

Volume 2, Issue 1, 2024

French Journal of Occupational Therapy



Revue de littérature / Literature Review

Les interventions favorisant la santé mentale des enfants ayant un trouble développemental de la coordination : étude de la portée

1

Emmanuelle Jasmin, Florence Baillargeon, Shany Brouillette, Sara Côté, Anne-Julie Fontaine, Marie-Ève Lefebvre, Anne-Gaëlle Létourneau

Article Original / Original Article

Rôle des croyances (mindsets) relatives à la participation aux Activités de la vie quotidienne sur l'engagement de patients inclus dans un programme de réadaptation en ergothérapie : une étude exploratoire

15

Simon Léger, Stéphane Mandigout, Iouri Bernache-Assollant

« Moi et les autres » : Intérêt, limites et perspectives d'un outil pédiatrique d'autodétermination des objectifs autour des habiletés sociales

31

Clémence Orain

Les interventions favorisant la santé mentale des enfants ayant un trouble développemental de la coordination : étude de la portée

Emmanuelle Jasmin, erg., PhD¹, **Florence Baillargeon**, erg., M.OT², **Shany Brouillette**, erg., M.OT², **Sara Côté**, erg., M.OT², **Anne-Julie Fontaine**, erg., M.OT², **Marie-Ève Lefebvre**, erg., M.OT² et **Anne-Gaëlle Létourneau**, erg., M.OT²

¹ Professeure à l'École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

² Étudiantes à la maîtrise en ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Reçu : 14.02.2024

Accepté : 6.05.2024

DOI : 10.60856/fjot-2024-2-1-0022

Autrice correspondante : Emmanuelle Jasmin, emmanuelle.jasmin@usherbrooke.ca

Résumé

Les enfants présentant un trouble développemental de la coordination (TDC) sont plus susceptibles que leurs pairs avec un développement typique de présenter des problèmes de santé mentale. Cependant, les interventions tendent à se concentrer sur leurs habiletés motrices, négligeant leurs besoins psychosociaux. Pour mieux y répondre, une étude de la portée a été effectuée pour documenter les interventions probantes qui favorisent leur santé mentale. Quatre banques de données ont été consultées. Pour être sélectionnés, les articles devaient être publiés à partir de 2010, en anglais ou en français, impliquer des participants âgés de 5 à 18 ans avec un diagnostic ou une hypothèse diagnostique de TDC et présenter une intervention avec des mesures ou des résultats reliés à la santé mentale. Quinze articles ont été choisis et analysés. Les interventions avec des effets positifs sur la santé mentale comprenaient l'approche CO-OP en groupe, des programmes d'habiletés motrices, l'équitation thérapeutique, les jeux vidéo actifs et un module en ligne pour les parents. Des effets significatifs ont été notés concernant la satisfaction du rendement occupationnel, le fonctionnement émotionnel, comportemental, social et cognitif, ainsi que la diminution des symptômes de dépression et des problèmes de sommeil. Des recommandations sont discutées en s'appuyant sur les résultats, de même que sur la théorie de l'autodétermination, l'approche *Every Moment Counts* et des facteurs de protection.

Mots-clés

Trouble développemental de la coordination, Santé mentale, Interventions, Ergothérapie.

Introduction

Le trouble développemental de la coordination (TDC) est une condition neurodéveloppementale qui touche environ 5 à 6 % des enfants (American Psychiatric Association [APA] *et al.*, 2015). Malgré sa prévalence relativement élevée, cette condition de santé serait une des moins comprise et reconnue dans les milieux de la santé et de l'éducation (Pimenta *et al.*, 2023). Dès lors, il convient, dans un premier temps, de bien définir les besoins de cette population.

Le TDC se caractérise par la présence des difficultés de coordination motrice affectant de manière significative et persistante la réalisation des soins personnels, ainsi que des activités scolaires, préprofessionnelles, professionnelles, ludiques ou récréatives (APA *et al.*, 2015). Les difficultés de coordination motrice se manifestent par de la maladresse, de la lenteur ou de l'imprécision lors de l'exécution de mouvements ou de gestes par la personne, tel qu'attendu pour son âge, et ce, malgré ses opportunités d'apprentissage. Elles s'observent, entre autres, durant la manipulation d'objets, l'utilisation d'outils, l'écriture manuelle, les déplacements ou les activités physiques ou sportives. Pour établir un diagnostic de TDC, ces difficultés doivent apparaître durant l'enfance et ne pas s'expliquer par une déficience intellectuelle, une déficience visuelle ou un trouble neuromoteur, comme la paralysie cérébrale (APA *et al.*, 2015). Toutefois, cette condition de santé est souvent associée à d'autres diagnostics, en particulier le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Blank *et al.*, 2019). Les difficultés d'apprentissage et le trouble développemental du langage sont aussi des comorbidités fréquentes (Zwicker *et al.*, 2013).

Au-delà de la sphère motrice ou physique, le TDC entraîne généralement des conséquences négatives sur les sphères émotionnelle, psychologique et sociale, réduisant la qualité de vie (Karras *et al.*, 2019 ; Pimenta *et al.*, 2023 ; Zwicker *et al.*, 2013). Les enfants présentant un TDC éprouvent fréquemment de la frustration, une estime de soi diminuée, des symptômes d'anxiété ou de dépression et de l'isolement social (Missiuna

et al., 2014 ; Pimenta *et al.*, 2023). Ils sont plus susceptibles que leurs pairs avec un développement typique de présenter des problèmes de santé mentale, internalisés ou externalisés (Pimenta *et al.*, 2023). Ce risque est accru chez ceux qui présentent à la fois un TDC et un TDA/H (Karras *et al.*, 2019 ; Pimenta *et al.*, 2023). Ces enfants courent aussi davantage le risque de subir du rejet et de l'intimidation de la part de leurs pairs, ce qui nuit à leur bien-être psychosocial (Karras *et al.*, 2019). À l'âge adulte, les impacts négatifs associés au TDC touchent davantage les sphères psychologique et sociale que physique ou motrice (Engel-Yeger, 2020). Par ailleurs, les parents d'enfants ayant un TDC ressentent généralement un stress élevé, surtout en présence d'un problème de comportement, ce qui peut affecter les relations et le bien-être de la famille (Jijon *et al.*, 2020). Considérant cela, il importe de s'attarder sur la santé mentale des enfants ayant un TDC, et ce, dès le début du suivi.

De manière générale, la santé mentale renvoie à un état de bien-être émotionnel, psychologique et social et est associée à la satisfaction à l'égard de la vie ou de domaines de vie (Doré & Caron, 2017). Selon la théorie de l'autodétermination, validée scientifiquement et dans différentes cultures, la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, c'est-à-dire les sentiments d'autonomie, de compétence et d'appartenance, stimule la motivation autonome, soit la motivation intrinsèque (plaisir, intérêt) ou la motivation identifiée (valeur, importance) et, de ce fait, contribue au bien-être psychologique et au fonctionnement optimal (Paquet & Vallerand, 2016). La santé mentale peut également s'observer à travers les habiletés cognitives, émotionnelles ou comportementales de la personne en relation avec son fonctionnement personnel ou social (APA *et al.*, 2015). En ergothérapie, la santé mentale des enfants peut être favorisée par le biais d'activités importantes et significatives pour eux ou leur entourage, ce qui contribue à accroître leur bien-être, leur motivation et leur engagement (Bazyk, 2011). De plus, les interventions qui ciblent, entre autres, l'autorégulation, le bien-être psychologique, les comportements et la socialisation des enfants s'inscrivent dans une perspective de santé mentale

(Jasmin *et al.*, 2023). Ces interventions peuvent aussi viser d'autres aspects liés à santé mentale, comme le plaisir, l'anxiété, le stress ou l'estime de soi (Jasmin *et al.*, 2023).

En revanche, les interventions probantes destinées aux enfants ayant un TDC tendent à se focaliser sur l'amélioration de leurs habiletés motrices (Karras *et al.*, 2019). Pourtant, la santé mentale est un prédicteur important d'une vie satisfaisante chez les jeunes adultes ayant un TDC (Tal-Saban, 2014). Une attention particulière devrait donc être prêté également à leurs besoins psychosociaux afin d'y répondre adéquatement et d'améliorer leur qualité de vie (Karras *et al.*, 2019 ; Engel-Yeger, 2020 ; Li *et al.*, 2018). En fait, il est recommandé de proposer des interventions holistiques ou interdisciplinaires de manière à prendre en compte l'ensemble de leurs besoins (Engel-Yeger, 2020 ; Karras *et al.*, 2019). D'ailleurs, ces derniers gagneraient aussi à être abordés selon un point de vue écosystémique, afin d'obtenir une compréhension globale, cohérente et intégrée de ceux-ci (Jasmin *et al.*, 2014).

Étant donné la contribution de l'ergothérapie en santé globale, sa vision holistique, ainsi que ses approches systémique et collaborative (Association des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORE], Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie [ACPUE] & Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2021 ; ACE, 2012), cette profession est bien placée pour exercer un leadership dans la réponse aux besoins des enfants ayant un TDC. D'ailleurs, les ergothérapeutes sont fréquemment appelés à intervenir avec cette population (Breton & Léger, 2018 ; Missiuna *et al.*, 2008). En plus, une des interventions les plus probantes et recommandées pour cette population est l'approche ergothérapique *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance* (CO-OP ; Polatajko & Cantin, 2005 ; Whitters *et al.*, 2017). Cette intervention cible principalement l'acquisition de stratégies cognitives et d'habiletés motrices et fonctionnelles (Polatajko *et al.*, 2017). Cependant, comme mentionné précédemment, les enfants ayant un TDC peuvent également nécessiter des interventions axées sur leurs besoins psychosociaux

(Karras *et al.*, 2019 ; Engel-Yeger, 2020). Afin d'outiller les ergothérapeutes en ce sens, il est donc pertinent de relever, à la lumière des écrits scientifiques, les interventions ayant démontré des effets positifs sur la santé mentale des enfants ayant un TDC.

Cet article présente une synthèse des connaissances sur les interventions favorisant la santé mentale des enfants ayant un TDC.

Méthodologie

Cette synthèse de connaissances a été réalisée dans le but de dégager des recommandations pour mieux répondre aux besoins psychosociaux des enfants ayant un TDC, en particulier lors de suivis en ergothérapie. Puisque les connaissances dans ce domaine de recherche sont en émergence, une étude de la portée (*scoping review*) a été choisie comme méthode de recension des écrits (Arksey & O'Malley, 2005 ; Levac *et al.*, 2010 ; Tétreault & Blais-Michaud, 2014). Cette méthode comprend cinq à six étapes – la sixième étant facultative – et permet d'obtenir une vision globale d'un sujet particulier à partir des écrits actuels (Arksey & O'Malley, 2005 ; Levac *et al.*, 2010 ; Tétreault & Blais-Michaud, 2014). Dans le cadre de la présente étude de la portée, les six étapes ont été effectuées par une équipe de six apprenties chercheuses en ergothérapie, sous la direction d'une professeure en ergothérapie et chercheuse en enfance/jeunesse (directrice de recherche : Emmanuelle Jasmin).

À la première étape, la question de recherche suivante a été formulée : quelles interventions ont démontré des effets positifs sur la santé mentale des enfants ayant un TDC ? Deux sous-questions en ont découlé : 1) quelles sont les caractéristiques de ces interventions ? 2) quels sont les types d'effet de ces interventions ?

À la deuxième étape, des mots-clés ont été identifiés pour recenser des articles sur la population à l'étude avec des interventions et des effets reliés à la santé mentale (voir Tableau 1). Une recherche documentaire a été réalisée en février 2023 avec le moteur de recherche EBSCOhost dans

les banques de données MEDLINE with Full Text, APA PsycInfo, CINAHL Plus with Full Text et Academic Search Complete. Au total, 354 articles en

sont ressortis et, après le retrait des doublons, 183 articles ont été retenus.

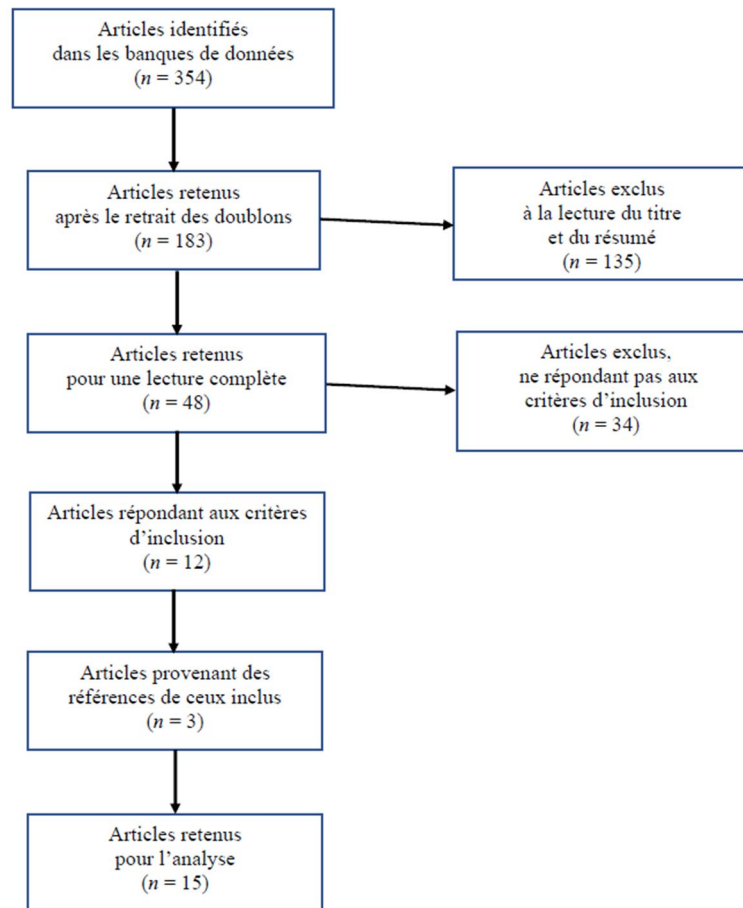
Tableau 1 : Mots-clés de la recherche documentaire

Catégories	Mots-clés
Population	child, children, kid(s), adolescent(s), teen(s), teenager(s), youth, juvenile(s), young(er) people, young(er) adult(s), pediatric*, student(s), developmental coordination disorder(s), dysprax*, DCD, motor skills disorder(s)
Interventions	therap*, service(s), support(s), intervention(s), recommendation(s), treatment(s), rehabilitation(s), counseling(s), counselling(s)
Effets reliés à la santé mentale	mental health, psychological health, well-being, wellbeing, anxiet*, stress, stressful(ness), depress*, self-confidence, self-esteem, empowerment, self-determination

À la troisième étape, des critères d'inclusion ont été déterminés pour sélectionner les articles pertinents. Pour être inclus, les articles devaient : 1) être issus d'une revue scientifique et présenter des résultats de recherche ; 2) être publiés entre 2010 et janvier 2023 ; 3) être rédigés en anglais ou en français ; 4) inclure minimalement des participants, âgés entre 5 à 18 ans, présentant un diagnostic ou une hypothèse diagnostique de TDC ou une condition considérée comme synonyme ou similaire (ex. : dyspraxie, difficultés de coordination motrice) ; 5) présenter une intervention avec des mesures ou des résultats sur au moins un aspect de la santé mentale. À cette étape, les six apprenties

chercheuses ont lu tous les titres et les résumés des 183 articles afin d'identifier ceux répondant aux critères d'inclusion. À la suite de cette lecture, 48 articles se sont révélés pertinents. Ensuite, chaque apprentie chercheuse a lu au complet 8 articles. Après discussion entre les apprenties chercheuses et la directrice de recherche, il a été jugé que 12 articles répondaient aux critères d'inclusion. En consultant les références de ces articles, trois autres ont été considérés comme pertinents, puisqu'ils répondaient aux critères d'inclusion. Ainsi, au total, 15 articles ont été retenus (voir Figure 1).

Figure 1 : Processus de sélection des articles



À la quatrième étape, l'information provenant des articles a été extraite et catégorisée dans un document Excel, soit la grille d'extraction des données. Cette dernière a été développée en s'inspirant de grilles d'extraction utilisées dans le cadre d'études de la portée (Pollock *et al.*, 2023), afin de répondre à la question et aux sous-questions de recherche. Les catégories de la grille d'extraction incluaient : 1) le type d'article ou d'étude (étude mixte, étude quantitative, étude longitudinale, revue systématique, synthèse des écrits) ; 2) le ou les pays de provenance de la rédaction ; 3) le but de l'article ou de l'étude ; 4) les caractéristiques des participants (diagnostic, âge) ; 5) les caractéristiques des interventions (approche, méthode, activité, lieu, fréquence, durée) ; 6) les effets documentés ; 7) les limites de l'article ou de l'étude ; 8) les implications pour la pratique. La grille d'extraction a été remplie individuellement par les

apprenties chercheuses, puis validée par la directrice de recherche.

À la cinquième étape, l'information quantitative du document Excel a été analysée par le biais de statistiques descriptives. Quant à l'information qualitative, elle a été analysée par analyse thématique. Les effets considérés comme statistiquement significatifs ont également été relevés.

Enfin, la sixième étape a permis de valider les résultats obtenus. Dans un premier temps, ils ont été discutés en équipe de recherche. Ensuite, à la fin mai 2023, ils ont été présentés à une ergothérapeute exerçant auprès d'enfants ayant un TDC pour vérifier leur applicabilité dans la pratique, ce qui a renforcé la validité externe de l'étude de la portée.

Résultats

Parmi les 15 articles analysés (voir Tableau 2), on comptait sept études mixtes, cinq études quantitatives, deux synthèses des écrits et une revue systématique. Les auteurs des articles

venaient de l'Australie ($n = 4$), du Canada ($n = 4$), de Hong Kong ($n = 2$), de l'Irlande ($n = 2$), du Royaume-Uni ($n = 1$), des États-Unis ($n = 1$), de l'Italie ($n = 1$), des Pays-Bas ($n = 1$) et de Nouvelle-Zélande ($n = 1$). Certains articles impliquaient également des collaborations internationales.

Tableau 2 : Synthèse des articles analysés

Références	Types d'article ou d'étude	Pays de provenance	Participants	Interventions
Anderson <i>et al.</i> (2017)	Synthèse des écrits	Australie	Enfants de 5 à 12 ans ayant un TDC	Approche CO-OP en groupe
Anderson <i>et al.</i> (2018)	Étude mixte	Australie et Canada	4 enfants de 7 à 9 ans ayant des difficultés de coordination motrice et leur mère	Approche CO-OP en groupe
Caçola <i>et al.</i> (2016)	Étude mixte	États-Unis	24 enfants de 7 à 12 ans ayant un TDC	Programme d'habiletés motrices : Entraînement des habiletés selon une approche orientée vers les objectifs en petit groupe, en comparaison à des activités axées sur la tâche en grand groupe)
Camden <i>et al.</i> (2016)	Étude mixte	Canada	81 parents d'enfants ayant un TDC (post-intervention)	Module en ligne pour les parents
Hammond <i>et al.</i> (2014)	Étude mixte	Angleterre	18 enfants de 7 à 10 ans ayant un TDC ou des difficultés de mouvement	Jeux vidéo actifs : <i>Wii Fit</i> , en comparaison au programme <i>Jump Ahead</i>
Hession <i>et al.</i> (2014)	Étude mixte	Irlande	40 enfants de 6 à 15 ans ayant une dyspraxie	Équitation thérapeutique, combinée à la perception audiovisuelle du mouvement du cheval
Hession <i>et al.</i> (2019)	Étude mixte	Irlande	83 enfants de 6 à 14 ans ayant un TDC	Équitation thérapeutique, en comparaison à la perception audiovisuelle du mouvement du cheval et à un groupe sans intervention
Maresca <i>et al.</i> (2022)	Synthèse des écrits	Italie	Enfants ayant un trouble neurodéveloppemental, dont un TDC	Équitation thérapeutique (hippothérapie)
Milajerdi <i>et al.</i> (2023)	Revue systématique	Iran et Canada	242 enfants et jeunes de 3 à 19 ans ayant des incapacités, dont 18 de 7 à 10 ans ayant un TDC (voir Hammond <i>et al.</i> , 2014)	Jeux vidéo actifs : <i>Wii Fit</i> , en comparaison au programme <i>Jump Ahead</i>
Morgan-Jones <i>et al.</i> (2019)	Étude quantitative	Royaume-Uni	10 enfants de 8 à 11 ans ayant un TDC	<i>Fascia Bowen therapy</i>
Noordstar <i>et al.</i> (2017)	Étude quantitative	Pays-Bas	30 enfants de 7 à 10 ans ayant un TDC, dont 20 dans le groupe d'intervention et 10 dans le groupe témoin	Programme d'habiletés motrices : Compétence perçue intégrée à une intervention motrice, en comparaison à l'intervention motrice régulière
Sit <i>et al.</i> (2019)	Étude quantitative	Hong Kong et Nouvelle-Zélande	131 enfants de 6 à 10 ans, dont 69 ayant un TDC	Programme d'habiletés motrices : Entraînement axé sur les mouvements fondamentaux, en comparaison à des cours d'éducation physique réguliers
Thornton <i>et al.</i> (2015)	Étude quantitative	Australie	20 enfants de 8 à 10 ans ayant un TDC, dont 10 dans le groupe d'intervention et 10 dans le groupe témoin	Approche CO-OP en groupe
Yu <i>et al.</i> (2016)	Étude quantitative	Hong Kong et Australie	84 enfants de 7 à 10 ans, dont 38 ayant un TDC et 46 un développement typique	Programme d'habiletés motrices : Entraînement axé sur les mouvements fondamentaux
Zwicker <i>et al.</i> (2015)	Étude mixte	Canada	11 enfants de 7 à 12 ans ayant un TDC	Approche CO-OP en groupe

Caractéristiques des participants

Les études ciblaient majoritairement des enfants avec un diagnostic de TDC ($n = 14$). Dans certaines études, les enfants présentaient plutôt des difficultés de coordination motrice ou de mouvement ($n = 2$) ou un diagnostic de dyspraxie ($n = 1$). Quatre études incluaient un groupe témoin, soit deux avec des enfants ayant un TDC et deux sans TDC. Les enfants étaient généralement âgés de plus de 6 ans ($n = 13$), avec un âge minimum de 5 ans ($n = 1$) et maximum de 15 ans ($n = 1$). Le nombre d'enfants variait grandement d'une étude à l'autre. De plus, dans deux études, les parents faisaient partie des participants.

Caractéristiques des interventions

Parmi les interventions étudiées (voir Tableau 2), on retrouvait l'approche *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance* (CO-OP) en groupe ($n = 4$), des programmes d'habiletés motrices ($n = 4$), l'équitation thérapeutique ($n = 3$), les jeux vidéo actifs ($n = 2$), la *fascia Bowen therapy* ($n = 1$) et un module en ligne pour les parents ($n = 1$).

Lorsque indiqué, les interventions étudiées se déroulaient surtout en milieu scolaire ou clinique ou à domicile. Des interventions ont aussi eu lieu dans des centres d'équitation, un camp d'été dans un centre communautaire ou une université. Dans certaines études, les interventions avaient lieu dans plus d'un milieu. Outre l'approche CO-OP, les programmes d'habiletés motrices et l'équitation thérapeutique étaient offerts en contexte de groupe. La fréquence et la durée des interventions étaient variables. La majorité était offerte minimalement sur une base hebdomadaire, et au plus jusqu'à cinq fois par semaine. La durée des suivis variait entre deux et 12 semaines et se situait généralement entre 8 et 10 semaines.

Effets reliés à la santé mentale

Les études sur les interventions ont fait ressortir des effets positifs reliés à la santé mentale des enfants ayant un TDC (voir Tableau 2). Ces effets touchaient principalement l'estime de soi ou la confiance en soi ($n = 9$), la satisfaction du rendement occupationnel ($n = 4$), le fonctionnement social ($n = 4$) et la diminution de problèmes intériorisés (symptômes

d'anxiété ou de dépression ; $n = 3$). En outre, des études ont relevé des effets positifs concernant la motivation ($n = 3$), le plaisir ($n = 2$) et le bien-être ($n = 1$). Les effets considérés comme statistiquement significatifs incluaient la satisfaction du rendement occupationnel ($n = 3$), la diminution des symptômes de dépression ($n = 2$), le fonctionnement émotionnel, comportemental, social et cognitif ($n = 2$) et la diminution des problèmes de sommeil ($n = 1$).

Plus spécifiquement, les interventions favorisant l'estime de soi ou la confiance en soi incluaient l'approche CO-OP en groupe (Anderson *et al.*, 2017, 2018 ; Thornton *et al.*, 2015 ; Zwicker *et al.*, 2015), l'équitation thérapeutique (Hession *et al.*, 2014, 2019 ; Maresca *et al.*, 2022), un programme d'habiletés motrices (Noordstar *et al.*, 2017) ou un module en ligne pour les parents (Camden *et al.*, 2016). L'approche CO-OP en groupe a également amené des effets significatifs sur la satisfaction du rendement (Anderson *et al.*, 2017 ; Thornton *et al.*, 2015 ; Zwicker *et al.*, 2015). De plus, l'approche CO-OP en groupe a eu des retombées positives sur le fonctionnement social et le sentiment d'appartenance (Anderson *et al.*, 2017, 2018). Par ailleurs, l'équitation thérapeutique a entraîné des améliorations significatives du fonctionnement émotionnel, comportemental, social et cognitif et une diminution significative des symptômes de dépression (Hession *et al.*, 2014 ; 2019). La diminution de problèmes intériorisés a aussi été associée à un programme d'habiletés motrices en petit groupe (Caçola *et al.*, 2016). En revanche, un programme d'habiletés motrices réalisé en grand groupe a entraîné une augmentation de l'anxiété (Caçola *et al.*, 2016).

En outre, une hausse de la motivation a été rapportée avec l'approche CO-OP en groupe (Anderson *et al.*, 2017 ; 2018) et l'équitation thérapeutique (Hession *et al.*, 2014). Une augmentation du plaisir a été notée avec l'équitation thérapeutique (Hession *et al.*, 2014) et un programme d'habiletés motrices (Caçola *et al.*, 2016). De plus, les jeux vidéo actifs (Hammond *et al.*, 2014 ; Milajerdi *et al.*, 2023) et un module en ligne pour les parents (Camden *et al.*, 2016) contribueraient au bien-être des enfants ayant un TDC. Enfin, un programme d'habiletés motrices a

diminué significativement les problèmes de sommeil d'enfants ayant un TDC (Yu *et al.*, 2016).

Toutefois, la *fascia Bowen therapy* n'aurait pas d'effet sur leur fonctionnement psychologique, social et comportemental.

Tableau 3 : Effets reliés à la santé mentale

Interventions étudiées	Types d'effets reliés à la santé mentale des enfants	Instruments de mesure associés aux types d'effets
Approche CO-OP en groupe (Anderson <i>et al.</i> , 2017 ; 2018 ; Thornton <i>et al.</i> , 2015 ; Zwicker <i>et al.</i> 2015)	• Satisfaction du rendement occupationnel* • Confiance en soi / Estime de soi • Motivation • Fonctionnement social et sentiment d'appartenance • Stratégies d'adaptation • Indépendance	➤ Mesure canadienne du rendement occupationnel avec les enfants et les parents ➤ Entrevues semi-structurées avec les parents ➤ <i>Parent Satisfaction Questionnaire</i> avec les parents ➤ Entrevues semi-structurées avec les parents ➤ Entrevues semi-structurées avec les parents ➤ Sondage de satisfaction aux parents
Programmes d'habiletés motrices (Caçola <i>et al.</i> 2016 ; Noordstar <i>et al.</i> , 2017 ; Sit <i>et al.</i> , 2019 ; Yu <i>et al.</i> , 2016)	• Diminution des problèmes de sommeil* • Diminution des symptômes d'anxiété • Estime de soi / Sentiment de compétence • Plaisir • Sentiments de maîtrise et de réussite	➤ <i>Children's Sleep Habits Questionnaire – Chinese version</i> avec les parents ➤ <i>Spence's Child Anxiety Scale</i> avec les enfants ➤ <i>Self-Perception Profile for Children</i> avec les enfants ➤ <i>Children's Assessment of Participation and Enjoyment</i> avec les enfants ➤ Constats des auteurs associés à l'apprentissage sans erreur
Équitation thérapeutique (Hession <i>et al.</i> , 2014 ; 2019 ; Maresca <i>et al.</i> , 2022)	• Diminution des symptômes de dépression* • Fonctionnement émotionnel et comportemental* • Fonctionnement social* • Fonctionnement cognitif* • Diminution des symptômes d'anxiété • Attention / concentration / Autorégulation • Confiance en soi / Estime de soi / Conscience de soi • Plaisir et motivation • Empathie	➤ <i>Childhood Depression Inventory</i> avec les enfants ➤ <i>Childhood Behavior Check-List</i> avec les parents ➤ <i>Social Responsiveness Scale</i> avec les parents ➤ <i>Ravens Test</i> avec les enfants ➤ Rapports hebdomadaires de parents ➤ Rapports hebdomadaires des parents ➤ Rapports hebdomadaires des parents ➤ Rapports hebdomadaires des parents ➤ Rapports hebdomadaires des parents
Jeux vidéo actifs (Hammond <i>et al.</i> , 2014 ; Milajerdi <i>et al.</i> , 2023)	• Perception de ses capacités motrices • Bien-être socioémotionnel	➤ <i>Co-ordination Skills Questionnaire</i> avec les enfants ➤ <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> avec les parents
Fascia Bowen therapy Morgan-Jones <i>et al.</i> (2019)	• Fonctionnement psychologique (-) • Fonctionnement social (-) • Fonctionnement comportemental (-)	➤ <i>Self-Perception Profile for Children</i> avec les enfants et les parents ➤ <i>Spence Social Skills Questionnaire</i> avec les enfants, les parents et les enseignants ➤ <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> avec les parents et les enseignants
Module en ligne pour les parents (Camden <i>et al.</i> , 2016)	• Compréhension et attitude des parents • Bien-être • Estime de soi	➤ Questionnaire aux parents ➤ Questionnaire aux parents ➤ Questionnaire aux parents

* Effet statistiquement significatif

(-) Absence d'effet

L'absence des symboles * signifie que l'effet n'a pas été considéré comme statistiquement significatif.

Discussion

Cette synthèse de connaissances permet de relever des interventions probantes pour favoriser la santé mentale des enfants ayant un TDC. Selon les écrits scientifiques sélectionnés et analysés, ces interventions incluent l'approche CO-OP en groupe, des programmes d'habiletés motrices, l'équitation thérapeutique, les jeux vidéo actifs et un module en ligne pour les parents. Les aspects de la santé mentale les plus ciblés par les interventions comprenaient l'estime de soi ou la confiance en soi, la satisfaction du rendement occupationnel, le fonctionnement social, la diminution de problèmes intériorisés et la motivation. Des effets significatifs reliés à la santé mentale ont été démontrés pour la satisfaction du rendement occupationnel, le fonctionnement émotionnel, comportemental, social et cognitif, ainsi que la diminution des symptômes de dépression et des problèmes de sommeil, et ce, avec l'approche CO-OP en groupe, l'équitation thérapeutique et un programme d'habiletés motrices.

À la lumière des résultats obtenus, il ressort que des aspects de la santé mentale ciblés par les interventions s'inscrivent en adéquation avec la théorie de l'autodétermination (Paquet & Vallerand, 2016), bien que non explicitement intégrée dans celles-ci. D'après cette théorie, les interventions qui encouragent l'autonomie, la compétence et l'appartenance et qui activent la motivation autonome peuvent favoriser la santé mentale. Une des interventions qui agit spécialement en ce sens est l'approche CO-OP en groupe. D'abord, la motivation autonome est encouragée par le fait que les enfants choisissent leurs objectifs et trouvent leurs solutions eux-mêmes (Anderson *et al.*, 2017, 2018). Cela permet également aux enfants de développer leur autonomie et leurs compétences. Par ailleurs, l'approche CO-OP vise à développer l'autonomie et les compétences des enfants par la résolution de problèmes et l'acquisition de stratégies et d'habiletés. Enfin, offrir l'approche CO-OP en groupe permet de répondre au besoin d'appartenance.

Le contexte de groupe peut aussi améliorer le fonctionnement social des enfants ayant un TDC et

faciliter la création de liens amicaux, un facteur de protection en santé mentale, d'autant plus important en cas d'intimidation (Bagwell & Bukowski, 2018). D'ailleurs, selon une étude longitudinale, la qualité des relations amicales s'est révélée être un facteur important à considérer pour prévenir et réduire les symptômes d'anxiété ou de dépression pouvant être associés au TDC (Gasser-Hass *et al.*, 2020). Cependant, mieux vaut intervenir en petit groupe pour éviter d'engendrer de l'anxiété chez les enfants ayant un TDC (Caçola *et al.*, 2016). Les ergothérapeutes ont donc intérêt à considérer les activités et les contextes de socialisation des enfants ayant un TDC, tel qu'appuyé par l'approche *Every Moment Counts*, une intervention ergothérapique en promotion de la santé mentale (Bazyk, 2011 ; Jasmin, 2019). Globalement, les amener à accroître et à apprécier leurs possibilités, leurs forces, leurs progrès et leurs relations peut aussi favoriser leurs sentiments d'autonomie, de compétence et d'appartenance, voire leur estime de soi, un autre facteur de protection en santé mentale (Duclos, 2018 ; Mann *et al.*, 2004).

Par ailleurs, les ergothérapeutes peuvent stimuler la motivation autonome des enfants ayant un TDC, et ce, en considérant leurs émotions, leurs préférences, leurs intérêts, leurs forces, leurs valeurs et leurs priorités. À cet effet, il faut savoir que le jeu libre, généralement associé à la motivation intrinsèque, peut ne pas être perçu comme amusant pour l'enfant ayant un TDC en raison des efforts demandés (Kennedy-Behr *et al.*, 2015). Il importe donc de s'assurer que l'activité procure réellement du plaisir à l'enfant. En ce sens, soutenir la réussite de l'enfant lors d'un apprentissage ou d'une activité, en réduisant les risques d'erreur et en graduant le degré de difficulté, peut lui procurer du plaisir ainsi qu'accroître son sentiment de compétence et sa motivation à s'engager (Sit *et al.*, 2019 ; Yu *et al.*, 2016). En plus, offrir aux enfants des activités et des contextes qui leur permettent de vivre des expériences et des émotions positives s'inscrit en cohérence avec l'approche *Every Moments Counts*.

Le potentiel de la théorie de l'autodétermination a aussi été mis en évidence dans un article sur les bonnes pratiques en éducation physique pour les

enfants ayant un TDC (Katartzi & Vlachopoulos, 2011). Les enseignants peuvent jouer un rôle dans la réponse aux besoins psychologiques de ces enfants, notamment en réduisant la pression liée à l'évaluation, en accordant plus de temps pour l'apprentissage, en accueillant les émotions négatives, en proposant des défis optimaux, en offrant des outils pour réussir et agir efficacement et en témoignant du respect et de l'appréciation (Katartzi & Vlachopoulos). D'ailleurs, l'éducation des adultes, comme observé à la suite d'un module en ligne pour les parents, peut améliorer leur compréhension et leurs attitudes et, conséquemment, influencer positivement le bien-être et l'estime de soi des enfants ayant un TDC (Camden *et al.*, 2016). En effet, cela amène les parents à ajuster leurs attentes et à être plus patients, plus soutenant et plus sensibles à l'impact des difficultés de l'enfant sur sa confiance en soi (Camden *et al.*, 2016). Les ergothérapeutes gagnent donc à éduquer et à accompagner l'entourage des enfants ayant un TDC pour leur mieux-être psychologique. En fait, selon Tamplain et Miller (2021), améliorer la conscience et la compréhension du TDC dans la société est un des outils les plus puissants pour améliorer la santé mentale des personnes avec cette condition.

En outre, les enfants ayant un TDC ont généralement une participation moindre dans les activités physiques en comparaison à leurs pairs, ce qui tend à diminuer leur satisfaction et leur estime de soi et à les isoler socialement (Blank *et al.*, 2019 ; Zwicker *et al.*, 2013). Puisque la pratique d'activités physiques peut améliorer la santé mentale (Rodriguez-Ayllon *et al.*, 2019), cet aspect devrait être pris en compte lorsqu'on intervient auprès de ces enfants. En fait, avec cette population, il est recommandé de préconiser la pratique d'activités physiques peu ou pas compétitives (Ip *et al.*, 2021). Comme révélé dans les études recensées, certaines activités physiques ou motrices peuvent être bénéfiques sur les plans psychologique et social. En plus, cela peut aider à diminuer les symptômes d'anxiété ou de dépression et les troubles du sommeil.

À cet égard, les habitudes de sommeil des enfants ayant un TDC sont également susceptibles d'être

perturbées (Barnett & Wiggs, 2012). Comme les problèmes de sommeil peuvent être à la fois une cause et une conséquence des troubles de santé mentale, y remédier prévient l'apparition ou l'aggravation de ces conditions (Hale *et al.*, 2020). Le cas échéant, une intervention psychothérapeutique ou un traitement pharmacologique sont généralement aussi requis (Magnat *et al.*, 2015), d'où l'importance d'une approche holistique ou interdisciplinaire (Karras *et al.*, 2019 ; Engel-Yeger, 2020).

Finalement, selon Tamplain et Miller (2021), en sensibilisant la population sur le TDC, en facilitant l'accès aux services et aux ressources pour ces enfants et leur famille ou en soutenant leur participation dans leurs différents milieux de vie, on contribue à promouvoir leur santé mentale (Tamplain & Miller, 2021). De ce fait, les interventions en matière de santé mentale devraient cibler à la fois la société ou la communauté, la famille et l'enfant, voire reposer sur une approche écosystémique (Jasmin *et al.*, 2014).

Limites

Des limites sont à prendre en compte afin de porter un regard critique et nuancé sur cette synthèse de connaissances. En premier lieu, des interventions ont pu être omises, puisque la recherche documentaire était restreinte à certaines banques de données et excluait la littérature grise (Tétreault & Michaud, 2014). De plus, elle n'incluait que les articles publiés entre 2010 et janvier 2023, en anglais ou en français. Par ailleurs, pour certaines interventions, les mêmes résultats, soit les types d'effets, étaient à la fois présentés dans l'article original de l'étude et dans une synthèse des écrits ou dans une revue systématique. De surcroît, les résultats concernant les effets doivent être interprétés avec prudence, puisqu'il ne s'agit pas d'une recension systématique ou d'une méta-analyse. D'ailleurs, les articles sélectionnés ont également leurs propres limites. Plusieurs études avaient un échantillon de petite taille ou ne comprenaient pas de suivi post-intervention pour vérifier si les effets se maintenaient dans le temps. En outre, les interventions recensées peuvent ne pas être transférables ou généralisables dans

certain contextes. Enfin, bien que des effets aient été observés sur des aspects de la santé mentale, les interventions recensées comprenaient surtout des activités de nature physique ou motrice. D'autres types d'intervention ou d'activité pourraient favoriser la santé mentale des enfants ayant un TDC.

Conclusion

Selon cette recension des écrits, des effets significatifs sur des aspects de la santé mentale des enfants ayant un TDC ont été observés avec l'approche CO-OP en groupe, l'équitation thérapeutique et un programme d'habiletés motrices. Ces aspects incluaient la satisfaction du rendement occupationnel, le fonctionnement émotionnel, comportemental, social et cognitif, ainsi que la diminution des symptômes de dépression et des problèmes de sommeil. En adéquation avec la théorie de l'autodétermination, l'approche CO-OP en groupe est recommandée pour encourager l'autonomie, la compétence et l'appartenance, activer la motivation autonome, améliorer le fonctionnement social et faciliter la création de liens amicaux. Par ailleurs, la qualité des relations amicales, l'estime de soi, l'activité physique et le sommeil sont des facteurs importants à considérer pour promouvoir la santé mentale des enfants ayant un TDC, ainsi que

prévenir l'apparition ou l'aggravation de problèmes psychosociaux. En définitive, pour jouer un rôle majeur et essentiel en matière de santé mentale auprès de cette population, il importe de faire l'éducation ou de la sensibilisation sur le TDC ainsi que d'offrir du soutien ou de l'accompagnement à la participation et à l'inclusion.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier France Léger, ergothérapeute et autrice d'ouvrages sur le trouble développemental de la coordination (TDC), pour sa participation à la validation des résultats. Elles sont également reconnaissantes du soutien de l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke pour la réalisation de cette synthèse de connaissances.

Déclaration d'intérêts

Cette synthèse de connaissances a été effectuée dans le cadre d'une activité pédagogique à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke. Les auteures ont eu accès à un fonds de l'École de réadaptation pour la transposer en produit de mobilisation de connaissances, soit une infographie¹ dans le cas présent. Toutefois, elles ne retirent aucun bénéfice financier de cette synthèse de connaissances.

¹ Cette infographie est disponible en français à cette adresse : https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Symposium/2023/transfert_connaissance_etudiants/Infographie_RDP731_BROUILLETTE_Shany_ProduitMC_francais.pdf

Elle est également disponible en anglais à cette adresse : https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/uploads/Infographie_RDP731_BROUILLETTE_Shany_ProduitMC_anglais.pdf

Bibliographie

- American Psychiatric Association, Benyamina, A., Guilbert, C., Guelfi, J.-D., Crocq, M.-A., Boyer, P., Pull, C.-B., Pull, M.-C., Abbar, M., & Arbabzadeh-Bouchez, S. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris : Elsevier Masson.
- Anderson, L., Wilson, J., & Carmichael, K. (2018). Implementing the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach in a group format with children living with motor coordination difficulties. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(4), 295-305.
- Anderson, L., Wilson, J., & Williams, G. (2017). Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO- OP) as group therapy for children living with motor coordination difficulties: An integrated literature review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 170-184.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. <https://caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Association des organismes de réglementation en ergothérapie, Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie et Association canadienne des ergothérapeutes (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada*. https://acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/ot_competency_document_fr_hires.pdf.
- Bagwell, C. L., & Bukowski, W. M. (2018). Friendship in childhood and adolescence: features, effects, and processes. In W. M. Bukowski, B. Laursen, and K. H. Rubin (Eds), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (2nd ed., pp. 371-390). The Guilford Press.
- Barnett, A. L., & Wiggs, L. (2012). Sleep behaviour in children with developmental co-ordination disorder. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 403-411. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01260.x>
- Bazyk, S. (2011). *Mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth: A guiding framework for occupational therapy*. AOTAPress.
- Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., & Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of Developmental Coordination Disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(3), 242-285. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14132>
- Breton, S., & Léger, F. (2018). *Mon cerveau ne m'écoute pas : Comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Caçola, P., Romero, M., Ibane, M., & Chuang, J. (2016). Effects of two distinct group motor skill interventions in psychological and motor skills of children with Developmental Coordination Disorder: A pilot study. *Disability and Health Journal*, 9(1), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.07.007>
- Camden, C., Foley, V., Anaby, D., Shikako-Thomas, K., Gauthier-Boudreault, C., Berbari, J., & Missiuna, C. (2016). Using an evidence-based online module to improve parents' ability to support their child with Developmental Coordination Disorder. *Disability and Health Journal*, 9(3), 406-415. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.002>
- Campbell, W. N., Missiuna, C., & Vaillancourt, T. (2012). Peer victimization and depression in children with and without motor coordination difficulties. *Psychology in the Schools*, 49(4), 328-341. <https://doi.org/10.1002/pits.21600>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Duclos, G. (2018). *L'Estime de soi, un passeport pour la vie* (3^e éd.). Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Engel-Yeger, B. (2020). The role of poor motor coordination in predicting adults' health related quality of life. *Research in developmental disabilities*, 103, 103686. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103686>

- Gasser-Haas, O., Sticca, F., & Wustmann Seiler, C. (2020). Poor Motor Performance – Do Peers Matter? Examining the Role of Peer Relations in the Context of the Environmental Stress Hypothesis. *Frontiers in psychology*, 11, 498. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00498>
- Hale, L., Troxel, W., & Buysse, D.J. (2020). Sleep health: an opportunity for public health to address health equity. *Annual Review of Public Health*, 41, 81-99. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094412>
- Hammond, J., Jones, V., Hill, E. L., Green, D., & Male, I. (2014). An investigation of the impact of regular use of the Wii Fit to improve motor and psychosocial outcomes in children with movement difficulties: a pilot study. *Child: Care, Health & Development*, 40(2), 165175.
- Hession, C. E., Eastwood, B., Watterson, D., Lehane, C. M., Oxley, N., & Murphy, B. A. (2014). Therapeutic Horse Riding Improves Cognition, Mood Arousal, and Ambulation in Children with Dyspraxia. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 20(1), 1923.
- Hession, C. E., Law Smith, M. J., Watterson, D., Oxley, N. & Murphy, B. A. (2019). The Impact of Equine Therapy and an Audio-Visual Approach Emphasizing Rhythm and Beat Perception in Children with Developmental Coordination Disorder. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 25(5), 535541.
- Ip, A., Mickelson, E. C.R., & Zwicker, J.G. (2021). Assessment, diagnosis, and management of developmental coordination disorder. *Paediatrics & child health*, 26(6), 375378. <https://doi.org/10.1093/pch/pxab047>
- Jasmin, E. (2019). Compte rendu de la formation Every Moment Counts, novembre 2018, Cleveland, Ohio, États-Unis. *Revue Francophone de recherche en ergothérapie*, 5(2), 107-112. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.162>
- Jasmin, E., Blondin-Nadeau, P., Côté, F., & Vachon, R. (2023). Ergothérapie en milieu scolaire et interventions en matière de santé mentale : synthèse des connaissances. *Revue Francophone de recherche en ergothérapie*, 9(1). <https://doi.org/10.13096/rfre.v9n1.225>
- Jasmin, E., Tétreault, S., & Joly, J. (2014). Ecosystemic needs assessment for children with DCD in elementary school: Multiple case studies. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 424-442.
- Karras, H. C., Morin, D. N., Gill, K., Izadi-Najafabadi, S., & Zwicker, J. G. (2019). Health-related quality of life of children with Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 8595.
- Katartzi, E. S., & Vlachopoulos, S. P. (2011). Motivating children with developmental coordination disorder in school physical education: the self-determination theory approach. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2674-2682. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.06.005>
- Kennedy-Behr, A., Rodger, S., & Mickan, S. (2015). Play or hard work: Unpacking well-being at preschool. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 3038.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Li, Y.C., Graham, J.D., & Cairney, J. (2018). Moderating effects of physical activity and global self-worth on internalizing problems in school-aged children with developmental coordination disorder. *Frontiers in Psychology*, 9, 1740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01740>
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Maresca, G., Portaro, S., Naro, A., Crisafulli, R., Raffa, A., Scarcella, I., Aliberti, B., Gemelli, G., & Calabrò, R. S. (2022). Hippotherapy in neurodevelopmental disorders: A narrative review focusing on cognitive and behavioral outcomes. *Applied Neuropsychology: Child*, 11(3), 553560. <https://doi.org/10.1080/21622965.2020.1852084>
- Milajerdi, H. R., Ordoiazar, F., & Dewey, D. (2023). Is active video gaming associated with improvements in social behaviors in children with neurodevelopmental disorders: a systematic review. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 29(1), 1-27. <https://doi.org/10.1080/09297049.2022.2046721>
- Missiuna, C., & Campbell, W. N. (2014). Psychological aspects of developmental coordination disorder: can we establish causality. *Current Developmental Disorders Reports*, 1(2), 125-131. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0012-8>

- Missiuna, C., Pollock, N., Egan, M., DeLaat, D., Gaines, R., & Soucie, H. (2008). Enabling occupation through facilitating the diagnosis of developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75, 26-34.
- Morgan-Jones, M., Knott, F., Wilcox, H., & Ashwin, C. (2019). A pilot study of fascia Bowen therapy for 8-11-year-old boys with developmental coordination disorder. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 23(3), 568-574. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.02.022>
- Noordstar, J. J., van der Net, J., Voerman, L., Helders, P. J. M., & Jongmans, M. J. (2017). The effect of an integrated perceived competence and motor intervention in children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 162-175.
- Paquet, Y., & Vallerand, R. (2016). *La théorie de l'autodétermination : aspects théoriques et appliquées*. De Boeck Supérieur.
- Pimenta, R. A., Fuchs, C., Fears, N. E., Mariano, M., & Tamplain, P. (2023). Distinct mental health profiles in children with developmental coordination disorder: a latent class analysis and associations. *Research in Developmental Disabilities*, 132. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104377>
- Polatajko, H.J., & Cantin, N. (2005). Developmental coordination disorder (dyspraxia): an overview of the state of the art. *Seminars in Pediatric Neurology*, 12(4), 250-258. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2005.12.007>
- Polatajko, H.J., Mandich, A., Cantin, N., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2017). *Habiller les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP. Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Pollock, D., Peters, M., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A., Evans, C., de Moraes, É., Godfrey, C., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(3), 520-532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., & Esteban-Cornejo, I. (2019). Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 49(9), 1383-1410.
- Tal-Saban, M., Ornoy, A., & Parush, S. (2014). Young adults with developmental coordination disorder: A longitudinal study. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 307-316. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.009563>
- Tétreault, S., & Blais-Michaud, S. (2014). Étude de la portée (scoping review). Dans S. Tétreault, P. Guillez, M.-H. Izard & M.-C. Morel-Bracq, M.-C., *Guide pratique de recherche en réadaptation : méthodes, techniques et outils d'intervention* (pp. 151-160). De Boeck.
- Thornton, A., Licari, M., Reid, S., Armstrong, J., Fallows, R., & Elliott, C. (2016). Cognitive Orientation to (Daily) Occupational Performance intervention leads to improvements in impairments, activity and participation in children with Developmental Coordination Disorder. *Disability and Rehabilitation*, 38(10), 979-986. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1070298>
- Withers, R., Tsang, Y., & Zwicker, J. G. (2017). Intervention and management of developmental coordination disorder: are we providing evidence-based services? intervention et traitement d'un trouble du développement de la coordination : les ergothérapeutes fournissent-ils des services fondés sur les faits scientifiques? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(3), 158-167. <https://doi.org/10.1177/0008417417712285>
- Zwicker, J.G., Harris, S.R., & Klassen, A.F. (2013). Quality of life domains affected in children with developmental coordination disorder: A systematic review. *Child: Care Health and Development*, 39, 562-580. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01379.x>
- Zwicker, J.G., Rehal, H., Sodhi, S., Karkling, M., Paul, A., Hilliard, M., & Jarus, T. (2015). Effectiveness of a summer camp intervention for children with developmental coordination disorder. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 35(2), 163-177. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.957431>

Rôle des croyances (*mindsets*) relatives à la participation aux Activités de la vie quotidienne sur l'engagement de patients inclus dans un programme de réadaptation en ergothérapie : une étude exploratoire

Simon Léger, OT^{1,2}, Stéphane Mandigout, PhD¹, Iouri Bernache-Assollant, PhD¹

¹ Université Limoges, HAVAE, UR 20217, 87000 Limoges, France

² Université Limoges, ILFOMER, 87000 Limoges, France

Reçu le : 23 janvier 2024

Accepté le : 5 novembre 2024

Auteur correspondant : Iouri Bernache-Assollant, iouri.bernache-assollant@unilim.fr

Résumé

Contexte

Cette étude exploratoire a été menée dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle pour examiner l'impact des croyances des patients sur leur participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et leur engagement dans la gestion de leur santé.

Objectif

L'objectif principal était d'étudier les liens entre les croyances des patients (*mindsets* fixistes ou améliorables) et leur sentiment d'auto-efficacité, ainsi que leur impact sur l'engagement dans les AVQ et les intentions de changement comportemental en matière de santé.

Matériel et méthodes

Un échantillon de 29 patients (âge moyen = 55 ans, 14 hommes, 15 femmes) souffrant de diverses pathologies et participant à un programme de réadaptation a été recruté. Les participants ont rempli des questionnaires adaptés aux AVQ, mesurant leurs croyances, leur sentiment d'auto-efficacité, et leur engagement en matière de santé.

Résultats

Les résultats montrent une corrélation positive entre un *mindset* améliorable, le sentiment d'auto-efficacité, la fréquence des changements passés, les intentions de changement futur, et l'engagement dans la gestion de la santé. L'analyse révèle également que le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle médiateur entre les croyances des patients et leur engagement dans la gestion de leur santé. De plus, les femmes et les patients atteints de maladies musculosquelettiques présentaient un *mindset* plus améliorable.

Conclusion

Cette étude suggère que les croyances des patients sur leur participation aux AVQ influencent leur engagement en matière de santé. Ces résultats ouvrent des perspectives pour améliorer la prise en charge en réadaptation, en s'appuyant sur l'adaptation des croyances et le renforcement du sentiment d'auto-efficacité des patients.

Mots clés

Ergothérapie, *Mindset*, Changement comportemental, Auto-efficacité, Engagement occupationnel

1. Introduction

Dans un webinaire organisé par l'ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes) le 10 mai 2023, P. Fougeryrollas a déclaré que les valeurs et préférences personnelles que la personne s'attribue ont été négligées jusqu'à présent. Elles ne sont prises en compte dans le MDH-PPH (Modèle de développement humain – Processus de production du handicap) que depuis 2018 (Cloutier *et al.*, 2018). Parmi celles-ci, les « croyances implicites » ou « *mindsets* » (Dweck, 2010) que les patients ont à propos de certaines de leurs capacités pourraient être investies pour compléter une « approche centrée sur la personne », au cœur de la prise en soin d'un patient en ergothérapie¹.

Cette étude a pour objectif d'explorer pour la première fois la prise en compte du rôle des *mindsets* dans la pratique en ergothérapie afin d'essayer de répondre à la question suivante : existe-t-il un lien entre le *mindset* d'un patient et son engagement occupationnel ?

1.1. Ergothérapie, activités de la vie quotidienne et engagement occupationnel

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes appuyés sur plusieurs modèles en ergothérapie ayant tous pour point commun une approche holistique, permettant de mettre l'individu au centre d'un processus global. L'ergothérapie, « discipline transversale » (Caire, 2008), s'appuie sur de multiples domaines scientifiques à l'intersection entre la science de l'occupation et d'autres disciplines : biologie, biomécanique, sciences sociales (Pierce, 2016). Selon le *Canadian Model of Occupational Performance* (Townsend et Polatajko, 2013), l'ergothérapie prend en compte l'interaction dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation. La personne est ici appréhendée dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses composantes affectives, cognitives, physiques et spirituelles. L'environnement est également compris au sens large : environnement physique, moral, législatif. Enfin, l'occupation naît de l'interaction entre une personne et un environnement donné.

Selon S. Meyer, « l'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon "*occupation*" (Meyer, 2016) : un groupe d'activités qui a une signification personnelle et socioculturelle, qui est nommé au sein d'une culture et qui soutient la participation à la société ». Dans une vision restrictive, l'occupation est donc ce que fait une personne dans son environnement, que ce soient ses soins personnels, ses loisirs ou ses activités de productivité (Meyer, 2013). Parmi tout ce qu'une personne fait dans sa vie quotidienne, les activités de la vie quotidienne (i.e., AVQ) occupent une place centrale. Pour compléter la définition de l'occupation, nous considérons que les activités de la vie quotidienne (AVQ) peuvent être qualifiées d'occupations dès lors qu'elles revêtent un sens personnel pour l'individu. Dans le cadre de notre étude, en interrogeant les participants sur leurs AVQ, nous faisons appel à leurs représentations personnelles et au sens qu'ils attribuent eux-mêmes à ces activités.

James (2014) révèle que le terme d'AVQ est polysémique. Il peut aussi bien comprendre les activités orientées vers le soin du corps (e.g., se laver, se nourrir) que celles permettant d'accéder au bien-être et de participer à la vie sociale (e.g., préparer les repas). Les AVQ, présents dans de nombreux documents officiels (Code de l'action social et des familles, 2024), sont très souvent utilisées par les professionnels médicaux-sociaux ou de santé. En effet, mesurer la capacité d'une personne à réaliser des actes de la vie courante permet d'accéder à son degré d'indépendance et de perte d'autonomie (Katz *et al.*, 1970).

Un des principaux objectifs de l'ergothérapeute (*Journal officiel de la République française*, 2010) est de « permettre les activités humaines », la possibilité d'action de l'individu étant subordonné selon nous à sa possibilité d'engagement dans son quotidien. Plus précisément, l'engagement occupationnel fait référence au niveau d'investissement qu'une personne consacre à une activité, en tenant compte de l'importance qu'elle attribue à cette occupation et du degré de satisfaction qu'elle en retire (Townsend *et al.*, 2013). Cet engagement va

1. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur une démarche patient-centrée articulée autour d'un modèle théorique appelé « top-down » (Morel-Bracq, 2017).

orienter les patients vers une prise en charge plus ou moins efficace de leur santé (Barello *et al.*, 2014). L'engagement occupationnel se définit par l'investissement d'une personne dans une activité signifiante et/ou significative, tant sur le plan physique que psychologique (Morel-Bracq, 2017). La façon dont la personne perçoit son environnement (*via* les *mindsets* par exemple) nous paraît important. En effet, l'environnement tient une place déterminante dans la réadaptation de l'individu. La réadaptation envisage le retour à la vie réelle, comme le fait l'engagement occupationnel qui définit la façon dont les personnes s'engagent ou s'engageront dans des activités signifiantes. Selon Meyer (2013), l'engagement du patient dans sa réadaptation favorise sa participation et est un déterminant de la réussite de l'intervention en ergothérapie. Autrement dit, les perspectives de réadaptation des patients dépendent de leur engagement en ergothérapie. Pour cette raison, l'ergothérapeute souhaite que les patients soient les plus engagés possible. Dans cette perspective, la prise en compte des *mindsets* relatifs aux AVQ semble une voie prometteuse afin de réadapter les personnes à leur quotidien.

1.2. *Mindsets* et santé

Le concept anglo-saxon de *mindset*, initialement utilisé dans le domaine de l'éducation (Dweck et Leggett, 1988) connaît une popularité croissante ces dernières années notamment dans les domaines de l'activité physique, du développement et du management. Selon Dweck (2010), il s'agit de l'état d'esprit dans lequel se trouve une personne à propos d'un de ses attributs mentaux, moraux ou physiques : son intelligence, sa condition physique, son état de santé. Ce concept peut être traduit par « croyances relative à » et met en lumière l'influence de la perception qu'un individu a de ses capacités sur son comportement.

Une distinction est faite entre les *mindsets* de type fixiste (*fixed mindset*) et les *mindsets* de type améliorable (*growth mindset*) (voir Issaieva, 2013). Les personnes ayant un *mindset* de type fixiste ont une croyance fondée sur une vision innéiste et estiment que leurs capacités sont des traits fixes qui ne peuvent être modifiés, ce qui engendre de l'anxiété, de la frustration et de la honte (Schroder, 2021), un comportement de résignation et de non-

engagement. Au contraire, les personnes ayant un *mindset* de type améliorable pensent que leurs compétences (intellectuelles, physiques, de santé) dans un domaine pourront être améliorées par l'effort, l'entraînement, les expériences (Dweck, 2010). Ainsi, un *mindset* améliorable est négativement corrélé à la détresse psychologique et prédit des attitudes plus positives envers les conseils émis ainsi qu'un engagement personnel plus prononcé en réponse à ces conseils (Burnette *et al.*, 2020), et un investissement plus important dans la scolarité par exemple (Yeager *et al.*, 2019).

Un nombre croissant de recherches révèle que les *mindsets* sont pertinents à prendre en compte dans les domaines relatifs à la santé comme la santé en général (Bunda et Busseri, 2017), le contrôle du poids (e.g., Burnette, 2010), la condition physique (e.g., Orvidas *et al.*, 2018), la consommation de tabac (Thai *et al.*, 2018), ou la gestion des émotions (Congard *et al.*, 2022) par exemple. Ainsi, les personnes avec des croyances améliorables par rapport au poids, rapportent des comportements alimentaires et d'exercice plus sains (Parent et Alquist, 2016) et consomment moins d'aliments caloriques provenant d'aliments préjudiciables pour la santé (Ehrlinger *et al.*, 2017). Plus récemment, dans une étude réalisée auprès d'enfants et d'adolescents obèses en institution (Orvidas *et al.*, 2020) a mis en évidence que des croyances améliorables liées à la santé étaient associées positivement aux cognitions relatives à des comportements sains (choix nutritionnels, sentiment d'efficacité personnelle en lien avec l'exercice physique et contrôle perçu). D'autres études ont révélé que les *mindsets* relatifs à la santé sont associés à l'engagement, se manifestant par des intentions plus saines (Thomas *et al.*, 2019), ou encore à l'adhésion des personnes à un programme de diététique à distance sur Internet (Shelton *et al.*, 2021).

Enfin, une étude d'Orvidas et collaborateurs (2018) a démontré une corrélation positive entre *mindset* améliorable relatif à la condition physique et changements auto-rapportés passés et futurs en lien avec l'engagement dans des activités physiques. En d'autres termes, les résultats ont mis en évidence que les individus qui avaient une conception améliorable de leur condition physique étaient ceux qui avaient démontré par le passé une fréquence d'activité physique la plus importante et

qui avaient également le plus l'intention de faire de l'exercice physique dans le futur. En outre, les chercheurs ont proposé que le sentiment d'efficacité personnelle (ou auto-efficacité), défini comme la conviction de pouvoir exécuter avec succès un comportement requis pour obtenir certains résultats (Bandura et Locke, 2003), joue un rôle dans ce processus. En effet, les personnes ayant un sentiment d'auto-efficacité plus élevé ont tendance à se sentir plus engagées dans leur tâche car elles se sentent plus compétentes (Schyns et von Collani, 2002). Des ergothérapeutes montrent que le sentiment d'auto-efficacité est un déterminant du retour au travail chez des patients présentant une douleur persistante d'origine musculosquelettique (Albert *et al.*, 2011). De plus, un modèle conceptuel de sentiment d'auto-efficacité professionnelle a été développé en ergothérapie afin de faciliter le retour au travail de patients après une lésion cérébrale (Soeker, 2012). Ce modèle tente de réduire l'écart entre la réadaptation et le retour au travail, en interrogeant l'amélioration des croyances des personnes grâce à leur engagement dans des tâches liées au travail.

1.3. Objectifs de l'étude

Les caractéristiques personnelles de l'individu, et notamment ses croyances limitantes, peuvent avoir un effet important sur ses comportements (Dweck, 2010). L'objectif de notre étude est d'accroître la connaissance sur le rôle joué par les *mindsets* comme prédisposition individuelle, en testant pour la première fois leurs liens avec l'engagement du patient dans sa réadaptation. Étant donné que nous considérons les AVQ comme un élément essentiel de la prise en charge des patients pour assurer des activités humaines sûres, autonomes et efficaces (Journal officiel de la République française, 2010), nous avons choisi de mesurer les *mindsets* des patients sur leur participation aux AVQ, que l'OMS définit comme leur implication dans des situations de la vie réelle (OMS, 2001).

Au regard de la littérature existante en psychologie sociale et en ergothérapie, nous avons proposé de tester les liens entre *mindsets* relatifs aux AVQ, sentiments d'auto-efficacité et engagement occupationnel du patient au travers de la fréquence des changements passés et des intentions futures de changements des AVQ. Enfin, l'engagement

occupationnel a aussi été appréhendé par l'engagement des patients pour leur propre santé ou Patient Health Engagement (PHE) (Graffigna *et al.*, 2015). Le PHE est un modèle qui met l'accent sur la participation active et le rôle central du patient dans la gestion de sa santé. Graffigna *et al.* (2015) ont conçu une échelle pour évaluer à quel point un patient est activement impliqué dans sa prise en charge médicale, la compréhension de sa condition, sa participation aux décisions relatives à son traitement et son adoption de comportements de santé positifs.

Notre première prédiction (hypothèse 1) est que des *mindsets* améliorables plus élevés en matière de participation aux AVQ chez des patients en réadaptation seront positivement liés au sentiment d'auto-efficacité. Au regard de l'engagement occupationnel à proprement parler, nos deuxièmes et troisièmes prédictions sont que ce type de *mindsets* améliorables plus élevés seront également positivement liés à la fréquence des changements passés, des intentions futures de changements (hypothèses 2a et 2b) mais aussi de l'engagement du patient pour sa propre santé (hypothèse 3). Finalement, de manière exploratoire nous testerons le rôle médiateur du sentiment d'auto-efficacité. Au regard des travaux d'Orvidas *et al.* (2018), nous proposons la question de recherche suivante : le sentiment d'auto-efficacité médiatise-t-il le lien entre *mindsets* et engagement occupationnel et en matière de santé ?

2. Matériel et méthodes

2.1. Recueil des données

Cette étude transversale corrélationnelle a été réalisée entre le 2 novembre 2022 et le 21 avril 2023 au sein du Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle André-Lalande de Noth. Nous avons inclus les patients adultes qui étaient inscrits à un programme de réadaptation en ergothérapie au moment de la passation du questionnaire. Sur le plan des critères d'exclusion, nous avons exclu les patients ayant des troubles de la compréhension (troubles cognitifs, démence) trop importants ainsi que les personnes dont le français n'était pas la langue maternelle afin d'éviter des difficultés de complétion des questionnaires.

Le questionnaire a été rempli en séance, en chambre ou à domicile en autonomie par les patients. Les ergothérapeutes du service de soins de suite et réadaptation (SSR) ont participé à la diffusion et à la collecte des questionnaires avec la même méthodologie.

2.2. Considération éthique

Notre étude, impliquant la participation de sujets humains, se positionne dans la catégorie des recherches non interventionnelles qui ne visent pas à produire de nouvelles connaissances biologiques ou médicales, mais plutôt à explorer des aspects socio-comportementaux dans le domaine de la santé. En tant que recherche en sciences humaines et sociales, notre étude n'est pas soumise à la loi Jardé. Nous accordons une importance primordiale à la protection de la vie privée et à la confidentialité des données. Toutes les informations collectées sont traitées de manière confidentielle et ne sont accessibles qu'aux membres autorisés de notre équipe de recherche. Avant leur inclusion dans l'étude, chaque participant consent à y participer après avoir reçu un accord de participation éclairé, dans lequel les objectifs, les procédures et les implications de l'étude leur sont clairement expliqués. Cette étude a été menée dans le respect de la déclaration d'Helsinki, et toutes les données recueillies ont été traitées de manière confidentielle et protégées conformément aux réglementations en vigueur (Règlement européen sur la protection des données). L'ensemble des données est conservé sur un serveur sécurisé de l'Université de Limoges.

2.3. Batterie d'échelles

Notre questionnaire était composé de deux parties principales. Une première partie concernait la présentation de l'étude et garantissait l'anonymat des participants. Nous expliquons ici aux patients le terme « participation aux AVQ » à l'aide de quelques exemples d'AVQ. Nous avons choisi des activités dans les domaines de l'entretien personnel et de la mobilité : « se laver, s'habiller, se coucher » qui sont des activités orientées vers le soin du corps ainsi que « se déplacer » qui est une activité de mobilité. L'activité « préparer les repas » renvoie à une activité instrumentale. Nous avons cherché des activités pouvant être significatives pour la majorité

des patients. Par exemple, « se laver » est une activité importante et connue de tous les patients, même si elle peut revêtir un sens particulier pour chacune des personnes interrogées. Les exemples d'AVQ utilisés auprès des patients renvoient à une conception large des AVQ, incluant les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). De cette manière, notre conception étendue des AVQ est plus proche de la définition de l'occupation, qui inclut les AVQ dans leur dimension sociale, c'est-à-dire nommé[es] au sein d'une culture et qui soutien[nent] la participation à la société (Meyer, 2016). Dans cette partie, des renseignements généraux en lien avec le patient étaient également demandés (âge, sexe, dernier emploi exercé, date d'admission dans le programme de réadaptation en cours, pathologie et date du diagnostic).

Dans une 2^e partie, nous présentions aux patients les échelles utilisées dans notre étude. Dans la mesure où aucune étude n'existait quant au rôle des *mindsets* en ergothérapie (en France et à l'étranger), nous avons dû adapter au contexte des AVQ des instruments existants et, le cas échéant, les traduire en français à l'aide d'un chercheur bilingue (cf. Annexe 1).

2.3.1. Mindsets relatifs aux AVQ

Nous nous sommes appuyés sur une échelle utilisée par Burnette (2010) dans le domaine du contrôle du poids, puis adaptée par la suite dans les domaines de la condition physique (Orvidas *et al.*, 2018), et de la santé en générale (Thomas *et al.*, 2019). Nous avons effectué une traduction de l'instrument original et avons modifié l'attribut étudié « poids » par celui qui est relatif à la « participation aux AVQ ».

L'échelle est composée de 6 questions auxquelles les participants répondent en utilisant une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord). La moitié des items mesurent une conception fixiste (ex. : « pour être honnête, je ne peux pas vraiment améliorer ma participation aux AVQ », item 4), l'autre moitié mesurant une conception de type améliorable (ex. : « je peux changer considérablement mon niveau habituel de participation aux AVQ », item 6). En accord avec Burnette (2010), les items 1, 2 et 4 ont été recodés afin qu'un score élevé traduise une orientation plus forte vers des croyances améliorables relatives aux AVQ ($\alpha = 0,67$).

2.3.2. Sentiment d'auto-efficacité concernant la participation aux AVQ

Nous avons utilisé la version courte de l'échelle d'auto-efficacité professionnelle de Rigotti *et al.* (2008) pour mesurer le sentiment d'efficacité concernant la participation aux AVQ. Cette échelle d'auto-efficacité professionnelle (*occupational self efficacy*) nous a paru pertinente pour identifier un sentiment d'efficacité dans les occupations. Nous l'avons traduite en français et adapté au contexte des AVQ. Nous avons remplacé le terme de « travail » par « participation aux AVQ » pour le rendre cohérent par rapport à notre *mindset* étudié. C'est une échelle Likert en 6 points allant de 1 (pas vrai du tout) à 6 (totalement vrai). L'échelle comporte six items (ex. : « J'atteins les objectifs que je me suis fixés dans mes activités de la vie quotidienne », item 5). Plus le score est élevé, plus le sentiment d'auto-efficacité est élevé ($\alpha = 0,87$).

2.3.3. Intentions de changement de participation aux AVQ

Nous avons utilisé et adapté au contexte des AVQ l'échelle d'Orvidas *et al.* (2018). C'est une échelle Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (presque tous les jours). L'échelle comporte 2 items concernant l'intention de changer le niveau de participation aux AVQ [...] dans les trente prochains jours et dans les six prochains mois. Plus le score est élevé, plus le patient a l'intention de changer son comportement ($\alpha = 0,97$).

2.3.4. Changement de participation aux AVQ par le passé

Comme précédemment, nous avons utilisé et adapté au contexte des AVQ l'échelle d'Orvidas *et al.* (2018). C'est une échelle Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (presque tous les jours). L'échelle comporte trois items et demande aux patients dans quelle mesure ils estiment avoir changé leur niveau de participation aux AVQ « le mois dernier », « dans les six derniers mois » et « dans l'année écoulée ». Plus le score est élevé, plus la personne estime avoir changé son niveau de participation aux AVQ par le passé ($\alpha = 0,88$).

2.3.5. Engagement dans la gestion de sa santé

Afin de pouvoir mesurer l'engagement du patient dans la gestion de sa santé, nous avons traduit le

« Patient Health Engagement » (PHE). L'échelle comporte 5 items relatifs à l'état de santé des patients vis-à-vis desquels ils doivent se positionner à l'aide d'une échelle en 7 points, dont seulement 4 points sont décrits (ex. : « à propos de mon état de santé », *je me sens confus, je suis en alerte, je suis réactif, je me sens positif*). Chaque item peut être complété en indiquant un des 4 états ou les points intermédiaires entre deux états. En accord avec les recommandations de Graffigna *et al.* (2015), lorsque le patient cochant un point intermédiaire, nous enregistrons sa réponse comme une réponse du point inférieur. Plus le score est élevé, plus le patient est engagé dans la gestion de sa santé ($\alpha = 0,88$).

2.4. Statistiques

L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 29. Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué à l'aide d'une analyse de puissance statistique réalisée avec le logiciel G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), afin d'assurer une probabilité de 80 % de détecter un effet de taille moyenne avec un niveau de signification alpha de 0,05. Les résultats ont révélé qu'un échantillon de 21 participants était nécessaire pour avoir une chance raisonnable de détecter des effets. Les analyses descriptives sont présentées sous forme de moyennes et d'écarts types. Des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les types de *mindsets* et les résultats des différents questionnaires. Des analyses de *bootstrap* ont été utilisées pour évaluer si la relation entre les *mindsets* et l'engagement occupationnel et en matière de santé était médiée par le sentiment d'auto-efficacité en utilisant le module Process de SPSS avec 5000 rééchantillonnages (Hayes, 2013 ; Modèle 4). Le *bootstrap* implique le calcul d'un intervalle de confiance (IC) autour de l'effet indirect (c'est-à-dire le chemin à travers le médiateur). Si la valeur zéro se situe en dehors de l'intervalle, l'effet indirect est statistiquement significatif à $p < 0,05$.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives

Notre population comprenait 29 patients adultes toutes pathologies confondues (14 hommes et 15 femmes) d'une moyenne d'âge de 55 ans ($ET = 13,6$) participant à un programme de

réadaptation en ergothérapie en hospitalisation complète et hospitalisation de jour. Les patients étaient malades en moyenne depuis plus de 5 ans ($M = 1\,943$ jours, $ET = 429$) et avaient débuté leur réadaptation depuis presque 2 mois ($M = 59$ jours, $ET = 21,5$) (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Âge	Sexe	Pathologies	Durée de la maladie	Durée de la réadaptation
55 ans (moyenne)	14 hommes 15 femmes	11 personnes (MNSAC) 17 personnes (MS)	429 jours (médiane) Min (18 jours) Max (15043 jours)	21,5 jours (médiane) Min (2 jours) Max (365 jours)

L'ensemble des données descriptives de l'étude est visible dans le tableau 2. Il apparaît tout d'abord que la moyenne sur l'échelle de *mindsets* est de 3,83, ce qui semblerait attester de croyances plutôt de type améliorable au sein de notre population. En lien, la moyenne de sentiment d'auto-efficacité d'une part ($M = 4,37$; échelle de 1 à 6), ainsi que la moyenne d'intention de changements de changements passés d'autre part ($M = 3,93$ et $M = 3,47$ respectivement, sur une échelle de 1 à 5)

sont également plutôt élevées. Dans la mesure où nos patients étaient inclus dans le programme de réadaptation depuis plus presque deux mois, il semble que cette prise en charge se soit traduite positivement sur ces variables. En revanche, il apparaît que la moyenne sur l'échelle de gestion de la santé est plutôt modeste ($M = 2,89$ sur une échelle de 1 à 7), attestant éventuellement des difficultés persistantes des patients à faire face à leur maladie.

Tableau 2 : Statistiques descriptives

	Mindset ^a	Auto-efficacité ^a	Intentions de changements ^b	Changements passés ^b	Gestion de la santé ^c
N	29	29	29	29	29
Manquants	0	0	0	0	0
Moyenne	3,82	4,37	3,93	3,47	2,89
Médiane	3,83	4,40	4,50	3,67	3,00
Ecart-type	0,91	0,86	1,22	1,19	0,61
Minimum	2,00	2,40	1,00	1,00	1,40
Maximum	5,33	5,80	5,00	5,00	4,00

Note. ^a Les scores peuvent varier entre 1 et 6. ^b Les scores peuvent varier entre 1 et 5. ^c Les scores peuvent varier entre 1 et 7.

3.2. Analyses corrélationnelles

À l'appui de nos trois hypothèses principales (H1, H2ab, H3), les corrélations de Pearson révèlent qu'un *mindset* améliorable plus élevé en matière de participation aux AVQ est corrélé positivement au sentiment d'auto-efficacité ($r = 0,447$, $p = 0,017$), à

la fréquence des changements passés ($r = 0,405$, $p = 0,031$), aux intentions de changements futures ($r = 0,394$, $p = 0,039$) et à l'engagement dans la gestion de la santé ($r = 0,427$, $p = 0,024$). En outre, le sentiment d'auto-efficacité est corrélé positivement à l'engagement dans la gestion de la santé ($r = 0,535$, $p = 0,003$) (voir tableau 3).

Tableau 3 : Matrice de corrélation

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mindset	—				
2. Auto-efficacité	0,447 *	—			
3. Intention de changements	0,394 *	0,320	—		
4. Changements passés	0,405 *	0,235	0,661 ***	—	
5. Gestion de la santé	0,427 *	0,535 **	-0,015	0,051	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3. Test de l'effet médiateur de l'auto-efficacité

Des analyses de Bootstrap, il ne ressort aucun effet médiateur de l'auto-efficacité pour l'engagement occupationnel (effets indirects avec IC [-0,19, 0,35] et [-0,28, 0,26] pour intentions de changements et changements passés respectivement) contrairement à l'engagement en matière de santé. En effet, les analyses ont indiqué une relation significative entre les *mindsets* et l'auto-efficacité, $t(28) = 2,55$; $p = 0,017$. À son tour, l'auto-efficacité était un prédicteur significatif de l'engagement en matière de santé, $t(28) = 2,35$, $p = 0,027$. Les résultats du *bootstrap* ont indiqué que l'effet total des *mindsets* sur l'engagement en matière de santé [$t(28) = 2,40$; $p = 0,024$] n'était plus significatif lorsque le médiateur était inclus dans le modèle [effet direct = $t(28) = 1,28$, $p = 0,21$]. De plus, les analyses ont révélé un effet indirect significatif concernant le sentiment d'auto-efficacité, car les IC étaient entièrement au-dessus de zéro (IC [0,13, 0,34]). Ces résultats suggèrent que la relation entre les *mindsets* et l'engagement en matière de santé était entièrement médiée par le sentiment d'auto-efficacité.

3.4. Analyses exploratoires complémentaires

À titre exploratoire, nous avons effectué trois analyses complémentaires. Tout d'abord nous avons comparé les niveaux de *mindsets* entre les femmes ($n = 15$) et les hommes ($n = 14$) afin de déterminer si dans le contexte spécifique des AVQ, il existe une différence entre ces deux populations quant aux croyances relatives à une amélioration potentielle de leurs capacités. La littérature existante dans les autres domaines relatifs à la santé (santé en générale, condition physique, contrôle des émotions, tabagisme) n'a à notre connaissance jamais pris en compte la variable sexe dans ses analyses.

Les résultats du test T de *student* révèlent une différence significative entre les femmes et les hommes ($t = 2,41$, $p = 0,023$, $d = 0,895$). Comme illustré dans la Figure 1 (Fig.1), il apparaît que les femmes ($M = 4,18$; $SD = 0,76$) ont des niveaux de *mindsets* améliorables plus élevés que les hommes ($M = 3,43$; $SD = 0,91$).

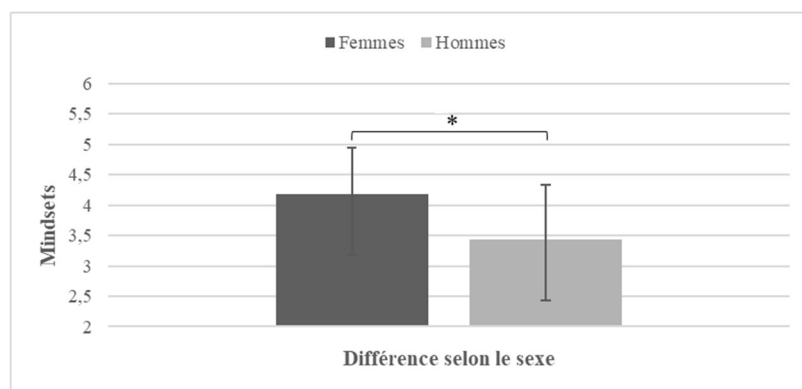


Figure 1. Différences de mindset entre les patients femmes et hommes

Note. * $p < .05$

Ensuite, nous avons comparé les niveaux de *mindsets* en fonction des maladies des patients en lien avec leur caractère irréversible. Pour ce faire nous avons constitué deux groupes en nous appuyant sur la Classification internationale des maladies (CIM-10) du *Bulletin officiel* (2022) et en particulier sur le fait que ces maladies soient présentes ou non au sein de la liste des affections de longue durée (JORF, 2011)². Le groupe labellisé MSNAC ($n = 11$) est composé des « maladies du système nerveux » ainsi que des « maladies de l'appareil circulatoire³ ». L'ensemble des pathologies de ce groupe MSNAC sont classées dans la liste des ALD (Affections de longue durée). Le groupe labellisé MS ($n = 17$) pour « maladies musculosquelettiques » est composé de deux catégories issues de la CIM-10 : les « maladies du

système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif⁴ » et les « lésions traumatiques, empoisonnement et autres conséquences de causes externes ». Dans ce groupe, les maladies représentées sont rarement considérées comme une ALD.

Les résultats du test T de *student* révèlent une différence qui approche le seuil de significativité entre le groupe MSNAC et MS ($t = -1,62$, $p = 0,059$, $d = -0,625$). Comme illustré dans la Figure 2 (Fig.2), il apparaît que les patients du groupe « maladies musculosquelettiques » ($M = 3,94$; $SD = 0,79$) ont des niveaux de *mindsets* améliorables plus élevés que les patients du groupe « maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire » ($M = 3,73$; $SD = 0,99$).

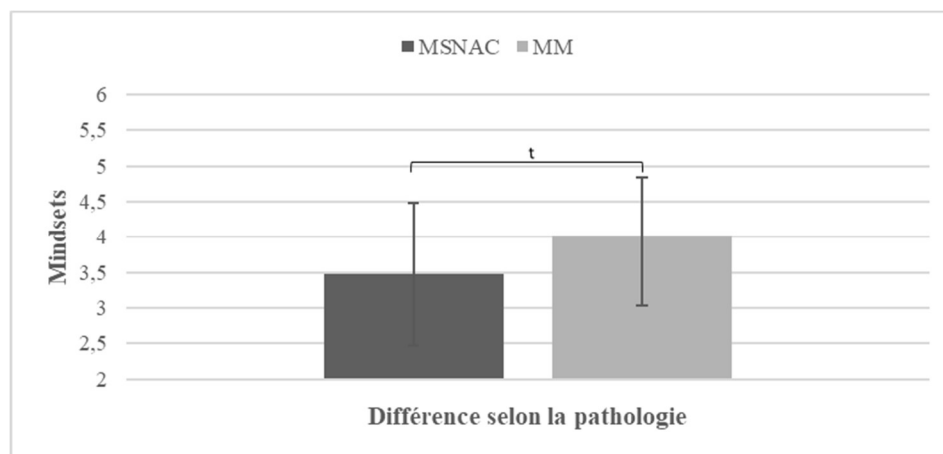


Figure 2. Différences de mindset selon la pathologie des patients : maladies du système nerveux ou de l'appareil circulatoire (MSNAC) vs. maladies musculosquelettiques (MM)

Note. ^t $p < .06$. MSNAC = maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire ; MM = maladies musculosquelettiques

². Nous avons exclu un patient de notre classification en deux groupes qui avait une maladie infectieuse (zona). Le zona correspondant en effet selon la CIM-10 à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » et ne pouvait par conséquent pas être apparié à l'un de nos deux groupes.

³. Au sein de notre population, les « maladies du système nerveux » regroupent des pathologies en lien avec le système nerveux central comme la sclérose en plaques et d'autres pathologies en lien avec le système nerveux périphérique : Guillain Barré, dystrophie myotonique, myopathie spinale. Les « maladies de l'appareil

circulatoire » comprennent dans notre population des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral invalidant, correspondant à une pathologie du système nerveux central.

⁴. Parmi les patients de cette étude, les « maladies musculosquelettiques » concernent les personnes ayant une spondylarthrite ankylosante, une lombalgie chronique, un syndrome douloureux régional complexe, une discopathie, une hernie discale, une prothèse à l'épaule.

Enfin, nous avons comparé les niveaux de *mindsets* entre les groupes de patients qui avaient ($n = 12$) ou pas ($n = 17$) suivi au préalable un programme de réadaptation. Les résultats du test T de *student* ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes ($t = 0,634$, $p = 0,531$, $d = -0.239$).

4. Discussion

L'objectif de cette étude exploratoire était d'analyser pour la première fois le rôle des *mindsets* dans le champ de l'ergothérapie, répondant ainsi à un appel de la communauté des professionnels de santé de s'intéresser aux prédispositions individuelles dans la prise en charge du patient. Plus spécifiquement, il s'agissait de voir dans quelle mesure ces croyances potentiellement limitantes dont peuvent être porteurs les patients sont liées à leur engagement dans les occupations. Dans la mesure où les AVQ sont un élément fondamental de la prise en charge, nous avons choisi de mesurer les *mindsets* des patients concernant leur « participation aux AVQ ».

Dans l'ensemble les résultats sont en accord avec nos hypothèses. Nous observons en effet un lien positif entre *mindsets* améliorables en matière de participation aux AVQ, sentiment d'auto-efficacité, fréquence des changements passés, intentions de changements futures et engagement dans la gestion de la santé. Ainsi, à l'instar d'autres domaines relatifs à la santé (e.g., contrôle du poids, tabagisme, gestion des émotions), la croyance sur soi-même que « tout est joué d'avance » ou au contraire que des « voies d'amélioration sont envisageables » pourrait être importante à prendre en compte pour faciliter l'accompagnement du patient. En outre, le sentiment d'auto-efficacité semble jouer un rôle central dans la relation entre *mindset* améliorable et engagement dans la gestion de la santé comme le montrent nos analyses de médiation. Même si ce résultat mérite d'être confirmé dans le cadre d'études futures, il est en accord avec la proposition d'Orvidas *et al.* (2018) quant au rôle médiateur joué par cette variable.

Dans cette perspective, il apparaît dans nos données que les femmes seraient plus à même que les hommes d'adopter une vision améliorable de leurs compétences, ce qui pourrait donner lieu par

la suite à un engagement plus soutenu dans la réadaptation se traduisant par des niveaux d'efforts déployés plus importants, des attitudes plus positives envers les conseils émis ainsi qu'une réduction de la détresse psychologique en cas d'échec (Burnette *et al.*, 2020). Ce résultat très exploratoire, mérite d'être confirmé pour fournir des hypothèses d'explications plus précises par la suite. De plus, les patients porteurs de maladies dont le caractère irréversible semble moins avéré (ici maladies musculosquelettiques comparativement aux maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire) seraient plus à même d'améliorer leur participation aux AVQ. Idéalement, nous pensons que l'individualisation de la prise en charge devrait passer en partie par la prise en compte de ces facteurs, bien qu'aucune étude à ce jour ne valide cette proposition.

Limites

Notre étude présente un certain nombre de limites qui devront être prises en compte dans le cadre d'études futures. Tout d'abord, la taille relativement modeste de notre échantillon de patients ($N = 29$), bien qu'elle permette de détecter un effet de taille moyenne avec une probabilité de 80 %, nous invite à faire preuve de prudence dans l'interprétation de nos résultats. Cela met en lumière les difficultés auxquelles sont souvent confrontés les chercheurs voulant interroger des patients en soins courants. Ensuite, notre recherche est une étude transversale non contrôlée. Par conséquent, notre étude exploratoire, par son design, nous a permis d'établir des liens corrélationnels et non des relations de causalité entre *mindset* et engagement. Tester des liens de causalité nécessiterait de réaliser une étude dite interventionnelle en comparant un groupe contrôle et expérimental, ainsi qu'une affectation aléatoire des patients à l'un de ces deux groupes. Dans le domaine éducatif, un nombre croissant d'études (voir Dweck et Yeager, 2020) révèle depuis une dizaine d'années qu'une intervention reposant sur une modification des *mindsets* vers le pôle améliorable permet par exemple d'accroître la motivation à apprendre d'adolescents en éducation spécialisée (Rhew *et al.*, 2018) ou l'engagement d'élèves en mathématiques (Blackwell *et al.*, 2007).

Au regard des limites de notre étude exploratoire, et dans la perspective d'implémenter une intervention psychosociale efficace (Cohen et Garcia, 2014 ; Yeager et Walton, 2011), différents critères pourraient être important à prendre en compte par les chercheurs et professionnels de santé pour amener progressivement les patients à réaliser que leurs compétences ne sont pas définitivement figées :

- Cibler une population précise (e.g., hommes porteurs d'ALD) pour adapter l'intervention. Dans notre étude, nous avons réalisé des analyses *a posteriori* pour comparer, d'un côté, les hommes et les femmes, et, de l'autre, les personnes souffrant de maladies de type musculosquelettique ou du système nerveux et de l'appareil circulatoire.

- Avoir un *timing* adéquat : les interventions psychosociales seraient plus efficaces lors de périodes de transitions (e.g., début du programme de réadaptation). Dans la présente étude, les questionnaires ont été complétés à différents moments de la réadaptation et donc ce facteur n'était pas contrôlé.

- Avoir un contexte approprié : l'intervention doit se dérouler dans un lieu habituel et cohérent pour la population ciblée (e.g., en cabinet, en clinique, faite par les professionnels de santé habituels, à domicile). Nos questionnaires ayant été remplis dans des lieux différents, à domicile ou à l'hôpital, nous pouvons supposer que les lieux de passations influencent l'auto-évaluation en mobilisant des identités différentes pouvant modifier la perception de soi (Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987).

- Cadrer l'intervention comme une opportunité d'apprentissage à saisir plus que comme une « simple » aide supplémentaire. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande justement de soutenir l'engagement des patients dans leurs propres soins ou projets de vie, à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique en développant notamment les programmes d'ETP (HAS, 2020).

Nous avons dans notre étude cherché à caractériser l'engagement du patient, grâce à une échelle courte de changements passés et d'intentions futures de changements (Orvidas *et al.*, 2018), ainsi que par

une échelle mesurant l'engagement du patient dans la gestion de sa santé. Notre étude évaluait la participation dans certaines AVQ, mais il est difficile de déterminer si celles-ci ont été perçues comme des occupations par les participants. Il serait intéressant de caractériser non pas une intention ou « prédiction » d'engagement du patient à travers la « participation aux AVQ », mais l'engagement réel du patient à travers ses occupations grâce à d'autres outils utilisés en ergothérapie, comme le MOHOST (Kielhofner *et al.*, 2010) ou la MCRO (Law *et al.*, 2014), par exemple. Pour cela, une étude longitudinale pourrait être envisagée afin de mesurer une évolution de l'engagement du patient dans le temps. En outre, l'utilisation par tous les ergothérapeutes participants à l'étude, d'un même outil faisant référence à un paradigme défini, permettrait d'homogénéiser le type de réadaptation reçu par les patients, renforçant ainsi un contrôle du contexte de l'intervention.

5. Conclusion

La prise en compte des *mindsets* des patients semble utile pour évaluer leur disposition à participer aux AVQ. En ergothérapie, cette approche pourrait permettre :

- d'identifier le moment optimal pour la réadaptation en fonction de la motivation du patient et des recommandations de prise en charge de sa pathologie ;

- d'adapter les séances en fonction de l'intention d'engagement du patient, en renforçant la relation thérapeutique si nécessaire. En effet, Verberg et collaborateurs (2022) ont montré chez des adolescents déficients intellectuels qu'une intervention sur les *mindsets* a des effets positifs sur l'alliance thérapeutique ;

- de planifier les visites à domicile lorsque le patient est le plus enclin à s'engager dans ses occupations, en tenant compte des effets positifs des *mindsets* améliorables sur la motivation et l'engagement (Betsy, 2018) ;

- d'éviter de nourrir un *mindset* de type fixiste en adaptant les pratiques professionnelles, car la pratique systématique de l'évaluation par exemple peut diminuer l'engagement du patient (Dweck et Yeager, 2020). En effet, il a été montré par exemple dans un contexte académique que

les feedbacks négatifs en termes de notes avaient tendance à favoriser des stratégies non fonctionnelles (e.g. impuissance) entraînant des émotions négatives ;

- o de définir des objectifs de réadaptation accessibles en accord avec le *mindset* du patient, en évitant de fixer des objectifs difficiles qui pourraient diminuer l'engagement, et en se concentrant plutôt sur des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel) à court terme.

Pour conclure, un patient anonyme atteint du syndrome de Guillain-Barré, a écrit sur son questionnaire « ne dépend pas de moi, dépend de la maladie ». Vraisemblablement, ce patient serait porteur d'un *mindset* de type fixiste qui l'amène à considérer que c'est la maladie qui détermine majoritairement sa participation aux AVQ. Identifier le type de *mindsets* dans lequel se trouve le patient

à un instant T, puis les modifier le cas échéant, pourrait permettre d'affiner la prise en charge ergothérapique et ainsi mieux aider les patients à développer une vision positive d'eux-mêmes et de leur potentiel de rétablissement.

Remerciements

Les auteurs remercient l'hôpital J. Rebeyrol de Limoges ainsi que le Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle André-Lalande de Noth, et en particulier les ergothérapeutes pour leur implication dans la passation des questionnaires. Nous remercions également l'ensemble des patients pour leur participation à cette étude.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie

- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88, 87-99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., & Bosio, A. C. (2014). The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: A lexicographic literature review. *The Journal of Participatory Medicine*, 6:e9
- Betsy, N. G. (2018). The neuroscience of growth mindset and intrinsic motivation. *Brain Sciences*, 8, Article 2. <https://doi.org/10.3390/brainsci8020020>
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development*, 78, 246-263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x>
- Bulletin officiel (2022). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR A USAGE PMSI* (publication n° 2022/9 bis). <https://sante.gouv.fr/fichiers/bos/2022/2022.9bis.BOS.pdf>
- Bunda, K., & Busseri, M. A. (2017). Lay theories of health, self-rated health, and health behavior intentions. *Journal of Health Psychology*, 24, 979-988. <https://doi.org/10.1177/1359105316689143>
- Burnette, J. L. (2010). Implicit theories of body weight: Entity beliefs can weigh you down. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 410-422. <https://doi.org/10.1177/0146167209359768>
- Burnette, J. L., Knouse, L. E., Vavra, D. T., O'Boyle, E., & Brooks, M. A. (2020). Growth mindsets and psychological distress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 77, 101816. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101816>
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. De Boeck Supérieur.
- Cloutier, C., Poulin, M.-M., & Sauvé, M. (2018). *Classification internationale. Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)*. RIPPH. <https://www.decitre.fr/livres/classification-internationale-9782922213614.html>

- Code de l'action sociale et des familles (mai 2024). *Article Annexe 2-5*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/
- Cohen, G. L., & Garcia, J. (2014). Educational theory, practice, and policy and the wisdom of social psychology. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1, 13-20. <https://doi.org/10.1177/2372732214551>
- Congard, A., Le Vigouroux, S., Antoine, P., Andreotti, E., & Perret, P. (2022). Psychometric properties of a French version of the Implicit Theories of Emotion Scale. *European Review of Applied Psychology*, 72, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100728>
- Dweck, C. S. (2010). *Changer d'état d'esprit : une nouvelle psychologie de la réussite*. Editions Mardaga.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.95.2.256>
- Dweck, C. S., & Yeager, D. S. (2020). A growth mindset about intelligence. In G. M. Walton & A. J. Crum (Eds.), *Handbook of wise interventions: How social psychology can help people change* (pp.9-35). The Guilford Press.
- Ehrlinger, J., Burnette, J. L., Park, J., Harrold, M. L., & Orvidas, K. (2017). Incremental theories of weight and healthy eating behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 47, 320-330. <https://doi.org/10.1111/jasp.12439>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00274>
- Haute Autorité de Santé (2020). *Certification des établissements de santé—Fiche pédagogique—Engagement patient et usager*.
- Hayes, A. F. (2013). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process.pdf>
- Issaieva, É. (2013). Les conceptions de l'intelligence chez les élèves en fin du primaire en France. *Enfance*, 4, 393-413. <https://doi.org/10.3917/enf1.134.0393>
- James, A. (2014). Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (pp. 538-578). https://soundideas.pugetsound.edu/faculty_pubs/1702
- Journal Officiel de la République Française (janvier 2011). *Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré* (publication n° 0017). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/JO/2011/01/21/0017https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Journal officiel de la République française (juillet 2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute* (publication n° 0156). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., et Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL1. *The Gerontologist*, 10, 20-30. https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Kielhofner, G., Fan, C.-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., Lee, S. W., & Taylor, R. R. (2010). A psychometric study of the model of human occupation screening tool (Mohost). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20, 63-70. <https://doi.org/10.1016/S1569-18611170005-5>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy*. CAOT Publications ACE.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2016). *Hanneke van Bruggen*. Conférence ENOTHE.

- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- OMS (Éd.) (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.
- Orvidas, K., Burnette, J. L., & Russell, V. M. (2018). Mindsets applied to fitness: Growth beliefs predict exercise efficacy, value and frequency. *Psychology of Sport and Exercise*, 36, 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.02.006>
- Orvidas, K., Burnette, J. L., Schleider, J. L., Skelton, J. A., Moses, M., & Dunsmore, J. C. (2020). Healthy body, healthy mind: A mindset intervention for obese youth. *The Journal of Genetic Psychology*, 181, 443-457. <https://doi.org/10.1080/00221325.2020.1796573>
- Parent, M. C., & Alquist, J. L. (2016). Born fat: The relations between weight changeability beliefs and health behaviors and physical health. *Health Education & Behavior*, 43, 337-346. <https://doi.org/10.1177/1090198115602266>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Rhew, E., Piro, J. S., Goolkasian, P., & Cosentino, P. (2018). The effects of a growth mindset on self-efficacy and motivation. *Cogent Education*, 5, 1492337. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2018.1492337>
- Rigotti, T., Schyns, B., et Mohr, G. (2008). A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries. *Journal of Career Assessment*, 16, 238-255. <https://doi.org/10.1177/1069072707305763>
- Schroder, H. S. (2021). Mindsets in the clinic: Applying mindset theory to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 83, 101957. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101957>
- Schyns, B., et von Collani, G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11, 219-241. <https://doi.org/10.1080/13594320244000148>
- Shelton, E., et al. (2021). Engagement and adherence with a web-based prehabilitation program for patients awaiting abdominal colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 25, 3198-3207. <https://doi.org/10.1007/s11605-021-05171-2>
- Soeker, M. S. (2012). The development of the Model of Occupational Self Efficacy: An occupational therapy practice model to facilitate returning to work after a brain injury. *Work*, 43, 313-322. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1412>
- Thai, C. L., Coa, K. I., & Kaufman, A. R. (2018). Implicit theories of smoking and association with current smoking status. *Journal of Health Psychology*, 23, 1234-1239. <https://doi.org/10.1177/1359105316648483>
- Thomas, F. N., Burnette, J. L., & Hoyt, C. L. (2019). Mindsets of health and healthy eating intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 49, 372-380. <https://doi.org/10.1111/jasp.12589>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT).
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorisation theory*. New York: Basil Blackwell.
- Verberg, F., Helmond, P., Otten, R., & Overbeek, G. (2022). Effectiveness of the online mindset intervention « The Growth Factory » for adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 35, 217-230. <https://doi.org/10.1111/jar.12941>
- Yeager, D. S., Hanselman, P., Walton, G. M., Murray, J. S., Crosnoe, R., Muller, C., Tipton, E., Schneider, B., Hulleman, C. S., Hinojosa, C., Paunesku, D., Romero, C., Flint, K., Roberts, A., Trott, J., Iachan, R., Buontempo, J., Man Yang, S., Carvalho, C. M. ... & Dweck, C. S. (2019). A national experiment reveals where a growth mindset improves achievement. *Nature*, 573, 364-369. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1466-y>
- Yeager, D. S., & Walton, G. M. (2011). Social-psychological interventions in education: They're not magic. *Review of Educational Research*, 81, 267-301. <https://doi.org/10.3102/0034654311405999>

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 6 « Totalelement d'accord ».

	<u>Pas du tout d'accord</u>	<u>Pas d'accord</u>	<u>Pas trop d'accord</u>	<u>Plutôt d'accord</u>	<u>D'accord</u>	<u>Totalement d'accord</u>
1. J'ai un certain niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) et je ne peux pas faire grand-chose pour le changer.	1	2	3	4	5	6
2. Ma capacité à participer aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) est quelque chose que je ne peux pas beaucoup changer.	1	2	3	4	5	6
3. Peu importe qui je suis, je peux considérablement changer ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
4. Pour être honnête, je ne peux pas vraiment améliorer ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
5. Je peux changer substantiellement ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
6. Je peux changer considérablement mon niveau habituel de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Pas vrai du tout » à 6 « Totalelement vrai ».

	<u>Pas vrai du tout</u>	<u>Pas vrai</u>	<u>Pas trop vrai</u>	<u>Plutôt vrai</u>	<u>Vrai</u>	<u>Totalement vrai</u>
1. Je peux rester calme face aux difficultés quand je participe à mes activités de la vie quotidienne parce que je peux compter sur mes capacités.	1	2	3	4	5	6
2. Quand je suis confronté à un problème concernant ma participation à mes activités de la vie quotidienne, je peux généralement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4	5	6
3. Quoi qu'il arrive lorsque je participe à mes activités quotidiennes, je peux généralement le gérer.	1	2	3	4	5	6
4. Mes expériences passées dans mes activités de la vie quotidienne m'ont bien préparé à des changements dans ma participation.	1	2	3	4	5	6
5. J'atteins les objectifs que je me suis fixés dans mes activités de la vie quotidienne.	1	2	3	4	5	6
6. Je me sens préparé pour la plupart des imprévus quand je participe à mes activités de la vie quotidienne.	1	2	3	4	5	6

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Jamais » à 5 « Presque tous les jours ».

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Toutes les semaines</u>	<u>Plusieurs fois par semaine</u>	<u>Presque tous les jours</u>
1. A quelle fréquence avez-vous l'intention de changer votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) durant le prochain mois (les 30 prochains jours) ?	1	2	3	4	5
2. A quelle fréquence avez-vous l'intention de changer votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) durant les six prochains mois ?	1	2	3	4	5

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Jamais » à 5 « Presque tous les jours ».

1. Dans quelle mesure estimez-vous avoir changé votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne par le passé ?

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Toutes les semaines</u>	<u>Plusieurs fois par semaine</u>	<u>Presque tous les jours</u>
- Le mois dernier	1	2	3	4	5
- Dans les 6 derniers mois	1	2	3	4	5
- Dans l'année écoulée	1	2	3	4	5

« Moi et les autres » : Intérêt, limites et perspectives d'un outil pédiatrique d'autodétermination des objectifs autour des habiletés sociales

Clémence Orain^{1,2}, MSc in Occupational Therapy, PhD Candidate in Medical Sciences

¹ Department of Neurobiology, Care Sciences and Society (NVS), Research Group Narrative in Health and Social Care, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

² University of Applied Sciences and Arts of Western Switzerland (HETSL | HES-SO), Research Laboratory of Health and Social Work (LaReSS), Lausanne, Switzerland

Reçu le : 5 juin 2024

Accepté le : 6 décembre 2024

DOI : 10.60856/fjot-2024-2-1-0024

Autrice correspondante : Clémence Orain, clemence.orain@hes-so.ch

Résumé

Contexte

La socialisation est fondamentale pour le développement et le bien-être. Les défis rencontrés par certains enfants dans le domaine des habiletés sociales soulignent un besoin de soutien. Si l'ergothérapie offre une approche holistique pour favoriser la participation sociale, les outils spécifiques pour explorer ce domaine restent limités. « Moi et les autres », un nouvel outil pour faire émerger des objectifs mettant en jeu les habiletés sociales, vise à combler ce manque et à promouvoir une pratique centrée sur la personne.

Objectif

Investiguer dans quelle mesure l'utilisation de « Moi et les autres » peut favoriser l'exploration du domaine des habiletés sociales dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes.

Matériel et méthodes

Cette étude utilise une méthodologie mixte. Un questionnaire en ligne a permis de recueillir des données quantitatives et un recueil de données qualitatives par focus groups a été mené auprès d'ergothérapeutes.

Résultats

Si les trente-trois réponses au questionnaire en ligne ont fait émerger des éléments clés, les données qualitatives collectées auprès de dix ergothérapeutes ont permis d'approfondir. Quatre thèmes ont émergé décrivant le besoin d'un outil spécifique dans le domaine des habiletés sociales, l'exploration des motivations pour l'utilisation de « Moi et les autres », les obstacles à son utilisation, ainsi que ses ressources et perspectives de développement.

Conclusion

Si « Moi et les autres » offre un support visuel pour soutenir l'exploration des habiletés sociales, des défis limitent son utilisation pratique. Des ajustements ont été apportés pour améliorer son utilisabilité. Les implications pour la recherche future sont discutées.

Mots clés

Ergothérapie, Habiletés sociales, Objectifs thérapeutiques, Outil d'évaluation pédiatrique, Pratique centrée sur la personne

Introduction

La socialisation est le processus par lequel un individu intègre les différentes composantes de la culture environnante, telles que les valeurs, les normes, les codes symboliques et les règles de conduite, afin de participer pleinement à la vie en société (Larousse, 2024 ; Rocher, 2011).

L'appartenance sociale fait partie des besoins psychosociaux fondamentaux, soulignant la nécessité pour l'être humain d'interagir avec autrui pour son développement et son bien-être (Pourtois & Desmet, 2004). La socialisation commence dès la naissance au sein d'une atmosphère sociale riche en interactions avec les objets et les personnes favorisant la co-construction d'une réalité sociale partagée (Zaouche-Gaudron, 2002). Le besoin d'entretenir des relations sociales va également dans le sens de la définition de la santé conçue comme « un état de complet bien-être physique, psychologique et social » (OMS, 1946). Le processus global de socialisation repose sur le développement des habiletés sociales, des composantes essentielles pour établir des relations sociales (Grusec & Hastings, 2014, p. 3). Les habiletés sociales représentent un répertoire de comportements façonné par l'histoire et la culture de la société (Liratni, 2020). Elles se manifestent à travers des comportements verbaux et non verbaux complexes, résultant de processus cognitifs et affectifs, visant à faciliter une adaptation optimale dans divers milieux de vie (Fallourd & Madieu, 2017 ; Losada, 2018). La classification des habiletés sociales en cinquante items, proposée par Goldstein (1999) a été traduite en français par Royer, Morand et Gendron en 2005 et a connu des ajouts par Desjardins, Thibault et Bourgeois-Boulanger en 2012. À titre d'exemple, on retrouve dans cette classification des items tels que : amorcer une conversation, se joindre à un groupe, s'excuser ou encore comprendre les émotions d'une autre personne. Le développement de la version test de « Moi et les autres » s'appuie sur cette classification des habiletés sociales.

Les enfants en situation de handicap font souvent face à des défis dans le domaine des relations sociales avec leurs pairs (Dayan *et al.*, 2024 ; McGregor *et al.*, 2023 ; Musetti *et al.*, 2019). Ils sont notamment plus à risque de se retrouver en situation d'isolement (Heiman & Olenik-Shemesh,

2020 ; Musetti *et al.*, 2019 ; Watson & Keith, 2002). Parmi eux, on trouve des enfants présentant un Trouble du spectre autistique (TSA), des profils à haut potentiel intellectuel et d'autres particularités qui influent sur leur manière spécifique d'interagir avec autrui (HAS, 2018). Alors que la plupart des enfants développent ces habiletés par imitation, ceux ayant des particularités neurodéveloppementales peuvent nécessiter un enseignement explicite, car ces comportements ne se manifestent pas toujours spontanément (Liratni, 2020). Finalement, les habiletés sociales jouent un rôle essentiel dans les interactions sociales des enfants, favorisant leur capacité à établir des contacts, à s'entendre avec leurs pairs, à collaborer et à trouver leur place au sein de la société. Cependant, il est essentiel de reconnaître que les difficultés sociales ne se limitent pas uniquement à un domaine, car l'énergie investie dans d'autres aspects de la vie de l'enfant peut également affecter sa capacité à socialiser (Liratni, 2020). Cela souligne l'importance de prendre en compte la globalité des besoins de l'enfant, en mettant en lumière les interactions complexes entre les différentes sphères de sa vie (Morel-Bracq, 2017).

L'ergothérapeute évalue la participation de l'enfant dans son environnement pour identifier les situations de handicap et les ressources dans ses occupations quotidiennes (Alexandre *et al.*, 2010 ; Morel-Bracq, 2017). En partenariat avec l'enfant et ses parents, l'ergothérapeute élabore ensuite des objectifs et un plan de traitement pour favoriser sa participation (Alexandre *et al.*, 2010). Les ergothérapeutes justifient leur intervention dans le domaine des habiletés sociales en mettant en avant des concepts fondamentaux de la profession, notamment la prise en compte des capacités de la personne en relation avec son environnement et l'occupation visée (Orain, 2021). Par l'approche holistique qui caractérise ses interventions, l'ergothérapeute prend en compte les comportements d'exclusion – à savoir des actions ou attitudes qui marginalisent ou isolent des personnes –, une problématique souvent négligée par d'autres professionnels (Hammell, 2006 ; cité par Wener *et al.*, 2009). En particulier, il a pour mission de soutenir le développement des habiletés sociales (jeu, communication, etc.) et de favoriser le transfert des compétences acquises dans des situations écologiques (Alexandre *et al.*, 2010, p. 193 ;

Rodger & Kennedy-Behr, 2017). Néanmoins, la littérature existante explique que le domaine des habiletés sociales renferme des éléments qui ont tendance à s'entremêler, rendant complexe sa compréhension (Fallourd & Madieu, 2017 ; Liratni, 2020). En Amérique du Nord, il existe un grand nombre d'évaluations dans ce domaine, permettant d'adapter le bilan à chaque situation dans un contexte anglophone (Demaray *et al.*, 1995). En français, ces outils sont peu nombreux et peu spécifiques.

Développement de l'outil

Contexte

Un outil pédiatrique d'autodétermination des objectifs d'accompagnement autour des habiletés sociales a été élaboré sur le modèle d'OT Hope (Outil thérapeutique pour l'autodétermination d'objectifs pédiatriques en ergothérapie) créé par deux ergothérapeutes (Perrault & Giroux, 2021) : « Moi et les autres ». OT Hope est un outil thérapeutique pour l'autodétermination d'objectifs pédiatriques en ergothérapie (Perrault & Giroux, 2021). Il a pour objectif de soutenir l'implication de l'enfant en lui permettant de s'auto-évaluer dans ses occupations et ainsi de choisir ses objectifs en ergothérapie. Le projet de création de « Moi et les autres » s'inspire d'expériences personnelles, professionnelles, et des conclusions d'un précédent travail de recherche (Orain, 2022). La base de notre intervention en ergothérapie étant la pratique centrée sur la personne, même si les difficultés sont relevées par les parents, elles font rarement partie des objectifs en ergothérapie, car il est difficile d'évoquer les problématiques liées aux relations sociales avec les enfants. Les informations récoltées dans une précédente étude (Orain, 2022) croisées

avec la littérature (Goldstein, 1999 ; Saint-Laurent & Moss, 2002) ont permis d'imaginer 88 cartes-items balayant 6 sphères des habiletés sociales pour la version test, à savoir : communication ; sentiments et émotions ; solutions de rechange à l'agression ; collaboration et coopération ; gestion du stress ; attention et planification. L'attention et la planification sont des processus cognitifs de haut niveau faisant partie des fonctions exécutives et pouvant exercer une influence sur les habiletés sociales (Benavides-Nieto *et al.*, 2017 ; Romero-López *et al.*, 2018). Une reformulation des catégories et items retrouvés dans la littérature a été effectuée afin d'être compréhensibles par les enfants.

Utilisation

L'ergothérapeute présente des cartes-items à l'enfant qui place chacune d'elles dans la colonne correspondant à son rendement actuel : « c'est facile », « c'est difficile » ou « je ne fais pas » (Fig. 1). Ensuite, une discussion avec l'enfant a pour but de le valoriser sur les items qu'il fait facilement, de le questionner sur ceux qu'il aimerait réaliser de façon plus indépendante, et de connaître les causes et conséquences de ses difficultés pour sélectionner des items dans lesquelles il aimerait progresser. Les cartes-items ont pour but de lancer la construction d'objectifs en ergothérapie, avec la nécessité de remettre chacune d'elles dans son contexte occupationnel pour en faire un objectif SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini). Cet outil est agrémenté de questionnaires à destination des parents et du personnel enseignant pour recueillir leur perception et présélectionner les items à proposer à l'enfant.



Figure 1. Extrait de la version test de « Moi et les autres » (septembre 2022)

Question de recherche

Au regard des questionnements professionnels et de la littérature existante, il ressort que l'ergothérapeute manque d'outils pour faire émerger des occupations problématiques en lien avec les habiletés sociales des enfants. « Moi et les autres » semble être un outil pertinent pour aborder ce domaine et soutenir les ergothérapeutes dans l'élaboration d'objectifs plus spécifiques à ce dernier.

La question de recherche est la suivante : **dans quelle mesure l'utilisation de « Moi et les autres » peut-elle favoriser l'exploration des habiletés sociales dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes ?** Les hypothèses suivantes sont formulées : 1) l'intégration de cet outil à la pratique des ergothérapeutes permet d'explorer davantage les habiletés sociales des enfants ; 2) l'utilisation de l'outil conduit à une augmentation des objectifs d'accompagnement en ergothérapie dans le domaine des habiletés sociales ; 3) s'appuyer sur l'outil permet de renforcer l'efficacité des accompagnements dans le domaine des habiletés

sociales par une approche plus ciblée et basée sur l'autodétermination de l'enfant.

Matériel et méthodes

Design de l'étude

L'utilisation d'une méthodologie mixte est pertinente pour explorer la pertinence d'un outil d'évaluation (Creswell, 2018), ici « Moi et les autres ». La méthodologie appliquée pour cette étude est mixte, de type « enchaînement », impliquant l'utilisation des résultats de la méthode quantitative comme base pour la méthode qualitative (Creswell, 2014 ; 2018). La *collecte de données quantitatives* a été faite par le biais d'un questionnaire exploratoire. Le *recueil de données qualitatives* a été réalisé par l'intermédiaire de deux *focus groups* (Krueger, 2014 ; Nayar & Stanley, 2024).

Recueil de données

Le *questionnaire* exploratoire a été diffusé *via* les réseaux sociaux et par courrier électronique auprès

de groupes d'ergothérapeutes en pédiatrie en octobre 2021. L'objectif était de recueillir les habitudes de pratique actuelles des ergothérapeutes travaillant avec des enfants rencontrant des difficultés sociales pour explorer l'intérêt d'un outil d'autodétermination des objectifs dans ce contexte. Le questionnaire était hébergé par Google Forms® et aucune donnée personnelle sensible n'a été collectée pour respecter les normes RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Lors des *focus groups*, le rôle de la modératrice était de mener la discussion, faciliter l'interaction entre les participants et les encourager à partager leurs expériences (Eymard & Thuilier, 2020) concernant l'utilisation de « Moi et les autres », avec des questions telles que : *Pouvez-vous décrire l'expérience que vous avez faite en*

utilisant « Moi et les autres » avec les enfants ? Les *focus groups* ont été enregistrés par voie audio et retranscrits textuellement. Des notes ont été prises par la modératrice lors de chaque *focus group* concernant les expressions corporelles et faciales des participants (Creswell, 2014). Les participants ont reçu une note d'informations sur l'étude et ont signé un formulaire de consentement pour leur participation à cette dernière.

Participants

Trente-huit ergothérapeutes travaillant dans diverses structures d'accompagnement auprès d'une population pédiatrique ont répondu au questionnaire exploratoire (Fig. 2).

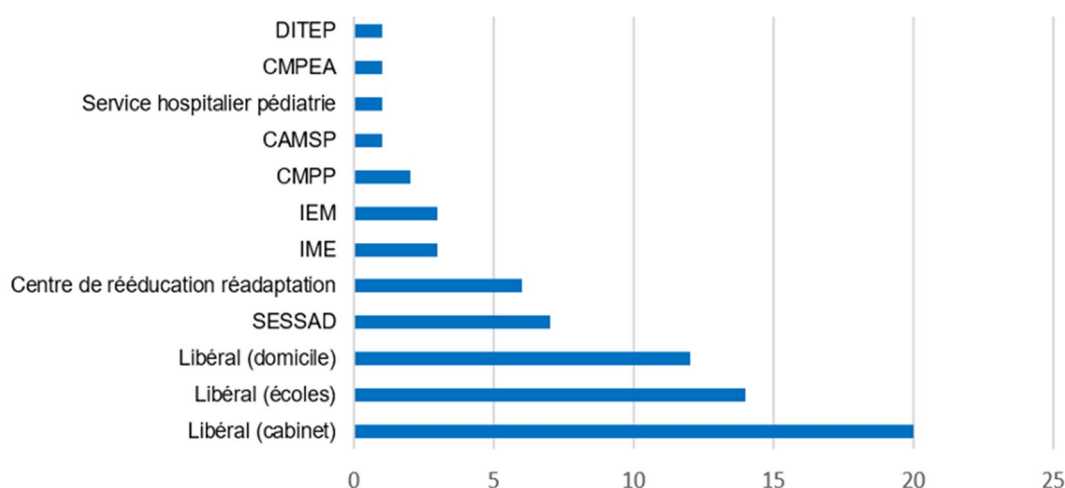


Figure 2 : Répartition des ergothérapeutes répondants en fonction de leur secteur d'activité

DITEP : Dispositif intégré des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ; CMPEA : Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents ; CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce ; CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique ; IEM : Institut d'éducation motrice ; IME : institut médico éducatif ; SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

À la suite de ce questionnaire, un mail a été envoyé aux ergothérapeutes ayant exprimé leur intérêt à tester l'outil, auquel treize ont répondu positivement pour recevoir la version test de septembre 2022 et l'expérimenter pendant sept mois. Finalement, dix ergothérapeutes ont participé aux *focus groups* finaux, deux ergothérapeutes n'ayant pas réussi à intégrer l'outil dans leur pratique et une n'ayant pas répondu aux sollicitations. Le premier *focus group* a réuni quatre ergothérapeutes en présentiel dans un

environnement neutre et le deuxième six ergothérapeutes en distanciel *via Zoom*®.

Analyse des données

Concernant l'analyse quantitative des questionnaires, des statistiques descriptives ont permis de dégager les tendances de pratique actuelle des ergothérapeutes (Creswell, 2014). L'analyse qualitative des *focus groups* a été effectuée par l'autrice et selon l'approche de la table longue qui

aide à organiser les données systématiquement et leur donne une perspective plus visuelle (Krueger, 2014). Elle consistait à coder, à interroger, à prendre des notes, à réfléchir et à explorer les données d'entretien pour des thèmes d'intérêt. L'approche de la table longue se déroulait en quatre étapes. Lors de la *première étape*, les focus groups enregistrés ont été retranscrits textuellement. Pour la *deuxième étape*, le codage a été effectué simultanément pour les deux focus groups. Des notes ont été prises tout au long de cette période afin de mettre du sens derrière les codes et faciliter les étapes suivantes de l'analyse. Pendant la *troisième étape*, les codes ont été regroupés en catégories, les citations ont été sélectionnées et un résumé a été rédigé pour chacune des catégories. La *quatrième étape* a consisté à réviser les catégories et les organiser en thèmes. L'ensemble des données collectées a été anonymisé. Un pseudonyme a été utilisé pour rapporter les paroles des participants.

Résultats

Les résultats de la collecte de données quantitatives et les réponses aux questions ouvertes du questionnaire diffusé seront présentés en premier car celui-ci visait à identifier les besoins et l'intérêt pour l'utilisation de « Moi et les autres » dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes.

Du besoin naît la demande

Selon l'*intégralité* des répondants, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le développement et le soutien des habiletés sociales des enfants. Les mandats en ergothérapie sont tournés vers les habiletés sociales dans seulement 21,1 % des cas. Dans 68,4 % des cas, les parents mentionnent les difficultés dans le domaine des habiletés sociales au premier abord et dans 86,8 % du temps, les enfants ne sont pas à l'aise de les évoquer spontanément. Ils s'expriment peu sur le sujet ou s'éloignent de la réalité car « il est difficile, lorsque l'on est enfant, de dire que l'on n'a pas d'amis ». D'autres personnes repèrent ces problématiques : personnel enseignant, psychologue, AESH, soignants, éducateurs spécialisés et, plus rarement, l'enfant lui-même (7,9 %). Les professionnels interrogés évaluent davantage les habiletés sociales lors de l'entretien

avec les parents (92,1 %) ou bien lors de discussions informelles avec l'enfant (63,2 %). Divers outils sont utilisés pour recueillir les informations : OT Hope, OSA (Occupational Self-Assessment), MCRO (Mesure canadienne du rendement occupationnel) ou encore le Profil sensoriel. Au début du suivi, les habiletés sociales font l'objet d'objectifs spécifiques en ergothérapie seulement 28,9 % du temps. Après une brève présentation de « Moi et les autres », les ergothérapeutes ont été questionnés sur l'intérêt d'un tel outil dans leur pratique quotidienne. L'*ensemble* des ergothérapeutes pense que cet outil permettrait de promouvoir l'implémentation d'objectifs centrés sur l'enfant dans le domaine des habiletés sociales. Dans le même sens, 97,4 % des répondants pensent qu'il pourrait promouvoir l'intervention de l'ergothérapeute dans ce domaine. Toutefois, *un* des professionnels se questionne sur l'intégration d'un outil de plus par manque de temps. L'idée est donc de réfléchir à son intégration en prenant en compte la réalité de la pratique en ergothérapie pour soutenir son utilisation.

Les résultats de ce questionnaire ont été approfondis par l'analyse des données recueillies lors des groupes de discussion focalisés. Les résultats de cette analyse sont exposés ci-dessous afin de mieux définir les motivations, les limites et les ressources associées à cet outil.

« Moi et les autres » : exploration de l'intérêt et des motivations pour son utilisation

La curiosité exprimée par de nombreux participants a joué un rôle essentiel dans leur motivation à explorer les possibilités de « Moi et les autres » dans leur pratique professionnelle. Les participants ont également montré un intérêt devant la nécessité de répondre à des problématiques de terrain : « Intéressant d'utiliser cet outil parce que ce sont de vraies problématiques que l'on peut rencontrer au quotidien » (Amélie). Les participants ont également rapporté le nombre important d'enfants accompagnés pour des difficultés liées aux habiletés sociales dans leur pratique quotidienne : « Je récupère beaucoup d'enfants qui ont des difficultés au niveau des habiletés sociales » (Aurélien). Alors même qu'il est nécessaire d'évaluer pour mieux comprendre et intervenir efficacement, les participants ont souligné le manque d'outils

disponibles pour faire émerger des objectifs mettant en jeu les habiletés sociales. Pour eux, cela renforce la valeur ajoutée de « Moi et les autres » et représente une avancée dans leur pratique professionnelle : « Ça va être un plus pour nous » (Béatrice). D'autres participants ont souligné son utilité dans des situations difficiles : « Merci, parce que, même peu utilisé, il m'a sorti de grosses difficultés [...] ; je ne trouve pas d'outils avec des médias aussi bien faits » (Constance).

Plusieurs participants ont envisagé « Moi et les autres » comme une base et « un bon support pour engager des discussions plus approfondies » sur les habiletés sociales (Chloé). Constance a aussi exprimé le fait que « l'outil [soit] arrivé au moment où [elle] était un peu coincée [...] ; [elle] avait des outils pour ça, mais avec certains enfants [elle] arrivait à une limite ». Selon les participants, certains éléments peuvent échapper à d'autres méthodes d'évaluation, ce qui a déjà conduit à des lacunes dans leurs comptes rendus et leurs accompagnements. Dorine explique que, « pour des enfants qui disent "Je n'ai pas de copains", sans support c'est difficile de creuser ». De plus, l'organisation claire et la structure de l'outil ont aussi été saluées pour leur capacité à simplifier un domaine complexe. Les participants mettent également en évidence la qualité du matériel et les propriétés clés en main de « Moi et les autres » qui en font un outil pratique et motivant à l'utiliser.

Pour les participants, « Moi et les autres » contribue à une vision plus holistique des enfants : « Je trouve ça très intéressant dans la meilleure compréhension de mes patients, la meilleure connaissance de ce qui peut être bloquant dans le suivi » (Aurélié). Il permet d'apporter des éclaircissements sur les difficultés rencontrées, offrant ainsi une meilleure compréhension de leurs expériences allant parfois jusqu'à remettre en question les interprétations initiales : « Avec l'outil et la discussion qu'il y a eu autour, je me suis rendu compte que j'avais parfois mal interprété les difficultés d'une jeune » (Baptiste). L'outil a aussi été perçu comme une réponse nécessaire à une vision parfois réductrice de l'enfant par les autres professionnels : « Je me retrouve en ESS¹ avec une vision de l'enfant par l'équipe enseignante qui est

très réductrice et dans laquelle beaucoup d'éléments ne sont pas pris en compte » (Aurélié).

« Moi et les autres » offre l'opportunité de donner la parole aux enfants pour renforcer la compréhension mutuelle de leur vécu et favoriser la communication : « ce qui en ressort permet vraiment de comprendre encore plus l'enfant et savoir ce qu'il pense » (Béatrice). D'autres témoignages soulignent les difficultés des enfants à évoquer le domaine des habiletés sociales sans support : « Elle rencontrait des problématiques qui me paraissaient tout à fait classiques pour une petite de cet âge-là, mais c'était intéressant de pouvoir les exprimer parce que ce n'est pas quelque chose de facile » (Chloé) ; « Ça leur permet parfois de mettre des mots sur ce qu'ils peuvent ressentir, de pouvoir identifier par eux-mêmes ce qui est facile, ce qui est compliqué, et l'ensemble » (Aurélié).

Dans cette démarche réciproque de compréhension des expériences vécues par les enfants, cet outil a été identifié par les participants comme un moyen précieux pour cibler les difficultés et faire émerger des objectifs mettant en jeu les habiletés sociales. Puisque les manifestations peuvent être variées et masquer les problèmes sous-jacents, cet outil offre une structure pour les identifier et faciliter la co-construction d'objectifs spécifiques avec l'enfant et sa famille : « Ça peut aider au niveau du compte-rendu comme c'est bien organisé [...]. C'était intéressant aussi de sortir des objectifs à posteriori en discutant avec les parents et l'enfant » (Béatrice).

L'utilisation de « Moi et les autres » a suscité des réflexions quant à son intégration dans la pratique professionnelle, en termes de fréquence et de contexte d'utilisation. Certains participants ont présenté des obstacles à leur désir de recourir à l'outil : « Je l'utiliserais beaucoup plus, mais le problème est qu'on est souvent appelé pour d'autres choses » (Dorine). Ils ont toutefois exprimé son bénéfice lorsqu'ils ont eu l'occasion de l'utiliser : « Je ne vais pas l'utiliser souvent, en revanche j'ai très clairement vu le bénéfice quand je l'ai utilisé, c'est un grand bonheur de l'avoir » (Béatrice). Certains ont utilisé « Moi et les autres » lors de bilans en complément à d'autres évaluations et d'autres pendant les séances de suivi.

1. Équipe de suivi de scolarisation.

Obstacles à l'utilisation de « Moi et les autres »

Une première limite à son intégration à la pratique est le sentiment généralisé de ne pas savoir quoi faire pour répondre aux problématiques qui émergent. Cette préoccupation a été soulevée par

l'ensemble des participants lors des deux *focus groups*. Cette série de témoignages (Fig. 3) met en lumière la nécessité de fournir des ressources supplémentaires pour surmonter cet obstacle.



Figure 3. Citations des participants sur la méconnaissance des moyens pour accompagner les enfants autour des habiletés sociales

Les participants ont exprimé des avis mitigés concernant la formulation des items expliquant que certains étaient sujets à interprétation. De plus, certaines « cartes commencent par la négative, ce qui peut demander une gymnastique mentale » (Dorine). La compréhension dépendait aussi de l'âge des enfants, d'où l'intérêt de sélectionner les cartes-items : « Avant le collège, certaines cartes sont difficiles à comprendre pour les plus jeunes, [qui ressentent] un peu d'agacement aussi de ne pas réussir à les placer seul » (Danaé). Des participants ont également souligné la difficulté,

pour certains enfants, à saisir le lien entre items et dessins : « Un petit garçon qui se fait taper dessus et une petite fille avec les yeux fermés derrière, ça ne lui a pas parlé » (Amélie). Cependant, la qualité des dessins a été saluée par leur précieuse aide pour la compréhension et l'engagement des enfants.

Le nombre élevé d'items a également été remis en question précisant que certains items semblaient redondants ou similaires. Dans cette perspective, les participants ont exprimé les défis rencontrés lors du processus de sélection des items : « J'avais envie

de poser toutes les cartes parce que j'avais du mal à sélectionner ce qui était pertinent, pas très pertinent » (Dorine). En réponse à cela, d'autres ont justement renforcé l'importance de la sélection préalable des items en fonction de divers facteurs tels que la connaissance du jeune et la problématique à adresser : « Les cartes, il faut les sélectionner avant [...] ; on ne peut pas toutes les faire passer, on est obligé de connaître l'enfant au minimum » (Amélie). Les participants ont noté que cette connaissance préalable de l'enfant et de ses capacités était aussi essentielle pour choisir des items où les enfants réussissent et pas seulement ceux pour lesquels ils rencontrent des difficultés.

Les participants mettant en évidence le besoin de sélectionner le nombre de cartes-items à proposer, il existe alors un intérêt à proposer les questionnaires pour faciliter ce processus. Toutefois, certains ont remis en question leur utilité, tels qu'ils sont actuellement conçus. Une contrainte majeure était le manque de temps nécessaire pour le remplissage, en particulier pour les professeurs : « Il y a clairement beaucoup d'items qui n'ont pas été complétés parce que c'est trop et trop pointu, tu ne peux pas le remplir vite fait [...] : ça décourage » (Béatrice). En lien direct avec cela, certains participants ont noté un manque de retour de la part des parents et des professeurs. En réponse au manque de réponses, certains participants ont suggéré une simplification pour les rendre plus accessibles et moins chronophages : « En même temps, c'est pertinent et peut-être qu'il faudrait le simplifier pour avoir 8-10 items par catégorie » (Aurélié).

Ressources et perspectives de « Moi et les autres »

Les participants ont souligné le rôle de l'enfant comme partenaire central dans l'utilisation de « Moi et les autres ». Certains participants ont précisé l'engagement et l'attention des enfants tout au long de la passation : « Ça a vraiment bien marché car il s'est bien exprimé, il analyse bien les choses. C'était pertinent car il donnait des exemples à chaque fois » (Béatrice). Les enfants ont également démontré une capacité à prendre du recul sur leur comportement, à nuancer leurs réponses et à identifier les domaines sur lesquels ils souhaitaient travailler. Lorsque les enfants identifiaient les habiletés sociales comme une

problématique importante pour eux, leur investissement dans l'outil était renforcé. Certains enfants ont aussi montré une acceptation spontanée de l'outil : « La dernière avec qui je l'ai utilisé a très bien accepté l'outil, elle s'est investie, spontanément, elle précisait, donc c'était intéressant » (Chloé).

Tous les participants ont évoqué l'importance du partenariat avec les parents dans le processus d'évaluation des habiletés sociales de leurs enfants. Le questionnaire destiné aux parents a été jugé indispensable pour enrichir la compréhension de la situation de l'enfant : « Les parents me semblent essentiels, parce qu'ils ont un avis complémentaire et ils connaissent leur enfant, ils le voient au quotidien » (Danaé). Il permet d'ajouter des éléments à la parole de l'enfant, d'apporter des nuances et de comprendre les dynamiques familiales : « La grille destinée aux parents m'a beaucoup aidée, j'ai passé au moins 45 minutes avec la mère pour qu'elle décortique tout » (Béatrice). Il « permet aussi aux parents d'être parfois plus entendus parce que ce sont des choses sur lesquelles on les questionne sans trop les questionner » (Aurélié). Enfin, les participants estiment que l'outil offre l'opportunité de comparer les visions des parents et de l'enfant pour identifier les points de convergence.

De plus, les participants ont exprimé la nécessité du travail en équipe pour enrichir la réflexion par la mutualisation des compétences et tendre vers une vision holistique de la situation : « J'ai du mal à agir seule. Honnêtement, je fais de petits trucs et je me rends bien compte que ça ne sert pas à grand-chose » (Béatrice). Certains participants ont souligné que l'outil « peut être utile à beaucoup d'autres professions, car il n'a pas encore été inventé et il aide vraiment » (Constance), ce qui renforce l'idée de travailler en collaboration pour aborder les problématiques sous différents angles et apporter des solutions plus complètes. La collaboration entre professionnels permet également d'innover dans les pratiques comme l'illustre Chloé qui a créé un groupe d'habiletés sociales avec une collègue neuropsychologue à la suite de l'utilisation de l'outil : « Je trouve que ça prend vraiment du sens de pouvoir être en binôme, de travailler ensemble, parce qu'ils ont des connaissances que nous n'avons pas [...] ; à nous

deux, ça s'est émulsifié de beaucoup d'idées. » En outre, même lorsqu'il n'accompagne pas directement dans ce domaine, l'ergothérapeute peut jouer un rôle dans l'orientation : « Les parents nous sont très reconnaissants d'avoir dépisté et d'avoir bien orienté. On est légitime dans ce rôle, aussi » (Dorine).

Dans une dynamique d'équipe, la formation représente un tremplin pour entretenir des connaissances communes sur des thématiques transversales comme celle des habiletés sociales. En effet, Danaé a exprimé que les habiletés sociales « faisaient partie de [ses] futurs projets de formation », soulignant ainsi que ces compétences sont envisagées dans le développement professionnel des ergothérapeutes. Constance pense aussi que « c'est d'autant plus pertinent d'utiliser l'outil si on est formé dans le domaine des habiletés sociales ». Cette remarque révèle l'importance de la formation dans le domaine des habiletés sociales pour optimiser les bénéfices de tout outil proposé dans ce contexte.

Discussion

Les résultats de cette étude ont permis de répondre à la question suivante : **dans quelle mesure l'utilisation de « Moi et les autres » peut-elle favoriser l'exploration des habiletés sociales dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes ?**

Répondre aux besoins : l'apport de « Moi et les Autres » dans l'évaluation des habiletés sociales

Les résultats suggèrent que « Moi et les autres » suscite une curiosité parmi les professionnels travaillant avec des enfants présentant des difficultés mettant en jeu les habiletés sociales. En fournissant une base structurée pour explorer les habiletés sociales auprès des enfants, l'outil permet aux ergothérapeutes de faire émerger des objectifs d'accompagnement dans ce domaine. Cela constitue une ressource précieuse dans un domaine dans lequel les professionnels éprouvent souvent des difficultés à cerner et à en aborder toutes les facettes. En effet, les professionnels interrogés peinent à identifier les différentes composantes des habiletés sociales, ce qui concorde avec la littérature existante (Fallourd & Madieu, 2017 ; Liratni, 2020). « Moi et les autres » permet de

mieux explorer ce domaine multidimensionnel pour lequel les ergothérapeutes ne disposent actuellement pas d'outil efficace pour soulever des discussions. Le manque perçu d'outils pratiques dans le domaine des habiletés sociales renforce la valeur de « Moi et les autres », offrant ainsi une réponse à un besoin identifié dans la littérature francophone, contrairement à la littérature anglo-saxonne (Demaray *et al.*, 1995). Cet outil est d'autant plus pertinent dans le contexte actuel, car les professionnels relèvent la grande quantité des mandats liés aux habiletés sociales des enfants dans leur pratique quotidienne. Cette observation va de pair avec les travaux antérieurs qui ont souligné l'importance des outils d'évaluation dans les milieux professionnels notamment pour avoir une pratique fondée sur des données probantes (Novak & Honan, 2019). En effet, si les ergothérapeutes sont en accord avec la pratique fondée sur des données probantes, sur le terrain, la mise en œuvre peut faire défaut (Upton *et al.*, 2014). À ce titre, il conviendrait de tester les qualités métrologiques de « Moi et les autres ». L'intégration de l'outil dans la pratique des ergothérapeutes ne se fait pas de manière quotidienne, mais plutôt sous la forme d'une ressource disponible qu'ils peuvent utiliser en cas de besoin en complément d'autres évaluations lors des bilans ou bien dans le cadre d'accompagnements déjà engagés. Cette étude constituant une première étape, il sera intéressant d'observer comment l'intégration de l'outil à la pratique évolue dans le temps.

Construire ensemble : la place du partenariat pour un accompagnement holistique

Les ergothérapeutes étaient unanimes sur la complémentarité d'un tel outil avec ceux existants pour mieux comprendre l'enfant en ciblant les difficultés rencontrées. « Moi et les autres » offre aux enfants l'opportunité de s'exprimer sur ces problématiques quotidiennes qu'ils ont de la peine à évoquer. Les ergothérapeutes interrogés ont mis en évidence l'importance d'avoir un support visuel pour aider les enfants à exprimer leur vécu dans ce domaine. La littérature existante soutient cette observation, indiquant que les enfants ont souvent du mal à discuter des aspects sociaux sans support ou média (Orain, 2022). Promouvoir l'expression des enfants est une priorité dans une approche

centrée sur la personne (Alexandre *et al.*, 2010 ; Rodger & Kennedy-Behr, 2017). Cette constatation rejoint aussi les recherches antérieures soulignant l'importance de prendre en compte les perspectives multiples dans l'accompagnement de l'enfant, en particulier celles de l'enfant lui-même (Echsel *et al.*, 2019 ; Missiuna *et al.*, 2017). De plus, cet outil donne la parole aux parents, un aspect reconnu comme essentiel, mais qui peut se révéler difficilement applicable dans les bilans et les accompagnements (Hanna & Roger, 2002). En intégrant les perspectives parentales, « Moi et les autres » enrichit la compréhension de la situation de l'enfant. Ces conclusions sont soutenues par la littérature existante sur la nécessité d'impliquer les parents dans l'accompagnement en ergothérapie (Novak & Honan, 2019). Les ergothérapeutes interrogés ont exprimé également qu'ils travaillent mieux lorsqu'ils ne sont pas seuls, ce qui est corroboré par la littérature existante sur l'importance de la collaboration avec les autres professionnels dans l'accompagnement des enfants (Kaelin *et al.*, 2019 ; Missiuna *et al.*, 2017). Cette collaboration interdisciplinaire permet de mettre en commun des compétences complémentaires, mais également de favoriser l'innovation et l'échange de bonnes pratiques. Les résultats révèlent aussi que « Moi et les autres » est pertinent tant pour intervenir directement dans le domaine des habiletés sociales que pour orienter vers d'autres professionnels travaillant dans ce domaine. À titre d'exemple, à la suite de l'expérimentation de cet outil, une ergothérapeute a construit des groupes d'habiletés sociales en collaboration avec une collègue neuropsychologue.

Transformer les défis en opportunités : révision du répertoire comme point de départ

Les résultats révèlent que « Moi et les autres » ne permet pas de renforcer l'efficacité de l'accompagnement dans le domaine des habiletés sociales car les professionnels expriment ne pas savoir quoi faire des informations qui émergent. Ils ont le sentiment d'avoir à présent un outil pour explorer plus en profondeur cette sphère, mais estiment manquer de moyens pour répondre aux objectifs à travers un accompagnement efficace. Pour répondre à cela, l'une des approches possibles est

celle de Béguelin et Richoz (2019) qui ont mis au point une méthode alternant séances de groupe et individuelles, pour améliorer les habiletés sociales des enfants avec un TSA considéré comme léger. Cette méthode est construite autour des bases du théâtre d'improvisation et du théâtre forum : en groupe, les enfants jouent des situations sociales problématiques, y trouvent des solutions potentielles et s'exercent aux solutions trouvées ; les séances individuelles consistent à visionner les vidéos du groupe pour s'auto-analyser (Béguelin & Richoz, 2019). La formation est aussi évoquée par les participants comme une ressource pour surmonter le défi de l'accompagnement des habiletés sociales. Pour poser des bases communes au sein des professions et entre les professions, il est essentiel d'explorer ce domaine de manière transversale (Archer *et al.*, 2020). « Moi et les autres » est vu par les ergothérapeutes comme une aide à l'adoption d'une approche plus ciblée et personnalisée. Toutefois, les professionnels interrogés ont soulevé le besoin d'apporter des modifications à l'outil. Ces obstacles, mis en lien avec les études sur la nécessité d'équilibrer la richesse des informations recueillies avec la praticité des outils d'évaluation (Novak & Honan, 2019 ; Upton *et al.*, 2014), ont impliqué une révision du répertoire d'items. Les préoccupations concernant la formulation des items ont induit la modification d'un grand nombre de cartes-items. Malgré l'importance d'impliquer les parents et le personnel enseignant dans le processus d'évaluation pour renforcer la pertinence de l'outil, la complexité et la longueur des questionnaires ont été identifiées comme des obstacles, limitant leur utilisabilité dans des contextes où le temps est souvent restreint. En réponse à cela, une révision des questionnaires destinés aux parents et au personnel enseignant a été proposée pour simplifier les items et diminuer le temps de complétion. *La version finale de « Moi et les autres » (Fig. 4) contient 72 items répartis selon les catégories suivantes :* Communication verbale et non verbale (19 items) ; Émotions et estime de soi (8 items) ; Solutions de rechange à l'agression (10 items) ; Coopération et collaboration (12 items) ; Gestion du stress (13 items) ; Attention et planification (10 items).



Figure 4. Extrait de la version finale de « Moi et les autres » (décembre 2023)

Limites

Le nombre modeste de participants aux *focus groups* est une première limite de cette étude qui fournit tout de même une première image de la réalité du terrain. De plus, il aurait été intéressant que la modératrice soit épaulée par un assistant de recherche lors de chaque *focus group* afin de pouvoir se concentrer pleinement sur la discussion. Il aurait également pu poser des questions à la fin des échanges pour clarifier certains points et s'assurer qu'il ne reste aucun malentendu ou confusion. Une autre limite de l'étude réside dans le fait que la modératrice des focus groups, qui a également réalisé l'analyse des données, est également la créatrice de l'outil et l'autrice de l'article, ce qui pourrait introduire des biais dans l'analyse et l'interprétation des données. Des mesures ont été prises pour atténuer ces biais par le remplissage d'un journal réflexif tout au long du processus de recherche, dans lequel les idées préconçues, observations et ressentis de l'autrice ont été consignés. Une autre limite concerne le fait qu'un *focus group* a été mené en personne, tandis que l'autre s'est déroulé en ligne. Cette différence

de format pourrait avoir influencé les interactions entre les participants et la qualité des échanges. En revanche, des études suggèrent qu'il n'existe pas de différence notable entre les entretiens en face-à-face et en visioconférence en termes de qualité de données, d'acceptabilité et de compréhension comparables parmi les participants (Peasgood *et al.*, 2023 ; Rowen *et al.*, 2022).

Conclusion

« Moi et les autres » suscite l'intérêt des professionnels. Les résultats de cette étude mettent en lumière les avantages et les défis associés à l'utilisation de cet outil dans la pratique professionnelle. Il offre un moyen structuré et visuel permettant de surmonter les éventuelles difficultés rencontrées par les enfants pour discuter des habiletés sociales lors de l'identification des objectifs d'accompagnement. De plus, il renforce l'implication des enfants dans leur suivi et favorise un partenariat entre les différents acteurs. Cependant, des obstacles ont été identifiés, tels que la formulation des items ou encore la complexité et

la longueur des questionnaires, limitant l'utilisabilité de l'outil. Afin de pallier ces défis, une révision du répertoire d'items et des questionnaires a été entreprise, conduisant à une version finale plus concise et pratique de l'outil. Ces ajustements témoignent de l'engagement à transformer les défis en opportunités pour offrir une intervention plus ciblée et personnalisée aux enfants rencontrant des difficultés mettant en jeu les habiletés sociales. Cette étude jette les bases pour de futures recherches visant à explorer plus en profondeur l'impact de « Moi et les autres » sur la pratique quotidienne des ergothérapeutes. Il serait intéressant d'étudier un échantillon de participants issus de différentes professions de santé travaillant sur les habiletés sociales pour mesurer l'efficacité de l'outil dans l'accompagnement des enfants présentant des difficultés dans le domaine des habiletés sociales. Une recherche d'une plus grande envergure explorant plus exhaustivement son utilité et son impact permettrait de développer une deuxième version de l'outil. Il serait également

judicieux de conduire une étude pour évaluer la validité de contenu de « Moi et les autres ».

Remerciements

Je remercie Alexandra Perrault et Caroline Giroux, les co-créatrices d'OT Hope, pour leur soutien ; Lépopêche pour l'illustration de cet outil et des supports pour sa diffusion ; l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé à cette recherche exploratoire ainsi que l'ANFE pour sa confiance et son accompagnement dans la commercialisation de cet outil.

Déclarations d'intérêts

L'autrice déclare qu'en raison de son implication dans le développement et la commercialisation de l'outil « Moi et les autres », elle bénéficie financièrement de sa vente.

Bibliographie

- Alexandre, A., Lefèvre, G., Paly, M., & Vauvillé, B. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie* (De Boeck-Solal).
- ANFE. (2024). *OT'hope*. ANFE. <https://anfe.fr/product/othope/>
- Archer, A., Berry, I., Bajwa, U., Kalda, R., & Di Ruggiero, E. (2020). Preferred modalities for delivering continuing education to the public health workforce: A scoping review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 40(4), 116-125. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.4.03>
- Béguelin, V., & Richoz, M. (2019). *Le groupe et moi : Accompagner les enfants autistes dans les habiletés sociales* (Upbility).
- Benavides-Nieto, A., Romero-López, M., Quesada-Conde, A. B., & Corredor, G. A. (2017). Basic Executive Functions in Early Childhood Education and their Relationship with Social Competence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 471-478. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.092>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th edition). Sage journals.
- Creswell, J. W. (with Plano Clark, V. L.). (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd, international student ed. ed.). SAGE.
- Demaray, M., Ruffalo, S., Carlson, J., & Busse, R. (1995). Social skills assessment: A comparative evaluation of six published rating scales. *School Psychology Review*, 24, 648-671.
- Echsel, A., Price, L., Josephsson, S., & Schulze, C. (2019). "Together on the Way": Occupational Therapy in Mainstream Education – A Narrative Study of Emerging Practice in Switzerland. *Occupational Therapy International*, 2019, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2019/7464607>
- Eymard, C., & Thuillier, O. (2020). *La recherche en sciences paramédicales : (se) former à et par la recherche* (Lamarre).

- Fallourd, N., & Madieu, E. (2017). *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales* (Dunod).
- Goldstein, A. P. (1999). *The prepare curriculum: Teaching prosocial competencies* (2nd edition). Research Press.
- Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (2014). *Handbook of Socialization, Second Edition: Theory and Research*. Guilford Publications.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation: Contesting assumptions, challenging practice*. Churchill Livingstone.
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- Heiman, T., & Olenik-Shemesh, D. (2020). Social-Emotional Profile of Children with and without Learning Disabilities: The Relationships with Perceived Loneliness, Self-Efficacy and Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207358>
- Kaelin, V. C., Ray-Kaesler, S., Moiola, S., Kocher Stalder, C., Santinelli, L., Echsel, A., & Schulze, C. (2019). Occupational Therapy Practice in Mainstream Schools: Results from an Online Survey in Switzerland. *Occupational Therapy International*, 2019, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2019/3647397>
- Krueger, R. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications.
- Larousse, É. (2024). « Socialisation ». Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/socialisation/73141>
- Liratni, M. (2020). *100 idées pour enseigner les habiletés sociales* (Tom Pousse).
- Losada, L. (2018). Reflection and construction of knowledge concerning social skills and social competence. *RECIE. Revista Caribeña de Investigación Educativa*, 2(1), 7-22. <https://doi.org/10.32541/recie.2018.v2i1>
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., DeCola, C., Hecimovich, C., Sahagian Whalen, S., Siemon, J., Song, K., Gaines, R., Bennett, S., McCauley, D., Stewart, D., Cairney, J., Dix, L., & Camden, C. (2017). Using an innovative model of service delivery to identify children who are struggling in school. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 145-154. <https://doi.org/10.1177/0308022616679852>
- Musetti, A., Eboli, G., Cavallini, F., & Corsano, P. (2019). Social Relationships, Self-Esteem, and Loneliness in Adolescents with Learning Disabilities. *Clinical Neuropsychiatry*, 16(4), 165-172.
- Nayar, S., & Stanley, M. (2024). *Qualitative research methodologies for Occupational Science and Therapy 2nd Ed.* (Routledge).
- Novak, I., & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 258-273. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>
- OMS (1946). *Définition de santé*. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- Orain, C. (2021). *Se jouer de la différence : Rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants à haut potentiel intellectuel par le jeu pour favoriser leur participation scolaire*. IFPEK, Institut de formation en ergothérapie.
- Orain, C. (2022). *Se jouer de la différence : Rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants à haut potentiel intellectuel par le jeu pour favoriser leur participation scolaire*. *ErgOTHérapies*, 87, 47-55. <https://doi.org/10.60856/kymr-6x81>
- Peasgood, T., Bourke, M., Devlin, N., Rowen, D., Yang, Y., & Dalziel, K. (2023). Randomised comparison of online interviews versus face-to-face interviews to value health states. *Social Science & Medicine*, 323, 115818. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115818>
- Perrault, A., & Giroux, C. (2021). OT'HOPE : conception et mise en œuvre d'un outil d'aide à l'élaboration des objectifs pédiatrique en ergothérapie. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 33(172), 285-293.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2004). *L'éducation implicite*. PUF.
- Rocher, G. (2011). *Introduction à la sociologie générale*. Éditions Hurtubise.

- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists* (Second edition.). John Wiley et Sons Ltd.
- Romero-López, M., Pichardo, M.-C., Ingoglia, S., & Justicia, F. (2018). The role of executive function in social competence and behavioural problems in childhood education. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(3), Article 3. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.307391>
- Rowen, D., Mukuria, C., Bray, N., Carlton, J., Longworth, L., Meads, D., O'Neill, C., Shah, K., & Yang, Y. (2022). Assessing the comparative feasibility, acceptability and equivalence of videoconference interviews and face-to-face interviews using the time trade-off technique. *Social Science & Medicine*, 309, 115227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115227>
- St-Laurent, D., & Moss, E. (2002). Le développement de la planification : Influence d'une activité conjointe. *Enfance*, Vol. 54(4), 341-361.
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational Therapists' Attitudes, Knowledge, and Implementation of Evidence-Based Practice: A Systematic Review of Published Research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38. <https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335544>
- Watson, S. M. R., & Keith, K. D. (2002). Comparing the Quality of Life of School-Age Children With and Without Disabilities. *Mental Retardation*, 40(4), 304-312. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0304:CTQOLO>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0304:CTQOLO>2.0.CO;2)
- Wener, P., Diamond-Burchuk, L., Ripat, J., Belton, L., & Schwab, D. (2009). Promouvoir les environnements sociaux favorables à l'intégration à l'aide de la simulation du traitement de l'information sensorielle. *Actualités ergothérapeutiques*, 5(11), 20-22.
- Zaouche-Gaudron, C. (2002). *Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire)* (Dunod).

