

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
JACINTHE BERGERON

L'AUTISME, L'ERGOTHÉRAPIE ET LA NEURODIVERSITÉ

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Marie-Josée Drolet, ergothérapeute et éthicienne, qui m'a fait découvrir l'éthique, la justice occupationnelle ainsi que la compétence culturelle me permettant de développer mes propres réflexions et m'amenant à réaliser cet essai. Je tiens aussi à remercier Ginette Aubin, qui a su me guider au travers de cette recherche et m'orienter lors de mes moments de grands questionnements. Je voudrais aussi remercier Michèle Barrière-Dion pour avoir corrigé mon essai et avoir amené des questionnements afin d'approfondir mes réflexions.

Puis, je tiens aussi à remercier mes parents pour m'avoir soutenu tout au long de mes études et ma mère, pour avoir corrigé pendant de longues heures cet essai.

Merci!

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUCTION	1
2. PRÉSUPPOSÉS DE L’AUTEURE	3
3. PROBLÉMATIQUE.....	4
3.1 L’autisme.....	4
3.1.1 Histoire de la classification diagnostique de l’autisme	4
3.1.2 Critères diagnostiques	5
3.1.3 Prévalence de l’autisme	5
3.1.4 Impacts occupationnels.....	6
3.2 Introduction à la théorie de neurodiversité.....	6
3.2.1 Introduction aux principes généraux de la théorie	6
3.2.2 Provenance de la théorie	7
3.2.3 Fondement théorique de la théorie.....	8
3.2.4 Introduction à l’application de la neurodiversité en pratique	8
3.3 Perspectives des services de réadaptation selon Kielhofner (2005) et Leiter (2007)	9
3.4 Objectifs de recherche.....	10
3. CADRE CONCEPTUEL.....	12
3.1 Modèle canadien du rendement et de l’engagement occupationnel (MCREO).....	12
3.1.1 Justification du modèle	12
3.1.2 Concepts du MCREO.....	12
3.1.2.1 Engagement occupationnel.....	12
3.1.2.2 Rendement occupationnel.....	12
3.1.2.3 Personne.....	13
3.1.2.4 Occupation.....	13
3.1.2.5 Environnement.....	13
3.1.3 Concepts utilisés dans la recherche.....	13
3.2 Définition de «postulat».....	14
4. MÉTHODE.....	15

4.1	Justification de la méthode.....	15
4.2	Revue rapide A.....	16
4.2.1	Bases de données	16
4.2.2	Mots-clés.....	16
4.2.3	Critères de sélection.....	16
4.2.4	Analyse des données	17
4.3	Revue rapide B.....	17
4.3.1	Bases de données	17
4.3.2	Mots-clés.....	17
4.3.3	Critères de sélection.....	18
4.3.4	Analyse des données	18
4.4	Mise en parallèle des données selon le MCREO	18
4.5	Évaluation du niveau d'évidence	19
5.	RÉSULTATS.....	20
5.1	Interventions ergothérapeutiques	20
5.1.1	Sélection des articles.....	20
5.1.2	Analyse des données	21
5.1.3	Buts des interventions ergothérapeutiques.....	21
5.1.3.1	Buts concernant l'engagement occupationnel	21
5.1.3.2	Buts concernant le rendement occupationnel	22
5.1.3.3	Buts concernant la personne.....	22
5.1.3.4	Buts concernant l'occupation	25
5.1.3.5	Buts concernant l'environnement.....	26
5.1.4	Types d'interventions ergothérapeutiques	26
5.2	Théorie de la neurodiversité appliquée à l'autisme.....	29
5.2.1	Sélection des articles.....	29
5.2.2	Les postulats de la théorie.....	30
5.2.2.1	Postulats portant sur la personne	31
5.2.2.2	Postulats portant sur l'environnement	32
5.2.2.3	Conséquence du non-respect de la théorie	33
5.2.2.4	But du mouvement de la neurodiversité.....	33
5.2.3	Objections à la théorie.....	33
5.2.4	Application à la pratique de l'ergothérapie.....	34
5.2.4.1	Interventions sur la personne.....	34
5.2.4.2	Interventions sur l'environnement.....	35
5.3	Ressemblances et différences entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité.....	36
5.3.1	Buts des interventions	36
5.3.2	Types d'intervention	37
6.	DISCUSSION.....	40
6.1	Retour sur les objectifs et réponse à la question de recherche.....	40
6.1.1	Buts des interventions selon les deux perspectives.....	40

6.1.1.1	Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'engagement et le rendement occupationnel	40
6.1.1.2	Mise en parallèle des deux perspectives concernant la personne	41
6.1.1.3	Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'occupation	42
6.1.1.4	Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'environnement	42
6.1.1.5	Conclusion portant sur les buts des interventions	42
6.1.2	Types d'interventions selon les deux perspectives	43
6.1.2.1	Mise en parallèle des types d'interventions sur la personne	43
6.1.2.2	Mise en parallèle des types d'interventions sur l'occupation	43
6.1.2.3	Mise en parallèle des types d'interventions sur l'environnement	43
6.2	Liens avec la pratique de l'ergothérapie au Canada.....	44
6.3	Réflexion critique sur l'application de la théorie de la neurodiversité en pratique	45
6.4	Application à la recherche.....	47
6.5	Forces et limites de l'étude	48
7.	CONCLUSION.....	49
	RÉFÉRENCES	50
	ANNEXE A GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES DES INTERVENTIONS ERGOTHÉRAPIQUES	55
	ANNEXE B GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES DE LA THÉORIE DE NEURODIVERSITÉ	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Mots-clés de la revue rapide A	16
Tableau 2	Critères de sélection de la revue rapide A.....	16
Tableau 3	Mots-clés de la revue rapide B.....	17
Tableau 4	Critères de sélection de la revue rapide B.....	18
Tableau 5	Buts des interventions ergothérapeutiques visant l'amélioration de la sphère spirituelle et affective de la personne	23
Tableau 6	Buts des interventions ergothérapeutiques visant l'amélioration de la sphère cognitive et physique de la personne	24
Tableau 7	Buts des interventions ergothérapeutiques visant la diminution d'un aspect de la personne.....	25
Tableau 8	Buts des interventions ergothérapeutiques concernant l'environnement.....	26
Tableau 9	Types d'interventions ergothérapeutiques sur la personne	27
Tableau 10	Types d'interventions ergothérapeutiques sur l'occupation	28
Tableau 11	Types d'interventions ergothérapeutiques sur l'environnement.....	29
Tableau 12	Types d'interventions selon la théorie de neurodiversité.....	36
Tableau 13	Comparaison des buts des interventions selon les deux perspectives.....	38
Tableau 14	Comparaison des types d'interventions selon les deux perspectives	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Sélection des articles de la revue rapide A	20
Figure 2. Sélection des articles de la revue rapide B	30

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABA	<i>Applied Behavioral Analysis</i>
AJOT	<i>American Journal of Occupational Therapy</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
COPM	<i>Canadian Occupational Performance Model</i>
DSM	<i>Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
GAS	<i>Goal Attainment Scale</i>
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i>
RCE	Revue canadienne d'ergothérapie
SBI	<i>Sensory Based Interventions</i>
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped</i>
TIS	Thérapie d'intégration sensorielle
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

RÉSUMÉ

Problématique : En raison des difficultés occupationnelles régulièrement présentes chez les autistes, les ergothérapeutes sont appelés à offrir des services à ces personnes. L'apparition du mouvement de la neurodiversité à la fin des années 1990 amène une nouvelle perspective de ce qu'est l'autisme. Cette théorie vise à diminuer la discrimination faite auprès de ces personnes. Selon cette théorie, les services de réadaptation peuvent amener, indirectement, de la discrimination ou de la normalisation. Cette problématique amène à questionner les objectifs d'intervention en ergothérapie. **Objectif de recherche :** Mettre en parallèle les interventions ergothérapeutiques auprès des autistes et la théorie de neurodiversité. **Cadre conceptuel :** Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) a été choisi afin de faciliter la mise en parallèle de l'ergothérapie et de la neurodiversité. Il a été choisi en raison de sa simplicité à catégoriser les données et de son utilisation internationale par les ergothérapeutes, démontrant ainsi une interprétation accessible à tous. **Méthode :** Deux revues rapides ont été réalisées afin de répondre à l'objectif de recherche. D'abord, une revue rapide portait sur les interventions ergothérapeutiques afin de faire ressortir les buts et les types d'intervention auprès des autistes. Puis, l'autre revue rapide effectuée portait sur la théorie de neurodiversité afin d'en faire ressortir les postulats. Par la suite, l'application à la pratique de ces postulats a été mise en évidence, soit sur les buts des interventions et sur les types d'interventions ergothérapeutiques. **Résultats :** En ergothérapie, il est visé d'améliorer l'engagement, le rendement occupationnel et les habiletés de la personne dans la réalisation de ses occupations. Il est aussi visé de diminuer les comportements autistiques et le stress et l'épuisement de l'entourage par des interventions ciblant particulièrement sur la personne et l'environnement, tant physique que social. La théorie de neurodiversité affirme que l'autisme est une différence et non une déficience, et qu'il faut donc intervenir sur l'environnement, puisque celui-ci cause les difficultés des autistes. **Discussion :** L'ergothérapie et la neurodiversité se ressemblent en ce qui concerne les buts et les interventions sur l'environnement. Les deux perspectives ont certains points en commun en ce qui concerne l'engagement et le rendement occupationnel et diffèrent en ce qui concerne les interventions sur la personne. Pour que les deux perspectives s'accordent, les buts des interventions devraient être choisis par l'autiste et les interventions devraient être orientées vers l'environnement. **Conclusion :** Une approche centrée sur le client visant l'autodétermination est à envisager. Tout de même, cette approche demeure complexe avec les personnes autistes.

Mots-clés : Autisme, ergothérapie, interventions ergothérapeutiques, neurodiversité,

ABSTRACT

Problematic : *Because of occupational difficulties experienced by autistics, occupational therapists often work with them. A new perspective emerged in the 1990s after the creation of neurodiversity. Neurodiversity is a theory that aims to reduce discrimination of autistics. According to this theory, rehabilitation services can lead to indirect discrimination and normalization. This problematic leads to this research objective.* **Research objective:** *Compare occupational therapy interventions with autistics and neurodiversity theory.* **Framework:** *The Canadian Occupational Performance Model (COPM) is used to compare occupational therapy and neurodiversity for its simplicity to categorize and its international renown.* **Method:** *Two rapid reviews were performed to answer the research objective. The first was a review of the occupational therapy interventions describing goals and types of interventions. The second review was to describe the neurodiversity theory, and to understand its application.* **Results:** *Occupational therapy aims to increase engagement, occupational performance, and skills. Moreover, it aims to decrease autistic behaviour, stress and exhaustion from the surroundings. To do so, it intervenes mostly on the person and on the environment. Neurodiversity theory claims that autism is a difference rather than a disorder. Hence, the interventions should be on the environment since it is the cause of the struggles of autistic people.* **Discussion:** *Occupational therapy is consistent with neurodiversity in terms of environmental goals and interventions. They are only partially consistent for occupational performance and engagement. They are not consistent about the person. To ensure consistency, the goals of the intervention have to be chosen by the autistic person and interventions need to be directed on the environment.* **Conclusion:** *Client-centered approach and self-determination are needed in occupational therapy, thus it remains complex.*

Key-words : Autism, occupational therapy, occupational therapy interventions, neurodiversity,

1. INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, l'acceptation des différences et l'inclusion des personnes en situation de handicap sont en essor au Québec. Effectivement, en 1978, «la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées a été adoptée» (OPHQ, 2015). Cette loi assure «l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale» (OPHQ, 2015). Parallèlement à ce développement, l'autisme fut inscrit pour la première fois comme trouble neurologique (Beaulne, 2012) en 1980 dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM). Par la suite, différentes définitions de ce trouble ont été développées dans les éditions subséquentes du DSM (Beaulne, 2012).

De plus, à la fin des années 1990, un nouveau mouvement est apparu : le mouvement de la neurodiversité (Krcek, 2013). Ce mouvement, visant la non-discrimination des autistes¹ (Runswick-Cole, 2014) et affirmant que l'autisme est une variation naturelle de l'être humain (Cascio, 2012), est défendu par des autistes (Owren & Stenhammer, 2013), particulièrement sur Internet (Ortega, 2009).

Comme l'autisme amène plusieurs impacts occupationnels (Miller-Kuhaneck, 2015), l'ergothérapeute² est un professionnel appelé à travailler régulièrement auprès de cette clientèle.

Le présent essai vise à décrire comment les interventions ergothérapeutiques se situent par rapport à la théorie de neurodiversité de l'autisme afin de débiter une réflexion critique quant aux interventions ergothérapeutiques. Dans un premier temps, les présupposés de l'auteure seront exposés. Ensuite, la problématique, générant l'objectif de recherche, ainsi que les sous-objectifs de cet essai seront présentés. Par la suite, il y aura la présentation du cadre conceptuel servant à discuter des deux perspectives. La troisième section présentera la méthode de la recherche et la

¹ Le terme «autiste» sera utilisé dans ce sans aucune portée péjorative. Il réfère plutôt à un état de fait, à une caractéristique factuelle d'une personne. Mentionner « personne ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) » amène l'idée que l'autisme serait en quelque sorte détachable de la personne, que ce serait une maladie que l'on pourrait guérir. Or une personne n'est pas atteinte par l'autisme, elle est autiste. Il s'agit d'un état, d'une condition, d'une caractéristique comme être frisée ou être de peau blanche.

² Le terme ergothérapeute sera utilisé au genre masculin tout au long de cet essai sans portée discriminatoire afin de faciliter la lecture.

quatrième section affichera les résultats. Finalement, les résultats seront discutés dans la 5^e section et il y aura une conclusion amenant une réflexion.

2. PRÉSUPPOSÉS DE L'AUTEURE

Ayant travaillé pendant quelques années auprès d'enfants autistes et ayant entendu plusieurs témoignages de parents concernant des services reçus par différents professionnels de la santé, l'auteure de la recherche avait déjà certaines opinions concernant des interventions de différents professionnels de la santé. Avant même de débiter cette recherche et de connaître la neurodiversité, l'auteure était critique quant aux interventions visant une certaine normalisation des autistes et s'appuyant peu sur la perspective personnelle des ces personnes. Par exemple, la réduction de comportements non dangereux, tels que des mouvements répétitifs, ou bien le développement d'habiletés sociales, afin que l'autiste soit mieux accepté ou inclus dans la société sans nécessairement prendre en considération ce que la personne désire, était critiquée par l'auteure.

Il est important de mentionner que l'auteure ne connaissait pas le mouvement de neurodiversité avant de débiter cette recherche et n'avait donc pas de position quant aux postulats de cette théorie. L'auteure avait tout de même certaines critiques quant à certains types d'interventions.

Il est important de préciser que les résultats bruts de la recherche sont présentés sans interprétation. Une analyse est faite lors de la discussion. Ainsi, la recherche n'est pas purement objective et cela peut transparaître, particulièrement dans la section problématique et discussion.

Le but de la recherche est d'amorcer une réflexion quant à l'ergothérapie auprès des autistes à la lumière des questionnements soulevés par la théorie de neurodiversité, et non pas de convaincre ou de forcer un point de vue par rapport à cette théorie.

3. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, une description de la problématique générant les objectifs de recherche sera présentée. Tout d'abord, il y aura une description de l'autisme qui exposera son histoire, les critères diagnostiques, sa prévalence et l'impact occupationnel des symptômes. Par la suite, une présentation de la théorie de neurodiversité sera faite en discutant de son apparition et de ses principes généraux. Puis, des réflexions sur les services de réadaptation seront exposées. La problématique se terminera par l'objectif principal de recherche et les sous-objectifs.

3.1 L'autisme

3.1.1 Histoire de la classification diagnostique de l'autisme

Les symptômes autistiques ont pour la première fois été décrits par Kraepelin en 1899. Selon Beaulne (2012), le terme utilisé pour décrire ce trouble était alors démence précoce. Ainsi, pendant la première moitié du 20^e siècle, l'autisme était décrit comme un type de schizophrénie. Les mérites de la première définition de l'autisme sont attribués à Leo Kanner, qui nomma, en 1943, l'autisme comme un trouble primaire stéréotypé (Beaulne, 2012). Kanner décrit ce trouble comme une incapacité à avoir une relation avec autrui, un retard de langage et des mouvements répétitifs et stéréotypés (Beaulne, 2012). Cette appellation ne sera tout de même pas reconnue avant 1980.

En 1952, la première édition du DSM est publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA). Dans les deux premières éditions, l'autisme est décrit comme une forme sévère de schizophrénie. Le terme «autisme» apparaît pour la première fois dans la troisième édition du DSM en 1980 dans la catégorie «trouble envahissant du développement» (Beaulne, 2012). Dans la troisième édition révisée, des catégories s'ajoutent : trouble autistique, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié, syndrome de Rett et trouble désintégrantif de l'enfance (Beaulne, 2012). Dans la quatrième édition du DSM, les catégories demeurent les mêmes, mais certains critères diagnostiques changent. Puis, lors de la rédaction de la cinquième édition du DSM, toutes les catégories (sauf syndrome de Rett) sont rassemblées sous un seul grand trouble : le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

3.1.2 Critères diagnostiques

Dans le DSM-V, l'autisme est nommé «trouble du spectre de l'autisme» (TSA) (American Psychiatric Association, 2013). Afin d'être diagnostiqué comme «autiste» selon le DSM-V, la personne doit avoir des déficits persistants concernant plusieurs aspects du développement. Tout d'abord, la personne doit éprouver des difficultés concernant la communication et les interactions sociales (déficits dans la réciprocité émotionnelle, déficits dans les comportements communicatifs non verbaux et déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations sociales). La personne doit aussi avoir des comportements, intérêts ou activités restreintes et répétitives (mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs, insistance sur la similitude [routines], intérêts restreints et d'une intensité anormale et une hyper ou hypo réactivité aux stimuli sensoriels). De plus, les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance et doivent causer des difficultés sociales ou occupationnelles significatives (American Psychiatric Association, 2013). Trois niveaux de sévérité peuvent être associés au diagnostic du trouble du spectre de l'autisme : niveau 1 (support nécessaire), niveau 2 (support substantiel nécessaire) et niveau 3 (très grand support nécessaire).

3.1.3 Prévalence de l'autisme

La prévalence des personnes diagnostiquées «autistes» est en hausse depuis plusieurs années. Effectivement, en 1970, aux États-Unis, un enfant sur 10 000 était autiste (0,05%) (CDC, 2016). Toujours selon le Center for Disease Control (CDC), en 2012, un enfant sur 68 l'était (1,5%). De plus, la prévalence change selon la région géographique. Effectivement, aux États-Unis, dans le Maryland, 0,82% des enfants de huit ans sont diagnostiqués autistes, alors qu'au New Jersey 2,46% le sont. Au Québec, en 2013, la prévalence d'enfants autistes était de 1% (Noiseux, 2014). La région administrative ayant le plus haut taux était la Montérégie avec un taux de 1,4%, alors qu'en Estrie la prévalence était de 0,5%.

Des questionnements concernant l'augmentation de la prévalence ainsi que la variation de taux selon les régions administratives émergent. Noiseux (2014) indique que les variations territoriales peuvent être dues aux pratiques diagnostiques de chaque région et à la disponibilité des ressources de chacune d'elle (migration des personnes vers les ressources). Par ailleurs,

actuellement, aucun consensus n'a permis d'expliquer la variation de la prévalence dans l'histoire et entre les régions.

Il est donc possible de constater que la définition l'autisme est en constant changement depuis sa première description.

3.1.4 Impacts occupationnels

Les difficultés de communication, de comportements, d'intérêts et de réactivité aux stimuli sensoriels rencontrées par les autistes amènent plusieurs impacts occupationnels chez ces personnes et leur entourage. Effectivement, les autistes peuvent éprouver de la difficulté sur les plans de l'alimentation, du sommeil, de la participation sociale, de l'éducation et des activités de la vie quotidienne (AVQ) (ex : hygiène, habillage...) (Miller-Kuhaneck, 2015). Ces difficultés peuvent causer de grands impacts sur la famille (Senechal & des Rivieres-Pigeon, 2009). Par exemple, les parents vivent plus de stress, en raison des difficultés financières associées, des difficultés relationnelles avec l'enfant et d'un réseau social appauvri (Senechal & des Rivieres-Pigeon, 2009). Considérant les difficultés et l'impact de ce trouble au quotidien, les autistes ont régulièrement recours aux services médicaux et professionnels, dont les services de réadaptation auxquels les ergothérapeutes contribuent.

3.2 Introduction à la théorie de neurodiversité

Cette section présentera un bref aperçu de la théorie de neurodiversité. Il est tout d'abord important de mentionner que dans les écrits les termes «théorie», «approche» et «mouvement» sont utilisés pour décrire la neurodiversité. Le terme théorie sera utilisé dans cet essai lorsque seront discutés des principes, des règles et des idées ("Théorie," s.d) concernant la neurodiversité. Le terme mouvement sera utilisé lorsqu'il sera question d'actions vers un changement social ou politique ("Mouvement," s.d).

3.2.1 Introduction aux principes généraux de la théorie

La théorie de neurodiversité affirme que l'autisme n'est pas une maladie, mais une variation naturelle de l'être humain qui entraîne des différences au niveau du fonctionnement cognitif (Armstrong, 2012). Ainsi, les autistes sont différents et non déficients (Owren &

Stenhammer, 2013). Une analogie est faite avec les personnes mélanodermes : il existe plusieurs couleurs de peau : blanc, noir, basané... et cette couleur entraîne une différence et non une déficience (Elder Robinson, 2016). De la même façon, la théorie de la neurodiversité véhicule l'idée que les autistes sont simplement différents et non «déficients». Il s'agit ainsi d'une nouvelle catégorie identitaire, tout comme le genre et l'ethnie (Armstrong, 2012). Être autiste ferait partie de leur identité.

Plusieurs personnes diront que les personnes mélanodermes n'ont pas d'handicap contrairement aux autistes. Or, certains autistes présentent des capacités cognitives nettement supérieures aux personnes dites normales, bien qu'elles aient des habiletés sociales différentes. Elder Robinson (2016) stipule que les propos tenus actuellement concernant les autistes sont les mêmes que des propos énoncés à l'endroit des personnes mélanodermes durant les années 1950. Effectivement, les personnes mélanodermes étaient considérées comme étant handicapées, en raison de la couleur de leur peau. Il est reconnu aujourd'hui que ces préjugés étaient faux et basés sur du racisme. Selon les membres du mouvement social du handicap, adhérant à la théorie de neurodiversité, le même type de préjugés est de nos jours formulé à l'endroit des autistes lorsqu'on les considère comme ayant un handicap.

Il est important de noter que cette théorie change les conceptions actuelles de l'autisme et les perspectives de la société concernant l'autisme. De plus, les postulats et la compréhension de la théorie peuvent varier selon chaque auteur et donc des objections concernant ces postulats peuvent survenir.

3.2.2 Provenance de la théorie

Le mouvement de revendication pour le droit à la différence des autistes a été introduit par Jim Sinclair en 1993 lors de son discours *Don't Mourn for Us* (Boundy, 2008; Krcek, 2013). Jim Sinclair était un militant pour l'acceptation sociale et l'autodétermination. Toutefois, le terme «neurodiversité» pour désigner ce mouvement a été nommé pour la première fois par Judy Singer, mère d'une jeune fille Asperger, en 1999 (Krcek, 2013; Singer, 1999). Le mouvement, supporté par des autistes (Owren & Stenhammer, 2013), a rapidement progressé par l'avancée d'internet

(Boundy, 2008; Ortega, 2009). Il s'agit donc tout d'abord d'un mouvement politique défendu par des autistes via internet.

3.2.3 Fondement théorique de la théorie

La théorie de neurodiversité peut être rattachée au mouvement social du handicap (mouvement des droits des personnes handicapées) (Krcek, 2013; Ortega, 2009). Effectivement, la théorie affirme que le handicap des autistes est le résultat de l'interaction entre la société et la personne (Krcek, 2013). Les tenants du modèle social s'opposent aux tenants du modèle médical (Kapp, Gillespie-Lynch, Sherman, & Hutman, 2013) qui voient l'autisme comme un trouble, une déficience (Runswick-Cole, 2014) qui se doit d'être éliminée (Cascio, 2012) et où les traitements visent la normalisation (Kapp et al., 2013). Cascio (2012) ajoute que ce modèle (médical) est particulièrement présent chez les professionnels de la santé traitant l'individu.

3.2.4 Introduction à l'application de la neurodiversité en pratique

Cette section présente un bref aperçu de l'application de la théorie de neurodiversité en pratique clinique. Elle sera davantage décrite dans la section résultat suite à la recherche.

Les tenants de la neurodiversité se présentent contre un remède (ex : vaccin) puisque l'autisme est un état, une différence et non pas une maladie (Barnbaum, 2013; Owren & Stenhammer, 2013). La théorie de la neurodiversité soutient que l'État devrait offrir de meilleures adaptations environnementales (Barnbaum, 2013; Owren & Stenhammer, 2013). De plus, les tenants de cette théorie amènent l'idée qu'un troisième langage serait nécessaire pour communiquer avec les autistes : il ne faudrait pas intervenir afin de forcer le langage des neurotypiques aux neurodivergents. Actuellement, deux langages sont présents : 1) le langage des neurotypiques et 2) le langage des neurodivergents (Barnbaum, 2013). Baggs (2007), autiste, dit qu'elle trouve intéressant le fait qu'un autiste qui échoue à apprendre le langage des neurotypiques est vu comme ayant une déficience alors qu'un neurotypique qui échouerait à comprendre le langage des neurodivergents serait considérée comme étant normale.

Cette théorie amène donc une nouvelle perspective concernant ce qu'est l'autisme et des problèmes qui en découlent. Elle critique la manière dont les autistes sont traités et propose des

façons de réduire voire d'éliminer la stigmatisation de ceux-ci et la discrimination à leur endroit. Plus encore, Armstrong (2012) affirme que le mouvement de neurodiversité pourrait apporter un changement de paradigme concernant la perception médicale et sociale de l'autisme.

3.3 Perspectives des services de réadaptation selon Kielhofner (2005) et Leiter (2007)

Kielhofner (2005), ergothérapeute, apporte que les services de réadaptation se retrouvent dans une société où le modèle médical domine. Il ajoute que ce modèle amène à percevoir la déficience (déviation de la norme) comme négative. Effectivement, selon ce modèle, il est souhaitable d'enlever la maladie ou d'en réduire les symptômes puisque ceux-ci rendent la personne anormale. Ceci correspond au concept de « normalisation ». La normalisation amène la notion qu'être normal est plus désirable qu'être « anormal », ce qui serait garant d'une meilleure qualité de vie (Oliver, 1999 dans Kielhofner, 2005). Kielhofner mentionne ceci sur ce sujet : « *[...] there is still a pervasive tendency to consider the disabled person's life as fundamentally undesirable---a life not worth living* » (2005, p. 493).

Kielhofner (2005) ajoute que des difficultés relatives aux interactions sociales peuvent ne pas être strictement une conséquence des facteurs personnels, mais aussi en raison de la stigmatisation et des attitudes négatives et peu tolérantes de la société envers ces personnes.

Dans un autre ordre d'idées, Leiter (2007), sociologue, mentionne que pour avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux ou pour obtenir certaines subventions gouvernementales, une personne doit être définie comme « handicapée ». Ainsi, les politiques publiques jouent un rôle important dans la définition du concept de « handicap » et dans la perception que les personnes ont d'elles-mêmes ou de leur enfant. Bien que ce terme soit utile pour donner accès à des soins de santé et des services sociaux comme les services de réadaptation ou pour distribuer des devis publics, le terme « handicap » amène l'autiste, ou tout autre personne, à se percevoir comme anormale et nécessitant donc d'être changée en vue de faire partie de la norme.

De plus, selon Leiter (2007), les interventions précoces réalisées auprès d'enfants autistes, qui sont par ailleurs en santé, amènent les parents à considérer que leur enfant, ne suivant pas les normes du développement dit typique, nécessite de la réadaptation pour favoriser un meilleur

fonctionnement. Effectivement, en mettant l'emphase sur les différences de l'enfant comparativement aux enfants dits typiques, le professionnel démontre que l'enfant n'a pas un développement normal et qu'il nécessite des interventions pour l'amener à être comme les autres enfants. Leiter (2007) conclut que les interventions précoces démontrent aux parents qu'un handicap est une déficience ou une déviation de la norme et donc que leur enfant est anormal. Sur ce sujet, Kielhofner (2005) écrit: «...*by focusing on the client's impairment as the problem rather than treating environmental (physical, social, political, and economic) barriers as the true problem, rehabilitation reinforce the perception that disability is an individual matter requiring private solutions rather than a matter of socially produced barriers requiring public, political solutions (Linton, 1998; Longmore, 1995b; Nagi, 1991; Scotch, 2001; Zola, 1972)*» » (p. 490).

Selon ces deux perspectives, si l'on considère l'autisme comme le réel problème et non pas les barrières environnementales de la société qui font de l'autisme un problème, alors on renforce l'idée suivant laquelle les autistes sont handicapés et ont besoin d'être traités, c'est-à-dire d'être changés pour correspondre à la norme sociale.

Ces réflexions abondent dans le même sens que la théorie de neurodiversité. Ils remettent en question les services de réadaptation suivant le modèle médical ainsi que les impacts que peuvent avoir indirectement les services des professionnels de la santé.

3.4 Objectifs de recherche

Lorsqu'on s'intéresse aux interventions qui sont réalisées en ergothérapie auprès d'autistes tout en considérant la théorie de la neurodiversité, il en résulte qu'une réflexion approfondie pourrait être faite sur leurs ressemblances et différences. Ainsi, l'objectif de recherche découlant de cette problématique est le suivant : décrire comment les interventions ergothérapeutiques auprès des autistes se situent par rapport à la théorie de neurodiversité en vue d'identifier les points communs et les points divergents. De cet objectif de recherche découle les trois sous objectifs suivants :

1. définir les buts des interventions ergothérapeutiques ainsi que le type d'intervention auprès de la clientèle autiste;
2. définir la théorie de neurodiversité de l'autisme, ses postulats ainsi que son application à la pratique;

3. déterminer les ressemblances et les différences entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente le cadre conceptuel utilisé dans cette étude, soit le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) élaboré par Townsend et Polatajko (2013). Il y aura aussi une brève description de ce qu'est un postulat afin de bien comprendre la théorie de neurodiversité.

3.1 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

3.1.1 Justification du modèle

Ce modèle a été choisi puisqu'il s'agit d'un modèle spécifique à l'ergothérapie. Il est utilisé par les ergothérapeutes au Canada et internationalement depuis les 30 dernières années (Law & Laver-Fawcett, 2013). Il amène un langage simple et pose les valeurs fondamentales de l'ergothérapie, soit que l'être humain est un être occupationnel et que l'occupation donne un sens à la vie (Townsend & Polatajko, 2013, p. 24). Les interactions entre les différentes catégories du modèle sont simples et les concepts intégrés sont bien définis. Ainsi, le MCREO permet un langage accessible à tous et des concepts utiles afin d'examiner les interventions ergothérapeutiques à la lumière des observations, des postulats et des réflexions de la neurodiversité.

3.1.2 Concepts du MCREO

3.1.2.1 Engagement occupationnel

Pour Townsend et Polatajko (2013), l'engagement occupationnel est le plus large concept dans ce modèle. L'engagement comprend tout ce qu'une personne fait pour participer, s'investir et s'occuper. Ainsi, l'engagement occupationnel ne se réduit pas à la seule réalisation d'une occupation, mais inclut aussi l'investissement psychologique d'une personne pendant la réalisation de celle-ci (Townsend & Polatajko, 2013, p.26).

3.1.2.2 Rendement occupationnel

Le MCREO décrit le rendement occupationnel comme étant le résultat de l'interaction dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation (Townsend & Polatajko, 2013). Il s'agit donc de la performance dans l'occupation, c'est-à-dire le résultat final de la complétion d'une occupation. Ainsi, la performance dans une occupation est influencée par les habiletés de la personne, l'occupation elle-même et les facteurs environnementaux mis à sa disposition.

3.1.2.3 Personne

Le concept de personne réfère à l'être humain qui réalise, voire s'engage dans une occupation (Townsend & Polatajko, 2013). Townsend et Polatajko (2013) proposent que toute personne s'engage dans des occupations, mais que chaque personne est unique. Cette personne peut être décrite selon plusieurs sphères : les sphères physique (habiletés motrices et sensorielles), cognitive (mémoire, fonctionnement intellectuel, raisonnement), affective (émotions, habiletés interpersonnelles) et spirituelle (essence de la personne) (Goniface, 2012).

3.1.2.4 Occupation

«L'occupation est représentée comme un pont qui relie la personne et l'environnement, indiquant ainsi que les individus agissent sur l'environnement par l'occupation» (Townsend & Polatajko, 2013, p. 26). Selon ce modèle, tout ce que les êtres humains réalisent peut être classé dans une des trois catégories d'occupation, soit : les soins personnels (s'occuper de soi : hygiène, déplacement...), la productivité (contribuer à la société : travailler, faire du bénévolat, être parent...) ou les loisirs (se divertir : lire, regarder la télévision...) (Townsend & Polatajko, 2013).

3.1.2.5 Environnement

La personne réalise ses occupations dans un environnement, ce qui signifie tout ce qui lui est externe. Quatre types d'environnement sont définis (Townsend & Polatajko, 2013), soit : l'environnement social (entourage, relations), physique (tout ce qui est naturel ou bâti, horaire visuel, rampe d'accès), culturel (ethnie, valeurs, routines) et institutionnel (règles gouvernementales, services, institutions, économie) (Goniface, 2012).

3.1.3 Concepts utilisés dans la recherche

Les concepts utilisés dans cet essai afin de répondre à la question de recherche seront : l'engagement occupationnel, le rendement occupationnel, la personne, l'occupation et l'environnement. Les sous-catégories, comme par exemple la sphère physique de la personne seront utilisées au besoin.

3.2 Définition de «postulat»

Lors de cet essai, le terme «postulat» sera régulièrement utilisé lorsque la théorie de neurodiversité sera discutée. Le Larousse en ligne définit «postulat» comme «une proposition que l'on demande d'admettre avant un raisonnement, que l'on ne peut démontrer et qui ne saurait être mise en doute» ("Postulat," s.d.a). Ainsi, dans cet essai, un postulat sera un principe qui demande d'être accepté afin de comprendre la théorie sans que ce principe n'ait été démontré.

4. MÉTHODE

Le devis choisi pour cette recherche est un devis qualitatif descriptif sous forme de revue rapide tel que décrit par Khangura, Konnyu, Cushman, Grimshaw et Moher (2012). Tout d'abord, Khangura et ses collaborateurs (2012) expliquent que les étapes d'une revue rapide sont :

1. identification des besoins;
2. question de recherche;
3. proposition d'une recherche;
4. recherche systématique de la littérature;
5. dépistage et sélection des articles;
6. synthèse narrative (incluant le niveau d'évidence des articles);
7. production du rapport;
8. divulgation des informations.

Ainsi, deux revues rapides ont été effectuées pour répondre à l'objectif de recherche et aux sous-objectifs de l'étude. Une revue portait sur les interventions ergothérapeutiques auprès des autistes (revue rapide A) et une autre portait sur la théorie de neurodiversité de l'autisme (revue rapide B). Cette section décrit les méthodes utilisées pour les deux revues rapides, soit la justification du choix de la méthode, les bases de données utilisées, les mots-clés, les critères de sélection ainsi que l'analyse de données. Comme les étapes un à trois ont déjà été réalisés, la méthode s'applique aux étapes quatre à six. Le but d'une revue rapide tend vers le même qu'une revue systématique, soit de faire ressortir les évidences scientifiques sur un sujet (Khangura et al., 2012). Par ailleurs, la revue rapide nécessite beaucoup moins de ressources et de temps. Effectivement, dans cet essai, un seul auteur a réalisé la recherche, les bases de données ainsi que les critères de sélection ont été restreints et l'analyse de la qualité des articles a été réduite. La revue rapide vise donc à faire ressortir les principales informations de la littérature tout en ayant des ressources plus limitées qu'une revue systématique.

4.1 Justification de la méthode

Afin de répondre à l'objectif de recherche, deux étapes étaient nécessaires, une portant sur les interventions ergothérapeutiques et l'autre sur la théorie de neurodiversité. Ainsi, il n'était pas possible de faire deux recherches d'envergure (ex : deux revues systématiques) en raison du temps et des ressources limitées. De plus, comme il s'agit d'un essai ayant pour but d'introduire une

réflexion, il a été décidé que les recherches feraient un survol de la littérature afin d’avoir un aperçu général des interventions ergothérapeutiques et de la théorie de neurodiversité.

4.2 Revue rapide A

4.2.1 Bases de données

La revue rapide a été réalisée le 2 juin 2017 en trois recherches sur trois serveurs différents. Tout d’abord, sur le serveur EBSCOhost les bases de données CINAHL, MEDLINE, ERIC et Psychology and Behavioral Sciences Collection ont été utilisées. Par la suite, une recherche a été faite sur le site internet du American Journal of Occupational Therapy (AJOT) et sur le site de la Revue canadienne d’ergothérapie (RCE).

4.2.2 Mots-clés

Le tableau 1 décrit les mots-clés selon chaque base de données utilisée.

Tableau 1
Mots-clés de la revue rapide A

Bases de données	CINAHL, MEDLINE, ERIC et Psychology and Behavioral Sciences Collection	American Journal of Occupational Therapy (AJOT)	Revue canadienne d’ergothérapie (RCE)
Mots-clés	Autism AND «Occupational Therap*» AND Review	Autism AND Review	Autism AND Review

4.2.3 Critères de sélection

Le tableau 2 décrit les critères de sélection de la revue rapide A.

Tableau 2
Critères de sélection de la revue rapide A

Critères d’inclusion	Critères d’exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • 2007-2017 • Français ou anglais • Revue (systématique ou autre type) sur les interventions ergothérapeutiques (peut contenir l’efficacité ou autre) auprès des autistes (tout âge) • Article discutant du rôle de l’ergothérapeute auprès de personnes autistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Livre • Commentaire d’un article • Étude portant sur l’efficacité d’une seule intervention (les études portant sur une seule intervention sont habituellement incluses dans les revues systématiques). • Étude sur les liens entre les difficultés occupationnelles et les particularités des autistes.

4.2.4 Analyse des données

Le but de cette revue rapide était de faire ressortir les buts des interventions ergothérapeutiques ainsi que les types d'interventions. Lors de la lecture des articles, les informations retirées ne concernaient pas les conclusions de l'auteur, mais bien la description des interventions et des buts de ces interventions dans les différents articles. Ainsi, même si la conclusion de la recherche était qu'une intervention n'était pas efficace, les interventions décrites étaient tout de même considérées. Les données ont été divisées en deux grandes catégories, soit le but de l'intervention et le type d'intervention. Par la suite, les données ont été classées, selon les concepts du MCREO. Cette catégorisation est décrite à la section 4.4.

4.3 Revue rapide B

4.3.1 Bases de données

La recherche a été effectuée le 28 mars 2017 sur deux plateformes web. Tout d'abord en utilisant le serveur EBSCOhost et en choisissant les bases de données CINAHL, Psychinfo, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection et Academic Search Complete. Par la suite, une recherche a été effectuée avec l'outil de découverte de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

4.3.2 Mots-clés

Le tableau 3 résume les mots-clés utilisés selon les bases de données.

Tableau 3
Mots-clés de la revue rapide B

Bases de données	CINAHL, Psychinfo, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection et Academic Search Complete	Outil de découverte de l'UQTR
Mots-clés	Neurodiversity AND Autism	Neurodiversity

Il a été décidé de ne pas mettre le mot-clé «Autism» dans la recherche avec l'outil de découverte de l'UQTR puisque plusieurs livres existent concernant la théorie de neurodiversité n'étant pas spécifiques à l'autisme. L'ajout de ce terme aurait donc limité les résultats de la recherche, bien qu'une section sur l'autisme soit présente dans certains de ces livres.

4.3.3 Critères de sélection

Le tableau 4 décrit les critères de sélection des articles de la revue rapide B.

Tableau 4
Critères de sélection de la revue rapide B

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Français ou anglais • Explication de la théorie de neurodiversité (postulats) ou application de la théorie dans la compréhension de ce qu'est l'autisme. • Exemples d'application aux professionnels de la santé. • Articles ou littérature grise 	<ul style="list-style-type: none"> • Commentaire d'un livre ou d'un article • Application au sexe (féminin, masculin) • Application au milieu scolaire • Application à l'histoire de l'autisme • Application au travail • Neurodiversité et compréhension de l'aspect physiologique de l'autisme

4.3.4 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite en deux étapes, comme pour la revue rapide A. Tout d'abord, les postulats ou principes ont été ressortis afin de bien comprendre la théorie. Lorsqu'il s'agissait de la description d'un fondement ou d'un principe de la théorie, cela était considéré comme un postulat, particulièrement lorsque plusieurs auteurs affirmaient la même chose. Par la suite, les données portant sur l'application de la théorie en pratique ont été ressorties. Ces données ont été divisées selon deux catégories : les buts des interventions et le type d'intervention. Puis, comme pour la revue rapide A, les buts et les types d'interventions ont été classés selon les catégories du MCREO. La section 4.4 explique davantage l'analyse de données selon le MCREO.

4.4 Mise en parallèle des données selon le MCREO

Le cadre conceptuel a permis de catégoriser les données, permettant ainsi de mettre en parallèle deux différentes perspectives et de répondre à l'objectif de recherche. Les catégories utilisées pour ce faire étaient: l'engagement occupationnel, le rendement occupationnel, la personne, l'occupation et l'environnement. Les sous-catégories ont été utilisées lorsqu'une plus grande distinction était nécessaire.

Pour les deux revues rapides, tout ce qui concernait la participation sociale, l'engagement ou bien les occupations significatives a été mis sous le concept « engagement occupationnel ». Tous les résultats concernant la performance d'occupations ont été classés sous le concept « rendement

occupationnel». De plus, il a été décidé d'inclure, dans ce dernier concept, tous les résultats concernant l'autonomie puisque ceux-ci étaient jugés comme étant une qualification de la performance. Ensuite, les données portant sur ce qui était interne à la personne, par exemple les valeurs ou les habiletés, ont été classées sous le concept «personne». Ce qui concernait l'occupation (ex : modification d'une occupation, réalisation d'une occupation) a été mis dans le concept «occupation». Puis, les résultats portant sur l'environnement (ex : modification des transports en commun) ont été mis dans la catégorie « environnement ».

4.5 Évaluation du niveau d'évidence

Il est important de mentionner qu'il n'existe pas d'article ayant un haut niveau d'évidence portant sur la théorie de neurodiversité. Effectivement, il s'agit particulièrement d'articles d'opinion d'expert puisque ce n'est pas une théorie fondée ni prouvée. En ce qui concerne les écrits sur les interventions ergothérapeutiques, plusieurs revues systématiques portant sur ce sujet étaient disponibles. La revue rapide A a donc un haut niveau d'évidence scientifique, contrairement à la revue rapide B. Selon, Khangura et ses collaborateurs (2012), dans une revue rapide, seulement le niveau d'évidence est évalué. Par contre, dans cette recherche, évaluer le niveau d'évidence n'était pas pertinent puisqu'aucune conclusion n'a été faite sur l'efficacité d'une intervention. En effet, même si un article démontrait une absence d'efficacité de certaines interventions, ces dernières ont tout de même été considérées dans cette recherche.

5. RÉSULTATS

Cette section décrit les résultats obtenus lors des recensions des écrits et les ressemblances et les différences entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité. Tout d'abord, le processus de la sélection des articles est exposé, suivi de l'analyse de données.

5.1 Interventions ergothérapeutiques

5.1.1 Sélection des articles

La figure 1 présente le processus de sélection des articles de la revue rapide concernant les interventions ergothérapeutiques. Au total, 15 articles ont été gardés afin de déterminer les buts des interventions ergothérapeutiques auprès des autistes et de recenser les types d'interventions. Trois articles portaient sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes autistes (AJOT, 2017;

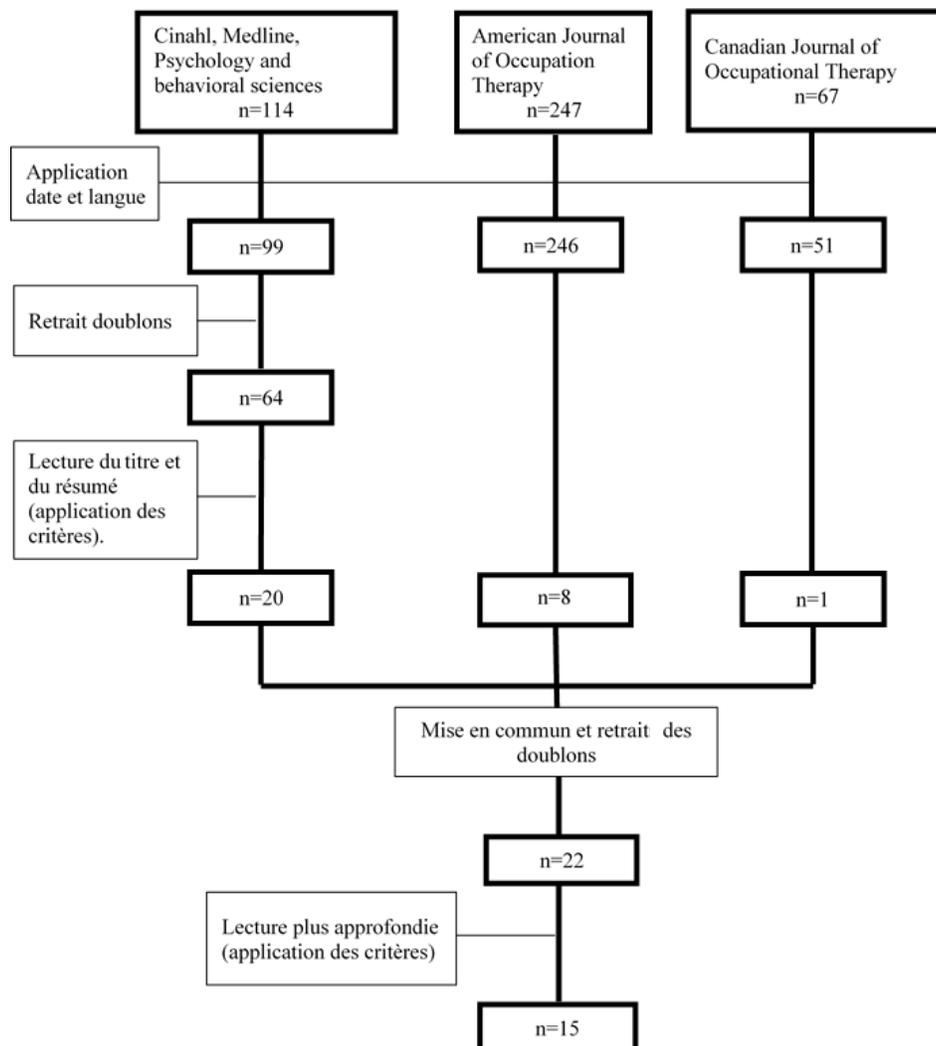


Figure 1. Sélection des articles de la revue rapide A

Tomchek, Koenig, Arbesman, & Lieberman, 2017; Tomchek, LaVesser, Watling, & DeLany, 2015), quatre étaient des revues de la littérature (Ashburner, Rodger, Ziviani, & Hinder, 2014; Bagatell & Mason, 2015; Boyd, McDonough, & Bodfish, 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008), six étaient des revues systématiques (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2015; Cuomo et al., 2017; Miller Kuhaneck, Madonna, Novak, & Pearson, 2015; Tanner, Hand, O'Toole, & Lane, 2015; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015), une était une revue intégrative (Lee, Lambert, Wittich, Kehayia, & Park, 2016) et une était une étude de portée (Lindsay, Hounsell, & Cassiani, 2017).

5.1.2 Analyse des données

Tel que décrit dans la section 4.2.4 de la méthode, les données sont divisées selon les buts et les types d'interventions. Chaque article est décrit de façon synthétique dans la grille d'extraction des données à l'Annexe A. Les résultats suivants sont rapportés tels que présentés dans les articles.

5.1.3 Buts des interventions ergothérapeutiques

Lors de la revue rapide A, il est ressorti que les buts des interventions visaient soit une amélioration ou une diminution d'un aspect particulier d'une catégorie du MCREO. Ainsi, pour chaque catégorie, les buts des interventions ont été classés selon «améliorer» ou «diminuer».

5.1.3.1 Buts concernant l'engagement occupationnel

Tous les buts concernant l'engagement occupationnel portent sur l'amélioration de cet aspect. Ainsi, il est ressorti qu'en ergothérapie il est visé d'améliorer :

- l'engagement occupationnel (AJOT, 2017; Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015);
- l'engagement académique (Ashburner et al., 2014);
- l'engagement et la participation sociale (Case-Smith & Arbesman, 2008; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015);
- la participation dans les activités (Case-Smith et al., 2015);
- la participation dans les interactions sociales (Case-Smith & Arbesman, 2008).

5.1.3.2 Buts concernant le rendement occupationnel

Comme pour les buts portant sur l'engagement occupationnel, tous les buts concernant le rendement occupationnel visent une amélioration d'un concept. Ainsi, il est ressorti qu'en ergothérapie il est visé d'améliorer :

- la performance occupationnelle (AJOT, 2017; Tomchek et al., 2015);
- la performance dans les AVQ (Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015);
- la performance en classe, au travail, dans le jeu, à l'hygiène, l'habillement (AJOT, 2017; Lee et al., 2016; Tomchek et al., 2017; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015);
- l'autonomie dans les AVQ et les activités de la vie domestiques (AVD) (Weaver, 2015);
- l'indépendance (Lindsay et al., 2017; Tomchek et al., 2017).

5.1.3.3 Buts concernant la personne

En raison du grand nombre de buts ressortis, les buts visant l'amélioration de la personne ont été divisés selon les quatre sous-catégories du MCREO, soit les dimensions spirituelle, cognitive, physique et affective. Les tableaux 5 et 6 résument les buts des interventions ergothérapeutiques visant l'amélioration d'un aspect de la personne. Le tableau 7 résume les buts et les interventions ergothérapeutiques visant la diminution d'un aspect de la personne. Il est à noter qu'il a été impossible de diviser les buts concernant la diminution selon les sous-catégories du MCREO.

Tableau 5

Buts des interventions ergothérapeutiques visant l'amélioration de la sphère spirituelle et affective de la personne

Buts	Auteurs
Spirituel	
Bonheur	(Watling & Hauer, 2015)
Qualité de vie	(AJOT, 2017; Lindsay et al., 2017; Miller Kuhaneck et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Weaver, 2015)
Satisfaction personnelle	(Tomchek et al., 2015)
Affectif	
Habilités sociales	(AJOT, 2017; Bagatell & Mason, 2015; Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Lindsay et al., 2017; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2017; Weaver, 2015)
Relations sociales	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Lindsay et al., 2017; Tanner et al., 2015)
Communication sociale	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012; Tanner et al., 2015)
Confiance en soi	(Lee et al., 2016)
Fonctionnement social	(Lee et al., 2016)
Comportements socialement acceptables (contact visuel, attention)	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Lee et al., 2016)
Régulation et contrôle des comportements	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015)
Comportements dans une tâche	(AJOT, 2017; Ashburner et al., 2014)
Comportements assis	(Ashburner et al., 2014)

Tableau 6

Buts des interventions ergothérapeutiques visant l'amélioration de la sphère cognitive et physique de la personne

Buts	Auteurs
Cognitif	
Attention conjointe	(AJOT, 2017; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015)
Communication (langage)	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Lindsay et al., 2017)
Organisation	(Tomchek et al., 2017)
Vocabulaire	(Watling & Hauer, 2015)
Langage non verbal	(Lee et al., 2016)
Initiation de la conversation (langage)	(Tanner et al., 2015)
Quotient intellectuel	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Habilités visuospatiales	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Performance cognitive	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Watling & Hauer, 2015)
Résolution de problème	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015)
Fonctionnement exécutif	(Tomchek et al., 2015)
Compréhension d'émotions	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Habilités, réponses et comportements adaptatifs	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2015; Tomchek et al., 2015)
Physique	
Habilités athlétiques	(Lee et al., 2016)
Développement moteur	(Lee et al., 2016)
Traitement de l'information sensorielle et intégration sensorielle	(AJOT, 2017; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015)
Performance sensori-motrice	(Case-Smith et al., 2015)
Contrôle moteur	(Case-Smith et al., 2015)
Habilités motrices fines et globales	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Weaver, 2015)
Coordination yeux-mains	(Case-Smith & Arbesman, 2008)

Tableau 7

Buts des interventions ergothérapeutiques visant la diminution de comportements touchants les différentes dimensions de la personne

Buts	Auteurs
Comportements autistiques	(Lindsay et al., 2017)
Comportements répétitifs	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012; Tanner et al., 2015)
Comportements antisociaux (ex : contact visuel)	(Lee et al., 2016)
Comportements problématiques	(Boyd et al., 2012)
Comportements d'autostimulation	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015)
Comportements d'automutilation	(Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2015)
Comportements reliés aux difficultés sensorielles	(Ashburner et al., 2014; Bagatell & Mason, 2015)
Comportements dérangeants (agression, stéréotypies, inattention)	(Ashburner et al., 2014; Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015)
Comportements non socialement acceptés	(Tomchek et al., 2015)
Comportements non adaptés	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Weaver, 2015)
Intérêts restreints	(Boyd et al., 2012; Tanner et al., 2015)
Sévérité des symptômes autistiques	(Bagatell & Mason, 2015; Tanner et al., 2015; Watling & Hauer, 2015)
Maniérismes autistiques	(AJOT, 2017; Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Watling & Hauer, 2015)
Hyperactivité	(Ashburner et al., 2014; Case-Smith & Arbesman, 2008)
Interactions négatives	(Tanner et al., 2015)
Vocalisation	(Bagatell & Mason, 2015; Boyd et al., 2012)
Sensibilité sensorielle	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Watling & Hauer, 2015)
Crises	(Case-Smith & Arbesman, 2008)

5.1.3.4 Buts concernant l'occupation

Comme les buts concernant l'engagement et le rendement occupationnel, aucun but visant une diminution n'a été recensé concernant l'occupation. Ainsi, les résultats indiquent qu'en ergothérapie il est visé d'améliorer :

- le sommeil (latence, durée, efficacité, activité nocturne, mouvements des jambes, respiration, anxiété) (AJOT, 2017; Cuomo et al., 2017; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015);
- le fonctionnement dans les AVQ et AVD (soins de soi, préparation de repas, courses, entretien de la maison, gestion de sa santé) (AJOT, 2017; Case-Smith et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Weaver, 2015);

- l'alimentation (diminuer la sélectivité et les comportements associés, participation aux repas) (Weaver, 2015);
- le fonctionnement à l'école (Case-Smith & Arbesman, 2008);
- le jeu et le jeu coopératif (Bagatell & Mason, 2015; Case-Smith & Arbesman, 2008; Lindsay et al., 2017; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015);
- les loisirs (AJOT, 2017; Tanner et al., 2015);
- la recherche d'un emploi et le maintien de celui-ci (Tomchek et al., 2017; Weaver, 2015);
- les buts personnels fonctionnels (Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Watling & Hauer, 2015).

5.1.3.5 Buts concernant l'environnement

Le tableau 8 résume les buts des interventions ergothérapeutiques concernant l'environnement de l'autiste.

Tableau 8
Buts des interventions ergothérapeutiques concernant l'environnement

Buts	Auteurs
	Améliorer
Auto-efficacité parentale	(AJOT, 2017; Miller Kuhaneck et al., 2015)
Confiance des parents	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Miller Kuhaneck et al., 2015)
Compétences et résilience familiale	(AJOT, 2017)
Relations familiales	(Lindsay et al., 2017; Miller Kuhaneck et al., 2015)
Fonctionnement familial	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Participation familiale dans les AVQ et AVD	(Miller Kuhaneck et al., 2015)
Interactions parents-enfants	(AJOT, 2017)
	Diminuer
Stress parental et familial	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Miller Kuhaneck et al., 2015)
Épuisement de l'entourage	(Tanner et al., 2015; Watling & Hauer, 2015)
Aide nécessaire pour les AVQ	(Lee et al., 2016)

5.1.4 Types d'interventions ergothérapeutiques

Les interventions ont été classées selon les concepts du MCREO par rapport à la cible de l'intervention. Autrement dit, si l'intervention visait directement la personne (ex : entraînement à certaines habiletés) cela était classé dans la catégorie «personne». L'intervention était catégorisée dans «occupation» si elle était effectuée sur l'occupation, par exemple la modification d'une activité. Ainsi, si l'intervention était sur l'environnement elle était classée dans cette catégorie.

Les tableaux 9, 10 et 11 résument tous les types d'interventions recensés lors de la recherche et sont catégorisées selon que l'intervention porte sur la personne, l'occupation ou l'environnement. Aucune intervention sur l'engagement, sur le rendement occupationnel et sur la sphère spirituelle de la personne n'a été recensée.

Aussi, en raison du grand nombre d'interventions recensées dans la catégorie «personne», il a été décidé de les classer selon les sous-catégories du MCREO.

Tableau 9
Types d'interventions ergothérapeutiques sur la personne

Type d'interventions	Auteurs
Approche par les forces	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Affective	
Groupe d'habiletés sociales	(AJOT, 2017; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2017)
Enseignement d'habiletés sociales	(Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Lee et al., 2016)
Ordinateur (modelage, entraînement des habiletés sociales)	(AJOT, 2017; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2017; Weaver, 2015)
Histoires sociales	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015)
Interventions et stratégies comportementales (ex: ABA, renforçateurs, exposition graduelle, modelage)	(AJOT, 2017; Ashburner et al., 2014; Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Cuomo et al., 2017; Miller Kuhaneck et al., 2015; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Weaver, 2015)
Retrait de conséquence positive ou interventions basées sur les conséquences	(Boyd et al., 2012)
Stratégies d'autogestion	(Tanner et al., 2015)
Pleine conscience	(AJOT, 2017)
Physique	
Intégration sensorielle et traitement de l'information sensorielle (balançoire, balle, trampoline, veste lourde, couverture lourde, activités multisensorielles, massage, brushing, entraînement auditif),	(AJOT, 2017; Bagatell & Mason, 2015; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2015; Lee et al., 2016; Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015)
Désensibilisation	(Weaver, 2015)
Blocage physique ou verbal	(Boyd et al., 2012)
Approche développementale	(Tomchek et al., 2015)
Interventions sensori-motrices	(Tanner et al., 2015)
Cognitive	
Entraînement de l'attention conjointe	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015)
Approche cognitive et thérapie cognitivo-comportementale	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012)

Tableau 10
Types d'interventions ergothérapeutiques sur l'occupation

Types interventions	Auteurs
<i>Approche</i>	
Thérapie basée sur l'activité (ex: groupe d'engagement, tâche collaboratrice)	(Tanner et al., 2015)
CO-OP ³	(AJOT, 2017; Tomchek et al., 2017; Weaver, 2015)
Approche par le jeu	(Case-Smith & Arbesman, 2008)
Activités structurées (ex: Lego)	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Lindsay et al., 2017; Tanner et al., 2015)
Adaptation de l'occupation	(Ashburner et al., 2014)
Floortime (approche par le jeu)	(AJOT, 2017; Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015)
<i>Stratégies</i>	
Massage thaï	(Watling & Hauer, 2015)
Yoga	(Bagatell & Mason, 2015; Weaver, 2015)
Karaté	(Tanner et al., 2015)
Activités physiques	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015; Weaver, 2015)
Implantation de routine (ex: sommeil)	(Cuomo et al., 2017)
Relaxation	(AJOT, 2017)
Sieste	(Boyd et al., 2012)

³ Il est important de noter que l'approche *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* (CO-OP) a été classée dans «occupation», mais elle aurait aussi pu être mise dans «personne» ou dans «rendement occupationnel». Ce choix a été fait puisqu'il a été considéré que cette approche visait le rendement occupationnel en permettant à la personne d'essayer l'occupation par elle-même.

Tableau 11
Types d'interventions ergothérapeutiques sur l'environnement

Types d'interventions	Auteurs
Picture Exchange Communication System (PECS)	(AJOT, 2017; Tanner et al., 2015)
Interventions par les pairs	(AJOT, 2017; Boyd et al., 2012; Lee et al., 2016; Tanner et al., 2015)
Modification environnementale (ex: murs, lumières)	(AJOT, 2017; Ashburner et al., 2014; Bagatell & Mason, 2015; Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015)
Design universel	(Ashburner et al., 2014)
Ajout de facteurs sensoriels dans la routine (ex: veste lourde, siège dynamique, pause pour bouger)	(AJOT, 2017; Ashburner et al., 2014)
Entraînement et enseignement aux parents	(AJOT, 2017; Ashburner et al., 2014; Case-Smith & Arbesman, 2008; Cuomo et al., 2017; Miller Kuhaneck et al., 2015; Weaver, 2015)
Support à l'emploi	(AJOT, 2017)
Support à l'enfant	(Ashburner et al., 2014)
Support à l'entourage	(Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015)
Horaire et support visuel	(Boyd et al., 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015; Weaver, 2015)
<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH)</i>	(Case-Smith & Arbesman, 2008; Tanner et al., 2015; Tomchek et al., 2015)

Ainsi, il a été possible de faire ressortir les buts des interventions ergothérapeutiques ainsi que les types d'intervention.

5.2 Théorie de la neurodiversité appliquée à l'autisme

Ce qui suit expose les résultats de la revue rapide B, soit celle portant sur la théorie de neurodiversité.

5.2.1 Sélection des articles

La figure 2 présente le processus de sélection des articles de la revue rapide B. Il est important de noter que suite à la lecture de plusieurs articles, l'auteur Ortega (2009) apparaissait souvent. Par ailleurs, cet article n'était pas ressorti lors de la recherche systématique. Ainsi, il a été décidé de l'ajouter. Au total, 13 articles ont été gardés. Sur ces 13 documents, deux étaient des chapitres de livre (Barnbaum, 2013; Paletta, 2013), deux étaient des études expérimentales (Cascio, 2012; Kapp et al., 2013) et neuf étaient des opinions d'expert (8 textes longs et 1 texte

court) (Boundy, 2008; Fenton & Krahn, 2007; Jaarsma & Welin, 2012; Krcek, 2013; Orsini, 2012; Ortega, 2009; Owren & Stenhammer, 2013; Rothstein, 2012; Runswick-Cole, 2014).

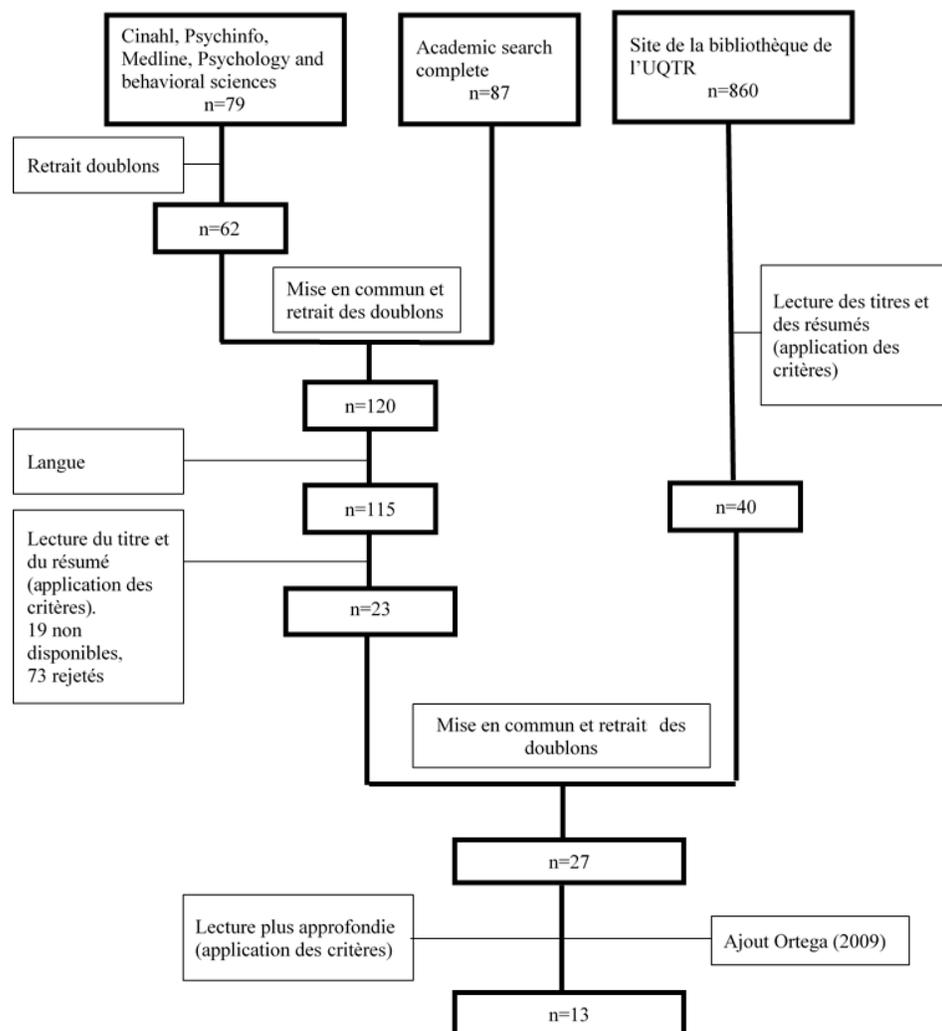


Figure 2. Sélection des articles de la revue rapide B

5.2.2 Les postulats de la théorie

Comme il s'agit d'une revue rapide utilisant une recherche systématique, tous les résultats seront exposés, même les objections. Ce qui suit décrit et explique les postulats de la théorie afin de comprendre son application à la pratique à la section suivante. Les postulats ont été catégorisés selon la «personne» ou «l'environnement». Chaque article est décrit de façon synthétique dans une grille d'extraction de données à l'annexe B.

5.2.2.1 Postulats portant sur la personne

Postulat 1 : L'autisme est une variation naturelle de l'être humain

La base de la théorie repose sur le principe que l'autisme est une variation naturelle de l'être humain (Cascio, 2012; Jaarsma & Welin, 2012; Kapp et al., 2013). Selon cette approche, l'autisme n'est pas une maladie qui doit être guérie (Fenton & Krahn, 2007; Ortega, 2009), mais une différence cognitive (Barnbaum, 2013; Paletta, 2013; Rothstein, 2012) qui amène une façon d'être différente (Fenton & Krahn, 2007; Jaarsma & Welin, 2012). Les tenants apportent donc qu'il faut reconnaître les différences comme étant positives et les célébrer (Boundy, 2008; Cascio, 2012; Rothstein, 2012) plutôt que de les éliminer (ex : éliminer les comportements autistiques) (Cascio, 2012).

Postulat 2 : L'autisme est une identité

Les tenants de la théorie affirment qu'être autiste fait partie de leur identité. Donc, ils désirent que le terme utilisé pour les décrire soit *identity-first*, soit que ce leur identité (être autiste) prime sur le terme personne. En anglais, ils prônent donc l'utilisation de *autistic* plutôt que de *person with autism* (Jaarsma & Welin, 2012; Kapp et al., 2013; Ortega, 2009; Owren & Stenhammer, 2013; Paletta, 2013). En français, ils désirent donc se faire appeler autiste plutôt que personne autiste ou personne ayant un TSA. Comme l'autisme est leur identité, celle-ci est non détachable de leur personne (Kapp et al., 2013). Utiliser «personne ayant un TSA» reviendrait à considérer ce que la personne a et non ce qu'elle est. Cette dernière appellation signifierait qu'il serait possible, ou désiré, d'enrayer l'autisme. De plus, Cascio (2012) apporte l'idée de la présence d'une culture autistique. Il mentionne que puisque l'autisme est en fait une identité, les autistes ont une culture propre à eux. À ceci, Orsini (2012) ajoute qu'intervenir pour enlever des comportements dits autistiques serait une attaque à leur culture (Orsini, 2012).

Postulat 3 : L'autonomie et la fonctionnalité devraient être redéfinies

Fenton et Krahn (2007) mentionnent que la définition «d'être fonctionnel» devrait être redéfinie puisqu'elle se base essentiellement sur les normes établies par des neurotypiques. Actuellement, l'autonomie est considérée comme étant nécessaire aux humains pour être heureux et est jugée essentielle pour déterminer si une personne est fonctionnelle (Beauchamp & Childress,

2011 dans Fenton & Krahn, 2007). Ainsi, les autistes qualifiés comme étant fonctionnels ont les capacités de s'intégrer au monde des neurotypiques en démontrant leur autonomie (Beauchamp & Childress, 2011 dans Fenton & Krahn, 2007). De ce fait, Fenton et Krahn (2007) ajoutent que les neurotypiques ne prennent alors pas en considération l'expérience autistique pour déterminer le bien-être de la personne puisqu'ils s'en tiennent à leurs propres critères. Effectivement, il n'est peut-être pas nécessaire pour les autistes d'être autonome de la même façon qu'une personne neurotypique afin d'être heureux. Ainsi, Fenton et Krahn (2007) mentionnent que la définition « d'être fonctionnel » devrait être déterminé par l'autiste. Par exemple, un autiste pourrait se dire fonctionnel puisqu'il réussit à vivre dans une maison ayant trois autres autistes, sans nécessairement être autonome (ne prépare pas ses repas, ne s'habille pas, ne réalise pas ses soins d'hygiène).

5.2.2.2 Postulats portant sur l'environnement

Postulat 4 : Le handicap est le résultat de l'interaction entre les autistes et la société

Comme le mouvement de neurodiversité s'intègre dans le modèle social, comme décrit dans la problématique, les tenants de la théorie affirment que le handicap des autistes est le résultat de leur interaction avec la société (Orsini, 2012). Owren et Stenhammer (2013) ajoutent que le handicap est particulièrement présent parce que les neurotypiques ne comprennent pas les besoins et les comportements des neurodivergents : «*The neurodiverse do not explain their experiences in ways the neurotypical can understand, and the neurotypical act on what they believe to be an ethical imperative to 'fix' what they don't understand*» (Barnbaum, 2013, p.136). Ortega (2009) cite Muskie (site internet humoristique): «*He defines [Muskie] the 'Neurotypical Syndrome' as a 'neurological disorder characterized by preoccupation with social concerns, delusions of superiority, and, obsession with conformity'. Neurotypicals individuals (NTs), he adds, 'often assume that their experience of the world is either the only one, or the only one correct...'*» (p.431-432). Alors, la douleur des autistes (qu'elle soit physique ou psychologique) s'explique par la pression sociale de se conformer aux normes de la société (Boundy, 2008) et par le besoin des neurotypiques à changer ce qui perçu comme étant anormal.

5.2.2.3 Conséquence du non-respect de la théorie

Owren et Stenhammer (2013) mentionnent que, dans les services professionnels auprès des autistes, de la discrimination peut survenir indirectement. Ils expliquent qu'étant neurotypiques, les professionnels utilisent leurs standards comme lignes directrices. Par exemple, le professionnel déterminera, selon ses valeurs et son expérience de vie, quels comportements et intérêts peuvent être acceptables. Ainsi, en considérant l'autisme comme une déficience et non une différence, les professionnels feront de la discrimination en omettant de tenir compte du point de vue de l'autiste, mais en utilisant leur vie et leur expérience comme point de référence.

5.2.2.4 But du mouvement de la neurodiversité

Runswick-Cole (2014) apporte que la neurodiversité est une catégorie biopolitique qui promeut les droits des autistes en faisant de la prévention en rapport avec la discrimination.

Le but du mouvement de la neurodiversité est la neuroégalité (Fenton & Krahn, 2007), soit que tous puissent fonctionner comme ils le perçoivent : *«The goal of equality is not to give people the same starting point but to allow them to function in a way that enables them to meaningfully engage in the world as each sees it. As Nussbaum puts it, the goal is to ensure citizens live with dignity»* (Paletta, 2009, p.46). Ainsi, le but de la neurodiversité est de permettre à la personne de fonctionner comme elle le désire afin d'assurer leur dignité.

Les tenants de la théorie de neurodiversité se battent donc pour l'obtention de services, visant la poursuite de buts personnels, la participation sociale (tant que cette participation est désirée par la personne autiste) et un bien-être subjectif à la place d'un fonctionnement typique (Boundy, 2008).

5.2.3 Objections à la théorie

Il est important de noter que ce ne sont pas tous les autistes qui se considèrent comme neurodivergents (Barnbaum, 2013; Ortega, 2009) ou qui croient à la neurodiversité (Orsini, 2012). Effectivement, certains adultes autistes désirent «être guéris» (Ortega, 2009). Par ailleurs, chaque autiste doit avoir le pouvoir de choisir en quoi il croit et ce qu'il désire (Orsini, 2012; Ortega, 2009). Aussi, « [...] *even autistic people who support the ideals and long-term goals of the*

neurodiversity movement may view adapting to a 'neurotypical' world as a practical matter, given the slower pace and less control over sociopolitical compared with personal change» (Kapp et al., 2013, p.67).

Comme la théorie affirme que l'autisme est une variation naturelle de l'être humain, Jaarsma et Welin (2012) répondent que s'il s'agit d'une variation il doit y avoir une explication évolutionnaire et qu'il y aurait des bénéfices rattachés à ce changement (comme dans la théorie de l'évolution). Or, si l'autisme est causé par un facteur environnemental (ex : toxine) pendant la période foetale, il ne s'agit pas d'une variation naturelle (Jaarsma & Welin, 2012).

De plus, les tenants du modèle médical affirment que la théorie prend seulement en considération les autistes de haut niveau (Krcsek, 2013). Ils affirment que les autistes de bas niveau ont une moins bonne qualité de vie et devraient être guéris. Il est important de noter que jusqu'à présent le mouvement est dominé par des autistes de haut niveau ou des Asperger (Ortega, 2009). Aussi, Owren et Stenhammer (2013) mentionnent que si l'autonomie est redéfinie il est alors possible d'appliquer la théorie aux autistes de bas niveau en leur permettant, par exemple, de déterminer ce qu'est l'autonomie pour eux, comme pouvoir décider ce qu'est un intérêt significatif.

5.2.4 Application à la pratique de l'ergothérapie

Suite aux postulats de la théorie de la neurodiversité, les auteurs proposent des applications à la pratique, soit aux services des professionnels, en mentionnant ce qui devrait et ce qui ne devrait pas être fait. Ce qui suit présente ce que les tenants prônent comme buts d'intervention chez les professionnels et comme type d'intervention adéquat. Le tableau 12 résume ce que les tenants de la théorie suggèrent comme intervention.

5.2.4.1 Interventions sur la personne

Tout d'abord, les interventions doivent viser à enrayer la douleur de la personne (si douleur présente) plutôt que de modifier la personne (Singer, s.d. dans Ortega, 2009). Rothstein (2012) apporte que certains traitements (ex : thérapie comportementale et cognitive, médication) sont acceptables seulement pour les personnes qui souffrent, qui expriment de la douleur, tant physique

que psychologique. Ainsi, il n'est pas désirable d'intervenir sur des comportements ou sur des habiletés si l'autiste ne présente aucune souffrance.

De plus, la théorie de neurodiversité soutient qu'il ne faut pas intervenir pour que les autistes se conforment aux standards des neurotypiques (Boundy, 2008). Les tenants de la théorie croient à la recherche et aux nouveaux traitements (comme des interventions sensorielles), mais seulement si les autistes peuvent choisir ce qu'ils croient être le meilleur traitement (Krcek, 2013). Il faut viser le bien-être subjectif et non le fonctionnement typique (Kapp et al., 2013). Owren et Stenhammer (2013) apportent des questions à se poser comme professionnel travaillant avec des personnes autistes :

- Mes services sont-ils en fonction de mes valeurs ou celles de mon client?
- Mes interventions visent-elles à diminuer ce qui est non familier et pour rendre moins étrange?

5.2.4.2 Interventions sur l'environnement

Les tenants de la théorie optent pour que les interventions portent sur l'environnement et non sur la personne : « *'Changing the world rather than the person is a way of accepting individuals in their differences, rather than making them adapt to the world'* » (Wolf, 2010, p.151 cité dans Orsini, 2012 p.822). Puisque les difficultés des autistes concernent leur interaction avec la société, la société, en d'autres termes, l'environnement (qui peut être social, physique ou bien institutionnel), doit être modifiée.

Tableau 12
Types d'interventions selon la théorie de neurodiversité

Contre	Pour
<ul style="list-style-type: none"> • Un remède (ex : un vaccin) (Barnbaum, 2013; Fenton & Krahn, 2007; Kapp et al., 2013; Rothstein, 2012; Runswick-Cole, 2014) • La médication (Boundy, 2008) • Les thérapies/interventions comportementales pour enlever les tics (Fenton & Krahn, 2007; Orsini, 2012) peuvent être vues comme une violation de la personnalité (Orsini, 2012). • L'élimination de comportements non dangereux (ex: éviter le contact visuel, mouvements répétitifs) (Cascio, 2012; Kapp et al., 2013; Owren & Stenhammer, 2013; Runswick-Cole, 2014). Limiter les comportements autistiques serait une attaque à la culture autistique (Orsini, 2012) • ABA (Cascio, 2012; Kapp et al., 2013; Ortega, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un troisième langage (Barnbaum, 2013), il ne faut pas les obliger à utiliser notre langage. • Approche par les forces (Rothstein, 2012) • Il faut plaider pour un environnement sans discrimination et préjugés (Krcek, 2013) • <i>Design</i> universel (Krcek, 2013) • Promouvoir <i>empowerment</i> des individus autistes (Krcek, 2013) • Encouragement pour participer dans la communauté (Krcek, 2013) • Adapter la société (Owren & Stenhammer, 2013). Il faut réduire les barrières environnementales (Owren & Stenhammer, 2013). Plus de temps devrait être passé à éduquer les neurotypiques sur les particularités des autistes.

5.3 Ressemblances et différences entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité

5.3.1 Buts des interventions

Plusieurs ressemblances et différences peuvent être remarquées entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité. Le tableau 13 affiche un résumé des buts selon les deux perspectives afin de mieux mettre en valeur quelles sont les différences et les ressemblances.

Tout d'abord, il est possible de remarquer que l'ergothérapie et la neurodiversité visent la participation sociale. Par ailleurs, la neurodiversité ajoute que celle-ci doit être désirée par l'autiste. Aussi, l'engagement occupationnel visé par l'ergothérapie n'est pas mentionné dans la théorie de neurodiversité. Par la suite, il est ressorti que l'ergothérapie vise la performance et l'autonomie (aucun aspect de la motivation de la personne n'a été recensé) alors que la neurodiversité vise le fonctionnement tel qu'il est désiré par la personne.

En ergothérapie, plusieurs objectifs visant l'amélioration ou la diminution d'un aspect de la personne sont ressortis. Alors que la théorie de neurodiversité vise la diminution de la douleur, l'ergothérapie vise l'amélioration du bonheur et de la qualité de vie. Ces aspects ne sont pas

formulés de la même façon, mais il est possible de comprendre qu'ils peuvent viser la même chose en considérant qu'une diminution de la douleur favorisera le bonheur et donc la qualité de vie de la personne. Par la suite, la théorie de neurodiversité affirme qu'il ne faut pas modifier la personne (ex : ne pas enlever les comportements autistiques). L'ergothérapie quant à elle peut viser à modifier la personne lorsque les buts sont d'améliorer les habiletés sociales, cognitives ou sensorielles. De plus, diminuer les comportements autistiques peut être considéré comme modifier la personne.

En ce qui concerne l'occupation et l'environnement, puisque la neurodiversité n'a pas de postulat clair à ce sujet il n'est pas possible de faire ressortir les ressemblances et les différences.

5.3.2 Types d'intervention

Plusieurs types d'interventions ont été ressortis en ergothérapie. Un résumé de ces interventions et des interventions acceptées ou refusées par la neurodiversité est fait au tableau 14.

Aucune intervention ne portait sur l'engagement ou le rendement occupationnel que ce soit par rapport à l'ergothérapie ou à la neurodiversité.

Plusieurs interventions sur la personne sont ressorties en ergothérapie, comme des interventions comportementales ou sensorielles visant à diminuer les comportements autistiques. La théorie de neurodiversité est quant à elle contre toutes interventions comportementales et sensorielles, sauf si la personne est en souffrance. Par ailleurs, l'ergothérapie et la neurodiversité sont toutes les deux en faveur «d'une approche par les forces». Alors que la neurodiversité mentionne qu'il est nécessaire de trouver un troisième langage (ne pas forcer les autistes à utiliser notre langage), il est ressorti qu'en ergothérapie il est possible d'intervenir sur la communication.

Comme aucune intervention n'a été recensée sur l'occupation selon la théorie de neurodiversité, il n'est pas possible de faire ressortir les ressemblances et les différences selon cette catégorie.

Tableau 13
Synthèse des buts des interventions selon les deux perspectives

Engagement occupationnel					
Ergothérapie			Théorie de la neurodiversité		
En ergothérapie, il est visé d'améliorer l'engagement occupationnel, académique, social et la participation dans les activités, sociales et dans les interactions.			Selon les tenants de la théorie, il faut viser la participation sociale seulement si elle est désirée par la personne autiste (Kapp & al., 2013).		
Rendement occupationnel					
Ergothérapie			Théorie de la neurodiversité		
En ergothérapie il est visé d'améliorer la performance occupationnelle et dans les AVQ, l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ et AVD et les buts fonctionnels.			Selon les tenants de la théorie, il faut viser l'accomplissement de buts personnels et le fonctionnement tant que celui-ci est désiré et décrit par la personne autiste.		
Personne		Occupation		Environnement	
Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité	Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité	Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer : le bonheur, la qualité de vie, les habiletés cognitives (attention, QI, organisation...), le langage, le contrôle et la gestion émotionnelle et comportementale, les habiletés et les relations sociales et les habiletés motrices et sensorielles; Diminuer : les comportements et les symptômes autistiques, la sensibilité sensorielle, les intérêts restreints et l'hyperactivité. 	<ul style="list-style-type: none"> Il faut viser à diminuer la douleur de la personne autiste; il ne faut pas changer la personne (développement d'habiletés sociales ou de comportements); il n'est pas souhaitable que la personne autiste réponde aux standards des neurotypiques. 	<p>En ergothérapie, il est visé d'améliorer le sommeil, l'alimentation, les loisirs, le jeu, l'emploi, les buts personnels et le fonctionnement dans les AVQ et AVD.</p>	<p>Aucun but d'intervention concernant l'occupation n'a été recensé selon la théorie de neurodiversité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer : la confiance, les compétences et l'auto-efficacité parentale, la participation et le fonctionnement familial et les interactions parents-enfants; Diminuer : le stress et l'épuisement de l'entourage ainsi que l'aide nécessaire pour réaliser les AVQ. 	<p>Aucun but d'intervention concernant l'environnement n'a été recensé selon la théorie de neurodiversité.</p>

Tableau 14
Synthèse des types d'interventions selon les deux perspectives

Personne		Occupation		Environnement	
Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité	Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité	Ergothérapie	Théorie de la neurodiversité
<ul style="list-style-type: none"> • Approche par les forces; • développement d'habiletés sociales par enseignement, ordinateur, vidéo, imitation, modelage, histoires sociales; • interventions et stratégies comportementales (ex: ABA, renforçateurs, exposition graduelle, modelage); • stratégies d'autogestion; • <i>floortime</i> • pleine conscience; • stratégies sensorielles; • blocage physique ou verbal; • entraînement habiletés cognitives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour : approche par les forces, encouragement pour participer dans la communauté; • Contre : les interventions comportementales pour enlever comportements non dangereux, ABA, médication ou remède, forcer l'apprentissage d'une langue 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de l'occupation et de la routine • Approche par le jeu • CO-OP • Activité physique et autres activités pour relaxer 	<p>Aucune intervention sur l'occupation recensée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Support à l'entourage et au client; • modification environnementale (ex : design universel); • horaire visuel; • ajout de facteurs sensoriels; • TEACCH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour un environnement sans discrimination et préjudices; • design universel; • promouvoir l'<i>empowerment</i> des individus autistes; • adaptation de la société : Il faut réduire les barrières environnementales.

6. DISCUSSION

6.1 Retour sur les objectifs et réponse à la question de recherche

Cette recherche avait comme objectif de décrire comment les interventions ergothérapeutiques auprès des autistes se situent par rapport à la théorie de neurodiversité en vue d'identifier les points communs et les points divergents. Les résultats exposent des ressemblances et des différences entre les interventions ergothérapeutiques et la théorie de neurodiversité.

Il a été possible de faire ressortir un portrait général des interventions ergothérapeutiques dans les recherches et d'exposer plusieurs visions de ce qu'est la théorie de neurodiversité relative à l'autisme, de bien comprendre ses postulats et de mieux circonscrire la théorie.

Ce qui suit décrit les ressemblances et les différences entre les deux perspectives, expose le lien entre la pratique ergothérapeutique canadienne telle que décrit dans les écrits et la théorie de neurodiversité, présente une réflexion critique quant à son application en pratique et présente son application à la recherche ainsi que les forces et les limites de l'étude.

6.1.1 Buts des interventions selon les deux perspectives

6.1.1.1 Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'engagement et le rendement occupationnel

Les buts des interventions concernant l'engagement et le rendement occupationnel, l'ergothérapie et la neurodiversité sont en partie similaires. Effectivement, les deux perspectives visent l'amélioration de la participation sociale, mais la théorie de neurodiversité ajoute que celle-ci doit être désirée par l'autiste. Dans la revue rapide A, il n'est pas ressorti que l'ergothérapeute vise des objectifs désirés par la personne. Par ailleurs, il est important de noter que la revue rapide A ne représente pas nécessairement le portrait réel de la pratique ergothérapeutique québécoise, mais plutôt un portrait de ce qui est actuellement étudié dans les recherches.

Par la suite, les buts portant sur le rendement occupationnel en ergothérapie visent l'amélioration de la performance dans les occupations et l'autonomie. La neurodiversité vise le fonctionnement comme il est désiré par la personne autiste. Ainsi, les deux perspectives amènent l'idée d'un fonctionnement, d'une part autonome et de l'autre part désiré. Le seul aspect qui se

distingue est l'aspect de l'autodétermination, c'est-à-dire décider par soi-même ("Autodétermination," s.d) proposé par la théorie de neurodiversité. Il est important d'ajouter que ce n'est pas parce que l'autodétermination ou bien l'approche centrée sur le client ne sont pas ressortis dans la revue rapide A, que ces approches ne sont pas utilisées dans la pratique ergothérapeutique québécoise. Ils ne sont simplement pas présents dans les recherches portant sur l'autisme et l'ergothérapie.

Ainsi, les deux perspectives auraient davantage de points communs si les buts (ex : participation sociale, performance dans les AVQ, autonomie) étaient désirés par l'autiste. Des ergothérapeutes voulant mettre en application la théorie de neurodiversité rencontreraient un obstacle majeur : comment savoir ce qui est désiré par un autiste non verbal? La question demeure sans réponse et explique la complexité d'une future application de la théorie à la pratique ergothérapeutique et dans tout autre domaine.

6.1.1.2 Mise en parallèle des deux perspectives concernant la personne

En ce qui concerne les buts sur la personne, l'ergothérapie et la neurodiversité ont des perspectives différentes, sauf en ce qui a trait aux buts visant le bonheur et à la qualité de vie. Effectivement, les résultats de la revue rapide A exposent qu'en ergothérapie il est visé d'améliorer certaines habiletés (ex : sociales, cognitives, sensorielles...) et de diminuer les comportements autistiques (ex : stéréotypies, mouvements répétitifs, intérêts restreints). Ces buts sont contraires à ce que la théorie prône. Effectivement, les tenants de la théorie mentionnent qu'enrayer les comportements autistiques ou bien changer la personne pour qu'elle réponde aux normes des neurotypiques (ex : maintenir le contact visuel) serait une attaque à leur culture et à leur identité (Orsini, 2012). Les buts en lien avec la théorie de la neurodiversité visent à diminuer la douleur de la personne et non à changer la personne (Singer, s.d., dans Ortega, 2009). Prenons par exemple, un ergothérapeute qui identifie un problème par rapport aux habiletés sociales d'un adolescent autiste. Or, si cet adolescent est déjà heureux et satisfait de ses habiletés, les interventions dirigées vers l'amélioration des habiletés sociales seraient donc, dans ce cas, à l'encontre de la théorie et apporteraient une forme de discrimination envers ce jeune. Par ailleurs, si cet adolescent demandait de pouvoir mieux communiquer avec ses amis, le développement de ses habiletés serait alors autodéterminé et répondrait aux postulats de la théorie de neurodiversité.

6.1.1.3 Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'occupation

En ce qui concerne les buts portant sur l'occupation, il est ressorti qu'en ergothérapie il est visé d'améliorer certaines occupations comme le sommeil, l'alimentation, le jeu, l'emploi et les buts personnels. Aucun postulat de la théorie de neurodiversité concernant un but occupationnel n'est ressorti. Comme la théorie vise à diminuer la discrimination indirecte (Owren & Stenhammer, 2013), comme décrite dans la section 5.2.2.3, et à promouvoir le bien-être subjectif (Kapp & al., 2013), elle se concentre sur la personne et sur l'environnement. En regardant les fondements de la théorie, soit l'importance de la subjectivité de l'autiste (autodétermination), il est possible de comprendre que si les buts sont en fonction de ce que l'autiste choisit, les deux perspectives s'accordent.

6.1.1.4 Mise en parallèle des deux perspectives concernant l'environnement

En ce qui concerne l'environnement, en ergothérapie il est visé d'améliorer la confiance et les compétences des parents, les interactions et le fonctionnement familial en plus de diminuer le stress et l'épuisement de l'entourage. Comme les buts portant sur l'occupation, aucun but portant sur l'environnement n'est ressorti par la théorie de neurodiversité. Effectivement, la théorie ne fait qu'apporter que les interventions doivent être sur l'environnement, sans mentionner quels devraient en être les buts. En comprenant que la théorie de neurodiversité mentionne que le handicap des autistes est un produit de la société et qu'il ne faut pas essayer de changer la personne, il est possible de comprendre que des buts ergothérapeutiques visant un aspect environnemental, comme diminuer le stress des parents, sont en accord avec la théorie.

6.1.1.5 Conclusion portant sur les buts des interventions

Bref, il est possible de faire ressortir que si les buts des interventions sont déterminés par l'autiste, peu importe le but choisi, tant sur la personne que sur l'occupation, l'intervention ergothérapeutique et la théorie de neurodiversité s'accordent. La théorie amène à se questionner quant à savoir si les interventions et les buts sont en fonction de la perspective du professionnel ou de la perspective de l'autiste. Ainsi, l'ergothérapie et la neurodiversité ont plusieurs points en commun en ce qui concerne l'environnement, leur approche se ressemble parfois concernant le rendement et l'engagement occupationnel et peuvent avoir des points de vue différents en ce qui concerne les buts des interventions portant sur la personne.

6.1.2 Types d'interventions selon les deux perspectives

6.1.2.1 Mise en parallèle des types d'interventions sur la personne

Les interventions ergothérapeutiques sur la personne sont très différentes de ce qui est proposé par la théorie de neurodiversité, mise à part l'approche par les forces. Effectivement, il est ressorti de nombreuses interventions ergothérapeutiques sur la personne comme étant des interventions comportementales ou sensorielles. La théorie de neurodiversité n'appuie pas les interventions (comportementales, sensorielles...) pour diminuer des comportements non dangereux, comme de l'autostimulation ou bien des mouvements répétitifs, ou pour changer la personne, à moins que cela soit choisi par l'autiste. Ainsi, si les interventions ergothérapeutiques sont réalisées par exemple, afin d'éliminer des comportements non dangereux ou pour améliorer des habiletés sociales, ces interventions ne correspondent pas à ce que la théorie propose. De plus, la plus grande controverse demeure *l'Applied Behavioral Analysis (ABA)* (Casco, 2012; Kapp et al., 2013; Ortega, 2009). Effectivement, alors qu'il s'agit de l'approche la plus validée scientifiquement, son but demeure d'enlever les comportements autistiques sans comprendre les causes de ces comportements (Boundy, 2008) en nécessitant de nombreuses heures d'interventions auprès de l'enfant. En somme, une intervention ergothérapeutique sur la personne pourrait être considérée comme une attaque à sa différence ou à sa culture (de la personne autiste) dans la mesure où la personne n'a pas consenti à cette intervention selon la théorie de neurodiversité (Casco, 2012). Il y aurait alors la présence de discrimination par le professionnel.

6.1.2.2 Mise en parallèle des types d'interventions sur l'occupation

Aucun postulat concernant les interventions sur l'occupation à travers la théorie de neurodiversité n'est ressorti dans la revue rapide B. Il est donc difficile de mettre en parallèle les deux perspectives. Tout de même, si les interventions sont directement sur l'occupation (ex : la modification d'une occupation ou bien l'ajout d'activités comme le karaté) et non sur la personne, les interventions vont dans le même sens que la théorie de neurodiversité. Si les occupations sont choisies ou acceptées par l'autiste, l'ergothérapie et la neurodiversité s'accordent.

6.1.2.3 Mise en parallèle des types d'interventions sur l'environnement

Comme mentionné dans la problématique, la théorie de neurodiversité s'inscrit dans le modèle social. Ainsi, selon cette théorie, le handicap des autistes est causé par la société. La théorie

affirme qu'il est donc nécessaire d'intervenir sur la société ou sur l'environnement. Ainsi, les interventions ergothérapeutiques sur l'environnement s'accordent avec la théorie de neurodiversité. En intervenant sur l'environnement, l'autiste peut maintenir sa personnalité et ses différences. Il n'y a pas d'intention de le normaliser ou de le rendre comme les neurotypiques. Ainsi, les deux perspectives amènent l'idée d'adaptations environnementales, comme le *design* universel (adaptation environnementale pour rendre la société accessible à tous comme le changement du type de lumière ou bien la mise en place de rampe d'accès), pour permettre aux autistes de s'inclure dans la société. De plus, comme les parents vivent régulièrement du stress (Alliance canadienne des troubles du spectre autistique, 2014) ou de l'épuisement, le support à l'entourage pourrait permettre de ne pas intervenir directement sur la personne, tout en aidant la famille. Aussi, la théorie affirme qu'il faut plaider pour que les autistes vivent dans un environnement sans discrimination. La revue rapide A n'a pas fait ressortir que les ergothérapeutes plaident en faveur des autistes. Par ailleurs, le profil de la pratique ergothérapeutique (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012), inclut la compétence «agent de changement», dont une des sous-compétences est celle de plaider pour son client lorsqu'il y a matière à plaider.

6.2 Liens avec la pratique de l'ergothérapie au Canada

L'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) expose certaines compétences qu'un ergothérapeute se doit d'avoir dans sa pratique. La compétence principale est l'expert en habilitation de l'occupation. Dans cette compétence, il est mentionné que les ergothérapeutes doivent viser l'occupation comme moyen et comme résultat en ayant une pratique centrée sur le client et en tenant compte des perspectives de celui-ci. Ainsi, comme la théorie de neurodiversité le mentionne, les buts et les interventions, ou même la croyance en la théorie, doivent correspondre aux désirs du client. Ainsi, un ergothérapeute, soit un expert en habilitation de l'occupation, devrait réaliser des interventions selon les buts du client.

Une autre compétence décrite par l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) est celle d'«agent de changement». L'ergothérapeute doit plaider ou revendiquer pour apporter des changements, que ce soit pour améliorer les services ou pour améliorer la communauté, tant que ceux-ci ont un impact sur les occupations. La théorie de neurodiversité affirme qu'il faut

revendiquer pour un environnement sans discrimination, ce postulat peut donc s'intégrer dans la compétence agent de changement.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) décrit la compétence «professionnel». Cette compétence indique que les ergothérapeutes doivent prendre en compte la diversité et le bien-être personnel. La diversité étant le principe de base de la neurodiversité et le bien-être personnel étant un des buts fondamentaux de la théorie, cette compétence s'accorde aussi avec la théorie.

Bien que selon les résultats de la recherche des différences demeurent, plusieurs liens entre le profil de la pratique canadienne et la théorie peuvent être faits.

6.3 Réflexion critique sur l'application de la théorie de la neurodiversité en pratique

Cette section présente une analyse critique des difficultés de l'intégration de cette théorie en pratique ergothérapeutique et ses bienfaits.

Tout d'abord, la théorie de neurodiversité amène une toute nouvelle perspective de l'autisme et de l'impact des interventions sur ces personnes. Cette théorie remet en question chaque intervention et type de service donnés par les professionnels de la santé dont les ergothérapeutes. Ainsi, de nombreuses réactions peuvent survenir suite à la lecture de cette théorie. Certains adhéreront à la théorie, certains accepteront des concepts et d'autres la rejeteront en entier. Comme il s'agit d'une théorie, il n'y a pas de réponse quant à sa véracité et à sa nécessité d'être mise en application.

La théorie expose tout de même un aspect intéressant, soit celui de l'autodétermination. Ce concept peut demeurer difficile à mettre en application avec les autistes. Effectivement, comme l'autisme se retrouve tant à la petite enfance, que chez l'adulte, et que les symptômes vont d'une absence totale de langage à des intérêts restreints et quelques difficultés relationnelles, certains se demanderont jusqu'où l'autodétermination est-elle possible. Faut-il laisser les enfants décider de leur propre traitement? Comme appliquer l'autodétermination lorsque la personne ne peut pas vulgariser ses désirs? Comment savoir si les personnes ont conscience de leurs propres désirs?

L'autisme étant complexe et varié, il n'est pas possible d'appliquer une théorie ou un concept à tous. Par ailleurs, comprendre que l'individu est unique, que chaque personne a sa propre expérience et ses propres désirs, fait partie de la réflexion qu'amène la neurodiversité.

Aussi, la théorie de neurodiversité amène une réflexion intéressante sur la raison sous-jacente aux interventions. Elle amène à se questionner sur les raisons qui déterminent les interventions ergothérapeutiques du professionnel. Effectivement, en comprenant la théorie, la personne peut chercher à savoir si ses interventions sont déterminées essentiellement pour répondre aux normes sociales, pour éliminer ce qu'un neurotypique ne comprend pas ou par croyance que ses interventions augmenteront le bonheur, tout en se basant sur son expérience.

Tout de même, la compréhension de la théorie demeure complexe puisqu'elle est difficilement applicable à tous et peut bouleverser certaines conceptions innées des neurotypiques comme l'importance accordée aux relations sociales. Un ergothérapeute qui désirerait débiter une réflexion quant à ses interventions en lien avec la théorie de neurodiversité pourrait se poser ces questions :

- Mes interventions et leurs buts respectent-elles les désirs et les croyances du client? Mes interventions visent-elles le fonctionnement comme le client le désire (visent-elle la neuroégalité)? Comment savoir ce que désire une personne «non verbale»?
- Mes interventions enseignent-elles ou suggèrent-elles indirectement aux parents (ou à l'entourage) que leur enfant est anormal? Mes interventions respectent-elles le concept de diversité neuronale (différence neuronale, identité autistique)?
- Mes interventions tentent-elles de modifier la personne? Mes interventions respectent-elles le concept d'handicap tel que défini par le modèle social (interaction entre la personne et son environnement)?

De plus, un ergothérapeute voulant appliquer la théorie en pratique pourrait rencontrer plusieurs obstacles, particulièrement puisqu'il s'agit principalement d'un mouvement social et non d'une option de traitement.

Comme mentionné plus tôt, intégrer la neurodiversité dans les traitements amènerait possiblement un changement de paradigme. Un ergothérapeute désirant changer sa pratique

pourrait se voir confronter à des valeurs du système différentes des siennes. Comme mentionné dans les résultats, changer une société est beaucoup plus complexe que de changer un individu. Aussi, peu d'études documentent actuellement l'application de la théorie à la pratique. Ainsi, il n'est pas possible de déterminer les outils nécessaires à son application ni comment bien l'intégrer. Puis, l'ergothérapeute désirant introduire la théorie en pratique pourrait se voir confronter aux valeurs des parents (ou de la personne autiste) désirant l'inverse. Donc, introduire la théorie n'est pas possible sans discuter des valeurs et des croyances des parents ou des personnes autistes afin de leur permettre une pleine autodétermination.

D'autres ergothérapeutes pourraient refuser cette théorie. Effectivement, comme cette théorie est sans fondement scientifique, il peut être difficile de l'accepter. De plus, plusieurs objections à la théorie sont possibles. Par exemple, si un autiste est heureux en étant dépendant de quelqu'un et ne désire pas se développer, pourquoi une personne neurotypique ne pourrait pas dépendre de quelqu'un pour vivre? Quelle est la limite de la neurodiversité et jusqu'où faut-il intervenir sur l'environnement? De plus, il pourrait y avoir un grand questionnement lorsqu'il s'agit d'interventions à l'enfance à savoir si les interventions sont pour favoriser le développement ou pour changer la personne. Pourquoi serait-il juste d'intervenir sur les habiletés sociales d'un enfant ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et non sur les habiletés sociales d'un enfant autiste?

Ainsi, l'application pure de la théorie est actuellement impossible dans la société et n'est pas nécessairement souhaitable. L'application de la théorie ou de ses principes devrait être en fonction des valeurs des personnes autistes et non le choix de l'ergothérapeute. Tout de même, la conscientisation de la société à son existence débiterait un mouvement de réflexion sur la possible discrimination envers les autistes.

6.4 Application à la recherche

Très peu de recherche sont effectuées en ce qui concerne la théorie de neurodiversité particulièrement puisqu'il s'agit d'un mouvement politique. Tout de même, en considérant les fondements de la théorie, il serait intéressant d'explorer le phénomène de la compétence culturelle des professionnels et celui de la discrimination indirecte dans les services de réadaptation auprès

des autistes au Québec. Ces recherches pourraient débiter une réflexion critique sur les services offerts et leur impact sur la vie des autistes.

6.5 Forces et limites de l'étude

Plusieurs limites sont présentes dans cette étude. Tout d'abord, il est important de mentionner qu'un seul chercheur a réalisé la recherche et la lecture des articles. Ainsi, comme il s'agit d'une théorie, il est possible que la subjectivité du chercheur ait influencé les résultats et la compréhension de la théorie. Par la suite, la majorité des articles portant sur les interventions ergothérapeutiques provenaient des États-Unis. Il n'est pas possible d'appliquer les interventions et leurs buts au contexte québécois puisqu'aucune étude ne provenait du Québec. Malgré que le contexte de pratique soit différent entre les États-Unis et le Québec, certains buts et valeurs de l'ergothérapie demeurent les mêmes. Aussi, comme il s'agissait de deux revues rapides, la qualité des articles n'a pas été évaluée et les bases de données utilisées ont été restreintes. La validité scientifique de cette recherche demeure donc moindre. Puis, il est à noter que seulement des bases de données portant sur les sciences médicales ont été utilisées pour la revue rapide B. Il aurait été intéressant d'utiliser des bases de données sur les sciences sociales, puisque le mouvement de la neurodiversité provient des sciences sociales.

Certaines forces sont aussi ressorties de cette recherche. Effectivement, deux revues rapides ont permis de faire ressortir les écrits rapidement et de façon systématique. Ainsi, certaines objections de la théorie de neurodiversité ont été prises en compte ainsi que l'opinion de plusieurs auteurs. Aussi, l'application de la théorie à une pratique professionnelle est peu présente dans les écrits et cette recherche permet donc d'initier une réflexion sur les interventions ergothérapeutiques (ou tout autre professionnel travaillant avec la clientèle autistique).

7. CONCLUSION

La recherche avait comme objectif de décrire comment les interventions ergothérapeutiques auprès des autistes se situent par rapport à la théorie de neurodiversité et d'identifier les points communs et les points divergents. Alors qu'il y a plusieurs ressemblances, particulièrement concernant les interventions sur l'environnement, des différences demeurent, principalement en ce qui a trait aux interventions sur la personne et ayant pour but de la modifier. De façon à être en accord avec la théorie, il est suggéré d'intervenir sur l'environnement et de viser des buts thérapeutiques choisis par la personne. Ainsi, une approche ergothérapeutique centrée sur le client et visant l'autodétermination et la reconnaissance de la différence s'accorderait avec la théorie et diminuerait les risques de discrimination indirecte.

Harrison, St-Charles, et Thúy (2017) résumant bien ce qui était abordé dans cet essai : «...on observe actuellement deux courants forts: soit on essaie de faire disparaître les gestes autistiques pour faire des autistes des «pseudo-neurotypiques», en croyant les avoir «guéris», soit on milite en faveur des droits des personnes autistes en défendant la neurodiversité et la différence. Mais le jour où on sera en mesure de rétablir la plasticité cérébrale chez les autistes, que deviendra cette identité? Une mise en garde, donc, pour tous: l'humilité s'impose car le problème est d'une incroyable complexité» (p.149).

Bref, il ne sera pas possible de modifier la société rapidement afin d'assurer que les services de réadaptation promeuvent une vie digne pour les personnes autistes en plus de promouvoir une diminution de la discrimination. Une question reste en suspens : en 2050, dirons-nous des interventions actuellement utilisées, ce que nous disons actuellement des interventions utilisées en 1950 comme la lobotomie pratiquée comme intervention psychiatrique?

En conclusion, l'essor de la théorie de neurodiversité amènera peut-être un changement de paradigme afin de favoriser la diversité humaine!

RÉFÉRENCES

- Alliance canadienne des troubles du spectre autistique. (2014). *L'autisme au Canada - Enquête sur l'évaluation des besoins nationaux pour les familles, les personnes atteintes du trouble du spectre autistique et les professionnels*. Repéré à [http://fr.autismspeaks.ca/_autismspeaksca_fr/assets/File/2015%20FSG%20FRENCH/CA_SDA%20Needs%20Assessment%20Survey%20\(Full%20French\).pdf](http://fr.autismspeaks.ca/_autismspeaksca_fr/assets/File/2015%20FSG%20FRENCH/CA_SDA%20Needs%20Assessment%20Survey%20(Full%20French).pdf).
- AJOT. (2017). Research Opportunities in the Area of People With Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 1-2. doi:10.5014/ajot.2017.712002
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Armstrong, T. (2012). Neurodiversity. Repéré à <http://www.institute4learning.com/resources/articles/neurodiversity/>
- Ashburner, J. K., Rodger, S. A., Ziviani, J. M., & Hinder, E. A. (2014). Optimizing participation of children with autism spectrum disorder experiencing sensory challenges: A clinical reasoning framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 29-38. doi:10.1177/0008417413520440
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au canada*. Ottawa: CAOT Publication ACE.
- Autodétermination. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autod%C3%A9termination/6667?q=autod%C3%A9termination#6639>
- Baggs, A. (2007). In my langage. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=JnylM1hI2jc>
- Bagatell, N., & Mason, A. E. (2015). Looking backward, thinking forward: Occupational therapy and autism spectrum disorders. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(1), 34-41. doi:10.1177/1539449214557795
- Barnbaum, D. R. (2013). The neurodiverse and the Neurotypical: Still Talking Across an Ethical Divide. In A. Perry & C. D. Herrera (Eds.), *Ethics and Neurodiversity* (pp. 131-145). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Beaulne, S. (2012). La conceptualisation de l'autisme depuis Kanner: où en sommes-nous? *Journal on Developmental Disabilities*, 18(1), 43-61. Repéré à <http://web.b.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d53fdf9e-7788-439a-a99e-41a391b20148%40sessionmgr103>

- Boundy, K. (2008). "Are You Sure, Sweetheart, That You Want to Be Well?": An Exploration Of The Neurodiversity Movement. *Radical Psychology: A Journal of Psychology, Politics & Radicalism*, 7(2), 2-2.
- Boyd, B., McDonough, S., & Bodfish, J. (2012). Evidence-Based Behavioral Interventions for Repetitive Behaviors in Autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(6), 1236-1248. doi:10.1007/s10803-011-1284-z
- Cascio, M. A. (2012). Neurodiversity: Autism pride among mothers of children with autism spectrum disorder. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(3), 273-283. doi:10.1352/1934-9556-50.3.273
- Case-Smith, J., & Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 412-429. doi:10.5014/ajot.62.4.416
- Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133-148. doi:10.1177/1362361313517762
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 65(3). doi:10.15585/mmwr.ss6503a1
- Compatible. (s.d.a). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compatible/17628?q=compatible#17497>
- Compatible. (s.d.b). Dans *Dictionnaire Le Dictionnaire en ligne*. Repéré à <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=compatible>
- Compatible. (s.d.c). Dans *Dictionnaire Linternaute en ligne*. Repéré à <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/compatible/>
- Cuomo, B. M., Vaz, S., Lee, E. A. L., Thompson, C., Rogerson, J. M., & Falkmer, T. (2017). Effectiveness of Sleep-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Synthesis. *Pharmacotherapy*, 37(5), 555-578. doi:10.1002/phar.1920
- Elder Robinson, J. (2016). Neurodiversity: The civil-rights issue of our day. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=UEj0l67x6Ss>
- Fenton, A., & Krahn, T. (2007). Autism, neurodiversity and equality beyond the 'normal.'. *Journal of Ethics in Mental Health*, 2(2), 1-6. Repéré à <http://www.jemh.ca/issues/v2n2/index.html>

- Goniface, G. (2012). Defining occupational therapy theory. In G. Boniface & A. Seymore (Eds.), *Using Occupational Therapy Theory in Practice* (pp. 21-37). West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Harrisson, B., St-Charles, L., & Thúy, K. (2017). *L'autisme expliqué aux non-autistes*. Montréal (Québec): Trécaré, une société de Québecor Média.
- Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis, 20*(1), 20-30. doi:10.1007/s10728-011-0169-9
- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology, 49*(1), 59-71. doi:10.1037/a0028353
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J., & Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews, 1*, 1-10 doi:10.1186/2046-4053-1-10
- Kielhofner, G. (2005). Rethinking disability and what to do about it: disability studies and its implications for occupational therapy, *American Journal of Occupational Therapy, 59*(5), 487-496. Repéré à <https://ajot-aota-org.biblioproxy.uqtr.ca/issue.aspx#issueid=930194>
- Krcek, T. E. (2013). Deconstructing Disability and Neurodiversity: Controversial Issues for Autism and Implications for Social Work. *Journal of Progressive Human Services, 24*(1), 4-22. doi:10.1080/10428232.2013.740406
- Law, M., & Laver-Fawcett, A. (2013). Canadian Model of Occupational Performance: 30 Years of Impact! *British Journal of Occupational Therapy, 76*(12), 519. Repéré à <http://journals.sagepub.com.biblioproxy.uqtr.ca/doi/abs/10.4276/030802213X13861576675123>
- Lee, K., Lambert, H., Wittich, W., Kehayia, E., & Park, M. (2016). The use of movement-based interventions with children diagnosed with autism for psychosocial outcomes—a scoping review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 24*, 52-67. doi:10.1016/j.rasd.2015.12.011
- Leiter, V. (2007). “Nobody's just normal, you know”: The social creation of developmental disability. *Social Science & Medicine, 65*(8), 1630-1641. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.006
- Lindsay, S., Hounsell, K. G., & Cassiani, C. (2017). A scoping review of the role of LEGO® therapy for improving inclusion and social skills among children and youth with autism. *Disability And Health Journal, 10*(2), 173-182. doi:10.1016/j.dhjo.2016.10.010

- Miller-Kuhaneck, H. (2015). Autism spectrum disorder. In J. Case-Smith & J. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children and adolescents* (7th ed., pp. 766-792). St.Louis, Missouri: Elsevier.
- Miller Kuhaneck, H. M., Madonna, S., Novak, A., & Pearson, E. (2015). Effectiveness of interventions for children with autism spectrum disorder and their parents: A systematic review of family outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 1-14. doi:10.5014/ajot.2015.017855
- Mouvement. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mouvement/53021?q=mouvement#209505>
- Noiseux, M. (2014). Prévalence des troubles du spectre de l'autisme : la Montérégie en tête de peloton. *Périscope*, 47. Repéré à <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Autisme%20en%20chiffre/Periscope-TSA.pdf>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2015). Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Retrieved from <https://www.ophq.gouv.qc.ca/loffice/loi-et-politiques/loi-assurant-lexercice-des-droits-des-personnes-handicapees.html?L=0%25252525252527>
- Orsini, M. (2012). Autism, Neurodiversity and the Welfare State: The Challenges of Accommodating Neurological Difference. *Canadian Journal of Political Sciences* 45, 805-827. doi:10.1017/S000842391200100X
- Ortega, F. (2009). The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity. *BioSocieties*, 4(4), 425-445. doi:10.1017/S1745855209990287
- Owren, T., & Stenhammer, T. (2013). Neurodiversity: accepting autistic difference. *Learning Disability Practice*, 16(4), 32-37.
- Paletta, D. (2013). Equality, capability and neurodiversity. In C. D. Herrera & A. Perry (Eds.), *Ethics and Neurodiversity* (pp. 39-31). Newcastle upon Tyne: UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Postulat. (s.d.a). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/postulat/62959?q=postulat#62249>
- Rothstein, A. (2012). Mental Disorder or Neurodiversity? *New Atlantis: A Journal of Technology & Society*, 36, 99-115. Repéré à <http://web.b.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f2af2180-139f-4772-b9c2-a1ccc3130ce2%40sessionmgr101>
- Runswick-Cole, K. (2014). 'Us' and 'them': The limits and possibilities of a 'politics of neurodiversity' in neoliberal times. *Disability & Society*, 29(7), 1117-1129. doi:10.1080/09687599.2014.910107

- Singer, J. (1999). 'Why can't you be normal for once in your life?' From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference. In M. Corker & S. French (Eds.), *Disability discourse* (pp. 59-67). Buckingham, Angleterre: Open University Press.
- Senechal, C., & des Rivieres-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Sante mentale au Quebec*, 34(1), 245-260. Repéré à <http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVJVKZ-FSTXPM-1MC/Impact%20de%20autisme%20sur%20la%20vie%20des%20parents.pdf>
- Tanner, K., Hand, B. N., O'Toole, G., & Lane, A. E. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Social Participation, Play, Leisure, and Restricted and Repetitive Behaviors in People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 1-12. doi:10.5014/ajot.2015.017806
- Théorie. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9orie/77735?q=th%C3%A9orie#76816>
- Tomchek, S., Koenig, K. P., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Occupational therapy interventions for adolescents with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1). doi:10.5014/ajot.2017.711003
- Tomchek, S., LaVesser, P., Watling, R., & DeLany, J. (2015). Scope of occupational therapy services for individuals with autism spectrum disorder across the life course. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(S3). doi: 0.5014/ajot.2015.696S18
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin Ed. 2e ed.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Watling, R., & Hauer, S. (2015). Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 112. doi:10.5014/ajot.2015.018051
- Weaver, L. L. (2015). Effectiveness of Work, Activities of Daily Living, Education, and Sleep Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 1-11. doi:10.5014/ajot.2015.017962

ANNEXE A
GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES DES INTERVENTIONS ERGOTHÉRAPIQUES

Auteurs	But et type d'étude	Buts des interventions		Types d'interventions
		Améliorer	Diminuer	
AJOT, 2017	Résumer les interventions ergothérapeutiques auprès des personnes autistes actuellement étudiées.	Les habiletés sociales, la communication sociale, l'attention conjointe, la participation à des loisirs, la performance occupationnelle, la régulation des comportements, le sommeil, les habiletés adaptatives, le traitement de l'information sensorielle, l'engagement, les comportements dans une tâche, la performance en classe, la performance au travail, le fonctionnement dans les AVQ et AVQ, la qualité de vie, l'auto-efficacité parentale et les interactions parents-enfants.	Les comportements répétitifs, les maniérismes autistiques, diminuer le stress des parents.	Groupe d'habiletés sociales, <i>PECS</i> , entraînement de l'attention conjointe, thérapie basée sur l'activité, ordinateur (modélage par vidéo, entraînement des habiletés sociales), <i>Floortime</i> , interventions par les pairs, activité physique, histoires sociales, intervention sensori-motrice, intégration sensorielle d'Ayres, activité multisensorielle, changement de siège, modification environnementale, CO-OP, approche cognitive, support à l'emploi, intervention comportementale, entraînement et enseignement aux parents, relaxation, pleine conscience.
Ashburner et al., 2014	Proposer un cadre de raisonnement par une revue de la littérature pour guider les cliniciens dans la sélection de stratégies pour favoriser la participation des enfants autistes ayant des difficultés sensorielles.	La participation dans les occupations, l'engagement académique, les comportements assis et dans la tâche. Diminuer les comportements dérangeants (agression, stéréotypies, inattention) et les comportements liés aux difficultés sensorielles.	Diminuer l'hyperactivité.	Enseignement et entraînement de l'entourage, adaptation de l'occupation et de l'environnement, ajout de facteurs sensoriels dans les routines (veste lourde, siège dynamique, faire une pause pour bouger), stratégies comportementales (exposition graduelle, modélage, stratégies de renforcement), support à l'enfant pour qu'il développe des stratégies d'autorégulation, design universel (environnement).

Bagatell & Mason, 2015	Définir le rôle de l'ergothérapie avec les personnes autistes depuis l'apparition du diagnostic. Revue de la littérature (115 articles de 1980 à 2013).	Les habiletés sociales et les habiletés de jeu. En 2010, le rôle de l'ergothérapeute s'élargit (centrée sur le client, sur l'occupation et sur la famille).	La vocalisation et les symptômes autistiques.	1980 : Intégration sensorielle 1990 : Stratégies sensorielles (<i>sensory based intervention</i> [SBI] et thérapie d'intégration sensorielle[TIS]) 2000 : Continuité de SBI et TIS 2010 : Stratégies sensorielles et modifications environnementales, yoga.
Boyd et al., 2012	Réviser la littérature des interventions pour les comportements répétitifs chez les autistes. Revue de la littérature (aucune méthode décrite).	Les habiletés de communication sociale	Les comportements répétitifs, problématiques, d'automutilation, stéréotypés (ex : vocalisation), intérêts restreints (ou les éliminer).	Renforçateurs, support visuel, ABA, modification environnementale, interventions basées sur les conséquences, interventions basées sur l'antécédent, enseignement d'habiletés et de comportements, histoires sociales, blocage physique et verbal (pour ne pas qu'il s'engage dans le comportement), retrait de conséquence positive, activité physique, sieste, horaire visuel, interventions par les pairs, thérapie comportementale-cognitive, approche comportementale
Case-Smith & Arbesman, 2008	Explorer l'évidence des effets des interventions ergothérapeutiques auprès des enfants et des adolescents autistes. Revue de la littérature (49 articles de 1986 à 2007).	Les comportements et la participation dans les interactions sociales, le jeu, les réponses adaptatives, le fonctionnement à l'école, le contact visuel, la communication, le fonctionnement familial, l'engagement social, les comportements sociaux, les habiletés de motricité, la performance cognitive, la résolution de problème, la compréhension d'émotions, la confiance des parents et le QI	La sensibilité sensorielle, l'autostimulation, les mouvements stéréotypés, l'hyperactivité, les comportements non adaptés, le stress des parents, l'automutilation, les crises et les comportements problématiques.	TIS et SBI (massage, <i>brushing</i> , entraînement auditif, modification environnementale), interventions basées sur les relations (imitation, encouragements, support environnemental), renforçateurs, modification environnementale, activités structurées (Lego), <i>Floortime</i> avec les parents (enseignements aux parents), approche par le jeu, approche par les forces, TEACHH, horaire visuel; programme d'entraînement aux habiletés sociales, entraînement d'habiletés cognitives, histoires sociales, ABA,
Case-Smith et al., 2015	Quelle est l'efficacité des SBI et TIS sur l'auto régulation	La participation dans les AVQ, l'attention dans la tâche, le temps assis, les comportements adaptatifs, la performance	Les comportements d'automutilation et les maniérismes autistiques.	Intégration sensorielle (améliorer les habiletés d'intégrer l'information sensorielle). Balançoire, balle, trampoline, escalade, modification environnementale.

	et les comportements pour les enfants autistes? Revue systématique (19 articles de 2000-2012).	sensori-motrice, l'autorégulation, les habiletés sociales, le contrôle moteur, le fonctionnement à l'hygiène et sociale, l'engagement, les résultats du <i>goal attainment scale</i> (GAS).		SBI : brushing, massage, balançoire, balle, veste lourde, couverture lourde
Cuomo et al., 2017	Réviser et extraire une image de l'efficacité des interventions pour le sommeil des enfants autistes. Méta-analyse de revues systématiques.	La latence du sommeil, durée du sommeil efficacité du sommeil	Le somnambulisme, les activités nocturnes, la parasomnie, le mouvement des jambes, la respiration perturbée, l'anxiété et le sommeil agité.	Approche comportementale, extinction, hygiène du sommeil (implantation d'une routine), renforcement positif, restriction du sommeil, chronothérapie, horaire de réveil, <i>faded bedtime with cost</i> , éducation aux parents
Lee et al., 2016	Faire rapport de ce qui est connu de l'étendue des interventions basées sur le mouvement pour les enfants autistes dans le but d'obtenir des résultats psychosociaux. Revue intégrative (14 articles)	Les habiletés sociales, le langage non verbal, les comportements socialement acceptables, les comportements, les compétences sociales, la confiance en soi, la performance, les habiletés athlétiques, le fonctionnement social, l'attention conjointe, les buts fonctionnels, la participation sociale, GAS, l'autorégulation, le développement moteur, l'intégration sensorielle, les comportements fonctionnels, l'engagement	L'aide nécessaire pour les AVQ, les comportements antisociaux, les manières autistiques, les comportements dérangeants	4 interventions basées sur le mouvement : <ul style="list-style-type: none"> • Jeu de rôle (interventions par les pairs); • Activité physique (exercice dans l'eau, natation); • Imitation (réciprocité, imitation, programme d'entraînement d'imitation); • Intégration sensorielle d'Ayres.
Lindsay et al., 2017	Explorer le rôle des thérapies par Lego sur les habiletés sociales des enfants autistes.	La qualité de vie, les habiletés sociales et de communication, les compétences sociales, les interactions sociales, le jeu, les relations familiales, l'indépendance, les habiletés interpersonnelles. Faire de nouveaux amis.	Les comportements autistiques, le jeu individuel.	Thérapie Lego

	Revue de portée (15 articles de 2004-2016).			
Miller Kuhaneck et al., 2015	Examiner la littérature sur l'efficacité d'interventions ergothérapeutiques auprès des personnes autistes pour améliorer l'auto-efficacité parentale, le stress, l'adaptation et la résilience familiale, la participation dans les AVQ et les routines. Revue systématique (24 études de 2006- 2013)	La qualité de vie, l'auto- efficacité parentale, la résilience familiale, la participation familiale dans les AVQ et dans les routines, la confiance des parents;	Diminuer le stress familial	<ul style="list-style-type: none"> • Entraînement et enseignement aux parents (en centre et à la maison); • Interventions comportementales.
Tanner et al., 2015	Réviser les interventions ergothérapeutiques pour améliorer la participation sociale, les comportements restreints et répétitifs, le jeu et les loisirs. Revue systématique (66 études de 2006- 2013)	La participation sociale, les comportements répétitifs, le jeu, les loisirs, l'engagement occupationnel, les habiletés sociales, la communication sociale, les compétences sociales, la socialisation, les comportements sociaux, le jeu coopératif, l'attention conjointe, les habiletés sensorielles, l'initiation de conversation, la participation dans les loisirs, les habiletés de jeu, les comportements symboliques, le niveau de développement, les habiletés langagières,	La sévérité des symptômes autistiques, les comportements dérangeants, l'autostimulation, les comportements restreints et répétitifs les maniérismes autistiques, les interactions négatives, le jeu solitaire, les comportements dérangeants, l'épuisement des soignants.	Groupe d'entraînements aux habiletés sociales, interventions par les pairs, interventions basées sur l'activité (groupe d'engagement, Lego, tâche collaboratrice à l'ordinateur), ordinateur (programme d'entraînement, vidéo de modelage), histoires sociales, PECS, interventions comportementales, <i>Floortime</i> , interventions à l'école (TEACHH), interventions par les parents (devient l'agent thérapeutique), interventions sensori-motrices, entraînement par imitation, entraînement de l'attention, modelage, encouragement, support environnemental, support à l'entourage, exercices dans l'eau, karaté, renforteur,

		l'engagement et le jeu de simulation.		stratégies d'auto gestion, stratégies comportementales et l'activité physique.
Tomchek et al., 2015	Décrire le rôle de l'ergothérapeute au travers de la vie d'une personne autiste par une histoire de cas fictive.	L'engagement occupationnel, la participation sociale, la performance dans les AVQ, la satisfaction personnelle, la compétence dans les rôles, la qualité de vie et la justice occupationnelle, les comportements adaptatifs, le jeu, le soin de soi, les interactions sociales, la résolution de problèmes, l'autorégulation, l'attention conjointe, la coopération, le fonctionnement exécutif, l'acquisition d'habiletés.	Les comportements socialement non acceptés.	Support aux familles, modifications environnementales, approche comportementale, approche développementale, intégration sensorielle (jeu réciproque, interaction sociale), traitement de l'information sensorielle (participation sociale), consultation aux parents TEACHH, support visuel, diète sensorielle, histoires sociales, renforçateurs
Tomchek et al., 2017	Présenter un cas clinique d'application des revues systématiques (<i>case-report</i>).	La performance à l'hygiène, à l'habillage et à la préparation de repas, l'organisation et l'indépendance et les habiletés sociales	-	Groupe d'entraînement aux habiletés sociales, vidéo (modélage, support visuel, encouragements), approche CO-OP
Watling & Hauer, 2015	Quelle est l'évidence des TIS et SBI pour améliorer la performance dans les AVQ des enfants autistes? Revue systématique (23 articles de 2006-2013).	La performance dans les AVQ, le sommeil, l'engagement dans les tâches, la cognition, la relaxation et le bonheur, le vocabulaire, l'attention dans la tâche, le contrôle émotionnel, la performance à l'école, buts individuels.	Les maniérismes autistiques, l'épuisement de l'entourage, les comportements non désirés, la fréquence des comportements dérangeants, les symptômes autistiques, la sensibilité sensorielle.	<ul style="list-style-type: none"> • TIS : Massage thaï, modification environnementale (ex : mur absorbant le bruit, lumières) • SBI : Multisensoriel, thérapie par le son, siège dynamique, veste lourde, brushing
Weaver, 2015	Quelle est l'évidence de l'efficacité des interventions ergothérapeutiques pour améliorer la	La performance et l'autonomie dans les AVQ et AVQ (alimentation et hygiène), la performance et la participation à l'école, le sommeil, la communication, la gestion de la	Les comportements non adaptés et stéréotypés, diminuer les symptômes autistiques	CO-OP, interventions comportementales, SBI (désensibilisation, exploration orale, modification environnementale), TIS, encouragements, interventions à l'école, enseignement aux parents, exercices physiques et yoga, vidéo (modélage,

performance dans les AVQ, AVD, l'éducation, le travail et le sommeil pour les personnes autistes?
Revue systématique (23 articles de 2006-2013)

santé, les habiletés sociales et motrices, l'indépendance au travail, les compétences professionnelles.

autogestion), stratégies d'habiletés comportementales, feed-back, système visuel des tâches

ANNEXE B
GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES DE LA THÉORIE DE NEURODIVERSITÉ

Auteurs	But de l'étude	Postulats	Application aux interventions	Autres informations importantes
Barnbaum, 2013	Aucun but Chapitre de livre	Il s'agit d'une différence cognitive (il y a des forces et des faiblesses).	<ul style="list-style-type: none"> • Contre un remède (cela changerait fondamentalement la personne). • Les neurotypiques et les neurodivergents ne se comprennent pas, il faudrait un troisième langage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce ne sont pas tous les autistes qui se considèrent comme neurodifférents. • «<i>The neurodiverse do not explain their experiences in ways the neurotypical can understand, and the neurotypical act on what they believe to be an ethical imperative to 'fix' what they don't understand</i>» (p.136).
Boundy, 2008	Aucun but nommé	<ul style="list-style-type: none"> • Les tenants de la théorie croient que la douleur des personnes autistes est en raison de la pression sociale à se conformer aux normes. • Il faut reconnaître les différences comme étant positives. • Les tenants du mouvement se battent pour certaines inégalités comme l'obtention de services, la poursuite des buts personnels et la participation sociale (tant que cette participation soit désirée par la personne autiste). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les neurodivergents ne doivent pas être forcés de se conformer aux standards des neurotypiques. • Contre les médicaments • Les thérapies se concentrent beaucoup sur l'apprentissage de contrôle des comportements aberrants (ex : <i>stimming</i>) et comment imiter de façon appropriée les comportements des neurotypiques (ex : maintenir le contact visuel, s'engager dans des activités de groupe). • ABA : Actuellement le programme pour guérir l'autisme avec le plus de preuves scientifiques. Il est utilisé pour enseigner aux enfants à imiter les comportements appropriés et à briser leurs comportements neurodivergents. Pour les autistes de bas niveau, l'ABA peut faire plus de mal que de bien parce qu'il se concentre sur les comportements et non sur les causes des comportements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le mouvement de neurodiversité a débuté avec Jim Sinclair en 1993 par son discours <i>Don't Mourn for Us</i>. Sinclair est un militant pour l'acceptation sociale et l'autodétermination. Le mouvement a progressé avec l'avancée d'Internet. La socialisation sur le Web a permis de communiquer internationalement tout en restant dans un environnement contrôlé.

Cascio, 2012	Décrire l'approche de neurodiversité de l'autisme et son application dans la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • L'autisme est une variation naturelle de l'être humain, il faut le célébrer et non l'éliminer. • Il faut aider au lieu de normaliser. 	<ul style="list-style-type: none"> • «<i>Neurodiversity advocates explain that 'supports for autistic people should be aimed at helping them to compensate, navigate and function in the world, not at changing them into non-autistic people or isolating them from the world'</i>» (Sinclair, 2002)» (p.274). • Aspies for Freedom (2011) dit que cela peut être réalisé avec des thérapies de langage et de l'intégration sensorielle. • «<i>'Intervention,' the neurodiverse approach holds, 'should aim at helping the autistic child manage and/or surmount his/her particular 'surface' sensory or social challenges without attempting to fundamentally alter his or her essential being'</i>» (Nadeson, 2005, p.208)» (p.275) • Le mouvement s'oppose aux traitements physiques ou mentaux qui peuvent être douloureux (ABA, restriction de l'autostimulation ou autre moyen de régulation). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychoéducateurs, psychiatre utilisent le modèle médical dans le but de traiter et de guérir l'autisme. • Modèle médical : éliminer l'autisme • Modèle d'handicap : gérer les symptômes
Fenton & Krahn, 2007	Explorer les raisons qui justifient l'utilisation de la neurodiversité pour atteindre une meilleure neuro-égalité.	<p>L'autisme n'est pas une maladie qui doit être guérie ou éliminer. Les tenants de la théorie affirment que l'autisme (ou certaines sortes d'autismes) est une façon différente d'être de ce qui est habituellement considéré comme normal. Les tenants de la théorie contestent la pathologisation des différences cognitives (Harmon, 2004b). C'est un état. But de la neurodiversité : neuro-égalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contre un remède • Les personnes autistes devraient avoir plus de droits quant aux choix des traitements. (Moloney & Paul, 1998). • Contre les thérapies comportementales pour enlever les «tics». 	<ul style="list-style-type: none"> • L'autonomie est vue comme étant nécessaire aux humains (Beauchamp & Childress, 2001). L'autonomie est utilisée pour définir si la personne est fonctionnelle (pathologisation). Ainsi, ceux qui se qualifient de fonctionnels c'est parce qu'ils ont les capacités de s'intégrer au monde des normaux (Beauchamp & Childress, 2001). Les neurotypiques oublient de reconnaître l'expérience autistique. La définition d'être fonctionnel

Jaarsma & Welin, 2012	Discuter de certains problèmes entourant l'autisme et la théorie de neurodiversité.	<ul style="list-style-type: none"> • Les tenants de la théorie disent : L'autisme est une variation naturelle de l'être humain. Il s'agit d'une autre façon de vivre. Par ailleurs, la variation ne doit pas être due à une mutation. Selon l'évolution génétique, il doit y avoir une explication évolutionnaire, il doit y avoir des bénéfices à changer. Si l'autisme est causé par un facteur environnemental pendant la période fœtale, il ne s'agit pas d'une variation naturelle. • Personne autiste et non personne ayant un TSA. 	Aucune application à la pratique	devrait être redéfinie et subjective.	<ul style="list-style-type: none"> • La classification du DSM est un exemple du modèle médical. Les personnes sont handicapées en raison de leurs difficultés. • Les autistes de bas niveau sont extrêmement vulnérables et leur condition justifie l'utilisation du terme handicap. • Culture de l'autisme : Culture minoritaire. • Certains autistes peuvent être vus comme une variation de l'homosexualité. Ils doivent vivre dans une société non compatible avec eux. • «<i>Acceptance does not 'cure' difficulties with social relationships, social communication, rigidity and sensory issues. On the other hand if neurodiversity is not accepted by society as a separate culture, high-functioning autists will still suffer the stigma of having a deficit, even if some of them do not need care and support</i>» (p.27).
Kapp et al., 2013	Examiner de façon critique la perception de l'opposition du modèle médical et	<ul style="list-style-type: none"> • L'autisme est indétachable de la personne. • Le modèle médical et la théorie de la neurodiversité sont à l'opposé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opposition à un remède • Opposition à l'élimination des comportements non dangereux (ex : éviter le contact visuel, mouvements répétitifs). • Opposition à ABA 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle médical : vers la normalisation (réduction des symptômes, élimination de la condition qui cause des difficultés fonctionnelles) (APA, 2000; Baker, 2011). 	

du mouvement de neurodiversité.	<ul style="list-style-type: none"> • Être fier de leur identité. • L'autisme est une variation naturelle de l'être humain. • Identity-first (personne autiste) • Les tenants de la théorie promeuvent un bien-être subjectif à la place d'un fonctionnement typique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes autistes et les tenants de la théorie acceptent certaines formes d'interventions comportementales (Savarese et al., 2010) (ex : utilisation de l'ABA, mais selon les forces de l'enfant). 	<ul style="list-style-type: none"> • «Accordingly, even autistic people who support the ideals and long-term goals of the neurodiversity movement may view adapting to a 'neurotypical' world as a practical matter, given the slower pace and less control over sociopolitical compared with personal change» (p.67). 	
Kreck, 2013	Aucun but	Aucun postulat	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut plaider pour un environnement sans discrimination et préjugés pour l'autiste et sa famille. • <i>Design</i> universel • Promouvoir l'empowerment des individus autistes, peu importe le moyen de communication • Encourager les familles à participer dans la communauté. • Les tenants de la neurodiversité croient à la recherche et à la découverte de nouveaux traitements, mais mentionnent devoir faire attention avec la recherche génétique. Ils mentionnent que les autistes eux-mêmes devraient déterminer quel est le meilleur traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 modèles : Médical (repose sur le diagnostic et le traitement selon des sources validées scientifiquement, se concentre sur les incapacités sur les problèmes personnels (Swain, Fench & Cameron, 2003)) et social (l'incapacité est le résultat de l'interaction avec la société, perspective des droits de la personne). • La neurodiversité provient du modèle social et du mouvement récent de l'handicap. Jim Sinclair (1993) a commencé à amener l'idée. Singer (1999) a nommé le terme pour la première fois. • Les tenants du modèle médical affirment que la neurodiversité prend seulement en considération les autistes de haut niveau : les autistes de bas niveau ont une moins bonne qualité de vie et devraient être guéris.

Orsini, 2012	Aucun but	<ul style="list-style-type: none"> • Le cerveau est «branché» différemment chez les autistes (Ortega, 2009). • Les tenants de la théorie affirment que l'handicap est le produit social de la société. • Il y a la culture autistique. • Il faut résister à la tentation de voir l'autisme comme une condition qui doit être corrigée par des traitements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut accommoder les différences cognitives, pas les traiter. • Les interventions comportementales peuvent être vues comme une violation de la personnalité de l'autiste. • «<i>Forcing children to abandon these repetitive behaviours, neurodiversity advocates argue, says more about 'neurotypical' members of society and their unease with difference than it does about the purportedly 'self-destructive' nature of stimming. Advocates of a 'social model of disability' argue that more attention should be spent getting non-disabled people to accommodate the needs of cognitively different citizens.</i>» (p.818) • Limiter les comportements autistiques serait une attaque à la culture autistique. • «<i>'Changing the world rather than the person is a way of accepting individuals in their differences, rather than making them adapt to the world'</i> (Wolf, 2010, p.151)» (p.822) 	<p>Il est important de mentionner que ce ne sont pas tous les autistes qui croient à la neurodiversité. Ils doivent avoir le pouvoir de choisir ce qu'ils croient et ce qu'ils désirent.</p>
Ortega, 2009	Démontrer le rôle des neuroscientifiques dans le mouvement récent de défense des autistes.	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne s'agit pas d'une maladie qui doit être guérie. • Parler de «cerebral subject» illustre l'approche centrée sur le cerveau. • «<i>The advocates' claim that autism is not an illness and that attempts to cure it violate autistic rights may therefore provide a legal</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une des plus grandes controverses : ABA • Les interventions doivent enlever la douleur, pas modifier la personne (Singer, s.d) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mouvement apparu à la fin des années 1990 (dans le mouvement social du handicap). • Émergence du mouvement grâce à internet. • Deux groupes : pro-cure et anti-cure. Les autistes de haut niveau sont souvent anti-cure et ceux de bas niveau, pro-cure.

		<p><i>backing for refusing to subsidize the therapy» (p.429)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne autiste et non enfant ayant l'autisme (identité). 		<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à présent le mouvement a été dominé par les Asperger ou les autistes de haut niveau. • Ce ne sont pas tous les parents ou les personnes autistes qui sont pour cette théorie. Certains adultes autistes désirent être guéris. • <i>«He defines [Muskie] the 'Neurotypical Syndrome' as a 'neurological disorder characterized by preoccupation with social concerns, delusions of superiority, and, obsession with conformity'. Neurotypical individuals (NTs), je adds, 'often assume that their experience of the world is either the only one, or the only one correct...» (p.431-432).</i>
Owren & Stenhammer, 2013	Démontrer une perspective du mouvement de neurodiversité	<ul style="list-style-type: none"> • Autiste et non personne autiste • La plus grande barrière des autistes concerne les relations sociales, particulièrement parce que les neurotypiques ne comprennent pas leurs besoins et leurs comportements. • <i>«The uncretical use of 'neurotypical standards' as guidelines on, for example, what behaviours are meaningful and what interest are considered legitimate when designing services for autistic</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut reconnaître les différences et adapter la société. En considérant qu'un handicap est le résultat de l'interaction d'une personne et des barrières environnementales, il serait plus équitable de réduire les barrières (ex : environnement accessible à tous). • Ne pas forcer le contact visuel • Amanda Baggs dit qu'il faudrait un troisième langage : l'autostimulation est mon langage, je suis dans mon monde puisque je ne parle pas votre langage. • Les autistes tentent de gérer le monde qui les entoure, la première étape est de regarder les facteurs environnementaux. 	Jaarsma & Welin, 2012 mentionnent que le mouvement est plus facilement applicable aux autistes de haut niveau, par ailleurs, si nous redéfinissions ce qu'est l'autonomie, il est possible de l'appliquer aux bas niveaux.

		<p><i>services users, may bring staff into the territory of indirect discrimination»</i> (p.36)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut se questionner à savoir si nos services sont faits selon les valeurs du client ou selon nos valeurs. • Les interventions sont-elles pour diminuer ce qui est non familier ou pour rendre moins étrange? • Nous n'avons pas tous la même compréhension, il n'y a pas une meilleure réponse. Nos interventions sont influencées par nos valeurs et donc nous forcerons quelque chose puisque nous croyons c'est ce qu'il y a de mieux. 	
Paletta, 2013	Aucun	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarsma et Welin (2012) amènent deux postulats à la théorie : Les neurodifférents sont le résultat d'une variation naturelle de l'être humain, il faut célébrer la différence et non la stigmatiser. • La neurodiversité est une constellation de différents types de fonctionnement neurologique. • Autiste et non personne autiste • Comprendre que les différences cognitives amènent à vivre de différentes façons. • <i>«The goal of equality is not to give people the same starting point but to allow them to function in a way that enables them to meaningfully engage in</i> 	Aucune application à la pratique	Accepter l'impact de la neurodiversité pourra un jour changer comment les inclure.

*the world as each sees it.
As Nussbaum puts it, the
goal is to ensure citizens
live with dignity» (p.46)*

Rothstein, 2012	Aucun but	Il faut célébrer la différence mentale puisqu'il y a des points positifs à avoir un fonctionnement cognitif différent.	<ul style="list-style-type: none"> • Contre un remède • L'éducation spécialisée se base sur les déficits et les dysfonctions plutôt que sur les talents, les aptitudes et les forces. • Il est vrai qu'il est difficile de mettre le terme neurodiversité à ceux qui ont besoin de thérapies intensives et de médication pour apprécier la vie. • Il faut changer l'approche. Il faut se baser sur les forces. • Il faut célébrer les traitements pour les personnes qui souffrent (médication, thérapie cognitive et comportementale) 	En disant qu'une personne est handicapée, il faut se questionner à savoir si c'est par compassion, par peur ou par difficulté à comprendre sa pensée.
Runswick-Cole, 2014	Décrire les limites et les possibilités d'une politique de neurodiversité dans une société néolibérale.	Jaarsma et Welin (2012) amènent deux postulats : il y a des différences neurologiques dans la population humaine (dont l'autisme) et il s'agit d'une variation naturelle de l'être humain, soit une différence et non un trouble. Il faut reconnaître les différences et les accepter.	<ul style="list-style-type: none"> • Contre un remède • Contre des interventions pour éliminer des comportements comme l'évitement de contact visuel ou des mouvements répétitifs. • Les tenants sont critiques concernant les interventions visant la normalisation comme l'ABA (Kapp et al., 2012). • Les communautés de neurodiversité ne s'opposent pas à toutes les interventions et promeuvent le bien-être et le fonctionnement adaptatif (Kapp et al., 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 approches à l'autisme : • Biogénétique (médicale) : L'autisme est un trouble • Neurodiversité : Catégorie biopolitique qui promeut les droits des personnes autistes en faisant de la prévention sur la discrimination. • Jusqu'en 1973, l'APA voyait l'homosexualité comme un trouble qui se devait d'être guéri. Les auteurs en font une comparaison avec l'autisme. • Controverse : il y a actuellement un grand commerce autour de l'autisme.

