salariées ou non.

Pour l'enfant, il s'agit d'abord de l'école et de la formation professionnelle.

Les compétences dont un enfant doit faire preuve à l'école sont multiples et complexes. Parmi les points importants se trouvent l'écriture, la lecture et le calcul, mais il ne faut pas négliger des habiletés apparemment plus simples, comme dessiner, découper, tracer avec une règle, effacer, plier du papier, etc. L'école joue un rôle important dans la vie d'un enfant. Il serait bon qu'elle soit adaptée à l'enfant, mais il est aussi indispensable que l'enfant dispose des bases nécessaires pour répondre aux exigences qu'elle pose.

4.5.3 Les objectifs

Quelles que soient les compétences visées et leur niveau de complexité, il est nécessaire qu'un certain nombre de conditions soient remplies pour les réaliser. Les objectifs cernent les capacités nécessaires pour atteindre un but ou plusieurs buts.

Une compétence peut s'analyser de plusieurs manières. D'une part, l'enfant doit être capable d'exécuter les différentes étapes de l'activité qui lui est nécessaire, que ce soit s'habiller, écrire une dictée ou construire une tour de plots; d'autre part, il doit maîtriser les composantes de l'activité qui se situent aux plans moteur, sensoriel, cognitif, affectif et social. C'est en général des déficits d'une ou plusieurs de ces fonctions qui entravent l'efficacité des performances.

L'action sur les objets qui est au centre de l'ergothérapie détermine la priorité explicitement accordée aux capacités motrices, cognitives et sensorielles; les aspects affectifs et sociaux sont cependant essentiels et incontournables lorsqu'on considère, par exemple, les questions d'autonomie et de motivation, les relations avec l'enfant et avec son entourage et les problèmes éducatifs.

Nous avons déjà relevé qu'il n'y a pas de distinction rigide entre ces aspects du développement. Ils sont étroitement imbriqués les uns dans les autres. Plus l'enfant est petit, plus il est difficile de les dissocier.

4.5.4 L'originalité de l'ergothérapie

C'est le projet ergothérapeutique qui guide l'évaluation et la planification du traitement. Il permet à la thérapeute d'appréhender l'enfant dans sa globalité et de ne pas perdre de vue l'importance de cet ensemble. (Fig.4).

Nous avons vu cependant que d'autres intervenants partagent des aspects plus ou moins importants de ce projet. Quelle est alors la spécificité de l'ergothérapie?

En effet, si le projet thérapeutique est vaste, l'action de l'ergothérapie est très focalisée.

Cette spécificité se situe dans l'interaction entre les capacités de base et les compétences que l'enfant démontre dans le jeu, l'entretien personnel et à l'école.

Dans le peu de temps qui lui est imparti (en moyenne 1 à 3 heures par semaine), il est impossible à l'ergothérapeute d'aborder tous les problèmes que l'enfant rencontre dans sa vie quotidienne. Elle va donc se concentrer sur un petit nombre de capacités dont l'acquisition aura des répercussions sur un grand nombre de compétences.

L'art consiste à bien choisir ces capacités représentatives de l'ensemble des déficits dont souffre un enfant. La capacité visée se retrouvera dans chaque activité.

Lorsque, en se développant, la capacité permet d'améliorer les compétences, celles-ci, à leur tour, par un fonctionnement plus efficace, renforcent la capacité.

Ce mouvement de va-et-vient entre la thérapie et la vie quotidienne est garanti par la coordination avec l'action des parents et celle des autres intervenants. Il permet l'intégration des acquis de part et d'autre.

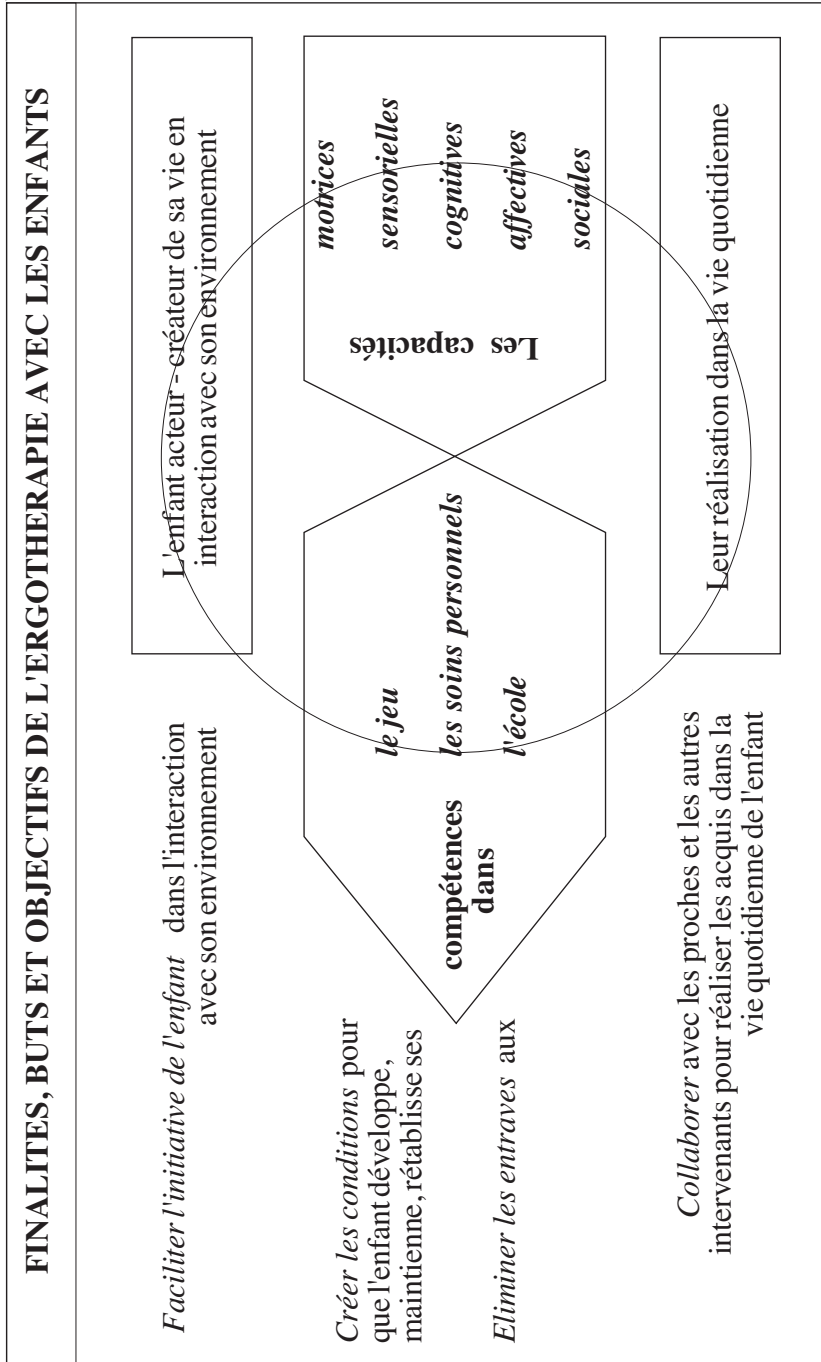
Prenons un exemple:

un enfant de huit ans, hémiplégique gauche, fréquente l'école normale. Il présente plusieurs problèmes. Un de ceux-ci le gêne particulièrement à l'école: il est tellement crispé lorsqu'il écrit avec sa main droite que son écriture est trop lente pour suivre les dictées.

L'ergothérapeute qui connaît bien l'enfant décide de se concentrer sur ce problème.

Ecrire est un processus complexe, les prérequis se situent dans tous les domaines du développement.

Figure 4



L'ergothérapeute va faire des hypothèses sur les origines probables de cette lenteur d'écriture en se basant sur sa connaissance des divers prérequis de l'écriture et sur son observation de l'enfant.

En résumé, écrire exige:

Sur le plan moteur:

- une position assise suffisamment stable pour libérer les bras et suffisamment mobile pour permettre les ajustements posturaux;
- une bonne tenue de tête;
- une latéralisation claire;
- la capacité de déplacer le bras et de tenir le scripteur;
- une fine motricité des doigts et du poignet;
- le bras qui n'écrit pas doit pouvoir tenir et déplacer la feuille et servir d'appui.

Sur le plan sensoriel:

- les informations tactiles doivent être suffisamment précises pour indiquer le contact de la main sur le scripteur et sur le papier;
- l'audition permet d'entendre ce que dit la maîtresse;
- la vision comprend la vision focale, la vision périphérique et la poursuite oculaire; ces trois fonctions doivent être efficaces;
- la proprioception perçoit le mouvement et contribue à le guider;
- les informations vestibulaires aident entre autres à se redresser contre la gravité et à orienter la tête pour que les yeux soient toujours à l'horizontale. Tous ces messages sont organisés dans la perception. Ils sont indispensables à la motricité et à la cognition.

Sur le plan cognitif:

- le langage est indispensable, ainsi qu'une organisation de l'espace topologique et une organisation du temps;
- la capacité de transformer des sons en symboles;
- la capacité d'imiter;
- de l'attention;
- de la mémoire.

Sur le plan socio-affectif:

- l'envie d'utiliser l'écriture comme moyen de communication;
- l'envie d'apprendre et d'imiter;
- une bonne relation à l'institutrice;
- se situer dans un rôle d'élève, de fils, fille;
- une certaine conscience de ses possibilités et de ses limites.

Toutes ces capacités interagissent pour permettre l'écriture, si bien qu'un déficit dans un domaine a des répercussions sur les autres.

Dans le cas que propose cet exemple, l'ergothérapeute constate que l'enfant met une grande partie du poids de son corps sur le côté droit non hémiplégique.

Lorsqu'un droitier écrit, normalement, le poids de son corps se déplace, avec souplesse, sur le côté gauche (fesse et bras) qui sert de soutien pour que le bras et la main droite puissent bouger librement.

Il est impossible d'écrire harmonieusement lorsque le côté droit remplit en même temps une fonction d'appui; il est alors très difficile au bras gauche de stabiliser la feuille ou le cahier.

Cet enfant présente donc un important déficit au niveau de la posture lié à une mise en charge insuffisante du côté hémiplégique et à un manque de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne.

Ce déficit moteur a des répercussions sur la construction de l'axe corporel: les côtés gauche et droit sont mal intégrés et l'enfant doit réfléchir pour identifier la gauche et la droite.

Cette difficulté d'organisation de l'espace contribue également à ralentir l'écriture. Ces notions devraient être automatisées pour permettre une écriture rapide.

Bien que l'enfant présente encore d'autres déficits, l'ergothérapeute décide de donner la priorité au déficit postural et posera ses objectifs de traitement en conséquence; notamment que l'enfant soit capable de plus charger son côté hémiplégique et qu'il développe de meilleures dissociations entre les ceintures scapulaire et pelvienne.

Le programme de traitement comportera des activités qui plaisent à l'enfant, telles que la cuisine ou la menuiserie. Dans le cadre de ces activités, l'ergothérapeute propose des situations posturales analogues à celles de l'écriture. Ainsi, pour peler des pommes qui serviront à confectionner une tarte, l'enfant devra tenir la pomme avec sa main gauche en s'appuyant sur ce côté pour libérer la main droite qui utilise le couteau à éplucher.

S'il désire confectionner un camion, l'enfant sciera une planche, le pied droit légèrement surélevé, afin de favoriser la mise en charge du côté gauche.

Durant l'activité, l'ergothérapeute applique toute la gamme des principes et des techniques de traitement qu'elle juge utile à la réalisation des buts et des objectifs.

L'amélioration des réactions posturales de cet enfant et la construction de son axe corporel auront non seulement des répercussions sur l'efficacité de son écriture, mais aussi sur toutes les autres activités de son existence, que ce soit manger proprement, aller en vélo, jouer au football ou lire et calculer.

Dans cet exemple, l'ergothérapeute se focalise sur un déficit sensori-moteur qui est une composante importante du problème d'écriture. Elle applique cependant des principes qui se situent aussi aux niveaux cognitif, affectif et social, tenant compte de l'ensemble de la personnalité de l'enfant.

Les progrès sensori-moteurs agiront sur l'organisation de l'espace, sur la confiance que l'enfant peut avoir en lui-même et sur sa relation avec les autres.

La spécificité de l'ergothérapie se situe donc dans la manière dont la professionnelle analyse les problèmes et choisit le petit nombre de capacités sur lesquelles elle concentrera son action. L'articulation entre les problèmes et les déficits qui les causent est déterminante. Ainsi, travailler un "petit bout" de l'école sert à l'ensemble des compétences de l'enfant.

4.6 Conclusion

Si le projet ergothérapeutique a souvent fait l'objet de définitions qui démontrent son ampleur, il est rare, par contre, que les valeurs qui sous-tendent la pratique professionnelle soient explicitées.

Nous avons tenté dans ce chapitre de formuler un ensemble de considérations et de principes fondamentaux qui, en précisant les bases théoriques de la profession, permettent de la délimiter.

C'est l'originalité de l'ergothérapie qui nous intéresse ici.

Elle permet à l'ergothérapeute de focaliser son action et de préciser son mandat.

La conscience de sa spécificité donne aux professionnels une sécurité et une flexibilité pour se concerter avec les autres intervenants et se situer dans le système médico-social.

4.7 Quelques textes de référence

Les trois textes qui figurent ci-dessous visent à cerner l'essentiel de l'ergothérapie. Nous avons choisi de les présenter ici, car, d'une part, nous

nous en sommes inspirés pour élaborer ce chapitre sur les bases théoriques de l'ergothérapie, particulièrement la partie sur les valeurs, et, d'autre part, ils complètent et enrichissent notre propos. Ces documents ont une valeur de référence.

Le premier texte est la traduction du document officiel de l'Association américaine des ergothérapeutes adopté en 1979.

Le deuxième texte résume une philosophie de la pratique pour l'ergothérapie avec les enfants. Son auteur, P. N. Clark, a adapté au domaine des enfants un cadre théorique qu'elle avait élaboré pour l'ensemble de l'ergothérapie¹.

Le troisième texte est tiré du Projet Ergothérapie - Thérapie d'animation²; il présente bien, à notre avis, la manière dont les ergothérapeutes tiennent compte, dans la conception du traitement, des différents domaines du développement de l'enfant. Ce document complète le chapitre sur les objectifs de l'ergothérapie (5.5.3.)

4.7.1 “La base philosophique de l'ergothérapie”

Ce texte a été adoptée en 1979 par l'Assemblée des représentants de l'Association américaine des ergothérapeutes³.

“L'homme est un être actif dont le développement est influencé par l'usage d'activités significatives (purposeful). Un dynamisme interne permet aux êtres humains d'influencer leur santé mentale et physique, ainsi que leur environnement social et physique à travers des activités significatives.

La vie de l'homme est un processus d'adaptation continue. L'adaptation est un changement de fonction qui permet la survie et la réalisation de l'individu. Des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux peuvent interrompre le processus d'adaptation à n'importe quel moment du cycle de la vie. La dysfonction peut survenir lorsque l'adaptation est perturbée. Les activités significatives facilitent le processus adaptatif.

L'ergothérapie se base sur la croyance que l'activité significative, y compris ses composantes interpersonnelles et environnementales, peut

¹ Clark P-N., Human Development through Occupation, Theoretical Frameworks in: Contemporary Occupational Therapy Practise, Part 1 & 2, in AJOT, Vol. 33, 1979.

² ASE, op. cit.

³ Hopkins H., Smith H., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7e Edition, Lippincott, Philadelphia, 1988.

servir à prévenir et à guérir une dysfonction et à promouvoir une adaptation maximale.

L'ergothérapeute utilise l'activité à la fois comme but et comme moyen de traitement”.

4.7.2. “Une philosophie de la pratique”

Dans le volumineux ouvrage consacré à l'ergothérapie avec les enfants, P.-N. Clark propose une “philosophie de la pratique” intitulée “le développement humain par l'activité”. En voici un résumé.¹

Une vision de l'homme:

L'adaptation humaine se caractérise par la capacité que possède l'enfant d'agir intentionnellement sur son monde personnel, culturel et environnemental. La richesse unique de cette fonction créatrice est le produit de deux caractéristiques biologiques:

1. la capacité du cerveau humain de formuler et de symboliser des concepts;
2. la capacité des mains de traduire les concepts en action.

L'enfant prend conscience de ses capacités par des interactions successives et réussies avec son environnement, ce qui développe sa volonté d'effectuer des activités significatives.

“L'activité significative se définit comme l'usage intentionnel des systèmes corporels d'une personne, de son temps, de son énergie, de ses intérêts et de son attention, en vue d'interactions avec son environnement”².

“Les activités occupationnelles” comprennent le développement et l'usage:

- des soins personnels,
- du jeu,
- du travail (voir Fig.3 p. 60).

Une vision de la santé:

L'enfant acquiert progressivement la capacité de diriger et d'influencer le sens de sa vie; c'est là une indication primaire de son bien-être général et de sa santé.

¹ Clark, 1985, pp 116-119.

² Gilfoyle E. et al., Children Adapt, Ch. Slack, New Jersey, USA, 1981.

Un individu en bonne santé peut s'adapter et atteindre une vie satisfaisante; il peut fonctionner adéquatement dans ses divers rôles.

Une performance saine est produite par quatre facteurs:

1. les bases biologiques;
2. la maturation;
ces deux processus physiologiques servent de base aux fonctions sensorielles, intégratives, motrices et cognitives qui permettent le développement des compétences adaptatives;
3. le développement des compétences adaptatives:
les interactions entre l'individu, sa culture, l'espace physique et d'autres éléments environnementaux se complexifient avec l'âge, d'où l'importance des facteurs culturels, spatiaux et temporels;
4. les besoins personnels: l'enfant doit apprendre à trouver un équilibre satisfaisant entre ses besoins internes et l'adaptation aux influences externes.

Durant sa vie, l'individu rencontre des problèmes physiologiques, sociaux et psychologiques, qui peuvent influencer ses performances dans ses divers rôles.

L'analyse des effets de ces problèmes sur des performances socialement adéquates et personnellement satisfaisantes ainsi que sur les aspects critiques du développement est à la fois qualitative et quantitative.

On se demandera et on évaluera si la personne est capable de résoudre son problème et de s'y adapter seule.

Avec l'enfant, il faut considérer si la gestion du problème met en péril son développement. La nature du problème est-elle telle qu'elle menace de retarder, interrompre ou modifier des fonctions et des compétences?

Si le problème est suffisant pour provoquer une dysfonction des performances individuelles, de l'équilibre des tâches quotidiennes et des rôles, quelles sont les ressources disponibles, accessibles et acceptables pour l'enfant et sa famille?

Une vision de la profession:

L'ergothérapie est un service de santé concerné par la qualité et la satisfaction de la vie quotidienne telle qu'elle se manifeste à travers les compétences à agir ("occupational role performance").

L'ergothérapeute est convaincu que l'homme peut influencer l'état de sa propre santé à travers l'usage de ses mains dirigées par sa pensée et sa volonté.

Le mandat de l'ergothérapie est de procurer un service qui permette à l'enfant d'atteindre la santé par l'engagement dans des activités significatives. Ce service doit correspondre aux aspects temporels, culturels et environnementaux pertinents pour l'enfant.

L'ergothérapeute utilise l'analyse des activités et leur adaptation. Il tient compte des fonctions sensori-intégrative, motrice, cognitive, émotionnelle et sociale, dans leur relation aux performances.

Les buts sont déterminés par la maîtrise des tâches et des relations nécessaires à l'engagement dans les activités du jeu, d'entretien personnel, de l'école et de la formation professionnelle. Le programme doit comporter un suivi dans la vie quotidienne.

L'ergothérapeute s'adressera à des enfants de tout âge, présentant un large spectre de diagnostics.

Les buts d'un traitement sont toujours en relation avec les points suivants:

1. développer et maintenir les fonctions et les habiletés nécessaires pour effectuer les activités désirées ou exigées;
2. prévenir le développement inadéquat, la détérioration ou la perte des fonctions nécessaires pour les activités de jeu, de soins personnels et de formation;
3. rétablir les fonctions dont le déficit entrave les performances;
4. faciliter la capacité adaptative de l'enfant d'influencer sa propre vie et sa santé;
5. collaborer par la communication et la coopération avec l'enfant, ses proches et les autres services, à la planification et à la réalisation des objectifs.

4.7.3 Extrait de la présentation de l'ergothérapie avec les enfants¹

“Les domaines de traitement:

La séparation des différents domaines de traitement est un procédé artificiel, nécessaire à la clarification de la situation, de la planification et de l'exécution du traitement. Toutefois, il est évident que l'ergothérapeute tient compte du fait que la motivation, les impressions sensorielles, la motricité et les aptitudes cognitives et sociales entrent toujours en interaction complexe lors de la planification et de l'exécution de toute activité. En outre,

¹ Textes du projet ET-TA, 1982, p. 237.

l'ergothérapeute ne prend pas seulement en considération les domaines atteints, mais il fait aussi appel aux aptitudes intactes.

Le domaine sensoriel:

le développement de l'enfant normal est étroitement lié au fonctionnement de la globalité de ses sens. Les expériences sensorielles représentent des stimulations très importantes et forment des bases solides. Ainsi, pour l'évaluation et le traitement d'un enfant handicapé, il est d'autant plus indispensable de tenir compte de toutes les modalités sensorielles. Lors de la mise au point du traitement, les étapes de développement normal des différents domaines sensoriels sont également respectées. Les stimuli sensoriels seront dosés soigneusement en fonction de l'enfant afin que son bien-être ne soit pas influencé négativement. Des sensations ressenties positivement seront renforcées.

Lors d'une séance de traitement, pendant un laps de temps limité, il est parfois nécessaire de procéder à un travail préparatoire de modalité sensorielle spécifique, c'est-à-dire, dans une activité, de percevoir les éléments essentiels pour l'enfant et de s'y attarder. Ceci permet à l'enfant de planifier et d'exécuter une activité faisant appel à tout un ensemble de modalités sensorielles simultanément. En outre, il est indispensable que l'enfant en bas âge fasse des expériences tactilo-kinesthésiques avec tout son corps et pas uniquement avec ses mains.

Le domaine moteur:

la motricité est d'une importance capitale pour le développement de l'enfant. Par le mouvement et l'action, le petit enfant accumule un bagage d'expériences, qui seul permettra le développement d'une faculté d'apprentissage ultérieure. Exercer une influence sur les fonctions motrices est, par conséquent, une préoccupation majeure dans le traitement d'enfants handicapés moteurs. L'ergothérapeute tient compte de l'envie de bouger qu'a le petit enfant, en choisissant, en dehors d'activités tranquilles, également des activités comportant beaucoup de mouvement.

Lors de la réalisation de l'activité, des facilitations et, si nécessaire, des corrections de mouvements et de postures sont appliquées: l'ergothérapeute vise donc à amener l'enfant à l'action malgré ses problèmes moteurs. Comme début de traitement, l'ergothérapeute choisit parfois une activité préparatoire permettant de procurer les conditions nécessaires à l'activité motrice.

Le domaine perceptivo-cognitif:

bâtissant sur ses expériences sensori-motrices, l'enfant acquiert des aptitudes perceptivo-cognitives, telles qu'en les trouve par exemple dans l'organisation de l'espace. Le développement normal donne, encore une fois, les indications essentielles permettant d'exercer une influence sur les aptitudes perceptivo-cognitives.

Le dosage, c'est-à-dire la division en phases d'apprentissage successives, représente souvent une aide utile. De préférence, l'enfant sera guidé juste assez loin pour qu'il ait la possibilité d'accomplir seul la phase décisive de l'apprentissage. Découvrir soi-même et tirer ses propres conclusions active l'esprit de l'enfant.

Le domaine social et affectif:

l'état affectif d'un enfant peut influencer, de façon essentielle, sur ses performances sensori-motrices et perceptivo-cognitives. Le petit enfant est non seulement dépendant de son propre état affectif, mais avant tout de celui de sa personne de référence. La méfiance et l'angoisse des parents et des proches personnes de référence se transmettent facilement à l'enfant. Il est absolument indispensable que l'ergothérapeute ne travaille pas uniquement sur les difficultés et les problèmes de l'enfant, mais qu'il mette également ses capacités en évidence. L'enfant doit pouvoir sentir son existence de façon positive, de même que la mère doit pouvoir ressentir l'existence de son enfant de façon positive. Même les discussions ne devraient pas se limiter aux problèmes de l'enfant, mais devraient inclure également ses capacités.

Le jeune enfant sait mal influencer son affectivité et il ne sait guère apprécier la valeur de ses capacités. Certains enfants handicapés présentent, du moins temporairement, des problèmes se situant principalement dans le domaine socio-affectif. Des troubles ou du moins des particularités du comportement peuvent se manifester par des changements extrêmes d'humeur, des angoisses, un manque de confiance en soi, etc. Pour ces enfants, la mise en jeu d'une relation très solide revêt un caractère particulièrement important. Outre l'utilisation de moyens thérapeutiques, le thérapeute en tant que personne joue un rôle important. Par l'intermédiaire d'éléments valorisants, même d'importance mineure, l'enfant prend peu à peu confiance en lui et maîtrise ses peurs devant l'échec.

Avec des enfants handicapés mentaux, l'ergothérapeute peut être confronté à d'autres troubles du comportement (par exemple, frapper la tête contre les murs, renverser les chaises, déchirer les vêtements, mordre et

griffer). Avoir à disposition des connaissances psychologiques et psychopédagogiques est indispensable pour aborder ces enfants.

Les personnes de référence les plus proches (très fréquemment la mère) sont impliquées dans le traitement. Avant tout, chez l'enfant d'âge préscolaire, les objectifs de l'ergothérapie devraient être englobés dans la vie quotidienne. Avec l'enfant plus grand, le dialogue thérapeute-enfant prend de l'importance”.

Troisième partie

**LE CADRE GÉNÉRAL DE L'ERGOTHÉRAPIE
AVEC LES ENFANTS**

Chapitre 5

LE CADRE GÉNÉRAL DE L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

Le but de ce chapitre est de situer le cadre général de l'exercice de l'ergothérapie avec les enfants et de répondre à des questions d'ordre plus administratif que celles qui sont traitées par ailleurs dans cet ouvrage. Nous présenterons brièvement: à quels enfants s'adresse l'ergothérapie? Où travaillent les ergothérapeutes? Comment sont financés les traitements d'ergothérapie?

5.1 A quels enfants s'adresse l'ergothérapie

Le champ d'application de l'ergothérapie est vaste. L'ergothérapie est indiquée pour tous les enfants et adolescents qui présentent des difficultés à agir. Ces problèmes du savoir-faire limitent leurs compétences dans le jeu, dans les activités de la vie quotidienne et à l'école; ils entravent ainsi les interactions avec leur environnement et risquent d'hypothéquer leur développement.

Les déficits à l'origine de ces difficultés peuvent se situer:

- au niveau de la motricité: la motricité globale et la motricité fine;
- au niveau sensoriel: le handicap d'un sens ou un déficit sensori-intégratif induisant des troubles de la perception. La perception d'informations de qualité sur le corps-propre et sur le monde extérieur est indispensable à l'efficacité de la motricité et de la cognition;
- au niveau cognitif ou de l'intelligence;
- au niveau affectif ou intrapersonnel;
- au niveau social ou interpersonnel; à ce niveau les aspects culturels jouent aussi un rôle.

Le trouble peut être localisé, comme c'est le cas dans une lésion de tendon ou lors d'une amputation; mais même dans de telles situations, il est nécessaire de ne pas négliger les répercussions psychologiques d'une atteinte motrice. Les troubles peuvent être multiples comme, par exemple, lors de séquelles de traumatisme cranio-cérébral. Tous les degrés de gravité d'atteinte existent, des plus légères aux plus sévères.

Cependant, la majeure partie des enfants traités en ergothérapie présentent des troubles multiples et complexes car, plus l'enfant est jeune, plus un déficit, ne serait-ce que d'un système, aura des incidences sur l'ensemble de son développement, puisque l'enfant fonctionne toujours comme un tout.

En citant partiellement U. Mosthaf¹, prenons l'exemple des enfants handicapés physiques de naissance ou durant leur petite enfance, qui forment une partie importante de la clientèle des ergothérapeutes.

“Nous savons que l'enfant normal, qui bouge et agit librement dans l'espace, accumule au cours de sa petite enfance une réserve d'expériences sensori-motrices d'une grande richesse; comme Piaget l'a montré, ces expériences vont lui permettre de construire les structures de ses actions et de ses représentations. Chez les enfants handicapés physiques de naissance ou durant leur petite enfance, cette phase déterminante du développement est perturbée et ils sont gravement désavantagés, non seulement dans leur développement sensori-moteur, mais également dans leur développement cognitif, affectif et social.

¹ Mosthaf U., Verhaltensänderung durch eine Handlungs orientierte Bewegungsbehandlung, in Jetter K., Schönberger F., Verhaltensänderung ab Handlungsveränderung, Huber Verlag, 1979, pp. 55, 56.

Suivant le handicap, les premières expériences de l'enfant sont plus pauvres, moins stables, plus fragmentaires et laissées au hasard. Les actions sont plus rarement couronnées de succès et moins liées à des sensations tactilo-kinesthésiques satisfaisantes, elles sont souvent associées à des souvenirs de peine, de tension, d'effort et d'échec que l'enfant n'a pas envie de conserver."

Souvent découragé dans ses entreprises, l'enfant agira moins ou se limitera aux quelques activités qu'il réussit; étant moins actif, il encouragera peu son entourage à le stimuler. Ainsi très vite peut s'installer un cercle vicieux d'échecs et de stimulations insuffisantes ou inadéquates.

Pour l'enfant normal, à partir de 18 mois déjà, il est essentiel de pouvoir faire seul; il répète inlassablement la même action jusqu'à ce qu'il la réussisse. C'est le début de l'autonomie, il construit la confiance en ses propres possibilités. L'enfant handicapé "dépend beaucoup plus de l'aide des autres: on le manipule, on fait pour lui ou avec lui. Les représentations des caractéristiques des objets et de la manière dont son environnement fonctionne se construisent surtout à partir de son observation des actions des autres. Il ne pourra pas imiter et vérifier ces modèles par son action propre, ni les apprendre par la répétition."

Ainsi, à partir de troubles essentiellement moteurs peuvent découler des difficultés cognitives, souvent liées à la représentation de l'espace et du temps, et des difficultés affectives et relationnelles, telles qu'un manque d'autonomie ou des réactions d'échec. A propos de ces dernières difficultés, tout thérapeute devrait garder à l'esprit les répercussions multiples qu'entraîne la présence d'un enfant handicapé dans une famille.

Nous avons abordé jusqu'ici les problèmes et les troubles qui justifient l'indication, pour un enfant, d'un traitement en ergothérapie. L'ergothérapeute privilégie, en effet, une approche de l'enfant centrée sur l'observation et la compréhension des difficultés à agir plutôt que sur le diagnostic.

Mentionnons cependant qu'un traitement d'ergothérapie est en général indiqué lors des catégories de diagnostics suivants¹:

- "infirmité motrice cérébrale;
- séquelles de traumatismes crânio-cérébraux;
- tumeurs cérébrales;
- séquelles de méningite et d'encéphalite;

¹ ASE, Textes du projet ET-TA 1982, pp. 241-242.

- maladies et lésions de la moëlle épinière;
- maladies musculaires (myopathies, etc.);
- malformations congénitales (spina bifida, dysmélie...)
- séquelles post-traumatiques aux membres supérieurs essentiellement (lésions de tendons, de nerfs, amputations, brûlures);
- affections rhumatismales;
- handicap mental;
- troubles pédopsychiatriques (souvent associés à d'autres handicaps);
- handicaps de la vue."
- Enfin, les ergothérapeutes disposent, aujourd'hui, de méthodes permettant de traiter des enfants souffrant d'atteintes légères ou mal définies entraînant des troubles d'apprentissage.

L'origine de ces troubles peut être génétique, accidentelle ou morbide.

L'ergothérapie s'adresse à des enfants de tous âges.

5.3 Où travaillent les ergothérapeutes

Les services d'ergothérapie qui assurent le traitement d'enfants et d'adolescents peuvent se situer dans le système de la santé, dans le secteur de l'éducation ou dans le secteur social.

En Suisse, l'appartenance d'un service à l'un ou l'autre de ces secteurs peut varier d'un canton à l'autre.

La plupart des ergothérapeutes travaillent dans les types d'institutions suivantes:

- hôpitaux cantonaux et régionaux,
- hôpitaux de pédiatrie,
- hôpital ophtalmique,
- centres de rééducation,
- centres de soins à domicile,
- institutions pour enfants handicapés,
- écoles et jardins d'enfants spécialisés,
- services éducatifs itinérants,
- services d'ergothérapie ambulatoires.

5.4 Le financement de l'ergothérapie

Les traitements d'ergothérapie sont reconnus par les diverses instances qui constituent la sécurité sociale en Suisse et qui dépendent de l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS).

Depuis 1971, l'ergothérapie est reconnue comme un "traitement scientifique" par l'Office fédéral des assurances sociales au même titre que la physiothérapie et que les soins infirmiers.

Les ordonnances VI et 7 de la loi sur l'Assurance maladie et accidents définissent les prestations, les formations professionnelles et les conditions que les ergothérapeutes doivent respecter pour pratiquer aux frais de l'assurance.

Pour l'Assurance invalidité, l'ergothérapie fait partie des mesures médico-thérapeutiques alors que la logopédie, pour prendre un exemple, entre dans le cadre des mesures pédo-thérapeutiques.

Cette distinction nous paraît arbitraire, car elle exclut du bénéfice de l'ergothérapie des enfants qui n'ont pas une pathologie motrice ou neurologique caractérisée. Par ailleurs, la composante pédagogique est importante dans l'approche ergothérapeutique de tout enfant. Cette étude tend à le démontrer.

Pour les ergothérapeutes qui travaillent de manière indépendante, l'Association suisse des ergothérapeutes (ASE) s'est associée en 1984 à une convention tarifaire signée entre, d'une part, la Croix-Rouge Suisse et, d'autre part, entre l'Assurance Invalidité, l'Office fédéral de l'Assurance militaire et les Assurances au sens de la Loi fédérale sur l'Assurance accidents. Par ailleurs, l'ASE a conclu, en 1989, une convention tarifaire avec le Concordat des caisses-maladie suisses.

Pour que les assurances paient un traitement, il doit faire l'objet d'une ordonnance médicale ou entrer dans le cadre d'une convention entre l'institution dans laquelle travaille l'ergothérapeute et les assurances.

Quatrième partie

LE MODÈLE DE PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

Après la présentation des bases théoriques de l'ergothérapie avec les enfants et du cadre de travail des ergothérapeutes, nous abordons maintenant le modèle de pratique de l'ergothérapie.

Pour introduire ces chapitres consacrés à l'exposé de ce que nous considérons comme les fondements de la méthodologie dans ce domaine de l'ergothérapie, nous avons choisi de parler du jeu. C'est par le jeu que l'enfant se développe et s'exprime, et c'est le jeu qui constitue le moyen privilégié d'action de l'ergothérapie avec les enfants. (Voir fig. 1 p. 25)

Nous aborderons ensuite le processus de l'ergothérapie et terminerons par quelques dimensions de la mise en œuvre du traitement: la structuration de la séance de traitement, le dosage de la réussite et de l'échec, l'espace de liberté et le travail interdisciplinaire.

Chapitre 6

LE JEU EN ERGOTHÉRAPIE

Par Heidi Trillen-Krayenbühl, ergothérapeute,
Institut Les Buissonnets, Fribourg.

6.1 Le jeu: essai de définition et caractéristiques

Comme respirer, manger ou dormir, le jeu est essentiel à l'être et au devenir de la personne, et constitutif de celle-ci. "Le jeune enfant avant l'âge de 7 ans passe la plupart des heures où il est éveillé à jouer. On estime que, durant ses six premières années, il consacre ainsi environ 1500 heures à cette activité"(Van der Kooij,1977, p. 13). On voit par là l'importance capitale de cet élément dans le développement de la personnalité.

Il est difficile de trouver une définition suffisamment générale pour englober toute la variété des formes que peut prendre le jeu chez l'enfant,

que ce soient les jeux sensori-moteurs du bébé, les jeux symboliques, ou encore de règles décidées à l'avance par l'enfant d'âge scolaire.

Il s'agit d'un processus visant à la maîtrise progressive de soi-même dans le monde. Grâce à lui, l'enfant intègre et assimile ce qu'il apprend au quotidien de son propre corps, des personnes et des objets qui l'entourent.

Il est plus aisé de délimiter le domaine du jeu en observant certaines de ses caractéristiques, la situation de jeu et l'attitude de l'enfant.

Les notions de choix de l'activité, et donc de liberté, et la notion de plaisir sont primordiales.

L'enfant qui joue est à la fois dans la réalité (il sait que c'est un jeu) et dans un monde imaginaire qu'il se crée. "Le jeu a une place et un temps propres. Il n'est pas au-dedans, quel que soit le sens du mot... Il ne se situe pas non plus au-dehors, c'est-à-dire qu'il n'est pas une partie répudiée du monde, le non-moi, de ce monde que l'individu a décidé de reconnaître... Pour contrôler ce qui est au-dehors, on doit faire des choses, et non simplement penser ou désirer, et faire des choses, cela prend du temps. Jouer, c'est faire." (Winnicott, 1975, p. 59). Ce même auteur est d'avis que: "C'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé: l'activité de jeu facilite la croissance et par là même, la santé". (Winnicott, 1975, p. 60). Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une activité vitale pour l'être humain.

Le jeu pour l'enfant est par excellence le moyen de découvrir le monde qui l'entoure, de le faire progressivement sien. L'enfant grandit en jouant.

6.2 La place du jeu dans l'ergothérapie en pédiatrie

Le jeu est l'activité principale de l'enfant, comme nous l'avons vu plus haut. Il est clair qu'une fois cette constatation faite, l'ergothérapeute doit situer son intervention en tenant largement compte de la nécessité du jeu, surtout chez les jeunes enfants.

Quel est le terrain commun entre le jeu et l'ergothérapie? Il y a contradiction apparente entre la liberté de jouer et l'intervention thérapeutique.

Le problème est que le jeu a un lieu et un temps propre qui appartiennent avant tout à l'enfant. C'est lui qui le crée, l'imagine et le réalise. Mais la liberté de l'enfant est une notion relative. L'enfant s'inspire de ses expériences et de la culture dont il est issu. Il puise constamment les idées ou les supports de son jeu dans la vie quotidienne, que ce soient les personnes, les objets ou les jouets. Son choix est suscité par son environnement et

indissociable de celui-ci. Dans cette optique de liberté influencée par l'entourage de l'enfant, l'ergothérapie peut trouver sa place. Le jeu et l'ergothérapie ont un important terrain commun dans le mouvement et souvent en relation avec un objet.

S'il veut respecter le jeu de l'enfant, la limite de l'intervention de l'ergothérapeute est souvent difficile à situer. L'idéal est de partir de la proposition de l'enfant pour intervenir sur les moyens à disposition de celui-ci, et sur la manière de jouer. L'ergothérapeute peut offrir un choix d'activités adaptées au développement de l'enfant et à ses problèmes particuliers, proposer une position efficace, des aides techniques, des adaptations, des facilitations de mouvements fonctionnels. Il peut aussi diviser l'activité en séquences simplifiées, créer un élément de surprise ou de nouveauté si le jeu est trop répétitif, ou faire des suggestions pour que le jeu se développe.

Comme dans tous les domaines de l'ergothérapie, le thérapeute veille à réduire ses interventions au minimum nécessaire pour que l'activité ludique garde un caractère spontané et que l'enfant en reste l'auteur. La réussite du jeu est un critère important de choix. Si l'enfant mène le jeu, il le choisira souvent de manière naturelle en employant ses compétences.

Dans le domaine de la pédiatrie, les buts sont souvent atteints de manière moins directe que dans d'autres domaines de l'ergothérapie. Plus l'enfant est petit, plus il doit être motivé par le plaisir des activités proposées. Le "contrat" entre le thérapeute et l'enfant ne pourra se négocier que lorsque ce dernier aura l'âge de comprendre lui-même les buts de traitement.

Pour que l'enfant prenne plaisir, il faut que l'adulte soit persuadé de l'importance de jouer, qu'il soit "avec" l'enfant, et que ses interventions aillent dans le sens du jeu.

6.3 Proposition de classification des jeux

Dans le cadre d'un chapitre sur le jeu en ergothérapie, il est intéressant d'inclure une classification des comportements de jeu pour être mieux à même d'observer l'enfant, comprendre ce qui se passe, et proposer des interventions adaptées aux types de jeux que développe l'enfant à ce moment-là. Cela permet l'observation des acquisitions intégrées par l'enfant, sans le mettre dans une situation de test.

Les jeux sont souvent répartis en quatre catégories:

- jeux à dominante sensori-motrice
- jeux à dominante intellectuelle
- jeux à dominante émotionnelle ou affective
- jeux à dominante sociale.

Ces catégories donnent une idée générale des domaines que couvre le jeu.

La classification de Hetzer (Hetzer, 1972), que suit le Service éducatif itinérant du Canton de Berne, est intéressante. Hetzer a essayé de réaliser une synthèse entre différentes approches ou concepts du jeu de l'enfant. Cette classification est très concrète et orientée vers les différents comportements. Au travers de son système d'observation, elle présente les caractéristiques de chaque type de jeu et les fonctions principales probablement stimulées, en tenant compte des expériences déjà vécues par l'enfant. Cette classification pratique devrait faciliter le choix des jouets et la stimulation. Il reste clair qu'elle ne constitue qu'un outil parmi d'autres. Bien des stades s'imbriquent et il n'est pas toujours facile de classer un type de jeu dans telle ou telle catégorie.

6.3.1 Les jeux d'exercices sensori-moteurs

Ils se composent des:

- jeux de mouvements avec son propre corps
- jeux vocaux de gazouillement et de lallations
- jeux de jouissance sensorielle et de perception.

Dans cette classification, les jeux sensori-moteurs sont remplacés par d'autres formes dès l'âge de 10 mois ou avant.

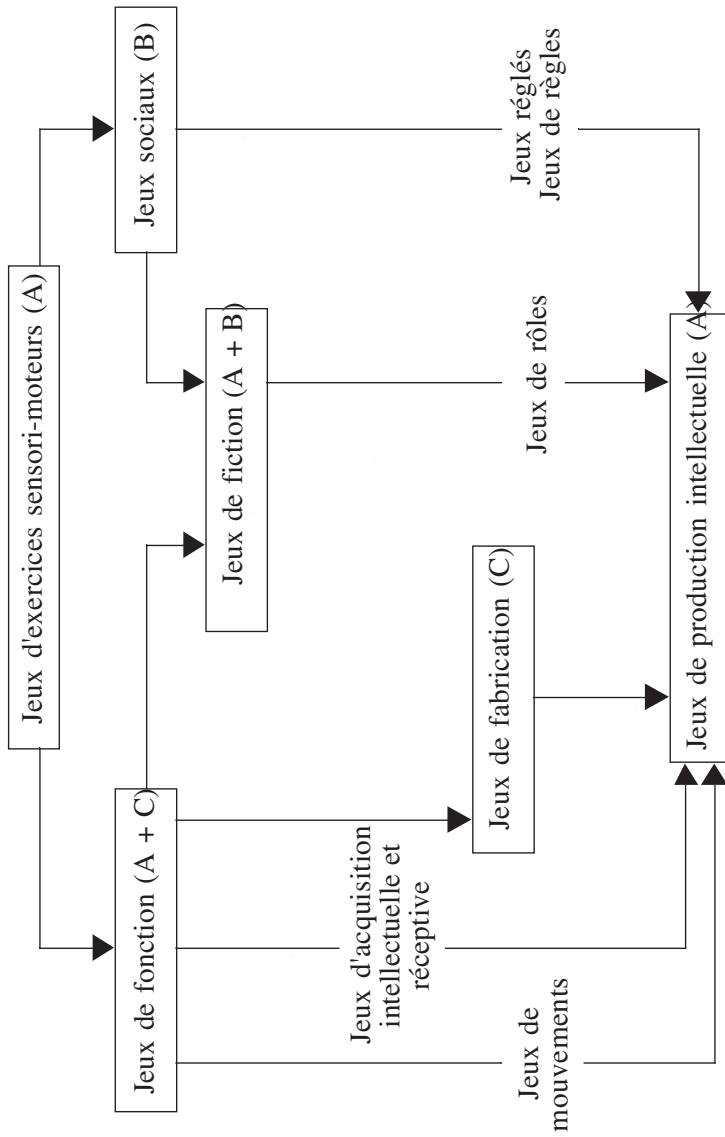
6.3.2 Les jeux de fonction

Les jeux de fonction débutent lorsque l'enfant développe plus d'intérêt pour l'objet que pour son propre mouvement.

Ils se composent:

- des jeux d'exploration d'objets
- de l'utilisation intentionnelle d'objets
- des jeux d'acquisition intellectuelle et jeux réceptifs
- des jeux de mouvements.

Figure 5



Tiré de Baumgartner, 1984, p. 9.

Les jeux d'exploration d'objets:

L'enfant répète des manipulations pour obtenir des effets (ex.: bruits de hochets, mouvements de mobiles, etc...) Au départ, c'est la sensation ou le spectacle qui est important et non pas l'objet en lui-même.

Par ses découvertes, l'enfant explore aussi les qualités tactiles des objets (dur, mou, chaud, rugueux).

Les jeux avec utilisation intentionnelle d'objets:

Le jeu à ce stade est orienté sur l'apprentissage de la manipulation. C'est la découverte de l'objet par son usage. L'attention de l'enfant est portée sur le faire.

L'enfant apprend à coordonner sa préhension, sa force et son mouvement. Il découvre ainsi que l'eau se verse, l'élastique s'étire. Il joue aux transvasages, aux enfilages, ou avec de gros camions. Les jouets à ce stade ont souvent une valeur de première expérience mécanique (pantin, jouet avec manivelle, toupie, xylophone). Les objets de la vie quotidienne sont importants (marmites, bols, plaques à gâteaux, entonnoirs).

Les jeux d'acquisition intellectuelle et jeux réceptifs:

Ces jeux commencent avec l'acquisition du langage. Ils vont de pair avec la découverte du processus de pensée individuelle. Par exemple, poser des séries de questions sans fin, compter chaque objet lors d'une activité, poser un problème connu et en donner la réponse. Dans les jeux réceptifs, l'adulte est un partenaire important qui transmet la culture (livres, comptines, chansonnettes).

Les jeux de mouvements:

Dans ces activités, l'importance est accordée au mouvement et non au matériel. L'enfant développe ici ses capacités motrices, la coordination et le rythme.

Les jeux de mouvements se subdivisent en plusieurs séquences chronologiques:

- élargissement du répertoire des mouvements propres par de nouvelles expériences motrices;
- développement du répertoire des mouvements de la vie quotidienne, en répétant par exemple certaines séquences comme ramper par-dessus le seuil, ou contourner un obstacle. L'enfant s'adapte physiquement à son entourage;

- observation de séquences de mouvements. Le mouvement est alors réellement découvert comme objet et l'enfant peut le planifier. Il explique par exemple à ses parents comment on doit faire pour sauter d'une marche et il peut adapter le mouvement à son idée;
- jeux de mouvements volontaires et réglementés: suivre un certain ordre, par exemple sauter une marche sur deux;
- jeux de prouesse et d'adresse.

Ce sont des jeux avec règles et tests d'habileté, par exemple la corde à sauter, la balle au mur. Le partenaire est un stimulant important. Beaucoup de jeux traditionnels appartiennent à cette catégorie (Grand, P. et Al., 1983).

6.3.3 En parallèle aux jeux de fonctions, on trouve les jeux sociaux

Hetzer ne caractérise pas cette forme de jeux par le type d'activité comme dans les autres catégories décrites plus haut. Beaucoup peuvent être réalisés soit seul, soit en groupe. Si la manière de jouer privilégie un partenaire, alors on peut parler de jeux sociaux.

a) L'adulte est le premier partenaire:

- d'abord d'une stimulation sensori-motrice,
- puis d'une stimulation par mouvements et interactions. L'enfant est alors plus actif.
- finalement d'une stimulation avec intermédiaire d'objets. On trouve ici tous les jeux de nourrice, les jeux de souffle, les mouvements de lèvres, les rimes et chansonnettes, puis les jeux avec les animaux en peluche, les jeux où l'on cache un objet.

b) Un autre enfant est partenaire:

- l'enfant joue à côté d'un autre,
- jeux par paires ou petit groupe,
- premières rondes,
- jeux réglés et organisés (jeux de sociétés aux règles simples, 5-6 ans). Plus tard, ces jeux se développeront en jeux de compétitions et jeux de règles.

6.3.4 Les jeux d'imitation et de fiction

Hetzer voit quatre grandes étapes dans le développement des jeux de fiction.

L'imitation de gestes et d'activités

L'enfant fait "comme s'il" se peigne, lit le journal ou donne quelque chose. Il a besoin au départ d'un objet qui déclenche l'activité, par exemple, une brosse à cheveux.

Les jeux de fiction du petit enfant

Au départ, l'enfant reproduit ses propres actions dans une situation fictive, par exemple jouer "à aller au lit". Puis, l'enfant projette ses propres activités sur des objets, par exemple, faire manger la poupée.

Les premiers jeux de rôles

A partir de trois ans, l'enfant adoptera symboliquement des rôles. Il arrive à intégrer le matériel autour de lui et à transformer en représentation intérieure ce qu'il vit, tout au moins de manière rudimentaire.

Il suit encore un va-et-vient entre la fiction et une attitude réaliste. "L'adulte, par rapport au jeu symbolique, est le garant de la réalité". (Caf-fari-Viallon, 1989, p. 77). C'est par exemple l'enfant qui pleure parce que son chien en peluche s'est fait mal, et qui dit juste après: "Ne t'inquiète pas. C'est pour jouer."

Jeux avec rôle réaliste, jusqu'au théâtre

Le jeu est organisé à l'avance. Il suit un plan, implique des règles et se caractérise par le souci de l'imitation exacte du réel. Le joueur garde avec le temps une certaine distance entre lui et le jeu.

6.3.5 Les jeux de fabrication

Ce sont des jeux où l'important est le but, le résultat. L'enfant s'exprime, crée une œuvre. Ces jeux se développent après les jeux de fonctions et sont reliés aux jeux de fiction.

- L'enfant commence d'abord à construire au hasard et réalise soudain que c'est lui qui a fait cette création (par exemple, une tour de blocs).
- La création abstraite sans signification.

L'enfant est encore souvent dirigé par le matériel et le déroulement de l'activité.

- Ordonner des objets.

Ce sont les jeux de rangements, de tris, une exigence d'organisation qui permet une vue d'ensemble.

- La création représentative.

L'enfant a un plan conçu d'avance, mais qui change souvent en cours de réalisation.

- Les premiers bricolages et l'emploi d'outils. Marteau, agrafeuse, ciseau pour couper, plier, clouer...

- La création réaliste: dès 6 à 8 ans, les œuvres deviennent toujours plus réalistes. L'objet doit être employable (la grue doit pouvoir soulever, l'auto rouler, etc...). Les détails importants sont signalés, l'enfant aura tendance à copier un modèle pour qu'il fonctionne.

- Les structures logiques: c'est l'expérimentation du fonctionnement à son plus haut niveau (boîtes de chimie, microscope, bateau à vapeur, montgolfière).

6.3.6 Les jeux de production intellectuelle

Le plus important dans la finalité de ces jeux est la production intellectuelle. Ce sont les jeux de collection (couvercles de boîtes à café, photos de footballeurs), les jeux de réflexion (mots croisés, échecs), les jeux d'expérimentation dans lesquels l'enfant émet des hypothèses qu'il cherchera à vérifier. Il essaiera de planifier les conséquences de ses actes.

Chez les plus grands, entre 12 et 14 ans, "les formes de jeux se mélangent parfois. A côté du jeu à proprement parler, se développent les sports, les activités récréationnelles et les hobbies, comme activités de loisir". (van der Kooij, 1977, p. 50).

6.4 En conclusion, quelques idées sur le sujet du jeu en ergothérapie

Il est particulièrement important d'intégrer le jeu dans le cadre de l'ergothérapie pour ces enfants qui passent toute leur journée en institution, et cela pendant des années. Au travers du jeu, l'enfant grandit, que ce soit au niveau sensori-moteur, intellectuel, affectif ou social. Il développe son initiative et son imaginaire.

Il faut apprendre à jouer dans le champ des compétences de l'enfant et cela se passera de manière naturelle si l'enfant mène son propre jeu. La notion de nouveauté est pourtant importante, d'une part pour maintenir l'intérêt de l'enfant, et d'autre part, parce que nos buts de traitement se situent dans le devenir de l'enfant. La surprise suscite l'imaginaire et donc de nouveaux domaines à explorer.

Lorsque nous choisissons des jeux pour les enfants, ces choix sont porteurs de valeurs éthiques, culturelles et esthétiques. Il faut penser à l'interaction entre le jouet et l'enfant. Un certain type de jouet appelle un certain type de jeu et réciproquement. Malgré cela, on ne peut contraindre un enfant à jouer. "La seule action que l'adulte puisse mener consiste à créer les conditions extérieures qui permettront le jeu." (Caffari-Viallon, 1989, p. 25). Il faut veiller à ce que l'enfant reste le meneur du jeu et que, dans la mesure du possible, le jeu ait un caractère spontané.

Les critères d'efficacité des interventions de l'ergothérapeute (quantité et qualité) peuvent s'apprécier dans le fait que l'enfant joue de lui-même, ailleurs et plus souvent.

Note:

Mes remerciements vont au Service éducatif itinérant du Canton de Berne, et en particulier à Lily de Paoli qui a toujours généreusement partagé ses connaissances.

Bibliographie:

- Baumgartner A., de Paoli L., Le service éducatif itinérant du Canton de Berne, Feuillet de pédagogie curative No 8, Fribourg, 1984.
- Caffari-Viallon R., Pour que les enfants jouent, Cahiers de l'EESP, Lausanne, 1989.
- Grand P. et al., Jeux de notre enfance, jeux de nos enfants, Collection "Mémoire vivante", Monographic S.A., Sierre, 1983.
- Hetzer H., Spielmaterial für verschiedene Formen der Säuglings- und Kleinkindspiels, in Hundertmarck G., Ulshoefer H., Kleinkinderziehung, Kösel, München, 1972.
- van der Kooij R., de Groot R., That's all in the game, Theory and research, Practice and Future of Children's play, Schindele, Rheinstetten, 1977.
- Winnicott D.-W., Jeu et réalité, L'espace potentiel, Gallimard, Paris, 1975.

Chapitre 7

LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

La démarche que l'ergothérapeute suit avec son patient depuis la réception de la prescription pour le traitement jusqu'à la fin de celui-ci a été présentée de manière très complète par S. Meyer dans le Cahier de l'EESP consacré au processus de l'ergothérapie. Nous n'avons donc pas l'intention de reprendre ici ces notions de base.

Ce chapitre propose quelques aspects du processus spécifique à l'ergothérapie avec les enfants; il développe particulièrement l'évaluation formative.

Les étapes de cette démarche sont communes à la plupart des professionnels du secteur médico-social. Le contenu du processus, par contre, est propre à l'ergothérapie. Le processus constitue un des éléments du modèle de pratique de l'ergothérapie. Le cas présenté, page 211, illustre cette démarche. Nous nous y référerons à plusieurs reprises.

La figure 6 rappelle les phases du processus et leur contenu:

“Ce tableau se lit de haut en bas. Les flèches verticales représentent la succession linéaire des phases. La colonne “ajuster” et les flèches horizon-

tales qui y arrivent et en partent symbolisent la dynamique des raisonnements que la thérapeute tient dans l'élaboration de chaque phase. En combinant les flèches verticales reliant les phases avec les flèches horizontales montrant les ajustements auxquels le thérapeute procède, le lecteur peut voir apparaître la circularité du processus. La colonne "stopper" ou "transmettre" et les flèches horizontales qui y conduisent explicitent le fait qu'à chaque moment de l'évaluation, le thérapeute peut arrêter son intervention ou transmettre le cas à un autre spécialiste"¹.

7.1 L'évaluation formative

Un esprit qui s'interroge est une qualité indispensable à l'ergothérapeute. En effet, toute évaluation, qu'elle soit formative ou sommative, résulte de réponses à des questions.

Comment l'enfant fonctionne-t-il dans ses trois grands domaines d'activités: le jeu, les soins personnels et l'école?

Quelles sont les gênes à ses actions? Pourquoi ces difficultés existent-elles? Quel est son environnement matériel et social? Quels sont ses intérêts et ses désirs?

Telles sont les questions qui fondent l'évaluation sommative. Mais la décision d'entreprendre un traitement et la définition des buts de celui-ci nécessitent la réponse à des questions autrement plus complexes:

Quelles sont les ressources de l'enfant? Comment sa famille le soutient-elle? Est-il capable de résoudre le problème ou de s'y adapter seul? La nature du problème est-elle telle qu'elle menace d'entraver son développement? Les solutions permettant de gérer le problème sont-elles "disponibles, accessibles et acceptables pour l'enfant et sa famille?"²

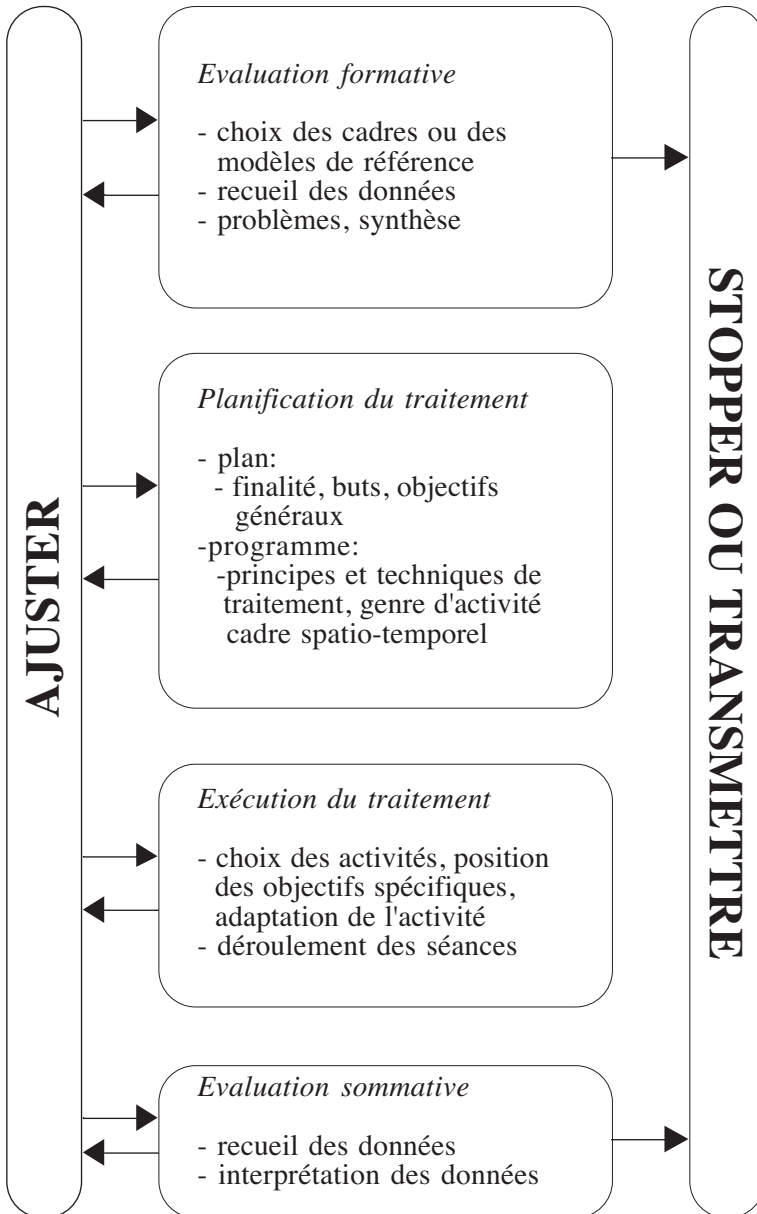
Ces questions et toutes celles qui en découlent, l'ergothérapeute ne les pose pas seulement, à elle-même ou à d'autres, en début de traitement, mais tout au long de celui-ci, car l'évaluation de l'enfant est permanente. Quels que soient le moment du traitement et l'activité en cours, l'ergothérapeute a toujours une question en suspens. L'évaluation formative, inscrite dans l'ensemble du processus, est ainsi une démarche essentiellement circulaire ou spiraloïde; après une évaluation initiale souvent brève, c'est durant des activités thérapeutiques que l'ergothérapeute complète

¹ Meyer S., *Le processus de l'ergothérapie*, Ed. EESP, Lausanne, 1990, p. 19.

² Clark P.-N., Allen A.S., *Occupational Therapy with Children*, Mosby Company, Princeton, 1985, p.117.

Figure 6

Processus de l'ergothérapie



ses observations; elle peut se poser de nouvelles questions et faire des hypothèses pour approfondir sa compréhension de l'enfant; elle propose alors quelques activités diagnostico-thérapeutiques ou glisse une épreuve, durant la séance, afin d'évaluer plus précisément telle ou telle capacité de l'enfant. Chaque séance permet d'enrichir l'évaluation formative.

Le but de l'évaluation formative est de déterminer les problèmes et les ressources de l'enfant dans ses compétences à interagir avec son environnement et de proposer une explication à ses difficultés. L'évaluation tient compte "des troubles dont souffre l'enfant, de leur pronostic éventuel, de l'environnement matériel et humain, des rôles sociaux qu'il assume, de la représentation qu'il a de lui-même et de ses désirs"¹.

Elle implique une vision globale de l'enfant.

Les problèmes et les ressources de l'enfant servent de base à la planification du traitement ou permettent de décider que celui-ci n'est pas nécessaire.

Pour la partie de l'évaluation formative qui se situe en début de prise en charge, on parle d'évaluation initiale.

L'évaluation sommative, quant à elle, vise à mesurer les résultats de l'intervention. Elle peut se dérouler à n'importe quel moment du traitement. Elle permet de réorienter celui-ci ou de décider de l'arrêter. Dans ce dernier cas, on parle d'évaluation finale.

La figure 7 propose une synthèse des divers éléments de l'évaluation formative. Elle montre comment ceux-ci s'articulent.

7.1.1 Le recueil des données

Pour poser les problèmes et en faire une synthèse, l'ergothérapeute organise et interprète des données qu'elle a recueillies à cet effet.

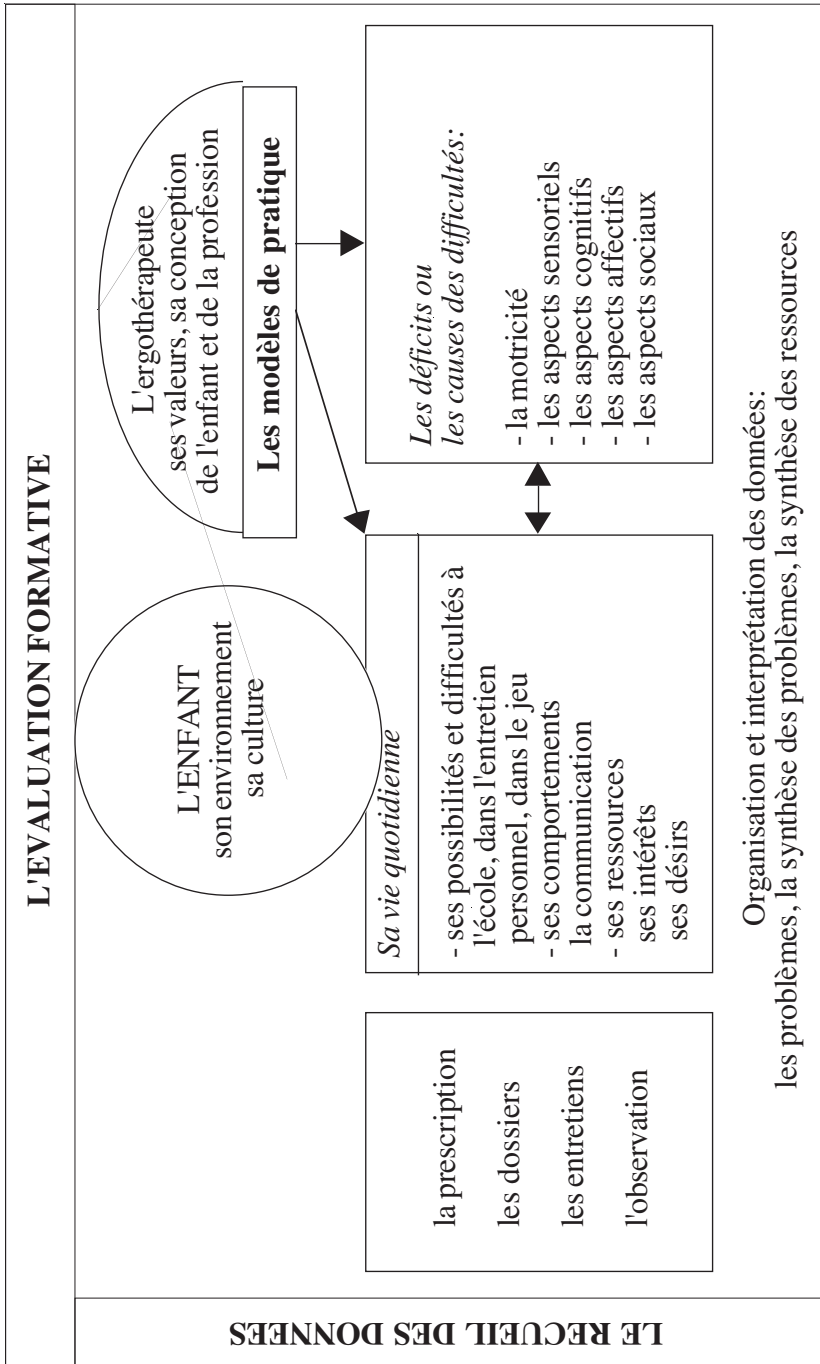
Le recueil des données est influencé par la conception que l'ergothérapeute a de l'enfant et de sa profession (voir les bases théoriques, p. 52).

L'influence des modèles de pratique

La thérapeute se réfère aux modèles de pratique qu'elle estime pertinents dans le cas donné. Il s'agit du modèle de pratique de l'ergothérapie et des autres modèles de pratique (Fig.1). Chaque modèle propose divers moyens d'obtenir des informations: ce sont des épreuves, des tests, des

¹ Meyer, op. cit. p. 3.

Figure 7



schémas d'observation ou d'entretien, des questionnaires aux parents, des bilans visant à cerner les compétences d'un domaine d'activité.

Ces moyens permettent de répondre à des questions précises que se pose l'ergothérapeute quant à l'origine des difficultés ou des gênes que rencontre l'enfant dans sa vie quotidienne; les observations cliniques de J. Ayres ou le schéma d'observation de la motricité de Bobath en sont des exemples.

En Suisse, les ergothérapeutes ont rarement recours à des tests standardisés.

Les bilans aident à faire le point sur le fonctionnement d'ensemble de l'enfant dans un domaine. Dans la plupart des cas, l'ergothérapeute se réfère à plusieurs modèles de pratique.

L'ergothérapeute recueille deux types d'informations:

celles qui proviennent de sources extérieures à l'ergothérapie et celles qu'elle recueille en observant directement le patient.

Les sources extérieures d'informations:

ce sont l'indication pour l'ergothérapie, le dossier du patient et les entretiens avec la famille et d'autres intervenants.

L'indication pour l'ergothérapie ou la prescription du traitement est donnée par le médecin; elle précise, en général, l'identité du patient, son diagnostic et les raisons pour lesquelles le médecin estime l'ergothérapie nécessaire. Ce dernier point est souvent une indication précieuse de ce qui gêne le plus l'enfant ou sa famille dans la vie quotidienne; il peut aider à déterminer les catégories de problèmes.

Ainsi, dans le cas de François, présenté au chapitre 9.4. de cet ouvrage, le médecin avait déjà nommé dans sa lettre de prescription le problème des crises de rage, celui de l'hyperactivité et les difficultés de déplacement.

La prescription est la première étape de la démarche thérapeutique.

Les données recueillies en ergothérapie:

L'ergothérapeute dispose de trois types d'évaluation pour recueillir les informations nécessaires à la planification du traitement: l'évaluation informelle, l'évaluation formelle et l'évaluation standardisée.¹

¹ Banus B. et al., *The Developmental Therapist*, Ch. B. Slack, New Jersey, 1979.

L'évaluation informelle est une observation non organisée du comportement de l'enfant. La déformation professionnelle conduit parfois les thérapeutes à la pratiquer sur les enfants de leur entourage.

Lors d'une première séance ou ultérieurement, la thérapeute laisse l'enfant explorer la salle de traitement à sa guise, choisir un jeu, faire quelque chose ou ne rien faire. Il y a peu d'interaction directe entre thérapeute et enfant.

Ce type d'observation donne de riches informations sur la manière dont l'enfant interagit avec son environnement.

“Le jeu permet au thérapeute de comprendre l'enfant, car celui-ci se dévoile en jouant”¹.

Les informations recueillies de cette manière, combinées avec les informations dont dispose déjà la thérapeute (prescription, dossier, entretiens éventuels), permettent à celle-ci de mettre en place le dispositif d'observation.

L'évaluation formelle est une observation organisée et planifiée dans laquelle enfant et thérapeute interagissent davantage que lors de l'évaluation informelle.

L'ergothérapeute propose à l'enfant des activités ou des épreuves en vue de répondre à des questions qu'elle se pose sur les difficultés que l'enfant rencontre dans sa vie quotidienne ou sur les causes de ses gênes d'action. Elle se fixe donc un but à son observation, car il est impossible de tout voir en même temps.

Comme lors de l'observation du jeu, les situations de la vie quotidienne donnent de multiples informations sur le fonctionnement d'un enfant. S'habiller, nettoyer une table, faire un jus d'oranges, posent à l'enfant des problèmes complexes; la manière dont il résout ces problèmes et les difficultés qu'il rencontre offrent une moisson d'indications sur ses ressources et ses problèmes.

Le jeu, les situations de la vie quotidienne et les activités artisanales permettent de cerner ce qui gêne l'enfant à l'école, dans le jeu et l'entretien personnel.

Ces activités, même les plus simples, mettent cependant en jeu de nombreuses variables qu'il est difficile de dissocier dans l'action, puisque l'enfant fonctionne comme un tout.

¹ Caffari-Viallon R., Pour que les enfants jouent, Ed. EESP, Cahier No 1, 1988, p. 13.

Pour cerner de plus près les causes des difficultés que rencontre l'enfant, l'ergothérapeute devra compléter son dispositif d'observation par des épreuves qui se focalisent sur des aspects particuliers du développement de l'enfant en les isolant dans la mesure du possible.

Certaines épreuves, comme nous l'avons mentionné plus haut, ont été conçues dans le cadre des modèles de pratique.

D'autres, élaborées par les ergothérapeutes d'une institution, ne dépassent pas l'usage d'un service ou d'un petit groupe de professionnels.

L'évaluation standardisée est composée de tests étalonnés sur une population donnée qui permettent de situer, par rapport à une norme, les capacités que démontre un enfant dans un domaine précis.

Rares sont les ergothérapeutes qui utilisent de telles procédures en Suisse.

Remarque

A une évaluation initiale lourde et souvent fastidieuse pour l'enfant, les ergothérapeutes préfèrent le processus spiraloïde de l'évaluation formative.

Il n'en demeure pas moins qu'au bout d'un certain nombre de séances et après quelques entretiens avec les parents, enseignants et autres intervenants, l'ergothérapeute devrait disposer de suffisamment d'informations pour formuler les problèmes et les ressources de l'enfant et pour planifier le traitement.

Comme le montre la circularité du processus, ces formulations seront enrichies et modifiées au fur et à mesure du déroulement du traitement.

Alors que dans la littérature et sur le marché américain, les bilans, épreuves, tests et autres moyens d'évaluation foisonnent, nous constatons que les ergothérapeutes suisses font preuve d'un certain individualisme dans ce domaine.

Beaucoup développent leurs propres instruments d'évaluation, fruit de leur expérience, de leurs connaissances et de leurs conceptions.

Ces instruments, qui laissent une large part à l'intuition, leur permettent de cerner avec efficacité l'enfant et de commencer rapidement le traitement.

Il serait intéressant de coordonner toutes ces expériences: continuer à développer les instruments d'évaluation spécifiques à l'ergothérapie et rechercher ceux qui, dans d'autres disciplines, pourraient contribuer à répondre à des questions précises. Il ne s'agirait pas d'élaborer un cadre

rigide d'évaluation, mais d'offrir un choix de procédures qui ont fait leurs preuves afin d'obtenir rapidement les informations pertinentes.

7.1.2 Un guide pour le recueil des données

Le recueil des données est basé sur des questions. L'ergothérapeute expérimentée a en tête l'essentiel des questions utiles à l'évaluation. Celles-ci surgissent et s'organisent dès les premiers contacts avec l'enfant lui permettant de mettre en place son dispositif d'observation. Les stagiaires et les ergothérapeutes débutantes ne disposent pas encore de cette compétence; c'est à eux que sont destinées les pages qui suivent.

Ce texte est conçu comme un document de travail, dont le but est de donner un certain nombre de points de repères pour recueillir les données nécessaires à la position des problèmes. Il s'agit d'un inventaire des questions servant à guider l'observation de l'enfant.

Cet aide-mémoire ne prétend pas à l'exhaustivité, mais rappelle les principales questions parmi lesquelles la thérapeute choisit celles qui lui paraissent pertinentes pour le cas donné.

Sur cette base, une question entraînant une autre, l'ergothérapeute construira elle-même sa propre démarche hypothético-déductive. Il en va de ce processus comme de tout apprentissage, il s'automatise avec l'expérience.

Ces lignes directrices peuvent également inciter les ergothérapeutes qui bénéficient de ces automatismes à se poser des questions dont elles n'ont pas l'habitude.

Poser l'ensemble de ces questions entraînerait patient et thérapeute dans une entreprise démesurée. L'art consiste précisément à sélectionner les questions pertinentes, car savoir renoncer à une épreuve est souvent plus difficile qu'en ajouter une nouvelle.

Ce questionnaire incite à une vision large de l'enfant, indispensable pour décider des priorités du traitement; il ne protège pas, par contre, du piège des procédures inutiles.

Les questions sont structurées de manière à permettre l'articulation entre les difficultés que l'enfant rencontre dans sa vie quotidienne et les déficits qui provoquent ces difficultés. Cette articulation qui s'exprime dans les problèmes (la problématique) constitue la spécificité de l'ergothérapie.

La manière dont l'enfant exécute une activité est aussi importante à observer que le résultat de cette activité.

Les questions de ce guide suivent l'organisation des deux blocs centraux de la figure 6 que nous développons ci-dessous.

La première partie cherche à comprendre comment l'enfant fonctionne dans sa vie quotidienne, alors que la seconde partie vise à recueillir les informations sur les causes des difficultés de l'enfant.

L'enfant dans sa vie quotidienne

Comment agit-il sur les objets?

a) Ses possibilités et ses difficultés:

- à l'école,
- dans l'entretien personnel,
- dans le jeu et les loisirs.

b) Comment interagit-il avec son entourage?

Ses possibilités et ses difficultés:

- de comportement,
- de communication.

c) Ses ressources,

Ses intérêts,
Ses désirs.

a) L'école, l'entretien personnel, le jeu et les loisirs

Cette section vise la compréhension de la manière dont l'enfant agit sur les objets. Quelles sont ses possibilités; où se situent ses difficultés.

Les sphères d'évaluation comprennent:

le déshabillage, l'habillage, l'hygiène, l'alimentation, les transferts, les déplacements, les compétences nécessaires pour suivre l'école ou se préparer à la vie professionnelle, le jeu et les loisirs. Ces activités sont innombrables, elles vont de peindre ou découper à jouer au ballon ou mettre une cassette. Il ne s'agit pas de toutes les énumérer, mais de noter les plus représentatives.

- Comment l'enfant explore-t-il son environnement?
- Quel est son style d'action sur les objets?
- Que peut-il faire seul?
- Quelle partie de l'activité exécute-t-il relativement normalement?
- Dispose-t-il d'habiletés automatisées?
- Où se situent ses difficultés?
- Quand ces difficultés le gênent-elles réellement?
- Quelles stratégies a-t-il trouvées pour compenser ses difficultés?

- Ces compensations s'effectuent-elles aux dépens d'autres possibilités?
- Une assistance lui permet-elle de réaliser l'activité: adaptation, positionnement, modification?
- A-t-il besoin de l'assistance de personnes? De qui? Pour quoi?
- Comment l'activité influence-t-elle le comportement de l'enfant: sa posture, son tonus, son attention?
- Quel temps pour des activités ludiques et de loisirs doit-on compter pour l'enfant?
- Quels types de jeux préfère-t-il?
- Le jeu est-il lui-même initiateur ou dépend-il des autres?
- Est-il varié, structuré, désorganisé, stéréotypé?

b) Les comportements, la communication

Cette section cherche à comprendre comment l'enfant interagit avec son entourage. Elle recouvre certains aspects de son développement affectif et social.

L'interaction avec autrui est conditionnée par la capacité de communiquer, que ce soit par le langage ou non verbalement.

- Quelles sont les caractéristiques du comportement de l'enfant dans sa relation à autrui: sa famille, d'autres enfants, les adultes?
- Comment se comporte-t-il durant la thérapie? Présente-t-il des comportements gênants?
- Comment réagit-il dans des situations nouvelles? face à des frustrations ou à l'échec?
- Quand montre-t-il de la curiosité, du plaisir, de l'attention ou de l'inattention?
- Préfère-t-il jouer seul, à côté d'autres enfants ou en coopération avec eux?
- Comment communique-t-il? Privilégie-t-il le langage? S'exprime-t-il par la mimique et les gestes? A-t-il besoin de moyens particuliers?
- Entre-t-il en contact par le regard?
- Comment exprime-t-il ses besoins, ses désirs?¹

¹ "Les besoins sont nécessaires à la survie, à la santé, au corps. Les désirs se distinguent des besoins en ce qu'ils peuvent se parler et se satisfaire de façon imaginaire." Dolto F., *Tout est langage*, Poche, Vertiges du Nord/Carrère, 1987, p. 67.

c) Les ressources, les intérêts, les désirs

L'ergothérapeute a besoin de savoir qui est l'enfant qu'elle voit en face d'elle, quels sont ses aspirations, ses buts, ses intérêts, ses normes personnelles et celles de son milieu.

S'il est nécessaire de cerner les problèmes de l'enfant pour planifier le traitement, il ne faut pas perdre de vue que ses incapacités ou ses déficits ne peuvent en aucun cas constituer une base pour le développement d'un enfant. Pour que l'enfant réalise ses potentialités, ce qui est une des finalités du traitement, c'est sur les ressources de l'enfant que la thérapie doit se fonder.

Cette vision de l'enfant n'est pas toujours compatible avec la conception essentiellement déficitaire du patient que véhicule le modèle médical. L'appartenance des ergothérapeutes au système de la santé les place ainsi souvent dans une situation ambiguë. En se centrant en premier lieu sur les ressources de l'enfant, l'ergothérapeute dispose d'un moyen d'éviter certains pièges de l'idéologie médicale.

La notion de ressources est complexe et subjective. Ce sont les compétences ou les qualités de l'enfant qui lui permettent de se développer, d'apprendre, de répondre à ses besoins et à ses désirs, d'avoir des échanges satisfaisants et de résoudre les problèmes que la vie lui pose.

L'étendue des ressources est vaste. Elle va des qualités qu'on pourrait qualifier de morales, comme la persévérance ou la gaieté, à des capacités intellectuelles, en passant par toute la gamme des ressources personnelles, telles que le sens de l'humour, l'imagination ou la facilité à entrer en relation.

- Quelles sont les qualités que la thérapeute trouve à l'enfant?
- Sur quelles ressources de l'enfant a-t-elle l'intention de fonder le traitement?
- Quelles stratégies l'enfant invente-t-il pour résoudre les problèmes que ses déficiences lui posent?
- Qu'est-ce qui l'intéresse et le motive?
- Quand témoigne-t-il de l'initiative?

Ces trois premières séries de questions devraient permettre au thérapeute d'avoir une vision d'ensemble de l'enfant tout en cernant très concrètement sa vie quotidienne.

La situation thérapeutique étant toujours artificielle, la thérapeute complètera les observations qu'elle aura pu conduire elle-même par des visites

à domicile et à l'école et par des entretiens avec les parents, les éducateurs et les enseignants.

Ces questions situent les possibilités et les difficultés de l'enfant; chacune est la résultante d'une série de capacités ou de déficits; en identifier les principaux est nécessaire, même si nous sommes conscients qu'une compétence est plus complexe que la somme des capacités ou des prérequis qui la compose.

Les questions qui suivent visent à comprendre l'origine des difficultés de l'enfant; elles sont organisées d'après les composantes du développement.

On pourrait discuter longuement de la place des diverses capacités. En effet, les composantes sensorielles se conjuguent toujours entre elles pour fonder les capacités motrices, cognitives, affectives et sociales. En outre, des acquis tels que les praxies, le schéma corporel ou l'attention impliquent une intégration harmonieuse de toutes les composantes. La place qu'ils occupent dans ce questionnement est assez arbitraire.

Enfin, nous rappelons que la compréhension de toutes ces notions renvoie aux domaines scientifiques de référence de l'ergothérapie et aux modèles de pratique.

Les causes des difficultés: les prérequis ou les déficits

- a) la motricité globale
- b) la préhension fine
- c) les aspects sensoriels: le toucher, la proprioception, le système vestibulaire, la vision, l'audition, le goût, l'odorat
- d) les aspects cognitifs
- e) les aspects affectifs et sociaux.

a) La motricité globale

- Lors d'activités, comment l'enfant se déplace-t-il? Quelle est son efficacité? Quelles sont ses difficultés? Peut-il utiliser un véhicule?
- Lors d'activités, quelles sont ses positions spontanées?
- Dans quelle position est-il le plus stable et le plus confortable pour agir?
- Comment est-il couché, assis, debout?
- Comment change-t-il de position?
- A-t-il besoin de moyens adaptés?
- Quelles sont les caractéristiques de son tonus musculaire? sa répartition dans le corps? les facteurs qui l'influencent? les schémas ou mouvements que le tonus induit?

- L'enfant est-il capable de dissocier les mouvements des membres, du tronc, de la tête et des yeux? de stabiliser une partie du corps pour permettre le mouvement dans une autre? de dissocier les ceintures scapulaire et pelvienne?
- Est-il capable de coordonner ses différents segments corporels?
- Comment sont ses réactions d'équilibre, de redressement, de protection, ses ajustement posturaux?
- Comment son axe corporel est-il construit? la coordination des deux hémicorps? le croisement de la ligne médiane? la latérisation?
- La planification motrice? L'enfant exploite-t-il ses capacités motrices pour contourner, passer dessus, à travers ou sur des obstacles?
- Quelle est sa force musculaire? sa rapidité? sa fatigabilité?

b) La préhension fine

- Dans quelle position est-il le plus efficace?
- Peut-il stabiliser les parties du corps qui soutiennent pour permettre le mouvement des autres (la stabilité posturale est un prérequis pour toute activité). Comment ajuste-t-il sa posture lors de mouvements?
- Comment l'enfant approche-t-il et déplace-t-il des objets?
- Comment prend-il? Quel type de préhension? Quels schémas du mouvement? La préhension est-elle adaptée à la forme, au poids et à la position de l'objet?
- Comment coordonne-t-il la vision et la préhension?
- Comment lâche-t-il?
- Quels mouvements des membres supérieurs sont possibles?
- A-t-il des limitations articulaires?
- Comment coordonne-t-il ses deux mains? Est-il latéralisé? Croise-t-il la ligne médiane?
- Comment est son tonus musculaire dans les membres supérieurs?
- Comment l'activité des membres supérieurs affecte-t-elle le tonus et les mouvements du reste du corps?
- Comment planifie-t-il ses mouvements? Quels sont la rapidité, la précision, la force, le rythme, la fluidité de ses gestes?
- Comment utilise-t-il des outils?

c) Les aspects sensoriels

- Comment l'enfant répond-il aux stimuli de son environnement? (hyper ou hyposensibilité)

- Quelles stimulations attirent son attention, le motivent, le distraient ou le désorganisent?
- Montre-t-il une préférence ou une aversion pour une modalité sensorielle?
- Comment explore-t-il?
- Comment apprend-il?
- Comment son environnement perceptuel est-il structuré? à la maison et à l'école?

Le toucher

- Comment l'enfant réagit-il aux stimulations tactiles? par autrui, par diverses textures, par des matières salissantes? Quel est son seuil de sensibilité?
- Recherche-t-il ou évite-t-il certaines expériences tactiles?
- Quel est l'effet des expériences tactiles sur la tonicité?
- Sans l'aide de la vision, peut-il identifier l'endroit où il a été touché? sur les jambes, sur les bras, sur les doigts?
- Peut-il identifier des objets, des formes?
- A-t-il des stratégies d'exploration active?
- Reconnaît-il le chaud et le froid?
- Quelle est sa sensibilité à la douleur?
- Au cours de son développement, a-t-il exploré son corps avec ses mains?
- A-t-il porté les objets à sa bouche? Aime-t-il être serré dans les bras?

La proprioception

Elle est difficile à évaluer, car elle se combine avec les fonctions vestibulaires et tactiles.

- L'enfant est-il conscient de sa posture? de ses mouvements?
- A-t-il besoin de forte résistance ou de contrastes pour percevoir le mouvement?
- Peut-il imiter la position d'une partie du corps avec l'autre, les yeux fermés?
- A-t-il besoin du contrôle visuel?
- Reconnaît-il les poids?
- Comment bouge-t-il ses doigts pour explorer lors de l'épreuve de stéréognosie?

La qualité des réactions d'équilibre et des ajustements posturaux donne des informations sur la proprioception, mais il faut remarquer que les trou-

bles neuro-moteurs entraînant un tonus anormal entravent beaucoup plus les performances qu'une mauvaise proprioception en soi¹.

Le système vestibulaire - le mouvement

Les informations vestibulaires se combinent toujours à celles d'autres modalités.

- L'enfant accepte-t-il, aime-t-il le mouvement?
- Quelle est sa réaction aux différentes accélérations et aux différents plans du mouvement (vertical, horizontal, rotatoire)? Quel est l'effet produit sur la tonicité? Recherche-t-il ou évite-t-il ces stimulations?
- Quel est son seuil de sensibilité?
- Recherche-t-il ou évite-t-il les surfaces mobiles? Aime-t-il les jeux où l'on chahute, les balançoires et autres équipements de terrains de jeux?
- Est-il désécurisé dans certaines postures?
- Quelle est la qualité de ses réactions d'équilibre et de protection, des postures d'extension, du tonus, de la poursuite oculaire?
- Quelle est la durée du nystagmus postrotatoire?

La vision

- Comment focalise-t-il? Quelle est son acuité visuelle?
- Quel est son champ visuel?
- Comment utilise-t-il sa vision périphérique?
- A-t-il un œil dominant?
- Comment suit-il les objets du regard dans les différents plans? Croise-t-il la ligne médiane? Peut-il dissocier les mouvements des yeux et ceux de la tête? La poursuite oculaire a-t-elle un effet sur la posture?
- S'il porte des lunettes, pourquoi?
- Explore-t-il par la vision?
- Remarque-t-il ce qui bouge? les nouveautés dans la salle?
- Perçoit-il la forme, la taille, la couleur, la position des objets?
- Distingue-t-il un objet sur un fond?

L'ouïe

- Comment l'enfant entend-il?
- Comment répond-il aux bruits de son environnement?
- L'enfant différencie-t-il les sons porteurs de sens d'un bruit de fond?
- Comment le son affecte-t-il la tonicité?
- L'enfant peut-il être calmé par des sons apaisants - voix, musique, etc.?

¹ Mailloux Z., *Sensory Integrative Approaches in occupational Therapy*, The Haworth Press, New-York, 1987.

- L'enfant reconnaît-il les sons tels que la voix de sa mère, le téléphone, etc.?
- Peut-il localiser les sons?
- Quelle est la production phonique de l'enfant?

Le goût, l'olfaction

- Quel est le seuil de sensibilité?
- Quelles sont les préférences alimentaires de l'enfant?

d) Les aspects cognitifs

- Où se situe le développement de l'enfant par rapport à l'objet permanent, la causalité, la sériation, la classification et les opérations?
- Peut-il l'imiter?
- Comment organise-t-il l'espace et le temps?
- Quel est le style cognitif de l'enfant?¹ Comment effectue-t-il une tâche par essai et erreur, de manière analytique, impulsive? A-t-il besoin qu'on lui montre comment faire?
- Comment répond-il à des instructions verbales?
- Combien d'étapes d'une activité peut-il maîtriser?
- Repère-t-il des erreurs?
- Quelle est la qualité de sa planification motrice? Comment utilise-t-il des outils?
- A-t-il une conscience du danger?
- Comment parle-t-il?
- Quelle conscience a-t-il de son corps? (corps perçu, corps représenté, corps vécu)?
- Quelle est la qualité de son attention et de sa mémoire?
(Voir les rapports du psychologue et du logopédiste).

e) Les aspects affectifs et sociaux

Ces aspects complètent les observations concernant le comportement, la communication et les ressources de l'enfant.

- Si l'enfant présente des comportements gênants, quelle peut en être l'origine?
- Quel est son degré d'autonomie?
- Quelle image a-t-il de lui-même?

¹ Clark P.N., Allen A.S., Occupational Therapy with Children, Mosby Company, Princeton, 1985, p. 146.

- Comment exprime-t-il ses sentiments?
- Quelle est sa capacité d'entrer en relation? Avec les adultes? Avec d'autres enfants? Si elle est pauvre, quelle peut en être la raison?
- Quelles initiatives prend-il?
(voir les rapports du psychologue)

Pour répondre aux questions de cette seconde partie, l'ergothérapeute met en scène des situations correspondant à ses buts d'observation; elle peut aussi avoir recours à des épreuves ou à des tests élaborés dans le cadre de divers modèles de pratique ou de théories de base, cela dans la mesure où l'enfant le tolère.

Mentionnons quelques exemples:

- le bilan moteur de Bobath,
- les observations cliniques et le "Southern California Sensory Integration Test" de J. Ayres,
- les épreuves de perception visuelle de l'espace de Frostig,
- les épreuves de latéralité, de schéma corporel, de stéréognosie, d'organisation spatiale et temporelle,
- les évaluations du développement moteur, du jeu,
- les bilans d'indépendance, etc.

Certaines informations enfin n'entrent pas dans son champ de compétences; elle aura recours aux rapports des psychologues, logopédistes, médecins et autres spécialistes.

L'ordre que nous avons proposé ici passe du général au particulier, de la description des difficultés de l'enfant dans sa vie quotidienne à la recherche des causes de celles-ci. C'est la démarche adoptée le plus souvent dans les cas présentant une pathologie complexe.

Il peut cependant s'avérer tout aussi pertinent de partir d'un déficit particulier qui peut faire l'objet de la prescription, pour retrouver la globalité en remontant aux conséquences de ce déficit sur la vie quotidienne de l'enfant.

Ce qui importe, c'est l'articulation entre les deux qui représente une des caractéristiques de l'ergothérapie. Cette articulation s'exprime dans la manière d'organiser et d'interpréter les données qui permet de poser les problèmes de l'enfant et ses ressources.

7.1.3. L'organisation et l'interprétation des données

Il arrive un moment où la thérapeute estime qu'elle dispose de suffisamment d'informations sur un patient pour concevoir le traitement avec plus de précision qu'elle ne l'a fait jusqu'alors.

Elle rassemble toute les données qu'elle a recueillies, relit ses notes; elle prend un temps de recul et de réflexion, faisant appel à toutes ses références, à son expérience et à son intuition, pour interpréter les données et les organiser.

Ce travail d'élaboration souvent ardu requiert toute une gymnastique intellectuelle; il aboutit à poser les problèmes de l'enfant.

Poser les problèmes de l'enfant

Selon le dictionnaire de la langue pédagogique, "Problème vient de ballein: jeter, et pro: devant; ce qu'on trouve devant soi, d'où obstacle, difficulté... Un défaut très courant: le problème à peine énoncé, on s'attarde à exposer les solutions; quant à la conclusion, elle se réduit parfois à un choix plus ou moins simpliste, mais plus ordinairement à un essai de synthèse mal justifié, faute d'avoir nettement posé le problème. Or, le plus important est de voir les problèmes et de les poser clairement"¹.

Poser les problèmes d'un patient est une démarche complexe, mais essentielle, car c'est sur elle que repose tout le traitement.

Pour Bachelard (cité dans le dictionnaire), "Avant tout, il faut savoir poser les problèmes. C'est précisément le sens du problème qui marque un véritable esprit scientifique".

Poser un problème implique de mettre en relation une gêne ou un groupe de gênes que l'enfant rencontre dans sa vie quotidienne et des déficits ou des troubles en explicitant les rapports de causalité entre les unes et les autres. Choisir les gênes pertinentes est une première décision qui nécessite de distinguer une gêne d'une difficulté.

Une gêne est une difficulté qui entrave la réalisation d'activités nécessaires ou qui entrave des comportements de telle manière que l'enfant ou son entourage en souffre.

Lorsqu'une difficulté risque d'hypothéquer le développement de l'enfant, elle est considérée comme une gêne.

Ainsi, un enfant peut rencontrer des difficultés dans plusieurs activités mais, grâce à des stratégies de compensation, il réussit à surmonter ces

¹ Foulquié Paul, Dictionnaire de la langue pédagogique, PUF, Paris, 1971, p. 381.

difficultés, si bien que celles-ci ne le gêneront pas réellement; il y aurait gêne si ces stratégies lui coûtaient une dépense d'énergie démesurée et si cette compensation s'effectuait aux dépens d'autres compétences.

Un enfant peut ne pas s'habiller seul, mais sa mère et lui considèrent les minutes où celle-ci habille son fils comme un moment privilégié de leur relation. Pour eux, les difficultés de l'enfant pour s'habiller ne sont pas une gêne, bien au contraire. Les considérer comme telle et en faire un problème impliquerait l'accord de la mère et de son fils et l'acceptation de modifier ainsi leur relation.

Une gêne est toujours très concrète:

X. n'écrit pas assez vite;

Y. ne mange pas seul;

Z. n'a pas de moyen de déplacement efficace;

P. ne peut pas exprimer le oui et le non.

La gêne peut aussi correspondre à un comportement. Dans l'exemple de la page 211, F. a des crises de rage qui perturbent toute sa famille.

La gêne est présentée avec précision. Il ne suffit pas de noter que F. pique des crises de rage; il faut les décrire, dire à quelles occasions et à quelle fréquence elles se déclenchent. La précision de la description de la gêne est une condition nécessaire pour pouvoir apprécier les changements lors de l'évaluation sommative.

Après le choix des gênes qui correspond aux titres des problèmes et la description de celles-ci, la seconde partie du problème consiste en l'analyse des origines de ces gênes à partir des données recueillies au cours des premières séances d'évaluation et de traitement. L'ergothérapeute fait appel à tout son bagage de connaissances et d'expériences pour déterminer quelles sont, à son avis, les causes des gênes en question.

On constate souvent qu'un petit nombre de déficits est à l'origine de plusieurs gênes.

Ainsi, pour F., page 226, les principaux déficits proposés se situent sur le plan moteur, soit, une stabilité centrale insuffisante et une coordination difficile des deux hémicorps et, sur le plan sensoriel, soit, une modulation faible des sensations tactiles, proprioceptives et vestibulaires.

Le plan de traitement se dessine. Un problème est ainsi constitué à partir d'une gêne et de déficits ou de petites gênes articulées en un ensemble qui, pour l'ergothérapeute, est cohérent et pertinent.

Le nombre des problèmes posés est limité, en général, entre un et cinq. S'il y en a trop, ils ne sont plus opérationnels.

L'exemple p. 63 montre comment il est possible d'analyser une gêne et de poser le problème d'une écriture trop lente.

Dans l'exemple de F., p. 224, l'ergothérapeute pose quatre problèmes à partir de quatre gênes: les crises de rage, les chutes durant la course et dans les escaliers, la pauvreté du jeu et la tendance à papillonner d'une activité à l'autre sans jamais en terminer une.

Cet enfant particulier, F., présentait encore d'autres gênes comme la difficulté à tenir un crayon et un langage peu compréhensible. Pour décider de s'arrêter à ces quatre problèmes, l'ergothérapeute s'est référée à sa vision de l'enfant et de l'ergothérapie, à ses connaissances du développement et de la neurologie, à des modèles de pratique, (celui de l'ergothérapie ainsi que les modèles de J. Ayres et de Bobath), à la prescription médicale et à ses entretiens avec la mère. Elle a tenu compte d'éléments tels que la collaboration avec la mère, avec l'institution et la fréquence du traitement.

Enfin, le champ d'action de l'ergothérapie détermine ce choix: la thérapeute se focalise sur les problèmes sur lesquels elle a les moyens d'agir.

La synthèse des problèmes

Dans la synthèse des problèmes, l'ergothérapeute justifie le choix de ceux-ci, les replace dans la situation actuelle de l'enfant et dans ses perspectives d'avenir, en particulier, les échéances qu'il est important d'anticiper, telles que le début de la scolarité, l'adolescence, l'entrée dans une institution ou dans une formation professionnelle.

Elle montre l'interrelation qui peut exister entre les différents problèmes comme c'est le cas pour F. (p. 229).

Elle définit les priorités de son intervention et explique pourquoi elle prévoit qu'une action focalisée aura des répercussions sur l'ensemble.

La synthèse des ressources

Après la synthèse des problèmes, la thérapeute résumera les ressources de l'enfant sur lesquelles elle a l'intention de fonder le traitement.

7.2 Les finalités, les buts et les objectifs du traitement ou le plan de traitement

Les finalités, les buts et les objectifs de l'ergothérapie avec les enfants ont fait l'objet du chapitre 5.5. dans le cadre des bases théoriques de la profession (voir aussi figure 4).

La position des finalités, des buts et des objectifs de traitement pour un enfant précis se réfère à cette base tout en se fondant sur l'évaluation formative de l'enfant.

La position des problèmes et des ressources de l'enfant est le but de l'évaluation sommative; elle représente une étape charnière du processus; toute la planification du traitement en dépend. En effet, la formulation des finalités, des buts et des objectifs de traitement, découle directement des problèmes qui ont été posés et de leur synthèse.

La synthèse des problèmes, qui établit les priorités du traitement en situant l'enfant dans son contexte et dans ses perspectives d'avenir, permet souvent de formuler la finalité du traitement. Les buts du traitement peuvent s'exprimer à partir des gênes dont souffre l'enfant dans sa vie quotidienne et les objectifs généraux correspondent en général aux déficits qui sont à l'origine des difficultés quotidiennes de l'enfant.

Il est important dans cette étape de la démarche que l'enfant soit le sujet de chaque intention. Cette consigne permet d'éviter la confusion entre les buts et les moyens. Si l'enfant est le sujet du traitement, c'est le thérapeute qui met en œuvre les moyens pour que l'enfant puisse réaliser ses potentialités à travers les buts et les objectifs du traitement.

Ainsi, dans l'exemple de la p. 63, le but est que l'enfant puisse écrire suffisamment rapidement pour suivre une dictée. Les objectifs indiquent que l'enfant charge plus son côté hémiplégique, qu'il dissocie mieux les ceintures et qu'il coordonne les deux membres supérieurs d'une manière plus dynamique.

Pour que l'enfant atteigne ces objectifs, une normalisation du tonus musculaire est nécessaire, mais cela, l'enfant ne peut le faire seul en règle générale. La normalisation du tonus n'est donc pas un objectif de traitement, mais un moyen et l'ergothérapeute utilise des techniques issues d'un modèle de pratique pour abaisser ou élever le tonus, afin que l'enfant soit capable d'agir dans les meilleures conditions possibles.

Pour F., les finalités, buts et objectifs se trouvent p. 235.

7.3 Le programme de traitement

Alors que le plan de traitement définit pourquoi l'enfant vient en thérapie, le programme de traitement indique comment le thérapeute va procéder.

Il propose, d'une part, les activités et les situations dans lesquelles l'enfant va agir et, d'autre part, les principes qui guideront le comportement du thérapeute, ainsi que les techniques que celui-ci utilisera durant l'exécution du traitement.

Enfin, le programme présente l'ensemble des moyens que le thérapeute va mettre en place pour que les buts soient intégrés dans la vie quotidienne de l'enfant.

La spécificité de l'ergothérapie se situe dans les conditions que crée la thérapeute pour favoriser l'action du patient, soit dans la conjugaison d'une activité avec des principes de traitement. Le jargon professionnel parle d'"activité significative".

Pour chaque activité d'une séance de traitement, l'ergothérapeute définit des objectifs spécifiques. Ceux-ci correspondent soit à des prérequis, soit à des parties des objectifs généraux. Ils présentent les "comportements observables" que l'ergothérapeute attend de l'enfant durant la réalisation de l'activité.

Les objectifs spécifiques indiquent le contenu de la séance de traitement. Des exemples figurent aux pages 127 et 256.

7.4 Restituer la démarche aux intéressés

Poser les problèmes et les ressources de l'enfant, définir les finalités, les buts et les objectifs du traitement, sont, dans un premier temps, le produit de la réflexion de l'ergothérapeute. Cette démarche représente un aspect de la méthodologie professionnelle qui sert d'abord à l'ergothérapeute et qui risque d'induire des apprentissages centrés sur la thérapeute plutôt que des apprentissages centrés sur l'enfant. L'ergothérapeute pourrait alors se centrer de façon rigide sur les buts et les objectifs qu'elle a fixés au lieu de suivre l'enfant et d'être attentive à l'interaction et à l'ensemble du processus d'apprentissage que conduit l'enfant.

Afin d'éviter cette tendance, il est, dès lors, indispensable, dans un second temps, de restituer la démarche aux principaux intéressés, l'enfant et ses parents, et de la partager avec les autres intervenants.

Le problème appartient d'abord à l'enfant. Tout enfant, quels que soient son âge et la gravité de son handicap, sait très bien qu'il ne vient pas en thérapie uniquement pour son plaisir, mais parce que quelque chose ne va pas chez lui. L'ergothérapeute va travailler avec l'enfant sur la conscience de son problème avec son point de vue d'ergothérapeute, qui sera complété par la vision des autres intervenants.

Donner la responsabilité de son problème à l'enfant permet à celui-ci de devenir l'auteur de son évolution et non plus l'objet des multiples attentes de son entourage.

Dans le cas de François, lorsqu'il arrivait à la séance et que sa mère commençait à se plaindre des problèmes de la semaine écoulée, la thérapeute proposait de prendre un moment durant la séance pour en parler. Les trois s'asseyaient alors dans un coin confortable, François sur les genoux de sa mère; nous évitions de parler de François entre la mère et la thérapeute, alors que celui-ci jouait ou faisait semblant de jouer dans un coin, mais les trois parlaient ensemble: la mère de son problème avec François, François de ce qui se passait pour lui, la thérapeute de son interprétation des problèmes de François. Tous les trois envisageaient des solutions, discutaient des buts du traitement et de la manière de faire à la maison.

Pour certains enfants, exprimer les problèmes et les buts suffit, pour d'autres, les enfants plus âgés en particulier, les buts et les objectifs de traitement peuvent servir de base à un contrat entre l'enfant et la thérapeute. Le contrat définit les responsabilités des deux parties dans la réalisation des objectifs. Il peut préciser quand le traitement sera terminé.

L'enfant qui connaît ses problèmes et son handicap, qui sait comment on s'en occupe, n'est plus dans un sentiment d'impuissance continue¹.

Les problèmes et les objectifs posés servent de base de discussion et de négociation avec les parents et les autres intervenants. Ils permettent de définir les finalités et les buts communs, de procéder à la répartition des tâches et de coordonner les différentes interventions.

7.5 Conclusion

Le processus de l'ergothérapie, par ses exigences et sa complexité, s'apprend lentement. Il sollicite chez l'étudiant un effort de rigueur intel-

¹ Dolto F., *Tout est langage*, Poche, Vertiges du Nord/Carrère, 1987.

lectuelle et beaucoup de temps. Seule une pratique régulière permet de le maîtriser. Petit à petit, des automatismes se créent et l'ergothérapeute expérimentée conduit la démarche avec efficacité; son travail de réflexion est rapide et peu visible mais il sous-tend tous ses actes. Elle ne disposerait, d'ailleurs, pas du temps nécessaire à expliciter chaque étape du processus.

La démarche se veut rigoureuse; elle a une apparence rationnelle. Cependant, les problèmes posés par les patients et le projet ergothérapeutique lui-même sont trop complexes pour que la thérapeute en maîtrise toutes les variables. Une part de subjectivité est inhérente à la démarche, l'intuition se conjugue avec l'expérience et les connaissances pour permettre à l'ergothérapeute de choisir, parmi la masse d'informations dont elle dispose, les indices pertinents pour planifier et pour exécuter le traitement. Ainsi, malgré la relative précision de la démarche, chaque ergothérapeute la conduit à sa manière.

Lorsque les problèmes et les ressources du patient sont clairement posés, lorsqu'un traitement est établi avec précision, l'ergothérapeute dispose de bases solides pour collaborer avec les parents et les autres intervenants.

Nous avons particulièrement développé l'évaluation formative, relevant que, s'il est nécessaire d'identifier les problèmes dont souffre un enfant, le traitement se fonde en premier lieu sur les ressources de l'enfant. Ce principe peut paraître évident aux pédagogues. Il l'est beaucoup moins dans le milieu médical où l'ergothérapie a ses origines. Cette caractéristique de l'approche des enfants et, d'une manière générale, de nombreux traitements d'ergothérapie, peut entrer en contradiction avec l'idéologie médicale et rendre plus difficile, dans ce milieu, la compréhension de ce qu'apporte l'ergothérapie.

Rappelons enfin que, s'il est nécessaire de poser des buts et des objectifs de traitement, l'enfant apprend d'abord à travers le processus de résolution de problèmes qu'il effectue par lui-même. L'expérience pour atteindre le but importe plus que le but en soi.

L'originalité de l'ergothérapie se situe dans une manière d'analyser les situations qui mettent le patient en difficulté et de focaliser les objectifs du traitement tout en tenant compte de la globalité de l'enfant. Elle se caractérise aussi par la multiplicité des moyens dont dispose l'ergothérapeute. Ces moyens sont présentés dans les prochains chapitres.

Chapitre 8

LES DIMENSIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT

Le programme de traitement comporte toute une variété de dimensions qui spécifient pourquoi, comment et dans quelles conditions l'ergothérapeute entend réaliser les buts et les objectifs du traitement. Celles-ci déterminent le choix et la mise en scène des activités, le comportement de l'ergothérapeute durant l'exécution du traitement et les relations entre les divers partenaires.

Ces dimensions peuvent relever de l'ordre des principes et des techniques, tels que, pour prendre un exemple, le dosage de la réussite et de l'échec à travers les activités; elles peuvent aussi préciser certains aspects relationnels tels qu'ils existent avec l'enfant, avec ses parents ou avec les autres intervenants.

Les techniques de traitement sont les stratégies qui précisent comment procéder durant l'intervention. "Les principes de traitement justifient les stratégies d'intervention de la thérapeute en définissant pourquoi faire telle ou telle chose"¹. Alors qu'un principe est vite énoncé, les techniques qui

¹ Meyer S., Le processus de l'ergothérapie, Ed. EESP, Cahier No 7, Lausanne, 1990, p. 65.

permettent de l'appliquer sont en général nombreuses. Elles constituent le savoir-faire professionnel.

Tous les modèles de pratique comportent des principes et des techniques.

Nous nous intéressons dans ce chapitre aux dimensions de la mise en œuvre du traitement qui entrent dans le modèle de pratique spécifique de l'ergothérapie (Fig. 2, p. 26).

Ces dimensions comportent, entre autres, le choix des activités, la structuration d'une séance, la structuration de l'espace et du temps, le dosage de la réussite et de l'échec, la lecture des messages de l'enfant, les feedbacks de la thérapeute, l'espace de liberté de l'enfant, la relation à l'enfant, la relation aux parents, la collaboration interdisciplinaire.

Ce chapitre développe, en particulier, la structuration d'une séance, le dosage de la réussite et de l'échec, l'espace de liberté de l'enfant et la collaboration interdisciplinaire.

Ces dimensions sont influencées par la conception de l'enfant et par la conception de la profession qui fondent le modèle de pratique de l'ergothérapie; elles s'inspirent de références psychologiques, pédagogiques et médicales.

Plusieurs d'entre elles ne sont pas spécifiques à l'ergothérapie; des pédagogues et d'autres thérapeutes se réfèrent également au dosage de la réussite et de l'échec, à l'espace de liberté de l'enfant ou aux aspects relationnels, pour ne mentionner que ces exemples.

Ces dimensions revêtent cependant une signification particulière dans le modèle de pratique de l'ergothérapie; la thérapeute les applique toujours à travers le filtre que constitue son approche de l'activité conjugée à sa manière particulière d'analyser les problèmes de l'enfant et de se laisser guider par l'enfant.

Beaucoup de principes évoqués relèvent de l'expérience et n'ont jamais fait l'objet d'une justification scientifique rigoureuse, mais, "si les thérapeutes ne devaient recourir qu'à des principes dont on a la preuve scientifique de l'efficacité, elles n'agiraient pas beaucoup"¹.

S'il est souhaitable de développer l'étude des principes et des techniques du traitement ergothérapeutique, dont ce travail ne donne qu'un aperçu, il nous paraît cependant que la réalité thérapeutique est si complexe qu'il est impossible d'en maîtriser la multiplicité des variables.

¹ Meyer S., *Le processus de l'ergothérapie*, Ed. EESP, Cahier No 7, Lausanne, 1990, p. 65.

8.1 LES FORMES DU TRAITEMENT

D'une manière générale, le traitement d'ergothérapie s'effectue individuellement. Dans la plupart des cas, les séances durent de 45 minutes à une heure. Selon les situations, elles peuvent être plus courtes ou plus longues.

Pour les enfants hospitalisés ou vivant en institution, le traitement est interne; ils peuvent bénéficier alors de plusieurs séances par semaine. Pour les autres enfants, le traitement est ambulatoire: soit l'enfant est accompagné au Centre d'ergothérapie, soit l'ergothérapeute se rend au domicile de l'enfant. Les séances ont alors lieu une à deux fois par semaine.

La personne de référence peut participer au traitement.

Il arrive que des ergothérapeutes prennent des enfants en petits groupes pour des séances de cuisine, d'habillage ou de thérapie sensori-intégrative, par exemple, mais ce n'est pas une pratique courante. Participer à un groupe de ses pairs offre à l'enfant des possibilités d'interaction et d'apprentissage d'une telle richesse que nous souhaitons un développement de cette pratique en ergothérapie avec les enfants.

8.2 LA STRUCTURATION D'UNE SÉANCE DE TRAITEMENT

Le traitement programmé est exécuté durant la séance de traitement. Patient et thérapeute collaborent pour réaliser les objectifs prévus avec les moyens dont ils disposent.

Ce chapitre propose quelques principes et des techniques qui concernent la planification et la structuration de la séance; ils guident la conduite de l'ergothérapeute durant les trois phases du déroulement d'une séance.

La présentation d'une séance illustre ces principes.

8.2.1 La planification de la séance

Ce sont les objectifs et les buts du traitement, conjugués aux intérêts de l'enfant, qui orientent, en premier lieu, la séance. D'après eux, l'ergothérapeute et/ou l'enfant choisissent la ou les activités.

L'ergothérapeute peut prévoir des activités de réserve pour le cas où les premières seraient trop vite terminées.

Elle détermine les objectifs spécifiques correspondant à chaque activité. Elle prévoit les principes de traitement et les techniques qu'elle appliquera pour favoriser l'action de l'enfant et l'acquisition des capacités

visées. Elle organise la salle et prépare le matériel; elle met en scène la situation.

Tout en gardant en mémoire l'ensemble des objectifs, l'ergothérapeute peut donner une intention particulière, une cible à la séance: elle décide alors de se focaliser sur une capacité spécifique de l'enfant. Par ailleurs, elle peut prévoir une histoire ou un thème qui servira à l'enfant de fil conducteur reliant les divers moments de la séance.

Enfin, elle prévoit comment elle articulera les différentes phases de la séance. Ainsi, la séance forme une unité. Une séance planifiée avec précision donne une liberté à l'ergothérapeute; celle-ci peut alors suivre avec souplesse les initiatives de l'enfant et modifier la séance en conséquence, sans perdre de vue les objectifs du traitement.

La planification de la séance s'effectue hors de la présence de l'enfant.

C'est souvent lorsqu'une séance vient de se terminer que l'ergothérapeute, si elle en a le temps, planifie la séance suivante; elle a, alors, toutes les données à l'esprit.

8.2.2 Les phases de la séance

Une séance comporte trois phases:

une phase de préparation à l'activité, une phase de l'activité proprement dite et une phase d'achèvement de la séance¹.

La durée de ces phases, ainsi que l'importance accordée à l'un ou l'autre de leurs aspects, varient d'un enfant à l'autre.

La phase de préparation à l'activité

L'ergothérapeute dispose de diverses manières d'introduire une séance et de préparer l'enfant aux exigences de la situation thérapeutique; bien préparé, celui-ci pourra s'organiser et agir de manière aussi indépendante que possible.

La préparation émotionnelle de l'enfant permet de ménager la transition avec la situation précédente. C'est le premier contact avec l'enfant; on se salue, on parle de ce que l'enfant vient de quitter et de ce qu'il va faire.

L'ergothérapeute saisit l'état d'esprit momentané de l'enfant afin de l'aider à se mobiliser pour le traitement à venir.

Ensemble, ils font le lien avec la dernière séance et ils rappellent les projets éventuels.

¹ ASE, Projet Ergothérapie-Thérapie d'animation, 1982.

Par la préparation sensori-motrice, l'ergothérapeute agit sur la posture et sur la capacité d'exécuter les mouvements qui permettront à l'enfant de réaliser le mieux possible les activités prévues.

Cette préparation consiste en positionnements et en manipulations diverses qui peuvent contribuer à faciliter certains mouvements ou à normaliser le tonus musculaire; la capacité de redresser le tronc et une position assise stable, indispensables à l'exécution de n'importe quelle activité fine, en sont des exemples.

Une activité peut en préparer une autre; ainsi, un jeu de motricité globale prépare une activité de motricité fine: un jeu comme le hockey, par exemple, qui nécessite des réactions d'équilibre avec des déplacements rapides, une coordination des deux membres supérieurs et de tout le corps et une poursuite oculaire efficace pour viser une cible, pourrait préparer à une activité fine de découpage.

Par la préparation cognitive de l'enfant, l'ergothérapeute anticipe les difficultés que celui-ci risque de rencontrer dans ce domaine au cours de la séance.

Selon les cas, elle peut parler des buts du traitement et de la séance. Elle décompose une activité en séquences afin de la rendre plus compréhensible ou plus accessible. Elle développe des supports mnésiques comme par exemple des images illustrant les étapes d'une recette de cuisine. Elle exerce une difficulté cognitive particulière que l'enfant rencontrera au cours de l'activité: ainsi, pour confectionner une tarte, l'enfant devra étendre la pâte à gâteau à la dimension de la plaque; c'est là un problème de mesure de l'espace avec des notions de surfaces à comparer et à se représenter. On peut exercer cette capacité avec des découpages ou de la pâte à modeler.

La thérapeute anticipe les moments qui requièrent le plus d'attention. Elle choisit une activité préalable qui favorisera celle-ci.

Aller chercher le matériel nécessaire et préparer la place de travail peuvent entrer dans cette phase de préparation.

La phase de l'activité

L'enfant exécute la ou les activités choisies. L'ergothérapeute l'accompagne en appliquant les divers principes et techniques qu'elle estime utiles à la réalisation des objectifs spécifiques. La connaissance qu'elle a de l'enfant et l'observation fine du comportement de celui-ci lui permettent de doser adéquatement son intervention. L'ergothérapeute met d'abord en

scène la situation dans laquelle l'enfant agira: elle organise l'espace et le matériel.

Ensuite, elle peut intervenir physiquement, par des manipulations, par des indications verbales; enfin, elle peut utiliser des aides techniques. Lorsque l'aide de la thérapeute décroît, l'indépendance de l'enfant croît.

La thérapeute perçoit et analyse l'effet de son intervention et des activités sur l'enfant. Elle saisit les moments où l'apprentissage est particulièrement efficace pour renforcer l'enfant par des comportements ou des techniques telles que la répétition, la valorisation ou la verbalisation. Elle favorise ainsi l'assimilation et la stabilisation des acquis.

La thérapeute se laisse guider par l'enfant tout en le guidant. Elle est attentive aux réactions de l'enfant et à ses initiatives, même fugitives, afin de les encourager. Elle adapte sans cesse son intervention et souvent l'activité au comportement de l'enfant afin de réaliser le mieux possible les initiatives de l'enfant et les objectifs du traitement.

Elle perçoit les facteurs de perturbation afin de les exploiter ou de modifier la situation en conséquence.

La phase de l'activité comporte souvent plusieurs séquences ou plusieurs activités. Divers facteurs déterminent l'ordre de succession des activités: une activité peut en préparer une autre; il est nécessaire de doser les difficultés, les activités statiques et dynamiques, les aspects cognitifs, ceux de motricité globale et fine; l'enfant marque ses préférences; la thérapeute choisit selon la fatigue, les exigences en attention; elle dose la progression.

Il est important que la transition d'une séquence à l'autre soit claire. Le passage peut s'effectuer sur le plan moteur: guider le changement de position; sur le plan cognitif: expliciter le changement et conserver la continuité par une histoire ou par un thème; sur le plan affectif: la mère ou le thérapeute prennent l'enfant dans les bras, changeant un instant de registre.

Durant l'activité, il est souvent nécessaire d'introduire des pauses. La pause est un instant, qui peut être très court, durant lequel l'activité est interrompue. Elle permet à l'enfant de se reposer, de se centrer sur lui-même, d'intégrer ce qu'il vient d'apprendre et d'anticiper la suite.

La phase d'achèvement de la séance

Toute séance a une fin; cette fin se prépare afin que l'enfant se sépare de la thérapeute dans de bonnes conditions, qu'il puisse se distancer de la situation de traitement et se préparer à des exigences ultérieures. Il est important que l'enfant soit conscient que la séance va se terminer et qu'il

sache quand et comment cela se produira. La fin de la séance contribue à la structuration du temps; elle permet de former un tout de la séance.

L'ergothérapeute dispose de divers moyens pour conduire la phase d'achèvement de la séance. Celle-ci peut coïncider avec la fin naturelle de l'activité ou d'une étape de celle-ci. Dans ce cas, la thérapeute annonce à l'enfant qu'il lui reste encore tant de minutes pour terminer. Elle peut proposer à l'enfant de choisir encore un jeu qui lui fait plaisir en lui disant que c'est le dernier de la séance. Elle peut organiser un jeu, une course d'obstacle, par exemple, qui se termine à la porte et dont le rhabillage fait partie. Le rangement du matériel annonce également la fin.

Pour certains enfants, il est utile de terminer en faisant le point sur la séance écoulée: en apprécier et en critiquer les diverses phases donne à l'enfant un feed-back sur son action et lui permet de prendre mieux conscience de ses possibilités et de ses limites. Parfois, écrire dans un cahier ou dessiner ce qui l'a frappé facilite la fixation et stimule la mémoire des séquences.

Enfin, on peut préparer la séance suivante en précisant quand elle aura lieu. On peut parler de ce que l'enfant va faire ensuite et se dire au revoir.

8.2.3 Présentation d'une séance de traitement

L'exemple qui suit présente une séance conçue pour une fillette de 7 ans qui ne parle pas, handicapée mentale et hémiplégique gauche. Cet extrait provient du rapport de stage d'une étudiante de troisième année. Il illustre les principes régissant la structuration d'une séance.

“Durée de la séance: 45 minutes

Activités contenues dans la séance:

1. Prise de contact avec S. + déshabillage (souliers, chaussettes, pantalons) 5 min.
2. Motricité globale: Activité balançoire suspendue à quatre cordes 15 min.
3. Motricité fine:
 - * Transvasages de grelots d'un plateau à une boîte 5 à 10 min.
 - * Enfilages d'anneaux sur une tige 5 à 10 min.
4. Habillage, fin de la séance, transition dans le groupe 5 min.

Activités de réserve:

Les activités de réserve sont des activités prévues dans la séance, en plus, au cas où par exemple le temps prévu pour l'activité aurait été trop court.

Ce sont généralement des activités qui demandent peu de matériel et de préparation, que l'on peut facilement mettre en place et que je sais être habituellement bien adaptées au niveau de S ou à ses motivations. Exemples:

- l'ours pantin que l'on peut faire monter le long de deux fils en tirant alternativement sur chacun des fils. Le pantin est suspendu dans la salle, il est facilement atteignable, c'est un objet qui attire S. et permet en guidance d'intégrer le bras gauche dans une activité bi-manuelle;
- les instruments de musique tels qu'un tambourin ou un autre instrument qui, par sa manipulation, peut répondre à des objectifs fixés pour S. (ex: coordination bi-manuelle, utilisation de la main gauche). En effet, les activités qui permettent la manipulation d'objets sonores sont des activités que S. apprécie, accepte facilement, même en fin de séance.

Temps de pauses:

Les temps de pauses sont inclus dans la séance sur le moment en tenant compte du comportement de S. et de sa fatigue, etc... Ils peuvent varier d'une séance à l'autre.

Un temps de pause peut être introduit entre la partie de motricité globale et la partie de motricité fine par exemple. Je peux alors laisser S. libre d'explorer la salle, de faire ce qu'elle veut pendant que je range le matériel utilisé pendant la première partie. On peut aussi introduire une pause entre les deux activités de motricité fine.

D'autre part, des temps de pause ou de liberté ont souvent lieu à l'intérieur même des activités; en effet, avec S., il faut bien doser le degré de liberté et de contrainte. Ainsi, à l'intérieur de l'activité, il y a des moments où S. peut manipuler et explorer les objets comme elle veut. Lorsque l'enfant manifeste de la fatigue, s'oppose ou pleurniche, il y a la possibilité d'augmenter la durée de ces pauses, de ces moments de plus grande liberté ou de changer d'activité.

Remarque:

La durée des activités peut varier du programme préparé; en effet, si S. participe bien à une activité, si elle répond bien aux objectifs fixés, il m'arrive de rallonger le temps prévu pour cette activité.

Au contraire, si S. a un jour un temps d'attention plus court, si elle supporte moins la contrainte, je peux raccourcir l'activité ou lui en proposer une moins contraignante, quitte à essayer de lui reproposer la même activité un peu plus tard dans la séance.

Les moments où je laisse S. plus libre dans sa manipulation peuvent me permettre de m'axer plus sur sa posture, en corrigeant sa position

assise par exemple ou en tentant de mieux positionner le membre supérieur gauche.

Description des activités de la séance.

1. Le début de la séance: prise de contact et déshabillage

C'est moi qui vais chercher S. dans la salle où elle se trouve. J'entre en relation avec elle et je l'amène ensuite dans la salle d'ergothérapie où je suis généralement seule avec elle.

Avant une activité de motricité globale, je la déshabille habituellement un peu, sauf s'il fait trop froid, afin de favoriser des stimulations tactiles. Je la fais asseoir sur un petit banc et je tente de la faire participer un peu au déshabillage (pousser les souliers, tirer les chaussettes...).

Objectifs spécifiques: S. sera capable:

- d'ouvrir la porte de la salle du groupe pour sortir et d'ouvrir celle de la salle d'ergothérapie pour y entrer;
- de s'asseoir et de se relever seule du petit banc;
- d'enlever ses chaussures sur incitation gestuelle, après que les chaussures aient été délacées et desserrées;
- d'enlever ses chaussettes sur incitation gestuelle en les tirant par le bout. (Celles-ci ont été auparavant descendues jusqu'au talon et tirées un peu hors du pied: il ne reste que la dernière séquence de l'activité à faire);
- de croiser la ligne médiane avec son bras droit pour enlever la chaussette ou la chaussure du pied droit (la jambe droite est posée, fléchie et en rotation externe sur la jambe gauche);
- de rester assise de façon stable, sans se laisser glisser, ou se coucher sur le banc pendant la durée du déshabillage;
- d'accepter d'être en interaction avec moi pendant la durée du déshabillage sans chercher à s'en aller et en gardant une distance "physique" avec moi;
- de comprendre une incitation gestuelle à participer au déshabillage, telle que placer sa main sur la chaussette, ou toucher alternativement la main et la chaussette de S. sans que je doive guider ou initier la dernière séquence de tirer la chaussette.

2. Activité balançoire

Description de la balançoire: la balançoire en bois est constituée d'une planche de bois carrée suspendue à quatre cordes. Cette balançoire permet à l'enfant de se tenir à diverses hauteurs (on peut régler la position des barres de bois), sur les côtés et devant. De plus, cette balançoire diminue

le risque de chute avec des enfants qui se tiennent peu ou sont assez hypotoniques, car les barres retiennent le corps de l'enfant.

Description de l'activité:

S. est assise dans la balançoire sur un anti-dérapant. La hauteur de la balançoire est réglée de façon à ce que S. touche par terre avec ses pieds pour pouvoir se donner elle-même du mouvement. Toutefois, la balançoire ne doit pas être trop basse afin que S. puisse lever les pieds sans avoir à fournir trop d'effort quand la balançoire est en mouvement, pour éviter que ses pieds ne traînent par terre.

S. est pieds nus, on peut alors placer par terre différentes structures ou tapis pour donner des stimuli tactiles variés ou des appuis et des frottements.

Il y a différentes manières pour utiliser la balançoire, par exemple, en laissant S. se donner du mouvement elle-même. Elle peut mieux contrôler la vitesse, les mouvements de la balançoire. Elle a alors un feedback direct sur ses mouvements et le résultat de ces gestes.

Objectifs spécifiques: S. sera capable:

- d'ajuster sa posture aux mouvements de la balançoire (rééquilibration);
- de se pousser avec les pieds pour obtenir un mouvement.

J'essaie de faire tenir à S. une corde ou un cerceau pour lui procurer du mouvement en la tirant.

- S. sera capable d'utiliser la main gauche pour se tenir alors que la droite tient la corde ou le cerceau et de prendre spontanément la corde ou le cerceau qu'on lui tend pour se faire tirer.

J'induis les mouvements latéraux de la balançoire en faisant effectuer passivement des reports de poids entre la gauche et la droite et en appuyant mes mains sur les genoux de S. pour que ses pieds soient bien à plat et que S. sente bien les reports de poids.

- S. sera capable d'ajuster la position de son corps et de se rééquilibrer, d'effectuer des reports de poids d'une hanche à l'autre.

Il est aussi possible de laisser plus libre l'enfant dans ses manipulations et de rechercher plutôt une bonne position. (Symétrisation, contrôle du tronc) S. sera capable:

- de répartir également l'appui entre les deux fesses,
- d'avoir le bras gauche positionné en avant du corps,
- de maintenir le tronc redressé,
- d'utiliser sa main gauche pour se stabiliser, se tenir, alors que la droite agit.

Je présente des objets sonores, mobiles ou immobiles dans les deux hémichamps visuels, dans le haut du champ, en périphérie ou près de la ligne médiane.

S. sera capable:

- d'effectuer des dissociations des ceintures dans les deux sens pour prendre un objet;
- de se tenir avec la main gauche alors que la main droite prend l'objet;
- de manipuler un objet sonore suspendu de son côté gauche;
- de repérer un objet mobile ou sonore dans les deux hémichamps visuels et de suivre ensuite cet objet des yeux même s'il croise la médiane;
- de saisir un objet en mouvement;
- de redresser son tronc pour saisir un objet placé en hauteur.

3. Transvasages de grelots d'un plateau à une boîte

Description de l'activité:

matériel utilisé: un plateau quadrillé contrasté noir et blanc, une boîte métallique, quatre grelots dorés.

Installation de l'activité:

le plateau est posé sur la gauche de S. avec les grelots, la boîte est plutôt à droite de S. Les grelots ressortent bien sur le fond contrasté du plateau.

Déroulement de l'activité:

L'activité se fait partiellement en guidance après un temps d'exploration du matériel. Je me tiens derrière S., tantôt à droite, tantôt à gauche, tandis que S. est assise dans une petite chaise en bois, face à une petite table. Un anti-dérapant est placé sur la chaise, d'autre part, S. est bien maintenue entre le dossier et les deux côtés de la chaise.

L'activité consiste à prendre les grelots sur le plateau avec la main droite pour les mettre dans la boîte métallique en traversant la ligne médiane.

Dans cette activité, j'insiste plus sur la posture quand je laisse S. manipuler librement le matériel que lorsque j'ai des exigences de manipulation.

Une fois cette activité effectuée, voir répétée une ou deux fois, j'ai souvent utilisé le même matériel pour faire des activités bi-manuelles. Exemples:

- faire bouger en guidance les grelots sur le plateau en l'inclinant alternativement d'un côté ou de l'autre et en tenant le plateau avec les deux

mains: production d'un spectacle visuel intéressant + stimuli sonores lorsque les grelots roulent sur le plateau.

- secouer la boîte remplie de grelots à deux mains.

Objectifs spécifiques de l'activité transvasage: S. sera capable:

- d'être assise symétriquement et redressée dans sa chaise lors de manipulations libres (positionnement facilité par l'ergo.),
- d'accepter la guidance pour secouer un grelot avec la main gauche,
- d'accepter et de pouvoir garder son bras gauche posé sur la table pendant l'activité de transvasage,
- de croiser la ligne médiane pour aller chercher les grelots et les ramener dans la boîte,
- de prendre seule les grelots avec la main droite avec une pince tridigitale,
- d'accepter de lâcher les grelots dans la boîte,
- d'explorer spontanément le dedans et le dehors de la boîte,
- d'aller prendre un grelot dans la boîte lorsqu'elle entend le bruit mais ne les voit pas,
- d'exprimer son refus de la guidance ou de l'activité en repoussant sa main ou l'objet.

4. *Activité d'enfilage d'anneaux sur une tige*

Matériel utilisé: tige fixée sur un support assez lourd pour éviter qu'il ne puisse être trop facilement renversé; quatre anneaux de différentes grandeurs, structures et couleurs.

Description de l'activité:

S. est assise dans une petite chaise face à une table basse et je suis derrière elle. L'activité consiste à enlever les quatre anneaux l'un après l'autre, puis à laisser S. jouer un peu avec les anneaux avant de les remettre sur la tige.

J'ai remarqué que S. était parfois plus performante si je retirais de sa vue les anneaux déjà enlevés. Ainsi, pour avoir un anneau, elle était obligée de le prendre sur la tige.

Cette activité exige déjà un projet spatial et une assez grande précision dans les gestes.

Objectifs spécifiques: S. sera capable:

- d'enlever un anneau sans renverser le support (de planifier son geste en commençant par tirer l'anneau le long de la tige vers le haut avant de le tirer à elle),

- d'accepter la guidance pour enlever tous les anneaux les uns après les autres avant de pouvoir jouer librement avec ceux-ci puis de les remettre sur la tige,
- de mettre un anneau seule sur la tige.

5. Habillage et retour dans le groupe

Ce moment est un moment de transition significatif de la fin de la séance. Je demande peu de participation à S. durant l'habillage, j'essaie surtout de permettre à S. d'anticiper ce que je vais faire en lui montrant les habits, en lui disant ce que je vais faire, en touchant les parties que je vais habiller.

Objectifs spécifiques: S. sera capable:

- de retrouver seule la porte de sa salle de classe, de se diriger vers elle et d'entrer seule dans sa classe,
- d'ouvrir seule les portes par lesquelles on passe”.

8.2.4 Conclusion

Structurer clairement une séance et vivre consciemment avec l'enfant son début, son milieu et sa fin permet d'en faire un tout. L'enfant peut considérer cet ensemble comme un moment spécial, parfois privilégié, qui s'inscrit avec précision, à côté d'autres événements, dans une durée, la journée, la semaine, l'année scolaire et dans un espace particulier.

Il peut alors en percevoir la signification.

Cette structure contribue également à développer les notions de temps.

8.3 LE DOSAGE DE LA RÉUSSITE ET DE L'ÉCHEC¹

Doser l'expérience de la réussite et de l'échec, afin que l'enfant prenne mieux conscience de ses ressources et de ses difficultés, est un principe de traitement.

Le lieu protégé que représente l'atelier d'ergothérapie permet à l'enfant handicapé d'expérimenter de manière très concrète l'effet de ses actions; il peut tâtonner et courir des risques sans qu'un échec ait des conséquences dramatiques.

Ces expériences visent aussi à développer la confiance de l'enfant en lui-même et à éviter qu'il ne s'enferme dans des réactions pathologiques d'échec.

L'ergothérapeute dispose de toute une gamme de moyens pour favoriser cette prise de conscience en dosant l'échec et la réussite de l'activité.

Ce chapitre présente le rôle de la réussite et de l'échec dans le développement de l'enfant, leurs propriétés et leurs effets respectifs; il étudie l'usage thérapeutique que peut en faire l'ergothérapeute.

8.3.1 Rôle de la réussite et de l'échec dans le développement de la personne

L'être humain existe à travers ses actes. Il élabore des projets, il se fixe des buts et il met en œuvre des moyens pour les atteindre. Dès sa naissance, la vie lui pose des problèmes qu'il apprend à résoudre. C'est en affrontant des obstacles que la réalité prend consistance.

Ces entreprises se situent à tous les niveaux de la vie, depuis les grands projets existentiels jusqu'aux plus modestes actions quotidiennes. Parfois elles réussissent, parfois elles échouent.

La réussite et l'échec jouent un rôle essentiel dans la vie de tout être humain; leur expérience est une condition indispensable au développement de l'enfant et de son identité.

Sur le plan affectif, l'échec et la réussite se traduisent par les couples satisfaction et frustration, plaisir et déplaisir. Ils sont nécessaires à la structuration du moi de l'enfant et à la construction de son image. Ils constituent une des bases de sa confiance en lui-même.

¹ Des étudiants de 2^{ème} année de l'École d'ergothérapie ont présenté, en 1989 et 1990, des séminaires sur ce sujet, ainsi que sur l'espace de liberté de l'enfant, dans le cadre du cours d'ergothérapie avec les enfants. Ces travaux ont servi de référence pour la rédaction de ce chapitre et du suivant.

Sur les plans sensori-moteur et cognitif, l'enfant commence à apprendre par essai et erreur. Il peut répéter inlassablement une activité jusqu'à ce qu'il la réussisse et, alors, il continue à l'exécuter pour l'intégrer et pour le plaisir de la réussite.

Piaget a montré comment le développement de l'enfant s'effectue par paliers où l'équilibre et le déséquilibre alternent. L'échec et la réussite conditionnent tout apprentissage; leur proportion et leur degré contribuent aux états d'équilibre et de déséquilibre.

Il y a, au cours du développement de l'enfant, des périodes de relative stabilité qui vont lui permettre d'intégrer ce qu'il a appris et d'apprendre encore. Il recherche des satisfactions et des réussites. Il vit dans un état de bien-être, de sécurité et de confiance.

Il y a aussi des périodes de crise qui précèdent et préparent des bonds en avant et des progrès. L'enfant est confronté à la réalité qui fait obstacle à la satisfaction de ses besoins. Cette insatisfaction crée un conflit, une frustration qu'il doit résoudre de manière satisfaisante, c'est-à-dire sans se détruire lui-même. La résolution correspondra à l'acceptation progressive de la réalité dans le but de trouver un équilibre et de permettre la maturation de sa personnalité¹.

Ainsi, l'expérience de l'échec, comme celle de la réussite, sont des facteurs essentiels de l'évolution de la personne. Chacune a sa valeur et sa fonction.

8.3.2 Les propriétés de l'échec et de la réussite

L'échec et la réussite ont des caractéristiques particulières qui peuvent induire des effets aussi bien positifs que négatifs.

La *réussite* confirme une attente. Plus le projet est ambitieux, plus la motivation est élevée et plus l'action est au centre de la vie de l'acteur, plus la réussite est ressentie positivement. La perception de réussite d'une partie du projet ou de l'action peut orienter le résultat final dans le sens du succès. Elle encourage à agir.

La réussite est liée à la récompense, entraînant une gratification narcissique. Elle valorise l'enfant et développe sa confiance en lui-même. Elle est nécessaire à la construction du moi.

La réussite peut avoir des effets négatifs: si elle est considérée comme définitive, elle ne stimule plus à agir, créant l'immobilisme et la stagnation. La personne se complait dans sa réussite et répète les mêmes stratégies;

¹ Lacroix J., *L'échec*, PUF, Paris, 1969.

elle ne se remet pas en question. Dans une telle situation, l'échec risque de prendre des proportions démesurées.

L'échec implique la déception d'une attente; il amène une insatisfaction. Plus le projet ou l'action étaient importants pour la personne, plus l'échec est ressenti douloureusement.

L'échec est stimulant lorsqu'il est considéré comme un défi. Il oblige à repérer des erreurs et à développer de nouvelles stratégies ou à déplacer son action et changer de but.

"Il donne une consistance à la réalité, car rien n'est plus réel que ce qui nous résiste"¹.

Il est fécond quand il permet des remises en question, une distanciation et une réflexion sur soi, son action et les autres. Il produit un stress créateur d'énergie. Il provoque un conflit interne indispensable à la maturation affective et cognitive.

L'échec a des effets négatifs lorsqu'il est considéré comme une sanction; lorsqu'il dévalorise l'enfant, entraînant une blessure narcissique; lorsqu'il est ressenti comme définitif. Il peut alors entraîner la personne à stagner dans la situation d'échec et la décourager à entreprendre d'autres projets. Il peut provoquer un stress destructeur et des troubles physiques et psychiques.

On distingue les réactions à l'échec et les réactions d'échec.

La *réaction à l'échec* est une réaction normale, saine et constructive qui relance l'activité afin de parvenir au succès. Elle sous-entend l'adaptation du sujet à la réalité.

Des mécanismes tels que la banalisation, la dédramatisation au moyen de l'humour, par exemple, et la programmation des nouvelles tâches aident à affronter le problème.

L'enfant peut manifester de la colère, du découragement, nier l'échec ou renverser les causalités. Tant que ces conduites sont passagères, elles servent à l'adaptation et précèdent souvent la reprise de l'action.

Les *réactions d'échec* inhibent l'action ou conduisent l'enfant à se confiner au petit nombre d'activités qu'il a l'impression de maîtriser. Il est alors incapable de s'adapter à des situations nouvelles. Il est découragé, se sent dévalorisé et peut développer des sentiments d'infériorité.

L'échec l'atteint si profondément dans son identité qu'il se réfugie dans des conduites de fuite, de compensation ou de découragement qui lui

¹ Séminaires, 1989.

permettent d'échapper à l'obstacle. Parmi ces mécanismes de défense, on rencontre: la survalorisation, la négation de l'échec, le renversement des responsabilités, le refuge dans un monde imaginaire ou la fuite dans la maladie et la passivité.

8.3.3 Le jugement de réussite ou d'échec

Le degré de réussite ou d'échec d'une action ou d'un projet dépend du rapport entre l'intention et le résultat. L'appréciation du résultat suppose une confrontation de l'enfant avec la réalité et un jugement sur cette réalité.

Certains résultats sont clairs, d'autres moins, mais la manière dont ils sont ressentis dépend de facteurs essentiellement subjectifs: la perception que l'enfant a de lui-même et de la réalité, ses attentes, celles de son entourage, les normes et les valeurs de son milieu social.

Lacroix¹ distingue le niveau d'aspiration et le niveau d'expectation.

Le niveau d'aspiration correspond à l'intention, au but fixé, à un idéal. Il se constitue d'après des normes et des valeurs sociales et d'après des normes et des valeurs personnelles résultant, entre autres, des expériences et des apprentissages réalisés durant l'enfance.

Le niveau d'expectation représente le résultat que l'on estime pouvoir atteindre étant donné son niveau de performance. Ce niveau dépend de la conscience de ses capacités et de la confiance en soi de manière générale.

Si ces différents facteurs influencent la perception de la situation, ils influencent aussi les réactions de l'enfant dans les situations de réussite et d'échec et les stratégies qu'il va mettre en place.

8.3.4 L'enfant handicapé

Les obstacles jalonnent la réalité de l'enfant handicapé. Le seul fait qu'il existe est souvent vécu comme un échec par ses parents. L'enfant sent alors que sa présence confronte ceux-ci quotidiennement à cet échec.

Selon l'atteinte et l'âge auquel celle-ci est survenue, les obstacles peuvent stimuler l'enfant et son entourage; ils développent alors des trésors de ressources pour les surmonter.

Chez l'enfant handicapé de naissance, les expériences sont moins souvent couronnées de succès, elles sont plus liées à des sentiments d'insatisfaction et de peine. Au départ, il se trouve en situation d'échec, sentiment qui peut être amplifié par celui de sa famille. Il a peu de confiance en lui et

¹ Lacroix J., L'échec, PUF, Paris, 1969.

ressent vite le stress. Il peut développer des réactions d'échec avec toute la variété des conduites que celles-ci impliquent. "Il agira moins, ses proches seront tentés de faire à sa place ce qui est difficile ou de le laisser de côté car il les sollicite peu. Un cercle vicieux risque de s'installer où les carences en expériences augmentent encore le handicap"¹.

Il peut aussi s'efforcer par tous les moyens de répondre à ses attentes et à celles de son entourage. Si les exigences sont réalistes et que l'enfant est soutenu, il peut mettre en œuvre son potentiel comme nous l'avons vu plus haut; sinon, il risque de s'épuiser et ses victoires coûteront cher, car elles seront remportées aux dépens du développement d'autres aspects de sa personnalité.

L'enfant qui vient en thérapie connaît déjà l'échec; "Il a souvent un niveau d'expectation bas, donc peu confiance en lui, alors que son niveau d'aspiration peut être très élevé, car il désire arriver à faire comme tout le monde"¹. Souvent, il a peur du changement et refuse la nouveauté; il préfère se cantonner à un nombre restreint d'activités qu'il est sûr de réussir.

8.3.5 L'exploitation de la réussite et de l'échec en ergothérapie

L'atelier d'ergothérapie est, par définition, un lieu où l'enfant entreprend, où il agit, où il affronte la réalité, donc où il est confronté à l'éventualité d'un échec².

Pourtant, c'est un lieu privilégié, car à l'ergothérapie, ce n'est pas tout à fait comme "dans la vie": l'enfant a le temps, il peut essayer, recommencer, prendre des risques et des initiatives; il peut faire des erreurs et échouer sans que cela ait des conséquences catastrophiques. Il a le droit d'expérimenter loin du regard moqueur des copains et de l'attente de son entourage.

Les buts de l'ergothérapie

L'ergothérapie vise une meilleure adéquation entre le niveau d'aspiration et le niveau d'expectation de l'enfant. Elle recherche surtout l'amélioration de la confiance en soi de l'enfant. Cette confiance est nécessaire pour affronter la réalité, prendre des risques, recommencer après un échec.

En agissant, l'enfant prend conscience de ses possibilités et de ses limites; il constate qu'il est capable de trouver des stratégies pour réussir; il apprend à repousser ses limites.

¹ Séminaires, 1989.

² Séminaires, 1990.

“La confiance en soi est un des moteurs de l’action et la réussite son renforcement positif”¹.

Les moyens de l’ergothérapie

L’ergothérapeute manipule plusieurs variables, afin de créer les conditions dans lesquelles l’enfant expérimente l’échec ou la réussite de ses actions. Elle les dose de manière progressive en fonction des réactions de l’enfant ainsi que des buts et des objectifs du traitement.

Avant tout, il est indispensable qu’elle connaisse bien l’enfant: ses compétences et ses problèmes, ses aspirations, ses intérêts, son histoire, ses normes personnelles et celles de son entourage, comment il juge ses actions plus ou moins réussies ou échouées, comment il réagit.

L’âge de l’enfant et la période de son développement jouent un rôle dans la manière de doser l’échec et la réussite dans les activités. Il y a des périodes où l’enfant a plus besoin de réussites, d’autres où il doit plutôt apprendre à gérer les échecs. A la puberté, par exemple, il est particulièrement important de préparer l’enfant à vivre la crise de l’adolescence en ayant acquis une conscience aussi précise et concrète que possible de ses ressources et de ses difficultés. S’il a expérimenté qu’il est capable de se confronter à des échecs et à l’angoisse que ceux-ci entraînent, il se construira une nouvelle sécurité pour s’ouvrir au monde plus vaste qui le sollicite.

Au début d’une thérapie, il est souvent utile de privilégier la réussite. Une meilleure confiance en lui renforce l’identité de l’enfant, augmente sa motivation et influence sa perception de la réalité; elle lui permet d’intensifier son sentiment de réussite et de relativiser l’échec et d’affronter celui-ci de manière plus active.

Le choix des activités

Chaque activité choisie doit intéresser suffisamment l’enfant pour susciter son désir d’agir.

L’activité comportera une part de connu et une part de nouveauté. Si l’enfant connaît bien l’activité et la maîtrise, il répète ce qu’il sait mais risque de s’ennuyer, l’impression de réussite sera faible. Si la part d’inconnu est trop élevée, il risque d’être désorienté et d’échouer.

L’enfant peut réagir de la même manière si l’activité est trop facile ou trop difficile.

¹ Séminaires, 1989.

La complexité d'une activité dépend du nombre de séquences qu'elle comporte et de la durée de celles-ci. En outre, il peut exister une seule manière d'exécuter certaines séquences; on parle alors de "nœud"; le risque d'échec est plus élevé. Lorsqu'il existe plusieurs manières de procéder, on parle de "sécurité", car l'enfant peut choisir l'outil ou la procédure qui correspond à ses possibilités. L'ergothérapeute mesure la durée de l'activité.

Elle évalue le coût de l'activité pour l'enfant par rapport au bénéfice qu'il en retire. Le coût renvoie aux difficultés physiques, affectives et cognitives que l'enfant doit surmonter pour réussir.

N'importe quelle activité permet le dosage de la réussite et de l'échec. Il en est cependant qui s'y prêtent particulièrement bien: ce sont les jeux de société et les jeux de compétition avec des pairs. Les résultats sont clairs; ils ne sont pas définitifs; l'enfant peut mesurer ses progrès. Il perd et gagne tour à tour. Il se confronte aux autres.

Les jeux symboliques permettent à l'enfant de revivre à sa manière et d'élaborer une réussite ou un échec.

L'intervention de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute dispose de nombreuses techniques pour soutenir l'action de l'enfant. Elle dose consciemment son intervention et prend une part plus ou moins active au résultat.

Elle crée les conditions de réalisation de l'activité en préparant et en disposant le matériel nécessaire.

Elle guide ou facilite les mouvements; elle induit ou propose les positions adéquates. Elle peut adapter l'activité à l'enfant et utiliser des moyens auxiliaires.

Elle laisse suffisamment de temps à l'enfant pour agir et réagir et décide à quel moment il est vraiment nécessaire, soit de lui donner un coup de pouce soit, au contraire, de le laisser se débrouiller seul.

Par le langage, elle peut guider, renforcer et encourager l'enfant. Surtout, elle va, si c'est possible, parler avec lui du résultat obtenu et lui donner un feed-back sur son action. Ensemble, ils vont discuter et évaluer la réussite ou l'échec; comprendre les causes de ce dernier. Ils peuvent relativiser un échec et envisager d'autres stratégies.

Souvent, un enfant se donne beaucoup de peine pour produire un piètre résultat; il convient alors de valoriser plutôt la démarche que le produit fini. Gratifier l'effort permet aussi à l'enfant de ne pas confondre l'échec de ce qu'il fait avec un échec de ce qu'il est, ce qui le conduirait à se sentir "échec et mat"; il doit comprendre que la partie n'est pas terminée.

L'ergothérapeute doit pouvoir relativiser les objectifs spécifiques qu'elle a posé pour le traitement en acceptant et en valorisant les stratégies très personnelles que l'enfant peut découvrir pour arriver à ses fins.

Dans le cas de François, p. 211, nous avons vu qu'un des facteurs à l'origine des crises de rage de l'enfant était la frustration due au sentiment que celui-ci échouait à répondre aux attentes de son entourage. Ce sentiment était amplifié par celui de la mère qui ressentait un échec de son rôle de mère. Renforcer l'identité de l'un et de l'autre a été un des objectifs de la thérapie. Sa réalisation a passé par le regard différent qu'ils ont été amenés à porter sur eux-mêmes à travers la réussite ou l'échec d'activités, l'amélioration des performances de l'enfant et la prise de conscience de leurs compétences respectives.

Il ne faut pas négliger le fait que la manière dont une ergothérapeute dose la réussite ou l'échec chez un enfant dépend aussi de sa propre conception de l'échec et de la réussite. Le seuil de tolérance de l'adulte est parfois plus bas que celui de l'enfant.

L'ergothérapeute a aussi des buts et des projets en ce qui concerne l'enfant. Elle a son niveau d'aspiration et son niveau d'expectation professionnelle. Elle a ses représentations et ses attentes. Comment considère-t-elle l'échec ou la réussite d'une thérapie, comment y réagit-elle?¹

Ces questions évoquent quelques-unes des multiples variables que nous ne maîtrisons pas toutes et qui jouent également un rôle dans le dosage de la réussite et de l'échec durant la thérapie.

8.4 L'ESPACE DE LIBERTÉ DE L'ENFANT

Bien que les objectifs explicites de la séance d'ergothérapie concernent en général des capacités sensori-motrices et cognitives dont l'acquisition facilitera l'action indépendante de l'enfant, la principale finalité de l'ergothérapie est de faciliter l'initiative de l'enfant afin qu'il soit acteur et créateur de sa vie en interaction avec son environnement. Cette finalité sous-tend tout le traitement.

Nous présentons ici, avec la notion "d'espace de liberté", le rôle que cet espace joue dans l'expression de l'esprit d'initiative de l'enfant et dans le développement de la capacité de celui-ci à décider pour lui-même.

¹ Guillet M., Overnay S., Echechs et mots, travail de diplôme, Ecole d'ergothérapie, EESP, Lausanne, 1988.

Nous développons comment il est possible et nécessaire de tenir compte d'un espace de liberté dans l'organisation d'une séance ainsi que les moyens de l'ergothérapie pour favoriser l'acquisition des capacités évoquées plus haut¹.

8.4.1 L'initiative et ses limites

Chaque enfant en bonne santé possède des ressources et un dynamisme intérieur qui lui permettent d'acquérir très progressivement la capacité de diriger son existence. Il faut cependant qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour permettre l'épanouissement de ces compétences.

L'enfant handicapé bénéficie, au départ, du même dynamisme qu'un autre enfant, et, même si ses ressources sont moindres, il n'en éprouve pas moins le besoin de se réaliser à sa manière.

Force est cependant de constater que beaucoup d'enfants handicapés montrent peu d'initiative. Ils manquent de curiosité. Ils essaient de comprendre ce qu'on attend d'eux et s'y conforment. Ils paraissent ainsi hyperadaptés, mais ils n'expriment rien d'eux-mêmes. Ils ont pris l'habitude que d'autres décident pour eux. On peut se demander quelles violences ces enfants ont subies pour anéantir pareillement leur volonté propre.

C'est que les conditions de développement et le contexte de vie de l'enfant handicapé, surtout s'il l'est de naissance, ne favorisent malheureusement pas son initiative et son indépendance.

Une première contrainte est due au handicap même, qui entraîne des limites plus ou moins graves. L'enfant dépend plus des autres pour agir; on fait pour lui ou avec lui.

D'autres contraintes viennent des divers thérapeutes et intervenants qui tous ont élaboré des buts à son intention et risquent de décider à sa place. L'enfant est beaucoup plus contrôlé pour faire "juste", surtout s'il vit en institution, alors que l'enfant "normal" essaie tout seul dans son coin, tâtonne, réussit ou échoue, recommence, passe d'une activité à l'autre sans qu'on attende toujours des résultats et sans qu'on l'observe constamment.

Enfin, le temps de l'enfant est extrêmement rempli: chaque heure de la journée est exploitée pour un apprentissage, une thérapie ou une activité à rendement. Son horaire est si chargé qu'il n'a plus une minute pour souffler et se détendre, qu'il n'a plus le temps d'exister pour lui-même.

C'est aussi le cas de nombre d'enfants non handicapés, mais eux ont plus souvent l'occasion de se ménager des plages de liberté, ne serait-ce

¹ Séminaires, 1989, 1990.

qu'à la récréation, en rentrant de l'école ou en s'enfermant dans leur chambre.

8.4.2 Pour un espace de liberté

Nous avons appelé "espace de liberté" cette zone intermédiaire où l'on ne demande rien à l'enfant. Dans cet espace-là, il n'y a pas de pression extérieure, pas de contrainte, si ce n'est personnelle. L'enfant peut exprimer ce qu'il ressent, faire ce qu'il veut ou ne rien faire. Son comportement s'échelonne entre la passivité et l'activité; le pôle passif étant l'état de rêverie et le pôle actif celui de la décision indépendante et de l'action. Il gère ce moment comme il le souhaite. Sa durée importe peu; c'est sa qualité et sa fréquence qui comptent.

"L'espace de liberté est, avant tout, un espace symbolique dont la fonction principale est de permettre à l'enfant de se centrer sur lui-même"¹. Il va porter son attention sur ce qui se passe en lui et, dans cet espace, il pourra répondre à sa manière à ce qu'il perçoit de ses besoins et de ses désirs.

Cet espace sert aussi à décompresser. Loin des contraintes thérapeutiques et éducatives, il peut relâcher la tension accumulée.

Enfin, dans cet espace, l'enfant peut, non seulement, déconnecter de la réalité et partir dans son monde imaginaire, mais il peut aussi intégrer cette réalité; il la revit, l'organise et s'en distancie.

L'espace de liberté joue donc un rôle important dans le développement de la capacité de l'enfant à s'approprier la réalité et à initier ses actions. S'il ne peut en bénéficier suffisamment, "il se limitera à copier ce qu'il a appris; il répétera un modèle auquel il se conforme, mais qu'il n'aura pas fait sien"².

Il est aussi possible que "la masse des contraintes qui lui sont imposées étouffe le vivant chez l'enfant handicapé, mais les forces psychiques sont d'une telle résistance qu'elles sont rarement étouffées définitivement"³.

Il nous paraît nécessaire que toutes les personnes concernées par l'enfant reconnaissent l'espace de liberté comme un besoin réel de celui-ci: ils accepteront, alors, que l'enfant puisse paraître inactif et qu'il échappe à leurs bons soins.

¹ Séminaires, 1989.

² Séminaires, 1989.

³ Miller A., *C'est pour ton bien*, Aubier, Paris, 1984, p. 142.

La manière de ménager des espaces de liberté à l'enfant handicapé est un problème qui se pose aussi bien aux parents et aux pédagogues qu'aux thérapeutes.

Dans le cadre de la collaboration interdisciplinaire, il serait bon de l'évoquer pour tous les enfants avec l'équipe et avec les parents. Chacun en tiendrait compte lorsque les horaires des enfants sont organisés en début d'année scolaire, par exemple. On pourrait aller jusqu'à planifier des périodes où l'enfant n'a rien à son programme!

8.4.3 L'espace de liberté en ergothérapie

Quant aux séances d'ergothérapie, il paraît paradoxal de vouloir y introduire des espaces de liberté, puisque la thérapeute a défini tout un programme afin de réaliser des buts et des objectifs. Pourtant, l'ergothérapeute dispose de quelques moyens pour incorporer cet espace dans la séance et pour entraîner l'enfant à prendre des initiatives. En effet, gérer son temps nécessite un apprentissage pour l'enfant habitué à être pris en charge.

Il va expérimenter cette ouverture dans un cadre précis, celui de la séance, puis il la vivra seul durant ses moments libres. Il acquerra progressivement les moyens de se créer son propre espace de liberté.

Dans cette perspective, l'attitude de l'ergothérapeute est déterminante; elle appliquera des principes tels que le choix des activités, la structuration de la séance ou l'usage du langage.

Le choix des activités et les alternatives dans l'activité

L'enfant a des besoins et des désirs qu'il veut réaliser ici et maintenant; selon son âge ou son handicap, il ne peut pas se représenter les objectifs thérapeutiques. La thérapeute peut exploiter et renforcer ce besoin en offrant à l'enfant divers choix.

Le choix peut porter sur l'activité même ou sur le jeu. Selon les possibilités de l'enfant, le choix sera large ou limité à deux activités. L'ergothérapeute acceptera le choix de l'enfant et adaptera alors l'activité aux objectifs du traitement. Elle peut aussi négocier avec l'enfant; chacun argumente alors les avantages et les inconvénients de l'activité proposée.

Toute activité implique une série de décisions: l'enfant choisira les couleurs, la grandeur, le matériel et certains outils. Le choix pourra porter sur des activités ou des jeux qui offrent plus ou moins d'alternatives ou de possibilités d'expression. Une activité telle que la cuisine, par exemple, est riche en alternatives.

Une progression est nécessaire, bien entendu.

La structure de la séance

La séance de traitement offre un cadre qui n'est pas incompatible avec l'aménagement d'espaces de liberté, dans la mesure où les limites sont précises et explicites sans être rigides.

Une séance trop remplie ne favorise pas la négociation; bousculés par le temps, thérapeute et enfant se pressent pour arriver à terminer le programme prévu et escamotent les moments où l'on se laisse le temps de choisir et d'hésiter.

La thérapeute peut prévoir à divers moments des pauses qui pourraient correspondre à de petits espaces de liberté.

S'il est souvent nécessaire qu'un enfant agisse d'une manière précise pour suivre un objectif, la thérapeute peut aussi ménager des moments où l'enfant agit librement sans devoir forcément produire un résultat; il peut alors expérimenter l'effet de ses actions, faire des erreurs, voire des bêtises.

Nous avons déjà parlé de l'importance du temps: donner à l'enfant le temps de réagir, le temps d'approcher des activités de plusieurs façons et le temps de s'y intéresser.

Courir des risques est un aspect de l'espace de liberté. Certains outils, les engins du modèle de pratique de J. Ayres, par exemple, entraînent des dangers auxquels les enfants souhaitent souvent se confronter. Dans des limites de sécurité raisonnable, l'enfant apprendra à connaître risques et dangers et à en évaluer les conséquences. Un environnement protégé et inquiet n'incite ni à la curiosité ni à l'exploration.

Laisser l'enfant seul un moment peut lui permettre de s'organiser hors de la présence de l'adulte, quitte à ce qu'il ne fasse rien.

L'attitude de la thérapeute

C'est d'abord par son attitude, fondée sur sa vision de l'enfant et de la profession, que l'ergothérapeute encourage l'indépendance de l'enfant et son esprit d'initiative et qu'elle met en valeur ses ressources. Par son attitude, l'ergothérapeute suscite l'initiative de l'enfant: elle lui laisse suffisamment de temps pour réagir et expérimenter.

Elle est attentive à toutes les manifestations, si fugitives soient-elles, d'une volonté propre; elle facilite leur expression et leur réalisation; elle les valorise.

L'ergothérapeute accompagne l'enfant, mais limite au maximum son assistance; c'est l'enfant qui dirige autant que possible les opérations, même si ce n'est pas toujours de la manière prévue par la thérapeute. Un

succès, même relatif, de ses initiatives permettra à l'enfant de prendre confiance en lui. L'ergothérapeute est capable de faire des compromis, entre ce qu'elle estime bon pour l'enfant et le besoin que celui-ci exprime.

Prenons l'exemple d'un enfant de cinq ans tétraplégique spastique: il vient de découvrir qu'il peut se déplacer seul en sautillant à quatre pattes comme une grenouille. Cette acquisition lui ouvre un nouveau monde qu'il explore avec passion; sa curiosité et son esprit d'initiative s'éclatent. Mais la position dans laquelle il se déplace, assis entre ses jambes, est terrible et risque d'hypothéquer ses possibilités de marcher plus tard. L'ergothérapeute et la physiothérapeute qui le traitent vivent un conflit.

Si on interdit à l'enfant de se déplacer dans cette position, son esprit d'initiative sera freiné, son développement cognitif et affectif seront entravés. Si on le laisse continuer, le schéma pathologique risque de se fixer. Que faire? C'est là que la vision globale de l'enfant entre en jeu: l'enfant, ici et maintenant, et l'enfant dans l'avenir.

A notre avis, il est si important pour l'ensemble du développement de l'enfant qu'il puisse vivre cet exceptionnel espace de liberté que permet le déplacement autonome; l'en priver, sous prétexte d'une hypothétique qualité de marche à venir serait lui faire violence. Cependant, la capacité de faire des compromis conjuguée aux ressources techniques permettront certainement aux thérapeutes de trouver un procédé ou un moyen auxiliaire qui soit acceptable pour l'enfant et qui limite les méfaits de la position.

Un prérequis indispensable au développement de l'esprit d'initiative est la possibilité de communiquer. Le langage est nécessaire pour exprimer, discuter, reformuler et expliquer. Le langage permet à l'imaginaire de se développer; là réside un important et nécessaire espace de liberté¹. Tout devrait être mis en œuvre pour que l'enfant dispose de moyens d'expression, quels qu'ils soient, ne serait-ce que pour indiquer "oui" ou "non". Aujourd'hui, l'électronique offre de multiples ouvertures.

8.4.4 Conclusion

Dans le cadre de la séance de traitement, il est possible de ménager des espaces de liberté grâce à une négociation entre l'enfant et la thérapeute, entre les besoins et les désirs de l'un et les compétences professionnelles de l'autre. L'enfant apprend ou plutôt réapprend à faire de ses instants libres des espaces de liberté.

¹ Dolto F., *Tout est langage*, Poche, Vertiges du Nord/Carrère, 1987.

Le principe thérapeutique qui préconise que des “espaces de liberté” permettent de développer l’esprit d’initiative et l’indépendance de l’enfant correspond à une des finalités de l’ergothérapie. “Si l’enfant n’est pas acteur dans le projet de construction de son avenir, il ne peut que tendre à réaliser les projets des autres”¹.

8.5 LE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Les premiers partenaires de l’ergothérapeute sont les parents de l’enfant ou sa personne de référence. La collaboration est indispensable lors de traitements ambulatoires. Elle est également souhaitable lorsque l’enfant est interne dans une institution. La collaboration avec les parents est une dimension importante de la mise en œuvre du traitement.

Les autres partenaires sont multiples: le plus souvent ce sont les physiothérapeutes, les logopédistes, les infirmières, les enseignants, les éducateurs, les médecins et les psychologues. Selon les institutions, d’autres professionnels se joignent à cette équipe de base: orthopédagogue, psychomotricienne ou musicothérapeute. C’est la collaboration avec ces divers intervenants qui fait l’objet de ce chapitre.

On parle beaucoup de travail pluridisciplinaire et d’interprofessionnalité. Devons-nous cette mode au fait que le nombre des professionnels psycho-médico-socio-éducatifs ne cesse d’augmenter ou aux difficultés que suscitent souvent la collaboration de personnes aux formations différentes qui revendiquent chacune leur part de la totalité du patient? Les deux hypothèses sont certes valables et il en existe d’autres.

L’idée a longtemps prévalu selon laquelle le développement technique implique la multiplicité des intervenants; celle-ci contribuerait à parcelliser la prise en charge. Cette parcellisation serait nuisible à l’enfant et mettrait en danger son évolution.

Or, d’après des études récentes¹ conduites dans de nombreuses institutions françaises, il semble que les enfants et les adolescents ne souffrent pas d’une présence pluriprofessionnelle nombreuse. Bien au contraire, celle-ci peut leur donner “une impression d’univers intéressant, car riche en observation et en échange diversifié, donc stimulant et formateur”; en

¹ Mollo S., Construire Frabrice, Ediling, Paris, 1982.

² Bauer M., Collaboration interprofessionnelle, les modèles, leurs effets, in: Collaborations dans les professions sociales, travaux réunis par M. Gottraux, Cahiers de l’EESP, Lausanne, 1990.

outre, “la pluralité des regards et la pluralité des réponses constitue une protection des personnes les plus démunies contre la toute puissance possible d’une intervention unique”¹. Selon Madame Bauer, pour que des effets favorables se produisent, l’équipe pluridisciplinaire devrait répondre à un certain nombre d’exigences:

- avoir une formation initiale et continue solide, donc des compétences qui permettent d’accéder à une identité assurée. L’interdisciplinarité nécessite l’ouverture à appréhender les objets définis par d’autres professions;
- les rôles de chacun doivent être suffisamment clairement définis pour que l’enfant ou le jeune sache qui fait quoi? pourquoi? et quand?
- chaque professionnel doit avoir le désir de savoir qui est le patient ou le client pris en charge: en permanence, l’écouter et analyser ses besoins. La “pluralité permet, en effet, le repérage des besoins dans l’ensemble des domaines où le client peut être en état de souffrance et de manque”.
- Les divers programmes doivent traduire un projet commun. La pluralité implique la possibilité d’une discussion argumentée sur les finalités, les buts et éventuellement les objectifs de la prise en charge. Elle oblige à l’échange, à la confrontation des données et à l’évaluation du sens des symptômes.
- “l’interprofessionnalité s’oppose à tout fonctionnement routinier”. Son exercice est difficile; il doit s’apprendre.

Lorsqu’une ergothérapeute est consciente de la spécificité et des limites de son intervention, qu’elle est capable de définir les finalités, les buts et les objectifs du traitement et d’argumenter son plan de thérapie, et qu’elle connaît le contexte médico-social dans lequel elle s’inscrit, elle dispose d’une base indispensable à l’interdisciplinarité. Elle pourra alors apprendre à travailler de manière pluridisciplinaire.

¹ Bauer M., Collaboration interprofessionnelle, les modèles, leurs effets, in: Collaborations dans les professions sociales, travaux réunis par M. Gottraux, Cahiers de l’EESP, Lausanne, 1990.

Cinquième partie

QUELQUES MODÈLES DE PRATIQUE SPÉCIFIQUES

Chapitre 9

LE MODÈLE DE PRATIQUE BOBATH

Anne Gossin, ergothérapeute, Hôpital des Enfants, Genève.

Introduction

Ce chapitre est consacré à l'approche Bobath et à son application dans le domaine de l'ergothérapie avec les enfants.

Les éléments théoriques que je vais essayer de retranscrire, mis à part un bref historique et quelques définitions, concernent certains aspects du développement sensori-moteur et d'autres inhérents aux principes et aux techniques de l'approche Bobath.

Le développement sensori-moteur de la naissance à la marche étant inabordable ici dans son intégralité, j'en choisirai uniquement quelques extraits pour l'intérêt qu'ils me semblent apporter à la pratique et pour leur caractère, à ma connaissance, inédit.

Les principes Bobath tels que l'évaluation, la normalisation du tonus, la facilitation et l'inhibition seront appréhendés de manière générale.

Dans la deuxième partie de ce chapitre, réservée à l'application pratique en ergothérapie, je présenterai deux pathologies, l'hémiplégie et la diplégie, à savoir celles pour lesquelles j'ai le plus d'expérience. Plutôt que de décrire leur développement sous l'angle proposé par la littérature Bobath, j'en ferai une présentation à coloration ergothérapeutique.

J'illustrerai l'application des techniques au moyen d'exemples tirés de séances de traitement avec les enfants.

Le choix de ces différents exemples permettra de faire le lien avec les aspects théoriques précédents.

Dans le cadre de ce recueil et des limites qui lui sont imparties, la présentation de l'approche Bobath n'a pas une valeur exhaustive. Elle se veut avant tout l'illustration personnelle des aspects théoriques et pratiques.

9.1 Présentation générale

Un peu d'histoire

Mme Berta Bobath commence par enseigner la gymnastique thérapeutique à Berlin. En 1933, elle se rend à Londres où elle dirige le service de physiothérapie d'un hôpital pour enfants. M. Karel Bobath arrive en Angleterre en 1939. Il est neurologue.

Mme Bobath est amenée à traiter des patients présentant des troubles neurologiques. A partir de 1939, elle met au point, en collaboration avec M. Bobath, les fondements théoriques qui sous-tendent le "traitement de type neuro-développemental".

En 1944, elle met sur pied un premier service qui accueille des patients susceptibles de bénéficier de son approche spécifique.

En 1951, Mme Bobath comme thérapeute et M. Bobath comme médecin consultant ouvrent un centre de traitement et d'enseignement pour les physiothérapeutes, les logopédistes et les ergothérapeutes.

Dans les années qui suivent, le couple Bobath voyage, notamment aux Etats-Unis, afin d'étendre l'enseignement de l'approche neuro-développementale.

Mme. et M. Bobath sont décédés en 1991 à Londres.

L'approche Bobath

L'approche Bobath a été mise au point par une physiothérapeute, elle est initialement destinée à être pratiquée en physiothérapie. Les logopédistes et les ergothérapeutes, également concernées par le travail auprès des patients présentant des troubles neurologiques, sont intéressées par le support théorique et pratique que cette approche apporte à leurs domaines respectifs.

Cette approche est fondée sur le concept de traitement de type “neuro-développemental”. Ce concept est lui-même basé sur la reconnaissance de l'importance des deux facteurs suivants:

- la maturation normale du cerveau peut être perturbée par une lésion qui conduit à un retard ou un arrêt du développement moteur;
- la libération d'une activité réflexe anormale sur le plan postural entraîne la présence de schémas posturaux et de mouvements anormaux.

A partir de là, des techniques de traitement ont été développées qui visent l'inhibition des schémas posturaux et de mouvements anormaux et la facilitation des mouvements normaux.

L'étude du développement sensori-moteur normal de l'enfant, sous ses aspects d'évolution des réactions posturales, de passage de schémas moteurs globaux à des comportements moteurs plus dissociés et sélectifs, de développement des schémas de coordination, est à la base de l'approche Bobath auprès des enfants. Elle permet d'orienter l'évaluation clinique et d'adapter le traitement selon l'âge de l'enfant.

L'approche Bobath s'adresse à des patients de tous âges présentant une lésion du SNC à localisation cérébrale et qui a pour conséquence des troubles du tonus avec affection de la coordination des mouvements.

En ce qui concerne les enfants, le succès du traitement dépend, entre autres, de la précocité de la prise en charge. Les limites de l'approche sont déterminées, notamment, par l'importance des dommages causés au cerveau par la lésion.

Le but de l'approche vise à donner à l'enfant une meilleure qualité d'action sur son environnement.

Quelques définitions

Le tonus: état de contraction des muscles qui les tient prêts à répondre au mouvement et à produire du mouvement. Le tonus est à la base de la posture et de l'adaptation posturale.

L'innervation réciproque: processus neurophysiologique qui entraîne la contraction de certains muscles périarticulaires agonistes et l'allongement des muscles antagonistes dans le but d'obtenir un mouvement lisse et coordonné.

Le mécanisme postural normal ou l'aspect fonctionnel des réactions chez le nouveau-né: le mécanisme postural normal sous-entend un tonus normal et une capacité d'innervation réciproque. Il fait intervenir des mouvements génétiquement programmés (MGP), terme qui a remplacé ce qu'on appelait les "réflexes archaïques".

Les mouvements génétiquement programmés: les MGP fœtaux interviennent dans le processus de la sortie de l'utérus, avec la marche automatique et la réaction de support qui permettent la propulsion fœtale et le "Galant" (incurvation latérale du tronc), qui permet l'expulsion fœtale. Le réflexe de Moro joue un rôle dans l'exploration utérine avec l'extension des bras et l'ouverture-fermeture de la main.

Les MGP néo-nataux présents jusque vers l'âge de trois mois jouent un rôle dans la survie du nouveau-né avec les réactions de redressement de la tête, le réflexe des points cardinaux, le réflexe de succion et le réflexe de préhension. La posture tonique asymétrique du cou, avec le contact entre l'œil et la main développe une fonction d'ouverture sur le monde extérieur.

Les MGP antigravitaires entraînent le redressement de la tête et du tronc dans un premier temps. A partir de six mois, ils permettent le redressement du tronc sur le tronc, la dissociation des ceintures, les réactions de protection et d'équilibration.

Les réactions d'appui, de protection et d'équilibration: en position assise, les réactions d'appui sont les premières présentes; elles assurent la stabilité de la posture et permettent de libérer une main pour la capture d'un objet.

Les réactions de protection apparaissent environ un mois après les réactions d'appui et protègent le corps lors d'une chute.

Les réactions d'équilibration se développent quand il y a un contrôle du tronc permettant aux membres supérieurs d'être libérés de leur fonction d'appui. Ce sont des mouvements compensatoires qui rendent possible l'ajustement postural.

9.2 Éléments du développement sensori-moteur

9.2.1 Le développement des mouvements des membres supérieurs

Les séquences de contrôle du mouvement

Le contrôle musculaire se développe dans le sens *céphalo-caudal*, à l'inverse du développement du tonus qui, dès le départ, est plus élevé dans les membres inférieurs.

Le contrôle de l'extension du tronc contre la gravité se développe avant le contrôle de la flexion contre la gravité; le nouveau-né couché sur le ventre parvient à soulever sa tête en extension; ce n'est que vers cinq mois qu'il pourra le faire quand il est sur le dos.

L'équilibre tonique entre l'extension et la flexion de part et d'autre des deux hémicorps permet la *symétrisation*, soit, le maintien de la tête au niveau de la ligne médiane du corps. Cet équilibre se construit par le passage actif d'une posture asymétrique droite à gauche et inversement. La symétrisation apparaît à trois mois.

Vers quatre-cinq mois, que l'enfant soit sur le dos ou sur le ventre, le développement de la *flexion latérale* entraîne la synergie entre les extenseurs d'un côté et les fléchisseurs de l'autre.

Vers six mois, en position ventrale, tête et dos redressés et en appui sur ses bras tendus, le bébé exerce des mouvements de rotation autour des membres supérieurs, ce qui amène à la dissociation des ceintures, c'est-à-dire à des mouvements autour de l'*axe du corps*. Le centre de gravité se situe à ce moment-là au niveau du bassin.

Le développement du contrôle musculaire de *proximal à distal* se fait par mises en charges successives d'abord sur les épaules, puis sur les coudes, sur les avant-bras et finalement sur les mains. Les reports de poids d'un bras sur l'autre, en position couchée sur le ventre, entraînent un appui latéralisé ainsi que la libération d'un bras pour les captures d'objets.

Par ailleurs, l'appui sur les bras apporte des informations tactiles et proprioceptives qui renseignent le bébé sur la longueur de ses membres supérieurs et lui donne une indication sensorielle quant à la distance entre son œil et sa main.

L'évolution des appuis sur les membres supérieurs

L'appui sur les avant-bras progresse vers les mains avec le contrôle des mouvements d'adduction-abduction de l'omoplate et l'extension des

articulations de l'épaule, du coude et du poignet. De cubital au départ, l'appui sur les avant-bras et les mains devient radial. Le bébé prend d'abord appui sur le bord externe de la main (hypothénar), puis il développe son appui sur la paume, sur le thénar et, enfin, sur le pouce.

Avec le développement du contrôle de l'extension, le bébé parvient à décoller la base de la paume de la surface, pour prendre appui sur les doigts étendus.

Le développement de la préhension, comme celui des appuis, se fait selon les deux mêmes axes cubital/radial et proximal/distal.

Le bébé est alors capable de reports de poids subtils entre le côté cubital et le côté radial de la main qui conduisent au développement de l'arche longitudinale de la main soit à l'opposition entre le pouce et les doigts. De même, les reports de poids entre la base de la paume et l'extrémité des doigts conduisent au développement de l'arche transverse de la main, soit à l'empaument.

A ce stade du développement, la dissociation entre les différents segments du membre supérieur est possible: la rotation interne/externe de l'humérus et la prosupination de l'avant-bras sont indépendantes.

L'évolution du centre de gravité du corps

Chez le nouveau-né, initialement, le centre de gravité se situe très haut, au niveau de la région dorsale. Puis, avec le développement de l'extension et le redressement de la tête et du tronc, il descend progressivement et se trouve au niveau du bassin vers six mois, avec un maximum d'amplitude pour la bascule antérieure du bassin.

D'autre part, vers six mois, les reports de poids sont déclenchés à partir du bassin. Le bébé utilise son bassin et la partie inférieure de son corps pour commencer à se propulser.

9.2.2 Quelques éléments du développement des mouvements des membres inférieurs entre zéro et six mois

Chez le nouveau-né, le pied présente à la stimulation de la plante, un mouvement réflexe comparable au réflexe de préhension. Cette hypersensibilité tactile qui engendre le réflexe de préhension diminue, que ce soit pour la main ou pour le pied, entre autres par le contact répété des extrémités avec des surfaces et des textures diverses.

Jusque vers trois mois, lorsque le bébé est sur le dos, le contact du pied avec le sol prédomine au niveau du talon et des bords latéraux du pied.

Vers trois-quatre mois, toujours couché sur le dos, le bébé commence à jouer avec ses pieds: pied contre pied et pied contre jambe. A ce stade, il est symétrisé; les mouvements des pieds réfléchissent les mouvements des mains dans leur exploration réciproque ou lors de la capture bilatérale d'un objet. La stimulation tactile de la plante du pied est importante.

Vers cinq mois, couché sur le dos, le bébé pose la plante des pieds à plat sur le sol et exerce l'extension du dos. La mise en charge sur les pieds commence à se faire de manière active.

L'exploration des pieds avec les mains constitue l'aboutissement d'un enchaînement dans la découverte du corps propre par le toucher, qui suit la logique du développement céphalo-caudal.

A trois-quatre mois, le bébé met les deux mains à la bouche, sur sa poitrine et sur son ventre.

A quatre mois, il saisit la peau des cuisses et explore ses membres inférieurs jusqu'aux genoux.

A cinq mois, il attrape ses jambes et ses pieds.

A six mois, il met ses pieds à la bouche; la bascule postérieure du bassin atteint son maximum d'amplitude.

9.3 Principes de traitement

9.3.1 Evaluation

L'approche Bobath possède ses propres moyens d'évaluation dont les lignes directrices sont les suivantes:

- évaluer le tonus au repos et dans l'activité;
- établir le statut orthopédique et musculaire (contractures/rétractions) et évaluer l'amplitude articulaire;
- observer l'enfant dans différentes positions et dans les passages d'une position à l'autre en se référant au développement moteur: sur le ventre, sur le dos, retournements, passage à la position assise, à quatre pattes, à genoux redressés, en chevalier servant, debout, marche.

Dans ces différentes postures, on observera plus spécialement:

- une asymétrie entre les deux hémicorps,
- les mouvements possibles des différents segments,
- les réactions d'appui, de protection et d'équilibration,
- la coordination oculo-manuelle,

- la respiration et le langage,
- les capacités de déplacement.

En ergothérapie, on mettra particulièrement l'accent sur la *position assise*:

- jambes tendues (long sitting),
- de côté,
- sur une chaise avec les pieds au sol.

On observera:

- le redressement de la tête et du tronc,
- la bascule antéro-postérieure et latéro-latérale du bassin,
- la symétrie de la posture,
- les réactions d'appui, de protection et d'équilibration,
- les mouvements possibles de la tête et des membres supérieurs,
- l'influence possible des mouvements des membres supérieurs sur ceux des membres inférieurs et inversement,
- la dissociation des ceintures,
- le croisement de la ligne médiane,
- la coordination oculo-manuelle,
- la capacité à saisir des objets dans tout le champ de préhension et avec quelle main,
- le passage à la position debout.

Dans la *position debout*, on observera les capacités suivantes:

- marcher/courir/sauter,
- tenir l'équilibre sur un pied,
- marcher de côté et en arrière,
- monter et descendre des escaliers,
- lancer/attraper/shooter un ballon.

A côté de cet examen basé sur les aptitudes motrices de l'enfant, on s'intéressera à l'*équipement adapté* dont il dispose: chaises pour le jeu, la classe, la toilette et les repas, meuble de station debout, moyens de déplacements (pousse-pousse, déambulateur, cannes, vélo, chaise roulante).

Evaluation du développement de la *préhension*

On observera:

- sur le dos, la position des membres supérieurs au repos et dans l'exploration du corps propre; une asymétrie posturale,
- sur le ventre, la position des bras (de leurs différents segments) et leurs appuis liés au redressement de la tête et du dos,

- l'influence du réflexe tonique symétrique du cou,
- l'évolution du réflexe de préhension, son intégration et l'apparition des réactions d'orientation de la main à partir de stimulations tactiles,
- la capture volontaire à partir d'une stimulation visuelle; la coordination oculo-manuelle,
- l'approche de l'objet dans différentes postures (ventre/dos/assis) et dans différents plans de l'espace (droite/gauche/plan médian),
- le type de préhension, c'est-à-dire la position du poignet et des doigts lors de la saisie d'un bâton, d'un cube ou d'une perle,
- la capacité à relâcher la prise de l'objet,
- les schémas de manipulation de l'objet.

9.3.2 But fonctionnel

Les observations faites dans le cadre de l'évaluation permettent de déterminer les difficultés de l'enfant, de les situer dans un contexte défini par son âge, son milieu socio-culturel et familial et de cerner les incapacités fonctionnelles consécutives à ses déficits.

Ces observations constituent le point de départ du traitement dont le but est envisagé sous un angle essentiellement fonctionnel. Le travail en thérapie doit être pensé, orienté dans le sens d'un prolongement possible au niveau du jeu, des activités de la vie quotidienne et des apprentissages scolaires.

9.3.3 Normalisation du tonus

L'évaluation du tonus

Lorsque les changements posturaux produisent un ajustement musculaire rapide et immédiat, le tonus est normal.

Lorsqu'on observe une résistance importante aux changements posturaux, le tonus est trop élevé, on parle alors de spasticité ou de rigidité.

Lors du changement de posture, une résistance intermittente alternant avec une absence totale de résistance révèle des mouvements athétosiques. Dans les cas d'hypotonie, il n'y a pas de résistance au changement de posture et on observe une hyperlaxité au niveau articulaire.

Les enfants auxquels s'adresse l'approche de Bobath présentent un tonus où prédomine l'un ou l'autre type de troubles décrits ci-dessus mais, dans la plupart des cas, on observe la présence combinée de ces troubles.

On peut citer l'exemple de l'enfant hypertonique qui, lorsqu'il abaisse son tonus, devient hypotonique.

Lors de l'évaluation du tonus, on considère le tonus de base au repos, dans des conditions de stimulations habituelles et le tonus au cours d'activités. On observe sa distribution dans le tronc et les différents segments ainsi que la présence des réflexes toniques dans différentes positions.

La normalisation du tonus

Le tonus détermine la qualité des réactions automatiques de redressement et d'équilibration ainsi que la qualité du mouvement volontaire.

La normalisation du tonus est à la base du traitement et permet de déclencher les réponses automatiques et de favoriser les mouvements volontaires.

Les moyens d'influencer le tonus

On peut abaisser le tonus:

- par un mouvement lent, passif, de l'enfant sur une surface mobile (ballon, rouleau, thérapeute, etc.),
- par l'élongation des muscles spastiques dans un schéma opposé au schéma spastique,
- par la rotation du tronc et la dissociation des ceintures dans un mouvement actif et/ou passif.

On peut augmenter le tonus:

- par un mouvement actif produit par l'enfant lui-même, des mouvements et des changements de position contre la gravité,
- par des mises en charges,
- par la compression qui s'effectue au moyen de:
 - la main du thérapeute dans la mesure où les segments restent dans un alignement correct,
 - le rebondissement sur un ballon,
 - des jeux avec un ballon lourd,
- par le "tapping" ou la stimulation directe sur la masse musculaire,
- par des mouvements contre résistance.

À côté des techniques thérapeutiques, d'autres facteurs, de l'ordre de l'émotion et des stimulations sensorielles, contribuent à augmenter le tonus.

On le constate, il est plus facile, et les moyens sont plus nombreux, d'augmenter le tonus que de le diminuer et, surtout, de le maintenir abaissé.

9.3.4 L'inhibition et la facilitation des mouvements

On veut *inhiber* un tonus anormal, des schémas de mouvements et de postures anormaux: tels que l'utilisation d'un mouvement en hyperextension de la tête et du tronc au passage de la ligne médiane ou la fixation dans certaines postures (danger de déformation, de contracture).

On veut *faciliter* le mouvement normal, c'est-à-dire les réactions d'appui, de protection et d'équilibration, les séquences de mouvement de la position couchée à la marche et le mouvement isolé des différents segments.

La facilitation permet à l'enfant d'avoir l'expérience et la sensation du mouvement normal sur le plan tactilo-kinesthésique.

9.3.5 Les points clefs de contrôle

Ce sont les différentes parties du corps, surtout proximales (bassins/épaules) à partir desquelles on peut avoir une influence sur l'activité réflexe, la spasticité et la distribution du tonus.

En thérapie, le plus souvent, on inhibe et on facilite simultanément.

La position de départ ainsi que les surfaces d'appui sont déterminantes pour la facilitation.

9.4 Application de l'approche Bobath en ergothérapie

Le moyen de l'ergothérapie est l'activité. Chez les enfants, l'activité se définit en terme d'action, soit sur le corps propre afin d'en modifier la perception et la représentation, entre autres au moyen de stimulations polysensorielles, soit sur le monde extérieur, dans le but d'en modifier la configuration spatiale. L'enfant transforme son environnement par des activités instrumentées. L'intérêt de l'ergothérapie consiste à déterminer par quelles activités et avec quels moyens l'enfant qui présente un déficit sensori-moteur va pouvoir élaborer les coordinations qui lui donnent accès à la perception et à la représentation de son corps et du milieu dans lequel il se trouve.

L'approche Bobath constitue un moyen ou un support sur les plans du tonus et de la posture qui prépare l'enfant à l'utilisation de ses segments corporels comme outils efficaces.

Afin d'illustrer l'utilisation des techniques Bobath, j'essayerai de décrire des situations modèles dans le cadre de séances d'ergothérapie.

Les cas que j'évoquerai concernent des enfants entre 2 et 8 ans environ qui présentent soit une hémiplégié, soit une diplégie. Ce sont des enfants scolarisés ou en voie de l'être, qui se déplacent sans aides ou avec un déambulateur. Je n'entrerai pas en matière sur l'anamnèse de ces enfants, mais, au-delà du caractère unique de chaque enfant et de chaque traitement, j'essayerai de dégager les lignes de force des objectifs et des moyens thérapeutiques pour chacune des deux pathologies.

Les enfants hémiplégiques se caractérisent par un déséquilibre entre les deux hémicorps, tant sur le plan moteur, avec une hypertonie en extension pour le membre inférieur et en flexion pour le membre supérieur, que sur le plan sensoriel, avec une prédominance du système à voie spino-thalamique sur le système à voie lemniscale.

L'hémicorps atteint reste constamment en retrait. L'hémicorps sain développe des habiletés motrices, notamment au niveau du membre supérieur, qui tendent à compenser l'absence de coordination bimanuelle.

L'appui pour l'action de l'hémicorps sain sur l'autre ne se réalise pas, ni l'inverse à plus forte raison.

Les principaux objectifs fixés pour ces enfants dans le cadre de leur thérapie sont les suivants:

- prendre conscience de l'hémicorps atteint par l'utilisation des entrées sensorielles tactiles, proprioceptives, visuelles et auditives, avec certaines des techniques d'intégration sensorielle selon J. Ayres,
- mettre en mouvement le membre supérieur hémiplégique: suivre des objets en mouvement, les saisir, les relâcher, les faire tomber, etc.
- coordonner l'action globale des membres supérieurs dans des activités engageant tout le corps (pousser/tirer) qui permettent également la dissociation des ceintures; selon l'orientation que l'enfant veut donner à son action, c'est l'un ou l'autre hémicorps qui se place en avant de l'autre,
- coordonner l'action des deux mains; la main hémiplégique devient un point d'appui pour l'action de la main saine,
- donner à l'hémicorps atteint une fonction d'appui quelle que soit la posture, afin de libérer l'autre côté pour l'action. L'accent est mis sur les appuis du bassin et du membre supérieur du côté atteint.

Ces appuis vont permettre au membre supérieur sain de croiser la ligne médiane du corps en direction de l'hémi-espace du côté atteint et inversement.

Chez les enfants diplégiques, la répartition du tonus musculaire se manifeste par une hypotonie du tronc et une hypertonie des membres.

Le maintien de la posture assise avec un redressement du tronc est difficile à obtenir et à contrôler, on observe une cyphose dorsale et une bascule postérieure du bassin.

Les enfants diplégiques se caractérisent par une dissociation fonctionnelle entre les deux hémicorps; ils agissent indépendamment l'un de l'autre avec une préférence pour un côté qui n'a rien à voir avec la latéralisation. Le côté préférentiel est souvent celui où l'hypertonie est la moins importante.

La coordination entre les deux hémicorps n'est pas réalisée: sur le plan oculo-moteur, on observe, dans les poursuites lentes, une ou plusieurs saccades ou une perte de la cible au croisement de la ligne médiane. Sur le plan postural, le contrôle axial n'étant pas acquis, la dissociation des ceintures est difficile.

La posture assise symétrique, avec la tête dans l'axe du corps, entraîne une rupture du tonus au niveau du tronc et une hypotonie de la face qui se manifeste par la bouche ouverte et une salivation.

Les activités de coordination bimanuelle en posture symétrique sont difficiles à réaliser: l'hypertonie en flexion des membres supérieurs augmente, la cyphose dorsale est compensée par une hyperextension de la nuque, les épaules sont enroulées et le strabisme est accentué.

Les techniques Bobath sont intéressantes dans le travail auprès des enfants diplégiques dans la mesure où elles donnent les moyens d'inhiber le schéma postural décrit ci-dessus et de faciliter:

- le redressement du tronc avec la bascule antérieure du bassin, nécessaires pour permettre la dissociation des ceintures,
- l'ouverture de la ceinture scapulaire, les mouvements isolés de la tête et des bras et les appuis sur les membres supérieurs,
- le croisement de la ligne médiane au niveau des membres supérieurs, ce qui amène chaque main à explorer l'hémi-espace opposé,
- les transferts de poids d'une fesse sur l'autre qui contribuent à ce que l'enfant puisse prendre appui sur un hémicorps, l'autre étant libéré pour l'action.

Situations de traitement

Petit garçon hémiplégique droit de douze mois qui ne tient pas encore assis.

Activité de poursuite oculo-manuelle, de capture et d'exploration du corps propre.

L'enfant est couché sur le dos avec un coussin triangulaire sous les fesses qui a pour fonction de produire une bascule postérieure du bassin et d'inhiber le schéma en hyperextension dans cette position. Il suit du regard et de la main un jouet sonore et coloré que je déplace de gauche à droite et inversement à la portée de son bras tendus.

Il parvient à croiser la ligne médiane avec la main saine. Puis, je l'incite à prendre l'autre main qui suit le déplacement de l'objet un peu au-delà de la ligne médiane. Dans cette position, des captures d'objets divers sont réalisées avec le bras hémiplégique. De même, il parvient à attraper des anneaux et gobelets enfilés sur ses pieds avec l'une ou l'autre main.

Petite fille de cinq ans et demie, diplégique, qui commence à marcher avec un déambulateur.

Activité de transport d'objets avec le support d'une histoire.

En position assise, elle présente le schéma caractéristique des enfants diplégiques. Elle est assise en amazone sur un rouleau appuyée sur la jambe droite que je maintiens fléchie afin d'inhiber le schéma en extension des membres inférieurs. Elle prend appui au sol sur le bras droit que je maintiens en extension au niveau du coude. Je suis assise derrière elle sur le rouleau. Avec le bras gauche resté libre, elle transporte des objets qu'elle saisit à la hauteur de la main en appui au sol et les amène à une adresse située à l'opposé (en haut à gauche). Puis on inverse la posture de sorte que l'appui se fasse à gauche et que la main droite puisse agir.

Cette activité vise l'ouverture de la ceinture scapulaire, l'extension des bras, la rotation du tronc autour de l'axe du corps, la dissociation des mouvements des bras et de la tête de ceux du tronc, le croisement de la ligne médiane et la coordination oculo-manuelle avec les captures.

Dans un deuxième temps, cette petite fille a effectué le même type d'activité, mais assise à califourchon sur le rouleau, dos redressé, avec un appui du bras tendu contre une surface verticale.

Petite fille hémiplégique droite de quatre ans, qui présente peu de spasticité au niveau de l'hémicorps atteint. Elle marche sans aide.

Activité de pêche sur un bateau symbolisé par une planche à bascule.

Elle est assise en “long-sitting”, je suis assise derrière elle. Elle se met en appui sur la fesse droite et sur la main droite, le bras droit tendu; l’appui est accentué par la bascule latérale du bateau. Dans la main gauche, elle tient un râteau avec lequel elle ramène vers le bord du bateau des poissons qui sont posés sur le sol à droite. Je la maintiens au bassin afin de favoriser la rotation du tronc.

Puis, c’est la main gauche qui prend appui sur le bateau à droite et la main droite qui, au moyen du râteau, va ramener les poissons. Je maintiens le bassin et accompagne le mouvement du bras hémiparétique. En dehors des appuis, cette activité entraîne la dissociation des ceintures avec la rotation du tronc, l’exploration de l’hémi-espace droit avec les deux mains.

Dans une activité semblable quant à la posture avec un petit garçon hémiparétique droit de cinq ans qui présente une forte spasticité en flexion du bras droit, l’appui sur le bras tendu n’étant pas possible, l’appui de l’avant-bras droit avec le coude fléchi sur un petit support s’est avéré efficace.

On peut imaginer le même type d’activités, l’enfant étant assis de côté.

Fille de neuf ans, diparétique avec des mouvements athétosiques, qui présente à la fois un bon redressement et une instabilité du tronc en position assise. Elle marche seule, sans aide.

Activité de dessin avec les deux mains.

La fillette est installée en position assise dans un siège à bascule latérale avec un intérieur de mousse ajusté à la forme du bassin, les hanches et les genoux sont fléchis à environ 90 degrés et les pieds reposent par terre. De chaque côté sont installés des plans de dessin verticaux à distance de bras tendu. Les feuilles de dessin sont à hauteur des yeux.

Lorsqu’elle dessine avec la main droite (préférentielle), elle prend appui sur la fesse gauche. L’appui est accentué par la bascule du siège à gauche.

Avec sa main préférentielle, elle parvient facilement à croiser la ligne médiane et à dessiner sur le plan gauche, la mise en charge reste sur la fesse gauche. A ce moment, je facilite l’appui du bras gauche sur le plan gauche (extension et abduction du bras).

Inversement, lorsqu’elle dessine avec la main gauche, la mise en charge se fait sur la fesse droite et le siège bascule à droite.

Cette activité entraîne la bascule d’une fesse sur l’autre, par mises en charges successives, passives dans un premier temps, puis reprises par l’enfant elle-même. Elle permet à l’enfant en question de réaliser que si

elle utilise une main pour une activité graphomotrice, c'est sur l'hémi-corps opposé qu'elle prend appui. L'enveloppe de mousse autour du bassin assure la stabilité du tronc.

Petit garçon de trois ans, diplégique, hypotonique, avec une bonne mobilité des membres supérieurs. Il commence à se déplacer avec un déambulateur, mais il ne rampe pas, ni ne marche à quatre pattes. Il tient assis seul avec une cyphose dorsale importante et une hyperextension de la nuque.

Dans un premier temps, avec ce petit garçon, nous avons effectué des activités sur la planche à bascule afin de faire émerger les réactions d'appui et de protection.

Activité de transvasement de marrons.

L'enfant est à quatre pattes sur le rouleau qui constitue un support ventral. Je le maintiens au niveau du bassin et des membres inférieurs pour inhiber l'extension. Il a les mains plongées dans un baquet plein de marrons qu'il commence par brasser. Il prend appui sur la main gauche seule, la main droite transporte des marrons dans d'autres récipients situés à droite et en hauteur. De cette manière, il exerce une rotation du tronc autour du bras en appui et une dissociation des ceintures.

Il passe de cette position à quatre pattes à la position assise de côté et retourne à la position initiale.

L'enfant est assis à califourchon sur le rouleau avec un coussin triangulaire sous les fesses pour accentuer la bascule antérieure du bassin, pieds en appui au sol. Je suis assise derrière lui sur le rouleau. De part et d'autre du rouleau sont placés des baquets dans lesquels il déverse des marrons. Il tient, des deux mains, un baquet plein qu'il verse soit à droite, soit à gauche, dans un mouvement de coordination bimanuelle que j'accompagne initialement.

Les deux mains agissent en même temps, croisant alternativement la ligne médiane du corps avec un mouvement de rotation du tronc facilité au niveau des épaules.

Activité de stimulation tactile des membres inférieurs.

En premier lieu il est assis au sol, jambes semi-fléchies et abductées aux hanches (base de sustentation large). Le jeu consiste à recouvrir les jambes au moyen de petits sacs, ce qui permet de diminuer la base de sustentation et de favoriser l'activité du tronc, et de s'en dégager par des mouvements des membres inférieurs.

En second lieu, il est debout pieds nus en appui plantigrade au sol. Des sacs de graines sont disposés par terre de manière à former un tapis. Pour faciliter la marche sur le sol texturé, je me tiens debout derrière lui, avec les mains au niveau du bassin. De cette manière, il est possible de faciliter la dissociation des ceintures et celles des membres inférieurs ainsi qu'une cadence rapide à la marche.

Petit garçon hémiplégique droit de trois ans et demi avec une spasticité importante à la jambe droite et le pied droit en "équin". Il marche seul, sans aide.

Activité: faire rouler et tomber des balles.

L'enfant est debout en face d'une table dont le plateau lui arrive à la hauteur du bassin. Au moyen d'un rouleau à pâte qu'il tient avec les deux mains, il fait rouler sur la table des petites balles qu'il dirige du côté où il veut les faire tomber. J'accompagne ses mouvements du bassin afin de faciliter les mises en charges sur les membres inférieurs. Quand il dirige sa balle vers la droite, le report de poids se fait sur la jambe droite.

Au niveau du buste et des membres supérieurs, cette activité entraîne la rotation, la coopération bimanuelle avec le croisement de la ligne médiane et amène le côté et le bras hémiplégiques en avant du côté sain.

Conclusion

Les situations développées dans ce chapitre ne devraient pas laisser croire que l'approche Bobath se résume à ces quelques exemples. Au contraire, celle-ci permet beaucoup d'autres applications en ergothérapie, particulièrement lorsqu'il s'agit d'entraîner l'enfant aux activités de la vie quotidienne ou de le positionner.

Le champ d'application est d'autant plus étendu que les techniques de l'approche Bobath peuvent se combiner avec celles d'autres modèles de pratiques.

Sources

"Students papers", Cours Bobath, St-Gall, 1986.

Cours témoin sur l'approche "Bobath", Ecole d'ergothérapie, EESP, Lausanne, 1988.

Chapitre 10

LE CONCEPT DE L'APPROCHE DE MADAME F. AFFOLTER

PRINCIPES ET FONDEMENTS DE CETTE APPROCHE

APPLICATIONS EN ERGOTHÉRAPIE AVEC LES ENFANTS

Madeline Badan, ergothérapeute, Home-école la Cassagne, Lausanne.

Catherine Hoyois, ergothérapeute, Institut Les Buissonnets, Fribourg.

Joseph Piller, ergothérapeute, Cité du Genévrier, Saint-Légier.

10.1 Introduction

Nous allons aborder ici quelques aspects principaux de l'approche de Madame F. Affolter, qui ont modifié d'une façon significative notre pratique de l'ergothérapie avec les enfants. Cette présentation résume notre façon d'intégrer les divers concepts de Mme F. Affolter dans nos activités. Cette façon n'est pas figée, mais constamment réajustée suivant les observations que nous faisons au cours de ces activités.

- Pour clarifier nos propos, il nous paraît opportun de présenter
- le modèle de développement proposé par madame F. Affolter,
 - le développement normal des perceptions chez l'enfant,
 - quelques caractéristiques du développement chez l'enfant ayant des troubles perceptifs,
 - la démarche thérapeutique proposée par Madame F. Affolter,
 - conclusion.

10.2 Le modèle de développement proposé par Madame F. Affolter

Les recherches et les observations que Madame Affolter a effectuées sur des groupes d'enfants normaux, d'enfants sourds, aveugles ou ayant des problèmes de perception, l'ont amenée à concevoir un nouveau modèle de développement.

Dans les modèles habituels, un lien direct existe entre les différentes étapes du développement de l'enfant, les performances s'enchaînant du plus simple au plus complexe.

Dans le modèle proposé par Madame Affolter, chacune des étapes du développement est directement reliée à une "racine" commune: cette racine, base du développement, est constituée par les expériences tactilo-kinesthésiques que le bébé vit dans son interaction continue avec le milieu qui l'entoure. Ce milieu, porteur de multiples événements quotidiens, est source de continuel problèmes à résoudre; il est au centre de ce modèle, puisqu'il constitue le lieu de cette interaction tactilo-kinesthésique.

Le bagage d'informations perçues par le bébé à travers le toucher et les mouvements de son corps s'élabore, dès sa naissance, de façon spécifique d'abord (modalité spécifique) puis, les informations tactilo-kinesthésiques liées aux situations quotidiennes vont se coordonner progressivement aux informations visuelles, auditives et vestibulaires perçues simultanément. C'est l'étape de l'intermodalité qui débouchera peu à peu sur l'organisation sériale.

L'expérience tactilo-kinesthésique s'élargit toujours plus, s'intériorise; la représentation apparaît peu à peu. Les performances des différentes étapes de développement qui suivent (telles que la fonction sémiotique, avec le langage, l'étape de l'intelligence concrète, de l'intelligence formelle) ne sont pas directement liées les unes aux autres, dans un enchaînement allant du plus simple au plus complexe, mais sont chacune, selon le modèle Affolter, directement dépendantes de cette "racine", de ce bagage d'expériences tactiles et kinesthésiques résultant de l'interaction de l'enfant avec les événements de son quotidien.

10.3 Le développement normal des perceptions chez l'enfant

Reprenons les premières étapes du développement de l'enfant selon ce modèle:

10.3.1 Toucher

Dès sa naissance, le bébé est constamment en mouvements qui progressivement le mettent en contact, par le TOUCHER, avec ce qui l'entoure. Il rencontre, à travers ces mouvements, des résistances produites par des objets ou des personnes présents dans son environnement; ces résistances perçues à travers le toucher lui font découvrir peu à peu l'existence du monde qui l'entoure et l'existence de son propre corps.

Il sent la résistance du support sur lequel il est couché; il en éprouve la stabilité qui lui procure sécurité et condition adéquate pour poursuivre l'exploration. Il n'utilise tout d'abord qu'une seule main quand il touche: tantôt l'une, tantôt l'autre, puis progressivement les deux, enrichissant du même coup la qualité des informations tactiles. Au travers d'innombrables interactions, le bébé expérimente des régularités dans les changements de résistance entre son corps et le support. Ces régularités le conduisent à l'acquisition de règles propres au toucher qui vont lui permettre d'ordonner les informations tactiles et kinesthésiques perçues.

10.3.2 Tenir

Après avoir touché l'objet, le bébé va peu à peu glisser sa main sur l'objet, le presser fermement sur le support, l'entourer de ses doigts, le tenir, le lâcher, créant des changements de résistance entre son corps, l'objet et le support. Le passage du peu de résistance à une résistance totale lui permet de s'assurer qu'il tient vraiment quelque chose. La façon d'entourer et de tenir un objet en relation avec un support stable lui permet d'expérimenter la tridimensionnalité du milieu dans lequel il évolue.

10.3.3 Bouger

Le bébé va toucher, prendre, bouger les objets et son corps dans des séquences toujours plus longues et dans des relations toujours plus complexes. La coordination des deux mains s'installe progressivement et les mouvements des doigts deviennent plus harmonieux et précis. Il affine ainsi les perceptions tactiles et kinesthésiques de son corps, de sa bouche, de ses membres et découvre les qualités propres aux objets qui l'entourent.

10.3.4 Agir sur

En touchant et bougeant, le bébé crée des changements et commence à agir sur les objets et sur le milieu; en produisant des mouvements, il sépare, réunit, pose, lâche..., il découvre les règles de séparation, les relations de voisinage; il élabore peu à peu les règles de cause à effet qui permettent l'organisation et la répétition d'expériences.

La perception ne suffit pas pour connaître la réalité; il faut que l'enfant développe sa connaissance à travers son action. En agissant sur ce qui l'entoure, il modifie la réalité, il vérifie les qualités et les propriétés des objets, il examine les relations de résistance entre quelque chose de "vu" et de "senti", quelque chose "en contact" avec le support et "en l'air". Ce processus d'analyse à travers les informations tactilo-kinesthésiques se poursuit, en fait, tout au long de la vie. Chaque fois que nous sommes dans une situation nouvelle, nous repassons par ces mêmes étapes d'exploration à travers le toucher et l'expérimentation pour intégrer la nouveauté.

10.4 Caractéristiques de l'enfant ayant des problèmes perceptifs

Selon Madame Affolter, cette "racine" constituée par les expériences du toucher et de l'agir est, en fait, perturbée chez l'enfant ayant des problèmes perceptifs. Celui-ci ne perçoit pas suffisamment les informations tactilo-kinesthésiques nécessaires pour comprendre les problèmes quotidiens qui se posent à lui. Il ne peut par conséquent pas y répondre adéquatement et se trouve sans cesse en situation d'échec et incapable de tirer profit des expériences qu'il fait. Certains enfants ont des difficultés à capter les informations tactilo-kinesthésiques, d'autres ont des problèmes dans la coordination des informations des différentes modalités sensorielles, d'autres enfin échouent dans l'intégration temporelle de ces informations.

L'entourage remarque que ces enfants, dans leur vie quotidienne, sont sans cesse sous tension, hyperactifs, agressifs, instables ou alors effrayés,

”à part” (évitant l’interaction), découragés, passifs. Plus tard, on relève des difficultés dans le développement du langage, dans les apprentissages de la lecture, de l’écriture et du calcul.

10.4.1 Toucher

Ce type d’enfant entre en interaction par le toucher avec l’entourage de manière brusque et mal dosée. Mais très souvent il essaie d’éviter le contact. Il se retire, détourne le regard, devient tendu, effrayé, surtout quand il touche des objets mous, humides, sans consistance.

Il recherche intensivement et beaucoup plus longtemps que l’enfant normal les situations où il est entouré de toutes parts, où le contact avec l’entourage lui offre des résistances maximales. Il se retire souvent dans des “niches” dans lesquelles il trouve un sentiment de sécurité, un monde stable autour de lui.

10.4.2 Tenir

En général, il saisit les objets d’une seule main, et ceci beaucoup plus longtemps que l’enfant normal; il utilise la main qui est la plus proche de l’objet à saisir (il le fait souvent de façon très habile). Il paraît donc rester au stade élémentaire de l’unilatéralité dans l’utilisation des mains.

Souvent, il écarte les doigts pour toucher l’objet, ne le saisit jamais à pleine main, mais du bout des doigts. Au lieu d’utiliser les cinq doigts, il n’en utilise que deux et saisit comme avec une pincette. Ses deux doigts se ferment sur l’objet jusqu’à ce qu’une résistance totale bloque le mouvement, sans entrer en relation avec le support.

Cette incapacité d’entourer/tenir l’objet en relation avec le support entraîne un manque d’expériences tactilo-kinesthésiques important sur les qualités des objets et sur la tridimensionnalité de ce qui l’entoure. Il ne peut que recevoir des informations fragmentées sur le ”monde“ qui ne devient pas, de ce fait, "milieu" ou entourage familier et connu. Le non-développement de cette connaissance est encore accentué par le fait que, lorsqu’il se met à saisir les objets, souvent il marche déjà: il le fait donc à partir d’un espace vide, sans contact avec le support.

10.4.3 Bouger

L’enfant va chercher aussi à bouger, prendre, lâcher, à vérifier ce qui est séparable dans son environnement; mais il le fait avec beaucoup de difficultés, et a souvent de la peine à attraper l’objet. Il peut utiliser

d'autres mouvements pour examiner la relation (taper, frapper fort sur le support). Il cherche à inclure la bouche avec force pour séparer et conserve cette attitude très longtemps.

Il connaît les règles de séparation et les expérimente en accentuant les changements de résistance. Il écrase l'objet jusqu'à le casser, mord avec force, lâche et jette l'objet en passant d'une pression maximale des doigts à plus du tout de résistance, ceci dans un mouvement ample et rapide, jusqu'à la limite des possibilités articulaires. Il produit ainsi des changements de résistance maximale dans un temps très court sans prendre en compte le support. Il accentue les informations kinesthésiques que lui fournit son corps en mouvement, au détriment des informations tactiles issues de l'interaction avec l'objet et le support.

Ce manque d'information tactile porte préjudice à l'interaction de l'enfant avec son environnement; le monde reste inconnu, les informations visuelles et auditives sont alors surestimées et restent morcelées, car liées à des informations tactiles insuffisantes.

10.4.4 Agir sur

Ce type d'enfant reconnaît et fabrique des relations de voisinage dans des situations simples seulement. Quand il faut considérer plus d'une relation dans un même temps, il échoue. Il évalue mal les distances quand deux objets ou un objet et son corps propre ne se touchent pas. Il a de la difficulté à reconnaître et évaluer les dangers. Dans les relations de cause à effet, cet enfant peut rencontrer plusieurs types de difficultés:

- la cause mise en jeu est correcte, mais n'est pas adaptée aux données du moment et l'effet n'intervient pas;
- la cause n'est pas correcte et l'effet obtenu n'est pas celui qui était recherché. Il ne parvient pas à remarquer son erreur et à apporter des améliorations.

Il ne peut observer une série précise d'actes: sans cesse il en oublie un et recommence l'activité dès le début. L'organisation d'actions dans le temps, demandant de pouvoir se représenter le déroulement nécessaire des séquences dans l'ordre juste, est trop complexe pour lui.

Il ne peut se représenter que l'instant présent sans considérer ce qui va se passer plus tard, à cause de ce manque de possibilité de se représenter l'environnement et sa difficulté à s'orienter dans le temps; attendre est aussi très difficile pour cet enfant.

Il répète volontiers des gestes et des actions connus et il est dérouté par les changements l'obligeant à modifier ses habitudes.

10.5 Démarche thérapeutique proposée par Madame F. Affolter

10.5.1 La guidance

Selon l'approche de Madame Affolter, il est donc nécessaire, avec un enfant ayant des problèmes perceptifs, de travailler à la "racine" du développement, c'est-à-dire de l'aider à recevoir de meilleures informations tactilo-kinesthésiques pour constituer un bagage d'expériences plus riche et plus étendu. Ce bagage va lui permettre de changer ses comportements et développer ses apprentissages.

Il faut favoriser l'interaction de l'enfant avec ce qui l'entoure, la diversifier, mettre des conditions particulières à cette interaction pour l'aider à mieux percevoir ce qui se passe.

Ceci se fait en *guidant* l'enfant, en le mettant en contact perceptif (toucher, tenir, bouger, agir sur...) avec des situations de la vie quotidienne, en l'aidant à recueillir des informations tactilo-kinesthésiques nécessaires pour comprendre et résoudre les problèmes rencontrés. Il faut guider l'enfant en prenant en compte tout son corps pour garantir une bonne qualité des informations et favoriser sa capacité à ressentir et intégrer ces mêmes sensations.

De même que l'aveugle, à travers sa canne, peut prendre les informations sur l'entourage et se déplacer sans problème, le thérapeute entre en contact avec les objets et le support à travers le corps et les mains de l'enfant, ainsi, l'enfant reçoit les mêmes informations tactiles et kinesthésiques que le thérapeute; ce dernier le guide dans son exploration en se tenant dans son dos et en mettant un accent plus particulier non pas sur la réussite systématique de l'activité proposée (sur son exécution), mais sur la qualité des informations tactilo-kinesthésiques ressenties et à intégrer.

Il amène l'enfant à rechercher le contact total entre un côté de son corps et le support (résistance totale et sécurisante) et à libérer ensuite l'autre hémicorps pour une brève séquence de mouvements. Il inverse ensuite la démarche pour créer un changement de résistance constituant un nouvel input sensoriel. Il veille aussi à faire de petits moments de "pause" pendant la guidance pour, d'une part, permettre à l'enfant de savoir où est le monde, où est son corps, afin d'organiser ses sensations et de les intégrer et, d'autre part, pour préparer la planification des mouvements qui vont suivre.

C'est dans ce type de guidance que réside, à notre avis, l'originalité du modèle d'intervention que propose Madame Affolter.

Si l'activité échoue parce que l'enfant n'a pas la capacité de résoudre le problème qui se pose, par manque de référence tactile et kinesthésique, il est essentiel de lui fournir des informations perceptives dans la même modalité que celle où le déficit est manifeste. C'est pourquoi la guidance est utilisée; elle permet d'introduire les informations manquantes non seulement au niveau de la modalité spécifique (tactilo-kinesthésique), mais aussi au niveau intermodal (en liaison avec les informations visuelles, auditives, vestibulaires).

Dans ce contexte, les consignes visuelles ou verbales sont à éviter, car elles vont plutôt perturber l'enfant que l'aider: il devra les décoder avant de pouvoir utiliser les informations tactiles nécessaires à la compréhension et à l'exécution de la tâche. Un enfant ayant des troubles perceptifs intermodaux ne parviendra pas à maîtriser une telle démarche, car il ne peut pas mettre en action simultanément deux ou plusieurs modalités sensorielles.

La guidance d'un tel enfant s'avère d'autant plus bénéfique qu'elle permet de réduire le décalage entre son niveau de compréhension (souvent il a compris ce qu'il doit faire) et son niveau d'exécution (mais il ne sait pas comment s'y prendre). Ce décalage, en effet, entraîne souvent un renoncement à agir, un refus, une modification du comportement (passivité totale, hyperactivité...) avec pour conséquence vicieuse le non-enrichissement du stockage déjà pauvre des expériences tactiles et kinesthésiques.

Au travers de la guidance, c'est donc la confrontation de l'enfant avec son entourage qui est recherchée. Vérifier que cette dernière existe, qu'il y a contact, prise d'informations constitue "le souci no 1" pour l'ergothérapeute guidant. C'est à travers une observation minutieuse de l'enfant, c'est-à-dire en évaluant son attention, que nous pouvons vérifier si cette confrontation et cette prise d'informations ont lieu.

10.5.2 L'attention

Nous ne pouvons observer directement le processus de perception chez l'enfant. Nous pouvons cependant observer son comportement et, en particulier, les signes qui traduisent son attention lorsque nous le guidons.

Quand l'enfant guidé reçoit des informations, quand il perçoit, son comportement se modifie. Nous le sentons devenir attentif, "être là". Cette attention se manifeste par :

- une modification du tonus, une mobilisation du corps,
- une diminution des mouvements non en rapport avec la situation,

- une certaine tension dans le visage (froncement des sourcils, yeux légèrement agrandis, ouverture de la bouche etc.),
- une orientation du regard sur ce que fait la main, ou alors une “mise à l’écart” du visuel au profit de la sensation tactile,
- une interruption des sons, du langage,
- un bavage chez certains.

Ces changements de comportement nous permettent d’interpréter que l’enfant sent ce qu’il touche, qu’il vit ce qui se passe, qu’il apprend quelque chose de la situation avec laquelle il est en interaction.

Cette attention orientée vers la tâche apparaît quand la situation proposée atteint le “seuil de performance” de l’enfant, quand elle se situe à son niveau de compréhension, c’est-à-dire quand elle est suffisamment nouvelle pour attirer l’intérêt de l’enfant, et en même temps, suffisamment connue pour le rassurer et lui permettre de faire référence à ce qu’il connaît.

Si l’attention de l’enfant est absente ou orientée vers des stimuli extérieurs à la situation, nous cherchons comment changer la situation, augmenter ou diminuer la difficulté du problème, comment modifier notre guidance pour capter à nouveau cette attention. Nous allons en particulier accentuer les changements de résistance, les contrastes, varier les relations et le rythme des causes/effets. L’attention de l’enfant constitue pour nous une sorte de fil rouge qui va nous orienter tout au long de notre intervention.

Nous allons observer l’enfant dans différentes situations et chercher à quel moment il devient attentif et vers quoi il oriente son attention. Nous interprétons ensuite ces différentes observations, pour situer le fonctionnement perceptif et le niveau de compréhension de l’enfant et pour préciser notre intervention.

10.5.3 La compréhension

Pour apprendre, l’enfant doit commencer par comprendre. Il ne peut assimiler quelque chose qu’il n’a pas d’abord compris. De même, il comprend bien avant de pouvoir exécuter seul.

Pour faire progresser l’enfant, nous devons travailler à son niveau de compréhension, au niveau où il est présent, intéressé, où il sent ce qui se passe, et non à son niveau d’exécution où il peut faire seul les choses.

Pour vérifier si nous rencontrons compréhension chez l'enfant quand nous le guidons, nous devons aussi être attentifs aux comportements qui définissent, selon Madame Affolter, quatre étapes d'apprentissage du toucher:

1ère étape: la situation comprend trop d'informations tactilo-kinesthésiques nouvelles; le tonus augmente chez l'enfant, il fait un mouvement de retrait, ses yeux regardent ailleurs. L'enfant ne peut plus être présent, il panique.

2ème étape: le comportement de retrait apparaît, mais après un moment de guidance, le tonus diminue, les yeux reviennent sur ce que fait la main. Ceci signifie que les informations tactilo-kinesthésiques deviennent connues, que la part d'inconnu diminue. Le regard vient d'abord avec retard sur la tâche, puis, si la situation se répète, il va venir toujours plus rapidement jusqu'à ce qu'il accompagne le mouvement de la main. L'enfant commence à sentir et regarder en même temps. L'information visuelle vient se lier à l'information tactilo-kinesthésique: l'intermodalité commence à s'installer.

3ème étape: pendant la guidance, on observe un jeu d'ensemble des mains et des yeux très intense. Les yeux regardent de façon presque ininterrompue ce que font les mains. Le regard suit la main tout au long d'une suite d'actions liées au problème posé; une dimension temporelle s'introduit dans la perception. Ce jeu d'ensemble intensif du regard et de la main est l'expression d'une organisation des informations intermodales dans le temps. L'organisation sériale apparaît.

4ème étape: l'enfant reconnaît ce qui est senti: il sourit au contact de quelque chose qu'il touche, il se met à poursuivre seul un mouvement commencé sous guidance. Nous ressentons cette possibilité de continuer par lui-même grâce à une augmentation du tonus du bras en direction de l'action, l'enfant commence à attendre, à anticiper un mouvement correspondant à la situation d'interaction. Cette anticipation suppose que l'enfant reconnaît le mouvement, qu'il l'a senti, et aussi qu'il peut le poursuivre seul, une fois commencé sous guidance.

Cette anticipation introduit en plus une dimension temporelle: l'enfant attend quelque chose d'une situation qui va se passer, qui n'est pas présente dans le moment même. La reconnaissance est liée à ce qui se passe dans l'instant (je sens, je reconnais ce que je touche). L'anticipation est plus que la reconnaissance: elle introduit quelque chose du futur (que l'enfant ne peut exécuter seul encore).

A ce stade l'anticipation concerne une action qui va nécessairement suivre ce qui se passe maintenant, ou qui suit immédiatement le moment présent.

Ces quatre étapes d'apprentissage du toucher (du mouvement de retrait jusqu'à ce que les choses deviennent familières, reconnues, anticipées) précèdent les stades d'exécution où l'enfant commence à pouvoir agir seul, sans guidance.

Quand l'enfant commence à pouvoir faire seul, par petits pas, ceci indique que sa compréhension est déjà très étendue. La compréhension est beaucoup plus étendue que l'anticipation, l'anticipation plus vaste que l'exécution.

Au début, l'enfant va pouvoir exécuter seul quelque chose dans la situation du moment. Puis, les expériences tactilo-kinesthésiques s'intériorisant toujours plus, il va pouvoir peu à peu planifier et exécuter des mouvements adaptés à la situation, développer des stratégies de détour et prendre part à des événements toujours plus complexes.

10.5.4 Les activités de tous les jours

L'approche de l'activité dans le modèle Affolter exige une attention particulière de notre part. En effet, la prise en compte des troubles perceptifs de l'enfant, d'une intégration des sensations plus difficile et plus ralentie, nécessite de planifier cette activité de façon à pouvoir la réaliser en impliquant le support et les divers éléments de l'entourage. Dans ces conditions, l'enfant pourra recevoir un input sensoriel adéquat et augmenter ainsi ses chances de compréhension de la situation.

Les activités de la vie quotidienne constituent un domaine de choix extraordinaire permettant l'acquisition d'apprentissages simples et fondamentaux; il suffit pour cela de regarder un petit enfant se confronter avec son entourage et développer ainsi ses capacités d'exploration, de compréhension et de réalisation.

Compte tenu de ce qui a été dit plus haut sur la guidance et l'attention, nous pouvons utiliser, pour aider l'enfant à entrer en interaction avec son environnement, des activités courantes de la vie quotidienne telles que:

- manger, laver, brosser les cheveux,
- mettre, ôter les chaussettes et chaussures,
- enfiler une veste, ouvrir une porte,
- changer de lieu en prenant quelque chose avec soi,
- sortir de sa chaise roulante, décrocher sa ceinture,

- préparer un repas, un goûter, avec fruits et légumes,
- ranger des objets dans un tiroir, empiler...
- déballer des commissions...
- passer l'aspirateur, faire la vaisselle,
- lever les stores, faire les lits,
- divers travaux de jardinage... etc.

Impliqué dans ce genre d'activités, l'enfant se trouve confronté à des matériaux divers offrant, au contact, plus ou moins de résistance et de contraste. Il met en relation ce matériel avec le support stable sur lequel il se tient pour explorer et réalise ainsi la prise d'informations (input sensoriel) nécessaire au développement et à l'enrichissement de ses capacités cognitives.

Le dosage des stimuli sensoriels, la recherche de points d'appui, les variations de position entraînant des changements de résistance et les recherches de stabilité sont autant de points importants à prendre en considération pour donner à l'activité sa dimension thérapeutique. Lorsque nous parlons d'activité, nous avons tendance à oublier l'entourage dans lequel elle va se dérouler, à savoir: la salle d'ergo, la chambre de l'enfant, la cuisine, la table, le corps de l'enfant, celui du thérapeute. C'est pourquoi l'entourage doit être choisi en fonction des difficultés perceptives de l'enfant et organisé pour lui offrir un champ propice à une amélioration de ses performances.

10.5.5 Le support

Un élément essentiel à prendre en considération quand nous guidons l'enfant est le support.

Le premier support que nous connaissons est le sol dont la stabilité nous procure une sécurité. Nous savons que nous pouvons y poser tout notre poids. Si nous perdons cette stabilité de base, nous paniquons. Par contre, si nous avons un appui stable d'une partie du corps sur le sol, contre une paroi, un mur ou sur un autre support, nous pouvons libérer une autre partie du corps pour agir. Pensons à l'alpiniste qui, avant de faire un mouvement, s'assure que ses points d'appui sont stables et sûrs.

Dans la thérapie, au départ, nous donnons un support total et constant à l'enfant. Nous travaillons à même le sol, en tirant profit également d'un mur ou d'un angle, pour augmenter la surface de contact de son corps avec le support. Assis à une table, nous ferons en sorte que ses deux pieds touchent par terre, que son ventre soit en contact avec la table, et que ses bras et ses mains soient appuyés sur la surface de la table.

Le thérapeute lui assure aussi un support en se tenant contre son dos. A partir de cette base stable et sécurisante, nous allons guider l'enfant dans des activités d'exploration en créant des changements de résistance entre le corps qui touche, les objets manipulés et le support sur lequel l'enfant s'appuie. Le support devient ainsi le point de référence des mouvements du corps et du toucher à partir duquel sont expérimentées également les relations de voisinage entre les objets (relations topologiques).

10.5.6 Les changements de résistance

Au début du développement, l'enfant a besoin de changements de résistance maximale. Par exemple, lorsqu'il prend un objet, le passage du pas de résistance lorsqu'il va vers l'objet à une "résistance totale" quand il le saisit, renforce sa sensation de tenir vraiment quelque chose.

Pour percevoir, ce sont donc les variations de résistance qui sont significatives et nécessaires et non la résistance elle-même. Si un changement de résistance n'est pas possible, l'information tactile et kinesthésique manquera, ce qui entraînera une diminution des performances. L'enfant qui a des problèmes perceptifs cherche activement ces changements de résistance totale:

- dans ses contacts avec les personnes, il tire les cheveux, les habits, il serre très fort, s'accroche aux bras de l'adulte. Ce comportement est souvent perçu de façon désagréable (agressive) par l'entourage;
- dans les activités, la résistance maximale est recherchée en premier. Par exemple, si l'enfant doit faire un trou dans un carton avec un poinçon, il enfoncera le poinçon jusqu'au manche, jusqu'à ce qu'il ne puisse aller plus loin. Cette recherche de changement de résistance prime sur la grandeur requise du trou.

Nous allons favoriser des actions qui offrent des changements de résistance totale et permettent des informations tactiles claires. Par exemple, quand nous coupons une pomme, nous enfonçons le couteau jusqu'à ce que le mouvement soit arrêté par la planche. La pomme est coupée quand la résistance qui était relativement faible devient totale. L'enfant sent que l'action est finie et n'a pas besoin de ses yeux ni de ses oreilles pour le vérifier.

Il peut ainsi faire le lien entre ses actes moteurs (cause) et la transformation de l'environnement qui en résulte (effet). Des matériaux qui changent continuellement de forme, comme le sable, les graines, la pâte à modeler, l'eau, ne sont pas indiqués pour une exploration des relations de cause à effet...

10.5.7 Observation

Dans nos prises en charge, nous sommes continuellement confrontés au risque de confondre ce qui est observation et ce qui est interprétation des comportements de l'enfant. En effet, décrire ce que fait réellement l'enfant ou alors exprimer ce que nous pensons qu'il veut dire ou faire ne nous renseigne pas sur les mêmes réalités.

La situation de l'observation nous renseigne sur les procédures, les stratégies, les praxies que développe l'enfant pour résoudre le problème posé. Cela nous permet d'identifier les failles, les dysfonctionnements perceptifs, les problèmes d'organisation et d'intégration. De ce type d'observation découlera un mode de prise en charge précis et adéquat.

Dans la situation d'interprétation, il y a souvent confusion entre nos propres perceptions et l'observation des stratégies mises en place par l'enfant. Baser alors le traitement sur "nos seules interprétations" constitue un risque d'erreur important et une inadéquation du traitement. Car c'est en fait davantage nos perceptions qui sont prises en compte que l'analyse du "faire, de l'agir" de l'enfant.

C'est pourquoi, nous devons consacrer beaucoup de temps à l'observation de chaque fait et geste de l'enfant, à l'enchaînement de ses gestes, à leur précision, à leur dosage et à son comportement. De cette observation vont surgir les problèmes spécifiques à chaque enfant et également les objectifs de traitement d'ergothérapie.

Dans ce contexte, l'utilisation de la vidéo est un outil précieux par l'apport d'images qui permettent, sans équivoque, une analyse dans le détail des comportements, une "re-vision" des événements, une élaboration d'hypothèses de travail et une possibilité de les vérifier par la suite. Cette prise de recul grâce à la vidéo est appréciable car nous sommes, en tant qu'ergothérapeutes, très impliqués dans la guidance avec l'enfant et n'arrivons pas toujours à faire l'observation simultanément à la guidance.

10.6 Conclusion

Il nous est difficile d'apporter une conclusion au modèle de Madame F. Affolter en ce sens qu'il est en constante évolution. En effet, Madame Affolter poursuit ses recherches et affine continuellement la pertinence de ses observations et des modes d'intervention thérapeutique.

Nous voudrions plutôt souligner encore une fois l'apport important de cette approche dans notre pratique professionnelle avec des enfants atteints de troubles de perception.

Cet apport a porté principalement:

- * sur la nécessité d'une grande rigueur dans nos observations et sur le développement de critères précis pour conduire ces observations et évaluer les difficultés perceptives,
- * sur l'importance de baser notre évaluation sur le niveau de compréhension de l'enfant et non sur ses possibilités d'exécution,
- * sur l'analyse de la qualité des situations d'interaction à offrir à l'enfant afin de favoriser son intérêt et sa compréhension et d'éviter sa mise en échec,
- * sur une démarche thérapeutique basée sur la guidance de l'enfant, visant à améliorer ses capacités d'entrer en interaction avec le monde qui l'entoure.

En basant notre traitement sur ces divers apports, nous permettons à l'enfant un meilleur enracinement dans l'expérience tactilo-kinesthésique et une progression de ses capacités fonctionnelles et intellectuelles.

Bibliographie

Affolter Félicie, *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache, Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlichen*, Neckar Verlag, D-7730 Villingen-Schwenningen, 1987.

Affolter Félicie, Stricker, E. *Perceptual processes as prerequisites for complex human behaviour*, Hans Huber Verlag, 1980.

Chapitre 11

L'ŒIL ET LA MAIN, APPORTS D'UNE CONCEPTION SENSORI-MOTRICE EN ERGOTHÉRAPIE

Gabriela Pollonini, ergothérapeute. Ecole la Petite Arche, Genève.

Edith Teuscher, ergothérapeute.
Servizio Ortopedagogico Itinerante Cantonale, Bellinzona.

Avec la collaboration de Pascale Grivel, psychologue. Service de
psychologie expérimentale de la sensorimotricité, Université de Genève.

Introduction

Ce chapitre traite de l'intérêt d'une approche du développement sensori-moteur pour l'ergothérapie en pédiatrie.

Au cours de ces quatre dernières années, plusieurs ergothérapeutes ont suivi des cours de formation continue portant sur l'évaluation sensori-motrice de l'enfant déficient visuel, sur le développement des praxies et de la vision, sur les aspects de rééducation de l'enfant déficient visuel. Ces nouveaux cours ont été réalisés grâce aux interventions coordonnées du Professeur André Bullinger (Faculté de Psychologie et de Sciences de l'Education, Université de Genève) et du Docteur Roger Vasseur (Centre "Marc Sautet" et C.A.M.S.P, Villeneuve d'Ascq).

L'ensemble de données théoriques présentées lors de ces cours constitue une approche du développement sensori-moteur de l'enfant. Il s'agit, d'une part, d'un cadre de référence nouveau pour comprendre et approfondir le développement de l'instrumentation du système visuel en interrelation avec le développement d'autres systèmes sensoriels et de la motricité, ainsi qu'avec le développement cognitif et l'affectivité de l'enfant. D'autre part, cette observation et compréhension des troubles visuels aboutit à des indications pour le traitement de l'enfant qui peuvent être réalisées en ergothérapie.

Cette approche du développement sensori-moteur est complémentaire aux autres méthodes déjà utilisées en ergothérapie pédiatrique. Son apport peut se coordonner avec nos connaissances et nos savoir-faire lorsque nous traitons des enfants qui présentent des troubles de l'utilisation de la fonction visuelle, associés ou non à d'autres troubles sensoriels ou moteurs; il s'agit d'enfants qui présentent une infirmité motrice cérébrale, des syndromes différents touchant au Système Nerveux Central, un traumatisme crânien; de plus, il y a des enfants chez lesquels on décrit un retard psychomoteur.

Progressivement et de manière expérimentale, des ergothérapeutes de divers services de Suisse Romande et du Tessin ont enrichi leurs observations et leurs moyens de traitement, en créant par exemple de nouveaux matériaux pour le positionnement et pour les activités.

Ce chapitre va présenter un aperçu théorique de cette approche, son implication dans le processus de l'ergothérapie et son importance vis-à-vis des autres méthodes de traitement.

11.1 Une approche du développement sensori-moteur

11.1.1 Notions de base

Les bases théoriques de cette approche sont définies par des termes qui ne sont pas tous familiers aux ergothérapeutes et aux autres professionnels du domaine de la rééducation. Pour favoriser la clarté et la compréhension du chapitre, nous présentons ici en premier les définitions des termes principaux.

ATNP: Asymmetric Tonic Neck Posture (d'après Caesar 1979)

Cette posture asymétrique se développe à partir du réflexe archaïque dit ATNR (Asymmetric Tonic Neck Reflex; d'après Magnus 1923) et elle est à distinguer de ce dernier par le fait qu'elle en constitue une forme dynamique gérée activement par l'enfant.

D'un point de vue descriptif, lorsqu'on l'observe en position semi-assise ou assise, cette posture se caractérise par: l'orientation de la tête vers une source de stimulation sensorielle, l'appui sur la hanche du côté occipital (on remarque que ce point d'appui diffère de celui en ATNR qui est du côté facial), la convexité dorsale orientée vers l'occiput, l'extension des membres du côté facial et la flexion de ceux du côté occipital, une asymétrie du tonus qui est plus élevée au niveau de l'hémicorps du côté facial.

Il s'agit d'une position qui offre une première stabilité du regard en vision focale; c'est le point de départ pour la poursuite oculaire.

Axe corporel

L'axe corporel est un équilibre tonique et postural dans le plan médian qui se construit à travers l'évolution des points d'appui corporels, ainsi que par l'exercice du passage actif d'une posture ATNP à une autre. Par point d'appui, l'on entend la mise en charge d'une ou plusieurs parties du corps en vue du maintien d'une posture contre la force de pesanteur.

L'axe construit se caractérise par un contrôle de la tête et du tronc, par des points d'appui stables au niveau du bassin qui aboutissent à la maîtrise de la position assise. Le tronc acquiert une fonction stabilisatrice qui autorise la libération des membres supérieurs de leur fonction d'appui et l'intégration des deux hémicorps.

Maximisation de l'excitation corticale

Le nouveau-né placé dans l'obscurité peut explorer par larges saccades tout le champ visuel. Pour qu'il puisse produire une exploration avec des saccades de plus faible amplitude, il est nécessaire d'avoir une source sonore localisée sur laquelle se concentre le regard. Cette coordination auditivo-oculomotrice est biologiquement déterminée. Durant les premiers jours de vie, ce fonctionnement se désorganise à la lumière. Ensuite le système focal se remet en fonction suivant les règles de maximisation de l'excitation corticale: il y a un déplacement du regard par amples saccades et un arrêt sur des zones contrastées du spectacle où la vision se déplace, sur les frontières, par petites saccades; ainsi, un petit déplacement provoque un maximum de stimulation au niveau cortical. Il s'agit là aussi d'un fonctionnement biologiquement déterminé.

Vers douze semaines, le fonctionnement focal quitte les règles de maximisation et l'enfant utilise sa vision comme un outil qui lui permet de passer librement d'un spectacle visuel à un autre selon un projet d'exploration de l'espace.

Poursuite oculaire

La poursuite oculaire est la capacité d'asservir le regard au déplacement d'un mobile.

La poursuite débute vers le deuxième mois où elle se fait avec l'ensemble de la posture asymétrique qui est orientée vers le mobile. Le déplacement de ce dernier entraîne le mouvement de la tête, du buste et des bras: on observe le passage d'une posture asymétrique à l'autre. Au passage du plan médian, la posture et le regard sont instables.

Vers douze semaines, les mouvements de la tête se dissocient de la posture globale, la poursuite est oculaire et céphalique; elle devient stable au plan médian.

Redondances sensorielles

On parle de redondance lorsqu'une stimulation entraîne des changements d'état dans différents systèmes sensori-moteurs en même temps. Par exemple un objet sonore constitue un spectacle visuel et auditif et provoque chez l'enfant qui l'agite des sensations tactiles et proprioceptives. Ces redondances favorisent l'attention et la perception du corps propre ou d'un objet du milieu. Au cours du développement ces redondances sont nécessaires pour l'instrumentation du corps et la constitution du schéma corporel.

Instrumentation d'un système sensori-moteur

L'instrumentation est l'élaboration mentale d'un système en vue de son utilisation de manière orientée et finalisée dans le milieu. Par exemple l'instrumentation du système visuel permet le transport du regard d'un endroit à l'autre de l'espace selon un projet spatial: la fonction visuelle devient outil pour la réalisation d'une intention, d'un projet en direction d'un but.

Espace du geste et effet spatial du geste

La distinction de ces deux types d'espace permet de comprendre le rôle différent des deux systèmes visuels dans la perception spatiale. L'espace du geste c'est l'espace du mouvement en soi; il est appréhendé par la vision périphérique qui, associée aux informations tactiles et proprioceptives, contrôle, par exemple, le mouvement balistique du bras vers un but qui est fovéalisé par le système focal. Lorsque le geste s'intègre dans une action sur le milieu, il produit un effet qui peut être le changement d'état d'un objet ou une trace: il s'agit d'un effet spatial. L'espace de l'effet spatial, c'est l'espace du résultat de l'action; il est appréhendé par la vision focale qui, par exemple, analyse le tracé dessiné par un pinceau pendant que la vision périphérique contrôle l'adaptation et la fluidité des mouvements du membre supérieur.

Espace de préhension

Au début du développement, l'espace n'est qu'un ensemble d'espaces distincts, non coordonnés et tous centrés sur le corps propre; on parle d'espace visuel, buccal, tactile, auditif et postural. Ces espaces se coordonnent lorsque l'enfant exerce des boucles sensori-motrices réflexes qui mettent en fonction plusieurs systèmes sensoriels en même temps.

Les activités en posture asymétrique font exister un hémi-espace droit et un hémi-espace gauche perçus séparément. Ils s'unifient successivement avec la construction de l'axe corporel et l'instrumentation des fonctions sensori-motrices. Pour l'enfant se constitue alors un seul espace homogène de vision-préhension maîtrisé par les membres supérieurs qui peuvent alors coopérer pour des activités bimanuelles.

Espace de locomotion

L'acquisition de la marche suppose un apprentissage moteur où, d'abord, les jambes assument un rôle de support; ensuite la marche à quatre pattes peut jouer un rôle préparatoire; plus tard les déplacements se font entre un appui et l'autre, à la recherche continue du centre de gravité

et de l'équilibre, sans arrêts ou changements de direction à mi-chemin. La sensibilité aux flux visuels périphériques, accompagnée de sensations vestibulaires et proprioceptives, informe l'enfant sur sa position dans l'espace et lui permet de réguler son tonus en fonction de la recherche d'équilibre. La marche pour le plaisir du mouvement va progressivement se transformer et devenir outil pour atteindre un but. Cela suppose la coordination entre les deux fonctions visuelles: la fonction périphérique permet la bonne mise en forme du corps et la fonction focale permet le repérage du but du déplacement. En même temps, pour que l'enfant ait la motivation de se déplacer selon un projet spatial, l'espace de préhension doit être coordonné avec l'espace de locomotion en un unique espace où les objets sont représentés et suscitent le désir d'être atteints.

11.1.2 Construction de l'axe corporel

La construction de l'axe corporel suit la loi céphalo-caudale. Elle détermine une évolution des points d'appui physiques nécessaires à l'enfant pour agir sur le milieu de manière efficace.

Le nouveau-né n'a pas de points d'appui déterminés pour contrôler la tête et le tronc. Le point d'appui est constitué par la posture asymétrique, ATNP, dans son ensemble, qui permet une stabilité lorsque le bébé est tenu en position semi-assise.

A six semaines, la posture générale représente toujours la surface d'appui; il apparaît un début de redressement de la tête qui va initier le redressement global.

A trois mois, en décubitus ventral, la surface d'appui est un triangle dont les extrémités sont les coudes et l'ombilic. L'enfant peut s'appuyer sur une stabilité des épaules pour maîtriser les mouvements de la tête. Cette étape marque la dissociation tête-tronc et en même temps l'instrumentation du système visuel focal.

A quatre mois et demi, en décubitus ventral, la surface d'appui est un triangle dont les sommets sont les genoux et un coude. L'enfant peut effectuer des reports de poids d'un avant-bras sur l'autre de manière à ce que la tête et l'épaule du côté opposé à l'appui participent aux gestes du membre supérieur libre pour l'action. En position assise, le redressement atteint la zone dorsale moyenne; à la rotation de la tête s'ajoute celle des épaules qui se dissocient du bassin.

A six mois, le redressement atteint la zone des cuisses; en décubitus ventral, la surface d'appui est un rectangle dont les extrémités sont les mains et les hanches. En position assise, la rotation se situe au niveau

lominaire et le point d'appui est le buste. Au niveau visuo-manuel, apparaissent les captures bimanuelles au plan médian.

A huit mois, le redressement atteint l'ensemble des membres inférieurs; en décubitus ventral, la zone d'appui est latéralisée avec appui sur la main, la hanche et le genou du même côté. La position assise est maîtrisée, le dos est droit; la rotation et le point d'appui se situent au niveau du bassin. L'axe est construit. Les mains sont libres de leur fonction d'appui; il y a coopération bimanuelle et le développement d'une main dominante peut débiter.

En conclusion, la construction de l'axe corporel est la constitution d'un référentiel stable à partir duquel les points d'appui atteignent des zones plus distales; la dissociation segmentaire autorise la fluidité des mouvements des bras et un affinement de la motricité manuelle. Ces habiletés s'accompagnent de la coordination du système visuel focal avec le système visuel périphérique.

11.1.3 Instrumentation du système visuel

Fonction focale

Elle permet la vision focale, dite aussi fovéale. La fovéa est une partie de la rétine qui constitue le centre de la vision nette où l'acuité visuelle est maximale. Son pouvoir séparateur est élevé et lui confère la fonction d'analyser les images, de discriminer la brillance, les contours, les formes et les couleurs. Son utilisation suppose la capacité d'accommodation qui règle la netteté et qui permet au réflexe de fixation de s'exercer sur des objets.

Fonction périphérique

Elle permet la vision périphérique dont les récepteurs tapissent le 98% de la rétine; leur pouvoir séparateur est faible et l'accommodation moins bonne. Cette zone de la rétine est très sensible aux mouvements oculaires et aux mouvements des objets, donc, aux déplacements.

Il s'agit également d'une fonction d'alerte qui détecte un stimulus et déclenche le réflexe de fixation qui amène la fovéa sur ce stimulus. Une autre fonction de ce type de vision est l'analyse du flux visuel, autrement dit, l'analyse du déplacement d'un spectacle visuel, soit, lorsque le sujet bouge, soit, lorsque les objets qui l'entourent sont en mouvement.

On parle de cette sensibilité à un flux comme d'une fonction proprioceptive de la vision périphérique qui s'ajoute à d'autres variations sensorielles

(vestibulaires, tactiles, proprioceptives, auditives); l'ensemble de ces informations indique au sujet la position de son corps dans l'espace et celle des segments par rapport au corps; elle permet donc de situer le corps dans l'espace tridimensionnel.

La fonction périphérique qui influence la régulation tonique et la mise en forme du corps est particulièrement investie lors de l'acquisition de nouvelles positions ou de nouvelles habiletés.

Coordination des deux fonctions de la vision

Vers l'âge de douze semaines, les deux fonctions de la vision se coordonnent. C'est à ce moment que l'on observe une dissociation tête-tronc, une poursuite lente continue et la capacité de diriger le regard selon un projet d'exploration. Grâce à cette coordination, l'adresse dans l'espace est traitée par la vision focale et la régulation du mouvement vers le but par la vision périphérique.

Voici une illustration de ce fonctionnement: au début, l'enfant exerce des captures dites visuellement guidées: il fixe alternativement la main et l'objet avant d'ajuster l'une à l'autre pour la prise. Ensuite, les captures deviennent visuellement déclenchées: pendant que la fovéa permet de fixer le but, la fonction périphérique contrôle le mouvement balistique du bras.

11.1.4 Instrumentation du système tactilo-kinesthésique

Le système spino-thalamique

Ce système permet la fonction protopathique. Ses terminaisons nerveuses se trouvent dans la plupart des tissus de l'épiderme. La conduction des stimuli vers les centres supérieurs est lente et leur aboutissement est diffus, autrement dit, non somatotopique.

Ce système est très lié à l'émotion et traite des sensations qui informent sur la qualité de ce qui est touché: température, douleur et plaisir; ceci correspond à une perception subjective des actions et des objets en termes d'agréable et de désagréable.

Le système lemniscal

Ce système permet la fonction épicrotique. Ses terminaisons nerveuses se trouvent particulièrement au niveau des extrémités des membres (faces plantaires et pulpe des doigts), de la bouche, des articulations et à la surface des tendons. La conduction des stimuli est rapide et aboutit à une

organisation somatotopique: les stimuli trouvent leur correspondance dans une sorte de carte du corps au niveau du cortex.

Ce système traite les informations nécessaires à la perception des caractéristiques spatiales des objets et à l'organisation des mouvements volontaires orientés dans une activité; il appréhende par exemple un objet dans sa forme, sa grandeur, sa localisation, son orientation et sa distance. Ces caractéristiques peuvent être simultanément perçues par le système tactile épicrotique et par le système visuel focal: cette convergence des deux modalités renforce une perception objective du milieu et du corps propre.

En un premier temps de son développement, l'enfant utilise essentiellement le système spino-thalamique: protectif, lié à l'engagement global de l'organisme dans les premières interactions avec le milieu, utilisé sous l'impulsion et au service de l'émotion. Progressivement l'enfant s'oriente davantage vers l'exploration et la perception objective qui va servir à la construction des représentations.

11.1.5 Développement sensori-moteur et activité

À la naissance, un stimulus environnant provoque chez le bébé un engagement global de l'organisme dont les fonctions sont biologiquement déterminées et peu souples. Le bébé engagé dans une tâche mobilise des boucles sensori-motrices de manière synchronique et reçoit ainsi des informations sensorielles redondantes. Ces redondances sont assurées par la stabilité des mouvements répétés et par la constance des propriétés de l'environnement. Les sensations s'organisent en perceptions, d'une part, sur la base des interactions organisme-milieu et, d'autre part, grâce aux liens qui s'établissent entre les diverses modalités sensorielles au sein de l'organisme.

La répétition des activités et les redondances permettent à l'enfant d'extraire des régularités spatiales et temporelles de ses actions sur le milieu. Il s'agit d'un processus qui va permettre la formation de représentations: celle du corps propre (existence du Moi, schéma corporel), celle de l'objet (permanence) et celle de l'espace (espace de préhension, de locomotion, topologique, euclidien).

Nous allons citer quelques liens intéressants entre l'avènement des représentations et les étapes du développement sensori-moteur.

La première représentation du corps propre comme une totalité organisée et distincte du milieu apparaît avec le contrôle de l'axe corporel en

position assise; au même moment, il y a unification des deux héli-espaces en un seul espace de vision-préhension.

L'objet n'existe d'abord que par la perception d'une fonction sensorielle; il est, ensuite, le lieu de coordination entre deux modalités qui en perçoivent les propriétés; par étapes successives et à travers le processus d'extraction d'invariants, l'objet acquiert sa véritable permanence lorsque l'enfant a dix-huit mois, moment où l'espace de préhension et de locomotion s'unifie.

Sur le plan affectif, l'émotion est le premier moteur de l'action et de son exercice répété; son rôle diminue à mesure de l'avènement des représentations. Pensons, par exemple, aux aspects tactiles globaux ou défensifs qui diminuent au profit d'une exploration différenciée du milieu. Une autre illustration de cette transformation: la marche est, en premier lieu, un jeu émotionnel lié à l'alternance de l'équilibre et du déséquilibre et devient par la suite outil pour réaliser un projet.

En résumé, l'engagement global qui caractérise l'activité du bébé laisse progressivement la place à l'inhibition des mouvements non pertinents à l'action efficace. La sélection de mouvements économiques se fait en correspondance avec la construction de l'axe corporel et l'instrumentation des systèmes sensori-moteurs. Cette évolution prépare la construction du réel représenté.

11.1.6 Aspects pathologiques

Lorsque l'axe corporel n'est pas construit, pour suppléer à une instabilité au plan médian, l'enfant bloque sa respiration qui devient haute et essaie ainsi de se donner le redressement nécessaire à maintenir la posture de face; on parle de tonus pneumatique. Le temps d'activité au plan médian devient alors réduit et l'instabilité limite la coordination vision-préhension et la coopération bimanuelle. Ce type de fonctionnement a été observé surtout chez des enfants qui présentent une hypotonie de base.

Chez des enfants plutôt hypertoniques, l'ATNP tend à correspondre à l'ATNR où l'appui au niveau du bassin se trouve côté face: il en résulte une position du tronc et des membres peu mobile et instable. L'enfant est ainsi fixé dans une position rigide et ne peut souvent pas contrôler activement le passage à la posture asymétrique inverse, par exemple, pour pouvoir suivre visuellement un mobile. La construction de l'axe corporel en est perturbée; la poursuite visuelle et la coordination œil-main sont difficiles, l'espace de vision-préhension n'est pas unifié.

Chez des enfants qui présentent une cécité ou un déficit de l'acuité visuelle, on observe une perturbation du contrôle du mouvement et de son placement dans l'espace.

L'enfant aveugle, qui ne peut pas traiter les informations visuelles périphériques en liaison avec les sensations vestibulaires et proprioceptives, aura des difficultés à se situer dans l'espace. La régulation harmonieuse des mouvements des segments dans l'espace du geste est souvent perturbée; en cas de cécité, le contrôle visuel de l'effet spatial du geste est absent.

Chez l'enfant malvoyant, la fonction périphérique est souvent préservée et son utilisation est particulièrement importante au moment de la coordination vision-préhension, au moment de l'acquisition de la station assise et de sa maîtrise et lors de l'apprentissage de la station debout et de la marche; ainsi, le port de lunettes fortement correctrices limite le champ périphérique et entrave le déroulement harmonieux de certains mouvements et de certaines activités. Selon la situation de chaque enfant, il est alors important de déterminer les moments où le port de lunettes est justifié et indispensable (lors d'analyse d'images comme, par exemple, pour regarder des livres ou la télévision, etc.); de même, à d'autres moments, il est important de préserver l'investissement périphérique: l'enfant devrait se passer de lunettes lorsqu'il apprend la station debout et la marche, les gestes graphomoteurs, etc...

11.1.7 Conclusion

L'itinéraire théorique que nous venons de parcourir nous permet de tisser de nombreux liens avec les situations thérapeutiques que nous connaissons. La suite du texte illustre comment les perspectives d'évaluation et de rééducation peuvent s'élargir à partir des bases théoriques décrites.

11.2 Applications en ergothérapie

11.2.1 Recueil de données

Nous décrivons les items qui constituent l'examen de l'enfant selon cette approche du développement sensori-moteur et les distinguons en deux groupes correspondant à des âges et à des niveaux différents.

Les enfants en bas âge

En général, l'examen débute sur les genoux de la mère ou entre les bras de l'examineur ou dans un siège-coque. Ce début se caractérise par cinq premiers items qui mettent en évidence l'oculo-motricité et la coordination œil-main en relation avec la posture; de plus, à chaque item, sont pris en compte la position de l'axe et des segments, la répartition des appuis, la qualité du tonus, les mouvements associés et les réactions émotionnelles.

- Motricité oculaire: quelles sont la quantité et la qualité des mouvements oculaires?
- Détection périphérique: est-elle présente des deux côtés?
- Poursuite visuelle lente: quelle est l'orientation de la tête et celle du regard par rapport à la direction du mobile? Quelle est la capacité d'asservir la posture et le regard à la mobilité de l'objet? Que se passe-t-il au passage de la ligne médiane? Quelle est la mobilisation de la respiration?
- Réactions d'orientation oculo-manuelle: dans l'hémi-espace droit? Dans l'hémi-espace gauche? Au plan médian? Sur stimulation tactile radiale, cubitale et dorsale de la main? Sur sollicitation du système tactile proprioceptif?
- Orientation visuelle lors d'une stimulation avec un maximum de luminosité et de contraste: quelle est la capacité de fixation et de poursuite visuelle d'une lampe de poche et/ou d'une boîte à fentes?

Par la suite, selon le niveau sensori-moteur de l'enfant et selon ses réponses aux premiers items, l'examen se poursuit dans d'autres situations où l'on observe la capacité de l'enfant d'organiser une réponse tonico-émotionnelle et motrice à des simulations polysensorielles.

- Réactions posturales dans un siège-coque ou un fauteuil en mousse: quelle posture favorise au mieux une stabilité de l'axe corporel et la coordination oculo-manuelle?
- Appui sur des flux périphériques pour réguler la posture: quelle réaction de placement des mains lors du plongeon vers une surface contrastée? Quelle est la régulation de la posture assise entre deux surfaces contrastées placées latéralement? Lors de la capture d'objet sur fond contrasté, quels sont les points d'appui de l'axe, la mobilisation des membres, l'orientation du regard et la coordination œil-main?
- Réaction à des redondances sensorielles: quelle est la coordination oculo-manuelle pour la capture d'un objet mobile et sonore? Orientation sur le corps propre: quel est le repérage d'un objet produisant un son intermittent placé sur un point du corps propre? Y-a-t-il croisement de la

ligne médiane pour la capture d'un objet placé sur le membre supérieur ou inférieur controlatéral?

- Réaction émotionnelle et posturale sur une surface rigide qui vibre et résonne lorsqu'elle est percutée: quelles sont les réactions toniques et émotionnelles dans différentes positions sur la planche de résonance? Quels sont les mouvements et les changements de position spontanés de l'enfant? Quelles sont les réactions d'appui et d'équilibre lorsque la planche est inclinée ou mise en mouvement? Quelle est la posture et comment se coordonnent vision et préhension lors de la présence d'objets sur la planche situés dans et hors de l'espace de préhension?

Les enfants d'âge préscolaire ou en début de scolarité

Les observations pour ce groupe d'items s'articulent en cinq catégories:

- *Motricité oculaire*: quelle est la quantité et la qualité des mouvements oculaires lorsque l'enfant est assis de face? Quelle est la capacité de fixer des cibles visuelles stables et comment est la poursuite lente de cibles mobiles? Comment sont le pointage et la capture: d'abord spontanés, puis d'une main et enfin de l'autre? Comment est la poursuite lente d'un objet sonore et mobile dans et hors de l'espace de préhension? Quelle est la coordination visuo-manuelle pour la capture? Que se passe-t-il pour la capture avec les yeux fermés? Quelle est la poursuite visuelle d'un objet en mouvement pendulaire et quels sont les mouvements céphaliques?
- *Vision périphérique*: quelle est la sensibilité visuelle à un flux périphérique? Comment sont la mimique et les réactions posturales? Quelle est la détection d'objets mobiles entrant dans le champ visuel et quelle est son influence sur la position de la tête et sur l'orientation du regard? Quelle est la détection d'objets mobiles entrant dans l'espace de locomotion et quelles sont les réactions posturales et l'orientation de la tête? En lien avec le système focal: quelles sont les réactions tonico-posturales lorsque l'enfant marche sur des cibles visuelles?
- *Coordination visuo-manuelle*: quelle est la procédure de ramassage de petits cubes disposés en demi-cercle autour de l'enfant? Durant cette activité, quelles sont les réactions posturales, la gestion visuelle de la main, la qualité des mouvements globaux et fins? Y-a-t-il une main dominante?

Lors de la construction d'une tour avec des petits cubes, à quel endroit de l'espace de préhension est placée la tour?

Quelle est la coordination visuo-céphalique en éteignant une flamme de briquet? Quelle est la qualité du souffle en fonction de la posture?

Quelles sont la stratégie de recherche, la précision du pointage et les réactions posturales dans l'exploration d'une grande image?

Aspects grapho-moteurs: quelle est la main utilisée? Y-a-t-il un changement de main, où et quand? Quel est le type de contrôle visuel et quelles sont les modifications tonico-posturales? Quelle est la participation céphalique? Où est localisé le tracé sur la feuille? Quels sont la précision et le freinage du geste: lors du dessin libre sur une feuille grand format avec des feutres épais; ensuite, en dessinant un soleil, un bonhomme; enfin, en reliant des cibles placées aux quatre angles et au centre de la feuille?

Lorsque l'enfant exécute deux grands cercles en mouvement continu et simultané sur une feuille grand format, tenant un feutre épais dans chaque main, quelles sont les réactions tonico-posturales et la qualité du tracé? Quel est l'investissement spatial?

Quelle est la direction de l'écriture et l'orientation des lettres, lorsqu'on demande à l'enfant d'écrire son nom sur une feuille grand format, d'abord en haut à droite et ensuite en haut à gauche?

Comment l'enfant situe-t-il sur le plan graphique les notions spatiales élémentaires comme dedans, dehors, dessus, dessous?

Comment est la copie, à différents endroits de la feuille, d'un rond, carré, triangle, croix, x, losange?

Comment est la poursuite graphique de séquences de formes et quelle est leur organisation spatiale?

Concernant l'organisation spatiale, comment est la copie de figures simples, formées de deux bâtonnets, placées en différentes orientations et à différents points de l'espace de préhension? Dans cet espace, comment l'enfant s'organise-t-il?

- *Perception du corps et production de gestes*: comment l'enfant reproduit-il, au niveau d'un hémicorps, les yeux ouverts et puis fermés, des positions différentes dans lesquelles un segment de l'autre hémicorps a été placé?

Comment l'enfant reproduit-il des gestes répétitifs et dissociés des mains? Comment reproduit-il sur le corps propre des gestes vus sur autrui?

- *Perception du corps*: comment l'enfant, après avoir touché une poupée à un endroit déterminé, peut-il pointer le même endroit sur soi respectant le côté? Vice versa, passant de soi sur la poupée?

Quelle est la réaction de l'enfant à la poupée "transmutée"? (bras et jambe interchangeables)?

Quelle est la description du parcours d'une balle qui va passer d'un point à l'autre du corps?

Conclusion

Les réponses aux items font l'objet d'une analyse qui les situe dans le fonctionnement émotionnel et sensori-moteur global de l'enfant: d'une part, il s'agit d'éléments que nous incluons dans la problématisation, d'autre part, des suggestions de travail s'en dégagent et nous permettent de compléter le plan de traitement.

11.2.2 Problématisation et plan de traitement

L'examen du développement sensori-moteur nous permet de comprendre avec plus de précision la relation réciproque entre les troubles visuels et moteurs, le rôle des flux périphériques et l'importance des postures asymétriques. Après avoir défini les problèmes causés par les déficits, nous déterminons quelles postures et quel contexte sensoriel favorisent au mieux l'exercice et l'acquisition de la coordination œil-main, la coordination entre la fonction focale et la fonction périphérique, l'exploitation de postures stables asymétriques d'abord, puis, l'équilibre au plan médian, l'unification des deux héli-espaces de vision-préhension, la séparation de la bimanualité avec le développement d'une dominance manuelle, l'unification de l'espace de préhension et de l'espace de locomotion. Les compétences évoquées vont nous inspirer lorsque nous déterminons les buts de traitement qui sont pensés de manière individualisée selon chaque enfant.

11.2.3 Moyens de traitement

11.2.3.1 Introduction

Nous présentons des moyens issus de l'approche du développement sensori-moteur. Leur utilisation peut être isolée ou combinée; ces moyens peuvent s'articuler avec la variété de matériaux et de pratiques qui existent déjà dans nos lieux de traitement. Leur application est relativement nouvelle et évolue selon la créativité des personnes qui s'y intéressent.

11.2.3.2 Moyens développés par les équipes du Pr. Bullinger à Genève et du Dr Vasseur à Villeneuve d'Ascq.

Il s'agit d'objets ou de pratiques conçus et utilisés pour les examens d'enfants; des rééducateurs s'en sont progressivement inspirés pour le traitement. Nous présentons ces moyens de manière résumée et nous donnons quelques exemples d'utilisation que nous connaissons parce que nous les avons vus ou expérimentés.

Paravents en tissu à carreaux

Ils permettent de contrôler l'environnement visuel. L'enfant peut se situer pour une activité entre deux paravents dont l'emplacement est déterminé par une amélioration de la régulation tonico-posturale que le thérapeute peut observer chez l'enfant. De par ses mouvements, l'enfant se procure un flux périphérique qui s'ajoute comme redondance aux autres informations sensorielles utiles à l'ajustement de la posture.

Le contour d'un objet placé en avant du paravent est renforcé par l'occlusion du fond texturé et il en est ainsi pour le membre supérieur qui se déplace vis-à-vis de ce fond pour l'exploration tactile ou pour la capture. Donc, la perception focale de l'objet et du segment corporel est renforcée. Le type d'occlusion du fond varie avec le mouvement de l'objet et sa distance du paravent; le sujet peut ainsi mieux évaluer la profondeur pour calibrer le geste de capture.

Les paravents ont aussi la propriété de délimiter le champ visuel et de canaliser l'attention de l'enfant sur la tâche.

Nous avons introduit ces flux dans le traitement d'enfants qui apprenaient la position assise, la station debout et la marche, dans les cas où la focalisation de la main ou de l'objet était difficile. Dans le cadre de la thérapie sensori-intégrative, les paravents peuvent être placés des deux côtés d'un engin ou au sol, en-dessous de l'engin (balançoire, hamac, bateau, pneu suspendu...). Lors d'activités gérées davantage selon les principes Bobath, les paravents peuvent être placés au sol lorsqu'on sollicite l'enfant pour des changements de positions basses, sur les côtés, lorsque, par exemple, on sollicite des réactions de redressement sur le grand ballon ou des rotations du tronc sur le rouleau. Nous avons aussi utilisé, parfois, des paravents dans des situations de repas ou de graphomotricité pour favoriser la stabilité et l'orientation de l'axe corporel.

Ventilateur

L'air peut être un flux tactile substitutif du flux visuel périphérique pour des enfants aveugles, ou comme renforçateur chez d'autres enfants où il s'ajoute comme redondance aux informations proprioceptives, vestibulaires et visuelles. Le rapprochement ou l'éloignement du ventilateur, le fait d'être dans ou à côté du courant, peuvent être des indices de position ou de déplacement dans l'espace.

Ce moyen contribue aussi à la perception des limites du corps propre ou à la prise en compte d'une de ses parties, pensons par exemple au travail d'unification des hémicorps chez un enfant hémiplégique. Enfin le ventilateur est souvent utilisé en combinaison avec de l'eau pour solliciter le système tactile protopathique, travailler les aspects de détente et la diminution de la défense tactile.

Planche de résonance

Il s'agit d'une planche en bois contreplaqué montée sur un cadre en bois sur laquelle l'enfant joue et se déplace en se procurant ainsi des vibrations, des sensations tactiles et proprioceptives fortes, des sensations auditives et vestibulaires. La convergence de ces sensations favorise leur intégration et, entre autres, l'éveil et l'attention de l'enfant.

Voici quelques expériences d'utilisation: on peut placer à différents points au-dessous de la planche des boules qui la transforment en un support mobile sur lequel l'enfant exerce ses réactions d'équilibre pour tenir assis ou se déplacer. Cet engin peut être un support lorsque l'enfant est sur le hamac et fait rouler des balles, recherche des objets éparpillés, tapote par exemple selon un rythme, étale des matières ou fait des grands dessins sur ce fond. Nous avons parfois incliné la planche pour que l'enfant rampe, marche à quatre pattes ou debout, roule ou fasse rouler des objets, joue à plat ventre, etc... Enfin la planche peut être placée comme élément d'un parcours dans le grand espace où l'on invite l'enfant à passer par des fonds texturés différents.

Objets sonores

Des petites balles de couleur vive et des petits dés munis de velcro ont été adaptés pour émettre un son intermittent qui sert à stimuler la recherche de la part de l'enfant sur son propre corps, à différents points de l'espace de préhension, ou dans l'espace de locomotion. On peut ainsi rendre l'enfant attentif à une partie de son corps par la convergence de sensations différentes; nous pouvons induire le croisement de la ligne

médiane pour la capture du dispositif placé sur le membre supérieur contro-latéral. Le déplacement du dispositif sonore peut jouer un rôle d'appui pour la poursuite visuelle, inciter l'enfant pour la capture ou pour la locomotion afin d'atteindre l'objet hors de l'espace proche. Dans la même direction nous avons fait des expériences avec des bracelets composés de grelots.

Table lumineuse

Il s'agit d'une table dont la surface lumineuse peut être réglée de manière à mettre en évidence les contours de ce qui se trouve au-dessus. Elle est utilisable avec des enfants malvoyants pour mettre en évidence le corps propre (les petits peuvent, par exemple, être assis dessus pour des changements de position ou des jeux avec et sur le corps propre), les membres supérieurs (pensons à l'étalage de matières ou à la peinture à doigts), les objets (par exemple, lors de jeux tels que tirer, pousser, vider, remplir, juxtaposer, enfiler, etc...), la trace (pensons à la peinture à doigts jusqu'à l'écriture en passant par des activités graphiques intermédiaires).

Siège-coque

Il s'agit d'un siège adapté pour bébés et petits enfants qui offre un maintien au niveau du bassin, une abduction des membres inférieurs, un appui postérieur et des deux côtés (tout en laissant au tronc la possibilité de flexion latérale et de rotation), un appui postérieur de la tête qui reste libre pour tout mouvement. Chaque élément de la coque est amovible. Au niveau de l'assis, le côté droit et le côté gauche sont réglables séparément: il est alors possible de provoquer l'appui sur un côté du bassin et d'induire ainsi une posture ATNP donnée, une orientation stable vers une stimulation sensorielle latérale; au plan médian, on peut rééquilibrer les deux côtés de l'assis. Ce siège offre des possibilités pour les examens d'enfants comme pour des situations thérapeutiques.

11.2.3.3 Moyens développés dans les services d'ergothérapie de Suisse romande

Fauteuil en mousse

Moyen développé par des ergothérapeutes de la Clinique de Pédiatrie à Genève. Ce type de fauteuil s'adresse particulièrement aux enfants présentant une hypotonie axiale associée ou non à une spasticité des membres. Il s'agit d'enfants n'ayant pas encore acquis la position assise ni des déplacements spontanés. De manière générale, ce fauteuil permet un main-

tien du bassin et un appui du dos; selon les cas, on rajoute des appuis latéraux et un bloc d'abduction. L'angle de l'assise est de 90° et son orientation dépend des possibilités de redressement spontané de l'enfant. Ce fauteuil vise à donner à l'enfant une meilleure stabilité centrale tout en augmentant les possibilités de redressement actif; il permet d'élargir le champ de vision-préhension et d'augmenter les possibilités d'action des membres supérieurs.

La mousse du fauteuil lui confère un aspect dynamique qui permet à l'enfant d'exercer des réactions d'appui et de redressement, des reports de poids et des rotations. Des densités différentes permettent de varier la résistance aux mouvements de l'enfant. Ce fauteuil permet à l'enfant de jouer au sol ou sur des plans rehaussés et placés latéralement.

Siège en mousse

Moyen développé par les ergothérapeutes de la Clinique de Pédiatrie et de l'Ecole de la Petite Arche. Ce type de siège est conçu pour des enfants qui ont un maintien minime de la position assise et qui nécessitent un appui au niveau du bassin pour avoir un meilleur redressement et une meilleure stabilité centrale. Pour certains enfants, l'utilisation du siège est l'étape suivante du travail dans le fauteuil en mousse. Il s'agit d'un siège constitué d'une forme en mousse qui entoure le bassin de l'enfant; celle-ci est collée sur une base carrée en mousse. Il est possible de rajouter un plot d'abduction et d'encadrer le tout avec une structure en bois. On peut fixer une tige sous la structure dans le plan sagittal pour permettre une bascule vers la droite ou vers la gauche.

Cette dernière possibilité s'adresse à des enfants qui pourraient bénéficier des postures asymétriques pour instrumenter la vision, coordonner vision et préhension. On peut ainsi influencer les reports de poids au niveau du bassin qui, chez certains enfants hypertones, se trouve du côté face et déstabilise la posture. Ce siège permet de travailler le passage d'une ATNP à une autre en vue de favoriser le croisement de la ligne médiane, la poursuite visuelle et l'unification de l'espace de préhension.

L'appui et le mouvement latéral favorisent aussi le redressement du tronc et les dissociations (tête-tronc, épaules-bassin, membres supérieurs-tronc) contribuant à augmenter le champ d'action de l'enfant.

Ce siège peut être utilisé à même le sol, sur des bancs ou sur des chaises (par exemple Embru ou Tripp-Trapp), sur des engins d'Intégration Sensorielle (par exemple le bateau).

Coque semi-dynamique

Il s'agit d'un moyen de contention dynamique en position assise, indiqué en particulier pour les jeunes enfants (de huit mois à environ sept ou huit ans). Cette coque a été développée dans le service d'ergothérapie de l'Hôpital Orthopédique de Lausanne; elle a été expérimentée et modifiée depuis 1985.

Ce siège est composé d'une coque pelvienne et d'une coque thoracique moulées sur mesure. Ces deux coques sont articulées l'une à l'autre par des modules dynamiques permettant les mouvements du tronc.

Le but de cette coque semi-dynamique est de faciliter l'acquisition d'un contrôle postural durant les activités manuelles et visuelles de l'enfant. Elle permet, en particulier, des adaptations posturales, de faibles mouvements en fonction de la position des objets dans l'espace (jeux, cibles visuelles), le passage de la ligne médiane, des modifications des charges sur les hanches et le passage d'une asymétrie à l'autre. La coque permet les réglages suivants:

- la position du tronc par rapport au bassin et par rapport à la zone d'action;
- les mouvements du tronc dans des amplitudes déterminées, et la direction de ces mouvements en fonction des activités visuelles et manuelles de l'enfant;
- le dosage de la force de contention et de la résistance aux mouvements du tronc.

Ces paramètres sont régulièrement réévalués, afin de diminuer progressivement les contentions et les résistances en fonction de l'évolution de l'enfant et de ses possibilités. Ce siège léger s'adapte facilement à un environnement varié, tel que table de cuisine, sol, pousse-pousse, luge, caisse à sable etc...

11.2.3.4 Conclusion

Les différents moyens de positionnement décrits se situent au carrefour des différentes approches utilisées en ergothérapie avec les enfants. En effet leur conception s'inspire des principes Bobath pour l'inhibition des schémas pathologiques et la facilitation de mouvements adaptés. Un aspect dynamique est recherché de manière différente pour chaque moyen et, entre autres, est une prise en compte de l'importance des stimulations vestibulaires; les différentes propositions de contention sont le fruit de réflexions sur les apports tactiles et proprioceptifs.

Chaque moyen vise l'automatisation des mouvements de redressement et des réactions d'équilibre; le dynamisme offert au buste et au

bassin contenu permet l'utilisation de postures asymétriques et les passages actifs d'une posture ATNP à son inverse, passant par le plan médian où la stabilité se construit progressivement. Le but commun est la construction de l'axe corporel et la facilitation d'actions orientées et finalisées.

Nous avons décrit les moyens qui nous ont paru les plus intéressants et notre énumération n'est pas exhaustive. Différentes personnes ont certainement déjà créé des situations de traitement originales et enrichies par l'approche que nous traitons dans ce chapitre.

11.3 Complémentarités avec les autres modèles de pratique

Dans l'histoire des approches ergothérapeutiques en pédiatrie, on constate un abandon de plus en plus définitif des conceptions mécanicistes de la motricité du fait de l'émergence de méthodes telles que Rood ou Bobath, issues de recherches neurophysiologiques plus modernes. L'approche Bobath a permis de comprendre le mouvement dans une perspective neurodéveloppementale. Elle a fourni les techniques permettant d'inhiber les schèmes moteurs pathologiques et de faciliter les schèmes normaux à travers la régulation du tonus et le déclenchement de réactions automatiques, de redressement et d'équilibre aboutissant à la dissociation et à la coordination de différents segments du corps entre eux. Ces processus amènent progressivement l'enfant à une maîtrise de son corps qui lui permet de conquérir le monde à travers le mouvement.

Comment le mouvement s'organise-t-il par rapport à cette évolution? Comment l'adaptation de l'enfant à son entourage se produit-elle?

Par l'approche sensori-intégrative de J. Ayres, de nouvelles réponses théoriques et méthodologiques ont fait leur apparition, dépassant la pensée linéaire et unicausale pour parvenir à une vision synthétique du développement de l'enfant.

Simultanément, les travaux issus des courants piagétiens ont suscité une compréhension constructiviste et non plus behaviouriste du développement sensori-moteur et cognitif.

C'est au cours de ces dernières années que les travaux de recherche du Professeur Bullinger et du Docteur Vasseur ont enrichi nos connaissances en sensori-motricité et donnée de nouvelles impulsions à nos pratiques.

Alors que l'approche neurodéveloppementale est principalement axée sur les boucles neuro-motrices de l'organisme, les travaux de J. Ayres attirent l'attention sur les signaux provenant de l'environnement. Soumis au

principe de la "convergence", les stimulations multimodales se dirigent simultanément sur des structures cérébrales spécifiques où elles sont intégrées. Le système vestibulaire, le plus puissant intégrateur sensoriel, est le levier de cette intégration. Les effets des techniques sensori-intégratives se répercutent au niveau de la régulation du tonus, des réactions de redressement, de l'équilibre et de la posture. Ces techniques influencent également l'état d'éveil et l'attention, les aspects émotionnels et cognitifs; enfin, mais pas moins important, ces moyens de traitement sollicitent les fonction oculo-motrices et contribuent à améliorer les diverses fonctions visuelles.

L'apparition des engins d'Intégration Sensorielle dans les salles d'ergothérapie a entraîné des renouvellements fondamentaux. Suivant l'évaluation ergothérapeutique, les principes Bobath et Jean Ayres trouvent leur réalisation combinée ou complémentaire dans l'utilisation de ces engins. Nous ne connaissons pas suffisamment l'approche Affolter pour l'évoquer ici.

Les apports de la conception sensori-motrice ont légitimement trouvé leur place dans ce contexte, et c'est à travers le fonctionnement du système visuel qu'un lien s'est établi avec les modèles de pratique déjà connus.

En thérapie sensori-intégrative, l'interdépendance du système visuel et du système vestibulaire, c'est-à-dire l'oculo-motricité par rapport aux mouvements de la tête, des membres supérieurs et du tronc, est déterminant pour une vision et une coordination visuo-motrice efficaces. Selon l'approche du développement sensori-moteur, l'attention est dirigée sur l'interdépendance des deux fonctions du système visuel, focal et périphérique, ce dernier étant impliqué dans la mise en forme du corps et dans la construction de l'axe corporel sur la base des réactions tonico-posturales. En thérapie, ces concepts se complètent aisément et donnent lieu à de nouveaux contextes d'activité où les moyens issus des deux approches se combinent.

Au début du développement sensori-moteur, lorsque l'enfant construit son axe corporel en position assise, il s'agit de prendre en compte la posture asymétrique de type ATNP et de susciter des reports de poids sollicitant le système vestibulaire, les réactions de redressement et d'équilibre et les ajustements posturaux. On pourra alors utiliser la planche à ressorts, le pneu suspendu ou le bateau; l'enfant sera assis, moulé entre les jambes de la thérapeute ou placé dans un fauteuil ou siège en mousse ou dans une coque dynamique ou laissé en position libre avec contrôle du bassin par les mains de la thérapeute. L'enfant peut être également assis sur un rouleau ou sur un banc d'abduction. Dans ces conditions il sera amené à effectuer des captures de manière alternée dans les deux hémi-espaces et à coordonner vision et préhension.

Par la suite, et en évoluant, les points d'appui de l'axe corporel se déplacent progressivement vers le bas en position assise; ce processus peut être influencé par l'emploi d'engins à bascule où l'on sollicite l'appui des membres supérieurs, d'engins suspendus par des cordes où l'enfant se tient pour maintenir la position face au mouvement et de planches à roulettes où il s'agit de se tirer ou de pousser vers l'avant ou l'arrière. En même temps, des synergies de vision-préhension alternées des deux côtés et en dépassant le plan médian peuvent être déclenchées par l'activité; ceci amène à l'intégration des hémicorps, à une bimanualité et à l'installation d'une dominance manuelle.

L'élaboration cognitive de la sensori-motricité et la transformation des réactions émotionnelles de l'enfant revêtent un intérêt particulier selon l'approche du développement sensori-moteur qui complète ainsi les connaissances théoriques des autres modèles de pratique. Comme nous l'avons exposé dans la partie théorique, le tout petit est d'abord impliqué globalement dans la relation organisme-milieu; grâce au système spinothalamique, son état tonico-émotionnel varie en fonction de ses besoins et de ses sensations. Par la suite, en correspondance avec la coordination vision-préhension et, simultanément, par l'émergence du système lemniscal, les émotions évoluent vers des représentations de soi, des objets et de l'espace, également, de par l'émergence du système lemniscal. Les fonctions sensorielles et motrices s'instrumentent et l'action devient outil pour réaliser des projets dans l'espace de préhension et de locomotion. Les redondances sensorielles jouent un rôle primordial pour la réalisation de ces processus. On peut alors imaginer que ces perspectives théoriques ont des implications pratiques directes.

D'une manière générale, la thérapeute réfléchit à un aménagement approprié, à un choix de positionnements, d'engins, de matériaux et de jeux pertinents, de manipulations ou de facilitations adéquates; elle fait une lecture attentive des modifications psycho-motrices de l'enfant et des opérations et transformations qu'il effectue sur les objets. Cet ensemble de moyens permettent à la thérapeute d'ajuster son offre en stimulations sensorielles tout au long des activités.

En particulier, l'activité grapho-motrice apparaît sous une nouvelle lumière. Selon l'approche du développement sensori-moteur, elle est considérée à partir des capacités de mouvement des segments corporels susceptibles de faire des traces. La trace n'est alors que le produit spatialisé d'un mouvement. Dans un premier temps le travail ne portera donc pas sur la trace, mais sur le contrôle des postures par rapport au plan de travail et

sur les coordinations visuo-manuelles. Par la suite, il s'agira de développer la gestion focale du tracé et l'organisation de l'espace proche.

Il est bien évident que l'approche du développement sensori-moteur offre un complément précieux à la prise en charge globale où l'enfant est considéré comme un tout unique de fonctionnements neurophysiologiques et psychologiques en interaction constante et produisant des réactions adaptatives personnelles vis-à-vis du monde environnant.

11.4 Conclusion

Grâce à l'approche du développement sensori-moteur de l'enfant, de nouvelles connaissances ont élargi l'horizon théorique des ergothérapeutes et d'autres intervenants du domaine de la rééducation en pédiatrie. Il appartient maintenant aux professionnels de transformer ces données en outil d'intervention susceptible d'évoluer à travers chaque prise en charge, de mettre en œuvre leur attention et leur sensibilité pour lire et interpréter les réactions de l'enfant. Les projets thérapeutiques qui en découlent pourront permettre un usage combiné des divers modèles de pratique disponibles selon la spécificité de chaque traitement.

Nous nous sommes faites porte-parole d'un résumé théorique et nous avons tissé des liens illustratifs avec le processus ergothérapeutique qui demeurent une modeste contribution à la question.

En guise de conclusion, nous exprimons le souhait que ces connaissances et ces savoir-faire s'enrichissent et deviennent objet d'échange entre les professionnels qui s'y intéressent.

Bibliographie

- Ayres J., *Sensory integration and learning disorders*, Western Psychological Services, Los Angeles, 1972.
- Ayres J., *Sensory integration and the child*, Western Psychological Services, 123021, Wilshire Blvd., Los Angeles, 1980.
- Bullinger A., *Vision, posture et mouvement chez le bébé. Approche développementale et clinique*, in: F. Jouen et A. Henocq, *Le nouveau-né*, PUF, Paris.
- Bullinger A., Vasseur R., *Le corps, la main, l'œil, l'espace ou synthèse du développement visuo-moteur normal*, Textes de cours, UCBA, Magliaso, (TI), 1989.

- Bullinger A., Espace corporel et espace visuel, leur coordination dans les débuts du développement, *Annales de réadaptation et de Médecine physique*, p.511-522, No. 32, 1989.
- Bullinger A., Les fonctionnements sensori-moteurs, matériaux pour la croissance cérébrale, in: Seron, X., *Psychologie et cerveau*, Actes du colloque de l'APSLF, p. 77-91, PUF, Paris 1990.
- Schnellmann Y., Rolfo, A., Instrumentation du système visuel et contrôle postural de l'enfant IMC, TD 160, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne, 1985.
- Bullinger A., Approche de la perception, la perception visuelle, in: *Bulletin des établissements médicaux-éducatifs*, Association des paralysés de France, No 14, 1989.
- Hatwel Y., *Toucher l'espace*, PUL, Lille, 1986.
- Netchine S., Bullinger, A., Conditions et aspects sensori-moteurs de la lecture, in: Zavialoff N., *La lecture*, Vol. 2, *Psychologie et neuropsychologie*, Collection *conversciences*, L'Harmattan, p. 63-74, Paris 1990.
- Vasseur R., Bullinger A., Haquen C., Pierrat V., Lequien P., Effet d'une stimulation polysensorielle chez le grand immature en période néonatale, sur l'organisation de la préhension à 18 semaines, *Bulletin de l'AMTF*, No 9, Janvier, 1990.

Chapitre 12

ÉTUDE DE CAS, TRAITEMENT D'ERGOTHÉRAPIE PRIVILÉGIANT LE MODÈLE DE PRATIQUE DE J. AYRES

Introduction

Ce travail présente le traitement en ergothérapie d'un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale légère et souffrant de troubles du comportement tels que des crises de rage et de l'hyperactivité.

Cette étude de cas permet de répondre à un double objectif: d'une part, elle propose une démarche ergothérapeutique complète, d'autre part, elle illustre un des modèles de pratique utilisé en ergothérapie, soit, la méthode sensori-intégrative de J. Ayres.

La démarche ergothérapeutique, nommée processus de l'ergothérapie à l'Ecole d'ergothérapie de Lausanne (S. Meyer, 1990) fait l'objet du chapitre 7 de cet ouvrage; elle comprend l'évaluation formative des capacités du patient (recueil de données et position des problèmes), la planification du traitement (finalité, buts, objectifs et programme de

traitement), l'exécution de celui-ci, et l'évaluation finale ou sommative du traitement. Ces phases de la démarche correspondent au déroulement de notre travail.

Le modèle de pratique de Jean Ayres fait partie d'un ensemble de méthodes et de techniques parmi lesquelles l'ergothérapeute choisit celles qui lui paraissent le mieux adaptées afin de réaliser ses objectifs de traitement. La thérapeute intègre celles-ci aux principes de base de l'ergothérapie, centrés sur l'action et sur le développement des savoir-faire de l'enfant dans toute sa vie quotidienne.

Pour François, l'enfant présenté dans ce travail, la thérapeute applique l'approche ergothérapeutique dans sa globalité. Elle fait cependant très vite l'hypothèse que les troubles que présente François correspondent à un des syndromes de dysfonction de l'intégration sensorielle analysé par Jean Ayres et que, par conséquent, l'usage de ce modèle de pratique est particulièrement indiqué pour réduire les difficultés de François. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi ce cas pour illustrer une application de ce modèle. Ce texte développe principalement les principes thérapeutiques et les techniques liés à la méthode sensori-intégrative de J. Ayres, appliquée à ce cas particulier, tout en situant ceux-ci dans l'ensemble du traitement. Il tente de démontrer pourquoi et comment cette approche a permis à François de surmonter une grande partie de ses difficultés.

Il s'agit d'une démarche pragmatique qui n'a pas la prétention d'être la seule possible dans un tel cas.

Les ergothérapeutes américaines qui ont développé la méthode sensori-intégrative ont constitué un cadre théorique avec l'aide de neuro-biologistes et de neuro-psychologues. Nous utilisons ici ces références tout en nous inspirant de quelques chercheurs français qui traitent de thèmes analogues.

Ce texte est conçu pour deux types de lecture. C'est la démarche ergothérapeutique qui sert de fil conducteur. Les explications concernant les divers aspects du modèle J. Ayres sont insérés dans le texte au fur et à mesure de la présentation du traitement. Le lecteur qui souhaiterait commencer par l'introduction au modèle de pratique de Jean Ayres en trouvera la présentation à la page 229.

12.1 Présentation de la situation

François est un ancien prématuré qui a présenté, pendant la période néonatale, de nombreuses complications; il a passé plusieurs semaines en couveuse dans un hôpital éloigné du village où habitaient ses parents. Il a 4 ans et 7 mois lorsque le traitement débute.

Son pédiatre propose un traitement d'ergothérapie pour les raisons suivantes: François souffre d'une infirmité motrice cérébrale discrète et présente des difficultés de comportement qui perturbent sa famille, en particulier, une hyperactivité motrice importante et des crises de rage fréquentes.

Le traitement d'ergothérapie s'effectue à raison d'une séance d'une heure par semaine. Les séances et les déplacements sont payés par l'Assurance-Invalidité.

François est toujours accompagné par sa mère. Il invite parfois sa sœur, qui a un an et demi de plus que lui, à participer à la séance.

François apparaît comme un joli petit garçon blond et fluet; il se déplace en courant plutôt qu'en marchant; il s'intéresse à tout ce qui lui est proposé et y participe avec vivacité.

L'étude porte sur 36 séances réparties sur un an et deux mois.

12.2 L'évaluation formative

L'évaluation formative permet, sur la base des données recueillies, de poser les problèmes et les ressources de François dans ses interactions avec son environnement. Elle propose des explications à ses difficultés ou formule des hypothèses quant à l'origine de ces dernières.

Elle comprend le recueil des données, la position des problèmes et des ressources de François et une synthèse de sa problématique.

12.2.1 Le recueil des données

Le recueil des données est influencé par les modèles de pratique auxquels se réfère l'ergothérapeute, en l'occurrence, le modèle de l'ergothérapie et le modèle de pratique de Jean Ayres.

Dans le cas de François, les données sont recueillies sur la base de plusieurs sortes d'informations:

- les informations données par le pédiatre et par la mère, puis par l'institutrice,
- les observations de la thérapeute lorsque l'enfant joue librement ou lors d'activités proposées,
- les résultats de deux séries d'épreuves développées par J. Ayres, afin de dépister d'éventuelles dysfonctions de l'intégration sensorielle.

Les observations cliniques et les tests d'intégration sensorielle de Sud-Californie.

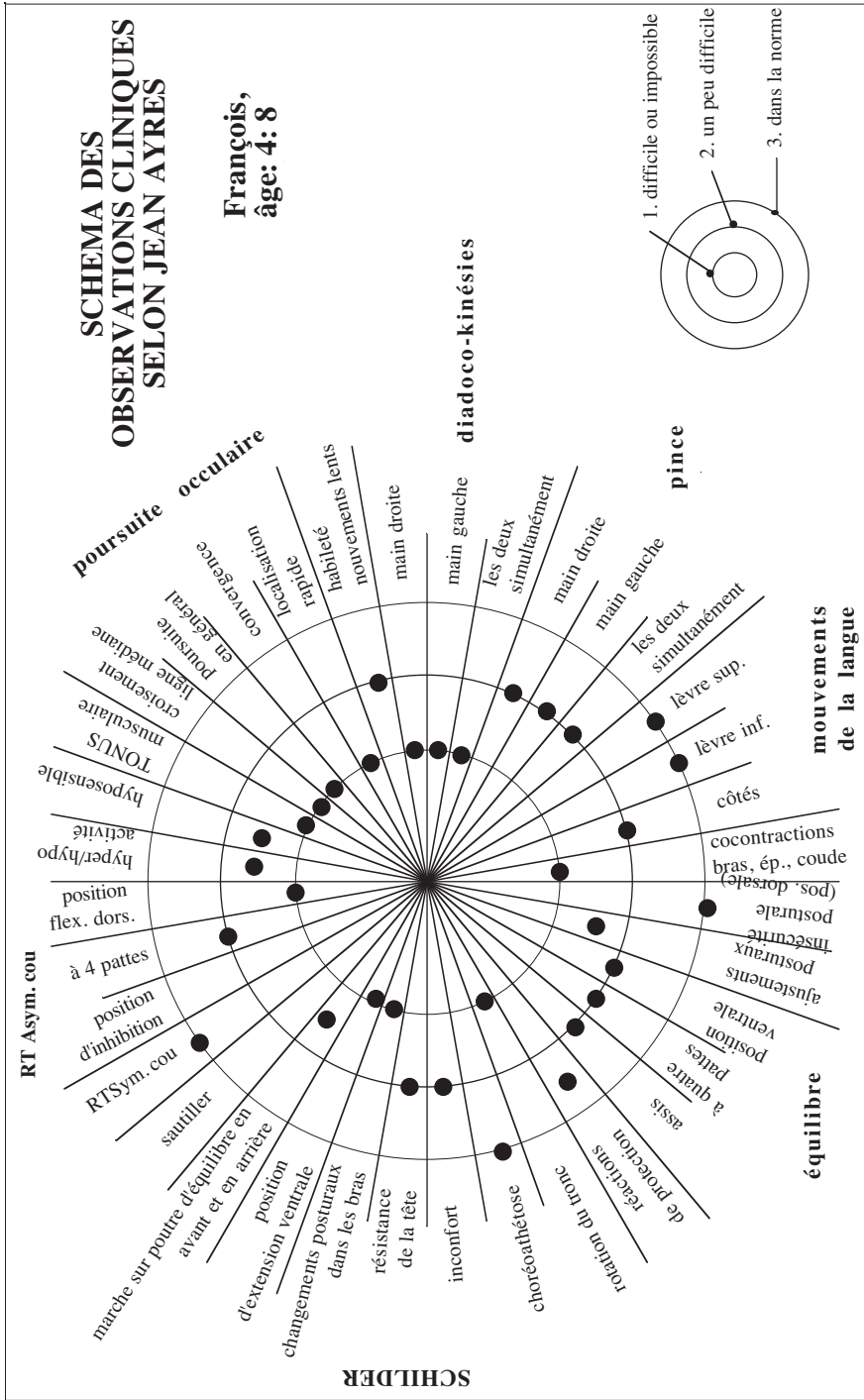
Les épreuves des *observations cliniques* (J. Ayres, 1972) permettent à la thérapeute d'observer le tonus, les réactions au toucher, la poursuite oculaire, la latéralisation, l'intégration des schèmes primitifs, les réactions d'équilibre, la coordination oculo-manuelle, la coordination des deux côtés du corps, la capacité de dissocier les mouvements, la planification motrice et la concentration. Le tableau des observations cliniques (fig. 8) présente, dans un schéma circulaire, les résultats des diverses épreuves. Le cercle extérieur correspond aux épreuves que François réussit; le cercle du milieu correspond aux épreuves possibles, mais dont la qualité et la durée sont encore insuffisantes, les épreuves notées au centre sont impossibles à réaliser.

Un enfant de 5 ans devrait réussir toutes ces épreuves sauf les diadochokinésies (mouvements de pro-supination rapide des avant-bras), la pince (opposition pouce-doigts) et les cocontractions.

Les *tests d'intégration sensorielle de Sud-Californie* comportent une batterie de 17 tests (Ayres, 1975, 1976, 1980), qui évaluent le fonctionnement sensori-intégratif des enfants selon ses composantes somatosensorielles, visuelles, motrices et praxiques. Jean Ayres a standardisé ces tests sur 1000 enfants de la région de Los Angeles, âgés de 4 à 11 ans. Il n'existe pas actuellement de standardisation pour des enfants européens. L'interprétation des résultats doit donc se faire avec prudence.

Il nous paraît cependant que la répartition des résultats sur la courbe de Gauss et la manière dont ceux-ci se regroupent peuvent donner à la thérapeute quelques précisions utiles en complément ou en confirmation des autres informations dont elle dispose. Les résultats situés à -1 et en dessous sont considérés comme étant déficitaires. (voir fig. 9)

Figure 8



L'ensemble des données recueillies est organisé de manière à situer, d'une part, les compétences et les difficultés de François dans ces actions et ses comportements quotidiens et, d'autre part, les déficits qui peuvent être à l'origine de ses difficultés à agir, soit, ce qui le gêne dans sa vie de tous les jours.

Cette organisation correspond au plan suivant:

Compétences et difficultés dans:	Domaines dans lesquels les déficits sont observés:
<ul style="list-style-type: none"> - les activités d'entretien personnel, - les déplacements, - le jeu, - l'école, - la communication, - le comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> - la motricité globale, - la manipulation, - les aspects sensoriels: <ul style="list-style-type: none"> le système tactile, la proprioception, le système vestibulaire, le système visuel, l'audition, le goût, - les aspects cognitifs.

C'est l'articulation de ces deux groupes de données qui permettra de constituer la problématique de François.

L'entretien personnel:

François s'habille seul; il boutonne ses vêtements et il met ses baskets, même s'il lui arrive de mettre un pull à l'envers ou d'intervertir les chaussures gauche et droite. Il mange de tout, mais mâche peu les aliments. La propreté est acquise jour et nuit depuis l'âge de 4 ans.

Les déplacements:

François tombe encore beaucoup: il se heurte aux obstacles, s'écroule brusquement et rate des marches d'escaliers. Il court plutôt qu'il ne marche; il a de la peine à s'arrêter ou à faire des virages sans tomber.

Le jeu:

François aime les jeux moteurs; il préfère déplacer et transporter des objets plutôt que construire. Il fait tout très vite et a tendance à s'éparpiller en passant d'une activité à l'autre. Il aime cependant beaucoup les légos et les transformeurs et peut parfois se concentrer jusqu'à 20 minutes sur ces objets. François a beaucoup d'imagination et invente des quantités

d'histoires. Il comprend vite les situations proposées et prend plaisir à les résoudre. Dans les jeux de société, il ne supporte pas d'attendre son tour ou de perdre.

L'école:

François a commencé la première année enfantine. Selon la maîtresse, il n'y pose pas de problème particulier. Il se montre sociable avec ses copains et paraît bien intégré. Il est curieux et intéressé, mais assez tendu. Il paraît mal dans sa peau et plutôt effacé; il a peur de se tromper, de faire quelque chose seul, n'ose pas essayer une activité nouvelle ni dire ce qu'il sait. François a de la peine à rester tranquille. Lorsqu'il écrit, il tient mal son crayon. Il a de la peine à coordonner les grands mouvements de pré-écriture; les lettres sont laborieuses. François tient le crayon avec toute la main, si bien que l'institutrice lui a donné un guide-doigts.

La communication:

François parle très vite et articule mal, si bien que, à moins de bien le connaître, il est souvent difficile de le comprendre. Il chante bien et le fait spontanément.

Le comportement:

François est un petit garçon vif et remuant, son attention est faible; il veut tout toucher, il bouge beaucoup et n'écoute les histoires qu'un instant. Il lui arrive de se concentrer sur un jeu qui le passionne particulièrement, mais c'est rare et il a plutôt tendance à papillonner d'une activité à l'autre sans se fixer. Il est particulièrement sensible à tous les stimuli: il réagit sans sélection à la moindre stimulation visuelle ou auditive et peut devenir très agité; alors, toutes ses difficultés s'amplifient.

Il apprécie beaucoup qu'on lui laisse faire ce qui lui plaît et résiste à la moindre contrainte. Son niveau de tolérance à la frustration est bas. Il est colérique et présente des crises de rage que ses parents supportent mal. Lorsqu'on lui demande de faire quelque chose qu'il ne veut pas, par exemple durant les repas, lorsqu'il est contrarié, s'il échoue dans une entreprise ou s'il y a du monde autour de lui, il s'énerve très vite, commence à tout casser, hurle, trépigne et se roule par terre. Toutes les stratégies utilisées par les parents pour le calmer échouent. Les crises peuvent durer une à deux heures et se répètent à la fréquence de 3 à 6 par semaine.

François est casse-cou, il se lance sans crainte sur les engins et n'a pas l'air de se faire mal lorsqu'il tombe.

Durant la thérapie, il est coopératif, curieux, inventif et prend un plaisir manifeste aux activités proposées surtout si elles sont présentées sous forme de jeu et qu'il a l'impression de décider lui-même. Il essaye d'échapper à tout ce qui lui paraît difficile ou qui demande une attention un peu soutenue.

A la maison, la principale expression de ses sentiments consiste à pleurer ou à faire des crises. Il ne manifeste ni le plaisir ni la satisfaction. Il ne rit jamais. Il aime que sa mère le prenne dans ses bras.

Hypothèse: après ce premier recueil de données concernant la vie quotidienne de l'enfant, nous faisons l'hypothèse que si François rencontre les difficultés mentionnées ci-dessus, c'est qu'il présente un certain nombre de déficits au niveau de son développement moteur, sensoriel, cognitif, social et affectif. Nous supposons qu'il souffre, plus particulièrement, d'une dysfonction du système vestibulaire. Les résultats des épreuves et des observations concernant la motricité globale, la manipulation, les aspects sensoriels et cognitifs qui sont décrits ci-dessous permettront de préciser et de vérifier ces hypothèses. Les aspects sociaux et affectifs figurent plus haut sous la rubrique "comportement".

La motricité globale

Sur le plan du *tonus*, on observe une légère spasticité des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Cette spasticité n'apparaît pas au repos ou lors d'activités calmes, elle se manifeste, comme pour une hémiplégie, lors d'activités stressantes, par exemple si François a couru un moment, il ne met plus le poids du corps que sur la jambe droite et son bras et son poignet gauches se fléchissent. Sa jambe gauche ne suit plus et le gêne. Lorsqu'il se trouve sur une surface instable, sa jambe gauche a tendance à se fixer en extension.

L'hypotonie centrale est importante (voir Obs. clin. Fig. 8): François est incapable d'extension ventrale et de flexion dorsale même sur la planche à roulettes ou dans le hamac, (les jambes traînent par terre). Il ne peut tenir les bras en avant qu'un court instant sans se tenir ou s'appuyer. Il a peu de force; les cocontractions sont insuffisantes: il a beaucoup de peine à pousser quelque chose de lourd devant lui ou à se pousser lui-même sur le hamac ou sur la planche à roulettes. Il se fatigue vite et soutient sa tête de ses mains dès qu'il est assis un instant. Son corps est mou: François est une véritable anguille lorsqu'on le tient dans les bras.

La stabilité posturale: il est presque impossible à François de stabiliser son tronc lorsqu'il agit. Il bouge sans cesse, même s'il est bien assis. Il est

impossible de lui faire passer le test du nystagmus post-rotatoire, qui exige de rester assis en tailleur, durant 10 tours, sur une planche tournante, car il tombe au bout de 3 tours, incapable de maintenir la posture.

Les dissociations: lorsqu'il tourne la tête ou lorsqu'il suit un objet des yeux, tout le corps bouge dans le même sens. Il tourne d'un bloc dans le rouleau, dissociant insuffisamment les ceintures scapulaire et pelvienne.

On observe une persistance du *réflexe tonique asymétrique du cou* à gauche, en position à quatre pattes: le bras gauche se fléchit légèrement lorsqu'il tourne la tête à droite.

Les réactions d'équilibre: lorsqu'il va vite, il donne l'impression de courir après son centre de gravité. Il ne tient pas en équilibre sur un pied avec les yeux ouverts et encore moins avec les yeux fermés. Il est incapable de marcher sur une ligne. Par contre, les réactions de protection sont efficaces et il se fait rarement mal lorsqu'il tombe, même s'il appuie parfois sur son poignet gauche fléchi ou sur sa main gauche fermée. Le tonus augmente dans sa jambe gauche qui a tendance à se fixer en extension lorsqu'il se trouve sur une surface instable et entrave ainsi la réaction d'équilibre.

L'axe corporel: François est droitier, mais lorsqu'il dessine au tableau noir, il utilise la main droite pour l'hémichamp droit et la gauche pour l'hémichamp gauche. Son œil droit est dominant, mais lorsqu'il tient le kaleidoscope dans sa main gauche, il le porte à l'œil gauche. La poursuite oculaire s'arrête toujours au passage de la ligne médiane.

La manipulation

François est droitier. Comme nous venons de le voir avec l'axe corporel, il ne croise pas toujours la ligne médiane et a tendance à utiliser la main gauche dans l'hémichamp gauche. Il ne tient pas suffisamment l'objet de sa main gauche lorsqu'il agit avec la main droite.

Etant donné ses difficultés de stabilisation centrale, il bouge beaucoup lorsqu'il est assis, ce qui entrave l'efficacité de sa manipulation.

Il présente de fortes syncinésies dans le bras qui n'agit pas et dans le visage; la flexion augmente dans sa main gauche lors d'activités fines, lors des observations cliniques (diadochokinésies et pince); il ne peut se tirer que durant un court moment à une corde avec les deux mains.

Les diadochokinésies sont impossibles; la pince pouce-doigts est irrégulière, il n'arrive pas au 5ème doigt (Fig. 8). Le test de coordination motrice bilatérale de J. Ayres est à - 0,9 (Fig. 9). Il lui est impossible de suivre un rythme.

Son manque de force dans les doigts et sa pince supérieure encore insuffisante rendent la tenue du crayon difficile.

Il ne regarde pas toujours ce qu'il fait et vise très mal.

Aspects sensoriels

Le toucher:

bien qu'il soit très chatouilleux, François apprécie les stimulations tactiles, mais il ne réagit que lorsque celles-ci sont fortes et précises. Il est étonnement peu sensible à la douleur; lorsqu'il se blesse, il ne pleure que lorsqu'il voit du sang.

Durant les jeux tactiles où l'on supprime les informations visuelles, François supporte très mal d'avoir les yeux bandés et il essaie de regarder quand même. Il reconnaît assez bien les textures, par contre il a de la peine à reconnaître des objets, car il les explore à peine.

Les tests (Fig. 9) de localisation de stimuli tactile - 2 et d'identification des doigts -1,6 sont ses plus faibles prestations.

La proprioception:

François est capable, les yeux fermés, de reproduire avec un côté de son corps, les mouvements que la thérapeute imprime à son autre côté. Comme lors des jeux tactiles, il déteste les épreuves qui s'effectuent les yeux fermés.

L'épreuve de kinesthésie est impossible à pratiquer: il ne peut pas imiter le déplacement de sa main d'un point à un autre sans regarder celle-ci.

Les épreuves de diadochokinésie et de la pince sont difficiles avec contrôle visuel et impossibles les yeux fermés.

Le système vestibulaire:

François aime le mouvement sur les engins J. Ayres, il préfère les accélérations linéaires. Il est vite étourdi lors de mouvements de rotation en particulier sur le hamac.

Il est impossible de lui faire passer le test du nystagmus postrotatoire, car il tombe de la planche après 3 tours. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois de traitement que François a réussi à demeurer assis sur la planche et que nous avons pu constater qu'aucun nystagmus ne se manifestait après 10 tours.

Le test du nystagmus postrotatoire (Ayes, 1975)

Ce test est conçu pour évaluer le fonctionnement du système vestibulaire.

L'enfant est assis en tailleur sur une planche, montée en son centre sur un roulement à bille. La tête de l'enfant est inclinée à 30 degrés de sorte qu'un seul canal semi-circulaire se trouve dans l'axe de rotation. La thérapeute fait tourner l'enfant 10 fois en 20 secondes, puis demande à l'enfant de lever la tête en regardant dans le vague. Elle chronomètre alors la durée du nystagmus, notant également les caractéristiques de celui-ci.

Durant les cinq premiers mois de traitement, François tombait de la planche au bout de quelques tours. Ensuite, il a réussi à se maintenir sur la planche, mais il était impossible d'observer un nystagmus.

Nous avons attribué ces réactions à un problème vestibulaire, sans pouvoir préciser de quel ordre était celui-ci. Selon J. Ayres, un nystagmus postrotatoire inexistant ou de courte durée (jusqu'à 5 secondes) peut signifier qu'il y a une trop forte inhibition d'un ou de plusieurs noyaux vestibulaires qui sont le relais de l'input sensoriel des récepteurs vestibulaires situés dans l'oreille.

Une interprétation alternative considère la possibilité que l'excitation sensorielle parvenant aux noyaux vestibulaires est trop faible. Dans le cas de la première hypothèse, il est possible d'inférer que d'autres aspects du cerveau dysfonctionnent également à cause de cette inhibition exagérée de l'input vestibulaire.

Il est vrai que ce test donne une information limitée sur le système vestibulaire, puisqu'il évalue le fonctionnement d'un seul canal semi-circulaire. C'est tout de même une indication valable dans la mesure où elle est corroborée par des informations concernant le tonus musculaire, les réactions d'équilibre et la motricité oculaire.

Diverses études (Dutton, in Ottenbacher, 1985) sur la fiabilité et la signification clinique du test ont démontré que celui-ci a une fiabilité adéquate chez les enfants normaux de 4 à 11 ans. Il est fréquent que les enfants en dessous de 4 ans n'aient pas une stabilité assise suffisante. Les études normatives qui ont confirmé la recommandation de J. Ayres proposent que des scores de déviation standard de -2,0 à 1,5 soient considérés dans la norme, soit entre 6 et 32 secondes pour des enfants entre 4 et 9 ans.

Dans sa recherche sur la validité du diagnostic clinique de la dysfonction vestibulaire, Fisher (1986) suggère qu'il est possible de considérer comme valide un diagnostic de dysfonction vestibulaire basé sur l'histoire

du développement, sur la durée du nystagmus postrotatoire et sur un ensemble de symptômes tels qu'une mauvaise extension ventrale, de faibles réactions d'équilibre, une hypotonie, une faible cocontraction ou une stabilité articulaire insuffisante et une intolérance au mouvement du test du nystagmus postrotatoire; ce dernier test est considéré comme le meilleur discriminateur entre des sujets normaux et des sujets suspectés de dysfonction vestibulaire.

La vision:

François présente une ambliopie gauche sur anisométrie associée à un astigmatisme hypermétropique très important de plus de 3 dioptries à gauche (rapport du médecin). Il porte des lunettes depuis novembre 1988. Après correction, l'acuité visuelle est de 1 à droite et de 0,7 à gauche.

L'œil droit est dominant, mais, lorsqu'il prend le kaléidoscope avec la main gauche, il regarde avec l'œil gauche, puis place le kaléidoscope au milieu du front.

La poursuite oculaire est très difficile. Il est impossible à François de suivre un mobile des yeux en gardant la tête immobile. Il suit l'objet de manière tout à fait irrégulière, s'arrête, dépasse l'objet et stoppe au passage de la ligne médiane; son regard va dans toutes les directions.

Malgré ces difficultés, les épreuves d'organisation visuelle de l'espace (Fig. 9) sont bonnes: copie de dessin - 0.2, position dans l'espace - 0.1, perception figure-fond + 1.3.

Il est très observateur et hypersensible aux stimuli visuels.

L'audition:

François est très sensible à tous les stimuli auditifs.

Il aime la musique; il apprend vite les mélodies et chante juste.

Le goût:

François perçoit très peu le goût des aliments. Il ne reconnaît que ce qui est très sucré ou très salé. Il perçoit le froid des glaces parce qu'il a mal aux dents. Il utilise essentiellement la vision pour identifier un aliment.

Les aspects cognitifs

Lorsque nous observons la manière relativement efficace dont François est capable de compenser ses difficultés dans la vie quotidienne et à l'école, nous pouvons supposer qu'il jouit d'un bon potentiel intellectuel. Il faudrait un examen psychologique pour vérifier cette hypothèse. Nous disposons néanmoins de quelques observations:

François se mobilise facilement pour toutes les activités proposées durant les séances. Il a beaucoup d'imagination et invente toutes sortes d'histoires qui augmentent l'aspect ludique de ces activités. Indépendamment de son hyperactivité, il est curieux de tout. Il cherche à résoudre les petits problèmes posés par les situations thérapeutiques et trouve rapidement des moyens adéquats pour les résoudre.

Dans les tests (Fig. 9), ses meilleures prestations concernent la perception visuelle de l'espace: la perception figure-fond + 1,3 est même largement au-dessus de la moyenne. Or J. Ayres a montré que, avec l'imitation de posture - 0,4, ces épreuves ont le plus de liens avec l'intelligence (J. Ayres, 1976).

Toutes les informations recueillies vont permettre à la thérapeute de construire la problématique de François.

12.2.2 La problématique de François

Cerner la problématique de François consiste à organiser et à interpréter les données recueillies par la thérapeute afin de définir les quelques problèmes pertinents pour l'enfant au début de la thérapie. C'est une étape de la démarche qui oblige la thérapeute à articuler ses observations avec ses expériences et ses connaissances. Construire un problème correspond à définir ce qui ne va pas dans la vie quotidienne de l'enfant et à tenter d'expliquer pourquoi cela ne va pas. Il est possible qu'une autre thérapeute poserait les problèmes différemment. Cette position des problèmes est importante, car c'est sur elle que se fonde toute la planification du traitement.

La thérapeute a construit la problématique de François en quatre problèmes qui tiennent compte du contexte de vie de l'enfant et de l'échéance du début de la scolarité primaire. Elle utilise le modèle de pratique de J. Ayres pour plusieurs interprétations.

Les crises de rage

François présente plusieurs fois par semaine (3-6 fois), des crises de rage durant lesquelles il hurle, trépigne, se roule par terre. Ces crises peuvent durer jusqu'à 2 heures. Elles surviennent quand on exige quelque chose de lui, lorsqu'il est contrarié ou qu'il y a du monde autour de lui. Ses parents ont tout essayé pour le calmer, sans succès. C'est le problème le plus visible qui perturbe beaucoup la famille.

En outre, François ne rit jamais, il exprime plus son insatisfaction que son plaisir.

On peut proposer diverses explications à ces crises de rage. Nous les envisageons selon un point de vue de l'intégration sensorielle et selon un point de vue de l'affectivité.

*Du point de vue de l'intégration sensorielle:*¹

Les résultats des observations et des épreuves portant sur les systèmes sensoriels montrent que les informations somato-sensorielles, soit tactiles, proprioceptives, vestibulaires et accessoirement gustatives, n'ont pas une qualité suffisante pour que François puisse les organiser de manière efficace. Il ne peut interpréter que les stimuli forts et précis; la plupart du temps, les messages que lui transmettent ses modalités somesthésiques lui paraissent flous, si bien que François perçoit peu et mal ses mouvements et les limites de son corps.

Le système vestibulaire semble hypoactif. (Voir le chapitre sur le système vestibulaire, p. 232). Il ne peut pas jouer suffisamment son rôle dans la modulation des autres informations sensorielles qui, avec lui, influencent le tonus, l'oculomotricité, les mécanismes posturaux et la construction du schéma corporel.

L'organisation posturale de François est encore immature; la stabilité centrale indispensable à toute action efficace est insuffisante. En outre, comme les feedbacks qu'il reçoit de son action sont flous, celle-ci est souvent insatisfaisante; malgré ses efforts, beaucoup de ses entreprises échouent.

Ces déficits se superposent aux difficultés inhérentes à l'hémiplégie.

Très vite peut s'installer le cercle vicieux qui tourne entre les informations insuffisantes et les activités approximatives.

Parallèlement, François utilise beaucoup la vision et l'audition; il est hypersensible à tous les messages que ces deux sens lui transmettent et les exploite au maximum. Il y réagit cependant souvent de manière non sélective. Il est en effet nécessaire que, au cours du développement de la petite enfance, le contenu de ce qui est vu et entendu acquière une consistance et une stabilité que seule l'exploration à travers les modalités somesthésiques peut donner. Cette dernière a fait partiellement défaut à François. Nous formulons l'*hypothèse* que les informations visuelles et auditives sont mal intégrées par manque de bases somatosensorielles. François réagit ainsi

¹ Distinguons "l'intégration sensorielle" qui est un processus neurophysiologique (définition p. 232) de la méthode sensori-intégrative de J. Ayres (définition p.231).

trop vite aux stimuli visuels et auditifs, car ils n'ont pas, pour lui, toute la signification qu'ils devraient avoir. François a, ainsi, un seuil de tolérance, soit trop bas, soit trop élevé aux stimuli; ce trouble est dû à un déficit de l'intégration sensorielle.

Ses moyens de surmonter le stress sont faibles et il est inévitable qu'il soit fréquemment submergé.

Du point de vue affectif:

François a une sœur d'un an et demi plus âgée que lui. Il est le premier garçon de sa famille. Beaucoup d'attentes reposent sur ses épaules et il n'a pas toutes les compétences requises pour y répondre. En outre, après une naissance dramatique, il a passé de nombreuses semaines dans un hôpital éloigné du village de sa famille. Actuellement, la relation à sa famille pose toujours certains problèmes: sa mère vit une remise en question de son rôle de mère et ne sait comment faire face aux colères de son fils. Son père commence à l'accepter, mais ne cache pas sa déception et son irritation. Il en est de même pour les grands-parents.

Ainsi François est confronté non seulement aux difficultés inhérentes à sa pathologie neurologique, mais encore aux attentes importantes de sa famille et au faible seuil de tolérance de celle-ci à ses particularités. Il se sent impuissant, il perçoit un déséquilibre entre ses envies et ses moyens, entre ses capacités et les exigences de son entourage.

En outre, comme il perçoit de manière floue les informations somato-sensorielles, François n'a pas pu développer de sécurités tactile, gravitationnelle et posturale en qualité suffisante pour résister au stress et à la frustration. La perception qu'il a de son corps et des limites de celui-ci est trop vague pour que ce corps constitue un contenant efficace à toutes les émotions qui l'agitent (Anzieu, 1985). Son seuil de tolérance au stress est bas.

Il a probablement trouvé un moyen d'expression de son stress et de sa frustration dans ces crises de rage.

Les déplacements

François tombe souvent lorsqu'il court et en descendant les escaliers; il se heurte aux obstacles, s'écroule tout à coup, n'arrive pas à s'arrêter. L'origine de ces difficultés se situe dans une sensori-motricité encore immature qui se traduit par les déficits suivants:

Sur le plan du tonus musculaire:

le tonus de François se caractérise par une hypotonie de base importante, associée à une légère spasticité des membres inférieurs, surtout à gauche et du membre supérieur gauche. La spasticité ne se manifeste que lors des activités. L'hypotonie influence toute la motricité. Elle se traduit, en particulier, par une incapacité de faire une flexion dorsale et une extension ventrale, une fatigabilité, peu de force dans toutes ses actions, des cocontractions faibles.

Les dissociations entre les différentes parties du corps sont insuffisantes. François tourne d'un bloc et a des difficultés à stabiliser son tronc lorsqu'il agit: quand il tourne la tête ou suit un objet des yeux, tout le corps tourne dans le même sens. Il lui est difficile de maintenir *une position stable*. *Les réactions d'équilibre* debout et assis sont immatures.

Son *axe corporel* est encore insuffisamment construit. Les deux côtés du corps paraissent mal intégrés. François a des difficultés à croiser la ligne médiane avec les yeux d'abord, mais aussi avec les mains et les pieds. Ce déficit est probablement lié à l'hémi-parésie et à l'immaturité globale de l'intégration sensorielle.

Ses *problèmes visuels* d'acuité et de poursuite oculaire entravent le repérage précis des obstacles (marches d'escalier).

Enfin, il existe des relations entre l'imprécision des *messages vestibulaires, proprioceptifs et tactiles* et l'ensemble des déficits moteurs, entre, d'une part, l'hypoactivité du système vestibulaire et l'hypotonie et, d'autre part, entre l'hypotonie et l'insuffisance des informations proprioceptives.

Le jeu

Le jeu de François est pauvre. Il manipule et explore peu; il déplace les objets plutôt qu'il ne construit. Aux jeux de construction, il préfère les jeux symboliques qui lui permettent de donner libre cours à sa riche imagination.

Les déficits suivants diminuent l'efficacité de ses actions:

- les informations tactiles et proprioceptives sont trop imprécises pour lui fournir un feed-back utile sur son action et l'inciter à explorer activement;
- son manque de stabilité du tronc rend difficile les dissociations nécessaires pour la motricité fine; ainsi, dissocier l'avant-bras et le poignet pour écrire et dessiner ou stabiliser la tête pour la poursuite oculaire sont presque impossibles. Une posture stable est une condition à toute action précise et efficace;

- les dissociations entre la ceinture pelvienne et la ceinture scapulaire sont insuffisantes alors qu'elles sont nécessaires aux réactions d'équilibre et, plus particulièrement, aux ajustements posturaux qui devraient accompagner toute action;
- il a peu de force dans les mains;
- ses difficultés visuelles entravent la coordination oculo-manuelle;
- son axe corporel est insuffisamment construit. La coordination bi-manuelle est ainsi entravée; bien qu'il soit droitier, François ne croise pas toujours la ligne médiane;
- il présente des syncinésies à la main gauche;
- son hypersensibilité à certains stimuli diminue sa capacité de se concentrer suffisamment longtemps sur un jeu pour l'exploiter ou pour le terminer.

Actuellement, ces difficultés se manifestent dans le jeu et certaines activités de la vie quotidienne, mais elles risquent de lui poser de gros problèmes lorsqu'il commencera l'école et apprendra à lire et à écrire.

L'hyperactivité

François a tendance à passer d'une activité à l'autre sans terminer ce qu'il a commencé. Lorsqu'il agit, il ne peut rester tranquille. La durée de son attention est faible. C'est une gêne pour lui et pour sa famille qu'il irrite par son agitation dans la vie quotidienne et en particulier durant les repas. Cette tendance risque également d'entraver les acquisitions que favorisent des expériences de jeux ou d'activités continues.

Ce comportement hyperactif peut s'expliquer:

- par un seuil de sensibilité bas aux stimuli visuels et auditifs. Tout ce qu'il voit et entend influence son attention. Il réagit sans sélection à ces messages. Il est vite submergé par les sensations, s'excite et ne peut plus se concentrer. Alors, la qualité de ses actions baisse; seules les activités à fort input tactilokinéssthésique lui donnent suffisamment d'informations pour qu'il s'y arrête;
- par son manque de stabilité proximale qui l'empêche de rester tranquillement assis ou debout pour terminer une activité; il ne peut qu'être toujours en mouvement;
- par son intolérance à la frustration et aux tensions produites par les interactions avec son entourage.

Synthèse des problèmes et des ressources de François

Ces quatre problèmes s'interpénètrent et s'amplifient mutuellement. Il commence à s'installer un cercle vicieux qui va de difficultés à agir en frustrations et de comportements problématiques en messages négatifs de la part de l'entourage; il importe de l'interrompre rapidement.

Ce sont les crises de rage qui constituent le problème le plus grave et le plus visible actuellement pour François et sa famille. Par ailleurs, le début de l'école primaire dans un an et demi représente une échéance importante. Il s'agira de tenir compte de ces deux priorités dans l'élaboration du programme de traitement.

La thérapie se focalisera, d'une part, sur la motricité globale, révélatrice de l'ensemble des difficultés de François et, d'autre part, sur la perception des messages somatosensoriels, pierre angulaire de tout son développement.

Dans cette entreprise, François et sa mère disposent de nombreuses ressources: la vivacité d'esprit de François, sa curiosité, son intérêt pour les activités, son imagination pour jouer, sa capacité d'exprimer son affection à sa mère; celle-ci, de son côté, coopère de manière active durant les séances, elle perçoit bien son fils, elle se mobilise pour comprendre le traitement et en appliquer certains principes à la maison.

Afin de comprendre les problèmes de François, nous nous sommes référées aux concepts de base de l'ergothérapie en leur associant des points de vue et des techniques d'évaluation inspirés du modèle de pratique de J. Ayres. Si l'on considère les troubles observés chez François selon l'optique du modèle de J. Ayres, nous constatons que ceux-ci correspondent assez précisément à un dysfonctionnement de l'intégration sensorielle dont l'une des caractéristiques serait une hypoactivité du système vestibulaire ou une modulation insuffisante des informations vestibulaires.

Il nous paraît utile de présenter maintenant les grandes lignes de cette approche thérapeutique.

12.3 Le modèle de pratique de J. Ayres

Jean Ayres est une ergothérapeute californienne qui a obtenu un doctorat puis a fait des études post-doctorat à l'Institut de recherche sur le cerveau de Californie et de Los Angeles. A partir de son expérience clinique avec des adultes cérébro-lésés et des enfants infirmes moteurs cérébraux, Jean Ayres s'est intéressée aux enfants, qui, malgré une intelligence normale,

souffrent de troubles de perception et d'apprentissage. Ses premiers articles datent de 1958 et 1961. Elle est décédée en 1989.

Jean Ayres et ses collaboratrices ont développé une méthode d'évaluation et de traitement des enfants dont les troubles résultent d'un dysfonctionnement de l'intégration sensorielle. Le cadre théorique qui fonde la méthode se réfère aux recherches actuelles en neurobiologie et en neuropsychologie portant en particulier sur la manière dont le système nerveux central traite les informations. Il faut souligner que ces références sont parfois controversées et qu'elles sont surtout en pleine évolution.

Le traitement vise à procurer à l'enfant un input planifié, autrement dit, la thérapeute met en scène, en dosant les stimulations, des situations de jeu, qui provoqueront une réponse adaptée (adaptative) sous forme d'action précise et efficace.

Ce chapitre présente les principales notions qui permettent d'aborder le modèle de pratique de J. Ayres et de comprendre l'usage que la thérapeute en a fait pour concevoir et réaliser le traitement de François. (Ayres, 1972, 1980). Les principes et les techniques de traitement seront développés dans le cadre du programme de traitement p. 238.

Nous mettons ici l'accent sur le système vestibulaire, en premier lieu, parce que les stimulations vestibulaires jouent un rôle prépondérant dans la théorie et dans la pratique de cette méthode et, ensuite, parce que ce système concerne particulièrement le cas de notre étude. Nous avons, en effet, fait l'hypothèse qu'une partie importante des troubles de François était due à une hypoactivité du système vestibulaire, ce que le recueil de données semble confirmer.

L'intégration sensorielle

L'intégration sensorielle est un processus neurophysiologique qui permet l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles afin de rendre celles-ci opérationnelles. Ce processus permet de diriger la circulation des sensations, de les trier, de les localiser, de les filtrer et de les organiser. Il permet de transformer les sensations en perceptions, soit de leur donner une signification. Il contribue à former un tout avec des éléments épars, avec diverses sensations. Enfin, il permet que les sensations soient, pour le cerveau, une nourriture indispensable pour fournir l'énergie et la connaissance, évitant ainsi qu'il y ait indigestion de sensations.

Lorsque le processus d'intégration sensorielle fonctionne bien, l'enfant réagit à son environnement par une réponse adaptative.

La réponse adaptative

La réponse adaptative (“adaptative response”) est une action significative orientée vers un objectif, efficace, précise, complexe; elle implique une maîtrise de l’environnement et de l’initiative.

Les dysfonctions de l’intégration sensorielle

Les dysfonctions de l’intégration des informations sensorielles se traduisent par des réactions mal adaptées observables dans le comportement de l’enfant, sa manière de jouer, ses interactions avec son environnement et certains troubles d’apprentissage.

J. Ayres a décrit plusieurs grands syndromes résultant d’une dysfonction de l’intégration sensorielle. Les principaux sont la dyspraxie de développement, la défense tactile, les troubles de la perception visuelle, auditive et du langage et les troubles du système vestibulaire. Nous parlerons ici d’un des aspects de ce dernier syndrome, le syndrome vestibulaire bilatéral qui recouvre les troubles dus à un système vestibulaire hypoactif. L’intégration sensorielle est un processus qui met en œuvre des mécanismes extrêmement complexes; les enfants souffrant d’une dysfonction de l’intégration sensorielle entrent rarement dans une catégorie précise; dans la plupart des cas, les syndromes se chevauchent.

La terminologie utilisée en français est diversifiée (Ajuriaguerra, 1969, 1972): on parle d’enfants hyperkinétiques, de débiles moteurs, de dyspraxies, de dysfonctions cérébrales minimales, mais l’utilisation de ces concepts varie d’une école à l’autre et il y a de multiples interprétations des symptômes qu’ils regroupent. En allemand, le terme de “Psycho-organische Syndrome” est le plus fréquemment utilisé. (Association suisse en faveur des IMC, 1988). Cette diversité des termes et des références nous incite à parler plutôt du comportement de l’enfant et des symptômes relevant d’une dysfonction que des diagnostics.

Ces symptômes sont d’ordre perceptivo-moteurs, mais c’est en général par son comportement que l’enfant se fait d’abord remarquer:

- il peut être hyperactif et distrait; il bouge tout le temps, papillonne d’une activité à l’autre sans rien terminer, réagit trop fortement à la moindre stimulation, si bien qu’il ne peut se concentrer et exploiter le potentiel qui paraît être le sien;
- il semble que, pour lui, tout soit plus difficile que pour les autres enfants; il a peu confiance en lui et se trouve vite en situation de stress; il a tendance à se montrer hypersensible, agressif ou passif et à refuser les changements etc...

- sur le plan moteur, l'enfant apparaît souvent lourd et maladroit; il tombe facilement, se cogne, casse les objets et mange salement;
- il arrive que le langage se développe lentement, qu'il soit mal articulé et mal construit.

Ces comportements peuvent entraîner des réactions de rejet de la part de l'entourage et risquer de favoriser l'installation du cercle vicieux des interactions négatives qui contribueront à amplifier encore l'insécurité et la dévalorisation de l'enfant.

Le système vestibulaire

(J. Ayres, 1972, 1980; Ottenbacher, 1985; Parker, 1981)

Le système vestibulaire joue un rôle important dans le processus d'intégration sensorielle. Ses principales fonctions sont les suivantes:

- il sert à détecter l'effet de la gravité: celle-ci produit le poids du corps, essentiel à l'équilibre et à toute adaptation de posture et conduit à l'élaboration de l'"invariant statural, référentiel sur lequel s'élabore le schéma postural géocentré et tous les programmes d'action et de déplacement". (Paillard, 1971). Ainsi, il joue également un rôle dans la sécurité affective: si la relation à la terre qui nous porte n'est pas sûre, toutes les autres relations risquent de poser des problèmes;
- le système vestibulaire permet de percevoir les mouvements d'accélération et de décélération linéaires (lignes droites) et angulaires (courbes) ainsi que la vibration;
- il est, enfin, considéré comme une sorte de super-modalité qui aide à moduler toutes les autres informations, si bien que, sans son action, les autres sens seront moins efficaces.

De par ses caractéristiques, le système vestibulaire influence divers aspects du fonctionnement perceptivo-moteur de l'enfant.

Influence des informations vestibulaires sur la posture

En interaction avec les propriocepteurs du cou, du tronc et des membres, avec le toucher et la vision, le système vestibulaire est indispensable au contrôle de la posture. Il contribue à régulariser le tonus musculaire et, en particulier, à élever celui-ci dans les muscles antigravitaires. Il facilite la stabilisation centrale et les cocontractions. Ses informations collaborent au déclenchement des réactions de redressement, aux réactions d'équilibre et aux ajustements posturaux.

Selon Ottenbacher (1985, p.28), "le système vestibulaire est un système sensoriel et moteur complexe, capable d'influencer le tonus d'un grand

nombre de muscles. De toute évidence, une des fonctions primaires du système est d'aider à maintenir l'orientation spatiale et l'équilibre du corps. Les influences vestibulaires descendantes agissent sur les muscles posturaux de manières relativement directes; cependant, une analyse neuro-anatomique révèle que le système vestibulo-spinal accomplit sa fonction en collaboration étroite avec le cervelet et le système réticulé pour ne mentionner que deux des systèmes les mieux connus, puisque chez l'être humain, la vision est une source d'informations importante pour l'équilibre, les influences vestibulaires ascendantes favorisent l'orientation spatiale grâce à l'interaction avec les systèmes oculo-moteur et visuel".

Les relations entre les systèmes visuel et vestibulaire

Le système vestibulaire collabore avec les propriocepteurs des muscles du cou et des muscles oculo-moteurs et avec la vision afin d'orienter la tête pour que les yeux soient toujours à l'horizontale.

En outre, le réflexe vestibulo-oculaire permet de maintenir une image rétinienne stable lors de mouvements de la tête: les yeux bougent dans l'orbite à la même vitesse que la tête, mais dans la direction opposée (corrélation entre les canaux semi-circulaires et les muscles oculo-moteurs). Ce système joue donc un rôle dans la poursuite oculaire.

L'organisation de l'espace

Organiser l'espace constitue un apprentissage complexe que l'enfant poursuit au cours de tout son développement. Il n'existe pas de sens unique consacré à la perception de l'espace. Toutes les modalités sensorielles collaborent pour permettre et développer l'orientation dans l'espace. Le rôle des récepteurs vestibulaires est cependant essentiel, car leurs messages servent à orienter la tête et le corps dans le champ des forces de la pesanteur, définissant un espace droit et gauche, un haut et un bas ainsi qu'un avant et un arrière. (Paillard, 1971)

“Lorsqu'un homme est au repos, le système otolithique, par sa décharge apparente entretenue, établit continuellement avec les informations de la proprioception articulaire, musculaire et cutanée, les bases de l'orientation du corps dans l'espace par rapport à la gravité. Il est probable que tout mouvement du monde visuel est donc comparé à cette référence” (Berthoz, in: Hecaen, 1978, p. 214).

La fonction d'éveil

La formation réticulée joue un rôle important dans l'intégration des stimulations sensorielles; son activation facilite les processus de perception. Elle est en outre le centre qui régit le phénomène de la vigilance.

Or, les noyaux vestibulaires sont reliés à la formation réticulée. Il semble que les stimulations vestibulaires, en activant la formation réticulée, augmentent le niveau de vigilance du sujet et le rendent mieux apte à se concentrer sur la situation présente. (Castelli, 1983.)

Les dysfonctions du système vestibulaire

L'étude du système vestibulaire et de la multiplicité de ses fonctions permet de faire l'hypothèse qu'une dysfonction de ce système risque d'avoir des conséquences sur l'ensemble du développement de l'enfant.

Une des bases de la théorie sensori-intégrative est qu'une dysfonction vestibulaire dans la petite enfance peut résulter en troubles d'apprentissages et/ou en déficits de la coordination motrice (Ayres, 1972, 1976, 1980; Horak, 1988).

Selon J. Ayres (1978), 50% de la population souffrant de troubles d'apprentissage présente une dysfonction vestibulaire. Dans les études de De-quiros et Schragger (1979) la proportion est encore plus élevée.

Le chapitre consacré au nystagmus postrotatoire page 222 présente les modes d'évaluation du fonctionnement du système vestibulaire que propose J. Ayres et les précautions à prendre pour leur interprétation.

Lorsqu'il existe des perturbations, elles peuvent se situer dans le sens d'une hyper ou d'une hypoactivité du système. Cette dernière est la plus fréquente; J. Ayres parle alors de syndrome vestibulaire bilatéral, (Ayres, 1980). Le cerveau réagit alors insuffisamment aux stimulations vestibulaires (système hypoactif), si bien que ni les informations vestibulaires, ni celles des autres sens ne seront modulées de manière à permettre une réponse adaptative.

Les symptômes les plus fréquemment observés chez l'enfant qui souffre d'une hypoactivité du système vestibulaire sont (Ayres, 1980):

Au niveau des yeux:

- un nystagmus postrotatoire d'une durée plus courte que la norme (moins de 6 secondes, voir p. 222),
- une poursuite oculaire imprécise.

Au niveau de la posture:

- le tonus musculaire est bas,

- les cocontractions sont faibles,
- les réflexes primitifs de posture sont mal intégrés,
- les réactions d'équilibre sont immatures.

Au niveau de l'intégration bilatérale du corps:

- la coordination des deux côtés du corps est déficiente,
- la latéralisation est incertaine,
- l'enfant a des difficultés à croiser la ligne médiane (avec les yeux et les membres),
- il a des problèmes de rythme.

Le langage présente une pauvreté du vocabulaire et de la syntaxe ainsi qu'une mauvaise articulation.

Sur le plan affectif, l'enfant supporte mal le stress et présente des réactions d'échec.

Nous constatons que tous ces symptômes sont présents chez François, mis à part la latéralisation incertaine; il est en effet normal que François soit latéralisé à droite, puisqu'il souffre d'une légère hémiparésie gauche. Nous avons ainsi vérifié notre hypothèse de départ concernant la manifestation, chez François, d'un dysfonctionnement éventuel de l'intégration sensorielle, touchant particulièrement le système vestibulaire. Il s'agit, maintenant, de mettre en place le traitement de François.

12.4 Finalité, buts et objectifs du traitement

Se basant sur les problèmes de François, l'ergothérapeute pose la finalité, les buts et les objectifs de traitement suivants:

La finalité du traitement

La finalité est que François puisse commencer l'école primaire en automne 1990 dans de bonnes conditions, qu'il développe sa confiance en lui et qu'il soit mieux reconnu et apprécié par son entourage.

Les buts

Les buts du traitement sont au nombre de quatre, ils correspondent aux problèmes. Ils concernent le comportement de François dans sa vie quotidienne.

Le premier but recherche la disparition progressive des crises de rage: que François maîtrise mieux les situations en obtenant plus de réussite dans ses entreprises et en organisant mieux la masse des informations qu'il reçoit.

Deuxième but: que François se déplace harmonieusement et efficacement en marchant, courant, montant et descendant les escaliers.

Troisième but: que François joue et dessine avec la précision et l'efficacité requises.

Quatrième but: que la durée de l'attention de François augmente et lui permette de terminer des activités simples.

Les objectifs généraux

Pour atteindre ces buts, François devra acquérir un certain nombre de capacités qui, comme nous l'avons vu dans l'évaluation, sont encore insuffisamment développées.

Les objectifs généraux visent les capacités suivantes:

- l'extension de tout le corps lorsque François est à plat ventre,
- les dissociations entre les ceintures scapulaire et pelvienne, entre le tronc, la tête et les membres,
- les réactions de redressement,
- les réactions d'équilibre à plat ventre, sur le dos, assis, à quatre pattes, à genoux, debout et sur un pied,
- des ajustements posturaux efficaces¹,
- un axe corporel bien construit se traduisant par la capacité de croiser la ligne médiane avec les yeux, les mains et les pieds et par une coordination bimanuelle efficace,
- la stabilisation du tronc nécessaire à réaliser des activités fines,
- plus de force dans tout le corps, en particulier dans les bras et les mains,
- qu'il suive des yeux ce qu'il fait: poursuite lente et localisation rapide,
- qu'il accepte d'être frotté et touché sur tout le corps,
- qu'il reconnaisse des objets et des textures les yeux fermés,
- qu'il exploite diverses possibilités d'une activité et qu'il aille jusqu'au bout de celle-ci,
- qu'il indique lorsqu'il sent qu'il va être débordé,
- qu'il identifie mieux ses compétences, qu'il prenne confiance en elles et les démontre à son entourage.

¹ Nous utilisons le terme "ajustement postural" dans le sens que donne Masson (1989): la posture organise le mouvement; le mouvement volontaire est généralement accompagné d'ajustements anticipés qui minimisent les perturbations de l'équilibre dues au mouvement.

Objectifs par rapport à la mère:

- qu'elle découvre plus de compétences à François et montre qu'elle les apprécie,
- qu'elle participe activement aux séances et expérimente alors sa relation à son fils d'une manière nouvelle,
- qu'elle se sente valorisée dans son rôle de mère.

12.5 Le traitement

Le traitement a lieu une fois par semaine, il dure une heure. La mère apprend à effectuer avec son fils diverses activités thérapeutiques qu'ils pourront reproduire à la maison.

Parmi les multiples possibilités qu'offre l'ergothérapie, la thérapeute choisit en priorité deux axes d'intervention:

- d'une part, elle décide d'appliquer le modèle sensori-intégratif de Jean Ayres qui utilise de manière contrôlée l'input sensoriel afin de favoriser la réponse adaptative. En effet, l'ergothérapeute a constaté que les déficits que présente François correspondaient au syndrome d'hypoactivité du système vestibulaire décrit par J.Ayres; elle a interprété une grande partie des difficultés de François selon ce cadre de référence et pose donc l'*hypothèse* que l'application des principes et des techniques de cette méthode permettra de réaliser ces objectifs de traitement;
- d'autre part, elle valorisera la relation entre François et sa mère afin que tous les deux prennent confiance dans leurs compétences respectives.

L'ergothérapeute intègre ces deux orientations aux principes et aux techniques de l'ergothérapie parmi lesquels figurent, entre autres: les critères de choix des activités, les principes de structuration d'une séance et le dosage de la réussite et de l'échec. Etant donné l'hémiplégie de l'enfant, l'ergothérapeute recourt également à certaines techniques du modèle de pratique Bobath. Nous évoquerons ces divers principes, mais, comme nous l'avons déjà indiqué, nous développerons en priorité l'approche de J. Ayres, en tentant de montrer, à travers les résultats obtenus, pourquoi l'usage de ce modèle peut se justifier dans un tel cas.

12.5.1 Quelques principes de traitement de l'approche J.Ayres

(J. Ayres, 1972, 1980)

La thérapeute procure un input sensoriel planifié et contrôlé qui déclenchera la réponse adaptative.

Un enfant normal trouve dans son environnement et dans le jeu les stimulations sensorielles dont son cerveau a besoin; il réagit à celles-ci de manière adaptée. Il se développe ainsi par l'accumulation progressive d'expériences toujours mieux adaptées et plus sophistiquées. Il est capable de se procurer les stimulations qui contribueront au développement de son cerveau.

Un enfant comme François ne peut faire cette démarche que partiellement: les informations qu'il perçoit sont imprécises et insuffisamment filtrées, si bien que son cerveau est souvent débordé d'informations et simultanément insuffisamment informé. Il ne produit pas les réponses adaptatives en qualité et en quantité suffisantes pour favoriser l'organisation de son cerveau.

Le rôle de la thérapeute, durant la séance de traitement, consistera à structurer l'environnement en mettant en scène des jeux et des activités qui vont inciter l'enfant à réagir de manière adaptée. L'efficacité de la réponse dépend de la précision de l'input, du feed-back sensoriel et de l'interprétation qu'en fait l'enfant. Le choix des engins et des jeux proposés à partir de ces engins permet à la thérapeute de doser les stimuli vestibulaires, tactiles, proprioceptifs, visuels et auditifs et d'adapter constamment la situation aux réactions de l'enfant.

C'est l'enfant seul qui agit et organise son propre cerveau.

Tout enfant possède une "direction intérieure" qui le rend capable de diriger lui-même ses relations aux personnes et aux objets de son environnement et qui l'incite à choisir les activités qui favoriseront son développement. Ce n'est pas le cas pour François qui subit son environnement plutôt qu'il ne le maîtrise. Tout en étant hyperactif, il manque de confiance en lui et agit peu. Il est important de développer chez lui cette direction intérieure afin qu'il ait plus confiance en lui, qu'il maîtrise mieux les situations et fasse plus d'expériences.

On ne peut parvenir à ce résultat sans passer par son intérêt et sans valoriser et exploiter ses initiatives. Les activités proposées doivent avoir un sens pour lui. François est un petit garçon exigeant sur ce plan-là; tout doit passer par son plaisir, sinon il refuse de faire quoi que ce soit. C'est aussi

une de ses forces. Cependant, la plupart du temps, les activités sur les engins J. Ayres lui plaisent et il a tellement d'imagination qu'il est facile d'inventer des histoires pour varier les situations.

Nous proposons en général à François plusieurs activités à choix: cela valorise son initiative et augmente son intérêt. En outre, il sait souvent mieux que la thérapeute quel engin et quelle activité correspondent à son niveau d'intégration momentané et l'aideront à s'organiser.

Une activité réussie, que l'enfant a choisie, durant laquelle il a résolu par lui-même un certain nombre de problèmes, a une grande valeur pour l'organisation du cerveau.

Guider l'enfant en se laissant guider par lui.

Il s'agit là d'un principe classique de l'ergothérapie: tout en gardant à l'esprit ses objectifs de traitement, la thérapeute entre dans le jeu et les histoires de François et observe son comportement afin de doser au fur et à mesure les stimulations qu'elle introduit dans l'activité. Elle doit cependant tenir compte du fait que François s'excite vite; il commence alors à courir dans tous les sens et, parfois, à lancer les objets par terre. Il faut dès lors le calmer en lui proposant des stimulations vestibulaires lentes dans le hamac, un moment de repos dans le coin matelas ou un jeu tactile qui lui permette de se recentrer.

Un des objectifs du traitement étant que François assimile mieux les stimulations, il appartient à la thérapeute de maintenir sans cesse ces stimulations au niveau supérieur que l'enfant supporte en observant s'il donne des signes de désorganisation.

Il n'est pas toujours facile pour la thérapeute de distinguer entre une excitation normale due au plaisir du jeu et de la réussite et un début de dispersion. Le dosage est subtil et dépend de multiples facteurs. Les capacités d'intégration de l'enfant varient de séance en séance et à l'intérieur de chaque séance.

Favoriser l'organisation du cerveau d'abord au niveau du tronc cérébral

J. Ayres fait l'hypothèse que "les processus perceptifs à la base des apprentissages académiques élémentaires dépendent de l'intégration sensorielle qui s'effectue dans le tronc cérébral y compris le thalamus. L'imaturité des réactions posturales et du contrôle oculomoteur, fréquente chez les enfants souffrant de certains types de troubles perceptifs, implique le tronc cérébral". (J. Ayres, in: Henderson, 1973, p. 81). Il s'agit des capacités et des mécanismes sensori-moteurs qui servent de fondement

à la construction des fonctions supérieures. Ceux-ci suivent les étapes du développement psycho-moteur normal, allant de la capacité du bébé à tenir sa tête jusqu'à celle de marcher, en passant par tous les stades intermédiaires.

Chez François, le tronc cérébral joue un rôle important pour tous les objectifs de motricité globale. C'est un travail sur les mécanismes de base qui implique une élévation du tonus musculaire, une normalisation des systèmes tactile, proprioceptif et vestibulaire en général, l'inhibition des réflexes de posture primitifs (réflexes toniques labyrinthiques et asymétriques du cou), le développement des réactions de protection, des réactions d'équilibre et des ajustements posturaux.

Le tronc cérébral opère d'une manière plus globale que le cortex, d'une manière moins cognitive également (Weeks, 1979). Les activités que propose la méthode J. Ayres exigent des réactions rapides et procurent un résultat immédiat. Par exemple: descendre un plan incliné en planche à roulettes, se balancer sur un hamac en attrapant un ballon, rouler dans un tonneau en renversant des quilles au passage. C'est la situation mise en place par la thérapeute qui incite l'enfant à agir plutôt que des instructions verbales. Son corps réagit sans qu'il soit nécessaire que l'enfant réfléchisse longuement à ce qu'il va faire. "Un trop grand effort au niveau cortical peut interférer avec les réactions automatiques indispensables pour favoriser l'intégration. Moins l'enfant est conscient de l'effort qu'il fait pour exécuter un mouvement ou pour tenir une posture, moins la réponse est supposée corticale" (J. Ayres, 1972).

Les stimulations vestibulaires

Les stimulations vestibulaires sont considérées dans cette méthode comme un des outils les plus puissants permettant de traiter les dysfonctions de l'intégration sensorielle. Rappelons (voir p. 232) qu'elles agissent sur le tonus, les réactions posturales, la motricité oculaire, la vigilance et l'intégration sensorielle en général.

De nombreuses études démontrent l'efficacité des stimulations vestibulaires dans l'amélioration de divers paramètres du développement de l'enfant. Ottenbacher (A metaanalysis of applied vestibular stimulation research, in: Ottenbacher, 1985) a analysé les résultats des tests de 18 recherches qui révèlent que les sujets recevant des stimulations vestibulaires ont des performances significativement meilleures que les sujets des groupes de contrôle qui n'ont pas reçu de telles stimulations.

Tous les engins utilisés durant le traitement sont conçus pour procurer des stimulations vestibulaires linéaires et/ou angulaires. La thérapeute

dose les stimulations selon le degré de sensibilité de l'enfant dont elle observe attentivement les réactions.

François ne se lasse pas des accélérations linéaires horizontales; il recherche la vitesse tant sur la planche à roulettes que sur les balançoires. Par contre, il a vite le vertige lorsque l'engin tourne: nous l'avons vu dans le test du nystagmus postrotatoire, il tombe de la planche tournante après trois tours. Dans les engins suspendus à un point (hamac, chambre à air fixée à des ressorts) ou dans les rouleaux, la thérapeute le laisse contrôler lui-même les stimulations; il se fait tourner avec les mains ou les pieds et s'arrête dès qu'il ressent un petit vertige. François n'a jamais le vertige lorsque les stimulations angulaires font partie d'une activité qui implique des coordinations oculomanuelles telles que ramasser des anneaux et les lancer sur une cible ou jouer au loto avec des cartes disséminées tout autour de lui.

J. Ayres a constaté (Henderson, 1973), que chez les enfants qui ont un nystagmus postrotatoire de courte durée et le vertige en tournant, un bombardement massif de stimulations vestibulaires rend la thérapie plus efficace. Nous avons appliqué ce principe à François en plaçant, en début de séance, une séquence de fortes stimulations, selon son choix, dans le hamac, sur la planche à roulettes ou sur la chambre à air suspendue à un point.

Nous avons utilisé les stimulations vestibulaires lentes pour le calmer lorsqu'il s'excitait trop.

Les stimulations tactiles

Les stimulations tactiles contribuent aussi, bien qu'à un degré moindre, à l'intégration générale de tous les stimuli; elles permettent de préciser les limites du corps et le schéma corporel. Si l'enfant ressent les stimulations comme agréables, il y a intégration, autrement pas.

François ne présente pas de défense tactile, au contraire, il est plutôt hyposensible au toucher: comme nous l'avons vu dans l'évaluation, il ressent peu la douleur, identifie mal ses doigts, reconnaît peu les formes pour son âge. Un des objectifs du traitement consistant à augmenter la capacité de percevoir les stimuli tactiles, nous commençons souvent la séance par des stimulations tactiles; parfois nous plaçons celles-ci en milieu de séance pour le reposer.

Nous pouvons appliquer les stimulations tactiles de manière spécifique: François dose alors lui-même les stimulations en choisissant les textures avec lesquelles il se frotte et quelle partie du corps il frotte avec des gants

de crin, des brosses ou des tissus divers. Il aime particulièrement s'enduire du talc ou de crème. Après que François se soit frotté lui-même, c'est sa mère ou la thérapeute qui le fait. La stimulation est alors différente, plus inattendue et souvent plus forte.

Les jeux tactiles sont multiples; ils se font les yeux fermés: reconnaître des formes, des objets, des textures, trouver des objets dans un bac de graines, reconnaître parmi une série de petits sacs ceux qui contiennent les mêmes graines. Etant donné l'imprécision de ses perceptions tactiles et proprioceptives, François a beaucoup de peine à supprimer les messages visuels.

François a besoin d'être touché avec une certaine force, sinon il a l'impression qu'on le chatouille et il s'excite.

Ces jeux sont introduits de manière progressive après ou pendant des stimulations vestibulaires.

Des stimulations tactiles plus globales sont aussi présentes durant les activités: on peut les amplifier en recouvrant les engins de moquettes plus ou moins rugueuses, en disposant des tapis tactiles sur le sol ou en utilisant des gants de crin pour pousser François sur les engins.

Les stimulations proprioceptives

Les stimulations proprioceptives sont toujours présentes; nous nous référons ici aux mécanorécepteurs somatiques, tout en étant conscients que les informations vestibulaires font aussi partie de la proprioception. De même, la vision et le toucher ont également une fonction proprioceptive (Berthoz, in: Hecan, 1978).

La thérapeute peut amplifier les messages proprioceptifs en utilisant la résistance que produisent des jouets lourds tels que des balles de pétanque en métal, de gros ballons ou des cannes de hockey; se pousser ou se tirer soi-même ou quelqu'un d'autre, résister à la gravité en se tenant à plat ventre sur une planche à roulettes de petite dimension procurent également des stimulations proprioceptives. Pour François, ces stimulations doivent être fortes afin qu'il les perçoivent avec plus de précision et également pour développer sa force.

Les stimulations visuelles

Du fait de ses déficits somatosensoriels, François a un grand besoin de contrôle visuel. Il compense par la vision les lacunes des autres sens. Malgré son ambliopie, bien corrigée par des lunettes depuis le début de la thérapie, il a montré dans les tests une capacité d'organisation visuelle de

l'espace supérieure à la norme. Durant les thérapies, la vision est impliquée dans la plupart des activités afin d'améliorer la poursuite oculaire et la coordination oculo-manuelle, par exemple, suivre un objet des yeux en se déplaçant, attraper un jouet au passage, le lancer en visant.

Nous avons également tenu compte dans cette thérapie des stimulations visuelles périphériques en appliquant certaines théories développées par le professeur Bullinger (Bullinger, 1984, a.b). Rappelons que le système visuel périphérique a une fonction d'alerte: il réagit de manière très sensible aux effets optiques des mouvements des yeux ou des objets; il détecte les stimuli à la périphérie et déclenche le réflexe de fixation qui amènera la fovea sur le stimulus. Il n'analyse pas les images, mais le flux visuel. Il détecte les changements de position relatifs du sujet et des objets de son environnement. Il entretient des liens étroits avec les fonctions toniques et posturales.

Afin d'amplifier les stimulations visuelles périphériques, nous avons utilisé des paravents recouverts d'un tissu à carreaux très contrastés (tissu Vichy) que nous placions de chaque côté de François lorsqu'il se balançait sur son engin (cheval, hamac ou pneu suspendu), en visant une cible. Ce fond visuel texturé permet de renforcer l'action du système périphérique sur le tonus et la posture.

Afin de ne pas priver François des stimulations visuelles périphériques et aussi pour éviter des accidents, il ne porte pas ses lunettes durant la séance.

L'association intermodale

J. Ayres a relevé que la convergence de l'input de plusieurs modalités sensorielles sur un seul neurone ou sur une structure plus importante est un des moyens que le cerveau utilise pour organiser les informations.

Il découle de ce principe que les stimulations multisensorielles sont plus efficaces que celles provenant d'un seul mode et que la meilleure manière d'améliorer l'usage d'un sens n'est pas de le travailler seul.

12.5.2 Les moyens du traitement: engins et activités

L'application des principes présentés ci-dessus s'effectue à travers des activités qui se réalisent presque toujours au moyens d'engins bien particuliers (J. Ayres, 1972, 1980).

Tous ces engins sont conçus de manière à produire d'abord des stimulations vestibulaires linéaires, horizontales ou verticales et/ou angulaires, associées à des stimulations proprioceptives et tactiles; sur cette base se

greffent des stimulations visuelles, auditives et, éventuellement, olfactives. Ils sont donc tous très mobiles grâce à des roulettes ou parce qu'ils sont suspendus.

L'enfant peut utiliser les engins pour eux-même afin de se familiariser avec eux et afin d'apprendre à en exploiter toutes les possibilités. Mais la plupart du temps, l'engin est intégré dans une activité ou un jeu plus ou moins complexe. Le jeu sert à soutenir l'intérêt et l'attention de l'enfant, à développer la planification motrice, la coordination bimanuelle et oculo-manuelle, les ajustements posturaux et la rapidité de ses réactions; il lui procure un feedback immédiat et précis de son action.

De nombreux accessoires tels que des ballons, des anneaux, des cordes, des quilles, des boîtes, des cerceaux, des sacs de graines, des pinces à linge, des bouchons et des bâtons font également partie du matériel de base; ils servent de support au jeu.

Les principaux engins utilisés avec François sont la planche à roulettes, le hamac, les rouleaux, le rouleau balançoire, la chambre à air suspendue à un ressort et le pneu-bateau. Nous allons maintenant les analyser de manière plus précise et présenter la valeur thérapeutique particulière de chacun de ces engins.

La planche à roulettes

La planche à roulettes est construite de manière à rouler dans toutes les directions et à ne soutenir que le milieu du corps de l'enfant. Elle s'utilise de diverses manières: à partir d'un plan incliné d'où l'enfant prend de la vitesse ou à l'horizontale, en se poussant et en se tirant avec les pieds et les mains. L'enfant peut se placer assis, à quatre pattes, sur le dos ou à plat ventre. Cette dernière position est souvent privilégiée.

Pourquoi accorde-t-on une telle importance à la *position d'extension ventrale* en thérapie sensori-intégrative? "C'est la position à partir de laquelle l'enfant normal développe de nombreuses réponses posturales et motrices qui le conduiront à la position debout, à marcher et à d'autres activités sensori-motrices adultes. La capacité de tenir les extrémités du corps relevées en décubitus ventral marque chez l'enfant de 6 mois une étape importante du développement de l'intégration sensorielle. Maintenir cette position de "l'avion" sans trop d'effort est un des tests de l'efficacité du système vestibulaire". (J. Ayres, 1980, p. 144).

La posture nécessite un tonus musculaire suffisant; elle exige et favorise l'inhibition de certains réflexes primitifs, en particulier le réflexe tonique labyrinthique.

Cette posture exige une modulation adéquate des informations sur la gravité à travers les noyaux vestibulaires descendant aux motoneurons des extenseurs le long du faisceau vestibulospinal latéral (Montgomery, in Ottenbacher, 1985).

Lorsque l'enfant est couché sur le ventre, seule une partie de son tronc est soutenue par la planche à roulettes. Ainsi, il doit surmonter le poids de la tête et des membres et, pour que les extrémités soient maintenues au-dessus du sol, il faut une forte contraction des muscles du cou ainsi que des muscles extenseurs du tronc, des jambes et des bras.

Descendre la rampe active certains récepteurs vestibulaires; passer de la rampe au plancher donne encore d'autres informations (J. Ayres, 1980). Ce fort input vestibulaire et proprioceptif active des réactions qui faciliteront la tenue de la tête et des jambes en l'air, contre la gravité, ainsi que les réactions d'équilibre qui permettront de ne pas tomber de la planche. La contraction des muscles du cou et les mouvements des yeux qui suivent ce qui se passe envoient des informations proprioceptives qui, coordonnées avec l'input vestibulaire, favorisent la poursuite oculaire et une meilleure perception visuelle. Ces mouvements de tout le corps sur la planche à roulettes qui produisent un input sensoriel et une organisation bien précis constituent les bases des processus cérébraux plus complexes tels que parler, utiliser des outils, lire et écrire.

Harris (1981) a démontré dans une étude normative que les performances d'extension ventrale varient considérablement chez les enfants de 4 ans, mais qu'à 6 ans, un enfant devrait non seulement être capable de prendre la position d'extension ventrale mais y rester pendant 30 secondes. Lorsque François commence le traitement, il est incapable de tenir ses jambes en l'air, elles traînent par terre et freinent la descente.

Lorsque l'enfant chevauche la planche à roulettes, divers jeux entretiennent son attention, focalisent sa vision et amplifient les informations proprioceptives et tactiles; ils développent la coordination oculo-manuelle, la planification motrice, les ajustements posturaux, les réactions d'équilibre et la précision du geste. En voici quelques exemples:

- faire tomber des boîtes lorsque l'enfant arrive au bas de la pente,
- passer sous un tunnel qu'il a construit,
- ramasser au passage des anneaux qu'il lancera sur une cible lorsqu'il s'arrêtera,
- lancer un ballon à travers un cerceau.

Pour remonter la rampe, l'enfant peut se tirer à une corde fixée au haut de la rampe; le poids de son corps représente là une résistance importante

qui exige une cocontraction des muscles du tronc, une coordination des deux mains qui saisissent la corde et tirent l'une après l'autre dans le plan médian.

Dans l'utilisation de la planche à roulettes à l'horizontale, l'enfant, assis en tailleur ou à plat ventre, peut tenir un cerceau ou une corde à l'aide desquels la thérapeute le tire, le pousse ou le fait tourner. Il peut jouer au hockey ou à d'autres jeux de lancer. A quatre pattes, les genoux sur la planche, les mains par terre, l'enfant slalome autour de quilles.

Couché sur le dos sur la planche est une position très difficile pour un enfant hypotonique comme François, Nous pouvons entraîner cette posture en jouant au téléférique; l'enfant se tire avec les mains le long d'une corde fixée à deux extrémités de la salle.

Enfin, une dernière activité permet à François de développer la force de tout son corps en poussant sa mère assise sur la planche à roulettes. Pour François, étant donné son hypotonie et son hémiparésie, la résistance à pousser est encore plus nécessaire que celle qui l'incite à se tirer.

Le hamac

Le hamac offre de multiples possibilités de doser les stimulations vestibulaires. Une activité avec le hamac est souvent placée en début de séance, lorsque l'enfant est inquiet ou qu'il a de la peine à se tenir sur la planche à roulettes. L'enfant peut se balancer doucement ou plus ou moins vigoureusement, selon son besoin d'être calmé ou stimulé.

Dans le hamac, l'enfant peut être assis, couché sur le dos (surtout lorsque la thérapeute désire un effet calmant) ou sur le ventre, position la plus utilisée; l'enfant est couché avec un bord du filet ou du tissu sous les aisselles, l'autre bord sous la cuisse, une planchette rembourrée placée sous le ventre prévient une trop forte lordose lombaire, ses mains touchent le sol. La position d'extension est plus facile à prendre sur le hamac que sur la planche à roulettes, car le hamac entoure le corps de l'enfant et induit une partie de la position passivement en donnant également de fortes stimulations tactiles sur le tronc.

Le hamac suspendu à deux crochets procure des stimulations vestibulaires linéaires, les balancements produisant de nombreuses accélérations et décélérations.

Le hamac suspendu à un seul point permet un maximum de stimulations angulaires lorsque l'enfant se fait tourner sur lui-même et laisse la corde de suspension se dérouler très vite. Cette rotation provoque une

forte extension du corps. Certains enfants ne s'en lassent pas et se procurent ainsi les stimulations dont ils ont besoin.

François lui a vite le vertige. Il dose ces rotations avec prudence. Les mouvements rotatoires stimulent plus que les mouvements linéaires; placés en début de séance, ils créent un état d'éveil du système nerveux qui favorise les intégrations ultérieures. Le hamac peut être placé de manière à soutenir passivement l'extension des jambes et du tronc de l'enfant: les fléchisseurs étirés auront moins tendance à se contracter, comme c'est le cas dans cette posture lorsque le réflexe tonique labyrinthique persiste. Nous préparons ainsi l'enfant à maintenir plus facilement la posture d'extension ventrale sur la planche à roulettes.

La plupart du temps, nous combinons les stimulations angulaires et linéaires que permet le hamac suspendu à un point.

Voici quelques exemples d'activités:

- pour se balancer, l'enfant se pousse sur les mains de sa mère,
- il ramasse un ballon par terre et le lance sur une cible,
- il pousse avec sa tête, ses mains ou ses pieds, un ballon suspendu,
- il apparie des petits sacs remplis de graines différentes ou des cartes de memory répartis sur une large surface au-dessous de lui,
- il attrape un anneau qu'on lui tend d'un côté et le lance de l'autre côté, dans un bac placé si loin qu'il doit se tirer au moyen d'une corde pour pouvoir l'atteindre.

Le rouleau balançoire

L'enfant est assis à califourchon ou comme sur une balançoire sur un rouleau de bois entouré de mousse suspendu par deux cordes fixées à chaque extrémité; ses pieds touchent le sol et il tient une corde dans chaque main ou s'accroche à une seule corde. Il peut aussi se coucher sur le rouleau en le tenant entre ses bras et ses jambes. Ces positions (surtout la deuxième) nécessitent un bon *schème de flexion*, schème très puissant qui représente, comme le schème d'extension, une des bases du développement (s'agripper). Ce schème de flexion dépend beaucoup de l'intégration des stimulations tactiles (la couverture du rouleau ou les cordes) proprioceptives et vestibulaires.

Les mouvements du rouleau exigent des réactions posturales et d'équilibre et en même temps, grâce au balancement, l'input vestibulaire facilite le développement de ces réactions. L'enfant peut ainsi faire des expériences durant lesquelles son corps travaille correctement et maîtrise la situation.

L'apport de matériel permettant de manipuler, de ramasser par terre, de jeter et de dissocier les ceintures pour aller chercher des objets à gauche ou à droite, le tout associé au balancement, améliore considérablement la planification motrice et la coordination oculo-manuelle.

Pour favoriser l'augmentation du tonus de François et la cocontraction, sa mère fait rouler des gros ballons qu'il doit repousser de ses jambes étendues tout en se balançant.

Les rouleaux

Selon les besoins, nous utilisons plusieurs sortes de gros rouleaux: un tonneau de quincaillerie doublé d'une peau de mouton, plusieurs chambres à air de voiture attachées par des ficelles et un large tuyau doublé de moquette.

L'enfant peut se coucher sur le ventre, transversalement, sur le rouleau; tenu par les pieds et poussé en avant, il exerce alors les réactions de protection en extension. Assis à califourchon sur le rouleau, il exerce des réactions d'équilibre. Couché à l'intérieur du rouleau, l'enfant reçoit de fortes stimulations tactiles sur tout son corps et des stimulations vestibulaires circulaires dans des plans différents des autres engins. Pour imprimer un mouvement au rouleau depuis l'intérieur, l'enfant doit rouler sur lui-même.

Ce schème de rouler est aussi une des bases du développement psychomoteur. Il est lié aux réactions de redressement qui se développent chez l'enfant normal entre 7 et 18 mois. Les réactions de redressement (Bobath, 1973, 1986) permettent à l'enfant de se redresser contre la gravité; elles introduisent les rotations dans les mouvements, soit la capacité de dissociation entre les ceintures scapulaire et pelvienne; sans elles, les réactions d'équilibre ne peuvent se développer. Enfin, elles contribuent, avec les réactions d'équilibre, à inhiber les schèmes primitifs, tels que les schèmes toniques labyrinthiques, symétriques et asymétriques, surtout lorsque la thérapeute incite l'enfant à initier le mouvement du rouleau par la flexion d'une hanche.

Nous avons observé chez François des réactions d'équilibre immatures et une persistance de certains schèmes primitifs; il est donc indispensable d'introduire dans chaque séance une longue séquence d'activité dans les rouleaux.

Le contrôle oculo-moteur est renforcé par les stimulations vestibulaires. Nous avons vu le lien qui existe entre les noyaux vestibulaires qui reçoivent les messages des canaux semi-circulaires et les noyaux des mus-

cles oculo-moteurs. Comme les muscles extraoculaires sont étroitement associés aux mécanismes posturaux, toutes les activités proposées exercent une influence positive sur leur fonctionnement. Lorsque le jeu incite l'enfant à suivre un objet des yeux tout en roulant dans le tonneau, le contrôle exigé est particulièrement élevé.

En outre, la pression qui s'exerce sur tout le corps de François pendant qu'il roule lui procure de fortes stimulations tactiles qui contribuent à préciser les limites de son corps. François aime beaucoup jouer dans le rouleau: il se met à chanter et paraît très détendu.

Nous avons conseillé aux parents de donner à François un petit tonneau de quincaillerie et de le doubler d'une peau de mouton. François s'y réfugie souvent. Nous l'incitons à y aller lorsqu'il sent la colère monter en lui. Les parents ont constaté que les balancements doux qu'il imprime au tonneau, associés aux stimulations tactiles, l'aident de plus en plus souvent à contenir ses crises de rage. On pourrait dire que le contenant à la fois doux et fort représenté par le tonneau renforce son propre corps aux frontières encore floues et lui permet de ne plus se laisser déborder par l'intensité de ses sentiments (Anzieu, 1985).

La chambre à air à ressort

Il s'agit d'une chambre à air de pneu de voiture ou de camion suspendue au plafond par une solide corde élastique. L'enfant s'y introduit en position assise ou à plat ventre. Cet engin procure un maximum de stimulations vestibulaires circulaires, horizontales et verticales. François découvre qu'il peut sauter très haut comme une grenouille; il se reçoit sur ses pieds et/ou sur ses mains et perçoit alors de fortes stimulations proprioceptives qui contribuent à augmenter son tonus musculaire.

Le pneu bateau

Il s'agit d'un pneu de voiture suspendu au plafond par quatre cordes sur lequel on place, soit une planche recouverte de moquette ou de caoutchouc anti-glisse, soit un gros ballon de thérapie. L'enfant se place assis, à genoux, à quatre pattes ou debout. Le plus petit mouvement de l'enfant provoque un déplacement horizontal du pneu et simultanément du centre de gravité de l'enfant; ainsi cet engin développe essentiellement les ajustements posturaux et les réactions d'équilibre. C'est l'engin sur lequel on peut exercer les réactions les plus sophistiquées.

Les quatre cordes ne sont pas fixées au plafond selon un schéma carré, mais rectangulaire, si bien que lorsque l'enfant se balance d'avant en arrière, la planche ne réagit pas de la même manière que lorsqu'il se balance

latéralement; l'enfant doit percevoir ces différences et réagit en conséquence (Sperry, 1984). On peut placer des quilles tout autour du pneu: l'enfant, spontanément, tentera de les renverser. Si la thérapeute propose à l'enfant d'aller toucher les quilles sans les renverser, celui-ci apprendra à contrôler encore mieux ses mouvements.

Que l'enfant soit à quatre pattes ou debout, cette activité exige, en plus des réactions déjà mentionnées, une bonne coordination entre les membres supérieurs et inférieurs, une bonne représentation de l'espace et une planification motrice pour organiser le déplacement de la planche dans la direction de la quille à renverser.

Réussir à grimper seul sur le gros ballon, placé sur le pneu, et s'y tenir debout, représente une victoire considérable: c'est très difficile et tout bouge; l'enfant s'y trouve plus grand que l'adulte. Un enfant dit un jour, après une ascension délicate: "Je suis le roi du monde !"

Ce n'est qu'après une année de traitement que François réussit pour la première fois à monter seul sur le ballon, le jour où son père assistait à la séance!

Cet engin instable n'est cependant pas le préféré de François; il lui pose encore trop d'exigences et, lorsqu'il est debout, il faut un contrôle attentif de la thérapeute pour inhiber la spasticité qui tend à se manifester par une raideur dans la jambe gauche.

Nous n'avons mentionné ici que quelques-uns des engins et des activités utilisés durant les séances. Comme nous venons de le décrire, ces engins permettent d'exercer les stimuli de base du développement psychomoteur de l'enfant: les schèmes de flexion et d'extension, les rotations, les réactions de redressement et d'équilibre, les ajustements posturaux, la coordination entre les deux hémicorps et entre le haut et le bas du corps.

Nous avons vu la diversité des stimulations offertes par les activités sur les engins, la diversité des positions dans lesquelles l'enfant est placé et la diversité des situations. Dans chaque activité, l'enfant utilise une part de réactions déjà connues et exercées, à laquelle s'ajoute une petite part d'inconnu et d'inattendu. Cette part de nouveauté permet à l'enfant d'intégrer et de généraliser les acquis; elle lui permet d'adopter un comportement toujours plus efficace dans les situations les plus variées. C'est ce que J. Ayres appelle la réponse adaptative.

12.5.3 Les aspects relationnels

Dans l'interprétation que nous avons émise des crises de rage de François, nous constatons qu'un problème d'acceptation de l'enfant par

sa famille se greffait sur les troubles spécifiques causés par l'hémiplésie et la dysfonction de l'intégration sensorielle. Parallèlement aux divers objectifs mentionnés plus haut, nous avons donc conçu le traitement dans son ensemble comme une vaste entreprise de valorisation de l'enfant et de sa mère.

L'ergothérapeute dispose à cet effet de plusieurs moyens que nous présentons brièvement:

- la maîtrise des activités,
- la participation active de la mère,
- la participation occasionnelle de la sœur et du père,
- l'usage de la vidéo,
- les entretiens.

La maîtrise des activités

A travers les activités dont la réussite est immédiatement visible, à travers l'efficacité de son corps, l'enfant a l'impression de maîtriser les situations. Cette conscience de ses compétences est une contribution importante au développement de sa confiance en lui. La thérapeute et la mère renforcent encore cette prise de conscience par des commentaires qui apprécient avec précision les performances de l'enfant. En fin de séance, elles demandent à l'enfant de dire lui-même ce qu'il a préféré, ce qu'il a le mieux ou le moins bien réussi.

Le traitement avançant, nous confronterons plus souvent François à des échecs ou à des réussites différées. Le dosage de la réussite et de l'échec fait partie des principes de traitement.

La participation active de la mère

Dès les premières séances, la thérapeute sollicite la mère, Mme V., pour qu'elle collabore au traitement. Elle lui donne un rôle dans les activités: tenir les jambes de François à plat ventre sur le rouleau, le pousser sur la balançoire, le tirer avec la corde et le faire tourner sur la planche à roulettes, lui lancer le ballon, en bref, être son partenaire de jeu; elle discute avec Mme V. des buts de traitement, lui explique pourquoi elle propose telle ou telle activité et comment le traitement peut agir sur le comportement de François.

Après une période d'adaptation et de mise en confiance, Mme V. s'implique bien dans le traitement; très attentive à son fils, elle sait introduire les histoires et les petits jeux qu'il connaît et qui lui plaisent. Cette participation pose cependant, les premiers mois surtout, un problème à la

thérapeute. En effet, Mme V. considère le traitement d'abord comme un travail et les activités comme des exercices; elle incite François à se donner de la peine et le gronde lorsqu'il se disperse, elle considère ses initiatives comme déplacées. La thérapeute doit jongler entre sa propre attitude de respect des initiatives et du plaisir de François, tout en le guidant selon ses objectifs, et son intention de valoriser la mère.

Petit à petit, l'attitude de Mme V. change. Elle devient moins sévère et exigeante; elle s'amuse réellement avec son fils, rit avec lui et, après 6 mois de traitement, elle remarque qu'il est indispensable que François joue pour qu'il fasse ce qu'on lui demande; elle-même a maintenant du plaisir à jouer avec son fils durant la séance et à la maison.

La participation de Mme V. au traitement lui permet, tout d'abord, d'avoir une part dans les progrès de son fils; elle avait grand besoin que son rôle de mère soit reconnu et valorisé. Puis elle apprend très concrètement à identifier et à valoriser des compétences de François qu'elle ne voyait pas auparavant. Le regard qu'elle porte sur lui s'est diversifié.

Enfin, sa relation à son fils évolue; elle vit avec lui des moments privilégiés durant lesquels ils se procurent mutuellement de grandes satisfactions; elle se détend, est plus ouverte aux besoins de son fils; son seuil de tolérance à certaines réactions de François augmente.

Les entretiens

Il est aussi nécessaire de parler avec François et sa mère. Ces moments de discussion ont lieu en début ou en fin de séance ou quand le besoin s'en fait sentir; ils se déroulent dans le coin-matelas de la salle de thérapie. Comme l'objet de nos discussions est presque toujours François, ce dernier passe ces moments assis sur les genoux de sa mère afin qu'il puisse participer au débat. La discussion peut porter sur ce qui s'est passé durant la semaine écoulée, sur le traitement, ses objectifs, la raison de telle ou telle activité, comment le traitement peut agir sur le comportement de François, sur les observations de Mme V. ou comment aménager le jardin et la maison pour y poursuivre les activités.

Durant les premiers mois, Mme V. arrivait souvent très préoccupée par les crises de rage de François. Nous tentions alors de comprendre ce qui se passait par la description de Mme V., puis par celle de François. Mme V. décrivait comment elle avait réagi pour calmer François: "J'ai tout essayé": cajoleries, punitions diverses. Nous demandions alors à François comment nous pouvions l'aider: - Sent-il venir la crise? -Il ne sait pas.

Lors d'une de ces discussions, la thérapeute propose à la mère plusieurs comportements pour les moments critiques; parmi ceux-ci, elle lui suggère de prendre François dans ses bras et de le serrer très fort. Elle demande à François ce qu'il choisit; il embrasse alors sa mère et lui demande de le serrer très fort. C'est ce que la mère essaiera de faire dorénavant avec un succès variable. C'est alors que la thérapeute propose à la mère de donner à François un tonneau rembourré et une petite maison constituée d'un grand carton dans lequel on a découpé une porte, dans lesquels il peut se réfugier. Par la suite, nous proposerons encore à la mère une technique de synchronisation de sa respiration sur celle de l'enfant qui aura pour effet de les calmer tous les deux. François arrivera même parfois à prévenir la crise en annonçant que "des petites bêtes le chatouillent dans la tête".

L'usage de la vidéo

Nous avons filmé en vidéo quatre séances de traitement à quelques mois d'intervalle. La thérapeute peut ainsi affiner son observation, mais surtout elle donne une copie de la bande à François et à sa mère.

Cette bande, destinée à la famille, permet de faire comprendre ce qu'est cette thérapie dont François parle tellement; elle permet surtout à François de montrer ses compétences sous forme de prouesses parfois spectaculaires; ces démonstrations le valorisent considérablement. En effet, son père avait déjà fait une vidéo de sa sœur, mais pas de lui. Cette bande vidéo permet aussi de valoriser la mère qui se montre toujours particulièrement active durant les prises de vue.

Enfin, un film vidéo permet à chacun de porter un autre regard sur François et sur sa mère et de les découvrir sous un jour différent de celui dont ils ont l'habitude.

La participation de la sœur, du père et de l'institutrice

Lorsqu'elle a vu la première bande vidéo, la sœur de François n'a eu de cesse qu'elle puisse aussi venir "faire la gymn !". En accord avec sa mère, nous avons décidé que François avait le droit d'inviter sa sœur de temps en temps. Ces séances gratifient particulièrement François, car, ayant plus d'entraînement que sa sœur, il peut, pour une fois, faire mieux qu'elle. L'institutrice et le père ont chacun assisté avec intérêt à une séance.

12.5.4 Une séance de traitement

La présentation d'une séance de traitement permet d'illustrer comment sont appliqués les divers principes et techniques de l'ergothérapie et du modèle de pratique de J.Ayres.

La séance que nous proposons maintenant s'est déroulée un an après le début de la thérapie; elle dure 60 minutes. La séance comporte 8 séquences. Nous décrivons l'activité, puis énumérons les principales capacités qu'elle cherche à développer (objectifs spécifiques). Nous ne répétons pas ce qui a déjà été dit lors de la présentation des engins et n'entrons pas dans tous les détails de l'analyse de l'activité telle que les ergothérapeutes ont l'habitude de le faire.

Accueil

François arrive avec sa mère. Nous échangeons quelques mots sur la semaine écoulée, afin de planifier un moment de discussion éventuel plus tard dans la séance; en effet, François n'aime pas, lorsque nous commençons par parler; il veut tout de suite jouer sur les engins. Il se déshabille, ôte ses lunettes et reste en short, chemisette et baskets. La thérapeute lui donne le choix entre une activité sur le hamac et une activité sur la planche à roulettes.

Sur le hamac

François se place à plat ventre dans le hamac; ses jambes sont soutenues jusqu'aux genoux, ses mains touchent par terre. l'activité se déroule en trois séquences:

- a) François commence à se pousser d'avant en arrière. Sa mère, placée devant lui, étend ses mains dont une est couverte d'un gant de crin et François se pousse de manière à se balancer toujours plus fort. De son côté, la thérapeute le pousse par les pieds.
- b) Lorsqu'il en a assez, François s'arrête en se freinant avec les mains; il se met alors à tourner; il amplifie le mouvement en poussant latéralement, une main après l'autre, les croisant devant lui; la corde de suspension s'enroule sur elle-même; lorsque ses mains ne touchent plus terre, le hamac se déroule rapidement, procurant de fortes stimulations vestibulaires angulaires. François répète ce jeu 2 fois, puis freine, car il sent un léger vertige.
- c) La thérapeute répartit sous le hamac une vingtaine de petits sacs de tissus remplis de graines de grosseurs différentes. François assemble les paires, puis les jette dans une caisse placée suffisamment loin pour

qu'il doive se balancer pour l'atteindre. Il imprime le mouvement en se tirant à une corde.

Cette activité vise les objectifs spécifiques suivants:

- l'extension de tout le corps, en particulier du tronc, de la tête et des bras; cette extension est favorisée par les fortes stimulations vestibulaires linéaires et angulaires et par les stimulations proprioceptives. A travers les poussées, les cocontractions augmentent dans les jambes et dans les bras et se répercutent dans tout le tronc;
- le croisement de la ligne médiane du corps par les mains et par les yeux; il est induit par les mouvements alternés des mains pour tourner et par les tractions sur la corde pour aller jeter les sacs,
- la force et la précision de la préhension; elles sont favorisées par les fortes stimulations tactiles et proprioceptives aux mains (gant de crin, freiner, se tirer à la corde), puis par l'exploration des sacs.

Le tout contribue à augmenter le tonus et l'attention et à préparer la suite de la séance.

- d) Petite pause repos. François se met sur le dos, en flexion, dans le hamac comme contreposture à l'extension précédente. Sa maman le balance doucement en chantonnant avec lui.

L'accueil et les activités sur le hamac durent environ 15 minutes. La posture d'extension ventrale est très fatigante, l'enfant ne devrait pas la garder plus de 10 minutes.

La planche à roulette - durée 10 minutes.

- a) François utilise de gros cartons vides pour construire un tunnel au pied de la rampe. Il descend celle-ci assis en tailleur ou à plat ventre sur la planche à roulettes; il essaie de viser pour passer sous le tunnel; s'il le rate, tous les cartons lui tombent dessus, provoquant de fortes stimulations tactiles. Il remonte à plat ventre sur la planche, en se tirant à une corde fixée au bout de la rampe.
- b) Deux anneaux de caoutchouc sont posés sur la rampe. François descend à plat ventre sur la planche, ramasse un anneau avec chaque main, passe sous le tunnel et les lance à sa mère qui l'attend à l'autre bout de la salle. Celle-ci imagine qu'il va faire des courses pour le dîner et que chaque anneau représente un élément du repas.
- c) Lorsque les courses sont terminées, la mère s'assied sur la planche à roulettes, les provisions sur les genoux et François la pousse jusqu'à la maison de l'autre côté de la salle.

Objectifs spécifiques:

- l'extension ventrale: François pourra descendre sur la planche à roulette sans que ses jambes et ses bras ne traînent par terre;
- les réactions d'équilibre à plat ventre et assis afin que François ne tombe pas de la planche;
- l'intégration des deux hémicorps et la force en flexion et en supination des membres supérieurs lorsqu'il se hisse au haut de la rampe en se tirant à la corde,
- la coordination oculo-manuelle et la poursuite oculaire lorsqu'il ramasse les anneaux et les lance,
- les cocontractions dans tout le corps et le développement de la force en extension debout lorsqu'il pousse sa mère assise sur la planche à roulettes.

Jeux tactiles - durée: 10 minutes.

- a) Dans le coin matelas, François commence par enduire tout son corps de talc.
- b) Puis il se cache sous les gros coussins tandis que nous recouvrons toutes les parties de son corps qui dépassent par des coussins en appuyant avec vigueur jusqu'à ce qu'il en ait assez.

Nous faisons de même avec la mère de François; celui-ci finit par sauter sur le tas de coussins qui recouvre sa mère; elle l'attrape, le prend dans ses bras en le serrant fort et tous deux roulent sur les matelas pour un moment de repos agréable et tendre.

- c) Nous cachons de petits objets dans un bac rempli de grains de riz. François plonge ses deux mains dans le bac, trouve les objets et essaie de les reconnaître sans les voir.

Objectifs spécifiques:

- privilégier la relation avec la mère durant un moment plus calme et affectif;
- François prendra conscience des limites de son corps à travers le toucher léger et les pressions;
- il explorera sans voir pour reconnaître les objets dans le bac.

Avec le rouleau - durée: 10 minutes.

- a) François est couché dans le rouleau. La thérapeute a placé de part et d'autre du rouleau, éloignés de 5 mètres environ, deux petits animaux de caoutchouc qui font du bruit lorsqu'on les presse.

Le jeu consiste pour François à faire rouler le rouleau en se retournant à l'intérieur de celui-ci et à s'arrêter au son de l'animal écrasé, puis à repartir dans l'autre direction.

b) François est toujours couché à l'intérieur du rouleau; il appuie un doigt sur un tampon encreur de couleur, puis roule vers sa mère en maintenant son doigt étendu en l'air; il presse alors son doigt sur la feuille de papier sur laquelle il a auparavant dessiné un arbre. Il va ainsi imprimer avec chaque doigt successivement, les feuilles de l'arbre.

Objectifs spécifiques:

- les dissociations des ceintures et les réactions de redressement lorsqu'il roule;
- l'attention au son,
- la force, la dissociation et la sensibilité des doigts,
- suivre son doigt des yeux afin qu'il ne touche rien en roulant, ce qui favorise la poursuite oculaire.

Les fortes stimulations tactiles et la pression sur tout le corps favorisent la sensation des limites du corps.

c) François est à plat ventre sur le rouleau, sa mère le tient par les pieds. François se pousse et plonge en avant sur ses mains. Appuyé sur une main, il ramasse une petite balle par terre et la lance sur une cible que tient la thérapeute. Sa mère le retire en arrière et on recommence.

Objectifs spécifiques:

- l'extension de tout le corps, les réactions de protection, l'appui sur les deux mains, en particulier sur la main gauche.

Dans la chambre à air à ressorts - durée: 5 minutes.

Nous disposons avec François une quinzaine de quilles autour de la chambre à air suspendue. François introduit son torse dans l'ouverture; il est alors maintenu sous le ventre, ses mains et ses pieds touchant par terre. Il va aller renverser les quilles avec ses pieds ou avec ses mains, en sautant et en tournant vigoureusement dans toutes les directions.

Après les activités relativement contrôlées de la séquence précédente, le jeu de la grenouille permet à François de se défouler.

Les fortes stimulations vestibulaires et proprioceptives contribuent à augmenter son tonus.

Ce jeu exige des dissociations entre le haut et le bas du corps, ainsi qu'une organisation de l'espace afin que François planifie dans quel axe il doit prendre son élan pour renverser la quille de son choix.

Jeu de construction -Durée: 10 minutes

François peut choisir parmi plusieurs jeux de construction. Son choix porte sur un jeu de Matador. La thérapeute le fait asseoir à califourchon sur un rouleau et place le jeu devant lui sur une table basse. Assise derrière lui, elle contrôle sa posture pendant qu'il construit ce qu'il veut. Elle annonce l'approche de la fin de la séance. Cette activité permet de clore la séance par un activité plus calme et plus cognitive.

Objectifs spécifiques:

- terminer une petite construction en maintenant une position assise stable et en coordonnant les deux mains et la vision.

François se rhabille.

Nous faisons le point de la séance, verbalisant ce que François vient de vivre: qu'a-t-il préféré? Qu'a-t-il bien réussi? Qu'a-t-il moins bien réussi? A-t-il envie de prévoir quelque chose pour la prochaine fois?

Nous prenons congé.

12.5.5 Les étapes du traitement

Cette étude de cas porte sur une durée d'une année et deux mois. Durant cette période, nous distinguons deux grandes étapes.

La première étape se focalise comme nous l'avons vu sur les objectifs de motricité globale. Le bombardement sensoriel dosé produit des réactions rapides avec un résultat immédiat. Il développe et renforce les schèmes de base du développement en améliorant la perception des stimuli somatosensoriels. Cette étape vise aussi à valoriser François afin qu'il prenne confiance dans son corps et dans ses compétences; elle cherche également à valoriser sa mère et la relation mère-fils.

La deuxième étape, tout en poursuivant les objectifs de la première, introduit plus d'activités nécessitant la manipulation fine, la précision du geste et la force dans les mains. La thérapeute propose des activités plus complexes, de plus longue durée; elle incite François à ne pas quitter une activité sans en avoir exploré plusieurs possibilités et sans la terminer.

Après 8 mois de traitement, François commence à refuser toute contrainte à la maison, sous prétexte qu'à la "gymn" il peut faire ce qu'il veut. Tout en continuant à le valoriser et à respecter le plaisir du jeu, nous commençons, alors, à introduire diverses activités plus contraignantes, telles que ranger, terminer ce qui est commencé, attendre son tour au jeu ou accepter de perdre.

12.6 Évaluation sommative: les résultats du traitement

Au début du processus de traitement, la thérapeute posait quatre problèmes qui correspondaient aux principales difficultés que François rencontrait dans sa vie quotidienne, difficultés qui entravaient ses interactions avec son entourage et qui risquaient d'hypothéquer son développement; il s'agissait des crises de rage, des difficultés de déplacement, de la pauvreté du jeu et de l'hyperactivité. Nous avons fait l'*hypothèse* que l'origine de ces difficultés pouvait résider dans une dysfonction de l'intégration sensorielle se caractérisant par une hypoactivité du système vestibulaire. Nous avons constaté qu'en effet, François présentait une série de déficits, en particulier au niveau des modalités vestibulaire, tactile et proprioceptive, du tonus musculaire et de la motricité globale, qui coïncidaient avec les symptômes décrits par J. Ayres comme appartenant au syndrome vestibulaire bilatéral (Ayres, 1979). Nous avons alors formulé une nouvelle hypothèse et supposé que le fait de réduire ou d'éliminer ces déficits permettrait à François de surmonter les difficultés qu'il rencontre dans sa vie de tous les jours. Nous avons également supposé que les principes et les techniques que J. Ayres propose pourraient contribuer à résoudre ces problèmes précis. Le traitement a donc été conçu de manière à associer aux principes et aux techniques de base de l'ergothérapie, en particulier le renforcement de la confiance en soi de François et de sa mère, ceux du modèle de pratique de J. Ayres.

L'évaluation des résultats de la thérapie porte sur un an et deux mois de traitement, soit 36 séances d'une heure. Les parents ont largement contribué aux progrès de leur fils par leur attitude et en pratiquant un certain nombre d'activités à la maison.

Les résultats sont présentés à partir des problèmes et des buts posés au début de cette étude. Cette évaluation sommative reprend les éléments de l'évaluation initiale en les comparant; elle en suit l'ordre inverse; ainsi, nous commencerons par montrer l'évolution des perceptions somatosensorielles et de la motricité globale, puis nous observerons si la réduction des déficits à ces niveaux-là a eu des répercussions sur les comportements et les compétences quotidiennes de François.

Nous étayons cette évaluation sur les observations effectuées par la thérapeute et par la mère durant les séances et à la maison ainsi que sur une analyse comparative des résultats des observations cliniques (O.C.fig.10) et des tests d'intégration sensorielle de Californie du Sud (SCSIT.fig. 11). Sur les deux tableaux, les "•" indiquent les résultats que

Figure 10

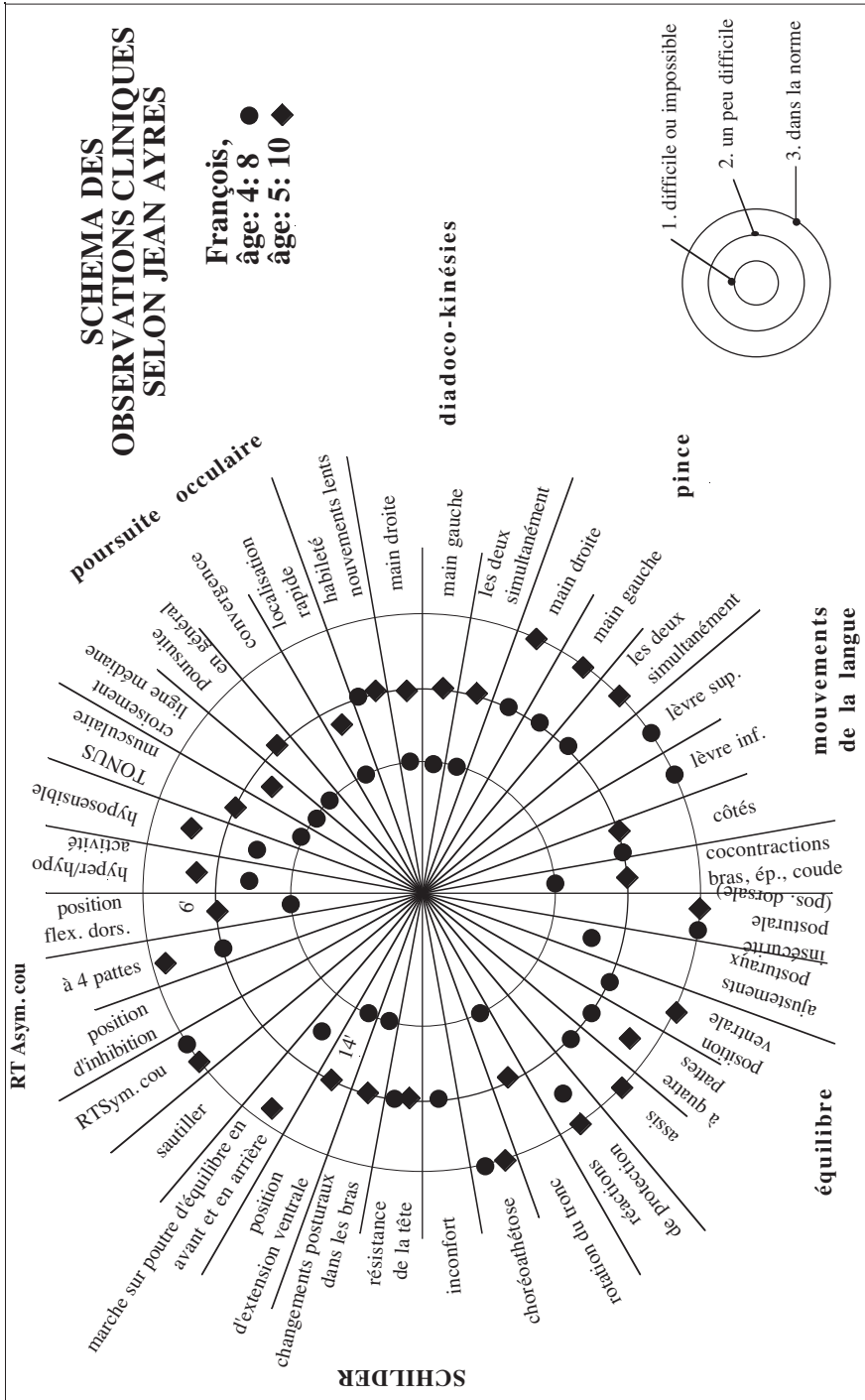
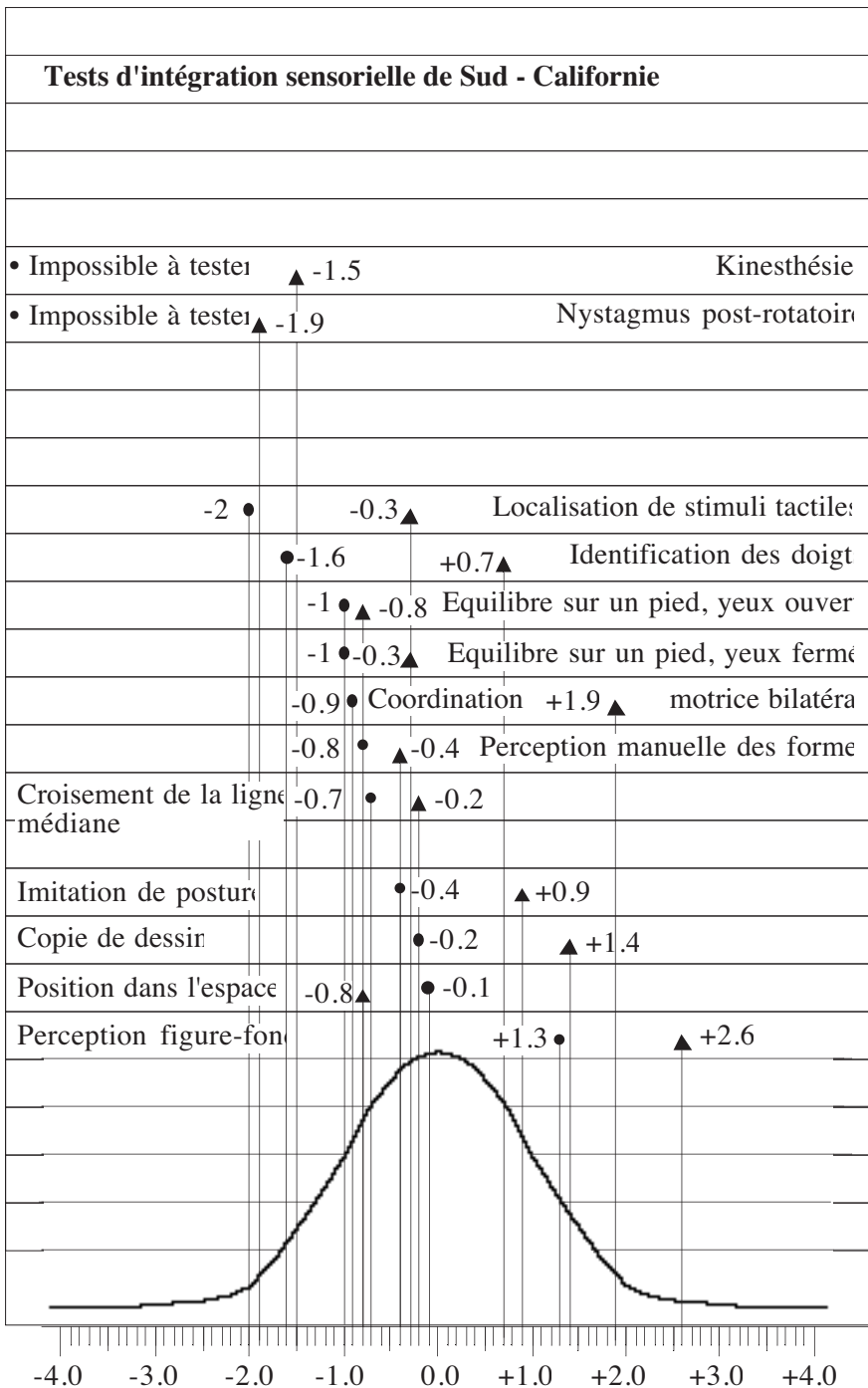


Figure 11

Nom: **François**

Date: / / **4 : 8** l
5 : 10 s



François a obtenus aux diverses épreuves en novembre 1988, alors que les “s” notent les résultats datant de février 1990.

12.6.1 Évolution des perceptions sensorielles

Lors de l'évaluation initiale, François percevait de manière indistincte toutes les informations somatosensorielles. Lors du premier testing, (SCSIT.Fig.11), ce sont les épreuves concernant la perception somatosensorielle qui donnaient les plus faibles résultats. Il ne pouvait organiser et interpréter que les stimuli forts. Sa capacité de percevoir ces divers messages s'est sensiblement améliorée.

Le toucher et la proprioception

Dans les tests, c'est aux épreuves tactiles que François a le plus progressé. Les résultats des premiers tests se situaient très en-dessous de la norme, alors qu'ils se trouvent maintenant dans la moyenne correspondant à son âge. Au test d'identification des doigts, il passe de - 1,6 à + 0,7 et au test de localisation de stimuli tactiles, il passe de - 2 à - 0,3 (Fig. 11). Dans le barème des SCSIT, la moyenne est au 0.

Au niveau de la proprioception, François a également progressé comme le montre le test de “kinesthésie” qui permet d'isoler le fonctionnement de cette modalité sensorielle. Lors du premier test, François est incapable de soulever sa main de la surface et de reproduire le déplacement effectué d'abord avec la thérapeute. Il est donc impossible d'administrer le test. Le deuxième test se déroule normalement, mais les résultats (- 1,5) sont encore insuffisants. François perçoit donc encore mal ses mouvements. Sur les plans tactile et proprioceptif combinés, nous observons, dans l'épreuve de stéréognosie par exemple, qu'il manipule encore peu les formes pour les explorer; il devine plutôt qu'il ne cherche des informations. D'une manière générale, François supporte mieux d'avoir les yeux bandés ou de les fermer. Il est toujours hyposensible à la douleur.

Les stimuli vestibulaires

Le test du Nystagmus postrotatoire a été administré à plusieurs reprises depuis le début du traitement. Les premières fois, François ne disposait pas d'une stabilité posturale suffisante pour se maintenir assis sur la planche tournante durant dix tours; il tombait au bout de trois tours. Après six mois de traitement, François était capable de tenir assis sur la planche, mais aucun mouvement des yeux n'était observable. Au moment de l'évaluation finale, le nystagmus postrotatoire est de 3-4 secondes de chaque côté. Les mouvements oculaires sont lents et de grande amplitude.

La capacité que François a acquise de rester assis sans tomber sur la planche en rotation, associée à un nystagmus postrotatoire de courte durée certes, mais néanmoins présent (3-4 secondes), représentent un résultat significatif du traitement. On ne peut dissocier ce résultat de l'augmentation du tonus, de l'amélioration de la stabilité centrale, des réactions d'équilibre et de la poursuite oculaire.

La vision

Nous constatons globalement que François a progressé partout sauf pour le test de position dans l'espace; c'était la dernière épreuve d'une série et il est probable que la fatigue et l'ennui ont influencé sa performance. Les résultats des épreuves de perception visuelle de l'espace étaient bons, ils sont maintenant excellents: la perception figure-fond passe de + 1,3 à + 2,6 et la copie de dessin, - 0,2 à + 1,4. Il utilisait beaucoup sa vision pour compenser le manque d'informations somesthésiques; cette nécessité a diminué puisqu'il supporte beaucoup mieux d'explorer les yeux fermés.

La poursuite oculaire est maintenant possible. François suit le mobile des yeux dans toutes les directions, mais seulement durant quelques secondes. Il s'interrompt toujours au passage de la ligne médiane.

12.6.2 Évolution de la motricité globale

Sur le plan du tonus: la spasticité du côté gauche se remarque encore parfois, mais seulement dans des situations très stressantes. Lors d'un contrôle médical effectué six mois après le début du traitement, le médecin constate "une quasi disparition de la spasticité des membres inférieurs et une course coordonnée sans circumduction du membre inférieur gauche".

Quant au tonus de base, on ne peut dissocier son évolution de l'ensemble des progrès de la motricité globale (Fig.10); bien qu'il demeure encore assez bas, les progrès dans certaines épreuves démontrent qu'il est maintenant suffisamment élevé pour que François réussisse à maintenir ces positions. L'extension ventrale (tête, épaules-tronc et jambes en extension, bras semi-fléchis) est un critère déterminant pour l'évaluation du tonus. François maintient cette position 14 secondes, avec un gros effort il est vrai, la norme étant autour de 20 secondes à 5 ans. La flexion dorsale (jambes fléchies sur le ventre, tronc et tête fléchis, mains croisées sur les épaules opposées) est encore difficile: 6 secondes. Au début du traitement, François était incapable de prendre ces deux positions; ses dernières

prestations sont cependant encore insuffisantes. Dans l'épreuve de Schilder, il tient 20 secondes debout, les yeux fermés, les bras étendus sans bouger, alors qu'auparavant, il laissait tomber ses bras après dix secondes.

Les réactions d'équilibre: François tient sur un pied, les yeux ouverts durant 3 secondes à gauche et 7 secondes à droite; les yeux fermés durant 2 secondes à gauche et 3 secondes à droite. C'est encore un peu en dessous de la norme (SCSIT), mais il ne tenait pas une seconde il y a un an. François marche sur une ligne un pied devant l'autre sans difficulté. Les réactions d'équilibre assis, à genoux et à quatre pattes sont normales.

Les dissociations: la dissociation entre la tête et le tronc est encore insuffisante, car lorsque la thérapeute tourne la tête sur le côté, le corps a encore tendance à suivre le mouvement. Lorsqu'il suit un mobile des yeux, ce n'est qu'en se concentrant particulièrement que François réussit à ne pas tourner la tête en même temps que les yeux.

L'axe corporel: la coordination des deux hémicorps est plus claire: François utilise presque toujours la main droite pour les activités fines, même dans l'hémichamp gauche. Ainsi, il peut tracer une ligne avec la main droite sur toute la largeur du tableau noir, alors qu'auparavant, il traçait la partie gauche jusqu'au milieu avec la main gauche, puis changeait de main ou inversement. Dans les tests SCSIT (fig. 11), on note une nette amélioration de la coordination motrice bilatérale qui passe de - 0,9 à + 1,9. Le test de croisement de la ligne médiane par les membres supérieurs reste dans la norme passant de - 0,7 à - 0,2; par contre, l'épreuve de poursuite oculaire (Fig. 10) montre qu'il subsiste une difficulté à croiser la ligne médiane. Il s'agit là d'un indice caractéristique que l'axe corporel n'est pas encore tout à fait construit.

La stabilité posturale: le fait que François soit capable de rester durant 10 tours sur la planche tournante démontre l'évolution de sa stabilité posturale. Cette stabilité se manifeste par ailleurs avec les engins sur lesquels François arrive maintenant à se tenir sans tomber, même lors d'accélération rapides. Il lui est cependant encore difficile de rester assis tranquillement durant plus de dix minutes; après cette période, il commence à s'agiter, à chercher des appuis pour sa tête et son tronc et à de la peine à se concentrer sur ce qu'il fait.

François se *fatigue* vite et l'effort qu'il poursuit se lit encore trop souvent sur son visage par une crispation de sa bouche ouverte.

En mettant en relation l'ensemble de ces résultats et, en particulier, ceux du test du nystagmus postrotatoire et des réactions d'équilibre, nous pouvons relever les liens qui existent entre un système vestibulaire hypoactif

et un tonus bas, ce dernier contribuant à abaisser la qualité des informations proprioceptives; ces déficits au niveau sensoriel se traduisent entre autres sur le plan moteur par des réactions d'équilibre et des ajustement posturaux inadéquats.

12.6.3 Évolution de François dans sa vie quotidienne

Nous avons fait l'hypothèse qu'en améliorant les capacités de perception somatosensorielle et de motricité globale de François, celui-ci surmonterait les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne. Voyons maintenant cette évolution.

Évolution du comportement de François

La fréquence et l'ampleur des crises de rage a progressivement diminué. Cette diminution s'est produite de manière irrégulière, les crises étant plus nombreuses après les vacances. Au moment de l'évaluation finale, François n'a pas eu de crise depuis deux mois alors qu'un an auparavant, il en avait encore 4 à 5 par semaine. Il demeure un enfant emporté; il se fâche encore très vite lorsqu'il est contrarié, lorsqu'il perd au jeu ou doit attendre son tour, mais n'oublions pas qu'il n'a que 5 ans et demi. Selon sa mère, ses colères sont tout à fait supportables; elles ne sont pas plus violentes que celles de sa sœur.

Ses parents constatent que François exprime ses sentiments de manière plus riche et différenciée. Il y a un an, il ne manifestait ses sentiments que par ses crises, des pleurs et une expression insatisfaite; depuis quelques mois, il exprime aussi son plaisir et son affection; il dit qu'il est content, il manifeste ses intentions. Sa mère l'a entendu, à plusieurs reprises, rire aux éclats, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant.

L'institutrice remarque qu'il paraît mieux dans sa peau; il a plus d'assurance et ose montrer ce qu'il sait en classe.

La mère de François va bien. Elle est satisfaite de l'évolution de son fils et consciente du rôle qu'elle a joué. Elle constate qu'elle a autant de plaisir avec son fils qu'avec sa fille. Elle apprécie la fantaisie, la sensibilité et la tendresse de François et considère que les problèmes qu'il pose aujourd'hui sont dans la norme de ceux des enfants de son âge.

Évolution des déplacements

François monte et descend les escaliers un pied par marche; il saute deux à trois marches; il court de façon mature et coordonnée, sans trébucher, alors qu'auparavant il tombait fréquemment et donnait l'impression de

courir après son centre de gravité. Il peut descendre la rampe en courant et s'arrêter en sautant dans un cerceau sans tomber. Ce n'est que lors d'activités stressantes telles que se balancer debout sur un gros ballon, qu'on observe une extension de sa jambe gauche et une tendance à perdre l'équilibre.

Évolution du jeu

Selon l'institutrice et la mère, François joue comme les autres enfants, il semble même qu'il soit plus habile que sa sœur dans les bricolages.

Les observations cliniques montrent que les mouvements rapides de pro-supination (diadochokinésie) sont encore difficiles. La pince (opposition du pouce aux doigts) est bonne. Les doigts sont encore un peu mous et ils manquent de force pour manipuler des pinces à linge, par exemple, ou pour imprimer avec le bout de ses doigts. Il n'a pas encore commencé l'apprentissage de l'écriture, mais il peut maintenant tenir son crayon sans guide-doigt.

L'hyperactivité

François a plus confiance en lui, il exprime donc avec plus de vigueur ses désirs et ses déplaisirs. Il n'est pas toujours facile pour la thérapeute de distinguer entre les initiatives qui viennent de lui et celles qui sont dues à des distractions provoquées par des stimuli extérieurs. Il nous semble que François s'excite toujours assez rapidement lorsqu'une activité lui plaît, mais cette excitation le déconcentre moins vite et l'empêche moins souvent de terminer l'activité. C'est également ce que la mère observe à la maison.

Son seuil de tolérance aux stimulations visuelles et auditives s'est élevé, mais il conserve une tendance à l'hyperactivité.

Les troubles de langage

Nous n'avons pas posé les troubles du langage comme problème, car ceux-ci concernent plutôt la logopédie que l'ergothérapie. Nous avons cependant estimé que le traitement risquait d'agir sur ces troubles. J. Ayres formule en effet l'hypothèse que les informations somesthésiques stimulent le développement du langage et de la perception auditive. En outre, l'augmentation générale du tonus et l'amélioration de la motricité a probablement des répercussions sur la qualité de l'articulation. Nous avons pu constater que François articulait nettement mieux et s'énervait moins vite lorsqu'il parlait. Après deux consultations logopédiques, l'idée d'un tel traitement a été abandonnée au vu des progrès réalisés.

12.6.4 La poursuite du traitement

L'évaluation sommative montre que le traitement mis en place pour François a, dans une large mesure, permis de réaliser les objectifs posés au début de la démarche. Il reste, cependant, un certain travail à accomplir afin que l'enfant puisse commencer l'école primaire dans les meilleures conditions possibles.

François devrait encore affiner sa motricité globale.

Sa "potentialité corporelle"¹ est encore insuffisamment élaborée. De Quiros et Schragger (1979), auxquels J. Ayres se réfère fréquemment, montrent que sur le plan neurologique, nous reconnaissons, dans chaque activité motrice, un niveau d'action bas, intermédiaire et supérieur. Les niveaux bas et intermédiaire permettent le maintien de la position et du tonus qui dans la petite enfance permettent l'activité motrice et, plus tard, facilitent tous les processus d'apprentissage que nécessitent les actions mentales. Si la position n'est pas suffisamment maintenue à ces niveaux, le niveau supérieur doit alors intervenir. Lorsque les niveaux supérieurs sont forcés d'entrer en action pour maintenir les postures, les possibilités d'apprentissage diminuent, que ce soit sur le plan des activités motrices intentionnelles ou des actions mentales. Il est évident que, afin de pouvoir se consacrer aux activités proprement humaines, le cortex transfère beaucoup de ses responsabilités motrices initiales aux niveaux automatiques sous-corticaux.

Si nous voulons que le cerveau de l'enfant soit disponible pour les apprentissages qui lui seront proposés à l'école, il nous paraît indispensable de continuer à développer son système postural. Il s'agira dès lors:

- de continuer à développer des réactions d'équilibre plus subtiles à quatre pattes et debout: par exemple sur le pneu-bateau où François a encore de la peine à doser finement ses mouvements et où cette surface instable entraîne un peu de spasticité dans le membre inférieur gauche;
- d'insister encore sur la construction de l'axe corporel. Les schèmes de base du développement sur lesquels le traitement a mis l'accent jusqu'à présent et que François commence à maîtriser améliorent automatiquement la coordination des deux côtés du corps. Il s'agit maintenant de lui proposer des activités qui vont encore favoriser l'intégration interhémisphérique. Ces activités comporteront des croisements de la ligne médiane à tous les niveaux: yeux, mains et pieds, et des coordinations bilatérales des mains et des pieds;

¹ Capacité d'exclure de la conscience les apparences du corps afin d'introduire les apprentissages humains (De Quiros, Schragger, 1979, p. 28).

- de continuer à travailler les cocontractions, les dissociations et la poursuite oculaire; en effet, la normalisation des mécanismes posturaux favorise le contrôle des mouvements oculaires (J. Ayres, 1974).

L'action sur le plan moteur ne peut se dissocier de celle qui s'effectue sur le plan sensori-intégratif: la durée insuffisante du nystagmus postrotatoire, les difficultés à percevoir la proprioception, un tonus musculaire encore bas et une poursuite oculaire qui s'arrête au passage de la ligne médiane indiquent que les informations vestibulaires sont encore insuffisamment modulées et qu'il faut continuer à les favoriser.

François a pris confiance en lui, mais il y a encore du travail à accomplir sur ce plan-là également. Il a toujours besoin d'être beaucoup valorisé et confirmé dans ses compétences. Quant à la tolérance à la frustration, il est probable qu'il fera encore des crises de rage de temps à autre et il faudra, alors, encourager la mère à aider son fils par des réactions adéquates.

Nous proposons de poursuivre le traitement en appliquant les principes et les techniques évoqués plus haut et en étant particulièrement attentive à la qualité et à la précision des actions de François. Lorsqu'une thérapeute élève progressivement le niveau des actions proposées ou lorsque l'enfant vit des situations particulièrement stressantes, telles qu'un déménagement ou le début de la scolarité, il s'agira de tenir compte de la nécessité de revenir à un niveau de fonctionnement plus primitif.

“Lorsqu'un système nerveux a eu l'habitude de fonctionner d'une certaine manière et qu'on l'incite à adopter une organisation plus mature, il aura parfois tendance à retrouver son organisation primitive. Cette tendance exige que la thérapeute évalue périodiquement le statut des réflexes primitifs de posture, des réactions de redressement et d'équilibre. Si cela s'avère nécessaire, elle réintroduira plus d'activités de base” (Ayres, 1972, p. 161).

12.7 Conclusion

L'étude du cas de François visait à illustrer une démarche ergothérapeutique et à contribuer à la reconnaissance de l'approche sensori-intégrative de J. Ayres comme une composante importante de l'ergothérapie, permettant d'identifier, de comprendre et de résoudre certains des problèmes posés par un enfant souffrant d'une dysfonction cérébrale minime. Il s'agit là d'un point de vue; il est bien évident qu'il existe d'autres manières d'envisager de tels problèmes.

L'originalité de l'ergothérapie réside dans le fait que l'évaluation, comme le traitement, sont toujours centrés sur l'action de l'enfant. Que les problèmes de l'enfant soient d'ordre sensoriel, socio-affectif, cognitif ou moteur, les ergothérapeutes les abordent d'une manière très concrète à travers l'activité et le jeu. Cette approche est accessible aussi bien à l'enfant qu'aux parents. Les uns et les autres la comprennent relativement facilement et ils peuvent très vite développer leurs propres moyens d'agir, à la maison, sur les difficultés présentes. Nous avons vu l'importance de la participation de la mère de François; un tel investissement n'est ni nécessaire, ni possible dans toutes les situations. Dans le cas de François, la mère et l'enfant en ont largement bénéficié. L'implication familiale produit souvent une plus grande mobilité et une meilleure acceptation de l'enfant.

L'ergothérapeute dispose de toute une gamme de moyens pour réaliser ses objectifs de traitement à travers les activités. Celle de François a opté pour le modèle de pratique de Jean Ayres et en a conjugué les principes et les techniques à ceux de l'ergothérapie.

Étant donné la pathologie de François, cette présentation a privilégié les aspects théoriques et pratiques liés au système vestibulaire, par ailleurs toujours important dans la méthode J. Ayres. Nous avons volontairement laissé de côté tous les aspects concernant les dyspraxies, les problèmes de défense tactile ou les troubles spatiaux. Cette présentation n'illustre donc qu'une partie de l'approche; par contre, la mise en œuvre du traitement donne une bonne idée des moyens à disposition.

Nous tenons toutefois à souligner qu'il serait simpliste d'étudier les systèmes sensoriels et les réponses motrices de manière isolée. "Nous devons commencer à considérer et à étudier les interactions complexes qui caractérisent les processus sensoriels et moteurs de l'homme. Il faut prendre en compte la flexibilité dynamique de l'intégration sensorielle qui peut aussi dépendre du contexte environnemental et de la tâche". (Montgomery, in Ottenbacher, 1984).

Quant au processus de l'ergothérapie, l'aspect linéaire de cette présentation ne correspond pas à la réalité de la démarche. Dans la pratique, celle-ci est beaucoup plus circulaire, les étapes s'imbriquent les unes dans les autres.

Nous avons présenté l'évolution de François durant les treize mois qu'a duré cette prise en charge. L'évaluation sommative du traitement montre que les graves problèmes de comportement qui ont conduit le pédiatre à ordonner un traitement d'ergothérapie ont été, en grande partie, résolus et

que les parents considèrent les difficultés qui subsistent comme étant tout à fait acceptables.

Nous avons montré dans cette étude pourquoi et comment le traitement a contribué au développement favorable de l'enfant. Comme il n'y a pas eu d'autre intervention durant cette période, puisque le projet d'un traitement de logopédie a été abandonné au vu des progrès réalisés, nous avons pu démontrer, par les résultats obtenus, l'efficacité des méthodes utilisées. Il est cependant difficile de déterminer avec précision quels facteurs ont réellement joué un rôle dans l'évolution de François; ceux-ci sont nombreux et complexes et ils dépassent largement le cadre de l'ergothérapie. Nous pouvons toutefois constater les changements et tout mettre en œuvre avec l'entourage de François pour que celui-ci dispose des conditions nécessaires à réaliser ses riches potentialités.

Chapitre 13

SOUS LE VOILE DE L'ACTION

Pilar Bravo-Bueno, ergothérapeute, Office médico-pédagogique,
Neuchâtel.

Si tant est que l'ergothérapie utilise l'action comme moyen, comme outil privilégié dans sa rencontre avec le patient, l'action est également au centre de bien des confusions.

En effet, qu'est-ce que l'action, qu'est-ce que la vie quotidienne, qu'est-ce que le développement de la personne? Autant de thèmes dans lesquels se débat l'ergothérapeute.

Etre spécialiste de l'action, spécialiste de l'accès à l'indépendance dans la vie quotidienne et, par conséquent, à l'indépendance de la personne, auprès d'enfants handicapés ou d'enfants qui quelque part font l'objet d'une classification en marge de la norme, voilà qui représente un vaste programme pour une profession! et qui peut, dans la pratique, être appliqué de milles façons diverses.

Au moment où l'ergothérapeute cherche à communiquer son savoir-faire, ses réflexions, ses questionnements, je suis heureuse de participer à ce mouvement par cette contribution au présent recueil.

Ce que j'ai à transmettre ici n'est pas du domaine du "savoir", présenté dans un joli emballage et dûment ficelé.

Je voudrais plutôt vous faire partager certains aspects du chemin que je parcours dans ma pratique de l'ergothérapie auprès d'enfants avec les questionnements qui l'accompagnent.

Les questions du parcours

Comme ce n'est pas un hasard, les questions ont rapidement commencé à tourner autour de l'action, et ce qui jusqu'ici était donné, simple, normal, ne l'a plus été du tout; l'ergothérapie est devenue pour moi une pratique-recherche dans laquelle, parfois, je me suis perdue.

L'action et la vie ne font pas deux; en ergothérapie nous sommes dans l'activation de niveaux différents et complexes, pas toujours en relation directe, avec des liens à peine existants, ou si difficiles à créer.

Et pourtant, il doit bien y avoir des liens, des passages. La convergence en est l'enfant, et son rayonnement, la société.

Nous, comme ergothérapeutes, sommes là, auprès de l'enfant, dans le cadre que le système (celui-là même qui a amené l'ergothérapie à exister) nous a donné et, qu'y faisons nous? qu'en faisons-nous?

Le cadre de travail ou la carte n'est pas le territoire

Pour entrer dans la définition du cadre, chacun pourra le faire depuis son lieu de pratique, et l'on pourra se demander, les confrontant, de quel ordre nous apparaissent les différences entre nos divers lieux de travail?

Au-delà des différences, ne trouvera-t-on pas la plupart du temps le projet commun de ces cadres: contribuer à mettre à l'index des enfants en difficulté dans notre société?

L'ergothérapie, pratique-fruit de l'idéologie médicale, et de sa sectorisation (voir "les ergothérapeutes", Dubochet et Fragnière), opère à l'intérieur d'un cadre "où on lui a trouvé une place". Et par l'outil même de l'ergothérapie et son mode d'intervention, peut-être contribue-t-elle même à la consolidation de ce cadre.

Car l'action, à la fois moyen et effet dans la relation à l'entourage, et donc base du développement, est également à considérer dans l'autre

espace qu'elle ménage dans la transmission, à savoir: le regard de l'autre et ses attentes, l'espace imaginaire et de création qu'elle comporte.

Que donnerait en effet, du point de vue de l'enfant, une situation où l'ergothérapeute engage l'enfant dans une activité, fût-elle de jeu, qui serait centrée sur l'aspect moteur et technique du geste, incapable alors de percevoir les mouvements sensibles de l'enfant dans la situation, les mouvements qui communiquent quelque chose sur ce qui se passe.

On peut aisément l'imaginer: ce serait une situation où l'enfant tout entier livré à l'action que l'adulte a sur lui, serait incapable de développer sa propre relation à la situation, à l'objet qu'il manipule, à l'action qu'il fait, à ce qui se passe.

Voilà une question qui m'a longuement interrogée. Dans mon histoire d'ergothérapeute, avant de pouvoir me questionner sur l'action que ma façon de faire pouvait avoir sur l'enfant, j'approchais l'enfant avec l'assurance de l'ergothérapeute pleine d'imagination qui met l'enfant dans des situations que j'ai prévues pour lui, et qui correspondent au traitement du symptôme.

Dans ce cadre, j'utilisais bel et bien l'activité comme moyen, mais comme moyen de mon intervention auprès de l'enfant, et non pas comme moyen de développement pour l'enfant.

Dans la première attitude, j'intervenais comme ergothérapeute, saucissonnant l'activité de l'enfant et le maintenant, par l'intermédiaire de cette activité, attaché à la difficulté qui l'a fait être petit patient.

Tandis que lorsque l'activité prend une place imprévue dans la relation qu'on établit avec l'enfant, là peut se construire l'espace que je nommerai "intermédiaire", qui permet à l'enfant de faire l'expérience non seulement de mouvements, mais de sens dans sa relation aux choses, aux situations et aux affects dans sa relation à l'adulte. Au travers de cet espace de jeu (au sens intermédiaire et imprévu) où l'enfant fait aussi l'expérience de l'autre avec lui, il émerge dans la connaissance de soi.

Se situer dans l'action

L'action est pour moi le merveilleux outil par lequel nous avons l'aval du système médical pour travailler et soutenir l'enfant dans son besoin de développement et d'interaction avec l'entourage. L'action, envisagée sous cet angle, permet à l'enfant d'exister dans son entier: non seulement dans sa réalité physique et de mouvements, mais dans toute son expression.

L'action, en ergothérapie, peut aussi être l'un des bastions du système médical qui contribue à *produire* la conscience du handicap, des difficultés, de la marginalisation; ceci si l'on ne prend pas la distance nécessaire avec le milieu qui nous a "produit".

Comment dire, dès lors, qu'il s'agit de se centrer sur les possibles? Peut-être peut-on poursuivre avec un langage sibyllin, qu'il s'agit de jouer avec *ce qui est*, mais aussi de permettre à *ce qui n'est pas* d'exister.

J'essayerai d'aborder plus loin dans cet article la cloison entre l'une et l'autre des visions et les passages possibles.

Pour l'heure, je continue à m'interroger sur l'action que l'ergothérapie peut avoir à l'intérieur du cadre trouvé pour elle à l'intérieur du système de sectorisation médicale.

J'ai évoqué tout à l'heure le propre outil de l'ergothérapie, l'action, en quelque sorte comme reproduisant le système ou créant des espaces de vie.

J'aborderai maintenant l'autre élément pendant à l'action, que l'on verra en faire partie: **le mode de prise en charge**, pour prendre une terminologie couramment utilisée.

Je m'interroge à ce sujet sur ce que transmet une prise en charge individuelle (adulte-enfant), toujours dans le cadre de l'ergothérapie. Il est bien vrai que la relation individuelle est trop souvent privilégiée au détriment du travail avec un *groupe d'enfants*.

Or, l'organisation sociale et la vie sociale de l'enfant forment une partie intégrante des lieux où l'enfant s'épanouit, où il apprend, où il peut se sentir enfant parmi des enfants, avec la complicité et le langage commun que cela comporte. Il s'agit d'ailleurs d'une forme primordiale de l'activité humaine que, dans notre société, nous avons tendance à négliger.

Si l'on considère la place que l'adulte est amené à prendre dans une relation individuelle et dans le cadre d'un groupe d'enfants, il y a dans tous les cas la relation au nombre qui ne peut pas être balayée.

Si un adulte a de la peine à reconnaître l'espace nécessaire pour que l'enfant le forme, peut-être avec un groupe d'enfants aura-t-il plus de chance d'être "secoué" dans son assurance d'adulte sûr et qui sait.

Pour que le groupe puisse être formateur pour l'adulte, mais aussi qu'il aie l'occasion de devenir contenant et organisateur pour les enfants, on y retrouve la nécessité d'y élaborer un cadre (déjà évoqué lors de la présentation sur l'action). Un cadre qui permet la construction du groupe à la fois par l'interaction entre les participants et par l'interaction avec l'extérieur.

Deux éléments essentiels au développement de l'ergothérapie

- * la conscience que l'on a de la place que nous donnons à l'action,
- * le jeu que l'on installe dans la prise en charge individuelle ou de groupe, ou au sein d'un groupe, c'est-à-dire l'espace que l'on donne à l'élaboration socio-affective de l'enfant.

A ce sujet, je formulerais l'idée que dans l'approche que l'on fait de ces éléments, nous marquons notre positionnement par rapport à l'institution. S'il est un temps précieux que l'on devrait pouvoir s'accorder au sein de l'institution et dans nos rapports de travail, c'est bien celui qui marque l'analyse de la demande, temps nécessaire au positionnement et à la formulation de la réponse.

Mais, bon Dieu, qu'il s'agit d'une étape difficile, la pression de l'entourage étant si forte vers l'assimilation!

Réflexions de conclusion

Au début de cet article, j'évoquais la place que le système médical a réservé à l'ergothérapie, puis j'invitais le lecteur ergothérapeute à se pencher sur les buts poursuivis par le milieu qui l'employait. Il n'est pas nécessaire de chercher très loin pour constater que le vent ne souffle pas du côté de l'intégration, qu'il n'y a même pas une petite brise. Peut-être faudra-t-il attendre de grosses difficultés financières pour se voir "obligés" à l'insertion. Dans un tel cas, le débat ne sera pas encore fini. Suffit-il de changer les structures pour changer les mentalités et développer des dispositifs appropriés aux nouvelles situations?

La réflexion que j'ai portée plus haut sur l'action en ergothérapie est à prendre comme une réflexion dans le sens suivant:

La situation de l'ergothérapie est sous l'emprise du médical; le danger de l'évolution dans un espace trouvé-donné est de se conformer à la demande de l'autre et par là de risquer très sûrement de restreindre sa propre action.

Quel espace de liberté suis-je capable de donner si je fonctionne contrainte?

- Pour répondre aux questions que je posais au début de ce texte, à savoir:
- qu'y faisons-nous, dans le cadre de l'ergothérapie?
 - qu'en faisons-nous, de ce cadre de l'ergothérapie?

Il nous faut passer par les questionnements qui nous permettent de nous positionner par rapport à la vision de l'ergothérapie dans l'institution, maintenir un dialogue qui génère certainement l'évolution de la vision de l'ergothérapie.

Toutefois, le plus important dans le jaillissement de l'étincelle qui amène une nouvelle conception des choses, plus qu'un gain de terrain dans la reconnaissance de l'ergothérapie, c'est la transmission de l'importance que revêt pour l'enfant d'évoluer dans un entourage qui lui permet une action interactive où il y a du mouvant, du rêve, de la poésie, un monde pour l'enfant, avec d'autres enfants.

Et qu'au sein de ce monde, même s'il s'agit d'enfants handicapés et en difficulté, l'adulte puisse garder sa place d'adulte émerveillé et toujours prêt à apprendre.

En attendant la cohabitation, si elle devait venir, permettons à l'enfant de grandir sans limite de place dans ce cadre institutionnel. Si l'on réussit à créer l'espace de l'EXISTER, les murs de l'institution ne seront plus si épais, ni la limite du dedans et du dehors... Prévert pourra venir s'y installer avec sa "page d'écriture".

(...) RÉPÉTEZ! DIT LE MAÎTRE
DEUX ET DEUX QUATRE
QUATRE ET HUIT FONT SEIZE.
MAIS VOILÀ L'OISEAU-LYRE
QUI PASSE DANS LE CIEL
L'ENFANT LE VOIT
L'ENFANT L'ENTEND
L'ENFANT L'APPELLE:
SAUVE-MOI
JOUE AVEC MOI OISEAU!
ALORS L'OISEAU DESCEND
ET JOUE AVEC L'ENFANT
(...) ET L'ENFANT A CACHÉ L'OISEAU DANS SON PUPITRE
(...) ET L'OISEAU-LYRE JOUE
ET L'ENFANT CHANTE
ET LE PROFESSEUR CRIE:
QUAND VOUS AUREZ FINI DE FAIRE LE PITRE!
MAIS TOUS LES AUTRES ENFANTS
ÉCOUTENT LA MUSIQUE
ET LES MURS DE LA CLASSE
S'ÉCROULENT TRANQUILLEMENT
ET LES VITRES REDEVIENNENT SABLE
L'ENCRE REDEVIENT EAU
LES PUPITRES REDEVIENNENT ARBRES
LA CRAIE REDEVIENT FALAISE
LE PORTE-PLUME REDEVIENT OISEAU.

Bibliographie de référence:

- D. W. Winnicott, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Editions Gallimard, 1971.
- A-N. Perret-Clermont, *Fonctionnement cognitif et relations sociales*, in R. Dinello et A-N. Perret-Clermont, *Psychopédagogie interculturelle*, Del Val, Fribourg, 1987.
- W. Doise et G. Mugny, *Le développement social de l'intelligence*, InterEditions, Paris, 1981.
- M. von Cranach, *Elements d'une théorie de l'action concrète* in MSH informations, 30 / p. 4-24/ Paris, 1979.
- F. Emiliani, A. Palmonari, Pio Ricci Bitti e Bruna Zani Dalla, *Représentation sociale al comportamento finalizzato: Studio di campo su una istituzione educativa in Mente e società nella ricerca psicologica*, atti del Convegno di Torino Gennaio 1980, Estratto Book Store, Torino.
- M. Mannoni, *La théorie comme fiction/Freud*, Groddeck, Winnicott, Lacan, *Le champ freudien*, collection dirigée par Jacques Lacan, Editions du Seuil, Paris.
- P. Bravo-Bueno, *réflexion sur l'ergothérapie en home-école pour enfants handicapés*, travail de méthodologie et de recherche présenté au séminaire de psychologie de l'Université de Neuchâtel, en mars 1989.
- P. Bravo-Bueno, *La demande dans la construction de l'espace thérapeutique*, présentation au séminaire avancé en psychologie de l'Université de Neuchâtel, janvier 1990.

Chapitre 14

PERSPECTIVES

Un modèle d'organisation des connaissances peut permettre de fixer les acquis de la profession, de susciter le débat et de procurer une base pour des développements ultérieurs. C'est là le but qu'a poursuivi cette étude en proposant un cadre cohérent aux pratiques et aux théories de l'ergothérapie avec les enfants et en présentant plusieurs aspects des unes et des autres. Nous la considérons comme un instrument de travail destiné à promouvoir les échanges et à ouvrir des pistes de réflexion et de recherche.

Parmi les théories et les pratiques de l'ergothérapie avec les enfants dont nous avons parlé, quelques-unes ont été effleurées, d'autres ont fait l'objet de développements, toutes pourraient être approfondies. Il nous paraîtrait intéressant et utile de poursuivre une réflexion sur les thèmes suivants:

- les fondements éthiques de l'ergothérapie; une étude qu'il serait souhaitable de mener en s'associant avec des professions voisines;
- la définition des concepts-clé de l'ergothérapie en général et de ceux des divers secteurs qui constituent la pratique professionnelle;

- la coordination et le développement des procédures d'évaluation de l'enfant;
- les nombreuses dimensions de la mise en œuvre du traitement qui n'ont pas été présentées ici, en particulier la dimension de l'interaction entre la thérapeute et l'enfant;
- les modèles de pratique les plus techniques, comme le modèle réhabilitatif ou le modèle biomécanique;
- les thérapies en groupe, leur intérêt pour l'enfant;
- les implications pour la pratique de l'ergothérapie du fait que la profession a son origine et qu'elle se situe dans le système médical tout en revendiquant des valeurs sociales et pédagogiques.

Nous avons relevé, dans ce travail, les valeurs et les conceptions sur lesquelles repose la méthodologie ergothérapeutique, donnant une importance particulière au rôle de l'enfant, sujet de l'ergothérapie et acteur de son développement; l'ergothérapeute est considérée comme un agent de changement centré sur l'enfant et ses compétences à agir.

Les limites et l'originalité de l'ergothérapie nous ont servi de fil conducteur; cette préoccupation est présente dans chaque chapitre. Etant conscients que l'ergothérapeute partage une partie de ses buts et de ses moyens avec d'autres intervenants, nous avons tenté de montrer où se situent les fondements de l'ergothérapie et comment les ergothérapeutes focalisent leur intervention.

L'ergothérapie fait partie d'un ensemble de mesures réhabilitatives. La profession d'ergothérapeute, quant à elle, se situe dans le cadre des systèmes socio-sanitaires, à côté d'un certain nombre d'autres professions, issues comme elle d'un processus de division du travail. La collaboration interdisciplinaire est ainsi inhérente au travail de l'ergothérapeute; tous ces professionnels cherchent aujourd'hui à se définir et à conceptualiser leurs pratiques. Les ergothérapeutes, nous le constatons ici, ne font pas exception.

On pourrait craindre que ces tentatives ne renforcent les clivages entre professionnels, or il nous semble, bien au contraire, que les praticiens qui connaissent, avec une relative précision, les possibilités et les limites de leurs interventions, seront ouverts à la discussion et confiants en leurs compétences; ceux qui, par manque de définition suffisamment claire de leur action, croient qu'ils doivent ou peuvent résoudre un maximum des problèmes de leurs clients, risquent d'avoir beaucoup plus souvent des attitudes défensives ou corporatistes.

“En se définissant, une profession négocie avec la société”¹. En cherchant à définir le projet ergothérapeutique, nous souhaitons que ce travail procure aux ergothérapeutes des moyens supplémentaires et un esprit d’ouverture, non seulement pour agir, mais aussi pour négocier leur intervention avec les autres professionnels, tout cela pour le plus grand bien de leur client: l’enfant.

¹ Mosey A.C. A Model for Occupational Therapy, New York University, 1979.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie sur l'ergothérapie

- de Ajuriaguerra J., Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1971.
- Association canadienne des ergothérapeutes, Santé et bien-être social, Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client, Ottawa, 1986.
- Association suisse des ergothérapeutes, Ergothérapie, textes du Projet Ergothérapie-Thérapie d'animation, 1978-1982, Zurich, 1982.
- Augustin A., Beschäftigungs Therapie bei Perzeptionsstörungen, Verlag modernes Lernen, Dortmund, 1977.
- Augustin A. et al., Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie im Fachbereich Pädiatrie, Verlag modernes Lernen, Dortmund, 1982.
- Banus B. et al., The Developmental Therapist, Ch. B. Slack, New Jersey, 1979.
- Bauer M., Collaboration interprofessionnelle, les modèles, leurs effets, in: Collaborations dans les professions sociales, travaux réunis par M. Gottraux, Cahiers de l'EESP, Lausanne, 1990.
- Bornicchia M., Secret de fonction, secret professionnel, in: Travail social, No 11, 1986.
- Caffari-Viallon R., Pour que les enfants jouent, Ed. EESP, Cahier No 1, 1988.
- Capra F., Le temps du changement, Rocher, Paris, 1983.

- Clark P.-N., Allen A.S., Occupational Therapy with Children, Mosby Company, Princeton, 1985.
- Clark P.N., Human Development through Occupation: Theoretical Frameworks in Contemporary Occupational Therapy Practise, Part 1 & 2, in: AJOT, Vol. 33, 1979.
- Dolto F., Tout est langage, Poche, Vertiges du Nord/Carrère, 1987.
- Dubochet M., Fragnière J.-P., Les ergothérapeutes, problèmes des professions para-médicales, Editions Delta, Vevey, 1979.
- Ferland F. et al., L'ergothérapie et l'enfant: description de la pratique québécoise, Journal canadien d'ergothérapie, Vol. 54, juin 1987.
- Fontaine France, Les objectifs d'apprentissage, Université de Montréal, Service pédagogique, 1977.
- Foulquié Paul, Dictionnaire de la langue pédagogique, PUF, Paris, 1971.
- Fragnière J.-P., Maîtriser la division du travail, Réalités sociales, Lausanne, 1984.
- Guillet M., Overnay S., Echecs et mots, travail de diplôme, Ecole d'ergothérapie, EESP, Lausanne, 1988.
- Gilfoyle E. et al., Children Adapt, Ch. Slack, New Jersey, USA, 1981.
- Hameline Daniel, Les objectifs pédagogiques, E.S.F., Paris, 1985.
- Hopkins H., Smith H., Willard and Spackman's Occupational Therapy, 7e Edition, Lippincott, Philadelphia, 1988.
- Javetz R., Katz N., Knowledgeability of Theories of Occupational Therapy Practitioners in Israël, AJOT, Oct. 1989.
- Jentschura G., Janz H., Beschäftigungstherapie, Grundlagen und Praxis, Band 2: Allgemeine Psychiatrie, Kinder und Jugend Psychiatrie, Psychotherapie, Pädagogik Pädiatrie, Thieme Verlag, Stuttgart, 1979.
- Kielhofner G., A Model of Human Occupation, Theory and Application, Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.
- Kielhofner G., Barris R., Organisation of Knowledge in Occupational Therapy: A proposal and a Survey of the Litterature, in: the Occupational Therapy Journal of Research, Vol., 6, No 2, March-April 1986.
- Kielhofner G., Burke J., Occupational Therapy after 60 years, an Account of Changing Identity and Knowledge, The American Journal of Occupational Therapy, Nov.-Déc., 1977.
- Lacroix J., L'échec, PUF, Paris, 1969.
- Mailloux Z., Sensory Integrative Approaches in occupational Therapy, The Haworth Press, New-York, 1987.

- Masson C., Les droits des patients en milieu hospitalier, Travail de diplôme, Ecole d'ergothérapie, EESP, Lausanne, 1990.
- Messiaux V., L'ergothérapie en pédiatrie, in: Travail social, No 1, ASAS, Berne, 1988.
- Meyer S., Le processus de l'ergothérapie, Cahier No 7, Editions EESP, Lausanne, 1990.
- Miller A., C'est pour ton bien; racines de la violence dans l'éducation des enfants, Aubier, Paris, 1984.
- Miske-Flemming D., Theorie zur Behandlung von Perzeptionsgestörten Kindern, Modernes Lernen, Dortmund, 1977.
- Mollo S., Construire Fabrice, Edilig, Paris, 1982.
- Mosey A. C., A Model for Occupational Therapy, Polycopié, New York University, 1979.
- Mosey A. C., Activities Therapy, Raven Press, New-York, 1973.
- Mosey A. C., Occupational Therapy, Configuration of a profession, Raven Press, New York, 1981.
- Mosthaf U., Verhaltensänderung durch eine Handlungs orientierte Bewegungsbehandlung, in: Jetter K., Schönberger F., Verhaltensänderung ab Handlungsveränderung, Huber Verlag, 1979.
- Pelbois-Pibarot J., Dynamique de l'ergothérapie, Essai conceptuel, Journal d'ergothérapie, Paris, Masson, 1978.
- Pierquin L. et al., Ergothérapie, Masson, Paris, 1980.
- Purtillo R.-B., Cassel K., Ethical Dimensions in: the Health Professions, W.-B. Saunders, Philadelphia, 1981.
- Reed K.-L., Models of Practise in: Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1984.
- Reed K.-L., Sanderson S., Concepts of Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, London, 1980.
- Reilly M., Play as Exploratory Learning, Studies of Curiosity Behaviour, Sage Publications, Beverly Hills, 1974.
- Séminaires d'ergothérapie avec les enfants, Ecole d'ergothérapie, 2ème année, Lausanne, 1989, 1990.

Bibliographie sur le modèle de pratique de Jean Ayres

- de AJURIAGUERRA J., Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 1971.
- de AJURIAGUERRA J., STAMBAK M., Désordres psychomoteurs et dyspraxie du développement, in: Handbook of Clinical Neurology, vol. 4, North Holland Publishing Company, Amsterdam, 1969.
- ANZIEU D., Le moi-peau, Dunod, Paris, 1985.
- ASSOCIATION SUISSE EN FAVEUR DES IMC, Ouvrage global sur les troubles moteurs cérébraux, ASIMC, Berne, 1988.
- AYRES Jean, Sensory Integration and the child, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, Ca 90025, 1980.
- AYRES Jean, The development of sensory integrative theory and practise, A collection of the works of J. Ayres, Kendall, Hunt, AOTA, Dubuque, IOWA, 1974.
- AYRES Jean, Southern California Postrotary Nystagmus Test-Manuel, Los Angeles, 1975.
- AYRES Jean, Interpreting the Southern California Sensory Integration Tests, Western Psychological services, Los Angeles, 1976.
- AYRES Jean, Learning disabilities and the vestibular system, Journal of learning disabilities, no 12, 1978.
- AYRES Jean, Southern California Sensory Integration Tests, Manual, Western Psychological services, Los Angeles, revised 1980.
- AYRES Jean, Sensory integration and learning disorders, Western Psychological services, Los Angeles, 1972.
- AYRES Jean, The visuo-motor function, American Journal of Occupational Therapy, no 12, 1958.
- AYRES Jean, Development of bodyscheme in children, American Journal of Occupational Therapy, no 15, 1961.
- BEAUDOIN N., WEISS, Rh., Le nystagmus, une revue des principes et des méthodes d'évaluation, Journal canadien des ergothérapeutes, vol. 51, no 1, février, 1984.
- BOBATH Berta, Anomalies des réflexes de posture dans les lésions cérébrales, Maloine SA, Paris, 1973.
- BOBATH Berta, Développement de la motricité des enfants IMC, Masson, Paris, 1986.
- BRULHART S., PELET M.-L., Le monde visuel ou l'enfant sourd et l'intégration sensorielle, Travail de diplôme, EESP, 1988.

- BULLINGER André, La vision et ses suppléances, exposé au Congrès SSOO, 1984.
- BULLINGER André, Instrumentation du système visuel déficient, Perspective psychobiologique, Conférence, Lausanne, 1984.
- CASTELLI T., GOSSIN A., RINGGER S., Le système vestibulaire, Travail de diplôme, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Ecole d'ergothérapie, Lausanne, 1983.
- DUBOCHET Michèle, Introduction à la méthode de thérapie sensori-intégrative de Jean Ayres, Journal de l'Association suisse des ergothérapeutes, Zurich, juin, 1987.
- FISHER A. et al., The validity of the clinical diagnostic of vestibular dysfunction, The Occupational Therapy Journal of research, vol. 6., no 1, 1986.
- HARRIS N.P., Duration and quality of the prone extension position on 4, 6 and 8 year old normal children, American Journal Occupational Therapy, no 35, 26-30, 1981.
- HECAEN H., JEANNEROD M., Du contrôle moteur à l'organisation du geste, Masson, Paris, 1978.
- HENDERSON A., The body senses and perceptual deficit, Library of Congress Catalog, 1973.
- HORAK et al., Fonction vestibulaire et évolution motrice d'enfants avec troubles de l'audition ou avec troubles des apprentissages et dommages moteurs, Developmental medicine and child neurology, 1988.
- MAILLOUX Eve, Sensory integrative approaches in occupational therapy, The Haworth Press, New-York, 1987.
- MASSION J., Neurophysiologie de l'apprentissage moteur, Congrès de psychomotricité, Sion, 1989.
- MEYER Sylvie, Le processus de l'ergothérapie, Editions EESP, Lausanne, 1990.
- OTTENBACHER K., Vestibular processing dysfunction in children, The Haworth Press, New-York, 1985.
- PAILLARD Jacques, Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace, Cahiers de psychologie, 14, 1971.
- PARKER D., Oreille interne et équilibre, Pour la Science, no 39, janvier, 1981.
- POLATAJKO Hélène, A critical look of vestibular dysfunction in learning disabled children, in: Developmental medicine and child neurology, p. 283-292, 1985.

- SCHRAGER O., DE QUIROS J., Neuropsychological fundamentals in learning disabilities, California, 1979.
- SPERRY Rosemary, SPERRY Schaukel, Equipement de suspension, In-selspital, Berne, 1984.
- TOROK N., Vestibular findings in cerebralpalsy, annals of otology, rhinology and laryngology, no 71, 1962.
- WEISS-LAMBROU Rhoda et al., Montreal normative data for the Southern California postrotary nystagmus test, CJOT, vol. 55, no 4, octobre 1988.
- WEEKS Z., Effects of the vestibular system on human development, AJOT, vol. 33, June, 1979.