



L'accompagnement en ergothérapie des adolescents
placés en Maison d'enfants à caractère sociale :
Une approche centrée sur l'occupation pour
développer la participation sociale

Mémoire d'initiation à la recherche



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Lou Doré

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux

Le 18/05/2025 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Premièrement, je souhaite remercier Laure Moisan pour sa disponibilité et ses conseils qui m'ont permis d'aller au bout de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à cette recherche, ainsi que mes tuteurs de stage qui m'ont permis de m'affirmer dans ma pratique et de savoir quelle ergothérapeute je souhaite devenir.

Je remercie particulièrement toute l'équipe pédagogique et administrative de l'institut de formation La Musse, et particulièrement Arnaud Schabaille pour ses conseils et sa bonne humeur, Christelle Cordier pour sa bienveillance et sa disponibilité, et Manon Depitre qui a su nous donner confiance en nous en ce début de troisième année.

Un grand merci à toute la promotion 2022-2025 pour son soutien, la solidarité dont nous avons fait preuve durant ces 3 années de formation, et tous les bons moments passés ensemble.

Merci à « ma famille Mussienne ». Louna, Sofie et Fanny, je vous souhaite beaucoup de réussite dans la suite de vos études. Je remercie également Lou, et particulièrement Hugo, pour votre écoute, votre soutien, et surtout pour tous les fous rires et souvenirs créés ensemble.

Merci à Josette de m'avoir suivie en Normandie et d'avoir ramené ici un petit bout de Provence.

Enfin, merci à tous mes proches qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

*« La société parfaite est celle où la possibilité de la réalisation de soi serait offerte à
tous les individus. »*

Abraham Maslow (1950)

« Le monde tolère mal les carences de ceux qu'ont dû grandir avant l'âge »

Onora Dafor (2021)

Table des matières

I)	Introduction :	1
I)	Cadre contextuel	2
II)	Cadre conceptuel :	4
1.	La protection de l'enfance et des adolescents placés en MECS	4
1.1.	L'adolescence	4
1.2.	La vulnérabilité des mineurs	5
1.3.	La protection de l'enfance et les structures de placement	7
2.	L'ergothérapie auprès des adolescents placés en protection de l'enfance	10
2.1.	Définition et rôle de l'ergothérapeute	10
2.2.	Évolution de l'ergothérapie et cadre théorique	11
2.3.	Les enjeux d'autonomie et de participation	11
2.4.	Occupations signifiantes et significatives	13
3.	La participation sociale comme objectif d'intervention en ergothérapie	14
3.1.	Définition de la participation sociale	14
3.2.	Participation sociale et adolescents placés	14
4.	L'apport du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans l'accompagnement ergothérapique	15
4.1.	Présentation générale du MOH	15
4.2.	Les composantes du MOH	16
4.3.	Zoom sur le lien entre la volition et participation	17
III)	Cadre méthodologique et expérimental	18
1.	Question de recherche et hypothèses	18
2.	Objectifs de l'étude	18
3.	Dispositif méthodologique	18
4.	Population cible	19
5.	Démarche de recrutement	20
6.	Outils méthodologiques	20

6.1.	Profil du participant	21
6.2.	Modalités d'accueil des jeunes placés	21
6.3.	Outils et méthodes utilisés	21
6.4.	Influence du placement sur le suivi	21
6.5.	Activité signifiante et significative	22
6.6.	Concepts clés du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine).....	22
6.7.	Travail de la volition	22
6.8.	Participation sociale	22
6.9.	Perspectives d'évolution de l'ergothérapie avec cette population.....	23
6.10.	Propositions / Ouverture.....	23
7.	Présentation des interviewés	23
8.	Présentation et analyse des entretiens	24
8.1.	Modalités d'entrée dans l'accompagnement en ergothérapie	24
8.2.	Les profils des personnes accompagnées	25
8.3.	Lien entre placement et problématique observée	25
8.4.	Outils utilisés	26
8.5.	Modèle d'Occupation Humaine (MOH)	28
8.6.	Occupation signifiante et significative	29
8.7.	Volition.....	30
8.8.	Participation sociale : obstacles	31
8.9.	Participation sociale et appui sur les occupations significatives	31
8.10.	Pertinence de l'ergothérapie en MECS	32
9.	Discussion	33
9.1.	Similitudes et points divergents avec le cadre conceptuel.....	33
9.2.	Validation et/ou invalidation des hypothèses.....	36
9.3.	Biais et limites de l'étude	37
9.4.	Perspectives envisagées	38
9.5.	Apport personnel et projection professionnelle	39

10. Conclusion	40
Bibliographie :	
Table des annexes.....	

Liste des abréviations :

ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills

AEDE : Agir ensemble pour les droits de l'enfant

ANFE : Association National Française des Ergothérapeutes

ASE : Aide Social à l'Enfance

BHK : échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ELAdDEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins

MAN.OS : Bilan de Manipulation des Outils Scolaires

MECS : Maison d'Enfants à Caractères Social

MHAVIE : Mesure des habitudes de vie

MOH : Model de l'occupation humaine

MQE : Mesure de la Qualité de l'Environnement

NEPSY : Bilan Neuropsychologique de l'enfant

OQ : Occupational Questionnary

SCOPE : Short Child Occupational Profile

I) Introduction :

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'ai souhaité axer ma recherche sur le thème de l'ergothérapie au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). J'ai choisi ce sujet à la suite de plusieurs événements qui ont fait évoluer ma réflexion concernant la pratique de l'ergothérapie et le profil de patientèle avec lequel je souhaite exercer. Dès le début de ma première année de formation, je me suis intéressée à l'approche occupationnelle en ergothérapie et notamment à la façon dont elle pouvait être mise en place avec des enfants atteints de différentes pathologies. À la suite de la présentation du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), au second semestre, j'ai compris que l'ergothérapeute ne travaillait pas seulement avec des personnes atteintes d'une pathologie, mais que son rôle était aussi d'agir sur l'environnement et les occupations de toute personne rencontrant des difficultés occupationnelles. En effet, l'ergothérapeute se base sur une approche holistique, c'est-à-dire, « *une conception philosophique qui considère qu'il n'est possible d'acquérir des connaissances sur une personne ou sur un ensemble (groupe, société...) qu'à la condition de l'aborder dans sa totalité et non pas en étudiant chacune de ses parties séparément.* » (Debout, 2012). En effet, les problématiques sociales ou liées à la santé sont d'une complexité qui nécessite une approche globale du fonctionnement de la personne.

Lors du congrès des 10 ans de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) La Musse, j'ai pu assister à la conférence d'Arnaud SCHABAILLE, président de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), et de Fanny SOUM POUYALET, Directrice technique de l'ANFE, concernant « *L'évolution de l'employabilité des ergothérapeutes depuis 10 ans et projections* ». Dans les projections, il était abordé la place de l'ergothérapie dans les structures sociales, ce qui m'a permis de me questionner sur la place que pourrait avoir un ergothérapeute au sein de l'ASE. Par la suite, j'ai réalisé plusieurs lectures, notamment un témoignage autobiographique d'Adrien Durousset intitulé « De foyer en cité », dans lequel il aborde la construction de soi après une enfance en foyer. Ce livre m'a permis de m'interroger sur la situation occupationnelle des enfants protégés. De plus, mon stage du quatrième semestre s'est déroulé dans un dispositif d'aide à l'insertion. Par le biais de ce dispositif, j'ai pu suivre deux jeunes adultes de 21 ans, anciennement accompagnés par l'ASE et placés en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) dans leur enfance. J'ai pu constater

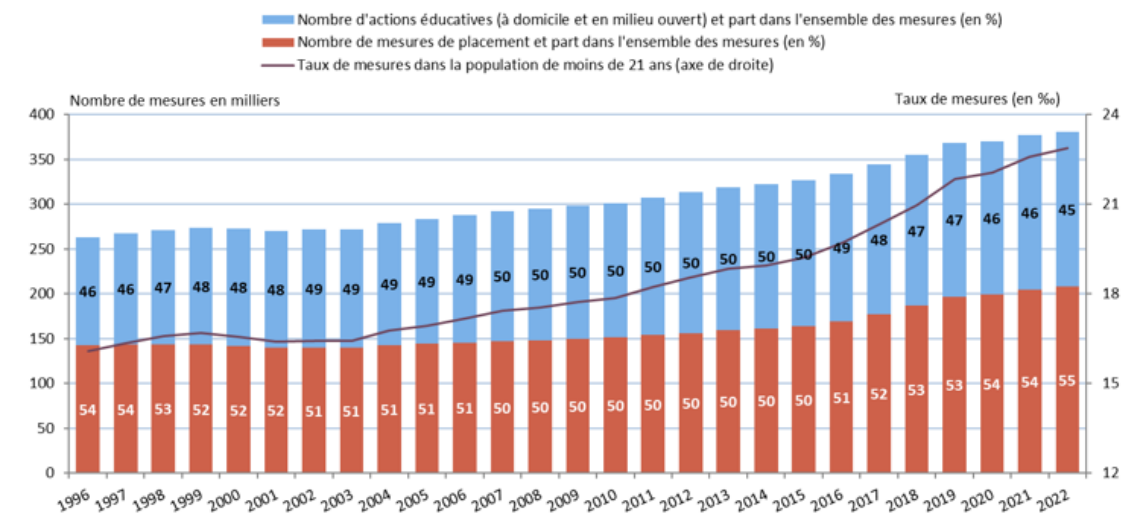
que ces jeunes avaient plus de difficultés que les autres bénéficiaires à s'intégrer au sein d'un groupe, à s'investir dans leurs projets de vie (profession, logement) et à sélectionner les activités qu'ils souhaitaient faire. Ainsi, je me suis demandée si un accompagnement ergothérapeutique lors de leurs placements pourrait avoir une incidence sur ces difficultés plurielles.

Tout ce cheminement réflexif m'a alors amené à réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche sur le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance afin de répondre à mes questionnements sur cette situation. Pour définir cette recherche, j'expliquerai dans un premier temps le contexte actuel qui encadre ma recherche et définirai ma question de départ, j'identifierai ensuite les concepts clés de cet écrit et les définirai. Cela me permettra alors de formuler ma question de recherche et d'en déduire mes hypothèses.

I) Cadre contextuel

L'ASE est un service départemental qui agit dans le cadre de la politique de protection de l'enfance. Actuellement, le nombre de mesures appliquées par ces services départementaux est en constante évolution à l'échelle nationale. Selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), entre fin 1998 et fin 2021, le nombre de mesures effectuées par l'ASE a été multiplié par 1,4. Alors qu'il était de 16,6 pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans fin 1998, le taux de mesures est de 22,5 ‰ fin 2021 (Amrous et al, 2023).

Au 31 décembre 2021, 377 000 mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de mesures d'Aide Sociale à l'Enfance, 54 % d'entre elles sont des mesures d'accueil en dehors de leur milieu de vie habituel et 46 % sont des actions éducatives exercées auprès du jeune ou de sa famille. Ainsi, ces mesures concernent un nombre important d'enfants. De plus, les mesures de placement étant celles les plus appliquées au sein de l'ASE, je m'intéresserai dans mon travail particulièrement aux enfants en bénéficiant.



Lecture > Au 31 décembre 2022, les 172 500 mesures d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert) représentent 45 % de l'ensemble des mesures et le taux de mesures d'ASE chez les jeunes de moins de 21 ans est de 22,9 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Illustration 1 : Graphique – Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2022 (DREES)

Parallèlement, la santé et le bien-être de ces enfants sont des sujets de société faisant l'objet de divers articles et textes de loi. L'article L112-3, en vigueur depuis le 09 février 2022, stipule que « *la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et également à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* » (Légifrance, 2022). Il est donc nécessaire que l'ASE assure à ces enfants en situation de vulnérabilité l'accès à différentes activités de loisirs, sportives et culturelles, essentielles au développement psychomoteur et social de l'enfant et de l'adolescent.

Dans la pratique, l'accès à ce droit demeure limité pour les enfants et adolescents protégés. Un rapport du collectif Agir Ensemble pour les Droits de l'Enfant (AEDE) paru en 2020 met en exergue « *un accès plus difficile à leurs droits en raison notamment d'une inégalité de l'offre territoriale en matière de mobilité, de logement, de scolarité, de culture, de soins et d'accompagnement social* » (Citoyens & Justice, 2020) surtout pour accéder aux loisirs, à la culture et au sport.

Pour donner suite à l'identification des limitations de ces droits, nous pouvons nous intéresser à la plus-value qu'un ergothérapeute pourrait apporter afin de permettre l'accès à ces occupations. En effet, dans la définition de l'ergothérapie selon l'ANFE, il est stipulé que l'ergothérapeute mène des actions pour assurer l'accès des individus

aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire. De plus, il est essentiel, dans le contexte actuel, de s'intéresser à la place que l'ergothérapeute peut avoir dans les structures sociales et médico-sociales. Effectivement, en 2010, la définition de l'ergothérapie en France a été actualisée par l'ANFE et stipule que « *l'ergothérapeute intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social* » (Sante.gouv.fr., s. d.). Cette définition donne donc aux ergothérapeutes la possibilité de travailler dans les structures sociales. Ainsi, en 2021, 6 % des ergothérapeutes exerçaient en structure médico-sociale.

Cette recherche aura donc pour but de répondre à la question : « En quoi l'accompagnement en ergothérapie permet-il l'amélioration des conditions de vie des adolescents placés au sein d'une structure de protection de l'enfance ? »

II) Cadre conceptuel :

1. La protection de l'enfance et des adolescents placés en MECS

1.1. L'adolescence

L'adolescence, selon l'Organisation Mondiale de la Santé est « *la phase de la vie située entre l'enfance et l'âge adulte, de 10 à 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les bases d'une bonne santé* » (WHO, s.d.) (traduction libre). Cette période est marquée par des transformations majeures, tant physiques que cognitives, affectives et sociales. Sarah Bagley précise que « *l'adolescence est une période de développement pendant laquelle les enfants dépendants deviennent des adultes indépendants* » (Bagley, 2024) Ce passage vers l'autonomie s'accompagne de remaniements identitaires importants, d'un besoin accru d'indépendance, mais aussi d'un besoin fort d'appartenance sociale, souvent exprimé à travers l'intégration à un groupe de pairs. Ainsi, selon Marcelli et Braconnier, « *l'adolescence est souvent plus qu'une crise, c'est un moment de rupture du développement. Une censure interne et intersubjective qui suppose un mouvement agressif de séparation, de différenciation et de reconstruction de soi* ». (Marcelli et Braconnier cités par K.Mekiri, 2013) dans ce cadre la famille est vue comme un soutien et un repère pour l'adolescent. « *La famille peut contenir l'adolescent et l'aider à faire un passage harmonieux de l'illusion (état de dépendance à la toute-puissance familiale) vers une désillusion (toutes les responsabilités de l'âge adulte où il doit, seul, faire face aux aléas de la vie)* », (Mekiri, 2013). Cette transition

peut donc être d'autant plus complexe pour les jeunes confrontés à un contexte familial instable ou inexistant. Ainsi l'adolescent qui est par essence vulnérable, l'est d'autant plus dans un contexte de placement.

1.2. La vulnérabilité des mineurs

1.2.1. Minorité et situation de vulnérabilité

« La loi définit une personne vulnérable comme un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse » (Lebrun, et Laran, 2016). Cela implique donc que tous les enfants et adolescents de moins de 15 ans sont, par définition, des personnes en situation de vulnérabilité. En effet, « L'enfant est un être éminemment vulnérable. En cours de constitution biologique, psychologique et sociale, il est par excellence l'archétype de l'être inachevé et en devenir, qui n'a pas encore acquis toutes ses défenses endogènes » (Soulet cité par Brodriez-Dolino, 2015). Afin de diminuer cette vulnérabilité, il existe des droits spécifiques aux enfants. Les droits qui protègent les enfants français sont notamment le droit à leurs statuts de mineur et à l'autorité parentale. (Légifrance, 2016) cette protection exercée par les parents titulaires de l'autorité parentale. Ce droit a pour but de protéger les mineurs des autres et d'eux-mêmes. Grâce à la minorité, les enfants doivent être placés sous protection jusqu'à leur émancipation ou jusqu'à ce qu'ils aient 18 ans. Cette obligation peut être renforcée par des mesures de protection administrative mises en place par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en cas de carence éducative ou de défaillance parentale. Ces mesures peuvent conduire l'enfant à être placé au sein d'une structure de placement de protection de l'enfance.

Cependant, le terme de vulnérabilité est, aujourd'hui, polysémique et son utilisation ne se réfère pas forcément à la définition donnée par la loi. En effet, « En une vingtaine d'années, la notion de vulnérabilité est devenue omniprésente dans le débat public et les discours sociaux » (B. Bouquet cité par D. Dubasque, 2018) Ainsi, différents domaines utilisent ce terme et il existe donc différents types de vulnérabilité. « Le terme s'est diffusé progressivement dans de nombreux domaines, qu'il s'agisse de vulnérabilité génétique, somatique, psychologique, sociologique, sociale, éducative, juridique, économique, environnementale ». (Dubasque, 2018) Ici, nous nous intéresserons principalement à la vulnérabilité sociale qui peut se traduire de manières différentes chez les adolescents

1.2.2. Vulnérabilité sociale

« Le concept de vulnérabilité sociale est intrinsèquement lié au risque de fragilisation auquel est exposé l'individu ou le collectif et dont la concrétisation potentielle serait l'exclusion sociale » (Bankoff et al., 2004). [traduction libre] Cette fragilité peut avoir plusieurs répercussions :

- Une marginalisation progressive, empêchant l'accès aux ressources essentielles,
- Une intégration sociale précaire, rendant difficile la participation active à la société,
- Un risque accru d'exclusion, où l'individu perd tout lien avec les structures sociales de soutien.

Selon une étude de Marion Borderon et Sébastien Oliveau publiée en 2016 dans Espace Populations Sociétés, la vulnérabilité sociale ne se limite pas à l'individu, mais s'inscrit dans un cadre plus large où les structures sociales et l'environnement jouent un rôle déterminant (Borderon et Oliveau, 2016).

La vulnérabilité sociale ne résulte pas d'un seul élément mais d'un cumul de facteurs qui interagissent : la pauvreté, l'instabilité familiale, les discriminations et l'isolement qui est caractérisé comme un des facteurs les plus marquant. En effet, un manque de liens sociaux ou familiaux, sans soutien extérieur, renforce l'exposition aux difficultés. De même, l'absence de ressources économiques limite l'accès aux biens et services essentiels. Enfin, les conflits, les séparations ou la précarité parentale, liés à l'instabilité familiale, affectent le développement et le bien-être de l'adolescent.

Ainsi, les adolescents placés sont particulièrement exposés à cette vulnérabilité car, comme vu précédemment, ils sont dans une phase de transition où le soutien familial et social est crucial. Cette vulnérabilité sociale chez les adolescents peut donc se manifester de différentes manières :

- Des difficultés d'accès aux ressources : éducation, santé et loisirs peuvent devenir inaccessibles.
- Une perte de repères : l'instabilité familiale ou sociale entraîne une fragilisation psychologique.
- Une incapacité à se projeter dans l'avenir : l'absence de perspectives professionnelles ou sociales alimente un sentiment de découragement.

De plus, l'étude souligne que la vulnérabilité sociale des adolescents est souvent exacerbée par des facteurs spatiaux, notamment dans les environnements urbains et les zones d'inégalités territoriales.

La vulnérabilité sociale peut donc conduire certains adolescents à une rupture avec leur environnement familial et social, les exposant ainsi à des risques accrus d'exclusion. Ainsi, il existe des services départementaux pour minimiser ces risques : l'Aide Sociale à l'Enfance (Action Enfance, s. d.).

1.3. La protection de l'enfance et les structures de placement

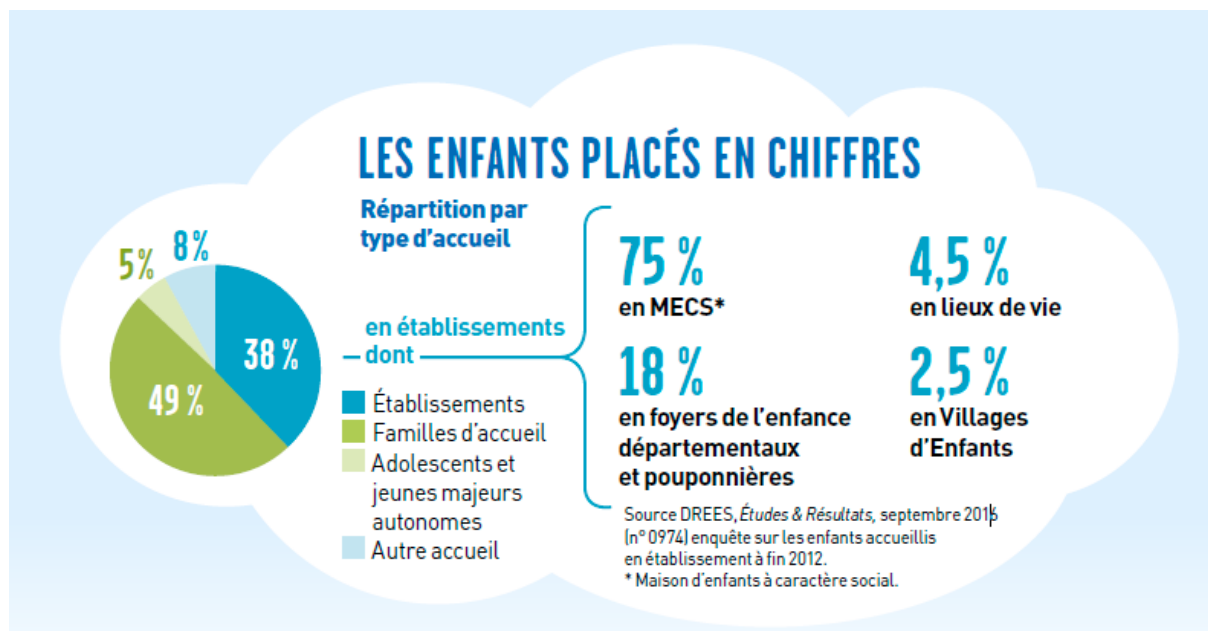
1.3.1. *Rôle et missions de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)*

L'ASE a pour mission de mettre en œuvre des actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance. Celles-ci peuvent être menées dans un but de prévention, de repérage des situations de danger et d'intervention lorsque ces situations sont repérées. Selon la DREES, l'un des deux principaux modes d'intervention consiste à attribuer des mesures de placement en dehors du milieu familial. (Drees, 2017). Lorsque cette mesure est appliquée, l'enfant est placé au sein d'une structure de placement. Les mesures de placement peuvent être judiciaires ou administratives. Lorsque la mesure est judiciaire, elle est définie par le juge des enfants. Si la mesure est administrative, elle est effectuée en accord ou à la demande des parents avec la décision du président du conseil départemental. L'enfant est placé lorsqu'il ne peut pas demeurer dans son milieu de vie habituel, qu'il nécessite un accueil spécialisé ou lorsque sa famille ne peut pas assumer la charge et l'éducation de celui-ci de manière momentanée ou durable. En effet, ce placement intervient généralement dans des contextes complexes, marqués par des situations de violence familiale physique, sexuelle ou psychologique, des troubles psychiatriques ou psychologiques chez les parents, des problèmes d'addiction comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, ou encore de profonds conflits familiaux. Il peut également être motivé par des carences éducatives, des difficultés comportementales chez l'enfant ou l'isolement d'un mineur étranger arrivé seul en France.

Il existe divers dispositifs relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) afin d'accueillir les enfants qui bénéficient de ces mesures de placements : établissements d'éducation spéciale, maisons d'enfants à caractère social (anciennement appelés les orphelinats), pouponnières, internats, foyers de jeunes travailleurs, etc. Les enfants

et adolescents y sont accueillis selon des modalités différentes. Dans cet écrit, nous nous intéresserons particulièrement aux MECS (Maisons d'Enfants à Caractère Social) qui accueillent des enfants et adolescents à la suite d'une décision administrative ou judiciaire.

Illustration 2 : La protection de l'enfance en France – quelques chiffres (ActionEnfance)



1.3.2. Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)

Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) accueillent des jeunes en difficulté dans le cadre de la protection de l'enfance (Légifrance, 2007) ou dans une logique de prévention de la délinquance (Légifrance, 2021), en fonction des autorisations qui leur sont attribuées. Selon l'annuaire de l'action sociale Les Maisons d'Enfants à Caractère Social sont des établissements où les enfants et adolescents sont accueillis sur le modèle de la collectivité (Action-sociale, s. d.). Ils y sont placés de manière durable et sont accueillis par tranche d'âge. Ils sont encadrés par des éducateurs et différents professionnels du secteur social et médico-social, tels que les psychologues, les éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs ou encore des veilleurs de nuit. Les enfants peuvent être scolarisés à l'extérieur ou être en internat complet, en fonction de l'organisation de l'établissement.

L'accueil de ces jeunes en difficulté, dont une grande majorité sont des adolescents, implique une organisation spécifique adaptée à cette tranche d'âge. L'adolescence étant une période de transition marquée par des transformations physiques,

psychologiques et sociales, les MECS doivent mettre en place des dispositifs permettant d'accompagner ces jeunes vers l'autonomie tout en répondant à leurs besoins éducatifs et affectifs. Ce dispositif doit avoir la capacité de mettre en place un encadrement adapté aux adolescents, de les accompagner dans leur scolarisation et leur insertion professionnelle, ainsi que de gérer les comportements à risque.

Tout d'abord, les MECS sont conçues pour offrir un cadre structurant aux jeunes en rupture familiale ou sociale. L'organisation repose sur :

- Un accompagnement éducatif renforcé, avec des éducateurs spécialisés qui aident les adolescents à structurer leur parcours.
- Un soutien psychologique, assuré par des psychologues et des travailleurs sociaux pour répondre aux difficultés émotionnelles et aux traumatismes éventuels.
- Des activités socio-éducatives, visant à favoriser l'insertion sociale et à développer les compétences des jeunes.

Selon E. Severino les adolescents placés en MECS présentent souvent des signes de souffrance psychique, nécessitant une prise en charge adaptée qui intègre des dimensions éducatives et thérapeutiques (Severino, 2024).

De ce fait, l'adolescence étant une période clé pour l'éducation et la préparation à l'avenir, les MECS proposent différentes modalités de scolarisation :

- Scolarisation externe permettant aux jeunes de suivre un cursus classique dans des établissements scolaires.
- Internat éducatif offrant un cadre structuré avec un suivi renforcé
- Formations professionnelles pour préparer les adolescents à l'insertion dans le monde du travail.

Cette étude souligne l'importance d'adapter les réponses éducatives aux besoins spécifiques des adolescents en rupture sociale.

Les souffrances psychiques liées à ces ruptures et le parcours de vie difficile des adolescents accueillis en MECS peuvent générer des comportements à risque. L'organisation des MECS intègre donc :

- Des dispositifs de prévention pour limiter les conduites à risque (violence, addictions, fugues).

- Un cadre sécurisant avec des règles claires et un accompagnement individualisé
- Des espaces de dialogue permettant aux jeunes d'exprimer leurs difficultés et de trouver des solutions adaptées.

Les expériences menées par l'association Jean Conxet montrent également que les adolescents placés en MECS nécessitent une approche éducative et thérapeutique combinée pour favoriser leur insertion sociale (Association Jean Cotxet. s.d.).

De plus, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques environ 1,2 million de personnes vivant à domicile déclarent consulter régulièrement pour des troubles psychiques ou mentaux. Parmi les jeunes placés cette proportion est encore plus élevée. En effet, l'enquête menée par Terra Nova révèle que près de 50 % des mineurs pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) souffrent de troubles psychiques, soit cinq fois plus que la moyenne nationale. Ces troubles incluent : des troubles anxieux et dépressifs liés à l'instabilité familiale et aux expériences traumatiques ; des troubles du comportement souvent liés à un parcours de vie chaotique; ainsi que des troubles neurodéveloppementaux (TND), tels que le TDAH (Trouble De l'Attention avec Hyperactivité) ou les Troubles du Spectre Autistique (TSA), qui nécessitent un accompagnement spécifique (Severino, 2024).

Enfin, les jeunes placés sont souvent confrontés à des facteurs aggravants qui augmentent la récurrence de ces troubles psychiques. En effet, dans un premier temps l'instabilité des placements peut perturber leur suivi médical et psychologique. De plus, il est décrit un manque d'accès aux soins spécialisés, notamment en pédopsychiatrie. De même, l'isolement social peut renforcer les troubles anxieux et dépressifs ainsi que la stigmatisation, ce qui peut freiner leur intégration et leur accès aux ressources adaptées. Ainsi, parmi les professionnels qui interviennent pour limiter l'impact des troubles psychiques et réduire les facteurs aggravants affectant la vie quotidienne des adolescents placés, on retrouve notamment les ergothérapeutes.

2. L'ergothérapie auprès des adolescents placés en protection de l'enfance

2.1. Définition et rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapie est une discipline qui place l'occupation au cœur de ses concepts. Parmi les nombreuses définitions existantes, on retrouve celle de l'ANFE

qui stipule que « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels tels que les médecins, les auxiliaires médicaux, les travailleurs sociaux, les acteurs de l'enseignement et de la formation, ainsi que les techniciens de l'habitat. L'ergothérapeute est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre occupation et santé, il mène des actions pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé. De plus, il assure l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rend possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE 2010) Cette définition a été choisie car elle parle d'individus et non de personnes malades ou en situation de handicap. Cela implique que l'ergothérapeute peut travailler en se basant sur une difficulté occupationnelle et non forcément sur une pathologie.

De plus, le ministère de la Santé signifie dans le répertoire de la santé et de l'autonomie que l'ergothérapeute a pour mission d'analyser les besoins, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux qui peuvent influencer sur les occupations. Ces missions offrent donc la possibilité à l'ergothérapie de s'investir dans le domaine social avec toute personne rencontrant des difficultés occupationnelles.

2.2. Évolution de l'ergothérapie et cadre théorique

L'évolution de l'ergothérapie est définie par trois paradigmes, eux-mêmes définis par différents auteurs et notamment Gary Kielofner qui décrit le 3ème paradigme comme l'importance de l'interaction personne / activité / environnement dans une perspective systématique. Ainsi, l'ergothérapeute base sa pratique sur des modèles conceptuels qui guident son approche. « *Les modèles sont reliés à un de ces paradigmes et vont orienter le raisonnement clinique, l'évaluation, le diagnostic ergothérapeutique et le traitement* » (Morel-Brack, 2017). Par conséquent, ce travail d'initiation à la recherche se basera sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), l'un des modèles relié au troisième paradigme.

2.3. Les enjeux d'autonomie et de participation

L'autonomie est définie pour la première fois dans les sciences de l'occupation comme « *la capacité d'agir conformément à sa propre volonté* » [traduction : Sylvie Meyer] (Reed & Sanderson, 1983). Cette notion, inhérente à la pratique de

l'ergothérapie et des sciences de l'occupation, est redéfinie à maintes reprises à la fin du siècle dernier, notamment par Hagedorn (1995), qui considère que « *en étant autonome, un individu contrôle sa vie, même s'il dépend des autres pour l'exécution des tâches* ». Pour certains auteurs, l'autonomie est un processus. Pour d'autres, c'est un état dans lequel la personne se trouve. Nous nous rattacherons dans ce mémoire aux deux définitions. En effet, le processus d'autonomisation est considéré comme les apprentissages qui permettent d'acquérir des compétences lors de nos expériences quotidiennes.

Selon Ryan & Deci, ce processus d'autonomisation est étroitement lié à la motivation intrinsèque, qui repose sur le sentiment d'être à l'origine de ses choix et de ses actions. L'autonomie est ainsi un besoin psychologique fondamental permettant à l'individu de développer un sentiment de compétence et d'appartenance, piliers essentiels à l'engagement durable dans les occupations (Ryan & Deci, 2000).

L'autonomie, sous forme d'état, est considérée comme variable, car, même si elle est en partie déterminée par la personne, elle l'est également par l'environnement. « *Ainsi, quantité de circonstances de vie ou de conditions sociales particulières se traduisent par une altération de l'autonomie* » (Meyer, 2013). Cette perspective rejoint l'approche écosystémique de Bronfenbrenner (1979), qui souligne que le développement humain, et donc l'autonomie, résulte d'interactions constantes entre l'individu et les systèmes qui l'entourent (famille, institution, société).

Par conséquent, un enfant placé en MECS, ayant un environnement particulier, peut voir son autonomie affectée. L'environnement institutionnel peut parfois restreindre les possibilités de choix ou d'expression personnelle, ce qui entrave le développement de l'autonomie. Il est notamment indiqué par les défenseurs des droits que certains enfants rencontrent des difficultés à trouver du sens dans leurs occupations par manque de choix ou de perspectives dans les activités proposées et la manière de les réaliser (Défenseur des droits, 2020). Ainsi, cela peut freiner leur engagement et leur participation dans les activités. Dans ce contexte, l'ergothérapie peut jouer un rôle clé pour favoriser un environnement soutenant, c'est-à-dire, qui offre des opportunités d'action, de prise de décision, et d'expression de soi (Law et al., 1996). De plus, si on se rapporte à la définition de l'ergothérapie par l'ANFE, l'ergothérapeute « *assure*

l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire », on parle donc d'occupations signifiantes et d'occupations significatives

2.4. Occupations signifiantes et significatives

Selon la fédération mondial des ergothérapeute (World Fédération of Occupational Therapists) les occupations correspondent « *aux activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie. Les occupations comprennent les choses dont les personnes ont besoin, veulent et sont censées faire.* » (WFOT, s.d.), (Traduction libre) . Ces occupations sont centrales dans le développement, le maintien de la santé et du bien-être. En science de l'occupation, on note une distinction conceptuelle importante entre les occupations : les occupations signifiantes et les occupations significatives.

Les occupations sont dites signifiantes lorsqu'elles ont un sens personnel et un but pour l'individu. Elles sont intimement liées à ses valeurs, à ses croyances, à son histoire de vie et à ses objectifs personnels, contribuant à sa construction identitaire (Persson et al., 2001 cité par Sylvie Meyer 2013) Elles participent à la motivation, à l'engagement et à l'estime de soi. Par exemple, un adolescent peut accorder une forte valeur à des occupations liées à la musique, non seulement pour le plaisir qu'elle procure, mais aussi pour l'expression de soi qu'elle permet.

En complémentarité, les occupations sont considérées comme significatives lorsqu'elles possèdent une valeur sociale ou culturelle, c'est-à-dire, qu'elles sont reconnues, attendues ou valorisées par l'entourage ou par la société. Ce sens social peut être influencé par des normes culturelles, des rôles sociaux ou des attentes éducatives (Iwama, 2009). Ainsi, dans un établissement social, une activité peut être significative si elle s'intègre dans un projet collectif, ou si elle permet à l'enfant d'occuper une place identifiable dans son groupe de vie.

Selon Kielhofner (Mentrup, 2008), c'est la congruence entre les dimensions personnelles (motivation, intérêts, valeurs) et les opportunités environnementales qui permet une participation satisfaisante. Les occupations doivent ainsi être choisies et adaptées en fonction de ce qu'elles représentent pour la personne et pour son entourage, pour générer de l'engagement et du changement.

Dans le champ de l'ergothérapie, l'analyse du sens donné à l'activité, par la personne ou par son environnement, permet de proposer des interventions pertinentes, ancrées dans la réalité vécue de l'individu, favorisant le développement de son autonomie et de sa participation sociale.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), développé par Gary Kielhofner, repose sur l'idée fondamentale que l'activité humaine signifiante et significative est essentielle à l'auto-organisation et au développement de la personne (Morel-Brack, 2017). Ce modèle met en lien les dimensions de la volition, de l'habituatation et des capacités de performance, en interaction avec l'environnement, pour comprendre et soutenir les occupations dans une visée de participation.

3. La participation sociale comme objectif d'intervention en ergothérapie

3.1. Définition de la participation sociale

La participation sociale joue un rôle essentiel dans le développement de l'identité et dans le sentiment d'appartenance à un groupe ou à une communauté. La participation sociale ne se limite pas seulement à des activités visibles comme le travail ou le bénévolat, elle englobe aussi des formes plus discrètes mais tout aussi significatives : s'occuper de sa famille, prendre part à la vie de quartier, s'impliquer dans une association ou encore échanger avec les autres dans les lieux de vie. Comme le soulignait le Conseil de la santé et du bien-être du Québec (cité par Tremblay, 2004), la participation sociale se manifeste à travers les liens que chacun entretient avec ses proches, son environnement quotidien et la société dans son ensemble.

Dans cette optique, Ninacs (cité dans Boivert, 2014) parle de participation sociale comme de l'ensemble des activités réalisées dans les environnements fréquentés par la personne. Ces activités impliquent des interactions sociales et peuvent devenir des occasions de s'exprimer, de prendre des décisions, d'exercer son pouvoir d'agir. C'est à travers elles que l'individu peut construire sa place dans la société, se sentir utile, reconnu, et renforcer son autonomie.

3.2. Participation sociale et adolescents placés

En ergothérapie, cette notion prend tout son sens. Patrick Fougeryrollas propose de voir la participation sociale comme le reflet de la capacité d'une personne à réaliser

ses habitudes de vie dans son environnement, malgré les éventuels obstacles ou limitations personnelles. Cela implique de pouvoir accéder à des activités qui comptent pour elle, dans des lieux et avec des personnes qui font sens (Fougeyrollas, 2009) .

Ce regard rejoint pleinement la vision du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), qui met l'accent sur l'interaction entre la personne, ses valeurs, son environnement et les rôles sociaux qu'elle assume (Mentrup, 2008). En ergothérapie, soutenir la participation sociale, c'est bien plus que travailler sur des capacités physiques ou cognitives : c'est permettre à la personne de retrouver ou de découvrir des espaces où elle peut s'investir, interagir, se sentir vivante, reliée aux autres. C'est aussi accompagner cette personne dans la construction de son identité à travers des occupations qui ont du sens pour elle.

Finalement, la participation sociale est le reflet de cette dynamique entre ce que l'on est, ce que l'on vit et ce que l'on partage avec les autres. Elle illustre à quel point les liens sociaux et les rôles occupés dans la communauté nourrissent la volition, la confiance en soi et le sentiment d'exister pleinement.

4. L'apport du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans l'accompagnement ergothérapique

4.1. Présentation générale du MOH

Le Modèle de l'Occupation Humaine, créé par Gary Kielhofner, permet aux ergothérapeutes de comprendre et d'agir sur tout ce que peut entreprendre la personne ainsi que sur les liens internes et externes avec ses occupations. Dans ce modèle, on considère que « *l'occupation est dynamique et qu'elle dépend du contexte environnemental dans lequel elle se déroule.* » Morel Bracq, 2017). Ainsi, ce modèle se concentre sur la compréhension de l'engagement des individus dans des activités significatives, c'est-à-dire, qui ont du sens pour eux.

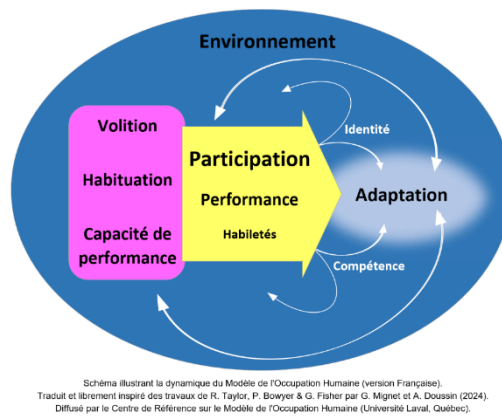


Illustration 3 : Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (Université de Laval)

4.2. Les composantes du MOH

Le MOH s'articule autour de quatre principaux concepts : l'être, l'agir, le devenir et l'environnement qui doit être considéré dans chacun des concepts précédents.

L'être se concentre sur trois composantes de la personne. On y retrouve :

- La Volition, qui correspond à la motivation et aux choix personnels qui poussent une personne à s'engager dans des activités significatives ;
- l'Habituation, c'est-à-dire, les routines et les rôles que l'individu adopte, structurant ainsi sa vie quotidienne ;
- La Capacité de Performance, qui « *correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes* » (Morel Bracq, 2017), c'est-à-dire, les capacités physiques et mentales nécessaires pour réaliser des activités.

L'Agir, quant à lui, repose sur les trois niveaux d'actions nécessaires à la réalisation d'une occupation :

- Le premier niveau est la participation occupationnelle, qui correspond à la capacité de la personne à s'engager dans les trois domaines d'occupation (productive, de loisir, et de vie quotidienne).
- La performance occupationnelle correspond au deuxième niveau d'action, c'est-à-dire, à la réalisation de tâches sous-jacentes à la participation occupationnelle.
- Le troisième niveau correspond aux habiletés, c'est-à-dire les actions observables qui composent l'activité.

De l'Agir découle le Devenir. En effet, réaliser différentes occupations permet l'acquisition de compétences occupationnelles et la création d'une identité occupationnelle qui se réfère à ce qu'est la personne et ce qu'elle souhaite devenir.

Enfin, l'environnement interagit avec les trois sphères précédentes car la personne agit toujours dans un contexte environnemental pouvant évoluer ou changer et donc impacter la manière de réaliser l'occupation. Par exemple, un placement en MECS peut impacter la réalisation de certaines activités et ainsi modifier l'être, l'agir et le devenir de l'enfant. Dans ce contexte, il est intéressant d'analyser l'être et notamment la volition pour définir si cet aspect qui est propre à la personne peut modifier son agir et son devenir.

4.3. Zoom sur le lien entre la volition et participation

La volition est définie dans le MOH comme « *le besoin inné de l'individu de se mettre en action. Elle est aussi ce qui guide et oriente nos choix et permet donc de donner un sens à nos occupations* » (Doussin, 2018). Ce processus unique est un constituant de la personne qui se divise en trois éléments principaux : la causalité personnelle, les valeurs et les centres d'intérêt.

- La causalité personnelle reflète la perception qu'une personne a de ses propres compétences et de son efficacité. Cela correspond donc à la manière dont elle estime sa capacité à accomplir une activité ou une tâche.
- Les valeurs concernent les convictions personnelles et ce qui est considéré comme essentiel ou significatif pour l'individu.
- Les centres d'intérêt, quant à eux, représentent ce qui procure du plaisir ou de la satisfaction, ainsi que l'attrance naturelle vers certaines activités.

La volition est donc par définition un processus propre à chaque individu et en perpétuelle évolution. À travers l'expérimentation d'activités, l'individu analyse et interprète les expériences vécues. Ces réflexions lui permettent de prévoir et de prendre des décisions qui enrichiront ses futures expériences occupationnelles, que ce soit dans des activités familières (renforcement du sentiment de maîtrise spécifique à ces activités) ou nouvelles (mobilisation des compétences acquises dans des contextes similaires afin de s'investir dans une activité souhaitée). « *Le concept de volition dans le MOH va plus loin que ces idées (concepts de motivation), car il inclut également des facteurs socio-culturels et affectifs, qui, selon ce modèle, influencent*

les choix occupationnels et la participation » (traduction libre), (Taylor, 2017 cité par Hagit Harel-Katz and Eli Carmeli 2019). La volition et la participation aux activités sont donc intrinsèquement liées. En effet, l'expérience vécue, par le biais de la participation, impacte les 3 composantes de la volition (causalité personnelle, valeurs et centres d'intérêt). En outre, la participation dépend du niveau de volition de la personne pour l'activité.

III) Cadre méthodologique et expérimental

1. Question de recherche et hypothèses

Question de recherche : En quoi l'ergothérapeute peut-il s'appuyer sur le MOH pour accompagner les adolescents placés en MECS, dans le but de garantir leur participation sociale ?

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute peut s'appuyer sur le développement de la volition dans le but de permettre la réalisation d'occupations significatives.

Hypothèse 2 : La réalisation d'occupations significatives permet de garantir une participation sociale satisfaisante.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est de montrer que l'ergothérapeute dispose d'outils, de connaissances et de moyens permettant de développer la participation sociale des adolescents placés en maison d'enfants à caractère social.

3. Dispositif méthodologique

Dans le cadre de la méthodologie de recherche, il existe deux méthodes : la méthode qualitative et la méthode quantitative. La méthode utilisée dans cette recherche sera qualitative. Les Méthodes de Recherches Qualitatives (MRQ) couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données (Mucchielli et payet 2011). Elles visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains aspects de phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. « *Les MRQ peuvent*

renforcer les capacités [...] de toute personne désirant intervenir dans le système de soins » (Kohn et Christiaens, 2014). Cette méthode permet donc d'étudier des phénomènes sociaux subjectifs à chacun qui ne sont pas quantifiables par des chiffres ou des statistiques.

Pour poursuivre dans cette démarche, une approche hypothético-déductive sera appliquée. Cette dernière est définie comme « *une méthode scientifique qui consiste à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences observables futures mais également passées permettant d'en déterminer la validité* » (Mesly, 2015) [traduction libre]. Ces hypothèses de recherche ont été créées à partir de la littérature. Elles seront étudiées par une enquête de terrain dont les résultats permettront la validation ou l'invalidation de ces hypothèses.

4. Population cible

Pour le bon déroulement de cette recherche, il est nécessaire de définir une population cible assez large. En effet, étant donné que le taux d'ergothérapeutes travaillant directement en MECS est très faible voire inexistant en France, il semble pertinent d'interroger des ergothérapeutes diplômés d'état travaillant avec des enfants et adolescents placés notamment dans des services de santé mentale au vu de la prévalence de troubles psychiatriques au sein de cette population.

Les critères d'inclusion pour participer à cette recherche sont donc :

- Être un ergothérapeute diplômé d'état,
- Avoir déjà accompagné des adolescents placés en MECS ou ayant été placés en MECS pendant leur adolescence,
- Connaître le modèle de l'occupation humaine en ergothérapie.

Ainsi, il n'a pas été intégré dans les critères le fait de travailler dans un type de structure en particulier car le type de structure étudié n'emploie aujourd'hui pas d'ergothérapeute. De plus, le terme « *connaître* » a été privilégié par rapport au terme « *être formé* » car bien qu'il y ait une formation disponible et réalisée aujourd'hui par l'ANFE certains ergothérapeutes ont été formés durant leurs études et d'autres ont pu se renseigner grâce aux livres disponibles sur le sujet. Le terme « *être formé* » pouvait

donc suggérer d'avoir réalisé la formation proposée par l'ANFE et ainsi réduire le nombre de personne à interroger.

5. Démarche de recrutement

Avant de recruter des ergothérapeutes pour participer à des entretiens, j'ai tout d'abord pris contact avec un sociologue travaillant dans une association encadrant des MECS ainsi qu'au service départemental de l'aide sociale à l'enfance et avec un éducateur spécialisé travaillant en MECS . J'ai réalisé avec eux des entretiens exploratoires qui m'ont permis de recentrer ma recherche mais également d'aborder le rôle de l'ergothérapeute et des prises en charge en ergothérapie au sein des MECS. Tous deux ont évoqué des prises en charge d'ergothérapeutes libéraux avec certains enfants suivis pour des troubles du neurodéveloppement. Cependant, cela ne correspondait pas à la recherche car les enfants suivis par les ergothérapeutes étaient âgés de moins de dix ans et les prises en charge concernaient principalement l'adaptation des outils scolaires liée à un trouble neurodéveloppemental. Après avoir fait ce constat, le sociologue a évoqué le fait que beaucoup de jeunes étaient suivis à l'adolescence ou à l'âge adulte par des services de santé mentale, notamment en réhabilitation psychosociale liée à des troubles psychiatriques mais aussi pour aider à construire un projet de vie satisfaisant. J'ai donc entrepris de contacter directement des ergothérapeutes en santé mentale, par mails ou téléphone, pour leur demander si ils ou elles suivaient des personnes placées ou anciennement placées. Or, beaucoup d'ergothérapeutes ne correspondaient pas à ce critère ou n'avaient pas de connaissance du MOH. De même, deux ergothérapeutes convenaient aux critères mais n'acceptaient pas d'être enregistrés. Après plusieurs échanges, cette initiative m'a permis de réaliser deux entretiens. A chaque entretien, tous les professionnels ont signé un formulaire de consentement permettant d'obtenir leur accord concernant ma démarche de recherche ainsi que les modalités d'enregistrement et d'utilisation des données.

6. Outils méthodologiques

Dans le cadre de cette enquête de terrain, il semble intéressant de réaliser des entretiens semi-directifs. Ceux-ci seront réalisés dans le but de valider ou d'invalides les hypothèses. Le choix de cet outil est lié au fait que cela permet de récolter des données qualitatives nécessaires pour répondre à la question de recherche. Aussi,

l'entretien semi-directif a pour but de recueillir le ressenti des professionnels. Enfin, le nombre de personnes répondant à mes critères d'inclusion étant plutôt restreint, faire une analyse qualitative pure semble plus adaptée.

Ainsi dans le but de préparer et d'assurer un déroulement cadré de l'entretien, un guide d'entretien a été réalisé.

Celui-ci comprend six parties :

6.1. Profil du participant

La première partie permet de connaître le contexte d'exercice (expérience, ancienneté, type de public accompagné) de la personne interrogée. Cela permet de comprendre comment le parcours et l'environnement du participant peuvent influencer sa pratique et ses perceptions. Elle aide aussi à nuancer les propos recueillis. En effet elle contextualise les propos qui vont suivre et permet, par cette entrée en matière généraliste, d'initier un lien de confiance avec le professionnel.

6.2. Modalités d'accueil des jeunes placés

Cette deuxième partie a pour but d'identifier comment se déroule l'accueil de la population dans la structure et les enjeux liés au placement. Elle permet de comprendre que le cadre institutionnel est essentiel pour situer comment peut être abordée la participation sociale. Elle permet aussi de voir si des pratiques sont spécifiques aux jeunes placés par rapport à d'autres publics.

6.3. Outils et méthodes utilisés

Cette partie a pour objectif d'explorer les pratiques utilisées par les professionnels. Elle permet d'observer si les ergothérapeutes mobilisent des approches occupationnelles comme le MOH ou plus biomédicales et s'ils adaptent leur suivi avec des personnes placées ou anciennement placées.

6.4. Influence du placement sur le suivi

Cette 4ème partie permet de recueillir les perceptions des ergothérapeutes sur l'impact du placement en protection de l'enfance sur la santé, les capacités, et les suivis des jeunes. L'objectif de cette partie est de comprendre comment le placement

peut être un facteur de vulnérabilité supplémentaire et si l'approche en ergothérapie doit être modifiée.

6.5. Activité signifiante et significative

Cette partie centrale permet d'aborder les deux hypothèses posées et de comprendre comment les ergothérapeutes identifient et utilisent des activités qui ont du sens et de la valeur pour le public cible et son entourage. Cette thématique a pour but de comprendre comment cela influence la participation sociale ainsi que la volition.

6.6. Concepts clés du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine)

Cette partie étudie un concept clé pour lier l'entretien à la question de recherche et introduire les concepts des hypothèses. Elle a pour but de vérifier dans quelle mesure les ergothérapeutes se réfèrent aux concepts du MOH dans leurs suivis. Elle permet également de s'assurer que l'ergothérapeute connaît le modèle et que ses propos sont liés à la définition présente dans le cadre conceptuel.

6.7. Travail de la volition

Cette partie a pour objectif d'analyser comment les ergothérapeutes soutiennent la motivation, les choix et l'engagement des jeunes dans leurs occupations ainsi que leurs conséquences. Ainsi, cela permet d'identifier si ce développement de la volition favorise l'engagement et comment celle-ci peut être utilisée afin d'évoluer vers des activités signifiantes.

6.8. Participation sociale

Cette partie permet de faire définir le terme de participation sociale par les professionnels et de relever les obstacles et facilitateurs qu'ils rencontrent. Cela permet d'évoquer la participation sociale, objet central de l'étude, et de répondre à la deuxième hypothèse en analysant les pistes d'intervention de l'ergothérapeute.

6.9. Perspectives d'évolution de l'ergothérapie avec cette population

Cette partie a pour but de recueillir des propositions, des idées ou des visions sur le rôle potentiel de l'ergothérapeute en MECS. Cela permet d'ouvrir le sujet sur la place de l'ergothérapie dans le secteur de la protection de l'enfance.

6.10. Propositions / Ouverture

Enfin la dernière partie permet de laisser la parole libre au professionnel pour qu'il partage d'autres réflexions non prévues par les questions. Cette ouverture semble importante pour ne pas enfermer le discours dans le cadre construit par le guide, et pour faire émerger des éléments inattendus ou des préoccupations centrales pour les ergothérapeutes agissants sur le terrain.

7. Présentation des interviewés

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit dans le but de conserver au mieux les dires des professionnels. Deux entretiens ont été réalisés au total, les noms des professionnels ont été remplacés par E1 et E2 afin de préserver leur anonymat.

- E1 : La première ergothérapeute interrogée est une femme diplômée d'état depuis 2024. Elle a travaillé en centre hospitalier en CDD pendant 4 mois. Elle a exercé dans deux hôpitaux et dans 5 services différents (SMR gériatrique, médecine gériatrique, EHPAD, USLD et SMR Neuro). Elle exerce aujourd'hui et depuis 8 mois dans un service de réhabilitation sociale ou elle fait également de l'évaluation d'orientation. Elle a pu accompagner au sein de cette structure 6 personnes placées ou anciennement placées en maison d'enfants à caractère social.
- E2 : La deuxième ergothérapeute interrogée est une femme diplômée d'état depuis 2024 qui a eu une expérience en soins de suite et réadaptation et qui exerce en centre Medico Psycho Pédagogique depuis 6 mois. Environ un tiers des enfants et adolescents accompagnés dans cette structure sont placés à l'aide sociale à l'enfance et elle évalue à plus d'une dizaine le nombre d'adolescents accompagnés placés en MECS.

Analyse :

Les 2 ergothérapeutes ont la même ancienneté de diplôme, très récent (2024), mais une expérience sur différentes structures de gériatrie ou réadaptation. Actuellement, elles sont en santé mentale (expérience entre 6-8 mois). Elles s'appuient sur des accompagnements entre 6 et 10 personnes suivies.

8. Présentation et analyse des entretiens

Afin de faciliter l'analyse, pour chaque question, les réponses les plus pertinentes et représentatives ont été restituées dans des tableaux (tableaux disponibles ci-dessous). L'analyse thème par thème est rédigée sous chaque tableau pour faciliter la compréhension des résultats.

8.1. Modalités d'entrée dans l'accompagnement en ergothérapie

E1 : « Alors pour la plupart ... je n'ai pas de nombre exact mais pour 3 ou 4 d'entre eux, l'orientation s'est faite à la suite d'un suivi au CMPP » (E1)

« Ou Ils étaient suivis par un psychiatre où il n'y a pas forcément eu d'évaluation neuropsychologique, ergothérapique, etc. Donc c'est principalement des jeunes suivis durant l'enfance pour différentes problématiques au CMPP, puis à 18 ans, du coup, soit ils sont en contrat jeune majeur ou autre, soit ils sont livrés à eux-mêmes. » (E1)

Dans tous les cas, c'est un médecin psychiatre qui fait la demande où il n'y avait pas eu d'évaluation neuro et ergo. » (E1)

E2 : « Du coup, le médecin prescrit plusieurs bilans. Nous les faisons et après on se réunit tous pour mettre en commun nos résultats et proposer l'accompagnement le mieux adapté à l'enfant. » (E2)

Analyse :

Les deux ergothérapeutes indiquent que la prise en soin démarre toujours à la suite d'une demande du psychiatre. E1 stipule que la prise en soin au sein de son service de réhabilitation psychosociale peut être la continuité d'un accompagnement en

CMPP. E2 évoque une prise en charge pluridisciplinaire initiale qui permet d'adapter l'accompagnement aux besoins de l'enfant.

8.2. Les profils des personnes accompagnées

E1 : « On a des profils pathologiques très différents : il peut s'agir de troubles du neurodéveloppement non pris en charge durant l'enfance ou de profils borderline liés à des psychotraumatismes ou à autre chose » (E1)

« Il y a des difficultés liées à une pathologie ou alors à des problématiques sociales » (E1)

E2 : « On les voit surtout par rapport à leurs difficultés à l'école ou à la maison » (E2)
« Nous, on a beaucoup de TDAH » (E2)

Analyse :

Selon les deux ergothérapeutes interrogées, les demandes de prise en charge en ergothérapie sont souvent liées à des problématiques diverses. Les troubles du neurodéveloppement sont cependant évoqués par les deux ergothérapeutes. On retrouve aussi des difficultés sociales ou troubles psychiatriques mentionnés par E1, et des difficultés scolaires et sur le lieu de vie évoquées par E2. Cette différence concernant les difficultés exprimées peut être liée au public accompagné. En effet, E2 accueille des adolescents plus jeunes encore scolarisés alors que E1 accueille des adolescents de plus de 15 ans souvent en rupture de scolarité.

8.3. Lien entre placement et problématique observée

E1 : « Je ne sais pas s'il y a un lien direct de corrélation » (E1).

. « On retrouve quand même un gros manque de confiance en soi et en l'autre, où le consentement n'est pas toujours très bien identifié et respecté envers eux-mêmes. Donc, il peut être identifié de manière générale, mais sur des mises en situation, c'est très compliqué. » (E1)

« Avec ce public on évalue beaucoup les habiletés sociales. » (E1)

E2 : « Ils ont des difficultés à communiquer avec les autres enfants, ils sont plus parfois dans la violence. Après, ils ont des TDAH aussi, mais on le remarque moins

avec les autres enfants qui ont un contexte parental plus stable. Ces enfants-là sont plus en demande affective, c'est un peu ce qui saute aux yeux ». (E2)

« Il y a tout un travail supplémentaire sur la relation à l'autre, faire confiance, l'estime de soi et ça va davantage se jouer dans les habiletés sociales. » (E2)

« Au moment du placement en foyer, ils ont découvert ce que c'était que d'avoir des loisirs, d'avoir une stabilité, qu'on leur demande de faire des choses » (E2).

Il y en a pour qui ça va un peu les rééquilibrer et d'autres pour qui ça crée des tensions au début parce qu'ils se rebellent contre toutes ces nouvelles occupations.

» (E2)

Analyse :

Les ergothérapeutes interrogées soulignent que, bien qu'il soit difficile d'établir un lien direct entre le placement en MECS et les problématiques occupationnelles, les personnes accompagnées présentent certaines particularités identifiables :

- Un manque de confiance en elles et en autrui (E1 et E2),
- Des difficultés à faire respecter leur consentement (E1),
- Une demande affective importante (E2),
- Des troubles des habiletés sociales,
- Un équilibre occupationnel qui peut être affecté par la situation familiale initiale et le placement en MECS (E2).

8.4. Outils utilisés

E1 : « Ici vue qu'on fait de l'évaluation. Donc: je vais faire un ELAdDEB, je vais faire une MHAVIE, une MQE. Après je vais faire des listes des rôles ou des ACIS, etc. Donc beaucoup d'évaluations du MOH. Je vais forcément faire un ELAdDEB pour mon analyse une MHAVIE et une MQE, et après un OQ aussi » (E1).

« Oui, tirés du MOH La liste d'intérêts, la liste des rôles... ce sont des outils qui nous permettent quand même de centrer. Mais après, il y en a d'autres aussi. » (E1)

E2 : «À partir de 13-14 ans, selon la maturité, je commence à faire un eladeb. Ça me permet de trier un peu les problématiques, et ça délie la parole. Je fais une première anamnèse avec les parents ou éducateurs ou famille d'accueil, et après, avec l'enfant, je fais l'eladeb , et j'apprends souvent d'autres choses. » (E2)

« je peux faire le OQ » (E2)

« je fais parfois l'ACIS, je me mets en activité de jeu avec les ados, et j'observe, je cote, je récolte des données qualitatives » (E2)

« J'ai déjà fait la liste des centres d'intérêts, mais je la trouve moyennement adaptée » (E2)

« j'utilise beaucoup l'OQ, surtout avec ceux qui peuvent mettre en place une routine à la maison, qui sont plutôt autonomes et indépendants. Ça me permet de voir comment ils perçoivent leur journée » (E2)

« Après, il y en a d'autres que je n'ai jamais utilisés, mais j'aimerais beaucoup utiliser, je crois que c'est la SCOPE pour les enfants mais elle est payante » (E2)

« je fais tout ce qui est scolaire : BHK, LESPARGOT pour le graphisme. Je peux faire des tests de la NEPSY comme les cubes pour l'exploration visuelle, le MAN.OS pour la manipulation des outils scolaires. Ça dépend des problématiques : si c'est du graphisme, je fais ça, » (E2)

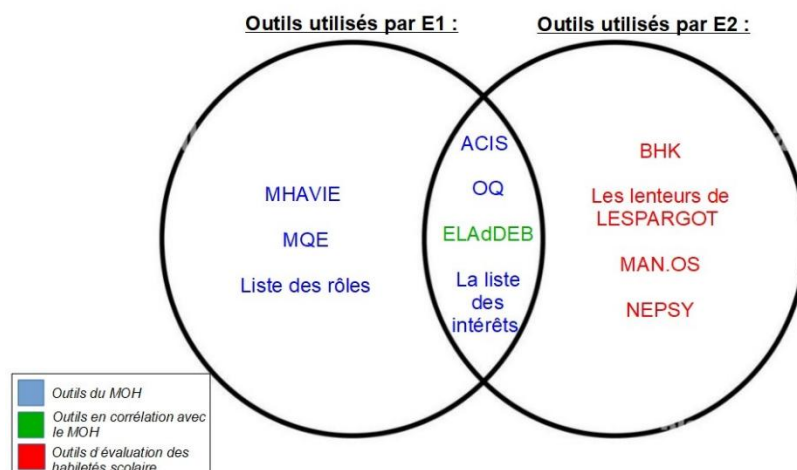


Illustration 4 : Schéma illustrant les outils utilisés par les ergothérapeutes interrogées

Analyse :

On note donc une majorité de bilans occupationnels issus du MOH utilisés par E1 et un mélange de bilans analytiques et occupationnels utilisés par E2. De plus, les deux ergothérapeutes interrogées utilisent certains outils du MOH similaires et commencent leurs interventions avec le patient en utilisant l'ELADEB.

8.5. Modèle d'Occupation Humaine (MOH)

E1 : « Le MOH va vraiment me permettre de pouvoir classer la volition, la satisfaction et toutes les sortes de capacités, donc en lien avec les habiletés, qu'elles soient sociales ou autres. Et c'est surtout un gros référentiel d'outils pour moi, qui permet vraiment d'évaluer chaque champ. » (E1)

« Tous les concepts sont importants dans le MOH » (E1)

« Bah tous (concepts du MOH pertinent) , hein. L'agir, parce que des fois on a de grosses difficultés sur ça. La volition aussi, hein. » (E1)

E2 : Concepts pertinents du MOH : « Je dirais l'habituatation quand même. Avec les enfants qui sont au foyer de l'enfance, je trouve qu'il manque de routines. Ils ont vraiment du mal à se ritualiser, et ça relie aussi avec l'environnement qui n'offre pas la possibilité d'avoir des routines strictes, on va dire, entre guillemets. Quand je fais mes entretiens, je leur demande leur routine, et c'est vrai que pour les enfants qui sont en foyer, leur quotidien est moins ritualisé, en fait » (E2)

« Après dans les habiletés dans l'interaction et la communication, je trouve que c'est un truc qui pêche un peu. C'est un peu un point commun que j'ai pu trouver entre les enfants placés, au niveau des interactions, ça peut-être compliqué » (E2)

Analyse :

Le MOH constitue le cadre de référence central dans la pratique de E1. Ce modèle est utilisé pour organiser les comptes rendus et classer les informations recueillies, en distinguant notamment la volition, la satisfaction et les capacités du jeune.

Cette structuration permet de mieux comprendre le fonctionnement occupationnel global de la personne et de cibler les axes de travail pertinents. E2 mentionne le MOH à travers certains outils comme l'Eladeb, l'OQ et l'ACIS. (Voir tableau 4)

Selon E1, l'ensemble des concepts du MOH est pertinent avec ce public mais deux dimensions apparaissent particulièrement centrales : l'agir et la volition.

E2, quant à elle, considère que les axes à aborder prioritairement avec ce public sont l'environnement et l'habituatation, notamment pour accompagner la mise en place de routines stables. Elle souligne également l'importance de développer les habiletés d'interaction et de communication.

Ainsi, les deux ergothérapeutes se réfèrent particulièrement à la partie « agir » du MOH avec ce public. Seule E1 s'intéresse clairement à la volition qui fait partie de l'être, alors qu'E2 ne cite pas clairement cette composante mais aborde l'habituatation qui compose l'agir et l'environnement qui est intrinsèque à toutes les composantes.

8.6. Occupation signifiante et significative

E1 : *Outils utilisés pour l'identification des occupations signifiantes et significatives :*
« Oui, tirés du MOH. La liste d'intérêts, la liste des rôles... ce sont des outils qui nous permettent quand même de centrer. » (E1)
« Déjà, sur le service, il faut avoir un projet pour pouvoir être admis. Le projet, il peut être signifiant pour la personne mais pas forcément significatif socialement. Donc on part quand même de quelque chose qui est important pour cette personne-là. » (E1)
« On part du projet personnel pour élargir progressivement vers une intégration plus large. » (E1)

E2 : « On leur demande beaucoup de réaliser des activités significatives mais qui ne deviennent pas signifiantes. C'est un peu "fais-le" sans comprendre le sens de ce que tu fais. » (E2)
En fait, ça prend du temps et ils ont peut-être moins l'occasion, ceux qui sont placés, de s'investir dans des activités signifiantes. » (E2)
« Pour moi, c'est en lien avec la routine, qui n'est pas mise en place, parce qu'ils ont du mal à investir ce qu'on leur donne » (E2)
« Il y a une ado là, pour qui ce qui est signifiant, c'est de se scarifier, d'user du porno vraiment dans l'abus, ou de se masturber... Enfin voilà, ce sont des activités qu'on qualifierait comme... mais elle, elle trouve du sens dedans » (E2)
Freins exprimés : « Aujourd'hui, moi j'ai quand même beaucoup d'enfants TDAH, et ils ont très peu d'énergie disponible en fin de journée. Généralement, ça peut être le frein. Mais en soi, eux, ils ne mettent pas de frein. Je pense que c'est plus des freins en lien avec la pathologie ou l'environnement. Les enfants qui sont à l'ASE en MECS ont moins la possibilité de faire des activités » (E2)
« Ils me disent « j'aimerais faire ça », mais ils ne font pas le lien avec l'environnement. » (E2)

Analyse :

E1 structure davantage sa démarche avec des outils d'évaluation et une logique progressive qui part des activités signifiantes et s'élargit vers les activités significatives, tandis qu'E2 met davantage l'accent sur l'environnement, le temps nécessaire, les freins liés à la pathologie de la personne et son environnement de vie, et les dérives possibles vers des activités déviantes signifiantes pour eux.

8.7. Volition

E1 : « La volition est très changeante chez ces jeunes. Franchement, je ne sais pas s'il y a une réelle corrélation directe avec le placement, mais la volition est très changeante avec les 6 jeunes placés que j'ai accompagnés » (E1)

« Pour travailler la volition, je vais partir de ce projet qui est signifiant pour la personne, et petit à petit on va élargir le cercle autour. On peut passer par des activités mais l'environnement et le cadre sécurisant aussi, c'est hyper important : que ce ne soit ni trop évaluatif ni trop formel. On travaille beaucoup par mise en situation. » (E1)

E2 : « Alors, je ne le traduis pas en tant que volition. Disons qu'en fait, j'attends l'échange avec la personne, et on se rend compte juste par observation si elle s'engage ou pas dans ses activités. Après, moi, c'est plus en termes d'autonomie : est-ce qu'elle est capable de le faire, est-ce qu'elle est autonome dans l'activité ? Mais je ne vais pas plus loin, je ne vais pas coter l'engagement, je ne vais pas mettre des notes ou coter la motivation, comme dans la MCRO. » (E2)

« Oui j'ai déjà été amenée à travailler la motivation, à faire la tâche mais parce que c'était une demande de l'ado. Je travaille surtout avec leurs objectifs, je ne voulais pas imposer les miens. Là, c'était une ado qui voulait se laver les dents tous les jours » [...] on a mis en place une routine [...] c'était surtout un problème d'environnement (E2)

Analyse :

On voit une différence dans l'accompagnement de la volition entre E1 et E2. En effet, E2 n'identifie pas clairement la volition mais préfère parler directement d'autonomie et semble faire un parallèle avec l'habitation et l'environnement ; là où E1 l'identifie clairement et fait un lien avec les activités signifiantes et l'élargissement

vers les activités significatives. Cependant, les deux ergothérapeutes semblent faire un lien direct entre autonomie et volition. Les deux ergothérapeutes soulignent également que la volition ne peut être travaillée que si un cadre et un environnement sécurisé est posé. Elles utilisent également une posture d'écoute active, où elles sont à l'écoute des besoins de la personne accompagnée.

8.8. Participation sociale : obstacles

E1 : « *Le manque de confiance en les autres, vraiment. Et aussi, le consentement. Souvent, leur consentement a été bafoué, donc ils ont encore moins confiance en les autres. Ça peut être lié à des psycho-traumatismes ou pas, mais souvent vraiment ce manque de confiance est très présent. Souvent pour appartenir à un groupe, une société, ils ne font pas confiance donc ... Ce n'est pas une généralité non plus, c'est vraiment du cas par cas en fonction de la personne, mais c'est ce qu'on a pu observer ici* » (E1)

E2 : « *C'est plus anecdotique. C'est ponctuel, ce n'est pas la norme. Mais ce que j'ai observé comme frein, c'est par exemple un ado en MECS que les éducateurs n'amènent pas à ses rendez-vous, ou ne l'amènent pas à l'école. C'est de la négligence de la part des personnes qui travaillent avec eux. Après, il y a aussi des freins internes : beaucoup ont des difficultés au niveau de leurs habiletés sociales, et du coup, ils ont du mal à créer du lien avec les autres. Il y a beaucoup de relations violentes entre eux, même si certains arrivent à créer du lien. Ça dépend vraiment de beaucoup de choses* » (E2)

Analyse :

E1 insiste sur des freins profondément ancrés chez les jeunes, tels que la méfiance et le manque de confiance en soi et en autrui consécutifs à des parcours marqués par le non-respect de leur consentement. De son côté, E2 met en lumière des obstacles plus contextuels et relationnels, comme les difficultés d'habiletés sociales, les tensions entre pairs et les défaillances dans l'accompagnement éducatif, qui entravent concrètement leur participation au quotidien.

8.9. Participation sociale et appui sur les occupations significatives

E1 : « *Vu qu'on part de quelque chose de motivant et de signifiant pour eux, c'est beaucoup plus facile de travailler des objectifs qui permettent la participation sociale.* »

D'aller vers ce qui se passe dans la société et des rôles sociaux, on évalue aussi les rôles sociaux via la liste des rôles » (E1)

« Bien sûr que ça a un lien si c'est motivant pour eux on va plus facilement travailler des objectifs qui vont permettre de réintégrer la société. » (E1)

« Même si le projet n'est pas directement en lien avec la vie sociale, on est des êtres sociaux. On vit dans un système donc à un moment donné, dans l'autonomisation, il faut de toute façon faire partie d'un système. » (E1)

E2 : *« Quand on fait des choses avec du sens, il y a un sentiment de bien-être qui permet ensuite de participer socialement. C'est un équilibre dans les occupations, et quand on participe à des activités, il y a forcément des interactions, donc on crée du lien. Il y a un sentiment de compétence aussi, qui joue sur le bien-être » (E2)*

Analyse :

Les deux ergothérapeutes expriment une idée commune : les occupations significatives sont la porte d'entrée pour renforcer la participation sociale.

Pour E1, cela passe par une stratégie structurée d'élargissement des projets personnels vers des rôles sociaux reconnus.

Pour E2, cela passe par la recherche d'un équilibre occupationnel et du bien-être et du sentiment de compétence qui sont les bases d'une participation sociale efficace et durable.

8.10. Pertinence de l'ergothérapie en MECS

E1 : *« : Bien sûr, ce serait super. Dans les MECS, il y a surtout des éducateurs spécialisés. Mais Un bon binôme avec un ergothérapeute, voire avec un neuropsychologue aussi, une équipe pluri finalement, ce serait très intéressant.*

En tant qu'ergo on se concentre vraiment sur tout ce dont on vient de parler finalement la volition etc ... et on pourrait vraiment accompagner toutes les sphères importantes autour de l'autonomie, de la participation, etc pour vraiment rendre un être autonome et non dépendant. L'ergothérapie peut avoir son rôle » (E1)

« Pourquoi pas à travers des ateliers de groupe pour travailler les habiletés sociales, ou encore sur le projet de vie, l'adaptation scolaire...Ça pourrait être un vrai plus, surtout directement en MECS parce que c'est leur lieu de vie et en ergothérapie, c'est beaucoup plus efficace d'agir sur le lieu de vie. C'est là où on évalue vraiment les habitudes de vie » (E1)

E2 : « *Une ergo qui puisse se déplacer, je pense que ça aurait plus de sens, parce qu'on pourrait vraiment travailler en collaboration avec les éducateurs, influencer directement l'environnement, ensuite, les axes de travail, ce serait surtout sur les occupations, mettre en place des routines... voilà, tourner autour des occupations* »
(E2)

Analyse :

E1 et E2, bien que formulant leurs idées différemment, s'accordent sur trois grands axes :

- L'importance d'agir directement dans les MECS pour avoir un impact réel,
- Le rôle central de l'ergothérapie autour des occupations, des routines et de l'autonomie contextualisée,
- La nécessité d'intervenir en collaboration avec les autres professionnels pour influencer l'environnement et accompagner de manière holistique les jeunes.

Cette convergence permet d'imaginer une approche ergothérapeutique à l'intérieur des MECS centrée sur la personne et ses occupations.

9. Discussion

A partir des résultats obtenus ci-dessus, nous allons pouvoir procéder à une confrontation entre données qualitatives de terrain et données extraites de revues de littérature. Ensuite, nous identifierons les limites et biais de cette recherche. Enfin, il sera abordé les liens entre celles-ci, les perspectives personnelles et la future pratique professionnelle.

9.1. Similitudes et points divergents avec le cadre conceptuel

Les résultats obtenus à travers les entretiens montrent une grande hétérogénéité dans les profils des jeunes placés accompagnés en ergothérapie, confirmant les données de la littérature qui soulignent la comorbidité fréquente entre handicap, troubles du neurodéveloppement, troubles des apprentissages et difficultés psychiques chez les jeunes en protection de l'enfance. En effet, « *Un enfant sur deux pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) souffre d'au moins un trouble psychique* » et « *17 % des enfants de l'ASE présenteraient un handicap physique ou*

mental reconnu par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) » (Severino, 2024).

De même, les données qualitatives fournies expriment que les adolescents ayant connus un parcours de placement sont souvent sujets à un manque de confiance en eux et en autrui, à des difficultés à faire respecter leur consentement, à une demande affective importante et des troubles des habiletés sociales. Ce constat, bien qu'il ne puisse pas être directement corrélé au placement dans les données fournies par les entretiens, est évoqué dans la littérature : « *Ces défis peuvent se manifester par des problèmes d'attachement et des cicatrices émotionnelles qui entravent la capacité des personnes quittant la prise en charge à nouer des relations stables et à long terme* » (Scofield et Beek, 2009) [traduction libre].

Il est également stipulé dans les résultats que l'équilibre occupationnel peut être affecté par la situation familiale initiale et le placement en MECS, bien qu'il n'y ait pas d'étude faisant une corrélation directe entre placement et équilibre occupationnel, on peut voir dans la littérature que « *La perception de l'équilibre est personnelle, influencée par la culture, les valeurs et les attentes environnementales* » (Backman, 2004). Ainsi, les attentes environnementales étant impactées par la transition entre milieu familial et MECS, ce constat semble en corrélation avec la littérature.

De même, l'analyse des entretiens confirme la pertinence du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme cadre pour comprendre et soutenir l'accompagnement des adolescents placés en ergothérapie, bien qu'il soit parfois combiné avec des outils plus analytiques en fonction des besoins identifiés.

Concernant la volition, E1 souligne sa nature « *très changeante* » et adopte une démarche structurée en partant d'un projet personnel signifiant pour l'adolescent et en élargissant progressivement vers des activités socialement significatives. Ce processus est conforme aux recommandations du MOH qui préconise d'ancrer l'intervention dans les intérêts initiaux du sujet pour renforcer la volition (Mentrup, 2008). À l'inverse, E2 mobilise la volition de façon plus implicite, en privilégiant l'observation de l'engagement ou en répondant aux demandes exprimées par les jeunes. Bien que moins formalisée, cette posture reste en phase avec l'approche centrée sur la personne en favorisant l'autodétermination dans le choix des objectifs. Ainsi, la deuxième ergothérapeute interrogée n'identifie pas la volition en tant que telle

et préfère utiliser le terme plus global « *autonomie* » tandis que la première ergothérapeute interrogée utilise la volition et l'investigue mais fait également le lien avec l'autonomie. Cependant, l'autonomie étant définie dans la littérature comme la phase finale du processus de remotivation utilisée pour des « *personnes présentant un trouble grave de la volition* » (Doussin, 2018), on peut alors facilement faire le lien entre ces deux concepts lorsqu'on les aborde.

Il est également à noter que E1 considère la volition comme un concept clé du MOH à aborder en ergothérapie et qu'elle fait un lien direct avec les occupations significantes et significatives.

Concernant ces dernières, les deux ergothérapeutes expriment des approches qui divergent. E1 mobilise les outils du MOH pour partir du projet personnel et des activités significantes afin d'élargir vers des occupations socialement significatives, rejoignant les principes de Kielhofner (Mentrup, 2008) sur la motivation et le rôle des valeurs. À l'inverse, E2 met en avant les freins : fatigue, environnement peu structurant et dérives vers des activités déviantes mais investies de sens, ce qui rejoint les constats de D. Laliberte Rudman sur les occupations marginales en contexte de vulnérabilité. Ces perspectives soulignent la nécessité de tenir compte à la fois du sens subjectif pour l'individu et des attentes sociales dans l'accompagnement (Laliberte Rudman, 2010). Les propos recueillis lors des entretiens illustrent deux grands types d'obstacles à la participation sociale des jeunes placés : les freins internes liés à leur histoire personnelle et les barrières externes relevant du cadre institutionnel.

Les propos de E1 rejoignent les travaux de Lacharité et al. de 2006, sur les effets du trauma relationnel chez les jeunes placés qui altèrent durablement la capacité à créer des liens sociaux sécurisants. Le manque de confiance, souvent enraciné dans des expériences de violation du consentement, entrave l'accès aux rôles sociaux et aux groupes d'appartenance. E2, de son côté, met l'accent sur les freins contextuels et institutionnels. Ces propos font écho aux critiques relevées par l'ONPE concernant les inégalités d'accès aux soins et aux droits fondamentaux en protection de l'enfance (ONPE, 2024).

E2 ajoute que des freins internes existent aussi, notamment les déficits en habiletés sociales. Ces difficultés sont bien documentées, notamment par Flament et al. (2019), qui soulignent l'impact des troubles de l'attachement et des troubles neurodéveloppementaux sur les compétences sociales des adolescents en

placement. Ainsi, cela confirme que la participation sociale des jeunes en MECS est entravée par une double dynamique : des fragilités personnelles et relationnelles héritées de parcours compliqués ainsi que des déficiences dans l'environnement institutionnel censé les accompagner.

Face à ces obstacles, les deux ergothérapeutes interrogées convergent sur l'importance de s'appuyer sur des occupations signifiantes pour favoriser la participation sociale. Cette approche est en phase avec les modèles occupationnels comme le MOH (Mentrup, 2008), qui postulent que la motivation intrinsèque et la signification des activités sont des moteurs essentiels d'engagement social. E1 évoque la notion d'équilibre occupationnel, centrale dans la littérature (Wilcock & Hocking, 2015), selon laquelle l'harmonie entre les occupations contribue au bien-être et facilite l'intégration sociale. Ce propos rejoint les théories de la participation sociale qui insistent sur l'inscription nécessaire des individus dans des réseaux et des rôles sociaux (Levasseur et al., 2010).

Ainsi, les deux ergothérapeutes placent les occupations signifiantes au centre de leur stratégie pour renforcer la participation sociale.

Enfin, l'ergothérapie en MECS est vue comme une approche intéressante à inscrire dans le milieu de vie. Les ergothérapeutes insistent sur la nécessité d'agir directement dans le cadre de vie des jeunes et sous-entendent qu'il faut développer des pratiques ergothérapiques en protection de l'enfance centrées sur les occupations, les routines et les environnements de vie, en collaboration avec d'autres professionnels.

9.2. Validation et/ou invalidation des hypothèses

Pour rappel, l'objectif de cette étude était de montrer que l'ergothérapeute dispose d'outils, de connaissances et de moyens permettant de développer la participation sociale des adolescents placés en maison d'enfants à caractère social et ainsi de répondre à la question « **En quoi l'ergothérapeute peut-il s'appuyer sur le MOH pour accompagner les adolescents placés en MECS dans le but de garantir leur participation sociale ?** ».

Afin de répondre à ce questionnement, deux hypothèses ont été établies. La première était : « **L'ergothérapeute peut s'appuyer sur le développement de la volition dans le but de permettre la réalisation d'occupations significatives** ».

Selon les différents propos des ergothérapeutes questionnées, cette hypothèse n'est pas validée. En effet, bien que la première ergothérapeute interrogée s'appuie sur la volition dans sa pratique pour développer la réalisation d'occupations ayant un sens social, la deuxième ergothérapeute n'utilise pas ce terme et ne développe pas ce concept dans sa pratique. Ainsi au vu des réponses non concordantes, cette hypothèse est invalidée et nécessite une étude plus approfondie.

La deuxième hypothèse de cette étude était « **La réalisation d'occupations significantes permet d'initier une participation sociale satisfaisante** ». Cette hypothèse est validée par les points de vue des ergothérapeutes interrogées. En effet, d'après elles, les occupations significantes sont la porte d'entrée pour renforcer la participation sociale. Cela peut être lié à une stratégie structurée d'élargissement des projets personnels vers des rôles sociaux reconnus ou à la recherche d'un équilibre occupationnel dans les occupations qui ont un sens personnel et qui sont les bases d'une participation sociale efficace.

9.3. Biais et limites de l'étude

9.3.1. Biais

Dans cette études plusieurs biais ont pu être identifiés. Tout d'abord trois biais méthodologiques ont été reconnus. Premièrement, mon étude repose sur deux entretiens avec des ergothérapeutes. Le faible nombre de participants réduit la diversité des pratiques et des points de vue recueillis. De même, les ergothérapeutes interrogées ont peu d'expérience sur le terrain et sont déjà sensibilisées à l'approche occupationnelle et intéressées par la thématique. Il existe donc un biais de sélection, elles ne représentent pas forcément toutes les réalités de pratique en ergothérapie avec des personnes placées et anciennement placées. De plus, les résultats sont ancrés dans un contexte de prise en soin en santé mentale et ne peuvent pas être directement transposés à une pratique au sein d'une maison d'enfants à caractère social et ainsi les problématiques des jeunes accompagnés sont souvent corrélées à des troubles diagnostiqués qui peuvent fausser la prise en soin.

Enfin, des biais liés aux outils utilisés ont pu être identifiés. En effet, bien qu'il permette une certaine souplesse, le guide d'entretien que j'ai construit oriente les réponses vers certaines thématiques. Cela peut restreindre l'émergence spontanée de nouveaux

éléments importants non anticipés. De plus, les questions n'ont pas toujours été formulées de la même façon et n'ont pas été forcément posées dans le même ordre, ce qui a pu influencer les réponses. De même, l'analyse thématique que j'ai menée repose en partie sur les réponses des ergothérapeutes et sur mon interprétation personnelle, elle est donc soumise à une subjectivité inhérente à toute recherche qualitative.

9.3.2. *Limites*

Cette étude présente plusieurs limites qu'il est important de souligner. Tout d'abord, le temps limité pour réaliser ce mémoire n'a pas permis d'approfondir tous les concepts ou d'interroger un plus grand nombre de professionnel, il a donc fallu faire des choix sur les thèmes abordés et cibler la recherche.

Une autre limite importante concerne la difficulté à trouver des professionnels travaillant directement en MECS. Comme les ergothérapeutes y sont encore très peu présents en France, j'ai interrogé des professionnels exerçant dans d'autres structures médico-sociales qui accompagnent aussi des adolescents suivis par la protection de l'enfance. Même si leurs témoignages sont intéressants, ils ne reflètent pas forcément toutes les spécificités du travail avec des adolescent placés en MECS.

De plus, seulement deux entretiens ont pu être réalisés ce qui ne permet pas de représenter toute la diversité des pratiques en ergothérapie avec ces jeunes. Les propos recueillis donnent seulement un aperçu de la réalité.

Enfin, il faut noter que les ergothérapeutes interrogées ont accompagné un nombre limité d'adolescents placés et leurs réponses dépendent aussi du contexte dans lequel elles travaillent. C'est pourquoi, il est important de prendre du recul sur les résultats et de ne pas les généraliser à tous les adolescents en MECS ou à tous les ergothérapeutes.

9.4. *Perspectives envisagées*

À la suite de cette recherche, plusieurs pistes de réflexion et de développement peuvent être envisagées. Tout d'abord, les résultats mettent en lumière l'intérêt potentiel d'intégrer l'ergothérapie directement dans les MECS (Maisons d'Enfants à Caractère Social). Les ergothérapeutes interrogées soulignent à plusieurs reprises

l'importance d'intervenir dans le lieu de vie des jeunes afin de favoriser un accompagnement contextualisé, centré sur les routines, les environnements, et les occupations du quotidien. Cette présence directe permettrait également de renforcer la collaboration avec les autres professionnels sur place, comme les éducateurs spécialisés, pour mieux adapter l'environnement et les projets aux besoins des jeunes. Dans cette perspective, un prolongement logique de l'étude serait de rencontrer des professionnels travaillant déjà en MECS (éducateurs, psychologues, chefs de service, etc.) afin de recueillir leur point de vue sur la pertinence et la faisabilité d'une telle intervention ergothérapique au sein de ces établissements. Il s'agirait d'interroger leurs attentes, leurs freins éventuels, ainsi que les complémentarités qu'ils perçoivent entre leurs missions et celles de l'ergothérapeute.

Par ailleurs, le développement d'un plus grand nombre d'entretiens avec d'autres ergothérapeutes, notamment ceux exerçant dans des contextes similaires (protection de l'enfance, pédopsychiatrie, structures médico-sociales), permettrait d'enrichir et d'approfondir les résultats. Cela offrirait une vision plus large des pratiques, des besoins repérés sur le terrain, et des modalités d'intervention possibles auprès des adolescents placés et permettrait de remettre en question la validation et l'invalidation des hypothèses.

Enfin, cette recherche pourrait ouvrir la voie à des travaux plus ciblés sur certaines thématiques apparues dans les entretiens, comme les habiletés sociales ou encore la place des occupations marginales chez les jeunes en situation de vulnérabilité. Ces sujets mériteraient d'être explorés plus en détail dans de futures études en lien avec la pratique ergothérapique.

9.5. Apport personnel et projection professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de développer des compétences tant théoriques que pratiques, en lien avec la démarche scientifique, l'analyse critique et la posture réflexive. La réalisation de ce mémoire a constitué un véritable enrichissement personnel et professionnel en m'amenant à m'interroger en profondeur sur le rôle de l'ergothérapeute auprès d'un public peu exploré dans la littérature : les adolescents placés en MECS.

Sur le plan personnel, cette recherche m'a permis de mieux comprendre les réalités complexes du parcours de placement, ainsi que leurs répercussions sur le développement et la participation sociale des jeunes. J'ai également renforcé ma capacité à questionner mes représentations, à écouter les récits de terrain avec attention, à confronter mes idées avec les données empiriques et théoriques, ainsi qu'à structurer mon travail et centrer mes idées.

Sur le plan professionnel, cette étude m'a confortée dans mon intérêt pour une pratique centrée sur les occupations significatives, mais aussi sur l'environnement de vie et les ruptures qui peuvent impacter la participation, la santé et le bien-être. Elle a renforcé ma volonté de m'engager dans une ergothérapie sociale et qui prend en compte les vulnérabilités des personnes accompagnées dans leurs dimensions sociales et occupationnelles.

À l'avenir, je souhaite pouvoir m'impliquer dans des projets qui permettraient de développer une présence ergothérapique au sein des structures de la protection de l'enfance, telles que les MECS. Je pense que l'ergothérapeute, avec ses compétences occupationnelles et son approche holistique, peut occuper une place complémentaire aux autres professionnels, dans une approche interdisciplinaire. Cette recherche m'a également donné envie de poursuivre mes réflexions sur les modèles d'intervention adaptés à ces publics, et pourquoi pas, de reprendre plus tard mes études afin de contribuer à la création ou à l'expérimentation de dispositifs innovants en lien avec l'ergothérapie et la protection de l'enfance.

10. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objectif premier de s'intéresser au rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance.

Afin d'approfondir ce sujet, des recherches bibliographiques ont été faites permettant d'axer cette étude sur l'accompagnement des adolescents placés en MECS et l'intérêt de l'ergothérapie pour permettre une participation sociale satisfaisante, plus précisément, nous nous sommes questionnés sur l'utilisation du modèle de l'occupation humaine dans ce cadre.

Pour répondre à ce questionnement, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes ayant déjà travaillé avec des adolescents placés ou des adultes ayant été placés à l'adolescence, l'objectif étant de répondre à la question de recherche mais également de valider ou d'invalidier les deux hypothèses proposées. L'analyse des résultats a permis de valider partiellement les hypothèses posées : si la première hypothèse concernant l'usage de la volition pour permettre l'accès aux activités significatives a été invalidée en raison de pratiques divergentes entre les ergothérapeutes, la seconde portant sur le rôle des occupations significatives pour initier une participation sociale satisfaisante a été confirmée. Ces activités apparaissent comme un point d'appui essentiel pour renforcer l'intégration sociale des jeunes accompagnés.

Ce travail souligne également le potentiel de l'ergothérapie en protection de l'enfance, notamment dans une perspective d'intervention en milieu de vie. Les professionnels interrogés insistent sur la pertinence d'intégrer l'ergothérapeute directement en MECS, afin de travailler de manière plus étroite avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, de s'inscrire dans le quotidien des jeunes et de proposer un accompagnement centré sur leurs besoins réels, leurs aspirations et leur contexte de vie.

Ainsi, cette étude invite à poursuivre la réflexion autour du développement de l'ergothérapie dans les dispositifs de protection de l'enfance tout en soulignant la nécessité d'approfondir la recherche sur ce sujet encore peu documenté. Elle ouvre des perspectives prometteuses pour une pratique ergothérapique innovante, centrée sur l'occupation et adaptée aux enjeux de l'adolescence en situation de vulnérabilité.

Bibliographie :

Ouvrages

- Bankoff, G., Frerks, G., & Hilhorst, D. (2004). *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781849771924>
- Debout, C. (2012). Holisme. Dans *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (p. 311-312). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0311>.
- Lebrun, P.-B. et Laran, S. (2016). *Le droit en action sociale*. (2e éd.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.laran.2016.01>.
- Mesly, O. (2015). The Hypothetico-Deductive Method. In *Creating Models in Psychological Research*. SpringerBriefs in Psychology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15753-5_8
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Ergothérapies. De Boeck Solal.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01>.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>.
- Reed, K.L., & Sanderson, S.N. (1983). *Concepts of occupational therapy* (2e éd.). Williams et Wilkins.
- Wilcock, A., & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003525233>

Articles

- Backman C. L. (2004). Occupational balance: exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian journal of occupational therapy*. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(4), 202–209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100404>

- Borderon, M & Oliveau, S. (2016). Vulnérabilités sociales et changement d'échelle. *Espace populations sociétés* [En ligne], 2016/3. <https://doi.org/10.4000/eps.7012>
- Brodiez-Dolino, A. (2015). La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, 188(2), 10-18. <https://doi.org/10.3917/inso.188.0010>.
- Doussin, A. (2018). La volition : ce qui pousse la personne à s'engager dans ses occupations. *Le Monde de l'Ergothérapie*, pp. 28-30.
- Fougeyrollas, P., Propos recueillis par Boukala, M. (2009). Entretien avec Patrick Fougeyrollas. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 45(1), 165-174. <https://doi.org/10.3917/nras.045.0165>.
- Harel-Katz, H., & Carmeli, E. (2019). The association between volition and participation in adults with acquired disabilities: A scoping review. *Hong Kong journal of occupational therapy: HKJOT*, 32(2), 84–96. <https://doi.org/10.1177/1569186119870022>
- Iwama, M. K., Thomson, N. A., & Macdonald, R. M. (2009). The Kawa model: the power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and rehabilitation*, 31(14), 1125–1135. <https://doi.org/10.1080/09638280902773711>
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII*(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>.
- Lacharité, C., Éthier, L.-S.-. & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484(4), 381-394. <https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0381>.
- Laliberte Rudman, D. (2010). Occupational possibilities. *Journal of Occupational Science*, 17(1), 55-59. https://www.researchgate.net/publication/288147477_Occupational_possibilities
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2141–2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>

- Mekiri, K. (2013). Adolescent entre situation traumatogène et protection familiale - Rôle des enveloppes familiales dans la protection des enveloppes individuelles. *Dialogue*, 201(3), 121-132. <https://doi.org/10.3917/dia.201.0121>.
- Mentrup, C. (2008). The fourth edition of Gary Kielhofner's book, Model of Human Occupation: Theory and Application. *Occupational Therapy In Health Care*, 22(2-3), 201-202. <https://doi.org/10.1080/07380570801991834>.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
- Schofield, G., & Beek, M. (2009). Growing up in foster care: providing a secure base through adolescence. *Child & Family Social Work*, 14(3), 255-266.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00592.x>

Autres références

- Action Enfance. (s. d.). *Notre cadre d'intervention*. Action enfance, grandir en village d'enfants ou d'adolescents. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://www.actionenfance.org/fondation-action-enfance/nous-connaître/notre-cadre-intervention/>
- Action-sociale. (s. d.). *Maison d'enfants à caractère social (MECS)*. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html>
- Amrous, N., Abassi, E., Diallo, C.-T. & Vinceneux, K. (2023). *L'aide sociale à l'enfance. Édition 2023*. Les dossiers de la DREES, n°115. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-10/DD115.pdf>
- Association Jean Cotxet. (s. d.). *Éducation thérapeutique*. <https://www.jean-cotxet.fr/?s=education+therapeutique>
- Bagley, S. (2024). *Développement psychosocial chez les adolescents*. Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/probl%C3%A8>

[mes-de-sant%C3%A9-chez-les-adolescents/d%C3%A9veloppement-
psychosocial-chez-les-adolescents](#)

Citoyens & Justice. (2020). Agir Ensemble pour les Droits de l'Enfant. AEDE. <https://www.citoyens-justice.fr/k-stock/data/storage/fichiers/RapportAEDE-FR.pdf>

Croix-Rouge française. (2019). *Accompagner les enfants les plus vulnérables et leurs familles : Nos actions de protection de l'enfance*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.croix-rouge.fr/enfance-et-precarite/accompagner-les-enfants-les-plus-vulnerables-et-leurs-familles-nos-actions-de-protection-de-l-enfance-2329>

Drees. (2017). *Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/fiche14-8.pdf>

Dubasque, D. (2018). *Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Quelles en sont les différentes approches ?* Ecrire pour et sur le travail social. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://dubasque.org/quest-ce-que-la-vulnerabilite/>

Légifrance. (2007). *Article 375 - Code civil*. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426776/2011-05-13

Légifrance. (2016). *Article 388 - Code civil*. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207650

Légifrance. (2021). *Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante*. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069158>

Légifrance. (2022). *Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles*. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136781/

Légifrance. (2025). *Titre X : De la minorité, de la tutelle et de l'émancipation (Articles 388 à 413-8)*. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006117880/

ONPE. (2024). *Données sur les prises en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2022*. Observatoire national de la protection de l'enfance. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/donnees-sur-les-prises-en-charge-en-protection-de-lenfance-au-31-decembre-2022/>

Rurka, A., Barros Leal, A. & Mathiot, L. (2020). *Quel avenir après le SAJE et le SAPPEJ ? Comprendre les orientations proposées aux familles en fin de mesure, à partir de l'étude du processus décisionnel*. Observatoire national de la protection de l'enfance. <https://hal.science/hal-04209508v1>

Sante.gouv.fr. (s. d.). *Ergothérapeute*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-de-reeducation/metier/ergotherapeute>

Severino, E. (2024). *Santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance*. Terra nova. https://tnova.fr/site/assets/files/66491/terra_nova_-_sante_mentale_des_jeunes_places_de_laide_sociale_a_lenfance-1.pdf?1j4zsl

WFOT. (s. d.). *About Occupational Therapy*. World Federation of Occupational Therapy. Consulté 17 mai 2025, à l'adresse <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

WHO. (s. d.). *Adolescent health*. World Health Organization. Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/>

Table des annexes

ANNEXE I1

ANNEXE II :4

ANNEXE I Guide d'entretien :

Introduction :

Bonjour, merci de me recevoir, puis-je démarrer l'enregistrement audio dès à présent?

Je m'appelle Lou DORE, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de mes études, afin de réaliser mon mémoire d'initiation à la recherche. Celui-ci traite de la place de l'ergothérapeute dans l'inclusion sociétale des adolescent placés en maison d'enfants à caractère social. Je vous remercie d'avoir accepté de passer cet entretien. Cet entretien d'environ 30 minutes se déroulera sous la forme semi directive. avez-vous pu remplir le formulaire de consentement que je vous ai envoyés ?

comme dit dans celui-ci l'entretien est enregistré mais votre nom ne paraîtra pas dans mon mémoire, et l'enregistrement sera détruit à la fin de celui-ci. Également Vous êtes libre de mettre fin à notre échange à tout moment.

Avant de commencer je vais vous poser de rapide question pour s'assurer que vous correspondait bien à mes critères d'inclusion :

Êtes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?

Travaillez-vous avec des personnes placés ou anciennement placés en Maison d'enfants à caractère social (foyer de l'aide sociale à l'enfance) ?

Avait-elle besoin qu'on refasse un point sur le concept de MECS ?

Cette personne était-elle adolescente au moment du placement ?

Connaissez-vous le modèle du MOH ?

Merci beaucoup nous pouvons donc démarrer l'entretien.

Thème	Question principale	Relances possibles
Parcours professionnel et population accompagnée	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? Quelle est la structure où vous travaillez ? Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? Comment fonctionne l'accueil des personnes placées ou anciennement placées en MECS ? Combien de personnes placées ou anciennement placées en MECS avez-vous accompagnées ?
L'accompagnement des adolescents placés	quelles sont les particularités d'un accompagnement ergothérapeutique avec des personnes ayant connu ou connaissant un placement à l'adolescence selon vous ?	Le placement a-t-il influencé l'accompagnement en ergothérapie ? Ce placement a-t-il influencé leur engagement dans les activités ? De quelle manière selon vous ? Quelles sont les problématiques qui sont rencontrées par ce public et qui nécessitent cette prise en soin
Modalités de suivi en ergothérapie	Quelles sont vos modalités de suivi auprès de ces jeunes ?	Qui fait la demande de l'intervention ? Quels sont les objectifs principaux du suivi ? Quels sont vos moyens, vos outils ?
MOH	Connaissiez-vous le MOH ? si oui pouvez-vous me le définir avec vos mots ? Comment l'utilisez-vous avec ce public ?	Quels sont les outils utilisés ? Croisez-vous les outils du MOH avec d'autre modèle ? Quels sont les concepts du MOH qui vous semblent pertinents à développer avec les adolescents placés ou anciennement placés ?
Activités significatives et significatives	Connaissiez-vous le concept d'activité significative et significative ? Si oui pouvez-vous me le définir avec vos mots ?	Utilisez-vous des outils spécifiques ? Les jeunes arrivent-ils à exprimer ce qui a du sens pour eux ?

	Comment identifiez-vous les activités qui sont signifiantes ou significatives pour ces adolescents ? Comment développer vous la réalisation d'activité signifiante et significative lorsque vous identifier un besoin ?	Des freins sont-ils exprimés sur l'impossibilité de réaliser l'activité ? L'adolescent évoque t'il le lien entre les activité qu'il réalise ou souhaite réaliser et le placement actuel ou passé ? Utilisez-vous des mises en situations ? Sur quelles composantes de la personne pensez-vous qu'il est intéressant d'agir ?
Volition	Connaissez-vous le concept de volition ? Si oui, pouvez-vous me le définir avec vos mots ? Comment incluez-vous ce concepts dans votre prise en soin ? Comment percevez-vous la volition chez ces jeunes dans leur quotidien ?	Comment travaillez-vous sur la volition à travers vos séances ? Avez-vous observé des freins particuliers (ex. : estime de soi, vécu du placement, environnement) ? Utilisez-vous des stratégies pour renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle ? Si oui lesquelles ?
Participation sociale	Connaissez-vous le concept de participation sociale ? si oui pouvez-vous me le définir avec vos mots ? Selon vous qu'est ce qui entrave la participation sociale des jeunes placés ou anciennement placés ? Selon vous, en quoi les activités signifiant peuvent-elles soutenir leur participation sociale ?	Avez-vous des exemples d'activités ayant permis de renforcer leur lien social ou leur sentiment d'appartenance ? Quelle place à la dimension sociale dans vos objectifs thérapeutiques ? Estimez-vous que la participation sociale soit un indicateur de progrès ou de bien-être ?
	Pensez-vous qu'un suivi en ergothérapie dès le placement de l'adolescent sans motif annexe pourrait être bénéfique ? Si oui sous quelles modalités et avec quelles axe de travail ? Avez-vous des éléments à rajouter, des propositions ?	

ANNEXE II : formulaire de consentement :

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet d'initiation à la recherche. Le sujet de ce mémoire est : **la place de l'ergothérapie dans le développement de la participation sociale des personnes placées en Maison d'Enfants à Caractère Social à l'adolescence.**

Le présent formulaire a pour objectif de vous permettre de participer à cette recherche, tout en ayant connaissance des conditions de participation. Si vous acceptez ces termes, le formulaire sera à retourner par mail à l'adresse suivante : Lou.dore2@gmail.com.

Je soussigné(e) autorise

Lou DORE, étudiante en 3^e année d'ergothérapie, à utiliser mes propos en respectant les conditions suivantes :

Enregistrement audio :

l'entretien sera enregistré afin de faciliter la retranscription, et sera uniquement utilisé dans le cadre de ce projet d'initiation à la recherche.

Cet enregistrement sera détruit lorsque l'étude sera terminée.

Anonymisation :

Mon nom sera anonymisé.

Les dates et lieux seront modifiés.

Votre participation à ce projet est totalement volontaire. Ainsi, vous restez libre de mettre fin à celle-ci à tout moment, sans subir de préjudice.

Fait à, le

Signature de l'ergothérapeute :

Signature de l'étudiante :



L'accompagnement en ergothérapie des adolescents placés en Maison d'enfants à caractère sociale : Une approche centrée sur l'occupation pour développer la participation sociale

Lou DORE

Résumé : Le bien-être et la participation sociale des adolescents placés sont aujourd'hui des enjeux centraux dans le champ social, mais restent peu explorés dans les recherches paramédicales. Pourtant, l'ergothérapeute, en tant que professionnel centré sur l'occupation, dispose d'outils et de connaissances théoriques permettant de soutenir ces jeunes dans leur construction identitaire et sociale. L'objectif de cette étude est d'explorer comment l'ergothérapeute peut mobiliser le Modèle de l'Occupation Humaine pour accompagner les adolescents en MECS vers une participation sociale satisfaisante. Pour cela, une méthodologie qualitative a été adoptée, avec la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes ayant déjà accompagné des adolescents placés. Les résultats mettent en lumière la complexité des parcours de ces jeunes, l'importance des occupations significatives et les freins multiples à leur inclusion sociale. Si le concept de volition est mobilisé de manière hétérogène, les ergothérapeutes s'accordent sur la pertinence d'interventions ancrées sur les occupations significatives. Cette recherche souligne l'intérêt de développer l'ergothérapie en protection de l'enfance.

Mots clés : Ergothérapie, adolescents, Maison d'Enfants à Caractère Social, participation sociale, Modèle de l'Occupation Humaine.

Occupational Therapy Support for Adolescents in Residential Child Care Homes: An Occupation-Centered Approach to Foster Social Participation

Abstract: The well-being and social participation of adolescents in foster care are major social issues, yet rarely addressed in paramedical research. Occupational therapists, with their expertise in meaningful activities, can support these youths in rebuilding identity and social roles. This study explores how the Model of Human Occupation (MOHO) can guide such interventions in group homes (MECS). A qualitative approach was used, including interviews with occupational therapists experienced with this population. Findings highlight complex life paths, barriers to inclusion, and the central role of meaningful occupations. While volition is used inconsistently, therapists agree on the value of client-centered, occupation-based approaches. This study underlines the relevance of occupational therapy in child welfare setting

Key words: Occupational therapist, foster child, adolescents, social participation, Model of Human Occupation.