



Institut de Formation

En
Ergothérapie



- TOULOUSE -

ERGOTHERAPIE ET JEU : le potentiel thérapeutique de l'activité ludique au service de l'*empowerment* des enfants présentant des troubles du comportement

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référent méthodologique : Marine Tixier

Lola TOFFALONI

Mai 2020

Promotion 2017-2020

Engagement et autorisation :

Je soussignée, Lola Toffaloni, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

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 ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse,

le : 01/05/2020

Signature du candidat (e) :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lola Toffaloni', written in a cursive style.

Note au lecteur :

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été concernées, de près ou de loin, par ce travail de recherche de fin d'étude. Je les remercie pour le soutien qu'ils ont pu m'apporter quand j'en avais le plus besoin.

Tout d'abord, j'aimerais remercier chaleureusement ma référente méthodologique, **Marine Tixier**, pour sa patience et ses conseils ainsi que les remarques avisées qu'elle a pu m'apporter afin de mener à bien ce mémoire. Je voudrais également la remercier pour la disponibilité qu'elle a su me donner tout au long de cette année de recherche.

De plus, je voudrais remercier toute **l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse** qui a su donner du temps à chacun des étudiants de troisième année afin de nous guider et de nous accompagner dans cette aventure. Merci de m'avoir fait grandir tout au long de ces trois superbes années de formation.

Je souhaite également remercier les **deux ergothérapeutes** qui ont répondu favorablement à ma demande d'entretien. Merci d'avoir répondu à mes interrogations avec autant de bienveillance et d'intérêt pour mon sujet.

Je tenais à dire un grand merci à **mes amis, ma famille et mon compagnon** pour m'avoir supporté tout au long de cette année de travail de recherche. Je les remercie pour le soutien qu'ils m'ont apporté et pour m'avoir encouragé et réconforté, parfois pendant de longues périodes de doutes et de remise en question.

Enfin, je remercie du fond du cœur la **promotion 2017-2020 de l'IFE de Toulouse**, pour la solidarité dont nous avons fait preuve afin de traverser ensemble cette épreuve tant redoutée du mémoire.

*Je dédie ce mémoire à mon frère, qui a consacré, pour le meilleur et pour le pire,
une partie de sa vie aux enfants présentant des troubles du comportement.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 1 -
1- Les troubles du comportement	- 3 -
1.1- Une définition complexe	- 3 -
1.2- Psychopathologies du comportement chez l'enfant : les troubles externalisés	- 4 -
1.3- Des problèmes environnementaux (Cohen, 2008, p.240-241)	- 8 -
1.4- Les conséquences sur le quotidien des enfants	- 9 -
1.5- L'accompagnement médico-social	- 10 -
2- L'empowerment en ergothérapie	- 13 -
2.1- La notion d' <i>empowerment</i> ou autonomisation	- 13 -
2.2- La science de l'occupation	- 15 -
2.3- Une approche client centrée d'après les écrits de Carl Rogers.....	- 16 -
2.4- Le Modèle Canadien de l'Habilitation Centré sur le Client, (Townsend & all , 2013).....	- 17 -
3- Le jeu chez l'enfant	- 19 -
3.1- Le jeu dans le développement de l'enfant.....	- 19 -
3.2- Une activité signifiante et significative	- 20 -
3.3- Le potentiel thérapeutique du jeu.....	- 21 -
3.4- Le modèle ludique (Ferland, 2003).....	- 22 -
4- Méthodologie exploratoire	- 25 -
4.1- Problématisation et hypothèses.....	- 25 -
4.2- Objectif de la recherche	- 26 -
4.3- Population ciblée	- 26 -
4.4- Justification du choix de l'outil : l'entretien	- 27 -
4.5- Conception de l'outil.....	- 27 -
4.6- Recueil de données.....	- 29 -
5- Présentation et analyses des résultats	- 30 -
5.1- Méthode d'analyse des données textuelles.....	- 30 -
5.2- Analyse de la variable <i>empowerment</i>	- 31 -
5.3- Analyse de la variable potentiel thérapeutique de l'activité ludique.....	- 35 -
6- Discussion	- 37 -
6.1- Interprétation des résultats	- 37 -
6.2- Critiques et biais de cette recherche	- 38 -
6.3- Projection professionnelle	- 39 -
CONCLUSION	- 41 -
REFERENCES	- 43 -

GLOSSAIRE..... - 46 -
ANNEXES..... - 48 -

INTRODUCTION

Les troubles psychiques touchent 27% de la population française dont 20% sont des enfants ou des adolescents. Les troubles du comportement (TdC) font partie des multiples troubles mentaux que l'on peut retrouver chez ces jeunes. Ils s'expriment différemment chez chaque individu mais entraînent souvent de graves conséquences dans la vie quotidienne de ces enfants, particulièrement au niveau du processus de socialisation et d'apprentissage.

L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques devient alors un enjeu pour la Haute Autorité de Santé en 2017 qui publie des recommandations de bonnes pratiques auprès de cette population infantile (ANESM, 2018). Parmi les professionnels ciblés par ces recommandations se trouvent les ergothérapeutes qui peuvent être amenés à travailler auprès de ces enfants-là, soit en institution comme en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), soit dans des établissements de Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) mais aussi dans la profession libérale.

Cette recherche prend son origine grâce à de nombreuses discussions avec un enseignant spécialisé exerçant dans un ITEP, me détaillant combien les troubles du comportement pouvaient entraîner des difficultés dans la vie quotidienne de ces enfants. L'enjeu pour le professionnel était alors d'adapter son enseignement à chaque jeune en fonction de ses problématiques. La question était de savoir : comment les professionnels de santé, dont les ergothérapeutes, adaptaient leur accompagnement auprès de cette population ? J'ai fait la constatation que peu d'ergothérapeutes travaillent, actuellement en France, auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et que ce trouble psychologique n'a été que trop peu évoqué lors de la formation à l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Toulouse. C'est pourquoi, lorsque ce travail de fin d'étude a débuté, j'ai voulu en savoir plus sur ces « enfants monstres ». L'objectif est de démontrer que l'ergothérapie peut apporter une plus-value dans l'accompagnement médico-social de ces jeunes de par sa pratique basée sur le lien entre activité humaine et santé.

Je suis partie du constat que la principale activité dans le développement et dans le quotidien des enfants doit et est ludique. De plus, l'un des principaux objectifs des instituts médico-sociaux qui accueillent les jeunes avec des troubles du comportement est de leur redonner sentiment de contrôle sur leur vie et de les autonomiser. Grâce à ces deux observations, je me suis demandée :

« Comment l'ergothérapeute peut mettre le jeu au service de l'enfant en ITEP pour l'engager dans une dynamique de socialisation et d'autonomisation ? »

Pour éclaircir cette question de départ, nous allons dans un premier temps recenser les écrits autour des 3 concepts de cette recherche, à savoir les troubles du comportement, l'*empowerment* (autonomisation dans sa traduction française) et l'activité ludique chez les enfants. Dans un deuxième temps, une enquête exploratoire auprès de deux ergothérapeutes sera effectuée afin de répondre à la problématique et d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées.

1- Les troubles du comportement

1.1- Une définition complexe

D'après le Larousse, le comportement serait la “*manière d'être, d'agir ou de réagir des êtres humains, d'un groupe, des animaux*”. Chez l'enfant cette notion est difficile à cerner car elle varie en fonction de l'âge, du sexe, de l'intensité et du contexte dans lequel il évolue. Parfois, ces conduites peuvent se manifester de façon non souhaitée dans un contexte donné ; c'est ce qu'on appelle des difficultés de comportement. Ces dernières sont liées à l'environnement de l'enfant et à des conflits spécifiques avec l'adulte. Une intervention sur l'environnement qu'il soit physique ou social suffit à faire diminuer ces comportements. A l'inverse, les troubles du comportement sont une désignation médicale. Il est primordial de comprendre que les enfants présentant ces troubles en continu exprimeront des difficultés d'adaptation dans plusieurs secteurs de leur vie. En effet, les TdC ne font pas l'objet d'attitudes agressives ou violentes ponctuelles mais bien d'un dysfonctionnement développemental de l'enfant. Les troubles du comportement deviennent alors un véritable « *fonctionnement psychologique* » (Krotenberg & Lambert, 2012) pour ces enfants-là.

A ce jour, il n'existe pas une définition « scientifique » pour désigner les troubles du comportement ; c'est « un terme générique pour désigner des situations très variées » (Krotenberg & Lambert, 2012). En effet, ils sont directement liés aux contextes sociaux et culturels dans lesquels les personnes évoluent. Les troubles du comportement ne correspondent donc pas à un diagnostic spécifique mais ils sont plutôt associés à un symptôme qui, évoluant avec d'autres symptômes, entraîne une « altération de la dynamique comportementale de l'individu dans ses relations à autrui et à son environnement. » (Arrieta, 2019).

Ces perturbations sont importantes à prendre en compte, car elles peuvent être le signe d'une maladie physique, organique ou cérébrale. Cependant, celles-ci ne surviennent pas seulement en raison d'une pathologie : les facteurs psychologiques, affectifs et émotionnels jouent également un rôle dans leur apparition. (Defradat, 2011).

Les troubles du comportement sont généralement présents chez les enfants et les adolescents et sont de plus en plus précoces. Ils sont synonymes d'un dysfonctionnement significatif social, scolaire et/ou professionnel et s'expriment par des agressions ou des violences à l'école ou à la maison (Krotenberg & Lambert, 2012).

1.2- Psychopathologies du comportement chez l'enfant : les troubles externalisés

Dans le développement normal, le jeune enfant rentre, à partir de 18 mois, dans une phase d'opposition et d'agressivité. A l'âge de 2 ans, l'enfant procède à un travail « mental » primordial : l'individualisation. Petit à petit, il devient un être à part entière et prend aussi conscience des autres individus. Pour ce faire, il doit interagir avec son environnement physique et social (sa famille, sa maison, ses jouets, son assistante maternelle...). L'opposition est alors le premier moyen de socialisation pour l'enfant et lui permet de défendre ses biens et de se protéger. Plus tard, avec l'acquisition de la parole, l'enfant peut communiquer avec ses pairs et donc appréhender au mieux son environnement. La compréhension, en plus d'un entourage stimulant, va lui permettre d'adapter son comportement aux différentes situations vécues. Dans la norme du développement de l'enfant, les comportements perturbateurs doivent disparaître vers l'âge de 5 ans. Cependant, on constate chez certains enfants que ces comportements persistent et peuvent les conduire vers diverses psychopathologies. Nous allons donc définir les trois principaux troubles psychopathologiques qui entraînent des TdC chez l'enfant.

Le DSM-5 propose deux catégories différentes pour définir les troubles psychopathologiques qui affectent le comportement durant l'enfance : une première, « *les troubles neurodéveloppementaux* » qui comprend le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA-H) et une seconde « *les troubles d'impulsions et de conduite* » caractérisée notamment par les troubles de conduites (TC) et les troubles oppositionnels avec provocation (TOP). Cette seconde catégorie concerne aussi la kleptomanie, la pyromanie, l'addiction au jeu et d'autres troubles que nous ne prendrons pas en compte dans cette recherche. (APA, 2013)

Nous allons donc présenter le contexte épidémiologique et les caractéristiques de ces trois troubles : le TDA-H, les TC et le TOP.

1.2.1- Les troubles de conduite (TC)

Le DSM-5 décrit les TC comme un « *ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge du sujet* » (APA, 2013). Dans l'enfance, la palette de comportements inadaptés tels que crises de colère, désobéissances, agressions ou encore vols,

se cantonnent principalement à la sphère familiale et scolaire. Mais à l'adolescence, ces troubles se répercutent dans tout l'environnement social de l'individu et peuvent entraîner des abus de substances, des conduites à risques, une sexualité non protégée ou parfois même de la criminalité. De plus, la prévalence pour les TC dans la population générale concerne notamment les garçons avec un taux qui peut aller jusqu'à 9% pendant l'adolescence contre 2% pendant l'enfance.

Chez les filles le taux de prévalence varie de 0 à 3% pour l'enfance et de 5% pour l'adolescence. (INSERM, 2005). Il est très rare qu'un trouble des conduites agressif se manifeste chez les filles. (Romano et coll., 2004). Effectivement, le TC impacte différemment les filles et les garçons. Comme annoncé ci-dessus, les filles ont une plus faible tendance au comportement agressif ou violent cependant, elles se tourneront davantage vers la fugue, le mensonge, la consommation de produits illicites ainsi que, dans certains cas, la prostitution. En ce qui concerne les garçons, ces derniers manifestent plutôt des comportements violents et ont plus tendance à se battre, à voler et à commettre des actes de vandalisme. (Elia, 2019)

En outre, le DSM-5 sous-catégorise les conduites des individus en 4 critères de diagnostic (cf. annexe 1) :

- Conduites agressives
- Destruction de biens
- Fraudes ou vols
- Violations de règles établies

Les autres critères concernent quant à eux l'impact des troubles sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel de l'individu.

Enfin les troubles de conduites s'expriment de manière très variable selon les individus. L'âge d'apparition des troubles est aussi à prendre en compte dans l'évaluation de la leur progression à l'âge adulte. Les symptômes survenant pendant l'enfance ont plus de chance de persister à l'âge adulte, en revanche si les troubles surviennent à l'adolescence ils sont dits « limités ». (Bosma, 2006)

Les TC sont souvent associés à d'autres troubles comme le TDA-H, l'anxiété, la dépression, des troubles de l'apprentissage ou encore les TOP, qui sont aussi appelés les « petits » troubles de conduite.

1.2.2- Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Les TOP sont des modèles persistants de comportements négatifs, provocants ou hostiles envers les figures d'autorité. Le DSM-5 le décrit comme un « *ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs envers des figures autoritaires, allant au-delà d'un comportement infantile habituel* » (APA, 2013).

Ils apparaissent le plus souvent durant l'enfance, aux alentours de l'âge de 8 ans avec une prévalence de 3 à 4% chez les 5/12 ans. Cette prévalence diminue à l'adolescence avec une moyenne à 2%. Ces troubles touchent principalement les garçons, que ce soit chez les enfants ou les adolescents (INSERM, 2005). Les TOP se manifestent par une irritabilité, une méchanceté gratuite, des colères, de l'agressivité, des disputes avec les pairs et le refus d'obéir aux règles. Dans la forme pure des TOP, c'est-à-dire s'ils ne sont pas associés à un TC, « *on a affaire à des enfants [...] qui semblent animés d'une sorte de besoin irrésistible de s'opposer à tout ce qui ressemble à un ordre, à une interdiction, à un désir ou à une contrainte émanant d'autrui* » (Petot, 2014, p.355). En effet, pour l'enfant cette opposition envers l'autorité (parents, école...) semble devenir le développement social normal dans la recherche d'autonomie.

Les causes de l'augmentation en intensité et en fréquence ainsi que la persistance à des périodes ultérieures restent encore méconnues. Comme la théorie de la base organique est rejetée, on peut supposer que les variables contextuelles comme la mésentente familiale et la réduction des relations avec des pairs qui se comportent correctement pourraient être responsables de l'aggravation et de la persistance (Lahey, McBurnett & Loeber, 2000).

Enfin, comme les TOP, le TDA-H apparaît pendant l'enfance et se caractérise par plusieurs symptômes. Cependant, d'après le DSM-5, au contraire des TC et TOP qui se trouvent dans la catégorie « *les troubles d'impulsions et de conduite* », le TDA-H se situe dans les « *troubles neurodéveloppementaux* ».

1.2.3- Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Le TDA-H ne réduit pas que l'enfant à son hyperactivité. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en avant les 3 symptômes qui rentrent en compte dans le diagnostic du TDA-H : le déficit de l'attention, l'hyperactivité motrice et l'impulsivité. L'HAS précise que le

diagnostic de TDA-H peut être défini lorsque les manifestations de ces symptômes deviennent handicapantes pour l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne.

Le DSM-5 quant à lui décrit plusieurs critères de diagnostic du TDA-H. Le premier critère (A) est le suivant : « *un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec les fonctionnements ou le développement* » (APA, 2013). Il faut alors que l'enfant présente 6 symptômes ou plus d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité pour remplir le critère A (cf. annexe 2).

Les autres critères sont les suivants :

- Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention sont présents avant l'âge de 12 ans.
- Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnements différents.
- On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.
- Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

D'après l'étude de Lecendreux et al. (2011), la prévalence du TDA-H est estimée aux alentours de 3.5% chez les enfants de 6 à 12 ans. De plus, les enfants qui répondaient aux critères de diagnostic étaient majoritairement de sexe masculin et présentaient beaucoup plus de problèmes scolaires (apprentissage, doublement de classes, résultats inférieurs à la moyenne) que les enfants dits « *dans la norme* ».

En outre, une autre étude faite en 2010, prouve que la présence du diagnostic d'un TDA-H associée à des TC et des TOP « *peut avoir un effet d'élévation sur le nombre de symptômes présentés par les enfants [...] et contribuer au maintien des diagnostics* » (Lapalme & Déry, 2010). L'accumulation de plusieurs symptômes va donc favoriser l'apparition et la pérennité des troubles du comportement. De ce fait, la probabilité qu'une fois adulte, l'individu présentera une personnalité anti-sociale est augmentée. (Lapalme & Déry, 2010)

1.2.4- Des symptômes associés au trouble du spectre autistique (TSA)

Le TDA-H, les TOP et les TC peuvent se manifester au premier plan, mais peuvent aussi être un symptôme associé à certains troubles comme le Trouble du Spectre Autistique (TSA). En effet, l'HAS en 2018, publie une liste des troubles potentiellement associés au TSA parmi lesquels on peut retrouver l'item « *Troubles psychiatriques et troubles du comportement* » (HAS, 2018). Une liste qui comprend le TDAH et les TOP. D'après Willaye et Magerotte (2005, p. 27), ces comportements peuvent s'intensifier si aucune intervention n'est réalisée et seraient un obstacle à la socialisation et aux apprentissages des enfants autistes. Les recommandations de l'HAS sont alors en faveur d'une évaluation systématique des troubles associés pour adapter au mieux l'accompagnement de ces enfants et adolescents.

Les principales caractéristiques des troubles psychopathologiques ont été présentées d'après le DSM-5. Cependant, ce dernier privilégie dans ses critères, les facteurs constitutionnels de l'enfant (génétiques, psychologiques, neurobiologiques) au détriment du contexte dans lequel se développe le jeune, qui est pourtant essentiel à la compréhension de l'apparition des troubles du comportement externalisés et l'évolution de ces derniers. Nous allons maintenant définir les facteurs environnementaux qui augmentent le risque d'altérer le développement de ces enfants.

1.3- Des problèmes environnementaux (Cohen, 2008, p.240-241)

Il paraît évident qu'un contexte environnemental dégradé dans lequel évolue l'enfant est un des facteurs d'apparition des troubles externalisés du comportement. Cependant, ces facteurs écologiques sont peu souvent spécifiques et sont très variés.

Les environnements toxiques constituent le premier facteur, notamment la prise de substances toxiques pendant la grossesse. En effet, les stupéfiants, l'alcool ou encore le tabac ont des effets néfastes lors du développement intra-utérin. De plus, des études ont montré que l'absorption de substances toxiques était corrélée à une apparition du TDA-H, de comportements d'opposition et des symptômes d'hyperactivité vers l'âge de 6 ans.

Deuxièmement, on retrouve les microenvironnements, c'est-à-dire, les facteurs familiaux et/ou individuel. Ils sont de 3 types : les facteurs de causalités directs, les facteurs de maintien ou les facteurs de pronostics. Ces facteurs regroupent les situations de maltraitance, de précarité, l'échec scolaire, les antécédents psychiatriques familiaux... En effet, il est courant chez les enfants présentant des troubles du comportement d'observer « des pathologies de relation ». Premièrement, ces enfants présentent des « carences précoces dans la construction

des enveloppes psychiques » (Romain, Caroline, & Naour, 2010) entraînant des difficultés à mentaliser, à rêver ou encore à jouer. Cependant, cette construction est nécessaire chez l'enfant car elle va lui permettre de se sentir en sécurité dans l'environnement avec lequel il interagit. De plus, on peut observer des carences dans le processus de séparation et de différenciation. Ce processus représente le stade de développement de l'enfant où il entreprend le mouvement de séparation, d'individualisation de la mère. Ces carences peuvent entraîner chez l'enfant des angoisses d'abandon, de la manipulation ainsi que des difficultés pour être à la bonne distance lors des interactions. Enfin un manque d'estime de soi, traduit par un comportement exacerbé pour venir compenser cette absence, amène l'enfant vers un terrain dépressif pouvant être envahissant. « *Ces angoisses et carences dans le développement alimentent les symptômes relationnels, les passages à l'acte, l'agitation, et ces troubles du comportement, en retour, entravent l'enfant dans son développement psycho-affectif, sa socialisation* » (Romain, Caroline, & Naour, 2010). L'enfant entre alors dans un cercle vicieux où il détruit, se détruit et culpabilise d'avoir détruit et où il ne peut même pas avoir confiance en l'adulte car celui-ci n'est pas fiable.

Le troisième groupe de facteurs qui sont les facteurs culturels, est aussi appelé macroenvironnement. De ce fait, plusieurs travaux ont été effectués pour démontrer que les troubles du comportement étaient prédominants dans les sociétés compétitives où la densité de population était forte, notamment lors d'une immigration importante.

On constate donc que ces attitudes détériorées peuvent survenir au sein d'un groupe multifactoriel, que ce soit associé aux différentes psychopathologies ou alors en réponse à des carences psycho-sociales et affectives. Cependant, les troubles du comportement ne sont pas sans conséquences et entraînent des dysfonctionnements dans plusieurs secteurs de la vie quotidienne, notamment les processus de socialisation et d'apprentissage.

1.4- Les conséquences sur le quotidien des enfants

Socialisation et apprentissage sont liés. En effet, la socialisation est le fait d'apprendre à « *adopter un comportement conforme aux attentes d'autrui* » (Riutort, 2013), grâce aux multiples interactions que l'on peut avoir avec notre environnement. La sociologie a voulu séparer les différentes phases de socialisation et a donc distingué la période de « *socialisation primaire* », essentiellement familiale, de la période de « *socialisation secondaire* » qui regroupe toutes les autres socialisations (école, échanges avec les pairs, institution religieuse, univers professionnel...).

La socialisation primaire est la première instance de socialisation. C'est grâce à elle qu'un individu construit sa personnalité et son identité sociale. Elle se construit notamment grâce à la famille et pour l'enfant, cet univers est perçu comme « le seul monde existant ». La socialisation primaire est déterminante pour l'apprentissage de la vie en société. D'après Emile Durkheim (1922), cette étape est primordiale car elle permet l'acquisition des valeurs et des normes de la société nécessaires pour évoluer. La socialisation secondaire, en continuité de la socialisation primaire, maintient cette dernière, la renforce ou la transforme. Elle permet l'acquisition de nouvelles règles de conduite tout en enrichissant la personnalité de l'individu.

Pour Pierre Bourdieu, dans le *Sens Pratique* (1980), une socialisation familiale stable, précoce et intense est à l'origine des comportements qu'ils soient scolaires, professionnels, alimentaires, sportifs, etc. Le sociologue est aussi à l'origine de l'idée que le niveau social résulte de la combinaison de plusieurs capitaux. En effet, d'après lui, l'individu n'hérite pas et ne possède pas qu'un capital matériel mais aussi un capital économique, social et culturel. Le capital économique correspond à l'ensemble des biens de l'individu ainsi que ses revenus. Ensuite, le capital social désigne le réseau de relations personnelles auquel l'individu peut faire appel lorsqu'il est dans le besoin. Enfin, le capital culturel se construit par l'ensemble des ressources culturelles que l'individu peut mobiliser (capacités de langage, utilisation d'outils artistiques...).

La présence d'un environnement familial défavorisé peut alors avoir un impact sur la socialisation primaire. Cela engendre un mal-être chez ces enfants, exprimé par des comportements agressifs ou violents. L'interaction des difficultés personnelles, de l'environnement défavorable et du comportement de l'enfant contribuent souvent à leur exclusion familiale, scolaire et sociale. (ANESM, 2017). L'accompagnement social et/ou médico-social paraît alors essentiel dans leur prise en charge. Cependant, quelle structure accompagne ces jeunes ? Comment sont-ils orientés ? Et surtout quelle est l'intervention en ergothérapie auprès de cette patientèle ?

1.5- L'accompagnement médico-social

La loi du 11 février 2005 qui concerne « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté » affirme que chacun a le droit à une scolarisation proche de son domicile. Les enfants ayant des difficultés psychologiques ne leur permettant pas d'assurer une scolarisation classique doivent aussi avoir accès à un parcours scolaire adapté. C'est dans ce cadre que les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) ont été redéfinis

dans la circulaire du 14 mai 2017 : « *Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et la prise en charge des enfants accueillis* ». Nous allons donc voir les différentes caractéristiques des ITEP et l'accompagnement en ergothérapie auprès de la population d'enfants ayant des troubles du comportement.

1.5.1- Les ITEP

D'après la circulaire interministérielle du 14 mai 2007, les ITEP sont des instituts qui « *accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.* » (Article D.312-59-1, 2007) La mission principale de ces établissements est d'amener l'enfant ou l'adolescent à connaître ses ressources mais aussi ses difficultés dans l'optique d'une inclusion sociale. Cet accompagnement s'effectue en équipe interdisciplinaire en créant un projet personnalisé pour chaque jeune dans le but de favoriser son autonomie.

L'ITEP conjugue 3 actions : les interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques. Les interventions thérapeutiques concernent toutes les actions de soins et de rééducation. Ces actions doivent être adaptées aux problématiques de chaque enfant et articulées avec les soins qu'il peut ou qu'il a pu recevoir en dehors de la structure. Leur suivi est coordonné par le médecin psychiatre et assuré par une équipe médicale, paramédicale et psychologique. Les interventions éducatives permettent quant à elles de développer la subjectivité et la singularité de l'enfant, notamment sa socialisation, son apprentissage et sa prise en charge ainsi que l'ouverture au monde à l'aide d'un accompagnement quotidien auprès d'éducateurs. Enfin, les interventions pédagogiques assurées par des enseignants spécialisés ont pour objectifs la continuité de la scolarisation, l'apprentissage et le parcours de formation. Cette intervention doit être adaptée à chacun notamment grâce au Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) qui fixe des objectifs précis et personnalisés.

L'entrée en ITEP peut venir d'une demande de la famille, d'une équipe pédagogique ou du milieu sanitaire. Une équipe de plusieurs professionnels qualifiés doit alors évaluer les besoins de compensations du jeune. Si les résultats obtenus montrent une plus-value à l'admission de l'enfant en ITEP, une démarche se déclenche. Sinon, le directeur de l'établissement s'en réfère à la MDPH qui, avec les parents, va rechercher une alternative plus appropriée. Les modalités d'accueil des enfants sont aussi personnalisées. En effet, leur prise en charge dépend du Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) et

également à l'internat de semaine afin de répondre aux besoins de chaque enfant. Ces modalités sont convenues en fonction de l'ITEP, de la dynamique évolutive du jeune et des indications extérieures.

Comme vu ci-dessus, les actions des établissements médico-sociaux ont pour but d'améliorer la qualité de vie de l'enfant en situation de handicap et de prendre en charge les besoins spécifiques de chacun, de développer son autonomie à l'aide d'actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de rééducation, d'insertion ou de réinsertion en fonction de son niveau de développement, de son âge ou encore de ses capacités d'agir. C'est sur ces derniers points que l'ergothérapeute peut intervenir.

1.5.2- Ergothérapie et pédiatrie

1.5.2-1. Définition

L'ergothérapie est une profession paramédicale qui vise à « ***permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace*** » (ANFE, 2019). L'ergothérapie consiste à agir sur les situations de handicap pour que les personnes puissent continuer de réaliser les activités qu'elles doivent ou qu'elles veulent faire de manière satisfaisante. En effet, du grec « *ergon* » qui signifie « activité », l'ergothérapeute va utiliser cette dernière comme outil thérapeutique pour venir éduquer, rééduquer, réadapter ou encore réinsérer une personne dans le but qu'elle acquière une autonomie et indépendance dans les activités qui ont du sens pour elle. Pour cela ce professionnel va prendre en compte les lésions physiques, si elles sont présentes mais surtout les habitudes de vie de la personne ainsi que son environnement et voir l'impact du handicap sur les rôles sociaux et les activités de la vie quotidienne : soins personnels, travail, loisirs, la vie domestique ou encore l'école pour les enfants. En effet, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'accompagnement des enfants et adolescents et depuis le longtemps, cette profession paramédicale accorde une importance, une place particulière pour les enfants présentant des besoins spécifiques ou des situations de handicap.

1.5.2-2. Accompagnement en pédiatrie

L'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des enfants vise à développer leur répertoire d'occupations qui peut être très changeant à cette période de vie. Les principaux domaines travaillés auprès de ce public sont les soins personnels, les loisirs, les relations sociales ainsi

que les jeux et la scolarité. Le professionnel va alors essayer de réduire les situations de handicap dans les relations sociales du jeune pour que celui-ci puisse réaliser ses occupations en société de façon satisfaisante. De plus, l'entourage est très important à prendre en compte chez ces enfants. Effectivement, c'est avec sa famille et son cercle de proches que ce dernier va construire son profil occupationnel, il est donc nécessaire de collaborer avec les proches afin d'assurer un accompagnement optimal. Cette considération de l'entourage englobe également les valeurs, les rôles, la culture et l'environnement physique de l'enfant qui sont liés aux occupations de ce dernier. (Faure & Galbiati, 2019)

Enfin, la promotion du fonctionnement de l'enfant et de son autonomie est l'essence même du métier d'ergothérapeute auprès d'une population pédiatrique. En effet, la posture du thérapeute doit permettre le soutien du sentiment de compétence de son patient et de son entourage. Pour cela, il doit mettre l'enfant au centre de son accompagnement pour que ce dernier puisse favoriser son autonomisation dans les activités qui rythment son quotidien. C'est cette notion que nous allons illustrer plus précisément dans la partie suivante.

Les troubles du comportement comme définis ci-dessus sont des troubles complexes avec différents niveaux de sévérités et différentes formes de manifestations, ce qui rend difficile leur accompagnement. Des facteurs psycho-pathologiques et environnementaux peuvent en être l'origine et ils entraînent le plus souvent de graves carences dans les sphères de la socialisation et de l'apprentissage. Un accompagnement médico-social et pluridisciplinaire est nécessaire pour réadapter et réinsérer ces jeunes dans notre société, l'objectif étant de favoriser l'autonomisation de ces jeunes. L'autonomisation ou *empowerment* en anglais est une notion très liée à l'ergothérapie, c'est ce que nous allons développer dans cette seconde partie.

2- L'empowerment en ergothérapie

2.1- La notion d'empowerment ou autonomisation

L'*empowerment* est né des pratiques sociales à la fin des années 80. Cette notion est d'abord définie comme étant "un processus, un mécanisme par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent le contrôle des événements qui les concernent" (Rappaport, 1987). En premier lieu, cette approche a eu une portée sociale car elle s'adresse aux personnes victimes des inégalités. Cependant, elle s'est vite répandue dans beaucoup d'autres domaines tels que la santé ou encore l'économie. De plus, des études ont démontré que l'*empowerment* est une étape nécessaire dans l'amélioration de l'équité dans les domaines du social et de la

santé. En effet, il concerne tout type de populations et des résultats d'*empowerment* sont obtenus pour l'égalité femme-homme, les personnes marginalisées ou encore les jeunes (Wallerstein & Wiggins, 2018).

Beaucoup de jeunes sont sujets aux inégalités, à l'exclusion sociale ou encore au déficit du pouvoir d'agir. Cette éducation à la santé, à long terme, cherche à accroître le pouvoir d'agir des jeunes, c'est-à-dire, qu'ils puissent acquérir la capacité de faire des choix et avoir les compétences d'agir de façon autonome et responsable. Ces interventions dans les domaines de la santé et de l'éducation sont alors pertinentes (Le Grand, Ferron, & Poujol, 2018).

En matière de santé, l'*empowerment* améliore le sentiment de compétence des enfants et des adolescents accompagnés et leur permet de faciliter leur participation sociale. La revue de littérature de Nina Wallerstein montre que cette approche permet de promouvoir la santé mondiale chez les jeunes mais aussi l'obtention de meilleurs résultats scolaires. En tant que patient, cette approche renforce un comportement plus favorable à la santé et la prise en compte de la maladie. (Wallerstein & Wiggins, 2018).

Chez les jeunes avec des difficultés, ces interventions servent à moduler leur comportement en augmentant les facteurs de protection qui contrebalancent avec les facteurs de risques comme les attitudes violentes. L'*empowerment* chez ces jeunes invite les plus défavorisés à réfléchir à leurs comportements afin de développer leur argumentation et leur esprit critique. (Sauvegarde de l'enfant à l'adulte d'Ile et Vilaine, 2018)

William Ninacs décrit trois domaines d'*empowerment*: l'individuel, le communautaire et l'organisationnel. L'auteur explique que ces trois catégories font partie intégrante du processus et qu'elles sont essentielles pour que l'*empowerment* soit efficace. Celui qui nous intéresse ici est le premier type : l'individuel. Il comporte 4 composantes qui sont la participation, la compétence, l'estime de soi et l'esprit critique. Cela veut dire que la personne doit être intégrée mais aussi s'engager dans le processus d'*empowerment* (participation) afin d'utiliser ou d'acquérir des compétences. La personne engagée va donc percevoir un sentiment de compétences et sera capable de connaître ses capacités, ses habiletés et de les mettre en action (estime de soi). L'esprit critique quant à lui, permet l'analyse du contexte (collectif, social, politique) et des consciences collectives afin de déterminer la nature d'un problème. (Ninacs, 2008)

En France, l'*empowerment* prend sa place en 1986 avec la Charte d'Ottawa dans le domaine de la promotion de la santé et est notamment utilisé en santé mentale (Petit, 2016).

L'association canadienne des ergothérapeutes quant à elle, définit ce concept en 1997 comme étant un processus personnel et social qui permettrait de transformer les relations visibles et invisibles afin que le pouvoir soit partagé de manière égale. L'*empowerment* redonne du pouvoir au client dans sa thérapie et caractérise une relation thérapeute-client plus équitable. (ACE, 1997). Effectivement, en utilisant les capacités et les ressources de la personne, la relation soignant-soigné initialement paternaliste et stigmatisante se transforme vers une relation émancipatrice et valorisante pour la personne.

L'approche en ergothérapie, se basant sur la science de l'occupation et l'approche centrée sur la personne, semble alors avoir sa place auprès d'une population jeune pour tendre vers son autonomisation.

2.2- La science de l'occupation

La science de l'occupation apparaît aux États-Unis à la fin des années 1970. C'est grâce aux efforts du docteur Elisabeth Yerxa et de son équipe à l'Université de Californie du Sud (USC) que cette nouvelle science naît afin de créer une discipline fondamentale pour venir renforcer les pratiques en ergothérapie et l'élever au rang de profession autonome (Pierce, 2016). Au fil des années et avec la parution de beaucoup d'ouvrages et d'écrits, la science de l'occupation s'est répandue partout dans le monde et, même si en Europe elle est très présente dans les pays scandinaves, elle vise à s'implanter de plus en plus dans les pays francophones. Les six ergothérapeutes du groupe European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE), nous précisent que l'occupation est à distinguer de l'activité. En effet, le groupe de terminologie qui s'est réuni pour définir certains concepts a différencié les deux termes : l'occupation se rapporterait plus à un groupe d'activités qui sont significatives et significatives pour la personne en prenant en compte l'environnement, les valeurs et la culture (Polatajko & Mandich, 2004). L'activité, serait quant à elle, une suite d'actions ou de tâches qui constituent les occupations. Cette différence permet donc d'étendre le champ d'action de l'ergothérapeute en portant un intérêt sur toutes les activités ayant du sens pour la personne et dans la société.

Les occupations sont essentielles pour le bien-être de la personne. En effet, Jean-Michel Caire et Lucas Rouault dans l'ouvrage *Les modèles conceptuels en ergothérapie* présentent l'occupation comme nécessaire aux humains pour « *pouvoir vivre et être en relation* » (Caire & Rouault, 2017). Nos occupations nous permettent de préserver notre santé mais aussi

structurent nos vies en y apportant un cadre temporel. L'occupation détient un réel potentiel thérapeutique qui devient alors un véritable outil pour l'ergothérapeute (Caire & Rouault, 2017).

En France, c'est la loi de 2002 sur « *le droit des usagers* » qui rénove l'action sociale et médico-sociale et fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. En effet, cette loi donne au patient le pouvoir de faire ses propres choix tout le long de son accompagnement, elle replace la personne au centre de son intervention, installant une relation plus égalitaire. C'est sur cette nouvelle approche que se basent les ergothérapeutes : l'approche client centrée.

2.3- Une approche client centrée d'après les écrits de Carl Rogers

2.3.1- Origine du concept

L'ergothérapie base sa pratique sur la science de l'occupation mais elle est aussi en étroit lien avec les fondements de l'approche centrée sur la personne, élaborés par le psychologue nord-américain Carl Rogers en 1951 (Law, Baptiste, & Mills, 1995).

L'hypothèse de cette approche repose sur le fait que chaque individu possède des ressources en lui afin de se comprendre et de se définir mais aussi pour permettre de se percevoir différemment et de changer ses attitudes fondamentales et ses comportements. La personne devient alors active dans son accompagnement, cela justifie donc l'utilisation du terme « client », puisque la personne est considérée comme un acteur décisionnaire et engagé dans sa prise en charge. En effet, ce dernier est expert de son handicap, c'est donc lui qui doit prendre les décisions et faire ses propres choix en ce qui concerne sa réadaptation. Le rôle de l'ergothérapeute va être d'instaurer un climat favorable, en donnant au client des attitudes facilitatrices et en stimulant ses intérêts et ses habilités, pour qu'il puisse jouir de ses ressources.

Dans son article fondateur, Rogers établit trois conditions thérapeutiques pour créer un climat favorable au développement personnel. En premier, une « *authenticité thérapeutique* » (Rogers, 2013), plus le thérapeute est transparent et « lui-même » dans la relation, plus le client pourra évoluer de manière constructive. En second, Rogers parle d'un « *regard inconditionnellement positif* » (Rogers, 2013) : pour le thérapeute c'est l'acceptation de l'état de son client à l'instant présent et l'estime totale qu'il doit lui porter. Enfin, l'auteur parle de la « *compréhension empathique* » facilitant la relation par le fait que le thérapeute va comprendre

les sentiments que son client éprouve face à lui. Cette compréhension doit lui être communiquée.

2.3.2- Evolution et apport de cette approche en ergothérapie

Les premières traces de l'Approche centrée sur la personne dans le monde de l'ergothérapie remonte à 1983 où l'Association canadienne des ergothérapeutes publie sur ce concept dans les *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne*. (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 1991).

En 2010, The World Federation of Occupational Therapy publie une déclaration de position intitulée *Position Statement on Client-centredness in Occupational Therapy* où il est indiqué que l'ergothérapie permet *“aux clients non seulement de participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement”* (traduction par Mehanneche, 2011). Le partenariat ergothérapeute-client a donc pour but de valoriser les expériences, la participation et l'autonomie de la personne.

Cette approche centrée sur la personne dans le domaine de la santé propose donc de s'appuyer sur les ressources, la connaissance et le potentiel de ses clients pour améliorer leurs conditions d'existence, permettre une meilleure équité et de pouvoir être dans l'action : une vision partagée avec la notion d'empowerment. De plus, pour véhiculer la notion « redonner du pouvoir » aux enfants, les ergothérapeutes peuvent se baser sur des modèles dits « conceptuels » guidant leur pratique et leurs interventions. Parmi les nombreux concepts en ergothérapie publiés ces dernières années, il existe le modèle Canadien de l'Habilitation Centré sur le Client (MCHCC).

2.4- Le Modèle Canadien de l'Habilitation Centré sur le Client, (Townsend & all , 2013)

L'habilitation prend son origine dans les écrits canadiens. Ce terme est peu utilisé en France, pourtant l'ergothérapeute utilise quotidiennement ce concept au sein de sa pratique. En effet, l'habilitation pourrait faire référence à la notion de « rendre apte ». L'objectif de cette dernière est d'accroître la santé, le bien-être de la personne mais aussi de développer son inclusion sociale et la notion de justice.

Cette pratique se base sur l'habilitation grâce à une approche humaniste, centrée sur la personne, ciblant ses occupations. En effet, le MCHCC se base sur 6 concepts guidant l'habilitation aux occupations. Cette dernière est définie comme « *la compétence primordiale et fondamentale en ergothérapie* » par Townsend (2013), elle est permise via la collaboration client/thérapeute, prenant en compte les diversités et inégalités dans le but d'un changement individuel et/ou social.

Ce modèle est donc basé sur les 6 concepts suivants : le choix, le risque et la responsabilité, la participation du client, la vision des possibilités, le changement, la justice, le partage de pouvoir. En effet, l'objectif de l'ergothérapeute va être de collaborer avec le client dans tous les processus concernant les choix, les facteurs de risque et les responsabilités du client vis-à-vis de son engagement dans ses occupations quotidiennes. Cette collaboration nécessite forcément la participation active du client ; essentielle à l'habilitation. De plus, l'ergothérapeute va lui proposer une autre vision, amenant ainsi l'idée que différentes possibilités existent et s'offrent à lui, pouvant donner l'énergie d'imaginer une autre façon de faire et d'être. Le changement quant à lui fait référence à une prise de position, une évolution vers un parcours différent. La question de la justice fait appel à une vision, à des notions d'équité. En effet, l'ergothérapeute a une vision holistique de la personne, en considérant ses problèmes de santé mais aussi son environnement physique et/ou social pas toujours adapté. Enfin, le partage de pouvoir est la base de la pratique en ergothérapie. Cela fait référence à l'approche centrée sur la personne : il est important de collaborer avec le client lui permettant de se responsabiliser et de s'engager.

Le MCHCC énumère ainsi dix habiletés relatives à ce concept qui sont au centre de la relation entre le client et le thérapeute. Ces 10 habiletés sont les clés pour favoriser le changement individuel du client notamment grâce à son engagement au sein de ses occupations dans son environnement social. Les habiletés nommées par le modèle sont respectivement : 1) adapter, 2) revendiquer, 3) coacher, 4) collaborer, 5) consulter 6) coordonner 7) concevoir et réaliser, 8) éduquer 9) engager 10) exercer son expertise/mettre à profit son expertise. Ces dix actions clés aident l'ergothérapeute à exercer son rôle d'expert en habilitation de l'occupation, le rôle pivot et central de la profession. (cf. annexe 3)

Nous allons donc maintenant nous intéresser à une des principales activités chez l'enfant, celle qui rythme son quotidien : le jeu. En effet, le jeu est source de développement chez l'enfant et

l'activité ludique est très appréciée des ergothérapeutes car elle possède un large potentiel thérapeutique pour l'accompagnement des ces derniers.

3- Le jeu chez l'enfant

3.1- Le jeu dans le développement de l'enfant

Pendant longtemps, le jeu n'a pas été exploité par les éducateurs, cependant, à partir du début du XXème siècle les chercheurs définissent l'importance du jeu et son rôle structurant dans le développement de l'enfant ne fait plus aucun doute. Beaucoup de théories et d'écrits ont été publiés quant à l'activité infantile considérée comme ludique ou encore les divers jeux et le sens à leur attribuer. Voici les principales fonctions du jeu dans le développement du bébé et de l'enfant.

Le développement de l'enfant grâce au jeu commence dès le plus jeune âge et s'organise autour de plusieurs types. Si l'on suit la chronologie d'apparition de ces pratiques chez l'enfant par rapport à son âge, on remarque que celui de l'exploration est le premier à émerger et qu'il se développe peu après sa naissance. Ces jeux d'explorations conduisent l'enfant à ses premières maîtrises de manipulations d'objets. Puis, à l'âge de 12 mois, l'enfant va commencer à organiser ces objets et à les assembler en construisant grâce aux premiers empilements : ce sont les jeux de construction et d'assemblage. A la même période, les jeux symboliques apparaissent, l'enfant va utiliser les objets en leur attribuant des rôles ou des fonctions. Ce n'est que vers l'âge de 3 ans que l'enfant peut jouer avec des règles simples, ces jeux solitaires évoluent vers des jeux collectifs et coopératifs aux environs de 5 ans.

L'apport du jeu dans le développement de l'enfant se catégorise en 5 parties. Tout d'abord, le jeu a un rôle dans la construction de la personnalité ; « *l'enfant en jouant révèle ses goûts et ses besoins* » (Wallon, 2015). En effet, à travers les différents types de jeux cités auparavant, l'enfant forge son identité et construit petit à petit sa personnalité. Ensuite, le jeu favorise la socialisation, il fait prendre conscience à l'enfant qu'il n'est pas un être égocentrique. Dans ces circonstances, il sert de médiateur entre l'enfant et son environnement, et participe également à la construction du savoir donc à l'apprentissage. Effectivement, l'enfant doit être actif lors du jeu et doit résoudre un problème ou améliorer un comportement. De plus, celui-ci est source de motivation, l'enfant doit éprouver du plaisir en jouant. Enfin, le jeu est étroitement

lié à l'imaginaire, en effet, les modalités du jeu permettent une rupture avec le réel et une certaine liberté quant aux contraintes de l'enfant.

En outre, le jeu est synonyme de développement sensorimoteur mais aussi du langage et de la découverte du monde. Le jeu est donc une des premières occupations de l'enfant l'aidant dans son développement intellectuel, physique et relationnel. C'est un ensemble de plusieurs activités qui sont très importantes et nous allons voir par la suite comment se traduisent ces activités signifiantes et significatives de l'enfant.

3.2- Une activité signifiante et significative

« L'activité « signifiante » revêt un sens particulier pour la personne liée à son histoire et à son projet personnel. L'activité « significative » correspond au sens social donné par l'entourage. ». (Morel-Bracq, 2006).

L'activité signifiante a donc une notion de subjectivité qui est en rapport avec les valeurs, l'identité mais aussi la personnalité du client, ce sont les activités qui font sens pour lui. La pratique en ergothérapie permet d'améliorer l'engagement et la participation du client dans sa démarche de soins. Cet engagement va favoriser le développement de ses capacités, de mieux contrôler sa vie et son environnement et donc d'améliorer sa qualité de vie.

Pour les ergothérapeutes, permettre à une personne en situation de handicap de réaliser des activités importantes pour elle dans son environnement peut être thérapeutique et améliorer la gestion du quotidien, le bien-être et la qualité de vie de cette personne et de son entourage. Ces professionnels sont généralement sollicités lorsque les problèmes rencontrés par la personne sont complexes de par la gravité de la pathologie, l'environnement socio-familial en souffrance, l'inadaptation de l'environnement physique, lorsque le retour à l'état antérieur paraît impossible. L'activité, en ergothérapie, peut être un moyen et un but thérapeutique. C'est l'adaptation de l'activité aux besoins du client et le développement des capacités d'adaptation du sujet vis à vis de son environnement, dans un cadre relationnel réfléchi, qui permettra d'avoir une action thérapeutique et d'engager le patient/client dans un processus de changement.

Les activités signifiantes et significatives sont un véritable moyen pour l'ergothérapeute de pouvoir travailler les objectifs thérapeutiques fixés avec la personne accompagnée. L'activité, dans ce cas-là, possède un potentiel que l'on qualifie de thérapeutique. C'est dans la partie

suivante que nous allons définir le potentiel thérapeutique d'une activité et comment peut-on la transposer au jeu.

3.3- Le potentiel thérapeutique du jeu

Marie-Chantal Morel-Bracq cite Pierce et définit « *l'origine du potentiel thérapeutique réside dans l'attrait de l'activité pour le patient, associé à sa réalité écologique et sa pertinence, grâce aux compétences du thérapeute, à la collaboration dans l'identification des objectifs et à l'ajustement de l'intervention.* ». Le potentiel thérapeutique d'une activité est donc composé de différentes dimensions : contextuelles, subjectives et le processus de mise en place de l'activité.

Les dimensions contextuelles concernent les caractéristiques spatiales, temporelles et socioculturelles de l'activité, correspondant à la situation écologique ; l'espace et la durée de l'activité sont spécifiques. Dans les dimensions subjectives, nous retrouvons les notions de productivité, de plaisir et de ressourcement. Le plaisir se ressent tout au long de l'activité et permet l'apparition et le maintien de la motivation du client durant celle-ci. Le ressourcement est donc l'énergie (physique ou psychique) procurée par l'activité. Ces trois notions permettent d'optimiser l'engagement de la personne dans l'activité.

Le potentiel thérapeutique permet de renforcer la réalité écologique et ainsi de mettre en avant la pertinence de l'activité pour atteindre les buts de la personne. De plus pour atteindre un haut niveau de potentiel thérapeutique, il est nécessaire de créer une alliance, un partenariat avec la personne, et ainsi de l'impliquer au maximum dans les activités proposées et/ou négociées. (Pierce, 2003)

Il n'est plus à prouver que l'ergothérapeute fait le lien entre la personne, ses activités, son environnement, sa santé et sa qualité de vie. Mais comment une activité devient-elle thérapeutique ?

En effet, une activité n'est pas thérapeutique en soi, il faut qu'elle soit signifiante et significative pour la personne mais aussi qu'elle réponde aux objectifs thérapeutiques qu'ont défini le thérapeute et le client. Pour rendre l'activité thérapeutique, il faut faire une analyse de cette dernière. Cette analyse va permettre à l'ergothérapeute d'ajuster l'activité aux capacités motrices, sensorielles, cognitives et psychologiques du client afin de le confronter à la réalité et d'entamer un processus de changement en lien avec les difficultés rencontrées.

Chaque activité est caractérisée par des qualités intrinsèques permettant d'atteindre les différents objectifs thérapeutiques fixés auparavant. De plus, à travers l'activité, l'individu éprouve des expériences significatives de 7 genres : des expériences perceptivo-sensorielles, gestuelles, motrices, cognitives, identitaires, relationnelles et créatrices.

Le choix de l'activité doit donc être un partenariat entre le thérapeute et le client car cette dernière doit être source de motivation et d'intérêt pour l'intéressé. Le potentiel thérapeutique de l'activité s'exprime donc par les expériences significatives à travers la matière utilisée, la technique mise en jeu, la pertinence et l'adaptation du cadre thérapeutique, la relation thérapeutique, la motivation intrinsèque du client envers l'activité et l'intention que donne le thérapeute à l'activité. La dynamique de groupe rentre en compte lorsque l'activité se déroule à plusieurs.

Comme décrit précédemment, l'activité significative par excellence chez l'enfant est ludique. Effectivement, le jeu est au centre de nombreux développements et plaisirs chez le jeune, lui donnant ainsi cet aspect thérapeutique sur lequel l'ergothérapeute peut s'appuyer pour mener à bien son intervention. C'est pourquoi l'ergothérapeute Francine Ferland publie le modèle ludique en 1998 dans sa première version, après avoir fait le constat que le potentiel thérapeutique du jeu était sous exploité en ergothérapie. Ce modèle donne une nouvelle vision au jeu et à l'activité ludique dans le cadre de l'intervention en ergothérapie.

3.4- Le modèle ludique (Ferland, 2003)

Francine Ferland est une ergothérapeute canadienne mais aussi professeure à l'université de Montréal. Elle est auteure de nombreux livres sur le jeu et les différentes facettes du développement de l'enfant et de la vie familiale. De plus, elle est la créatrice du modèle ludique qui est un modèle conceptuel appliqué en ergothérapie.

La question de départ de ce modèle est de redécouvrir le potentiel thérapeutique du jeu, dit « *sous-exploité* » chez les ergothérapeutes mais aussi de venir aborder l'enfant avec une activité qui a du sens pour lui et qui lui est propre : le jeu. En effet, comme dit Winnicott « un enfant qui joue est un enfant en bonne santé » (Winnicott, 1975). Avec ce modèle Francine Ferland essaye de répondre à différentes questions par rapport à la pratique en ergothérapie auprès d'une population infantile : comment avoir une approche globale et centrée sur la personne pour une population pédiatrique ?

Le modèle ludique se base sur le jeu, l'activité significative par excellence chez les enfants. En effet, le jeu est un processus naturel développant les habiletés, les capacités d'adaptation et les interactions sociales. Il est alors indispensable pour favoriser l'autonomie et le bien-être de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute va alors utiliser le jeu comme levier de développement chez l'enfant : l'activité « jeu », source d'apprentissage et d'expérimentation, va influencer la façon dont il interagit avec son environnement et développer des compétences et des habiletés généralisables dans toutes les sphères de sa vie. La découverte, le plaisir, l'expression, la créativité que procure le jeu contribue à la motivation d'agir et de communiquer de l'enfant mais permet aussi de développer son estime de lui, son initiation ainsi que ses stratégies d'actions.

D'après Francine Ferland le jeu est défini comme : « *une attitude subjective où plaisir, curiosité, sens de l'humour et spontanéité se côtoient, qui se traduit par une conduite choisie librement et pour laquelle aucun rendement spécifique n'est attendu* » (Ferland, 2003). Le jeu se construit donc de 3 composantes : l'action, l'intérêt et l'attitude. Ces 3 composantes du jeu visent à développer le plaisir et les capacités d'agir de l'enfant et donc, à terme, l'autonomie et le bien-être de celui-ci (cf annexe 4).

Premièrement, l'action se décompose en 3 parties : la capacité d'action, d'adaptation de l'activité et enfin la réponse face à l'impossibilité. La capacité d'action est le fait que l'enfant accomplisse l'activité selon les règles établies, de façon habituelle. Si une difficulté survient, la capacité d'adaptation de l'activité rentre en jeu ; l'enfant doit modifier sa manière de réaliser l'action pour accomplir l'activité demandée, tout en gardant la notion de plaisir de jouer. Enfin, si l'enfant ne peut pas s'adapter face à l'activité ou si l'adaptation proposée ne fonctionne pas, il peut soit changer d'activité, soit demander à ses pairs ou un adulte ou encore apprendre à réaliser l'activité de la bonne manière.

Deuxièmement, l'intérêt va influencer sur la naissance du désir d'agir. En effet, l'enfant doit trouver de la motivation et l'activité effectuée doit être une source de plaisir pour lui. Si le jeu proposé n'est pas source de plaisir, l'enfant n'adhère pas à l'activité et s'en désintéresse. Effectivement, au niveau comportement, des joueurs motivés sont plus susceptibles de s'engager dans la tâche, d'y consacrer des efforts et de persévérer que des joueurs moins motivés (Garris, Ahlers, & Driskell, 2002).

Troisièmement, l'attitude ludique est construite grâce à l'interaction du plaisir, de la créativité, de la spontanéité, du sens de l'humour et de la curiosité de l'enfant qui évolue dans

son environnement. Elle incite l'enfant à prendre des initiatives, mais aussi développer son imaginaire et lui permet de réaliser l'activité de façon indépendante, en toute liberté.

Le jeu permet donc d'aborder la vie avec plaisir tout en développant sa capacité d'agir et en venant stimuler les différentes dimensions de l'enfant : physique, cognitive, affective et sociale. C'est en faisant naître chez l'enfant et en maintenant cet intérêt, cette attitude ludique et cette action que les acquis vont se maintenir et s'étendre à toutes les situations quotidiennes ; venant favoriser son autonomie et son bien-être.

L'objectif de cette approche est d'aborder l'enfant de façon holistique en lui proposant une activité ayant du sens et permettant, dans un même temps, de stimuler toutes les sphères de son développement. Pour cela, le thérapeute doit s'adapter aux choix du jeune en créant une relation de confiance pour que celui-ci soit « maître d'œuvre » de son accompagnement.

Le jeu est donc un outil très utile pour les ergothérapeutes ; l'enfant trouve seul les ressources nécessaires à l'accomplissement des activités ludiques qu'il a lui-même choisies.

Ce recensement des écrits a permis d'affiner notre question de départ et d'en découvrir davantage sur le lien qui existait entre les troubles du comportement chez les enfants, la notion d'*empowerment* et l'activité ludique.

D'une part, nous avons remarqué que les troubles du comportement étaient difficilement diagnosticables. Effectivement, l'origine de ces troubles est bien souvent multifactorielle, mêlant psychopathologie de l'enfant, contexte familial et environnemental complexe. Les différents symptômes peuvent alors avoir de graves conséquences sur le processus de socialisation et d'apprentissage de ces enfants-là, qui dans de nombreux cas, ne peuvent plus suivre une scolarisation classique. Un accompagnement médico-social est alors envisagé si l'enfant et l'entourage peuvent y trouver un intérêt pour que le jeune puisse, par lui-même, découvrir ses ressources et ses difficultés et tendre, à long terme, vers une autonomisation dans toutes ses activités, au quotidien.

D'autre part nous avons lu que l'*empowerment* était une notion fraîchement implantée en France et correspondait grandement aux principes fondamentaux de l'ergothérapie. En effet, l'*empowerment* part du principe que chacun doit pouvoir trouver en lui les ressources nécessaires pour faire les choix et les actions qui conviennent le mieux à une situation donnée. Depuis peu, l'ergothérapie utilise cette notion et ce terme car l'autonomisation est la base de sa pratique. En effet, le thérapeute se base sur la science de l'occupation pour établir du lien entre santé et activité. Ses interventions ont pour but de faciliter la réalisation des activités

significatives et signifiantes pour la personne. L'habilitation aux occupations et l'approche client-centré sont alors impératives dans le développement de l'*empowerment* des personnes accompagnées en ergothérapie, et ici des enfants et des adolescents.

Enfin, les écrits ont démontré que le jeu était un facteur important dans le développement de l'enfant, qu'il soit social, sensori-moteur ou encore environnemental. L'activité ludique est donc présente dès le plus jeune âge chez le nourrisson et il va se poursuivre tout au long de sa croissance. Le jeu apparaît alors comme l'activité signifiante et significative par excellence chez le jeune et possède donc un puissant potentiel thérapeutique dans l'accompagnement en ergothérapie auprès de la population infantile. C'est ce qu'appuie Francine Ferland dans le modèle ludique en soutenant que le jeu est source d'intérêt, d'action et d'attitude ludique, favorisant le plaisir et la capacité d'agir chez le jeune, et à terme, l'autonomisation et le bien-être de ces derniers.

C'est dans la partie méthodologie suivante que nous allons vous présenter la problématique formulée grâce aux recherches bibliographiques et à la méthode PICO et essayer d'y répondre grâce à un état des lieux des pratiques en ergothérapie.

4- Méthodologie exploratoire

4.1- Problématisation et hypothèses

La méthode PICO permet de formuler la problématique. Voilà les 4 composantes de cette méthodologie qui correspondent aux critères de notre recherche :

- **Population** : *A qui s'adresse l'intervention ? (Genre, âge, pathologie)*

La population étudiée ici regroupe les ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants ayant des troubles du comportement.

- **Intervention** : *Renseignements sur une action thérapeutique, un diagnostic, un traitement*

L'intervention porte sur le potentiel thérapeutique des activités

- **Comparaison** : *Avec des méthodes de référence ou alternatives*

Aucune comparaison n'est effectuée pour cette recherche

- **Outcome** : *But de la recherche, résultat, critère de jugement*

Le développement de l'empowerment chez ces enfants grâce à l'activité ludique

Les recherches faites dans cette partie théorique ainsi que la méthode PICO m'ont permis de développer la question de recherche suivante : **Comment le potentiel thérapeutique du jeu en ergothérapie peut-il favoriser le développement de l'empowerment des enfants ayant un trouble du comportement ?** et à laquelle je vais essayer de répondre dans la partie exploratoire suivante.

Pour cela, j'ai formulé plusieurs hypothèses pour guider mon travail de recherche :

- Le jeu possède un potentiel thérapeutique exploitable par l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants.
- L'empowerment des enfants présentant des troubles du comportement peut se développer en ergothérapie grâce aux activités ludiques.

Cette deuxième partie va donc, dans un premier temps, exposer l'objectif de cette recherche et justifier le choix de l'outil de recherche et de la population ciblée. Dans un deuxième temps, nous aborderons la conception de notre outil de recherche.

4.2- Objectif de la recherche

Le but de cette enquête est de faire un état des lieux sur le terrain afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses qui font suite aux recherches effectuées et répertoriées dans la partie théorique. Pour cela, nous avons décidé de faire des entretiens semi-directifs, avec plusieurs ergothérapeutes, pour faire une revue des pratiques auprès des enfants ayant des troubles du comportement.

4.3- Population ciblée

Pour répondre au mieux à la question de recherche et dans le respect de la loi Jardet, seulement des ergothérapeutes ont été invités à répondre aux questions des entretiens. En ce qui concerne les critères d'inclusions, les ergothérapeutes interrogés devaient travailler avec des enfants

ayant des troubles du comportement, qu'ils soient externalisés avec des ergothérapeutes travaillant en ITEP ou alors qu'ils soient secondaires, c'est-à-dire symptômes d'un autre trouble comme les TSA avec des ergothérapeutes travaillant essentiellement en libéral.

4.4- Justification du choix de l'outil : l'entretien

Pour recueillir les données nécessaires à la recherche, nous avons choisi l'entretien. Sylvie Tétreault dans le livre *Guide pratique de recherche en réadaptation* définit l'entretien comme un outil de recherche « qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou ses représentations » (Tétreault, 2014). De plus, elle nous indique que c'est une méthode facile à planifier et à réaliser.

Ces entretiens vont permettre d'apporter des données qualitatives sur les différentes pratiques des ergothérapeutes sur le terrain auprès d'une population pédiatrique et de comparer les résultats avec ma partie théorique et ma problématique.

4.4-1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif ou entretien semi-structuré est l'outil qui va être utilisé lors de la phase exploratoire de cette recherche. Cette méthode est au carrefour de plusieurs types d'entretiens ; en effet, il est plus souple que l'entretien structuré mais plus spécifique que l'entretien libre. Cette souplesse permet à l'intervieweur d'aider la personne interrogée à se concentrer sur les thématiques qu'il veut aborder. Pour cela, un questionnaire est conçu au préalable ; l'ordre des questions peut varier en fonction du discours du professionnel interrogé. Ce type d'entretien a été choisi pour sa flexibilité tout en donnant de bons résultats pour les études qualitatives. En effet, cette méthode « se retrouve habituellement dans les recherches qualitatives en réadaptation » (Tétreault, 2014).

Nous allons maintenant nous pencher sur la conception des matrices et de la trame d'entretien.

4.5- Conception de l'outil

4.5-1. Conception des matrices

Les recherches bibliographiques ont permis de dégager deux concepts constituant ma question de recherche : l'*empowerment* et le potentiel thérapeutique de l'activité ludique. Pour faciliter

la conception du guide d'entretiens et de l'analyse de ces derniers, deux matrices ont été créées avec les deux variables suivantes : l'*empowerment* et le potentiel thérapeutique du jeu. Les matrices se basent sur les écrits des auteurs cités dans la partie théorique et se composent de critères. C'est-à-dire de notions clés constituant les deux variables, et d'indicateurs précisant les critères.

La première matrice (cf. annexe 5) correspond à la variable *empowerment*. Elle se compose de 6 critères, respectivement : participation, sentiment de compétence, estime de soi, sens critique, approche client-centrée et habilitation aux occupations. La deuxième matrice (cf. annexe 6) correspond à la variable potentiel thérapeutique de l'activité ludique et comprend 7 critères clés : activité signifiante et significative, intérêt, sentiment de bien-être, autonomie, capacité d'agir, attitude ludique et collaboration.

Ces critères ont été le fruit d'une réflexion en rapport avec les concepts développés en première partie. Plusieurs critères sont en communs chez les deux variables, ce qui prouve que ces deux concepts sont liés et partagent certaines notions.

Enfin, les matrices ont aidé à la conception d'un guide d'entretiens, détaillé ci-dessous. Les numéros des questions des entretiens apparaissent en face de chaque critère correspondant, pour faciliter l'analyse qui suivra.

4.5-2. Conception de l'entretien

Avant de commencer à réaliser les entretiens, un guide (cf. annexe 7) a été créé pour avoir un recueil de données optimal. Cette trame est composée de questions principales et de questions de relances afin de permettre une meilleure expérience, de clarifier puis d'approfondir des notions clés pour valider, ou non les hypothèses de la question de recherche. Ce guide d'entretiens a également été conçu en fonction de deux matrices qui aideront dans la présentation et l'analyse des résultats obtenus. Cette structure est une aide pour l'intervieweur mais elle n'est pas figée et peut être légèrement modifiée pendant l'entretien si cela est nécessaire.

Le guide d'entretiens est composé de 4 thèmes qui balayent les grands concepts de la question de recherche :

- Présentation de l'ergothérapeute
- Troubles du comportement

- Ergothérapie et jeu
- Empowerment des enfants

L'objectif du thème « présentation de l'ergothérapeute » est de recueillir des données en rapport avec l'expérience du professionnel, son parcours professionnel, son lieu d'exercice, ses formations etc. La partie « troubles du comportement » permet de récolter des données sur la représentation du professionnel sur ces troubles mais aussi quels sont les accompagnements proposés avec ces enfants-là. Ensuite, l'objectif du thème « ergothérapie et jeu » est porté sur les activités ludiques, leurs caractéristiques et l'objectif thérapeutique sous-jacent. Enfin, la partie « *empowerment* des enfants » permet d'avoir des informations sur les changements de comportement de ce public grâce à l'activité ludique en faveur des notions de l'empowerment.

Ces entretiens ont été réalisés et vont être analysés dans la partie suivante qui présente les professionnelles interrogées, la méthode d'analyse choisie et l'interprétation des résultats.

4.6- Recueil de données

Pour effectuer cette récolte de données, plusieurs ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusions de cette recherche furent contactés.

Date d'entretien	Entretien 1 réalisé le 01/04	Entretien 2 réalisé le 02/04
Sexe	Femme (Mme A)	Femme (Mme B)
Année du diplôme	Diplômée depuis 1994	Diplômée depuis 2003
Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • SESSAD et IME pendant une vingtaine d'années • CAMPS • ITEP depuis 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Maison spécialisée dans l'accueil des personnes autistes (3 ans) • SESSAD spécialisé dans l'accueil des personnes autistes (2 ans) • IME section spécialisée dans l'accueil des personnes autistes (10 ans) • Libérale depuis 2005

Lieu d'exercice actuel	CAMPS et ITEP (8h/sem)	Libérale
Expérience avec les enfants	Expérience auprès d'enfants avec : <ul style="list-style-type: none"> • Handicap moteur • Paralysies cérébrales • Troubles du comportement 	Expérience auprès d'enfants avec : <ul style="list-style-type: none"> • Un trouble du spectre autistique
Expérience de l'activité ludique	Utilise le modèle ludique de Francine Ferland	L'utilise au quotidien pour travailler avec les enfants
Durée de l'entretien	30 minutes	28 minutes
Déroulement de l'entretien	Entretien téléphonique : l'étudiant (L) menait l'entretien. Mme A participait à l'entretien	Entretien grâce au logiciel ZOOM : L'étudiant (L) menait l'entretien. Mme B participait à l'entretien

Le consentement favorable à l'enregistrement des entretiens a été donné à l'écrit (cf. annexe 8) et à l'oral par les professionnelles concernées. Les entretiens ont été enregistrés afin d'avoir une meilleure retranscription et donc une analyse optimale.

5- Présentation et analyses des résultats

5.1- Méthode d'analyse des données textuelles

La méthode d'analyse des données textuelles se découpe en deux parties : l'analyse grâce à l'utilisation des matrices ou l'utilisation des logiciels d'analyses textuelles. Les matrices permettent l'obtention de données spécifiques et qualitatives et les logiciels fournissent une analyse « statistiques » des données. Pour cette recherche, l'analyse se fera grâce à l'utilisation des matrices et de Tropès, un logiciel d'analyse de données textuelles.

Tout d'abord, nous avons effectué une analyse grâce à l'utilisation de nos matrices. Cette méthode est qualitative et place l'interviewer en équilibre entre objectivité et sensibilité (Strauss & Corbin, 2004). D'après Sylvie Tétreault (2014), l'analyse d'un entretien se fait grâce à plusieurs étapes préétablies. Premièrement, les deux entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, nous fournissant nos verbatim (cf. annexe 12 et 13), c'est-à-dire la « reproduction

intégrale des propos prononcés par l'interviewé » (Larousse, 2020). Ensuite, après avoir fait plusieurs lectures globales du texte, dites « *lecture flottante* » (Walin, 2007), nous avons pu nous saisir du texte et en ressortir les thèmes intéressants : c'est la phase de pré-analyse. Une fois cette étape faite, nous sommes passés à l'exploitation du matériel. Cette phase comprend l'opération de catégorisation et de codage. La catégorisation consiste en « *l'élaboration [...] d'une grille de catégorie* » (Walin, 2007). Cette grille de catégories correspond ici à nos deux matrices aux variables *empowerment* et potentiel thérapeutique de l'activité ludique. En ce qui concerne le codage, il s'est effectué grâce aux différents critères de nos matrices et consiste à donner sens aux mots du professionnel au regard de nos catégories. Pour cela une lecture ligne par ligne est nécessaire (Tétreault, 2014). Ces catégories et codages ont été formulés sous forme de tableau que vous pouvez retrouver en annexe 9 et 10. Finalement, nous avons traité et interprété les résultats de cette analyse, c'est l'étape où l'on reconstitue le sens donné par les personnes sur le sujet étudié.

De plus, nous avons utilisé le logiciel Tropès, pour compléter les analyses textuelles. Ce logiciel permet de faire ressortir les mots les plus cités lors des entretiens et faire des liens avec d'autres occurrences. Les liens étant faits, ils nous permettent d'enrichir l'analyse de nos catégories des différentes variables.

Etant donné que l'analyse statistique de Tropès nous a fourni des résultats exploitables pour les catégories de la variable *empowerment*, il a été choisi que le logiciel servirait exclusivement à analyser cette variable.

5.2- Analyse de la variable *empowerment*

5.2-1. Analyse textuelle

Dans une première partie, nous allons analyser les deux entretiens grâce aux critères et aux indicateurs de la variable *empowerment*.

Participation

Les ergothérapeutes n'exerçant pas avec les mêmes populations, donc avec des manifestations de troubles différents, la prise en compte et les changements de la participation ne s'observent pas de la même manière. Pour Mme A, qui travaille en ITEP, on remarque une amélioration de la participation des enfants grâce à l'activité ludique. Elle insiste sur le fait que les enfants sont

plus investis, plus calme et que certaines manifestations de troubles sont minorées « *ce sont des enfants qui sont plus calmes, qui tiennent plus longtemps sur une activité. On a souvent des conduites d'évitement qui ne sont plus là.* » (Lignes 108-109). Pour Mme B, qui travaille avec des enfants présentant un trouble du spectre autistique, la participation des enfants est plus nuancée. D'après son expérience, la participation de l'enfant n'est pas vraiment impactée par l'activité ludique même si les enfants sont plus investis dans les activités, d'après ce que l'entourage peut lui rapporter, « *il fait plus de chose* » (lignes 117). D'un point de vue général, les deux ergothérapeutes observent que les enfants participent et s'engagent dans les activités proposées.

Sentiment de compétence

Concernant le sentiment de compétence, les ergothérapeutes s'accordent à dire que les enfants sont engagés dans leur accompagnement et dans les activités proposées, c'est-à-dire des enfants étant capables d'agir et capables de mettre en action les compétences demandées. Pour Mme A, le sentiment de compétence naît de par son accompagnement permettant cette autonomisation, donc ce pouvoir d'agir avec des enfants engagés « *ce sont des enfants qui vont avoir un meilleur engagement* » (lignes 94) mais aussi qu'il y ait une forme d'accomplissement à la fin des activités en mettant en jeu les compétences des enfants « *une sorte de réussite car ce sont des enfants qui ont été beaucoup malmené par l'entourage* » (lignes 63 à 64). Pour Mme B, l'accompagnement en ergothérapie permet l'amélioration des compétences des enfants. C'est elle qui crée les activités pour travailler les compétences visées « *donc c'est moi qui les fabrique en fonction des compétences que je souhaite voir émerger* » (lignes 101 et 102). De plus pour Mme B, la généralisation de la compétence dans d'autres activités est une notion importante pour que l'enfant puisse être autonome dans diverses activités qui nécessitent cette compétence « *soit pour entretenir l'acquis, soit pour vérifier qu'il est capable de la transférer sur d'autres compétences, enfin sur un autre exercice qui travaille la compétence. Je ne dis pas que je réévalue, quand elle est acquise je l'enlève* » (lignes 108 à 110).

Estime de soi

On peut remarquer que pour les enfants en ITEP, l'évaluation de la satisfaction est importante. En effet, Mme A utilise notamment la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pour évaluer l'activité en termes de satisfaction et non pas en termes de compétences acquises « *j'évalue en termes de satisfaction* » (ligne 80). De plus, elle précise qu'au cours de son accompagnement ce sont des enfants qui gagnent en confiance en eux et en satisfaction.

Pour Mme B, l'évaluation de la satisfaction est beaucoup plus difficile car les difficultés de communication avec les jeunes empêchent de pouvoir côtoyer leur ressenti par rapport à l'activité effectuée « *difficilement mais je pense que c'est à cause du public avec leur problème de communication* » (ligne 112).

Approche client centrée

Les deux ergothérapeutes s'accordent à dire que l'approche en ergothérapie auprès des enfants ayant des troubles du comportement est plus centrée sur l'enfant que sur ses troubles. Pour Mme A, c'est le choix qui prédomine cette relation égalitaire et qui replace l'enfant au centre de sa thérapie « c'est toujours l'enfant qui choisit parce que la question du choix, ça fait partie de la construction de soi » (lignes 68-69). De plus, ce choix se fait en commun pour que la confiance s'installe et qu'il y ait un engagement de la part de l'enfant et du thérapeute. Pour cela, l'ergothérapeute utilise un outil d'évaluation, OT'Hope, où l'enfant parle de lui et exprime les difficultés qu'il rencontre lors de la réalisation de certaines activités « *j'utilise une approche plutôt centrée sur l'enfant et j'utilise beaucoup pour les évaluations l'outil OT'Hope* » (lignes 28 et 29).

Cependant même si cette approche centrée sur la personne est prédominante, une approche bottom up avec un versant plus fonctionnel peut aussi avoir sa place au sein de l'accompagnement comme nous le précise Mme B « *je peux avoir un versant biomécanique sur un versant fonctionnel type bottom up je pense d'avantage que je suis centrée sur l'enfant* » (lignes 41-42).

Habilitation aux occupations

Dans la continuité de l'approche client centrée, la collaboration entre l'enfant et le thérapeute est une notion importante dans leur autonomisation. Les deux ergothérapeutes essaient de mettre en place cette collaboration pour essayer de développer la capacité d'agir et le pouvoir d'agir de l'enfant. Pour cela les choix et l'engagement commun sont nécessaires à appliquer dans les interventions. Mme B parle plutôt d'adhésion de l'enfant car ces derniers sont souvent trop jeunes pour pouvoir parler de collaboration. En revanche, une collaboration avec la famille quant à elle est possible et primordiale « *je ne sais pas si je peux parler de collaboration avec l'enfant autant je peux parler de collaboration avec la famille avec l'enfant je vais parler d'adhésion* » (lignes 44-45).

En effet, la prise en compte de l'environnement qu'il soit social ou physique est capital dans la prise en charge de ces enfants. En particulier pour les enfants ayant un trouble de spectre autistique, la structuration de l'environnement va influencer sur leur participation et leur attention. Pour Mme B, le temps et l'espace sont des variables qui doivent être structurées pour limiter et diminuer les troubles du comportement chez ces enfants « *il y a une grosse part de structuration de l'environnement que ça soit au niveau de l'espace et du temps notamment pour leur donner des repères de compréhension dans leur espace proche de manière justement à favoriser l'anticipation et limiter les problèmes de comportement* » (lignes 23 à 26). L'environnement social est aussi à ne pas négliger. Cependant, il varie selon le public. Effectivement, l'entourage des enfants ayant des troubles du spectre autistique peut être plus habilitant au changement de l'enfant que pour les enfants suivis en ITEP ayant souvent un entourage obstacle à ce changement individuel, comme nous le précise Mme A, « *je ne peux pas vous dire que dans le SESSAD il y a un cadre particulier et un environnement favorisant surtout qu'on intervient sur les lieux de vie des enfants* » (lignes 103-105).

5.2-2. Analyse avec Tropès

L'analyse, grâce au logiciel, nous donne les occurrences de mots les plus récurrentes dans les discours des deux ergothérapeutes. Ces occurrences vont nous permettre de compléter l'analyse textuelle de la variable *empowerment* effectuée ci-dessus. Les répétitions des occurrences apparaîtront entre parenthèses.

Tout d'abord, on remarque que le mot « *enfant(s)* » (49) est l'occurrence la plus représentée chez les deux ergothérapeutes. Cela met en avant que les ergothérapeutes s'intéressent davantage à la personne qu'aux troubles, ici les « *troubles du comportement* » (11) qui sont seulement représentés 11 fois dans les deux discours. De plus, on remarque que cette occurrence est liée le plus souvent au mot « *collaboration* » (3) et « *participation* » (3), confirmant qu'une collaboration s'instaure entre l'ergothérapeute et l'enfant, provoquant participation et accompagnement accrus de ce dernier. Ces liens sont à l'avantage de l'approche client-centrée et de l'habilitation aux occupations.

Ensuite, on observe que l'indicateur « *environnement* » (20) est présent lors des entretiens. Il est lié à « *aménagement* » et « *activité* », rendant l'environnement habilitant pour les enfants lors des activités proposées, et propice au changement.

5.3- Analyse de la variable « potentiel thérapeutique de l'activité ludique »

5.3-1. Analyse textuelle

Activité signifiante et significative

Les deux ergothérapeutes utilisent les activités ludiques avec les enfants qu'elles accompagnent. Elles font du jeu un outil thérapeutique. Premièrement, les enfants ont le droit de choisir les activités ludiques comme nous dit Mme A « *quand on a défini les activités qu'il a envie d'améliorer en difficultés ou pas, à ce moment-là je complète mon bilan par des bilans normés pour arriver à cibler un peu mieux les difficultés qu'il a* » (lignes 32 et 33). Ce choix est important pour cibler les activités qui ont du sens pour l'enfant afin de mettre en place des objectifs thérapeutiques qui soient en adéquation avec les besoins de ce dernier. Mme B, dans ces accompagnements auprès des jeunes autistes, propose aussi des activités ludiques. Cependant, les enfants ne peuvent choisir qu'une activité sur le nombre total que l'ergothérapeute a fixé : ce sont les activités plaisir ; « *donc le choix je ne le propose finalement que à un instant donné de la séance qu'il a prévisualisé avec une carte choix et là il va pouvoir choisir parmi les activités* » (lignes 86 à 88). De plus, pour Mme B, toutes les activités proposées sont ludiques toutefois celles-ci ne sont pas toujours destinées à provoquer du plaisir aux enfants « *d'ailleurs j'espère que tout est jeu même s'il y a des choses moins sympas que d'autres* » (lignes 79 et 80).

Intérêt

En ce qui concerne l'activité ludique, les deux ergothérapeutes s'accordent à dire que ce sont des séances motivantes pour l'enfant, où celui-ci va prendre du plaisir. Pour Mme A, le choix rentre en compte dans l'intérêt que les enfants peuvent avoir au sein de leur thérapie et donc dans le plaisir que les activités proposées leur procurent. C'est une étape dans leur reconstruction d'après l'ergothérapeute « *c'est eux qui choisissent dans le but de reconstruire l'image d'eux-mêmes, qu'ils aient du plaisir à ce qu'ils font* » (lignes 62 et 63). De plus, ces temps d'activité doivent être source de plaisir comme le disent les deux ergothérapeutes. "Pour Mme A, ces séances permettent de diminuer les comportements d'opposition que les enfants montrent de manière générale « *ce sont des séances où ils viennent avec plaisir et ils ne se*

mettent pas en opposition » (lignes 89 et 90). Pour Mme B, un des objectifs de ces activités ludiques est la prise de plaisir et l'engagement, le jeu apparaît comme source de bien-être et de détente « *c'est vraiment l'objet plaisir, c'est de la détente* » (lignes 88 et 89).

Sentiment de bien-être

En ce qui concerne le sentiment de bien-être des enfants, Mme A met l'accent sur le fait que ce sont des jeunes qui vont être plus investis émotionnellement et qui vont gagner en confiance. De plus, les comportements d'opposition disparaissent et la communication est plus facile pendant les séances d'ergothérapie, « *ils vont gagner en confiance. Au niveau relationnel, il y a des améliorations, il y a un lien qui se crée et pas forcément un lien d'opposition comme ils ont l'habitude de faire* ». Cependant, aucune information n'a été transmise au sujet d'une éventuelle généralisation quant à la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Autonomie

L'activité ludique apparaît comme facteur favorisant à la construction de l'autonomie des jeunes présentant des troubles du comportement. Pour Mme A, le jeu fait partie intégrante de sa prise en charge pour développer l'autonomie de l'enfant « *je me sers du jeu pour construire l'autonomie de l'enfant et pour lui apprendre à s'auto gérer* » (lignes 60 et 61). Cependant Mme A met l'accent sur des résultats grâce à la pluridisciplinarité, en effet d'après elle, ce travail d'autonomisation ne se fait pas seulement grâce à l'intervention de l'ergothérapie mais grâce au travail d'équipe qui accompagne l'enfant en ITEP « *je pense que ça a forcément un impact positif mais il n'y pas forcément que moi, c'est un travail d'équipe avec ces enfants-là. C'est une prise en charge qui est pluridisciplinaire, qui permet ça* » (lignes 112 à 114).

Pour l'intervention auprès des enfants avec un trouble du spectre autistique, Mme B nuance plus cette notion d'autonomie. Même si des résultats sont présents, l'intervention ne justifie pas cette évolution de l'autonomie à chaque fois « *je ne pense pas d'avoir vraiment de feed back même s'ils sont plus autonomes, forcément mais je ne peux pas dire qui entraîne l'un ou l'autre* » (lignes 119 et 120).

Capacité d'agir

Peu de retours ont été constatés en ce qui concerne la capacité d'agir des enfants. Mme A observe que l'intervention en ergothérapie avec l'activité ludique permet aux enfants de changer

leur façon de se comporter avec autrui, l'objectif principal de la prise en charge en ITEP « *c'est de changer leur façon d'adresse qu'ils ont avec leur entourage* » (ligne 97). Pour Mme B, l'ergothérapeute remarque que l'activité ludique permet aux enfants d'augmenter leur capacité d'attention ainsi que la spontanéité « *ils vont agir beaucoup plus spontanément et ils vont être moins distrait* » (ligne 123)

Attitude ludique

En ce qui concerne l'attitude ludique des enfants, celle-ci ressort assez peu des entretiens. Même si les ergothérapeutes parlent de « *meilleure prise d'initiative* » de la part de ces enfants, il n'y a pas assez de données en rapport à une prise d'initiative et un imaginaire qui prouvent que ces jeunes puissent améliorer leur capacité d'agir dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Seule Mme B affirme que les activités proposées améliorent la prise d'initiative, « *globalement je pense que toutes les activités sont ludiques mais je suis sûre que ça facilite la prise d'initiative* » (lignes 123 et 124).

6- Discussion

6.1- Interprétation des résultats

Les analyses des données résultant des entretiens nous montrent dans un premier temps que l'activité ludique et l'empowerment sont liés sur certains points. Effectivement, une évolution comportementale est observée grâce à l'accompagnement en ergothérapie et à l'activité ludique, principal outil thérapeutique utilisé. Néanmoins, on constate que ces changements s'opèrent lors des séances en ergothérapie et ne se généralisent pas forcément dans les activités de la vie de tous les jours.

L'autonomisation des enfants a été mise en évidence notamment par l'approche client-centré instaurée par les ergothérapeutes et l'habilitation aux occupations grâce à la collaboration entre l'enfant, le thérapeute et l'environnement. En effet, cet indicateur a été particulièrement justifié par les ergothérapeutes qui ont aménagé l'espace, qu'il soit physique ou temporel afin de favoriser le cadre où l'enfant peut se construire et opérer un changement individuel. De plus, ce sont des enfants, comme l'ont indiqués les ergothérapeutes, qui reprennent confiance en eux et pour qui l'activité ludique redonne une motivation, une satisfaction à agir et donc favorise l'estime de soi, peu présente à l'origine.

Le potentiel thérapeutique de l'activité ludique est donc utilisé par les ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants ayant des troubles du comportement. Effectivement, le fait que le jeu soit l'activité signifiante de l'enfant, celle-ci est parfaitement indiquée pour travailler les objectifs thérapeutiques fixés grâce à l'engagement de l'enfant et du thérapeute. On remarque que l'activité ludique est source de plaisir pour l'enfant, qu'elle permet à ce dernier de s'engager dans sa thérapie et est motivante pour réaliser les activités choisies.

Grâce à l'analyse textuelle et à l'analyse de Tropès, on peut penser que le potentiel thérapeutique de l'activité ludique est un des facteurs qui favorise le développement de l'autonomisation de l'enfant présentant des troubles du comportement. Toutes ces observations ainsi que les différents témoignages nous montrent qu'il existe un lien entre empowerment, activité ludique et enfants avec des TdC.

Toutefois, quelques limites à cette recherche ont été évoquées lors des entretiens. En effet, la seule utilisation de l'activité ludique ne suffit pas à développer l'*empowerment* mais c'est tout le travail d'équipe en pluridisciplinarité, dont fait partie l'ergothérapeute, qui favorise la construction et la socialisation de l'enfant malgré son parcours scolaire souvent chaotique. De plus, l'environnement qu'il soit social ou physique ; en dehors des séances d'ergothérapie ou de l'ITEP, n'est pas particulièrement favorisant pour ces enfants-là. En effet, il faudrait tisser un véritable lien avec les familles pour vraiment cibler les besoins et les difficultés de l'enfant écologiquement, afin de développer leur autonomisation de manière optimale. Enfin, la dernière limite exprimée par l'ergothérapeute en ITEP, est le temps octroyé auprès de ce public. En effet, trop peu d'ergothérapeutes peuvent travailler à temps plein avec les jeunes, pourtant ce sont les seuls professionnels paramédicaux prenant en compte les activités de l'enfant.

6.2- Critiques et biais de cette recherche

On peut émettre certaines critiques quant à la méthode d'exploration de cette recherche.

Premièrement, l'actualité récente suite à l'épidémie du Covid-19 a impacté toutes les pratiques de la sphère médicale et paramédicale, dont la profession d'ergothérapeute. La prise de contact et l'accord des professionnels ont été plus difficiles en cette période de crise. A cela s'ajoute le fait que peu d'ergothérapeutes travaillent auprès d'enfants ayant des troubles du comportement en France. Peu de professionnels en ITEP ont répondu favorablement après nos demandes d'entretiens, nous avons donc dû élargir nos recherches auprès de professionnels travaillant avec les enfants ayant des troubles du comportement non externalisés.

Deuxièmement, n'ayant pu obtenir qu'un seul témoignage d'une professionnelle exerçant en ITEP avec peu d'expérience, les résultats obtenus ne sont pas représentatifs de la réalité.

6.3- Projection professionnelle

La réalisation de cette recherche a permis de mettre en lumière plusieurs problématiques que peuvent rencontrer les enfants ayant des troubles du comportement. L'enquête exploratoire peut alors être élargie afin de développer la pratique en ergothérapie auprès de ce public, trop peu représentée en France actuellement. Les résultats obtenus grâce à notre recherche peuvent alors être le point de départ pour de futures enquêtes concernant l'*empowerment* des enfants et les différentes interventions que peuvent apporter les ergothérapeutes ; notamment le jeu.

En effet, il serait intéressant d'approfondir l'activité ludique comme facteur favorisant l'*empowerment* de ces enfants avec un jeu en particulier. Le jeu de société « *Des récits et des vies* » version enfants et adolescents est un jeu dont l'objectif est de libérer la parole, de créer du lien et de trouver nos propres ressources. Ce jeu met en évidence plusieurs thématiques importantes dans le développement de l'*empowerment* : l'imaginaire, les valeurs, la liberté de parole et les émotions. Ce jeu est fondé sur des concepts d'estime de soi, de reconnaissance et de communication ; des notions oubliées chez ces enfants-là. Ce jeu est actuellement testé et utilisé par des ergothérapeutes auprès de personnes âgées présentant ces mêmes troubles mais aucunement avec des enfants. Il serait alors intéressant de pouvoir faire participer des enfants évoluant en ITEP à l'occasion d'une enquête plus approfondie sur le lien entre activité ludique et *empowerment*.

Pour finir, ce travail de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances, autant au sujet des enfants présentant des troubles du comportement que du rôle que pouvait avoir l'ergothérapeute avec ces derniers.

Toutefois, ces recherches et ces enquêtes auprès des professionnels m'ont confortée dans l'idée que les ergothérapeutes pourraient et devraient avoir une plus-value au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Effectivement, ce mémoire d'initiation à la recherche a été une réelle ouverture d'esprit sur l'accompagnement des enfants en ergothérapie et l'intérêt de toujours les placer au centre des interventions. De plus, ce travail m'aura appris combien la collaboration est essentielle : qu'elle soit avec l'enfant, la famille ou les professionnels gravitant autour du client.

Ainsi la rédaction de ce travail a permis de faire évoluer ma vision de l'ergothérapie en pédiatrie, n'ayant fait aucun stage au côté d'enfants ou d'adolescents. ce mémoire m'a motivé pour encore plus approfondir mes connaissances au sujet de l'ergothérapie auprès d'une population infantile et me donne envie de pratiquer et d'accompagner les enfants dans le besoin.

CONCLUSION

Aujourd'hui, les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent sont complexes à définir et à diagnostiquer. Ce travail a révélé que de nombreux facteurs étaient à l'origine de ces comportements problématiques. L'environnement familial et les différentes caractéristiques des psychopathologies du comportement entraînent une manifestation différente chez chacun des jeunes. Ainsi, on remarque de nombreuses conséquences dues à ces troubles sur la vie quotidienne des enfants, se traduisant notamment par des difficultés de socialisation et d'apprentissage : deux notions pourtant essentielles pour un développement optimal de l'enfant. La scolarisation souvent impossible dans un cursus ordinaire s'effectue donc dans des établissements spécialisés partageant des interventions éducatives, pédagogiques et médicales. Ces instituts ont pour but de rendre l'enfant conscient de ses ressources et de ses obstacles et de lui apporter les compétences requises pour être autonome. C'est sur ce dernier point que l'ergothérapeute peut être un atout dans l'équipe pluridisciplinaire.

En effet, le fait de pouvoir réaliser les activités ayant du sens pour nous est la base de l'être humain, effectivement l'humain a besoin d'occupations dans sa vie. C'est pourquoi, l'ergothérapie moderne tend à promouvoir de plus en plus l'occupation au sein de sa pratique en faisant le lien entre activité et santé. Le jeu étant l'activité significative par excellence chez l'enfant, nous avons recherché comment le potentiel thérapeutique de l'activité ludique pourrait favoriser l'empowerment de ces jeunes.

Notre enquête exploratoire auprès de deux ergothérapeutes exerçant dans les conditions établies par notre recherche, nous a donné des résultats confirmant en partie nos hypothèses. En effet, l'activité ludique paraît être un atout dans le développement de l'empowerment de ces enfants. Cependant notre recherche a montré que beaucoup de facteurs extrinsèques et intrinsèques à l'enfant influencent cette autonomisation et que l'intervention seule de l'ergothérapeute n'est pas suffisante à la rendre optimale pour que ce dernier soit complètement autonome dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Par conséquent, il serait intéressant de faire une étude plus approfondie au sujet de l'intervention en ergothérapie auprès de cette population et surtout pouvoir être en contact direct avec les enfants au sein des ITEP. De plus, de nouvelles approches grâce au jeu sont pratiquées en France, une en particulier, centrée sur la personne en collaboration avec le jeu de société « des Récits et de Vies » permettant de redonner la parole ainsi que la confiance à ces personnes en difficulté. Ce jeu est actuellement utilisé par des ergothérapeutes exerçant auprès de

personnes âgées, il serait également pertinent d'utiliser ce jeu auprès des jeunes grâce à la version enfant/adolescent.

REFERENCES

- ANESM. (2017). *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation*. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* (éd. 5e).
- Arrieta, H. (2019). Les difficultés de comportement dans la classe et à l'école, quelques tentatives de réponses.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1991). *Lignes directrices pour la pratique de l'ergothérapie centrée sur le client*. Toronto.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2019). *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique*. Récupéré sur <https://www.anfe.fr/definition>
- Bosma, H. (2006). An introduction to developmental psychopathology. *L'orientation scolaire et professionnelle*, pp. 251-258.
- Bourdieu, P. (1980). *Le Sens Pratique*.
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). Dans M.-C. Morel, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (éd. 2e, pp. 85-97).
- Cohen, D. (2008). Vers un modèle développemental d'épigenèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*(56), pp. 237-244.
- Durkheim, E. (1922). *Education et sociologie*.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337.
- Faure, H., & Galbiati, C. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique. Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie* (éd. 3e).
- Garris, R., Ahlers, R., & Driskell, J. E. (2002). Games motivation, and learning: a research and practice model. *Simulation & gaming*, 33(4), pp. 441-467.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*.
- INSERM. (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*.
- Krotenberg, A., & Lambert, E. (2012). *Scolarité et troubles du comportement: des solutions pour enseigner*.

- Lahey, B., McBurnett, K., & Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), pp. 38-43.
- Lapalme, D. (2010). Evolution du trouble de l'opposition et du trouble des conduites au cours de l'enfance. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), pp. 14-23.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational therapy*, pp. 220-257.
- Le Grand, E., Ferron, C., & Poujol, V. (2018). Empowerment des jeunes. *La santé en action*, pp. 8-9.
- Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. (2011). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), pp. 516-524.
- Maston, A., & Macken, J. (2009). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 29-44.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2e).
- Ninacs, W. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*.
- Petit, C. (2016). La contribution de l' "empowerment" ou approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir aux pratiques d'ergothérapie pour accompagner le changement et mobiliser les capacités. Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie : vingt-neuvième série* (pp. 356-365).
- Petot, D. (2014). Chapitre 12. Les troubles oppositionnels avec provocation ou le trouble du caractère. Dans D. Petot, *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant* (pp. 355-379).
- Pierce, D. (2003). *Occupation by Design, Building Therapeutic Power*.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. (M.-C. Morel, Trad.)
- Polatajko, H., & Mandich, A. (2004). *Enabling occupation in children: the cognitive orientation to daily occupational performance (co-op) approach*.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2).
- Rivard, M., Dionne, C., & Morin, D. (2012). Les troubles du comportement chez les jeunes enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme : les défis associés à la recherche et les besoins perçus par les intervenants. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 23, pp. 85-92.
- Rogers, C. (2013). L'approche centrée sur la personne (Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson).
- Romain, G., Caroline, L., & Naour, M. L. (2010). Les troubles du comportement chez l'enfant: quelle fonction thérapeutique de l'accueil familial spécialisé? *Médecine & Hygiène*, 31, p. 218.
- Romano, E., Baillargeon, R., Wu, H., Zoccolillo, M., Vitaro, F., & Tremblay, R. (2004). A new look at inter-informant agreement on conduct disorder using a latent class approach. *Psychiatry Res*, pp. 75-89.

- Ruitort, P. (2013). La socialisation: apprendre à vivre en société. *Premières leçons de sociologie*, 63-74.
- Sauvegarde de l'enfant à l'adulte d'Ile et Vilaine. (2018). Développer le pouvoir d'agir des jeunes d'un quartier prioritaire: une nécessaire acculturation des professionnels. *La santé en action*, pp. 32-33.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative*.
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-245).
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., & Brown, J. (2013). Habilitier: La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. Townsend, H. Polatajko, & N. Cantin, *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (éd. 2e version française Noémi Cantin, pp. 103-158).
- Walsh, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, pp. 243-272.
- Wallerstein, N., & Wiggins, N. (2018). L'empowerment améliore l'état de santé de la population. *La santé en action*, pp. 10-14.
- Wallon, H. (2015). *Les origines du caractère chez l'enfant*.
- Willaye, E., & Magerotte, G. (2005). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis: Déficience intellectuelle et/ou autisme*.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*.
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. (M. S. 2011, Trad.)

GLOSSAIRE

A-

- ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- APA : American Psychological Association

C-

- CAMPS : Centre d'Action Médico-Social Précoce

D-

- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} version

E-

- ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

I-

- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- IME : Institut Médico Educatif
- ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

M-

- MCHCC : Modèle Canadienne de l'Habilitation Centré sur le Client
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

P-

- PICO : Personnes, Intervention, Comparaison, Outcom
- PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
- PREFMS : Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux métiers de la Santé

S-

- SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

T-

- TC : Troubles de Conduites
- TdC : Troubles du Comportement
- TDA-H : Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TOP : Troubles Oppositionnels avec Provocation

W-

- WFOT : World Federation of Occupational Therapy

ANNEXES

<u>Annexe 1 – Critères (A) diagnostics pour les troubles de conduite (TC).....</u>	<u>I</u>
<u>Annexe 2 – Critères (A) diagnostics pour les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H).....</u>	<u>II</u>
<u>Annexe 3 – Schéma du Modèle Canadien d'Habilitation Centré sur le Client... </u>	<u>III</u>
<u>Annexe 4 – Schéma du modèle ludique de Francine Ferland (2003)</u>	<u>IV</u>
<u>Annexe 5 – Matrice théorique pour l'analyse de la variable : <i>empowerment</i>.....</u>	<u>V</u>
<u>Annexe 6 – Matrice théorique pour l'analyse de la variable : potentiel thérapeutique de l'activité ludique.....</u>	<u>VI</u>
<u>Annexe 7 – Guide de l'entretien.....</u>	<u>XIII</u>
<u>Annexe 8 – Formulaire de consentement à l'enregistrement vierge.....</u>	<u>X</u>
<u>Annexe 9 – Analyse textuelle de la variable : <i>empowerment</i>.....</u>	<u>XI</u>
<u>Annexe 10 – Analyse textuelle de la variable : potentiel thérapeutique de l'activité ludique.....</u>	<u>XIII</u>
<u>Annexe 11 – Graphes étoilés entretiens Mme A et Mme B.....</u>	<u>XIV</u>
<u>Annexe 12 – Retranscription de l'entretien n°1 – Mme A.....</u>	<u>XIX</u>
<u>Annexe 13 – Retranscription de l'entretien n°2 – Mme B.....</u>	<u>XXV</u>

Critères diagnostiques (A) du DSM-5

Conduites agressives :

- brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- commence souvent les bagarres
- a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
- a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- a fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- a commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
- a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles.

Destruction de biens :

- a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraudes ou vols :

- a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., "arnaque" les autres)
- a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction; contrefaçon)

Violations graves des règles établies :

- reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
- fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

Annexe 1 – Critères (A) diagnostics pour les troubles de conduite (TC)

Critères diagnostics (A) du DSM-5

Un mode persiste d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec les fonctionnements ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

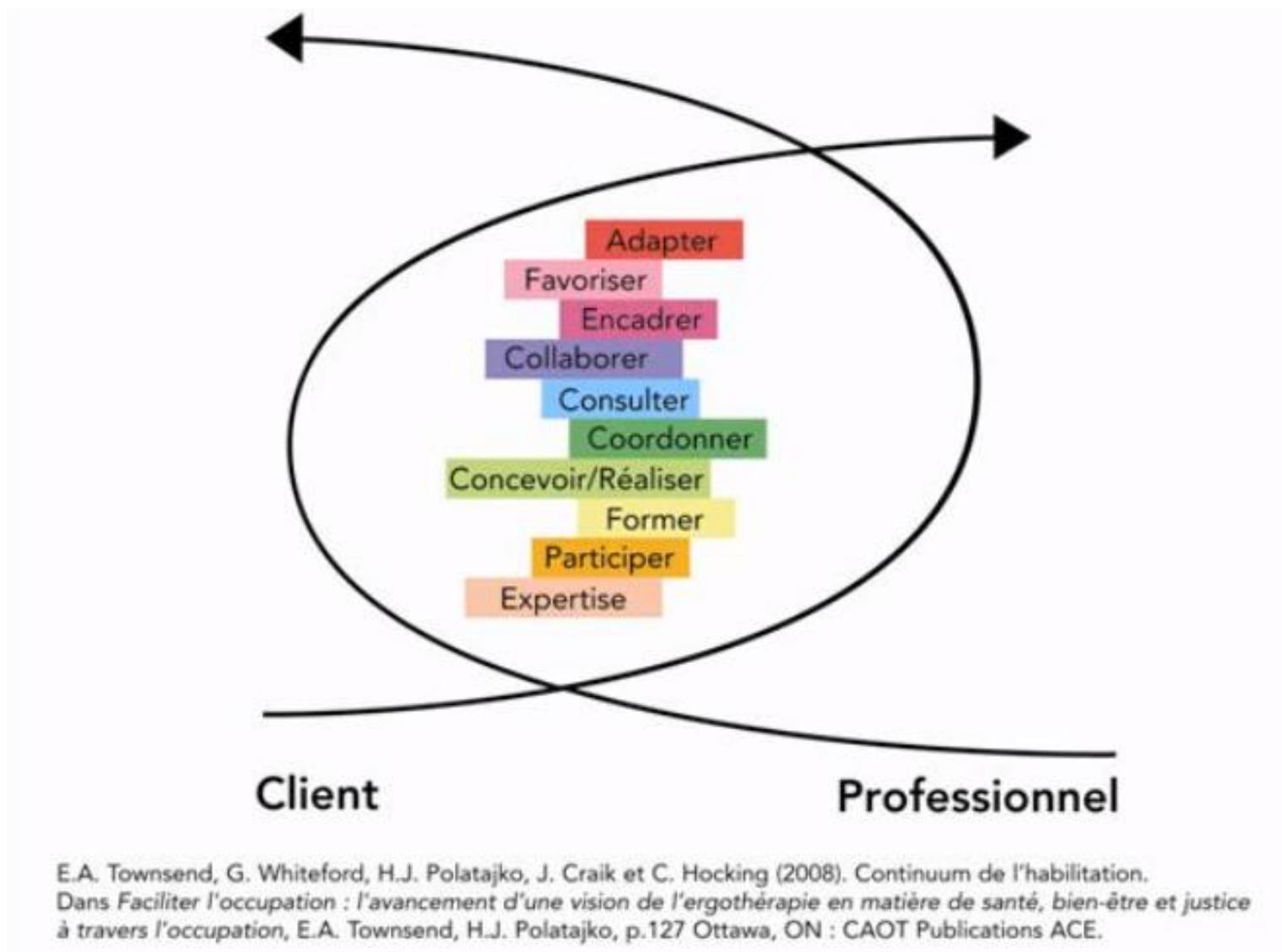
A1. Inattention :

- Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
- Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

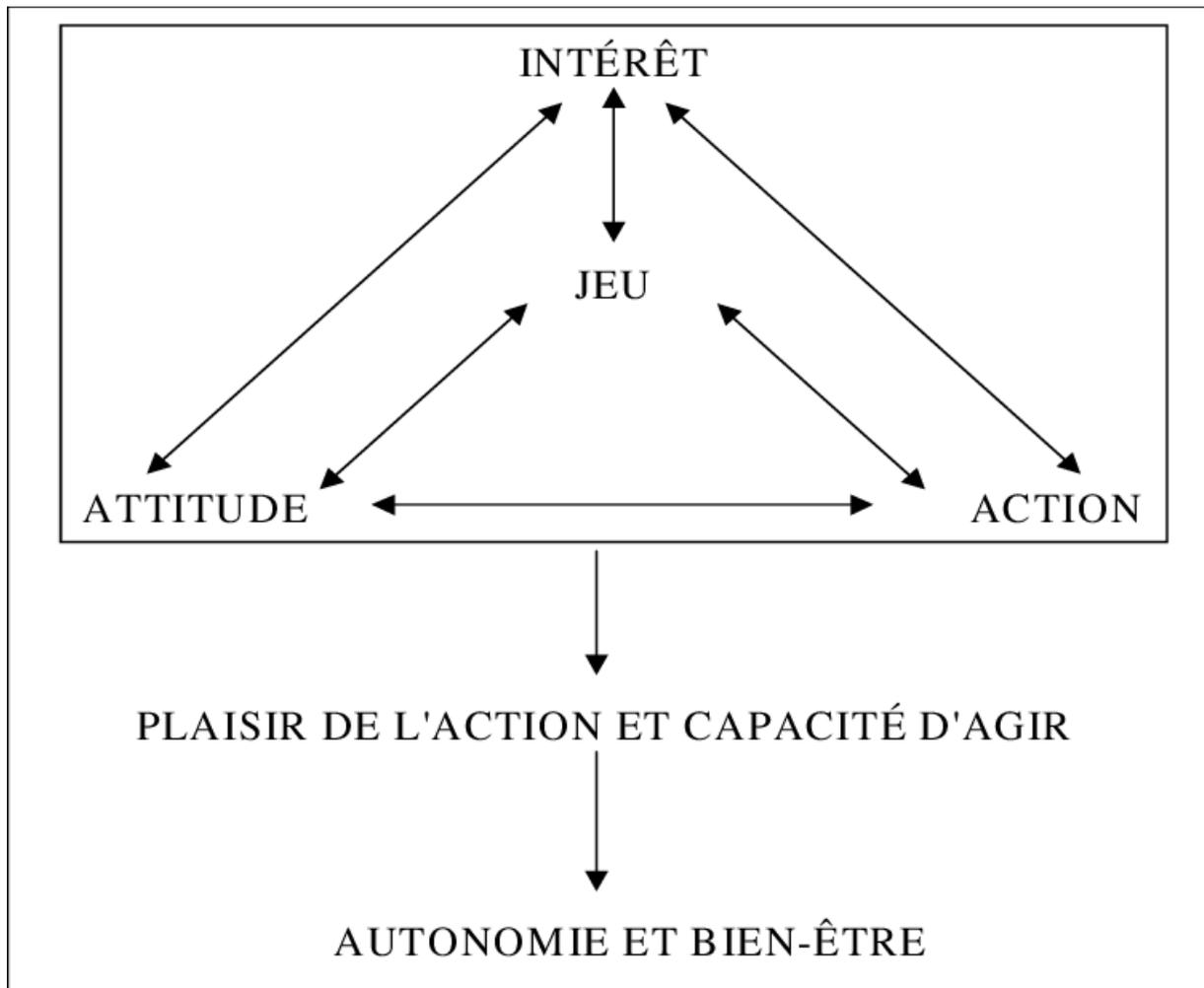
A2. Hyperactivité et impulsivité :

- Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- Souvent, parle trop.
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- A souvent du mal à attendre son tour
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence

Annexes 2 – Critères (A) diagnostics pour les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H)



Annexes 3 – Schéma du Modèle Canadien d’Habilitation Centré sur le Client



Annexe 4 – Schéma du modèle ludique de Francine Ferland (2003)

<u>Théories/Concepts</u> : (Rappaport, 1987 ; Ninacs, 2008 ; Petit, 2016 ; ACE, 1997 ; Polatajko & al., 2004 ; Rogers, 2013 ; Law, 1998 ; Mehanche, 2011 ; Townsend et coll., 2013)		
<u>L'EMPOWERMENT : variable</u>		
Critères	Indicateurs	Questions
<i>Participation</i>	L'enfant est acteur de sa thérapie, il s'engage dans sa thérapie et est motivé pour participer aux activités proposées	2, 7, 9
<i>Sentiment de compétence</i>	L'enfant est capable de connaître ses compétences et ses habiletés Il est capable de les mettre en actions	9
<i>Estime de soi</i>	L'enfant se sent motivé et éprouve de la satisfaction dans les choix et les actions réalisés	8
<i>Sens critique</i>	L'enfant arrive à comprendre le contexte dans lequel il évolue et à échanger avec ses pairs pour découvrir la nature des problèmes	9
<i>Approche client centrée</i>	Le thérapeute s'engage à laisser l'enfant faire ses propres choix en instaurant une relation plus égalitaire	2, 4
	Le thérapeute instaure une relation de confiance pour que l'enfant puisse faire ses choix dans un climat favorable	
	Le thérapeute s'appuie sur les ressources de l'enfant et non sur ses incapacités	
<i>Habilitation aux occupations</i>	Il existe une collaboration entre le thérapeute et l'enfant pour qu'il puisse développer sa capacité d'être et d'agir.	2, 10
	L'environnement est rendu habilitant pour l'enfant, propice à un changement individuel	

Annexes 5 – Matrice théorique pour l'analyse de la variable : empowerment

<u>Théories/Concepts</u> : (Morel-Bracq, 2006 ; Ferland, 2003 ; Winnicott, 1975 ; Garris, Ahlers, & Driskell, 2002 ; Pierce 2003)		
<u>LE POTENTIEL THERAPEUTIQUE DU JEU : variable</u>		
Critères	Indicateurs	Questions
<i>Activité signifiante et significative</i>	L'enfant choisit des activités ludiques qui font sens pour lui et qui ont un intérêt thérapeutique pour le professionnel	6, 7
<i>Intérêt</i>	L'enfant est motivé et l'activité ludique est source de plaisir pour lui	7, 8, 9
<i>Sentiment de bien-être</i>	L'enfant est motivé et se sent confiant dans la réalisation des activités de sa vie quotidienne	7, 9
<i>Autonomie</i>	L'enfant sait prendre les bonnes décisions et est capable d'agir seul par rapport à ses activités de la vie quotidienne	9
<i>Capacité d'agir</i>	L'enfant sait ce qu'il doit faire, il sait s'adapter lorsque des difficultés apparaissent.	9
	L'enfant sait réagir lorsque la réalisation de l'activité est impossible	
<i>Attitude ludique</i>	L'enfant montre qu'il sait prendre des initiatives. Il expose son imaginaire et montre qu'il est capable d'effectuer l'activité de manière indépendante	9
<i>Collaboration</i>	L'enfant et le thérapeute collabore pour définir les objectifs thérapeutiques à atteindre	2, 10

Annexes 6 – Matrice théorique pour l'analyse de la variable : potentiel thérapeutique de l'activité ludique

Guide d'entretien - ergothérapeutes

Présentation de l'entretien : Cet entretien se déroule dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'étude autour du thème : l'activité ludique avec des enfants ayant des troubles du comportement. Cet entretien va me permettre de recueillir les données nécessaires pour essayer de répondre à ma question de recherche.

Je tiens à préciser que cet entretien est anonyme et que les données récoltées servent exclusivement à ma recherche.

Cet entretien va durer environ 45 minutes.

Type d'entretien : semi directif

Présentation de l'ergothérapeute :

Question 1 : Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ? (Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'enfants ayant des troubles du comportement ou autres troubles associés ?)

Question 2 : Pouvez-vous me présenter les interventions que vous mettez en place auprès des enfants que vous accompagnez ?

- Comment qualifieriez-vous votre approche (centrée sur l'enfant ou sur ses déficiences ?) ?
- Comment collaborez-vous avec l'enfant ?

Troubles du comportement :

Question 3 : Pour vous, quelle est la définition du terme « troubles du comportement » ?

Question 4 : Quels types de troubles de comportement rencontrez-vous auprès de la population infantile ?

- Accompagnez-vous des enfants ayant un TC, un TOP ou un TDA-H ?
- Est-ce que les enfants que vous prenez en charge ont d'autres troubles associés ? Comme un TSA ou des troubles anxieux ou de l'humeur ?

Question 5 : Les enfants ayant des troubles du comportement représentent-ils une part importante de votre patientèle/clientèle ?

Ergothérapie et jeu :

Question 6 : Comment intégrer vous le jeu dans votre intervention auprès des enfants ?

- Si oui : quel est l'objectif thérapeutique principal quand vous utilisez le jeu avec des enfants ayant des TC ?
- Quelles sont les caractéristiques du jeu ?
- Si non : quelle activité utilisez-vous ? Pourquoi n'utilisez-vous pas le jeu ?

Question 7 : Comment amenez-vous le jeu auprès de l'enfant ?

- Quel type de jeu lui proposez-vous ?
- Comment présentez-vous l'activité ?
- L'enfant participe-t-il au choix de l'activité ?

Question 8 : Comment procédez-vous pour évaluer l'activité ludique ?

- Faites-vous une analyse de l'activité ? Si oui, comment ?
- Faites-vous une réévaluation ?
- Évaluez-vous la satisfaction de l'enfant ?

Empowerment des enfants :

Question 9 : Quels changements du comportement de l'enfant remarquez-vous lorsqu'une activité ludique est mise en place ?

- Observez-vous des changements sur la réalisation des activités de la vie quotidienne de l'enfant ?
- Observez-vous un changement dans sa capacité d'agir et dans sa motivation ?

Question 10 : Comment prenez-vous en compte l'environnement de l'enfant, qu'il soit physique ou social, pendant votre accompagnement ?

- Veillez-vous à ce qu'il soit facilitateur à la réalisation de l'activité ?

Question 11 : Si nous étions dans un monde utopiste, quel(s) accompagnement(s) pourriez-vous mettre en place avec cette population-là ?

Je tiens encore une fois à vous remercier pour votre temps et pour avoir répondu à mes questions. Avez-vous des questions ou quelque chose à ajouter par rapport à cet entretien ?



Formulaire de consentement
pour films, enregistrements sonores,
magnétoscopiques et autres

Je soussigné(e) : _____

Accepte que l'entretien soit enregistré sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant TOFFALONI Lola en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse pour l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seul l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet et à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : Toulouse

Date : 02/04/2020

Annexes 8 – Formulaire de consentement à l'enregistrement vierge

Critères	Indicateurs	Codage	
		Entretien 1	Entretien 2
<i>Participation</i>	Prise en compte de la participation de l'enfant	L. 108-109 « ce sont des enfants qui sont plus calmes, qui tiennent plus longtemps sur une activité. On a souvent des conduites d'évitement qui ne sont plus là. Une mise au travail qui est plus facile. »	L. 116-117 « Malheureusement non, sur cette fenêtre on ne voit pas vraiment de changement. Les parents peuvent me dire oui il est plus engagé » L. 117 « il fait plus de choses »
<i>Sentiment de compétence</i>	Prise en compte des compétences et des habiletés	L. 94 « ce sont des enfants qui vont avoir un meilleur engagement. » L. 63, 64 « une sorte de réussite car ce sont des enfants qui ont été beaucoup malmenés par l'entourage »	L. 123 « ils vont agir beaucoup plus spontanément et ils vont être moins distraits. » L. 101-102 « donc c'est moi qui les fabrique en fonction des compétences que je souhaite voir émerger » L. 108-110 « Soit pour entretenir l'acquis, soit pour vérifier qu'il est capable de la transférer sur d'autres compétences, enfin sur un autre exercice qui travaille la compétence. Je ne dis pas que je réévalue, quand elle est acquise, je l'enlève. »
<i>Estime de soi</i>	Prise en compte de la satisfaction dans les activités	L. 80 « J'évalue en termes de satisfaction » L. 84 « J'utilise la MCRO » L. 88-89 « en tous les cas il y a une forme de satisfaction et de confiance en eux » L. 95 « Ils vont gagner en confiance »	L. 112 « Difficilement, mais je pense que c'est à cause du public avec leur problème de communication »
<i>Approche client centrée</i>	Prise en compte des choix de l'enfant et relation égalitaire	L. 28-29 « j'utilise une approche plutôt centrée sur l'enfant et j'utilise beaucoup pour les évaluations l'outil OT'Hope. » L. 68-69 « C'est toujours l'enfant qui choisit parce que la question du choix ça fait partie de la construction de soi »	L. 39-41 « On prend davantage en compte sa problématique autistique et du coup ses propres capacités à l'intérieur de ce profil autistique » L. 41-42 « je peux avoir un versant biomécanique sur un versant fonctionnel type bottom up je pense »

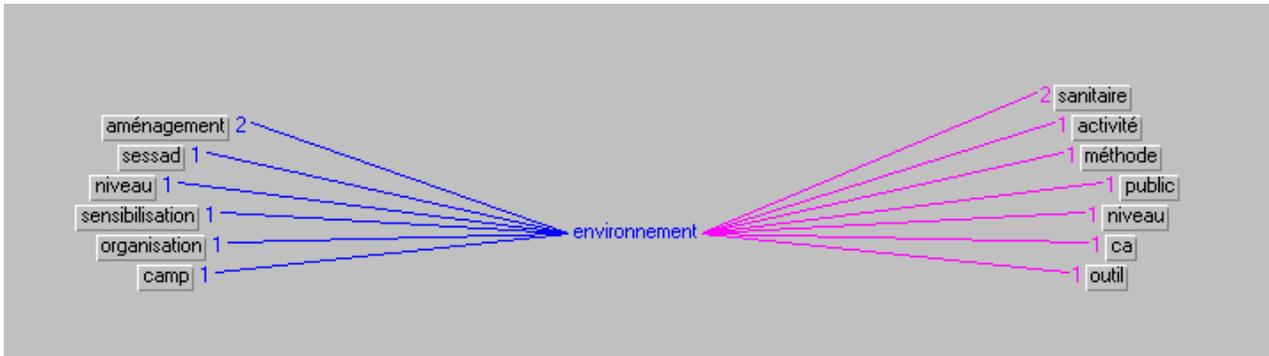
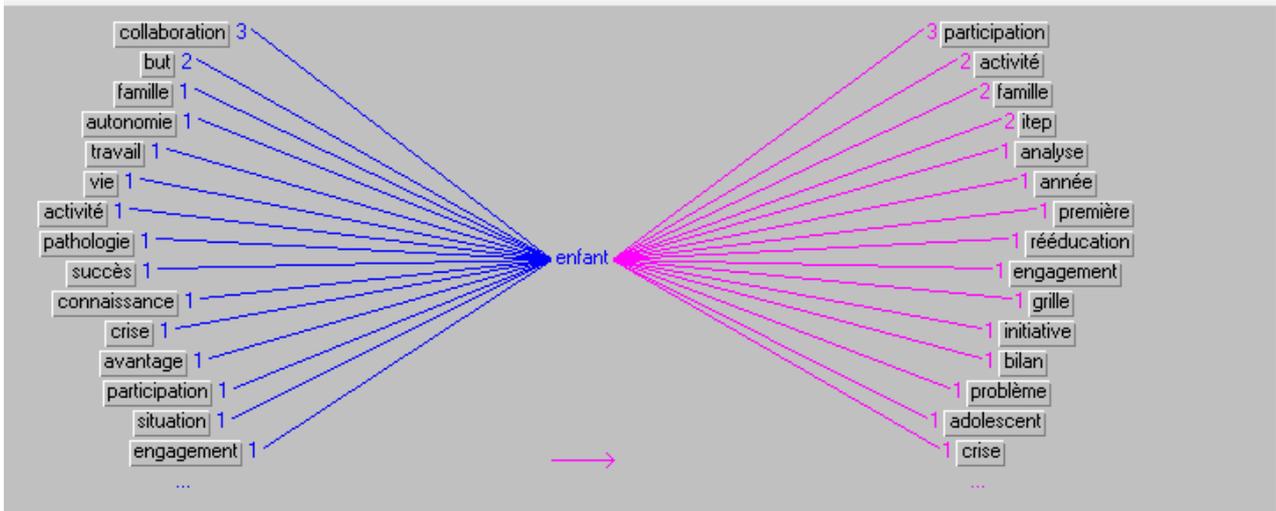
		L. 72-73 « On essaye de faire des choix communs pour qu'il y ait un engagement commun à la fois de l'enfant et du thérapeute. »	d'avantage que je suis centrée sur l'enfant »
<i>Habilitation aux occupations</i>	Collaboration enfant/thérapeute	L. 31-32 « on définit ensemble, avec lui, où il souhaiterait s'améliorer » L. 76 « des choses qu'on peut aussi faire ensemble car il y a des choses qu'on ne peut pas faire » L. 72-73 « On essaye de faire des choix communs pour qu'il y ait un engagement commun à la fois de l'enfant et du thérapeute. »	L. 44-45 « je ne sais pas si je peux parler de collaboration avec l'enfant. Autant je peux parler de collaboration avec la famille avec l'enfant je vais parler d'adhésion » L. 46-49 « Soit ils sont trop petits pour avoir la terminologie de collaboration, ça dépend si c'est des plus grands ça peut marcher mais pour des enfants je parle plutôt d'adhésion et de confiance et je l'obtiens parce que je leur donne cette structuration qui leur donne un cadre rassurant »
	Prise en compte de l'environnement	L. 100-101 « l'environnement est fait en sorte pour que les enfants soient à l'aise dans les activités, que tout soit à disposition, pour qu'ils puissent réaliser ce qu'ils veulent » L. 103-105 « Je ne peux pas vous dire que dans le SESSAD il y ait un cadre particulier et un environnement favorisant surtout qu'on intervient sur les lieux de vie des enfants. »	L. 23-26 « il y a une grosse part de structuration de l'environnement que ça soit au niveau de l'espace et du temps notamment pour leur donner des repères de compréhension dans leur espace proche de manière justement à favoriser l'anticipation et limiter les problèmes de comportement. » L. 127-129 « Alors l'environnement physique et temporel toujours, c'est vraiment le prérequis. L'environnement social je ne sais pas si je le fais assez bien. Souvent les familles me font confiance et je pense que des fois on pourrait obtenir de meilleurs résultats »

Annexe 9 - Analyse textuelle de la variable : empowerment

Critères	Indicateurs	Codage	
		Entretien 1	Entretien 2
<i>Activité signifiante et significative</i>	L'enfant choisi des activités ludiques qui font sens pour lui et qui ont un intérêt thérapeutique pour le professionnel	L. 32-34 « quand on a défini les activités qu'il a envie d'améliorer en difficultés ou pas, à ce moment-là je complète mon bilan par des bilans normés pour arriver à cibler un peu mieux les difficultés qu'il a, pourquoi il n'arrive pas à réaliser ces activités-là »	L. 79-80 « il voit qu'il y a tant d'activités à faire, parmi ces activités il y a du jeu, d'ailleurs j'espère que tout est jeu même s'il y a des choses moins sympas que d'autres » L. 86-88 « donc le choix je ne le propose finalement qu'à un instant donné de la séance qu'il a prévisualisé avec une carte choix et là il va pouvoir choisir parmi les activités »
<i>Intérêt</i>	L'enfant est motivé et l'activité ludique est source de plaisir pour lui	L. 62-63 « c'est eux qui choisissent dans le but de reconstruire l'image d'eux-mêmes, qu'ils aient du plaisir à ce qu'ils font » L. 89-90 « ce sont des séances où ils viennent avec plaisir et ils ne se mettent pas en opposition »	L.75 « L'objectif c'est adhésion de l'enfant, l'engagement, l'initiative, la prise de plaisir » L. 88-89 « c'est vraiment l'objet plaisir, c'est de la détente. »
<i>Sentiment de bien-être</i>	L'enfant est motivé et se sent confiant dans la réalisation des activités de sa vie quotidienne	L. 94-96 « ce sont des enfants qui vont avoir un meilleur engagement. Ils vont gagner en confiance. Au niveau relationnel, il y a des améliorations, il y a un lien qui se crée et pas forcément un lien d'opposition comme ils ont l'habitude de faire. »	
<i>Autonomie</i>	L'enfant sait prendre les bonnes décisions et est capable d'agir seul par rapport à ses activités de la vie quotidienne	L. 60-61 « Je me sers du jeu pour construire l'autonomie de l'enfant et pour lui apprendre à s'auto gérer » L. 112-114 « je pense que ça a forcément un impact positif mais il n'y pas forcément que moi, c'est un travail d'équipe avec ces enfants-là. C'est une prise en charge qui est	L. 119-120 « Je ne pense pas d'avoir vraiment de feedback même s'ils sont plus autonomes, forcément mais je ne peux pas dire qui entraîne l'un ou l'autre. »

		pluridisciplinaire, qui permet ça. »	
<i>Capacité d'agir</i>	L'enfant sait ce qu'il doit faire, il sait s'adapter lorsque des difficultés apparaissent.	L. 97 « c'est de changer leur façon d'adresse qu'ils ont avec leur entourage »	L. 123 « ils vont agir beaucoup plus spontanément et ils vont être moins distraits »
	L'enfant sait réagir lorsque la réalisation de l'activité est impossible		
<i>Attitude ludique</i>	L'enfant montre qu'il sait prendre des initiatives. Il expose son imaginaire et montre qu'il est capable d'effectuer l'activité de manière indépendante		L. 123-124 « Globalement je pense que toutes les activités sont ludiques mais je suis sûre que ça facilite la prise d'initiatives. »
<i>Collaboration</i>		L. 28-29 « j'utilise une approche plutôt centrée sur l'enfant et j'utilise beaucoup pour les évaluations l'outil OT'Hope. »	L. 44-45 « je ne sais pas si je peux parler de collaboration avec l'enfant autant je peux parler de collaboration avec la famille avec l'enfant je vais parler d'adhésion »
	L'enfant et le thérapeute collabore pour définir les objectifs thérapeutiques à atteindre	L. 30-31 « j'utilise beaucoup les bilans de la NEPSY pour trouver le pourquoi du comment des difficultés dans les activités qu'on les enfants »	L. 46-49 « Soit ils sont trop petit pour avoir la terminologie de collaboration, ça dépend si c'est des plus grands ça ça peut marcher mais pour des enfants je parle plutôt d'adhésion et de confiance et je l'obtiens parce que je leur donne cette structuration qui leur donne un cadre rassurant »

Annexe 10 - Analyse textuelle de la variable potentiel thérapeutique de l'activité ludique



Annexes 11 – Graphes étoilés entretiens Mme A et Mme B

1 L : C'est un entretien qui se déroule dans le cadre de mon travail de fin d'étude autour du thème
2 de l'activité ludique avec des enfants qui ont des troubles du comportement et cet entretien va
3 me permettre de récolter des données, j'interroge plusieurs ergothérapeutes qui travaillent en
4 ITEP et auprès de cette population-là afin de récolter les données nécessaires pour essayer de
5 répondre à ma question de recherche et de voir la pratique du jeu avec ces enfants.

6 Mme A : Ah oui d'accord, je vais voir si je peux vous aider.

7 L : Les questions sont faites pour vous indiquer et vous préciser les thèmes. Je vais vous faire
8 passer le formulaire de consentement pour que vous puissiez le signer, comme quoi l'entretien
9 est anonyme et que tout ce que vous allez dire, sert exclusivement à ma recherche. Pour
10 commencer, est ce que vous pouvez présenter votre parcours professionnel ? Depuis combien
11 de temps êtes-vous diplômée ? et depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants ?

12 Mme A : Oui. Donc moi j'ai été diplômée en 1994, ça fait très longtemps que je travaille et j'ai
13 toujours travaillé auprès des enfants. Dans la première partie, pendant une vingtaine d'années
14 j'ai travaillé dans un SESSAD et dans un IME d'enfants qui avaient des handicaps moteurs, des
15 paralysies cérébrales pour la majorité et ensuite j'ai changé d'activité, j'ai travaillé et je travaille
16 toujours en CAMPS pour une grande partie de mon temps et j'ai quelques heures en ITEP,
17 environ une huitaine d'heures. Ça fait 3 ans.

18 L : Est-ce que vous pouvez me présenter les interventions que vous mettez en place auprès des
19 enfants que vous accompagnez ?

20 Mme A : En ITEP ou en CAMPS ?

21 L : De manière générale et puis plus précisément en ITEP, si possible.

22 Mme A : En ITEP je fais beaucoup de coordinations avec les équipes qui travaillent avec les
23 enfants donc je fais beaucoup de bilans, de profils d'adaptation et j'aide les éducateurs à mettre
24 en place des projets en fonction des pathologies des enfants et je suis également des enfants en
25 rééducation dans le cadre de difficultés au niveau des fonctions exécutives.

26 L : Comment qualifieriez-vous votre approche ? Plutôt une approche auprès de l'enfant ou de
27 ses déficiences.

28 Mme A : Alors moi j'utilise une approche plutôt centrée sur l'enfant et j'utilise beaucoup pour
29 les évaluations l'outil OT'Hope. Parce que je trouve que c'est un outil qui est intéressant dans
30 ce cadre-là et j'utilise beaucoup les bilans de la NEPSY pour trouver le pourquoi du comment
31 des difficultés dans les activités qu'ont les enfants. Pour être plus claire quand je vois un enfant
32 en bilan on définit ensemble, avec lui, où il souhaiterait s'améliorer donc quand on a

33 défini les activités qu'il a envie d'améliorer en difficultés ou pas, à ce moment-là je complète
34 mon bilan par des bilans normés pour arriver à cibler un peu mieux les difficultés qu'il a,
35 pourquoi il n'arrive pas à réaliser ces activités-là.

36 L : On va passer à la partie trouble du comportement. Pour vous, quelle serait la définition des
37 troubles du comportement ?

38 Mme A : Pour moi, c'est une difficulté à gérer ses émotions et en situation soit familiale, soit
39 de groupe et notamment une difficulté à gérer ses relations.

40 L : D'accord. Quels types de troubles de comportement vous pouvez rencontrer en ITEP, est ce
41 que vous accompagnez des enfants qui ont des troubles de la conduite ou plutôt des TOP ? Ou
42 encore des TDA-H ?

43 Mme A : On a un peu de tout, on a des troubles de la conduite, des troubles oppositionnels et
44 on a aussi des enfants avec des troubles des apprentissages type TDA-H.

45 L : Et vous, vous pouvez être amenée à suivre ces enfants ?

46 Mme A : Je peux être amenée à suivre n'importe quel de ces enfants si vous voulez, ça dépend,
47 c'est le médecin psychiatre qui me propose les enfants que j'ai à voir.

48 L : Est-ce que les enfants que vous prenez en charge ont d'autres troubles associés comme par
49 exemple, des troubles du spectre autistique ou des troubles anxieux ou des troubles de
50 l'humeur ?

51 Mme A : Pas de TSA, des troubles anxieux oui ça peut arriver et des troubles de l'humeur oui
52 souvent.

53 L : Est-ce que les enfants qui ont un trouble du comportement représente une part importante
54 de votre clientèle ?

55 Mme A : Je ne suis pas en libérale moi je suis en SESSAD. En CAMPS, je ne suis pas des
56 enfants qui viennent pour cette problématique là mais je peux avoir des enfants qui ont des
57 handicaps moteurs et souvent ils ont des troubles du comportement associés. Pas mal de
58 troubles oppositionnels.

59 L : Est-ce que le jeu est une activité que vous utilisez régulièrement pour travailler avec des
60 enfants qui ont des troubles du comportement, que ça soit en CAMPS ou en ITEP ?

61 Mme A : Oui j'utilise beaucoup le jeu.

62 L : Quel est l'objectif thérapeutique principal derrière le jeu ?

63 Mme A : Ce n'est pas pareil quand je suis en CAMPS qu'en ITEP. Quand je suis en CAMPS,
64 j'utilise beaucoup le modèle ludique de Francine Ferland. Je me sers du jeu pour construire
65 l'autonomie de l'enfant et pour lui apprendre à s'auto gérer. En ITEP le travail est un peu
66 différent, je vais utiliser plutôt des activités et choisir des activités avec les jeunes, c'est eux qui
67 choisissent dans le but de reconstruire l'image d'eux-mêmes, qu'ils aient du plaisir à ce qu'ils
68 font, une sorte de réussite car ce sont des enfants qui ont été beaucoup malmenés par
69 l'entourage.

70 L : Comment vous amenez le jeu auprès de l'enfant ?

71 Mme A : C'est lui qui choisit.

72 L : Quel type de jeu vous proposez ? Comment vous présentez l'activité ?

73 Mme A : C'est toujours l'enfant qui choisit, parce que la question du choix ça fait partie de la
74 construction de soi et alors en effet, en fonction des enfants, je reconnais que des fois c'est un
75 peu orienté pour cibler un peu plus. Pour les enfants des ITEP, c'est la base, ce sont des enfants
76 qui ne supportent pas les contraintes, si vous commencez à leur proposer des choses, c'est
77 compliqué, donc on essaie de faire des choix communs pour qu'il y ait un engagement commun
78 à la fois de l'enfant et du thérapeute.

79 L : Comment amenez-vous l'activité vers l'enfant, pourquoi le jeu et pas une autre activité ?

80 Mme A : J'utilise beaucoup OT'hope donc du coup je leur montre des images, des idées de jeu
81 et des idées, des choses qu'on peut aussi faire ensemble car il y a des choses qu'on ne peut pas
82 faire.

83 L : Comment procédez-vous pour évaluer l'activité ludique ?

84 Mme A : Pour les enfants de 0 à 6 ans j'utilise les grilles d'analyses de l'activité ludique de
85 Francine Ferland qui sont très bien. Et pour les enfants qui sont dans les ITEP, je n'utilise pas
86 ça, je n'évalue pas forcément. J'évalue en termes de satisfaction.

87 L : C'est ce que j'allais vous poser comme question ensuite, vous évaluer la satisfaction de
88 l'enfant ?

89 Mme A : Bien sur

90 L : Vous procédez comment ?

91 Mme A : J'utilise la MCRO

92 L : D'accord, ensuite, quels changements de comportement remarquez-vous lorsqu'une activité
93 ludique est mise en place ? Des changements dans les activités de la vie quotidienne ?

94 Mme A : En ITEP, je ne travaille pas depuis assez longtemps pour dire s'il y a réellement des
95 changements, parce que c'est un travail très complexe avec ces enfants-là mais dans tous les
96 cas il y a une forme de satisfaction et de confiance en eux qu'ils regagnent parce que ce sont
97 des séances où ils viennent avec plaisir et ils ne se mettent pas en opposition voilà, ils sont assez
98 peu en duel quand on travaille comme ça il y a assez peu de troubles de la conduite. Après de
99 là à dire que ça améliore le quotidien c'est difficile à évaluer, il y a trop de chose qui rentrent
100 en jeu.

101 L : Est-ce que vous observez un changement dans la capacité d'agir et dans la motivation des
102 enfants ?

103 Mme A : Oui, c'est un changement positif, ce sont des enfants qui vont avoir un meilleur
104 engagement. Ils vont gagner en confiance. Au niveau relationnel, il y a des améliorations, il y
105 a un lien qui se crée et pas forcément un lien d'opposition comme ils ont l'habitude de faire.
106 L'un des objectifs pour ces enfants-là c'est de changer leur façon d'adresse qu'ils ont avec leur
107 entourage.

108 L : Comment prenez-vous en compte l'environnement qu'il soit physique ou social pendant
109 votre accompagnement ?

110 Mme A : Au CAMPS, l'environnement est fait en sorte pour que les enfants soient à l'aise dans
111 les activités, que tout soit à disposition, pour qu'ils puissent réaliser ce qu'ils veulent. Il y a
112 vraiment un dispositif extérieur qui est fait pour eux. En ITEP et SESSAD c'est beaucoup plus
113 compliqué car il n'y avait pas d'ergothérapeute avant, donc c'est en construction. Je ne peux
114 pas vous dire que dans le SESSAD il y a un cadre particulier et un environnement favorisant
115 surtout qu'on intervient sur les lieux de vie des enfants.

116 L : Est-ce que vous voyez un changement par rapport à l'estime de soi des enfants et au
117 sentiment de compétences des enfants grâce à l'activité ludique ?

118 Mme A : oui, ce sont des enfants qui sont plus calmes, qui tiennent plus longtemps sur une
119 activité. On a souvent des conduites d'évitement qui ne sont plus là. Une mise au travail qui est
120 plus facile.

121 L : Est-ce que, selon vous, cela peut avoir un impact sur le sentiment de bien-être et sur
122 l'autonomie de ces enfants ?

123 Mme A : Oui, je pense que ça a forcément un impact positif mais il n'y pas forcément que moi,
124 c'est un travail d'équipe avec ces enfants-là. C'est une prise en charge qui est pluridisciplinaire,
125 qui permet ça.

126 L : Si nous étions dans un monde utopique, quel accompagnement pourrait-on mettre en place
127 avec ces enfants-là ?

128 Mme A : Ba si vous voulez quand je prends les enfants, je n'ai pas vraiment de contrainte. Je
129 n'ai que 8 heures avec eux, cela serait plus une contrainte institutionnelle. Je ne travaille pas
130 depuis très longtemps avec ces enfants, je ne peux pas dire que je suis une experte dans cette
131 situation. Comment les aider mieux ? Il faudrait qu'ils soient dans des milieux familiaux qui ne
132 soient pas les leurs et en même on ne peut pas sortir tous les enfants de leur famille non plus et
133 puis ils aiment leurs parents. Donc les aider plus ? C'est peut-être en termes de présence mais
134 en termes d'intervention je ne suis pas contrainte. On essaie d'être très accueillant, d'être aimant
135 avec ces enfants-là donc en vérité il y a une grande liberté quand même dans ce que vous allez
136 mettre en place, les séances peuvent durer 10 minutes parce que ça ne va pas aujourd'hui et
137 puis la fois d'après ça va durer 30 minutes. Parce que ce sont des enfants difficiles on a une
138 grande variabilité sur ce qu'on peut mettre en place. En tout cas dans mon service. Mon
139 problème à moi c'est une question de temps, il y a beaucoup d'enfants qui pourraient avoir
140 besoin d'intervention en ergothérapie mais que malheureusement il n'y a pas assez de temps.
141 Dans un monde idéal il faudrait que dans ces services là il y est un ergothérapeute à temps plein
142 et pas sur 8 heures. Parce que dans le travail d'équipe on a une grande place dans ces
143 accompagnements-là. Grace à notre vision, la vision holistique et surtout parce que on est peut-
144 être les seuls dans ces domaines qui considérons l'activité et pas forcément la relation et du
145 coup ça amène une richesse de pensée. Dans un monde idéal ça serait bien qu'il y ait plus
146 d'heures et qu'on puisse avoir un travail avec tous les enfants parce que du coup moi je n'en
147 vois pas beaucoup. J'en vois 5 enfants.

148 L : Merci d'avoir répondu à mes questions.

Annexe 12 - Retranscription de l'entretien n°1 – Mme A (verbatim)

1 L : Cet entretien se déroule dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'étude autour du
2 thème : l'activité ludique avec des enfants ayant des troubles du comportement. Cet entretien
3 va me permettre de récolter les données nécessaires pour essayer de répondre à ma question de
4 recherche.

5 Je tiens à préciser que cet entretien est anonyme et que les données récoltées servent
6 exclusivement à ma recherche.

7 Cet entretien va durer environ 45 minutes. Est-ce que vous pouvez nous présenter votre
8 parcours professionnel ? Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

9 Mme B : Je suis diplômée depuis 2003 et depuis 2003 j'ai quasiment travaillé exclusivement
10 avec des personnes avec autisme. D'abord dans une maison d'accueil spécialisée en autisme
11 pendant 3 ans, après dans un SESSAD spécialisé en autisme pendant 2 ans. De 2008 à 2018,
12 dans un IME dans une section spécialisée en autisme là pendant 10 ans et en fait depuis 2005,
13 en parallèle, j'ai toujours une activité libérale et donc je ne suis plus qu'en libérale depuis 2 ans.

14 L : Est-ce que ça fait longtemps que vous travaillez avec des enfants qui ont des troubles du
15 comportement ou autres troubles associés ?

16 Mme B : Dans l'autisme il y a souvent des troubles du comportement donc j'ai envie de dire
17 depuis toujours alors après en fonction des publics que je reçois c'est plus ou moins marqué,
18 mais en établissement, des autistes qui ont des troubles du comportement c'est très fréquent.
19 Sur le cabinet un peu moins, même si je sais que qu'il y a des troubles du comportement à la
20 maison que je ne retrouve pas en cabinet.

21 L : Si ça ne vous dérange pas, pour cette recherche, nous allons prendre toute votre expérience,
22 pas que votre expérience libérale.

23 Mme B : Sur le cabinet, j'en ai des situations avec des enfants qui ont des troubles du
24 comportement, mais il n'émerge pas autant que ce que je trouve en établissement.

25 L : Est-ce que vous pouvez me présenter les interventions que vous mettez en place auprès de
26 ces enfants ?

27 Mme B : D'une manière générale ?

28 L : Oui, d'une manière générale dans un premier temps

29 Mme B : Au regard du public, car ce sont des personnes avec autismes, il y a une grosse part
30 de structuration de l'environnement que ce soit au niveau de l'espace et du temps notamment
31 pour leur donner des repères de compréhension dans leur espace proche de manière justement

32 à favoriser l'anticipation et limiter les problèmes de comportement. Donc je crois que c'est le
33 préalable, je commence toujours par structurer l'environnement au moins au niveau temporel.
34 Au niveau de l'espace-temps, je travaille beaucoup en cabinet donc la structuration est déjà
35 faite après il y a un gros travail qui est fait autour de l'activité, varié car en ergothérapie il y a
36 plein d'activités. Dans ce cadre-là, au vu du public, j'applique une méthode cognitivo-
37 comportementale qui applique des principes d'enseignement pour développer des
38 comportements adaptés et du coup limiter les comportements inadaptés je fais référence à la
39 méthode ABA qui est à mon sens l'approche la plus comportementale que je connaisse et que
40 je pratique en tout cas pour réduire ces problèmes de comportements.

41 L : Comment pourriez-vous qualifier votre approche ? Je me précise, plus biomécanique, centré
42 sur les déficiences de l'enfant ou plus centré sur l'enfant en lui-même.

43 Mme B : J'ai envie de dire que je fais un peu des deux, je n'ai pas l'impression de faire de la
44 biomécanique, à la fois c'est quand même pratique parce que la demande au départ, les
45 indications sont quand même orientées sur les aspects moteurs, sur les déficiences etc. mais ça
46 c'est une indication, ce n'est pas vraiment la façon donc j'aborde l'enfant, l'adolescent ou
47 l'adulte. On prend davantage en compte sa problématique autistique et du coup ses propres
48 capacités à l'intérieur de ce profil autistique mais même si je peux avoir un versant
49 biomécanique sur un versant fonctionnel type bottom up je pense d'avantage que je suis centrée
50 sur l'enfant.

51 L : Comment est-ce que vous collaborez avec l'enfant ? Est-ce qu'il prend part à sa thérapie ?

52 Mme B : Alors je ne sais pas si je peux parler de collaboration avec l'enfant autant je peux
53 parler de collaboration avec la famille avec l'enfant je vais parler d'adhésion plutôt que de
54 collaboration ou une sorte de confiance mais je ne vais peut-être pas parler de collaboration.
55 Soit ils sont trop petit pour avoir la terminologie de collaboration, ça dépend si c'est des plus
56 grands ça ça peut marcher mais pour des enfants je parle plutôt d'adhésion et de confiance et je
57 l'obtiens parce que je leur donne cette structuration qui leur donne un cadre rassurant et ça c'est
58 la règle et on ne déroge jamais à la règle, si j'ai dit qu'on faisait trois activités même des jours
59 où il va bien il aurait pu en faire 5 je respecte le cadre de 3 activités et aussi quand ça ne va pas
60 très très bien et que j'ai mis 5 activités, on fera quand même les 5. Comme ça c'est le cadre
61 qui est garant de la séance et je trouve que ça assure une forme de rigueur que l'enfant sait
62 infaillible et ne peut pas transiger. Evidemment les jours où ils vont moins bien je vais m'ajuster,
63 je vais demander moins de quantité par exercice ou être moins précise et exigeante mais on fera
64 quand même ce qui était prévu.

65 L : On va passer à la partie trouble du comportement et j'ai l'habitude de commencer cette
66 partie en vous demandant ce que c'est pour les troubles du comportement ?

67 Mme B : C'est un vaste débat, je pense que ça fait appel à ses propres représentations de ce
68 qu'est un comportement problème et puis on a tous une forme de souplesse eu égard à nos
69 propres craintes moi je dirais qu'un trouble du comportement dès lors que ça nuit à la sécurité
70 d'autrui et à la propre sécurité de l'individu. Je dirai qu'il y a trouble du comportement quand
71 ça empêche ou invalide son intégration sociale et du coup ça arrive à des fréquences qui sont
72 trop régulières, il faut vraiment qu'il y est un enjeu récurrent dans le quotidien.

73 L : Est-ce que dans les enfants que vous accompagnez, les troubles du comportement représente
74 une grande part ?

75 Mme B : Alors comme je vous ai dit je ne les vois pas s'exprimer au cabinet car c'est sur des
76 temps trop succinct et comme c'est ultra structuré je pense que ça limite les troubles du
77 comportement. Enormément et ça c'est une évidence. Je pense que quand même à la maison et
78 ça les parents me le disent pour la plupart que ça reste compliqué, si je prends le public d'autiste
79 qu'a des troubles du comportement en pourcentage je dirai qu'il y en a bien 50% qui ont des
80 troubles du comportement conséquent.

81 L : Est-ce que vous intégrez l'activité ludique donc le jeu dans votre intervention auprès des
82 enfants ? et quel est l'objectif principal derrière cette activité ?

83 Mme B : Oui, c'est d'obtenir de l'adhésion. Quand je parle de jeux ça peut ne pas être les jeux
84 du grand commerce. L'objectif c'est adhésion de l'enfant, l'engagement, l'initiative, la prise de
85 plaisir.

86 L : Comment amenez-vous le jeu auprès de l'enfant ? Comment vous lui proposez ?

87 Mme B : Grâce à la mise en place de l'emploi du temps, dès que l'enfant arrive la première
88 chose que je lui demande c'est de regarder l'emploi du temps. Tout est préétablie avant qu'il
89 arrive et il voit qu'il y a tant d'activités à faire, parmi ces activités il y a du jeu, d'ailleurs
90 j'espère que tout est jeu même s'il y a des choses moins sympas que d'autres. Soit il est
91 prévisualisé en photo soit elles sont déjà installées sur la table et il sait l'enfant, car c'est le
92 cadre de mon cabinet qui est comme ça, qu'on va devoir faire toutes les activités sur la table.
93 Globalement je lui présente car elles sont à portée de ces yeux, visuellement elles sont dans
94 l'environnement.

95 L : Est-ce que l'enfant prend part au choix de l'activité ?

96 Mme B : Pas toujours. Généralement la question du choix elle est plus pour des biais de
97 communication donc le choix je ne le propose finalement que à un instant donné de la séance
98 qu'il a prévisualisé avec une carte choix et là il va pouvoir choisir parmi les activités que je sais
99 qu'il apprécie vraiment à 100% même si pour le coup là ça n'a plus de valeur de rééducation,
100 c'est vraiment l'objet plaisir, c'est de la détente. Et pour moi c'est travailler, la question du
101 choix, à des fins de communication.

102 L : Pour installer la relation de confiance ?

103 Mme B : Même pas, plus pour qu'il vienne me solliciter et qu'il me dise « moi je veux faire
104 ça » alors que jusqu'ici, comme c'est moi qui prévisualise tout ce qui va faire il n'a pas le choix
105 enfaite. Ce qui assure la confiance, c'est qu'il sait très bien que je vais pas déroger au cadre et
106 qu'il peut se référer à l'adulte et que ma parole est fiable, du moins ce que je prévisualise et
107 finalement le temps que je propose en temps que choix, là ça va plus être un temps décharge et
108 d'interaction qu'il n'y a pas avant car il suit la routine des images mais j'instaure pas vraiment
109 de relation grâce à ça, j'installe juste une sécurité, la relation je l'installe vraiment avec la
110 question du choix.

111 L : Comment vous procédez pour évaluer l'activité ? Est-ce que vous faites une analyse de
112 l'activité ?

113 Mme B : Généralement c'est moi qui les fabrique les activités puisque les activités du
114 commerce ne marche pas très bien avec les autistes donc c'est moi qui les fabrique en fonction
115 des compétences que je souhaite voir émerger. Donc si je décide qu'il doit travailler la
116 coordination et la motricité fine. Globalement ma construction est orientée sur la compétence
117 que cherche à travailler. Je ne dirai pas que je fais une analyse de tâche parce que pour moi ça
118 veut vraiment dire il va chercher le pion prendre le pion... Par contre ce qui est sûr dans l'analyse
119 c'est que je vérifie la compétence qui est sollicité dans l'activité.

120 L : Est-ce que vous faites une réévaluation ? C'est-à-dire que vous refaite le jeu ?

121 Mme B : Oui régulièrement, ça dépend du stade de la connaissance de l'enfant. Il y en a que je
122 fais toutes les semaines et d'autres toutes les 2, 3 semaines. Soit pour entretenir l'acquis, soit
123 pour vérifier qu'il est capable de la transférer sur d'autres compétences, enfin sur un autre
124 exercice qui travaille la compétence. Je ne dis pas que je réévalue, quand elle est acquise je
125 l'enlève.

126 L : Est-ce que vous évaluez la satisfaction de l'enfant sur les activités ludique que vous
127 proposez ?

128 Mme B : Difficilement mais je pense que c'est à cause du public avec leur problème de
129 communication

130 L : Quels changements remarquez-vous par rapport au comportement de l'enfant lorsqu'il utilise
131 une activité ludique ou lorsqu'elle est mise en place ? Est-ce que vous remarquez des
132 changements sur le long terme ? Par exemple sur les activités de la vie quotidienne

133 Mme B : Malheureusement non, sur cette fenêtre on ne voit pas vraiment de changements. Les
134 parents peuvent me dire oui il est plus engagé, il fait plus de chose après sur l'investissement
135 émotionnel, sur l'activité plaisir c'est vraiment compliqué en matière d'autisme d'obtenir un
136 soupçon d'émotion et quand on l'a il n'est pas forcément approprié. Je ne pense pas d'avoir
137 vraiment de feed back même s'ils sont plus autonomes, forcément mais je ne peux pas dire qui
138 entraîne l'un ou l'autre.

139 L : Est-ce que vous remarquez un changement dans la capacité d'agir et la motivation des
140 enfants quand une activité ludique est proposée ?

141 Mme B : Oui, ils vont agir beaucoup plus spontanément et ils vont être moins distrait.
142 Globalement je pense que toutes les activités sont ludiques mais je suis sûre que ça facilite la
143 prise d'initiative.

144 L : Comment vous prenez en compte l'environnement de l'enfant qu'il soit physique ou social
145 pendant votre accompagnement ? Veillez-vous à ce qu'il soit facilitateur ?

146 Mme B : Alors l'environnement physique et temporel toujours, c'est vraiment le prérequis.
147 L'environnement social je ne sais pas si je le fais assez bien. Souvent les familles me font
148 confiance et je pense que des fois on pourrait obtenir de meilleur résultat si eux reprenait à
149 domicile les activités que je proposais au sein du cabinet et que ce n'est pas toujours fait faute
150 de temps ou parce qu'ils n'estiment pas devoir le refaire chez eux donc du coup je pense que
151 ça reste un peu restreint au sein du cabinet et au sein de l'école il peut y avoir du lien mais faute
152 de temps ou d'AVS ce n'est pas toujours bien mis en place

153 L : Si nous étions dans un monde utopique, que vous aviez une baguette magique, qu'elle
154 intervention pourrait-on imaginer mettre en place pour diminuer les troubles du
155 comportement ?

156 Mme B : L'aménagement de l'environnement mais de tous les environnements car là je parle
157 de mon cabinet mais je pense qu'à l'école, il faudrait faire beaucoup en terme de structuration
158 spatial, à limiter les bruits et épurer les murs, il y a beaucoup de stimulations donc il faudrait
159 une meilleure adaptation du rythme du travail de l'enfant qui souvent décroche au niveau

160 attentionnel et une meilleure sensibilisation de l'environnement humain sur les outils de
161 communication parce que la je parle du trouble du comportement en lien avec un défaut
162 d'anticipation ou de structuration mais il y a aussi en tout cas dans le public que je reçois des
163 comportements qui sont là au regard des problèmes de communication donc si on était attentif
164 à ce que tous les jeunes aient un outil de communication qui soit à leur porter. Que ce soit
165 pictogrammes ou par des signes ou par des tablettes numériques, on limiterait aussi beaucoup
166 les comportements donc si on avait une meilleure sensibilisation de l'environnement sur ce que
167 peut être l'environnement spatial et le problème de communication on l'améliorerai largement.

168 L : Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.

Annexe 13 – Retranscription de l'entretien 2 – Mme B

ERGOTHERAPIE ET JEU : le potentiel thérapeutique de l'activité ludique au service de l'empowerment des enfants présentant des troubles du comportement

Résumé :

Introduction : Les difficultés psychologiques impactent de plus en plus précocement les enfants et les adolescents en France. Parmi ces difficultés on retrouve les troubles du comportement qui peuvent se manifester par une conduite violente, des oppositions envers les adultes ou encore une hyperactivité. Malheureusement, ces troubles ne sont pas sans conséquences dans la vie quotidienne ainsi que dans le développement de ces jeunes et un accompagnement médico-social est souvent instauré. **Objectif :**

L'objectif de cette recherche est donc de définir comment l'ergothérapeute, à l'aide du jeu, peut développer l'autonomisation et le pouvoir d'agir des enfants présentant des troubles du comportement.

Méthode : Pour cela, deux entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le cadre de notre enquête expérimentale. **Résultats :** Après l'analyse des résultats, l'activité ludique apparaît comme un outil favorisant le bien-être et la capacité d'agir des enfants.

Conclusion : Cependant les troubles du comportement chez l'enfant restent complexes et nécessitent un accompagnement pluridisciplinaire et une collaboration avec la famille.

Mots-clés : Ergothérapie, trouble du comportement, enfants, autonomisation, potentiel thérapeutique, activité ludique

OCCUPATIONAL THERAPY AND GAME : the therapeutic potential of play activities for the empowerment of children with behavioural disorders

Abstract :

Introduction : Psychological difficulties are impacting children and teenagers in France at an increasingly early age. Behavioural disorders is among these difficulties, and can be manifested in violent behaviour, opposition to adults or hyperactivity. Unfortunately, these disorders are not without consequences in the daily life and development of these young people and medical and social support is often provided. **Objectives :** The aim of this research is to figure out how playing can be using by occupational therapists to empower children with behavioural problems.

Method : For this purpose, two semi-structured interviews were conducted as part of our experimental investigation. **Results :** after the analysis of the results, recreational activity appears to be a tool promoting the well-being and the capacity to act of children. **Conclusion :** However behavioural disorders in children are complex and require multidisciplinary support and collaboration with the family.

Keywords : Occupational therapy, behaviour disorders, children, empowerment, therapeutic potential, recreational activity.