

Institut de Formation La Musse



La plus-value de l'accompagnement ergothérapique dans la construction identitaire
des adolescents porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique

Mémoire d'initiation à la recherche

MIGNOT, Pauline
Etudiante ergothérapeute
Promotion 2023-2026

LEROYER, Élise
Maître de mémoire

Hôpital La Musse - Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de recherche
Saint Sébastien de Morsent, France



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 Pauline MIGNOT

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 EUREUX

Le 08/05/2026 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.

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Travail individuel

Je soussigné(e) **Pauline MIGNOT** atteste



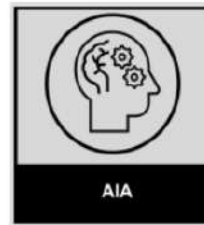
NIA

Ne pas avoir eu recours
à l'IA



GIA

Avoir généré ce travail
par l'IA



AIA

Avoir utilisé partiellement
l'IA



Si vous avez utilisé l'IA c'est à des fins de :

Nom du/des sites utilisés

☐ Corrections orthographiques	
☐ Formulations – reformulations	
☐ Créations de titres	
☐ Structurations de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☐ Recherche de bibliographie	
☐ Autre(s), précisez :	

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 08/05/2026

A EVREUX

Signature

Remerciements

En tout premier lieu, je souhaite particulièrement remercier Élise Leroyer, maître de mémoire, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses conseils circonstanciés qui m'ont permis de poursuivre et d'achever ce mémoire d'initiation à la recherche.

Également, je remercie les ergothérapeutes ayant participé à cette étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs expériences précieuses partagées pour alimenter cette recherche.

Évidemment, je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'Institut de Formation La Musse, notamment Delphine Boishus, Julie Louvet, Arnaud Schabaille et Cécile Farny pour leur disponibilité et bienveillance durant ces trois années de formation. Un accompagnement essentiel qui a contribué à écrire cette nouvelle page professionnelle autour de ce métier si passionnant et riche qu'est l'ergothérapie.

Pareillement, je tiens à remercier mes tutrices et l'ensemble des professionnels rencontrés tout au long de ce cursus de formation qui m'ont guidé dans ma pratique ergothérapique et qui ont participé à la construction de mon identité professionnelle.

Merci à mes amies, Alizéa, Anaëlle et Juliette, pour leur soutien et écoute qu'elles m'ont témoigné au cours de la réalisation de ce mémoire de recherche, mais aussi pour les beaux moments partagés ensemble pendant ces trois années.

Enfin merci à ma famille, mes proches qui ont apporté leur soutien sans faille tout au long de ces études.

*« L'identité n'est pas donnée une fois pour toutes, elle se construit et se transforme
tout au long de l'existence. »*

Amin Maalouf

*« L'adolescence est le moment où nous cherchons avidement à définir qui nous
sommes et à découvrir notre place dans le monde. »*

Virginia Woolf

Table des matières

I. Introduction	1
II. Contextualisation de la recherche.....	2
A. Situation d'appel.....	2
B. Comprendre le TSA	3
C. Question de départ.....	4
III. Conceptualisation de la recherche	5
A. Être adolescent avec un TSA	5
A.1 L'Adolescence : période charnière	5
A.2 Les habiletés sociales.....	6
A.3 Spécificités de l'adolescent avec un TSA	8
B. La construction identitaire	10
B.1 Un processus complexe en perpétuel mouvement.....	10
B.2 L'adolescence : période de crise identitaire.....	11
B.3 Les enjeux des adolescents porteurs d'un TSA	12
C. L'ergothérapie auprès des adolescents avec un TSA.....	13
C.1 L'ergothérapeute : spécialiste de l'analyse de l'occupation.....	13
C.2 L'accompagnement ergothérapique en pédiatrie	15
D. Contribution du Modèle de l'Occupation Humaine	17
D.1 Définition du MOH	17
D.2 Les composantes du MOH	19
D.3 Focus sur l'identité occupationnelle et la construction identitaire	20
IV. Processus de problématisation	21
A. Synthèse de la littérature	21
B. Question de recherche et hypothèse.....	22
V. Dispositif méthodologique et expérimental.....	22
A. Objectif de l'étude.....	22
B. Choix de la méthodologie de recherche et de son approche.....	23
C. Population de recherche.....	24
D. Techniques et outils de recueil de données empiriques	25

E. Démarche de recrutement.....	26
V. Analyse et interprétation des résultats	26
A. L'adolescence et les particularités de l'autisme.....	27
A.1 Une difficulté dans la communication et les interactions sociales.....	27
A.2 Des stratégies d'évitement à la relation sociale	28
A.3 L'impact des particularités sensorielles.....	28
A.4 Le manque d'adaptation de l'environnement	28
A.5 Distinguer les freins liés à l'adolescence de ceux de l'autisme.....	29
B. La construction identitaire des jeunes porteurs d'un TSA.....	29
B.1 L'impact de l'environnement du jeune.....	29
B.2 L'adolescent avec un TSA, placé au centre de sa construction identitaire ..	30
B.3 Le poids du TSA dans la construction de son identité	31
B.4 Les parents : entre freins et leviers pour accompagner ces jeunes	31
C. L'accompagnement ergothérapique	32
C.1 Une prise en soin centrée sur la personne	32
C.2 Rapport des ergothérapeutes avec les modèles conceptuels	33
C.3 Des outils ergothérapiques au service de la construction identitaire	34
C.4 L'apport des modèles conceptuels et outils ergothérapiques	35
VI. Discussion	35
A. Points de convergence et de divergence avec le cadre conceptuel.....	36
A.1 L'adolescent porteur d'un TSA : de multiples particularités à considérer.....	36
A.2 Des obstacles environnementaux à la construction identitaire	37
A.3 L'accompagnement holistique ergothérapique.....	39
B. Validation ou réfutation de l'hypothèse.....	40
C. Biais et limites de l'étude	40
D. Perspectives	41
E. Apport personnel et projection professionnelle	42
VII. Conclusion.....	43

Bibliographie

Table des annexes

Liste des abréviations

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

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

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

COSA : Child Occupational Self-Assessment

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies Onzième Révision

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DTVP : Developmental Test of Visual Perception

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

IME : Institut Médico Éducatif

MCREO : Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel

MDA : Maison des Adolescents

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

NEPSY : Bilan Neuropsychologique de l'enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQ : Occupational Questionnaire

PEO : Personne Environnement Occupation

PPH : Processus de Production du Handicap

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

TND : Trouble du Neurodéveloppement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

I. Introduction

Le site national d'informations français pour toutes les personnes concernées par l'autisme et les Troubles du Neurodéveloppement (TND) stipule que le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) touche environ 700 000 à 1 million de personnes en France, comprenant 100 000 jeunes de moins de 20 ans. La prévalence continue de s'accroître au cours des années et s'explique par une meilleure compréhension et une identification plus efficace de ce trouble avec des critères diagnostiques plus larges (La maison de l'autisme et des TND, 2026). Les premiers signes apparaissent dans la période précoce du développement de l'enfant, à savoir entre 18 et 36 mois. Ce trouble se traduit par une altération des relations sociales, de la communication et du comportement ; et ce, durant toute la vie de l'individu (Inserm, 2024). Lorsque l'enfant avec un TSA, arrive dans la période charnière de l'adolescence, surmonter les changements que cette période impose peut s'avérer difficile. En effet, l'adolescence est une période majeure dans le développement de l'enfant car elle est marquée par de profonds changements physiologiques et psychiques qui l'amènent à construire peu à peu son identité et son avenir en tant que futur adulte (World Health Organization, 2019).

Dans ce contexte, affermir son identité peut s'avérer complexe. Leur difficulté à communiquer et à interagir avec leurs pairs entrave leur participation sociale dans les activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute, par sa vision globale et centrée sur la personne, accompagne ces jeunes dans l'atteinte de leurs objectifs personnels. Ce travail d'initiation à la recherche s'attache justement à venir questionner les moyens ergothérapiques qui permettent de favoriser cette construction identitaire auprès de ce public.

Cette étude sera tout d'abord étayée par une revue de littérature scientifique portant sur le TSA, l'identité, l'ergothérapie et l'intrication des différents concepts entre eux. Ensuite, une partie méthodologique présentera les modalités et raisons du choix de conduire une étude qualitative. Elle sera suivie par une analyse des résultats obtenus à la suite des entretiens menés auprès d'ergothérapeutes. Enfin, elle se terminera par une partie discussion qui portera sur la confrontation des résultats avec le cadre conceptuel au regard de l'hypothèse proposée, des biais et limites de l'étude, des perspectives envisagées, puis par les apports professionnels émanant de ce travail.

II. Contextualisation de la recherche

A. Situation d'appel

Lors de mon stage en septembre et octobre 2024 au sein d'un hôpital de jour en santé mentale, j'ai rencontré des adolescents présentant des TND, notamment porteurs d'un TSA. L'objectif de leur prise en soin était de les accompagner dans le développement de leurs habiletés sociales, de leur autonomie et de leur indépendance. Ces adolescents sont en effet confrontés à plusieurs difficultés : à interagir et communiquer avec autrui, à gérer leurs émotions. Ces difficultés peuvent être majorées lors de la période charnière de l'adolescence.

L'adolescence, me questionne car c'est une période de changements intenses pour l'individu. C'est un moment de sa vie, où il peut se questionner sur lui-même et sur son avenir. De plus, elle marque une étape importante de la vie de l'adolescent car elle vient caractériser le passage de la vie d'enfant à adulte. Durant mon stage, j'ai pu constater que les adolescents avec un TSA rencontraient des difficultés à donner leur avis sur un sujet ou encore sur leurs ressentis, à faire des choix, à prendre position sur des thématiques abordées lors d'ateliers en groupe et en individuel. Leurs intérêts, parfois restreints, pouvaient également interférer dans leur évolution et émancipation car cela venait limiter leurs interactions avec l'environnement.

Parmi l'équipe pluridisciplinaire présente pour accompagner ces adolescents, l'ergothérapeute proposait, en collaboration avec une infirmière, des ateliers de groupe pour développer leurs habiletés sociales, apprendre à reconnaître leurs émotions et comment les réguler. Les objectifs consistaient à identifier les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer au quotidien et quelles ressources ils pouvaient mobiliser pour y faire face. Ma participation à ces ateliers m'a conduit à me questionner sur la prise en soin de ce public. En effet, comment proposer un accompagnement qui a du sens pour ces jeunes pour les aider à se construire en tant que futur adulte ? Ce qui m'a amené à m'interroger sur le concept d'identité occupationnelle qui met en exergue l'importance de s'engager dans ses occupations pour définir son identité et ses projections quant à son avenir (Parkinson et al., 2006).

B. Comprendre le TSA

Tout d'abord, il est essentiel de comprendre ce qu'est le trouble du spectre autistique. Il s'agit d'un trouble du neurodéveloppement qui intervient dans la période précoce du développement de l'enfant et qui l'accompagne durant sa vie entière. Les causes de ce trouble ne sont pas clairement identifiées à ce jour. Cependant, les scientifiques ont pu démontrer une origine multifactorielle au développement de ce dernier ; à savoir une prédominance de facteurs génétiques, des facteurs épigénétiques périnataux et des anomalies précoces du neurodéveloppement (La maison de l'autisme et des TND, 2026). Le diagnostic repose sur les critères définis dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} version), qui classe ce trouble dans une catégorie unique appelée les Troubles du Spectre de l'Autisme et reposant sur deux grands piliers : la dyade autistique (HAS, 2018a).

Le premier critère est la présence d'une altération dans la communication et les interactions sociales de l'enfant dans différents contextes :

- « *Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle.*
- *Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales.*
- *Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations. »*
(HAS, 2018a)

Le second critère est l'observation de comportements, d'intérêts voire d'activités restreints chez ce dernier tels que :

- Des stéréotypies ou mouvements répétitifs dans la manipulation d'objets ou du langage.
- Une intolérance aux changements, avec des routines et rituels comportementaux inflexibles.
- Des intérêts restreints inhabituels dans leur intensité ou leur but.
- Des troubles sensoriels traduits par une hyperréactivité ou une hyporéactivité aux stimulations sensorielles (HAS, 2018a).

Il est important de noter que cette définition est en évolution constante. La CIM-11 (Classification internationale des maladies, 11^{ème} révision), de son côté, précise qu'un individu avec un trouble du spectre autistique peut avoir des niveaux intellectuels et de langage variés (Misès et al., 2020). Ainsi, un individu avec un trouble du spectre de

l'autisme induit des déficits qui vont se répercuter sur les différentes sphères de sa vie quotidienne : professionnelle, personnelle, sociale, familiale, éducative. Ces difficultés rencontrées par l'individu sont présentes tout au long de sa vie de façon plus ou moins importante, qu'il soit enfant, adolescent ou adulte (Misès et al., 2020).

Par ailleurs, il est fondamental de préciser que les individus avec un trouble du spectre autistique sont tous différents, d'où l'emploi du terme « spectre ». Par conséquent, il est primordial d'évaluer, par le biais d'outils normés, la nature ainsi que l'intensité de leurs déficits afin de déterminer leurs aptitudes sociales, émotionnelles et communicatives (Misès et al., 2020).

Enfin, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer auprès de cette population puisqu'il est le garant du lien entre activité humaine et santé. Il tient compte de la personne, de ses occupations et de l'environnement dans lequel elle évolue afin d'améliorer sa qualité de vie (Hernandez, 2010).

Ce travail de recherche se concentrera sur les adolescents TSA ayant un déficit dans la communication et les interactions sociales, mais ne présentant pas de déficience intellectuelle, d'altération du langage, d'une pathologie médicale ou génétique associée, ni d'un trouble mental associé (HAS, 2018b).

C. Question de départ

Dans le cadre de cette initiation à la recherche, je choisis de me centrer sur la relation entre l'adolescent avec un trouble du spectre autistique et la construction de son identité en tant qu'individu singulier. Cette recherche me permettrait de mieux orienter la prise en soin en tant que future ergothérapeute auprès de ce public.

Ainsi, ces premiers éléments rapportés ci-dessus m'amènent à la question de départ suivante : **Comment, l'ergothérapeute peut-il accompagner la construction de l'identité des adolescents porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme ?**

III. Conceptualisation de la recherche

A. Être adolescent avec un TSA

A.1 L'Adolescence : période charnière

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans, période durant laquelle le développement cognitif, physiologique et physique des adolescents est intense. Cette étape de leur vie bouleverse leur façon de penser, d'agir et d'interagir avec leur environnement, c'est pourquoi il est essentiel de les accompagner pour construire des fondations saines pour leur santé et leur avenir (World Health Organization, 2019). L'adolescence est marquée par le début de la maturation pubertaire, vers 11-12 ans et se termine aux alentours de 18 ans ; âge où le jeune intègre le monde des adultes en devenant progressivement indépendant, émotionnellement et financièrement. À ce propos, la période de l'adolescence est difficile à limiter. Elle est plus ou moins longue selon les individus car elle peut arriver de façon précoce et se terminer bien après 18 ans si ce dernier effectue une plus longue scolarité, différant par conséquent son insertion professionnelle et donc son entrée dans la société adulte (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014). Marie Devernay, pédiatre, et Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre, évoquent également dans leur article sur le *Développement neuropsychique de l'adolescent* en 2014, une fin de l'adolescence marquée par l'atteinte de facteurs sociaux conférant des responsabilités « d'adulte ». Elles citent entre autres le travail, l'autonomie financière, le mariage et avoir des enfants.

En outre, la période de l'adolescence peut être décomposée en trois étapes dans son processus de développement physique, cognitif et psychologique, qui sera davantage détaillé en Annexe I :

- **Le début de l'adolescence** : entre 10 et 13 ans où l'enfant sort de sa phase de latence et entame le processus d'individuation et de séparation.
- **La mi-adolescence** : entre 13 et 17 ans, phase d'expérimentation et de construction en tant qu'individu singulier.
- **La fin de l'adolescence** : entre 17 et 21 ans, période qui vient consolider les apprentissages et renforcer l'identité du sujet (Devernay & Viaux-Savelon, 2014).

L'adolescence est donc une période particulièrement marquante vers le passage à la vie adulte. C'est une phase durant laquelle l'individu n'est plus un enfant, mais pas encore considéré comme un adulte. C'est un espace transitoire où l'adolescent se prépare à devenir adulte et à faire face aux responsabilités qui lui incombent. Dans son ouvrage, *Sociologie de la Jeunesse*, publié en 2022, le sociologue Olivier Galland reprend les travaux de Stanley Hall, fondateur de la psychologie de l'adolescence (*Adolescence, its psychology*, 1903), pour mettre en exergue la particularité de cette période synonyme de changements majeurs pour l'adolescent dans la construction de sa personnalité qui peut entraîner des moments de crise chez ce dernier. Cette période intermédiaire peut être inconfortable, voire frustrante, car l'adolescent oscille entre autonomie et dépendance puisqu'il est toujours sous la responsabilité de ses parents (2022).

En effet, durant l'adolescence, les jeunes prennent de plus en plus de distance avec leur cercle familial, une recherche d'émancipation qu'ils partagent avec leurs pairs à l'école. L'établissement des liens sociaux qui en découlent est essentiel pour développer leurs habiletés sociales. À travers ce désir d'émancipation, ils cherchent à construire leur propre identité personnelle (Rouillard-Rivard et al., 2018).

Dans le contexte de ce travail de recherche, notre étude portera sur la période de la mi-adolescence puisque c'est une période fortement marquée par l'exploration et la quête de son identité, notamment à travers le développement des habiletés sociales.

A.2 Les habiletés sociales

Les habiletés sociales font référence à un ensemble de compétences interpersonnelles développées par l'individu, essentielles à l'intégration de celui-ci dans ses divers milieux de vie. Les habiletés sociales ne sont pas immuables dans le temps, elles évoluent au cours de la vie de l'individu « *en fonction des contextes aussi bien temporels (niveaux de développement, générations) que spatiaux (différences entre les cultures et, parfois même, subtilités au sein d'un même noyau culturel).* » (Fallourd & Madiou, 2021). En se référant à l'approche interactionniste, les habiletés sociales proviennent de deux sources distinctes :

- La première fait référence au caractère inné de l'Homme qui, dès la naissance, possède des capacités interactionnelles (Johnson, 2005, Grossman & Johnson, 2007, cités dans Fallourd & Madieu, 2021).
- La seconde repose sur les sollicitations sociales qui développent et enrichissent les compétences interactionnelles de l'individu durant toute sa vie (Fallourd & Madieu, 2021).

De plus, de nombreuses composantes s'imbriquent dans la définition des habiletés sociales. Néanmoins, il est difficile de toutes les énumérer. C'est pourquoi, nous allons reprendre le classement proposé par Nathalie Fallourd, psychologue, et Emmanuel Madieu, psychomotricien, dans leur ouvrage *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales* publié en 2021, qui s'inspire de la taxonomie du psychologue Elksnin en 1998.

Ils recensent ainsi cinq catégories :

- **Les capacités intrapersonnelles** concernent la connaissance et le contrôle de soi, la capacité des personnes à réguler et à ajuster leurs émotions selon les contextes dans lesquels ils se trouvent.
- **Les capacités interpersonnelles** se réfèrent aux aptitudes de l'individu à établir et entretenir des relations sociales avec ses pairs comme la capacité à complimenter, montrer son affection ou encore à s'excuser.
- **Les capacités de communication** renvoient aux capacités de l'individu à maîtriser les habiletés conversationnelles. Cela se traduit par ses aptitudes à amorcer, soutenir et clôturer une conversation telles que le respect du tour de rôle et la compréhension de la communication non verbale. De même, l'individu doit faire preuve d'écoute active à l'égard de son interlocuteur, notamment en le relançant ou encore en établissant un contact visuel avec ce dernier.
- **Les capacités d'affirmation** se traduisent par la capacité de l'individu à agir pour ses propres intérêts sans nuire à ceux des autres. On peut citer comme exemple l'émission d'une critique ou la réponse à un reproche.
- **Les capacités d'adaptation collective** s'appuient sur les habiletés de l'individu à adopter diverses postures dans un contexte collectif afin de permettre la participation de chacun et par conséquent de conserver une dynamique de groupe optimale.

Ces cinq catégories sont interdépendantes puisque chacune des compétences propres à chaque habileté bénéficie aux autres. Par exemple, réguler ses émotions est essentiel pour garantir des relations interpersonnelles et groupales adéquates (Fallourd & Madieu, 2021).

Ainsi, les habiletés sociales prennent une place importante à l'adolescence. Elles reflètent en effet nos capacités à communiquer avec les autres. Ces capacités reposent sur les normes sociétales qui définissent les comportements et attitudes attendus dans les différents événements sociaux de la vie quotidienne. Certains jeunes peuvent alors rencontrer des difficultés telles que la compréhension de règles conversationnelles pour savoir comment parler, répondre, se comporter face à une situation. La communication est caractérisée par des règles implicites difficiles à entrevoir et à apprécier, comme accéder au second degré, aux expressions de la langue ou encore à l'interprétation de la communication non verbale. Ces difficultés amènent certains adolescents à s'isoler, se renfermer sur eux-mêmes, se sentir davantage frustrés et donc à avoir une estime d'eux-mêmes altérée. (Andanson et al., 2011).

A.3 Spécificités de l'adolescent avec un TSA

L'adolescence peut apparaître plus complexe encore pour les adolescents avec un trouble du spectre autistique où les codes sociaux ne sont pas toujours acquis, voire compris, quelle que soit la sévérité de leur trouble (Tardif, 2006). Ceci se traduit par une difficulté à instaurer et maintenir des relations avec les autres, à s'ajuster selon les situations vécues ou les personnes qui les entourent, pouvant occasionner un sentiment d'échecs et accentuer leur frustration durant cette période. L'adolescence est donc un passage crucial pour accompagner ces adolescents dans leur évolution et dans l'amélioration de leurs compétences sociales (Tardif, 2006).

En outre, cette période est jalonnée de défis à surmonter : accroître son autonomie, se former, exercer un métier, s'impliquer dans sa communauté, affronter les différentes épreuves de la vie et des transitions qu'elle amène sur son passage. Autant de changements qui peuvent mettre les adolescents avec un TSA en difficulté. En particulier, nous pouvons citer des obstacles en lien avec leur empathie, la gestion de leurs émotions et leur flexibilité mentale qui peuvent être altérées, entravant ainsi le

développement et le maintien de leurs habiletés sociales. D'autant plus que l'adolescence est marquée par l'arrivée au collège puis au lycée, où les interactions sociales explosent avec les premières relations sentimentales, professionnelles, amicales (Rouillard-Rivard et al., 2018).

Selon les quatre psychologues Michelson, Sugai, Wood & Kazdin (1983) dans l'ouvrage sur *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales* de Nathalie Fallourd et d'Emmanuel Madieu paru en 2021, l'acquisition des habiletés sociales se réaliserait de façon naturelle à travers nos observations, imitations et modelages. Ils expliquent par ailleurs qu'un accompagnement adapté peut être nécessaire pour les individus présentant une altération de ces aptitudes ; identifiée notamment chez les personnes avec un TSA (De Bildt et al., 2005, cités dans Fallourd & Madieu, 2021).

Plus précisément, ces adolescents avec un TSA peuvent être confrontés à plusieurs difficultés interdépendantes. Nous pouvons citer entre autres : une altération de la cohérence centrale et de la théorie de l'esprit, des difficultés d'apprentissage, à généraliser, de décentration, des centres d'intérêts restreints, des expériences sociales limitées (Fallourd & Madieu, 2021).

Un adolescent TSA peut ainsi voir sa qualité de vie diminuée, causée par le déficit de ses habiletés sociales. En effet, cette population est davantage exposée aux risques de développer des troubles anxieux, dépressifs combinés à une faible estime de soi (Coplan et al., 2004, Foley et al., 2010, cités dans Fallourd & Madieu, 2021). En outre, leur vulnérabilité peut conduire à l'émergence d'autres troubles comportementaux comme l'agressivité ou la délinquance (Walker et al., 1995, Rubin et al., 2006, cités dans Fallourd & Madieu, 2021). Ces troubles comportementaux peuvent occasionner un rejet de la société et donc participer à l'isolement de ces individus. Ce rejet entraîne ainsi la diminution de leurs expériences sociales essentielles pour développer leurs facultés et apprentissages dans ce type de contexte.

Entraîner les habiletés sociales apparaît donc comme essentiel pour accompagner ces adolescents afin d'optimiser leur participation sociale. Améliorer leurs compétences sociales leur permettrait de ce fait de développer leur autonomie. Ce type d'intervention est d'autant plus utilisé auprès des individus avec un TSA puisque

l'un des deux indicateurs diagnostiques est celui du déficit dans les interactions sociales (Fallourd & Madieu, 2021).

C'est pourquoi cette recherche s'orientera vers l'étude des habiletés sociales auprès des adolescents avec un TSA du fait de leur place prépondérante durant cette période et de leur impact sur leur évolution.

B. La construction identitaire

B.1 Un processus complexe en perpétuel mouvement

Dans le cadre de cette recherche il est crucial de définir le concept d'identité afin de comprendre les enjeux auxquels font face les adolescents durant cette période. Nous retrouvons tout d'abord l'emploi de cette notion dans les sciences sociales. En effet, le psychologue, Erik Erikson, considéré comme le père fondateur de l'identité, a défini et popularisé ce terme en 1950 dans son ouvrage *Enfance et Société*, en évoquant l'importance des interactions sociales dans la construction de la personnalité (Halpern, 2016). Par cette approche psychodynamique, il explique l'identité comme « *un sentiment subjectif d'une unité personnelle et d'une continuité de soi dans le temps* » (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014). D'après lui, cette construction n'est pas figée dans le temps et évolue durant toute la vie de l'individu à travers les différents environnements dans lesquels il se construit (Halpern, 2016). Ainsi, l'adolescent construit sa propre identité personnelle qui lui permet de se distinguer parmi ses pairs. Cette construction est issue des interactions entre l'individu et la société, où en se confrontant aux attentes et aux opportunités de cette dernière, il parvient à s'identifier à des groupes sociaux, à développer son sentiment d'appartenance à une communauté qui lui ressemble. En outre, ce psychologue décrit l'importance de se reconnaître en tant qu'individu singulier et d'être reconnu comme tel par les autres dans la construction de son identité (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014).

Dans cette continuité, le sociologue Michel Castra définit l'identité par la constitution de « *l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres* ». Autrement dit, l'identité se construit à travers la socialisation de l'individu qui concourt à l'élaboration du « *soi* » et donc à la constitution de son identité personnelle (2012).

Afin de compléter cette définition, nous pouvons aborder le travail du sociologue Claude Dubar sur l'identité. Ce dernier y distingue trois dimensions pour la construire : le moi, le nous et les autres. L'identité pour soi se réfère à « *l'image que l'on se construit de soi-même* ». L'identité pour autrui renvoie à « *l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres* ». Cependant, cette construction de l'identité se forge à travers l'image que les autres nous renvoient. Ainsi, nous voyons bien que l'identité est un processus de fabrication où interagissent ces trois systèmes. Elle est le socle de notre individualisation et nous permet de nous différencier d'une communauté ou des individus qui nous entourent (Fray & Picouneau, 2010).

En outre, cette construction se réalise dans les différents contextes environnementaux et sociaux de l'individu : au sein de sa famille, auprès de ses pairs à l'école ou bien au sein de sa communauté, notamment par le biais d'une culture transmise. De ce fait, l'individu acquiert des valeurs et des traits de personnalité, se différencie de ses pairs tout en partageant des valeurs communes à la communauté à laquelle il appartient. Il construit ainsi sa propre identité personnelle, définie comme « *l'ensemble organisé des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi* » (Marti, 2008).

Par conséquent, cette construction identitaire apparaît comme un processus malléable dans le temps et dépendant des interactions sociales de l'individu. Celles-ci sont permises selon les contextes dans lesquels évolue l'individu et les ressources dont il dispose. Les expériences qui en découlent façonnent ainsi l'identité de l'individu (Castra, 2012).

B.2 L'adolescence : période de crise identitaire

C'est à l'adolescence que le jeune connaît un développement psychosocial important. Cette période de transition est marquée par des évolutions physiques et mentales qui conduisent l'adolescent à devoir se redéfinir en tant qu'individu dans ses liens sociaux et affectifs, mais également d'un point de vue intellectuel. L'acquisition de nouvelles capacités cognitives l'amène à se questionner sur lui-même, sur ses rapports avec les autres, mais également à prendre en compte les opinions de ses pairs. Ainsi, en évoluant à travers ces différents aspects, l'adolescent transforme

l'image qu'il a de lui en façonnant consciemment son identité personnelle (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014).

Cette période est souvent assimilée à une crise identitaire car lourde de changements somato-psychiques amenant le jeune à développer son autonomie, notamment psychologique. C'est un espace transitoire entre l'enfance et le monde des adultes où il développe ses compétences cognitives, à travers l'expérience des situations inédites pour lui, afin d'intégrer progressivement la communauté des adultes (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014).

Erik Erikson, met d'ailleurs l'accent sur le développement de l'identité à l'adolescence, en décrivant cette période de « crise d'identité » comme une période fondamentale dans le développement de l'individu (Halpern, 2016). Cette crise conduit l'adolescent à repenser ses « identifications enfantines » et se traduit par des moments de doutes sur ses croyances, ses valeurs et des choix plus ou moins difficiles qu'il doit faire pour accomplir de nouvelles tâches (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014). Ces différentes prises de position l'amènent progressivement à acquérir plus d'autonomie et d'indépendance, deux concepts qui seront détaillés ci-dessous.

B.3 Les enjeux des adolescents porteurs d'un TSA

Les éléments présentés en amont, nous conduisent à nous pencher sur les compétences et les capacités nécessaires à l'individu dans son processus de construction identitaire. En effet, nous avons montré que pour développer son identité, l'adolescent doit interagir avec ses pairs et les différents environnements qui composent la société, chacun avec ses normes et ses attentes. Ces interactions façonnent également son autodétermination, c'est-à-dire, sa capacité à faire des choix et à les assumer dans son quotidien. Ainsi, par l'utilisation et le développement de ses habiletés sociales, l'adolescent peut évoluer au sein de sa communauté et société et donc parvenir à construire sa propre identité.

Or, les adolescents avec un TSA rencontrent des difficultés à se construire une identité propre. En effet, les enjeux de cette période sont multiples. Parmi ceux-ci l'autonomie et l'indépendance qui sont par ailleurs deux concepts essentiels en ergothérapie. L'autonomie, renvoie à l'autodétermination qui s'articule entre la liberté

et la faculté de l'individu à faire des choix. Elle est possible grâce aux capacités physiques et psychiques de l'individu à se gérer lui-même et qui reposent entre autres sur sa volonté et ses besoins. L'indépendance, quant à elle, renvoie plus généralement à la capacité physique de l'individu à réaliser les principaux gestes et activités de la vie quotidienne et servent de critères à l'attribution des aides à l'autonomie auprès des individus qui en ont besoin (Boucand, 2011). Marie-Hélène Boucand, Médecin de médecine physique et réadaptation, dans son ouvrage sur *L'indépendance et l'autonomie*, évoque la proximité de ses deux termes et l'importance de ne pas les confondre car ils ne sont pas nécessairement interdépendants. Elle explique à ce propos que l'autonomie serait plus personnelle et liée à l'individualité de la personne tandis que la dépendance serait corrélée à son environnement.

Ici, on constate qu'un adolescent avec des difficultés à interagir et communiquer, peut avoir malgré tout ses pleines capacités intellectuelles à faire des choix éclairés, avoir des désirs et l'envie d'organiser sa vie à sa manière. Cependant, ils peuvent être plus difficiles à exprimer durant cette période fragile rythmée par des chamboulements et des incertitudes sur sa personne et sur le regard qu'il porte sur lui-même. De ce fait, l'autonomie et l'indépendance sont des notions étroitement liées à celle d'identité car elles participent à l'élaboration de cette dernière.

Cette recherche a ainsi pour objectif de mettre en lien l'impact du déficit des interactions sociales des adolescents avec un TSA dans leur construction identitaire et le rôle que peut jouer l'ergothérapeute durant cette phase d'expérimentation.

C. L'ergothérapie auprès des adolescents avec un TSA

C.1 L'ergothérapeute : spécialiste de l'analyse de l'occupation

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapie est une discipline spécialisée dans l'analyse des occupations des personnes en lien avec leur santé, leur autonomie, leur indépendance et leur intégration dans la société. L'ergothérapeute est ainsi un professionnel de santé incontournable pour faciliter et maintenir l'accès des individus à leurs occupations significatives, nécessaires pour leur épanouissement personnel. Il accompagne les individus qui rencontrent des difficultés dans l'accomplissement de leurs activités de vie quotidienne grâce à un suivi holistique et personnalisé (ANFE, 2026).

En effet, pour y répondre, l'ergothérapeute s'appuie sur une vision holistique du fonctionnement de la personne et donc de ses problématiques occupationnelles. L'holisme est une valeur capitale dans la pratique de l'ergothérapie, largement décrite dans sa littérature à travers le monde. C'est d'ailleurs une étude menée à la fin des années 1980 par Cheryl Mattingly, ergothérapeute, et Maureen Hayes Fleming, anthropologue, auprès d'ergothérapeutes sur leur pratique et leurs valeurs dans l'accompagnement de leur patient, qui a montré que ces professionnels de santé aspiraient à considérer l'humain dans sa globalité et non seulement à travers sa maladie (Asbjørnslett et al., 2023). Autrement dit, l'approche holistique en ergothérapie étudie la personne « comme un être biologique, psychologique, socioculturel et spirituel » (Akyurek & Bumin, 2017, cités dans Asbjørnslett et al., 2023).

En outre, l'ergothérapeute, pour répondre aux besoins de la personne et de ses projets, collabore avec cette dernière, son entourage et une équipe pluridisciplinaire provenant de différents champs : médicaux, sociaux et éducatifs (Hernandez, 2010).

Ensuite, afin de bien comprendre les enjeux de l'ergothérapie dans l'accompagnement des individus, quelle que soit leur problématique, il est essentiel de définir ce qu'est l'occupation. Selon les propos de Doris Pierce, dans son ouvrage *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* de 2016, « *une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. (...) Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues* ». Autrement dit, à travers le concept d'occupation, l'ergothérapeute tient compte de la signification que l'individu lui donne, donc de sa subjectivité construite à partir de ses expériences et de son environnement culturel (Pierce, 2016).

Également, le concept d'« *occupation humaine* » est défini par Gary Kielhofner, ergothérapeute américain, comme « *une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* ». Les activités productives, créatrices de biens et de savoirs, renvoient à différents rôles de la vie quotidienne, comme ceux de travailleurs, de bénévoles ou encore d'étudiants. Les loisirs se réfèrent aux activités choisies par l'individu qui lui procurent du plaisir. Enfin, les activités de vie quotidienne

correspondent entre autres aux soins d'hygiène, personnels ou encore à l'entretien du domicile (Morel-Bracq et al., 2017).

Ainsi, l'ergothérapeute est garant du lien entre l'activité humaine et la santé. Il tient compte de la personne, de ses occupations et de l'environnement dans lequel elle évolue. Cela permet à l'ergothérapeute de proposer un accompagnement singulier et spécifique en soutenant la participation des individus dans leurs activités. Ce rôle d'intermédiaire entre la personne et l'environnement sociétal favorise l'autonomie et l'indépendance de celle-ci et participe de ce fait à améliorer sa qualité de vie (Hernandez, 2010).

L'exposition de ces différents éléments met ainsi en exergue le rôle que peut jouer l'ergothérapeute dans le suivi des adolescents avec un TSA pour favoriser leur autonomie et indépendance, essentielles à leur participation aussi bien occupationnelle que sociale.

C.2 L'accompagnement ergothérapique en pédiatrie

La pratique de l'ergothérapie repose sur un processus d'intervention, notamment décrit par Marie-Christine Détraz et Sylvie Meyer, deux ergothérapeutes, et reconnu par les professionnels dans le domaine. Elles détaillent ce processus en cinq étapes : l'évaluation initiale, la définition des objectifs, la création et la planification du plan d'intervention, sa mise en œuvre et enfin les évaluations intermédiaires et finales (Morel-Bracq, 2012).

L'ergothérapeute en pédiatrie peut exercer dans des champs variés, selon la sévérité des troubles du sujet : préscolaire, scolaire, sanitaire, médico-social et libéral. Dans le cadre de cette recherche, nous nous axerons sur les établissements sanitaires pédiatriques, médico-sociaux et libéraux où les ergothérapeutes peuvent pratiquer (Samson, 2012), (cf. détails en Annexe II).

D'une part, parmi les établissements sanitaires pour enfants et adolescents, on retrouve des centres hospitaliers spécialisés pour accompagner cette population présentant des troubles psychiques. Par exemple, nous pouvons citer de manière non exhaustive les Centres Médico-Psychologiques (C.M.P) qui s'adressent aux enfants

jusqu'à 16 ans rencontrant des difficultés affectives, psychologiques et familiales. Également, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) qui proposent des soins ambulatoires ou encore les hôpitaux de jour qui assurent des soins polyvalents sur du long terme auprès de ces jeunes (Samson, 2012).

D'autre part, concernant les centres médico-sociaux, nous pouvons mentionner les Centres Medico-Psycho-Pédagogiques (C.M.P.P), les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (S.E.S.S.A.D), les Instituts Médico-Éducatifs (I.M.E). Ces structures proposent des soins adaptés respectivement en ambulatoire, à domicile et en externat. Ils proposent des soins personnalisés et visent à favoriser le maintien de l'enfant dans les différents milieux de vie (Samson, 2012).

Enfin, l'ergothérapeute peut exercer en libéral, où il est susceptible d'accompagner des enfants et adolescents présentant des troubles mais qui poursuivent une scolarisation individuelle ou collective en milieu ordinaire (Samson, 2012).

Cependant, il est essentiel de préciser qu'accompagner les adolescents en transition de l'enfance à l'adulte et selon leurs spécificités n'est pas toujours évident. À cet âge, ils sont d'autant plus sensibles aux liens et aux ruptures thérapeutiques et ont déjà pu vivre des expériences négatives dans leur parcours de soins, nourrissant ainsi des réticences à poursuivre le leur. D'où l'importance de créer un réseau fiable autour de l'adolescent pour qu'il adhère aux soins thérapeutiques. C'est pourquoi le dispositif des Maisons des Adolescents (M.D.A) a été créé en 2004 lors de la conférence de la famille pour faciliter l'accès aux soins et l'orientation de ces jeunes. Ces M.D.A proposent un accueil adapté et personnalisé quelle que soit la nature de leur trouble psychique ou somatique, et adressent les adolescents vers différents lieux de soins pour les accompagner (Benoit et al., 2011).

Enfin, l'un des fondements en ergothérapie repose sur son approche centrée sur le client. Il s'appuie en partie sur un processus collaboratif et pluridisciplinaire. Cette collaboration met en jeu plusieurs relations : entre le patient et l'ergothérapeute, entre les ergothérapeutes et plus largement entre l'équipe de soins et les autres professions. Elle permet de co-construire avec le patient des objectifs personnalisés, adaptés et en adéquation avec ses ressources et ses valeurs. Ainsi, engager le patient

dans son parcours de soin favorise sa confiance en lui, sa satisfaction et sa motivation. Cette étude met en exergue la nécessité de définir plus précisément la collaboration en ergothérapie, car à ce jour ses caractéristiques sont encore floues (Sawada et al., 2023). Les chercheurs de cette étude ont relevé cinq caractéristiques que l'on peut rapprocher de la collaboration ergothérapique :

- La participation active des parties prenantes à la poursuite d'un objectif commun. En ergothérapie pédiatrique, cette collaboration peut également s'appliquer aux membres de la famille et/ou aux enseignants.
- Le partage collaboratif de visions, de connaissances, d'expériences, d'informations, d'objectifs, de prises de décision, de responsabilité entre les professionnels et le client.
- L'instauration d'une communication active et d'interactions plus riches et créatives.
- La construction d'une relation fondée sur le respect et la confiance entre tous les acteurs.
- La complémentarité des compétences et connaissances entre professionnels qui permet d'atteindre des objectifs communs. (Sawada et al., 2023).

Afin d'orienter sa pratique professionnelle aux besoins spécifiques de cette population, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur son approche centrée sur la personne et sur des modèles conceptuels pour faciliter la compréhension de la situation globale de l'individu et proposer ainsi un plan d'intervention sur mesure.

D. Contribution du Modèle de l'Occupation Humaine

D.1 Définition du MOH

L'utilisation de modèles conceptuels en ergothérapie concourt à la définition de la profession et sert de soutien et de guide à notre pratique professionnelle. Le développement de modèles conceptuels écologiques en ergothérapie apporte un éclairage sur l'interaction entre la personne, l'activité, et l'environnement qui l'entoure. Ainsi, cette approche permet d'accéder à la compréhension du fonctionnement occupationnel de l'individu suivi en ergothérapie. Par l'intermédiaire de cette recherche, le Modèle conceptuel de l'Occupation Humaine en ergothérapie est étudié car il fait partie des modèles les plus utilisés à ce jour, nourri de recherches conduites

depuis les années 1980 par plusieurs continents : européen, américain et asiatique (Morel-Bracq et al., 2017).

Le Modèle de l'Occupation Humaine est défini par Gary Kielhofner et place l'être humain au centre de ses préoccupations, notamment de son engagement dans ses activités. En effet, selon ce dernier, « *l'être humain est un être occupationnel* », autrement dit, l'occupation est indispensable dans la construction identitaire de l'individu car c'est en agissant qu'il bâtit son identité. Afin de comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne, entre son engagement et sa participation dans ses occupations de vie quotidienne, le modèle propose une vingtaine d'outils tels que le MOHOST, le AMPS, répertoriés en Annexe III, afin d'obtenir un recueil de données holistique sur la personne. Cette approche rend ainsi la pratique de l'ergothérapie accessible et concrète sur le terrain (Morel-Bracq et al., 2017).

En outre, l'occupation n'est pas figée dans le temps, bien au contraire, elle évolue selon les contextes environnementaux dans lesquels elle s'inscrit. Ainsi, la participation occupationnelle provient de l'interaction entre nos habitudes, nos rôles, nos capacités, notre motivation à agir et enfin l'environnement (Morel-Bracq et al., 2017).

Pour faciliter la compréhension des éléments cités ci-dessus et éclairer ceux qui vont suivre, ci-après un schéma traduisant les déterminants du MOH :

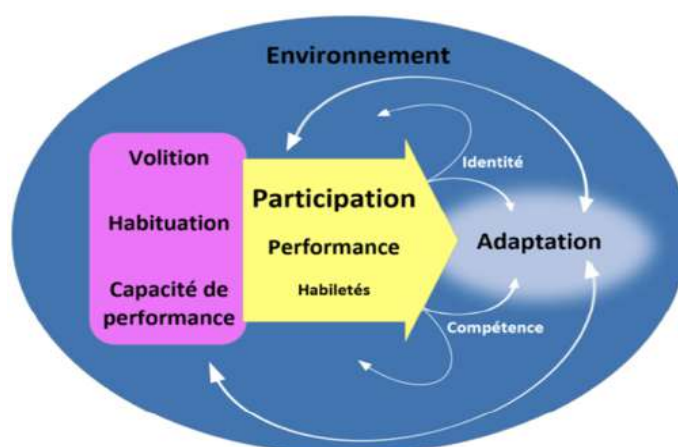


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

Illustration 1. Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval)

D.2 Les composantes du MOH

Le MOH est composé de trois parties en interaction constante avec l'environnement : « *l'Être, l'Agir et le Devenir* ». Les éléments qui constituent l'individu font référence à l'Être et viennent favoriser et encourager la façon d'Agir de ce dernier. Le Devenir, quant à lui, est le produit de l'Être et de l'Agir et se manifeste par la capacité de la personne à s'adapter dans ses occupations (Morel-Bracq et al., 2017).

Plus précisément, l'Être est déterminé par :

- **La volition** qui regroupe toutes les connaissances de l'individu à propos de lui, construites à partir de ses expériences vécues et qui lui permettent par la suite de s'engager dans son environnement. On y retrouve notamment les valeurs, les déterminants personnels et les intérêts de l'individu (Kielhofner, 2002, cité dans Pépin, 2006). La volition détermine ainsi la motivation de la personne à agir sur son environnement (Morel-Bracq et al., 2017).
- **L'habituat** se caractérise par les rôles et les habitudes que prend l'individu pour créer des comportements routiniers.
- **La capacité de performance** qui correspond à la réalisation, par l'individu, des actions nécessaires pour effectuer ses occupations. Cet élément passe par la capacité de l'individu à mobiliser ses aptitudes pour réaliser l'action.

Par conséquent, ces trois éléments participent au développement de l'identité occupationnelle de la personne (Kielhofner, 2002, cité dans Pépin, 2006).

Concernant l'Agir, nous pouvons décrire trois niveaux d'action permettant la réalisation d'une occupation :

- Le premier niveau est la **participation occupationnelle** qui se réfère à l'engagement de la personne dans ses occupations de loisirs, de vie quotidienne et productives.
- Le deuxième niveau est la **performance occupationnelle** qui correspond aux tâches réalisées par la personne maintenant sa participation dans ses activités.
- Le dernier niveau est celui des **habiletés** motrices, opératoires, de communication et d'interaction essentielles pour réaliser ses occupations. Elles se traduisent par les actions observables qui constituent l'activité (Morel-Bracq et al., 2017).

Le Devenir résulte ainsi de l'Agir. Par le biais des expériences vécues par la personne dans la réalisation de ses occupations quotidiennes, une identité occupationnelle ainsi qu'une compétence occupationnelle se forment, façonnant ainsi les capacités de la personne à s'adapter lors de la réalisation de nouvelles occupations (Morel-Bracq et al., 2017).

Pour finir, l'environnement est indissociable des trois éléments cités ci-dessus car l'action de la personne intervient systématiquement dans un contexte environnemental aussi bien physique que social (Morel-Bracq et al., 2017).

Nous pouvons ainsi souligner l'intérêt d'utiliser ce modèle au sein de cette recherche. Il tient compte de la participation occupationnelle de l'adolescent dans son processus de construction identitaire puisqu'elle se rapporte à l'engagement de ce dernier dans divers contextes sociaux : l'école, les loisirs ou encore les activités de la vie quotidienne. Elle correspond à la performance occupationnelle et à la signification que confère la personne à cette occupation. Il peut s'agir par exemple d'aller au collège en bus ou de jouer aux cartes. Comme expliqué précédemment, ces interactions sont indispensables au façonnage de l'identité de la personne. L'intégration de tous les composants de la personne et de l'environnement au sein duquel il agit conjugue ainsi à la construction de son identité occupationnelle (Parkinson et al., 2006).

D.3 Focus sur l'identité occupationnelle et la construction identitaire

« L'identité occupationnelle reflète les expériences de vies accumulées, qui décrivent à la fois la compréhension de ce que nous sommes et le sens des directions possibles et souhaitées pour notre avenir » (Parkinson et al., 2006). En d'autres termes, l'identité occupationnelle se définit à travers l'ensemble des expériences passées de l'individu, sa participation dans ses occupations et les rétroactions qui en découlent. Grâce à son histoire occupationnelle, l'individu construit son regard sur lui-même et sur l'individu qu'il désire être.

L'identité occupationnelle résulte ainsi de la participation de l'individu, de son engagement dans ses occupations en mobilisant l'ensemble de ses ressources et habiletés psychosociales (Parkinson et al., 2006).

Elle prend notamment en compte :

- L'auto-efficacité et les capacités ressenties par la personne pour agir.
- Les activités qui ont du sens et qui procurent de la satisfaction à la personne.
- La manière dont la personne se définit par ses rôles et relations.
- Les choses qu'elle se sent contrainte de faire et celles qu'elle estime importantes à faire.
- Les routines familières et leur sens donné par la personne.
- Les perceptions de la personne de son environnement avec ses opportunités et ses obstacles (Parkinson et al., 2006).

Ces éléments accumulés dans le temps permettent à l'individu d'agir et de faire des choix selon ses capacités, ses centres d'intérêt et les opportunités proposées par l'environnement de l'individu (Parkinson et al., 2006).

Il existe ainsi un lien étroit entre le concept d'identité et celui d'identité occupationnelle. En effet, nous avons expliqué que la construction identitaire est possible à travers les interactions de l'individu avec ses pairs et son environnement, qui elles-mêmes participent aux expériences vécues par les individus forgeant ainsi l'identité occupationnelle de ces derniers.

IV. Processus de problématisation

A. Synthèse de la littérature

Les recherches scientifiques ont mis en exergue la particularité de la période de l'adolescence dans la construction de l'identité d'une personne. En effet, c'est une étape importante dans la construction identitaire de l'adolescent, jalonnée de phases d'expérimentation, de doutes et de crises. Elle est d'autant plus complexe chez les adolescents avec un TSA, car l'altération de leurs compétences en habiletés sociales entrave leurs interactions avec leurs pairs et donc dans l'évolution de la construction de leur propre identité. Les recherches ont d'ailleurs mis en évidence le lien étroit entre la participation de l'individu aux expériences sociales lors de cette période et l'élaboration d'une identité singulière.

De plus, durant cette phase d'expérimentation, l'ergothérapeute, par son expertise de l'analyse de l'occupation et ses compétences dans la prise en soin holistique des personnes, peut intervenir auprès de cette population. Cet accompagnement se fonde

sur un processus d'intervention qui s'appuie sur des modèles conceptuels propres à l'ergothérapie. Ce professionnel de santé peut notamment s'appuyer sur le MOH présenté ci-dessus afin de mieux comprendre le fonctionnement occupationnel du sujet, puisque c'est en agissant qu'il construit son identité.

B. Question de recherche et hypothèse

L'articulation des différents éléments exposés ci-dessus nous amène à nous questionner sur les moyens à mettre en œuvre pour accompagner, en tant qu'ergothérapeute, l'adolescent avec un TSA dans la construction de son identité. Plus précisément, ce travail nous conduit à nous poser la question de recherche suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute facilite-t-il la construction identitaire des adolescents de 13 à 17 ans porteurs d'un TSA, dans son accompagnement en dehors de l'hospitalisation complète ?

Pour répondre à cette question de recherche, une hypothèse peut être proposée, en lien avec les éléments conceptuels présentés, à savoir : **L'ergothérapeute, en agissant sur les déterminants de l'Agir par son approche occupationnelle, permet à l'adolescent avec un TSA de participer à la construction de son identité.**

V. Dispositif méthodologique et expérimental

A. Objectif de l'étude

L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les compétences et les outils dont dispose l'ergothérapeute pour favoriser la construction identitaire des adolescents porteurs d'un TSA ; en s'appuyant sur certains déterminants, notamment ceux de l'Agir. L'étude expérimentale a pour but d'apporter des éléments de réponse à notre questionnement et servira, lors de l'analyse finale des résultats, à valider ou réfuter l'hypothèse de recherche formulée.

B.Choix de la méthodologie de recherche et de son approche

La méthodologie dans un travail de recherche consiste à définir une problématique autour d'un sujet questionné par le chercheur et d'une méthode pour recueillir les données et les analyser afin de répondre à la question de recherche (Wilson & Sharples, 2015). Dans le cadre de cette étude, nous avons commencé par contextualiser et conceptualiser le sujet questionné à partir de la littérature scientifique. Ce premier travail nous a permis d'élaborer de façon objective une problématique et une hypothèse de recherche. Pour répondre à l'hypothèse de recherche formulée et par conséquent à la question de recherche, nous allons utiliser la méthode qualitative avec une approche hypothético-déductive décrite ci-après.

Cette approche s'attache à comprendre le sens que donnent les participants à leurs expériences vécues. Cette méthode empirique et idiographique se focalise ainsi sur les individus et non sur un groupe d'individus afin d'accéder à une compréhension approfondie de leur réalité face à un phénomène décrit (Wilson & Sharples, 2015). L'approche qualitative est intéressante car elle s'adresse à un faible échantillon d'individus auprès desquels nous allons recueillir des données dites « non structurées ». Autrement dit, dans le cadre de cette recherche, nous allons récolter des données sous forme d'entretiens, plus adaptés pour appréhender les « perceptions complexes » de chaque interviewé et comprendre de manière exhaustive les situations évoquées (Coron, 2020). Plus concrètement, cette méthode s'attache à poser des questions ouvertes pour répondre aux « comment » et aux « pourquoi » à des problèmes du monde actuel. Contrairement à la méthode quantitative, elle est en mesure d'explicitier les modèles de comportements humains. Elle permet aux individus interrogés d'exprimer avec précision leurs ressentis et leurs pensées (Tenny et al., 2022). Dans le contexte de cette étude, les informations recueillies pourraient apporter des éléments de compréhension pour répondre à notre question de recherche.

Ce processus se traduit par la réalisation d'une enquête expérimentale. Elle se décompose en plusieurs étapes : la passation d'entretiens auprès d'ergothérapeutes en lien avec notre question de recherche, le traitement des données collectées, l'analyse et l'interprétation scientifique des résultats. L'objectif est de comparer les

résultats empiriques obtenus aux données provenant de la revue de littérature, conduisant ainsi à valider ou non notre hypothèse de recherche. Par conséquent, cette démarche nous amène en conclusion à donner une réponse à notre problématique de recherche.

C. Population de recherche

Les critères pour définir la population de cette recherche ont été construits en lien avec les éléments exposés dans la revue de littérature. Dans le cadre de cette recherche, la taille de l'échantillon représentant une partie de la population est faible, ce qui est idéal dans le cas d'une approche qualitative. L'objectif est de proposer un échantillon représentatif et cohérent en lien avec la finalité de l'étude.

Également, ces choix s'expliquent par la volonté d'atteindre un échantillon large de professionnels pour récolter un nombre important de données empiriques.

Ci-après le tableau récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion de la population de recherche :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Être titulaire du Diplôme d'État en ergothérapie et exercer en France. - Exercer dans un centre extrahospitalier, médico-social ou libéral. - Travailler ou avoir travaillé auprès d'adolescents âgés de 13 à 17 ans porteurs d'un TSA sans déficience intellectuelle, altération du langage, pathologie médicale ou génétique associée, ni trouble mental associé.	- Exercer dans une structure d'hospitalisation à temps complet - Exercer à l'étranger. - Ne pas avoir travaillé auprès d'adolescents porteurs d'un TSA.

D. Techniques et outils de recueil de données empiriques

Des entretiens semi-directifs auprès de la population cible ont été menés pour collecter les données empiriques. Ce type d'entretien ouvre et oriente les échanges avec des questions ouvertes, simples et courtes, organisées dans un guide d'entretien sous différents thèmes. C'est un outil « pense-bête » qui permet de recueillir des contenus d'entretiens homogènes (Combessie, 2007). Effectivement, afin de mener à bien ces échanges, un guide d'entretien a été construit au préalable (cf. Annexe IV) pour structurer le fond et la forme de cet échange. Ce travail garantit ainsi l'obtention des informations requises pour répondre à notre problématique de recherche.

Ce guide a été construit en fonction des objectifs de notre recherche et selon les concepts étayés dans le cadre conceptuel à partir de la littérature scientifique. Les questions ont été ainsi construites à travers l'identification de plusieurs catégories à explorer lors des entretiens : l'adolescence et le TSA, la construction identitaire chez ces jeunes, les déterminants, les modèles conceptuels et les outils d'évaluation ergothérapeutiques pour accompagner cette population. L'objectif est de recueillir le retour d'expériences des participants ainsi que leur perception sur les impacts du TSA chez l'adolescent sur leur construction identitaire. Également, l'échange autour des concepts ergothérapeutiques utiles et utilisés par les ergothérapeutes pour construire leur réflexion sur ce type d'accompagnement est essentiel pour comprendre leur choix et les raisons qui les poussent à utiliser (ou non) un modèle.

Enfin, la forme de l'entretien est structurée au départ par la présentation du chercheur et de son rôle dans la recherche. Des rappels et précisions sont apportés au début de l'entretien sur ses conditions de passation et sur les droits de l'interviewé lors de son déroulement. Ensuite, un temps de recueil de données sociodémographiques est proposé dans le but de connaître le profil du participant, permettant par la suite de contextualiser ses propos. S'ensuit l'exploration des différentes thématiques à aborder. Pour conclure l'entretien, nous proposons une catégorie « Autres ». Elle est suggérée pour recueillir des éléments supplémentaires que souhaite partager le participant mais également pour collecter son ressenti vis-à-vis du contenu évoqué lors de l'entretien.

Ces entretiens se déroulent en conformité avec la loi JARDE du 2 mars 2012 (cf. Annexe V), qui nous autorise à réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes dans le cadre de ce travail de recherche. Cette formalisation est retranscrite à travers un formulaire d'information et de consentement, destiné aux ergothérapeutes souhaitant participer à l'étude (cf. Annexe VI). Il a pour objectif de recueillir leur accord de participation selon les modalités présentées dans le document. Il détaille également l'engagement du chercheur à respecter l'anonymat des données divulguées.

E. Démarche de recrutement

Pour recruter les ergothérapeutes pertinents au regard des critères d'inclusion exposés ci-dessus, une demande de sollicitation a été diffusée auprès de réseaux professionnels en ergothérapie (cf. Annexe VII). Également, la mobilisation de mon réseau professionnel, construit tout au long de mon parcours professionnalisant de ces trois dernières années, a contribué à l'identification de participants potentiels. Les contacts conservés avec les tuteurs de stage ont permis notamment la mise en relation avec d'autres professionnels susceptibles d'être intéressés par l'étude.

V. Analyse et interprétation des résultats

Trois entretiens ont été réalisés. L'un en présentiel, les deux autres par téléphone compte tenu de la distance géographique. Ils ont tous été enregistrés, en accord avec les participants, afin de les retranscrire le plus littéralement possible. Cette méthode permet de conserver et de respecter la parole des interviewés mais aussi d'exploiter les données de manière optimale. À la suite du recueil de données réalisé auprès des participants, celui-ci doit être exploré afin d'en dégager le sens. Pour y parvenir, une analyse thématique a été effectuée, construite à partir des thèmes prédominants identifiés au cours des entretiens, et au regard de la grille d'entretien constituée en amont (cf. Annexe VIII). Au total, trois entretiens ont été réalisés. Les noms des participants ont été changés de façon aléatoire par E1, E2 et E3 afin de préserver leur anonymat.

Comme stipulé plus haut, des données sociodémographiques ont été collectées afin de mieux connaître les participants, de contextualiser la nature des échanges et de valider les critères d'inclusion de la recherche. En voici le détail :

E1	- Femme âgée de 28 ans. - Ergothérapeute diplômée d'État en 2021. - Expérience avec les adolescents porteurs d'un TSA : un peu plus de 4 ans. - Lieux de travail actuel : temps partagé entre un HDJ et un CATTP.
E2	- Homme âgé de 32 ans. - Ergothérapeute diplômé d'État en 2016. - Expérience avec les adolescents porteurs d'un TSA dans le cadre de ses fonctions actuelles. - Lieux de travail actuel : service extrahospitalier de réhabilitation psychosociale.
E3	- Femme âgée de 43 ans. - Ergothérapeute diplômée d'État en 2005. - Expérience avec les adolescents porteurs d'un TSA : environ 10 ans (IME, SESSAD, libéral) - Lieu de travail actuel : Structure médico-sociale (IME, SESSAD).

A. L'adolescence et les particularités de l'autisme

A.1 Une difficulté dans la communication et les interactions sociales

E1	« Ce que je remarque aussi chez les jeunes TSA finalement, il y a une espèce d'ambiguïté à avoir beaucoup de difficultés à aller vers les autres. »
E2	« Ce sont les difficultés de communication en lien avec les personnes avec le TSA. C'est surtout au niveau de la théorie de l'esprit où ils sont en difficulté. »
E3	« Voilà ce qui est difficile et souvent ce qui ressort, c'est les activités de vie quotidienne en groupe. »

Analyse

Les trois ergothérapeutes interrogés rapportent que l'impact du TSA chez ces adolescents dans leur quotidien est leur difficulté à interagir avec leurs pairs. Ces difficultés s'expliquent par l'altération de leur déficit de communication et des interactions sociales inhérentes à leurs troubles.

A.2 Des stratégies d'évitement à la relation sociale

E2	« Souvent, il y a beaucoup d'anxiété à la relation sociale, donc c'est souvent des personnes qui sont très fermées qui évitent les relations qui évitent les discussions. »
E3	« Ce qui peut être un problème pour les jeunes, c'est aussi tout ce qui est stratégie d'évitement à mettre en place quand c'est trop compliqué sur le plan sensoriel. »

Analyse

E2 et E3 s'accordent pour dire que les jeunes avec un TSA mettent en place des stratégies pour ne pas entrer en relation avec leurs pairs. Cette difficulté est en lien direct avec leurs difficultés à communiquer et à interagir avec eux. Ceci est d'ailleurs majoré par des problématiques d'angoisse chez ces jeunes qui peuvent les amener à s'isoler.

A.3 L'impact des particularités sensorielles

E1	« L'environnement extérieur avec beaucoup de beaucoup de bruit, beaucoup de stimuli, peu de soupape d'apaisement sensoriel possible pour les TSA. »
E2	« Ce sont les difficultés au niveau des particularités sensorielles, il y a beaucoup de difficultés à ce niveau-là quand ils sont jeunes. »
E3	« La difficulté c'est principalement le sensoriel. »

Analyse

Les trois entretiens ont mis en évidence l'importance de prendre en compte les particularités sensorielles chez ces jeunes. E3 précise également que ces particularités entravent la participation sociale de ces adolescents. Par exemple, un jeune qui ne va pas à une soirée parce qu'il y a trop de bruit, en raison d'une hypersensibilité auditive.

A.4 Le manque d'adaptation de l'environnement

E1	« Moi ce que j'identifie en tant qu'ergo, c'est au niveau de l'environnement, souvent des jeunes ils sont pas du tout bien dans le système scolaire actuel. Je le vois encore plus avec une population adolescente, qui du coup parfois nous arrive, ils ne sont même pas encore diagnostiqués. »
E3	« Les freins, c'est l'aménagement de l'environnement. Je trouve que dans l'aménagement de l'environnement la place de la famille elle est hyper importante même quand t'es ado, tu vois même si t'es censé faire plein de trucs tout seul, mine de rien qui va t'acheter les outils de compensation qui va aménager l'environnement. »

Analyse

E1 et E3 expliquent qu'un des freins rencontrés par les adolescents avec un TSA est le manque d'adaptation de l'environnement. E1 précise que l'environnement scolaire de l'enfant n'est pas adapté à ses particularités de fonctionnement ; ce qui traduit un défaut de reconnaissance, d'inclusion et d'accompagnement de la part de la société. E3 fait davantage état du rôle décisif des parents dans l'aménagement de l'environnement du jeune qui dépend de la participation ou non de celle-ci. Cela suppose que l'aménagement de l'environnement du jeune serait une condition indispensable à son épanouissement et à son évolution. Également, la famille est à considérer pour faciliter l'adaptation de l'environnement.

A.5 Distinguer les freins liés à l'adolescence de ceux de l'autisme

E1	« Je pense qu'on est nous-mêmes professionnels pas toujours au clair avec ce qui relève de sa propre personnalité et ce qui relève du TSA. Et je pense que du coup les familles elles-mêmes, les jeunes, encore plus eux qui sont adolescents, ne s'y retrouvent pas toujours là-dedans. »
----	--

Analyse

E1 rapporte qu'il n'est pas évident de déterminer les freins liés à l'adolescence et ceux liés au TSA. E1 relate une difficulté à différencier les traits de personnalité qui caractérisent un individu de ceux propres à l'autisme. Elle précise notamment que c'est une période où les adolescents n'ont pas toujours « envie de faire les choses ou d'écouter les parents » et qu'elle se traduit par un « besoin de se rapprocher des jeunes de leur âge », ce qui génère une ambiguïté forte chez ce public. Autrement dit, le jeune avec un TSA rencontre des difficultés à aller vers les autres, mais cela ne veut pas dire qu'il n'en a pas envie.

B. La construction identitaire des jeunes porteurs d'un TSA

B.1 L'impact de l'environnement du jeune

E1	« Ça va passer par ce qu'ils aiment, ce qui les intéresse, ce qu'ils auraient envie de faire éventuellement plus tard. »
E2	« L'environnement social qui peut être vachement bénéfique en fait. C'est développer ses centres d'intérêts et les rendre sociales. C'est faire en sorte que ce truc-là, qui est

	souvent fait que seul, qu'il puisse être partagé avec d'autres, donc que ce soit autour d'un club, d'une association. »
E3	« Ça va être plus ce qui constitue leur centre d'intérêt et ce vers quoi ils s'orientent sur le plan professionnel. Les loisirs aussi quand même. Et son rôle dans la famille. Quand ils arrivent ados, ils ont quand même une identité occupationnelle qui est quand même beaucoup plus définie. L'identité occupationnelle c'est tout ce que l'enfant doit faire et aime faire, c'est tout ce qui est activité signifiante et activité significative. C'est d'être vraiment centré sur l'occupation quoi. Parce que le jeune il s'en fiche de savoir enfiler des trucs. La mise en sens, elle est quand même vachement plus simple et c'est quand même important. »

Analyse

Ici, les trois ergothérapeutes mettent en exergue plusieurs éléments à prendre en compte dans la construction identitaire : cela passe par leurs centres d'intérêts (E1, E2, E3), leurs aspirations professionnelles (E1, E3), mais aussi par l'exploration de ses rôles dans la famille (E3). Ceci reflète bien la pluralité des déterminants qui constituent la singularité de chaque jeune et l'importance de prendre en compte leurs occupations dans la prise en soin ergothérapique afin d'y apporter du sens pour ce dernier.

B.2 L'adolescent avec un TSA, placé au centre de sa construction identitaire

E1	« Je dirais qu'il faut attendre peut-être que ça vienne d'eux : moi je ne comprends pas pourquoi je fonctionne comme ça, moi j'ai du mal à comprendre pourquoi je ne suis pas comme les autres, les amener à s'exprimer, de lui parler de lui-même, c'est ça les facteurs facilitants au contraire. »
E2	« Je vais renvoyer la question à l'usager que je vois en fait c'est lui qu'est-ce qu'il y met ? (...) je mets tous les rôles sociaux qu'il peut avoir : familial, toutes les activités signifiantes qu'il peut avoir qui le construisent, qui on est, nos valeurs, nos centres d'intérêts, le but. »

Analyse

Ce qui ressort dans l'exploration de ce thème avec E1 et E2 est que l'évolution de la construction identitaire des jeunes porteurs d'un TSA est fonction de leur perception de leur propre identité (E2) et de ce qu'ils rapportent comme problématiques dans leur quotidien (E1). Nous pouvons comprendre ici que finalement, le processus de construction identitaire passe par l'implication directe du jeune dans son parcours de soin.

B.3 Le poids du TSA dans la construction de son identité

E1	« C'est effectivement comment se construire quand t'as un diagnostic de posé et que bien souvent on rapporte tout ce que tu fais à ça quoi. Et pourtant ce serait super important de pouvoir juste mettre en avant les particularités de chacun, les spécificités, les qualités, les défauts, mais sans dans des contextes où on ne rapporte pas ça au TSA pour leur construction, ça me semble essentiel. Qu'au moins le jeune puisse évoluer et grandir en se disant bah tiens ça, ça me définit, ce trait de caractère et ce n'est pas mon TSA qui me définit. »
E2	« Il y a beaucoup aussi de mécompréhension au niveau social à ce niveau-là. Dans la famille, au travail, les amis ou tout l'entourage, parfois il y a beaucoup de personnes TSA qu'on peut décrire comme arrogantes, en fait pas du tout c'est juste de la rigidité. L'identité elle se construit aussi par toutes les expériences qu'on peut faire dans la vie et qu'elle est vachement réduite cette expérience parce qu'il y a beaucoup de fuite. Et souvent les expériences qu'il y a sont souvent traumatisantes. »
E3	« Souvent ce qu'on leur renvoie, socialement c'est compliqué. Par exemple, de faire attendre les autres au self, de prendre la douche plus longtemps que les autres. »

Analyse

Les trois ergothérapeutes décrivent le poids du regard des autres sur les adolescents avec un TSA. E1 explique que ces jeunes ont tendance à être définis par leurs pairs uniquement à travers leur trouble. E2 exprime que ce poids se traduit par une mauvaise compréhension de la part de l'entourage de ces jeunes sur leurs particularités de fonctionnement ; ce qui peut engendrer une restriction de participation en lien avec les stratégies d'évitement qui entravent les expériences sociales de ces jeunes. Ce regard est également appuyé par leur manière de réaliser différentes activités de la vie quotidienne (E3). Ces informations laissent ainsi transparaître un manque de connaissance sur le TSA de la part des personnes qui gravitent autour de ces jeunes et que cela peut être un frein dans l'évolution identitaire de ces derniers.

B.4 Les parents : entre freins et leviers pour accompagner ces jeunes

E1	« L'influence de la famille qui est extrêmement essentielle. Si des parents ne vont pas chercher la discussion en profondeur avec leurs enfants, pourquoi ils ne veulent pas faire les choses, pourquoi ils sont freinés, pourquoi ils ont du mal à avancer dans leur projet d'avenir, dans leur scolarité etc. Forcément ça va être un frein que si au contraire ils vont essayer d'accompagner, chercher à comprendre ces petites particularités. »
----	---

E2	"Si les parents, si l'entourage ont bien été informés et qu'ils ont pu comprendre [<i>les particularités de la personne TSA</i>] c'est facilitant dans un sens. Mais dans beaucoup de situations, c'est quand même des difficultés où la famille elle est dépassée parce que parfois il y a un manque de connaissances, il y a aussi de la fatigue parce qu'avoir une personne TSA à la maison tout le temps qui a des vraies difficultés, ça peut être quand même très fatigant. (...) forcément qu'on est moins disponible quoi."
E3	« Les freins, c'est les parents qui disent c'est bon il ne va quand même pas porter un casque tout le temps dès qu'on sort. Je pense que pour pouvoir se construire, il faut avoir une bonne compréhension du jeune de la part de la famille donc clairement ça interagit. »

Analyse

Les trois ergothérapeutes citent le rôle prépondérant de la famille dans le quotidien du jeune avec un TSA qui peut être un facteur aussi bien facilitateur que limitant dans l'évolution et la construction identitaire de ce dernier. Ces affirmations viennent supposer qu'il serait nécessaire de les intégrer à la prise en soin de l'adolescent.

C. L'accompagnement ergothérapique

C.1 Une prise en soin centrée sur la personne

E1	« Le concept de vraiment s'appuyer sur ce que eux ils veulent en tout premier lieu. Le concept aussi de renégocier (..) s'appuyer sur ce qu'eux ils veulent après avoir bien identifié leurs habitudes de vie, la source de difficultés, enfin tenter l'anticipation de difficultés, s'appuyer sur leurs objectifs qui sont spécifiques à ce qu'eux ils veulent. »
E2	« Travailler autour de comment il fonctionne, ses forces et ses difficultés. On va beaucoup apporter par notre expertise autour de la science de l'occupation, autour de l'activité. L'être, l'agir, le devenir, l'environnement. Lui redonner du pouvoir d'agir. »
E3	« C'est d'être vraiment centré sur l'occupation quoi. Parce que le jeune il s'en fiche de savoir enfiler des trucs. La mise en sens, elle est quand même vachement plus simple et c'est quand même important. Et puis l'augmentation de la participation sociale, mais aussi le fonctionnel, c'est vraiment ça que je recherche. »

Analyse

Ce qui est intéressant dans l'analyse des propos des trois ergothérapeutes est qu'ils affirment l'intérêt de centrer leur approche autour du jeune. Donner la possibilité aux jeunes d'exprimer leurs attentes et objectifs au regard de leur accompagnement leur permet d'agir. E2 précise également l'importance d'intervenir sur leur pouvoir d'agir en s'intéressant notamment à l'Être, l'Agir, le Devenir et l'environnement. E3 complète

ces propos en insistant sur le développement de la participation sociale du jeune à travers ses occupations. Ces dires peuvent ainsi être rapprochés de concepts ergothérapeutiques fondamentaux pour développer les capacités d’agir des jeunes avec un TSA : l’engagement et la participation occupationnelle que l’on retrouve dans le MOH.

C.2 Rapport des ergothérapeutes avec les modèles conceptuels

E1	« Je dirais pas que j'utilise de modèle en tant que tel, c'est surtout l'outil qui en découle que j'ai trouvé intéressant quand j'ai commencé à travailler avec les ados. Moi j'utilise toujours le COSA qui découle du MOH. »
E2	« On utilise beaucoup le MOH ici parce que ça correspond beaucoup aux situations que l'on a. Il est aussi centré vraiment sur les activités qui ont du sens. Avoir un modèle qui va aller chercher vraiment tous les domaines de la vie, c'est quand même aidant pour bien construire sa pensée et bien comprendre ce qui se passe ».
E3	« Je pioche je pense dans les modèles. Moi je vais regarder sur le PPH. J'ai toujours ces trois trucs en tête : personne, occupation, environnement. Si on reprend cette fameuse pyramide développementale sur tout ce qui est en bas, tout ce qui est sensorialité et tout ce qui est motricité, ça vient s'interroger et donc là on a quand même une spécificité à apporter. »

Analyse

Ces propos montrent une utilisation différente des modèles conceptuels chez les trois ergothérapeutes. E1 indique qu'elle n'utilise pas de modèles conceptuels mais qu'elle base sa pratique sur l'utilisation d'outils qui vont permettre aux adolescents de s'exprimer. E2, quant à lui, explicite clairement son orientation vers l'utilisation du MOH afin d'explorer tous les aspects de la vie quotidienne du jeune et d'y apporter de la compréhension et du sens. E3 aborde plusieurs modèles conceptuels tels que le PPH (Processus de Production du Handicap) et le PEO (Personne, Environnement, Occupation) mais précise également l'importance d'évaluer les particularités sensorielles de ces jeunes en se référant à la Pyramide des apprentissages développée par deux ergothérapeutes, Mary Sue Williams et Sherry Shellenberger. Ces trois approches montrent qu'il existe plusieurs manières de fonder sa pratique ergothérapeutique tout en ayant des objectifs communs pour accompagner ces adolescents, en l'occurrence, en s'appuyant sur tous les aspects de leur vie qui les déterminent en tant que personne.

C.3 Des outils ergothérapeutiques au service de la construction identitaire

E1	« Moi j'utilise toujours le COSA qui découle du MOH. Je pense à d'autres outils qui découlent du MOH, il y a la liste d'intérêt, j'utilise plus ponctuellement, ça parle des choses que l'enfant aime ou alors il aime bof ou alors il aime pas du tout et là c'est ce qui nous intéresse, ça me paraît essentiel en tout cas dans la construction identitaire. Il y avait la MCRO, je m'en sers un peu moins, mais qui peut aider quand vraiment j'ai du mal avec un jeune quand lui admettons il a identifié plein d'objectifs, mais qu'il a du mal à les prioriser. »
E2	« Il va y avoir tout ce qui est liste des valeurs, liste des rôles qui vont être intéressant à utiliser. Il va y avoir l'OQ aussi pour identifier les habitudes de la personne et le sens qu'ils y mettent et la satisfaction. J'ai envie de dire un peu tous en fait parce qu'il y a beaucoup d'auto-questionnaires donc qui permettent de remettre le jeune à sa place d'acteur de sa vie, en fait lui redonner du pouvoir d'agir, parce que tu vas aller vraiment chercher son ressenti, ses besoins et son point de vue à lui. »
E3	« J'aime bien le côté de la MCRO de venir chiffrer l'importance, le rendement et la satisfaction. Ça fait appel à la métacognition et je trouve ça intéressant chez les jeunes TSA sans déficience intellectuelle. Le BHK, Nepsy, DTVP, profil de Dunn, l'environnement on vient l'interroger plus sur la clinique et l'occupation avec le MCRO et l'OT HOPE mais du coup c'est plus l'intrication des trois qui me semble être importante en termes de spécificité. »

Analyse

Les trois ergothérapeutes utilisent à la fois des outils similaires tels que la MCRO pour E1 et E3, la liste d'intérêts pour E1 et E2 et différents comme le COSA pour E1, l'OQ (Occupational Questionnaire) pour E2 et l'OT HOPE pour E3. Ceci montre que les ergothérapeutes utilisent des outils variés pour favoriser l'auto-détermination des jeunes et les aider à être acteurs de leur parcours de soin. Enfin, ces propos, en complément de ce qui a été relaté au point précédent, mettent en avant une utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie qui n'est pas toujours consciente de la part des ergothérapeutes comme E1 qui utilise le COSA en lien avec le MOH et E3 qui se sert de la MCRO issue du modèle conceptuel MCRO.

C.4 L'apport des modèles conceptuels et outils ergothérapeutiques

E1	« Il y a l'aspect importance que les activités ont pour les jeunes, qu'on n'a pas forcément dans les bilans. La notion d'importance me semble très très importante. À quel point pour lui c'est difficile de faire les choses, on ne pose pas la question à quelqu'un d'autre, c'est vraiment lui qui nous répond. »
E2	« Pour moi les modèles conceptuels, c'est vraiment un outil d'aide à la réflexion. On va aller chercher au niveau des rôles sociaux des rôles psychosociaux, tout ce qui est autour des valeurs. Donc à ce niveau-là, de justement de cette identité dont vous parlez c'est que finalement on n'est pas que les valeurs, mais nos valeurs vont quand même influencer ce qu'on est donc le MOH il permet quand même bien ça. »
E3	« L'idée c'était d'être à la fois sur le sensoriel et d'être à la fois sur le volet occupationnel. Et sur le plan occupationnel, moi je trouve que les outils d'auto-évaluation et d'autodétermination, c'est que ça fait aussi quand même partie de notre spécificité et ça a quand même une plus-value sur ces jeunes-là. »

Analyse

Les trois ergothérapeutes expriment l'intérêt d'aller explorer plusieurs thématiques auprès des jeunes telles que les activités (E1), les rôles, les valeurs (E2) ou encore le sensoriel (E3). E2 précise également l'intérêt de l'utilisation du MOH pour soutenir le développement identitaire du jeune, notamment en venant interroger les valeurs. Ces informations nous montrent la pertinence de l'approche holistique et centrée sur la personne de l'ergothérapie pour accompagner ces jeunes dans leur évolution. Également, elles démontrent l'intérêt de s'appuyer sur des modèles conceptuels comme le MOH pour soutenir ces jeunes, notamment en explorant ce qui caractérise leur Être et leur pouvoir d'Agir pour favoriser leur capacité d'auto-détermination.

VI. Discussion

L'objectif de cette partie est de venir comparer les résultats obtenus lors de la phase de recueil de données empiriques avec les concepts exposés dans le cadre conceptuel afin d'en ressortir les similitudes et les différences. Cette confrontation nous conduit ainsi à répondre à notre hypothèse de recherche, en la validant ou en la réfutant. Également, cela nous amène à exposer les biais et limites de l'étude menée au regard des modalités qualitatives attendues dans le cadre de ce type de recherche. En découle par la suite des perspectives pour donner des pistes d'améliorations et

d'ajustements de variables afin de nourrir la réflexion sur ce sujet. Enfin, elle se terminera par une projection professionnelle en lien avec la pratique ergothérapique.

A. Points de convergence et de divergence avec le cadre conceptuel

Pour rappel, les notions présentées dans le cadre conceptuel de cette recherche, à partir de la littérature scientifique, ont mis en exergue les difficultés traversées par les adolescents porteurs d'un TSA. D'une part, leur difficulté à communiquer et à interagir avec leurs pairs, problématique inhérente à leur trouble et en lien avec un déficit dans les habiletés sociales. D'autre part, la complexité du processus de construction identitaire, notamment à l'adolescence où des questionnements émergent quant à sa propre identité. Un processus d'autant plus complexe pour les adolescents porteurs d'un TSA qui font face à plusieurs enjeux : développer leur autonomie et leur indépendance dans une période de chamboulements et d'incertitudes sur leur propre identité. Enfin, ces recherches ont expliqué le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces jeunes, à travers une approche holistique, centrée sur la personne, appuyée par des modèles conceptuels fondamentaux, notamment le MOH, pour proposer un accompagnement signifiant auprès de ce public.

A.1 L'adolescent porteur d'un TSA : de multiples particularités à considérer

Tout d'abord, l'expérience des trois ergothérapeutes a mis en avant l'altération des capacités de communication et d'interactions sociales des jeunes porteurs d'un TSA. Ces déclarations rejoignent la revue de littérature scientifique ci-dessus qui mentionne cette altération comme un des critères dans le diagnostic du TSA. E2 et E3 ont par ailleurs précisé que cette difficulté se traduisait par la mise en place de stratégies d'évitement à la relation sociale de la part de ces jeunes et que cela pouvait générer de l'anxiété, voire de l'isolement. Cette notion vient souligner la vulnérabilité de cette population et des risques auxquels elle est exposée, comme cité dans le cadre conceptuel : « Cette population est davantage exposée aux risques de développer des troubles anxieux, dépressifs combinés à une faible estime de soi (Coplan et al., 2004, Foley et al., 2010, cités dans Madieu, 2021). »

Toutefois, les situations vécues par les trois ergothérapeutes ont décrit la présence de particularités sensorielles auprès de ce public, présentées comme un frein direct à leur participation occupationnelle. E3 insiste de surcroît sur l'importance de venir évaluer le profil sensoriel du jeune pour adapter son environnement en conséquence et lui permettre d'agir dans son environnement. Cette modalité n'a pas été intégrée par choix dans cette étude bien qu'elle soit présente dans la littérature scientifique. Cependant elle établit un lien entre un des composants de l'Agir, à savoir la participation occupationnelle et la prise en compte potentielle de cet élément de la part des ergothérapeutes dans leur accompagnement.

En découle également l'importance de l'environnement qui entoure ces jeunes. Ce thème évoqué par E1 et E3 fait écho au cadre conceptuel qui a « montré que pour développer son identité, l'adolescent doit interagir avec ses pairs et les différents environnements qui composent la société. » En effet, la revue de littérature stipule que « l'environnement est indissociable des trois éléments cités ci-dessus [« L'Être, l'Agir et le Devenir »] car l'action de la personne intervient systématiquement dans un contexte environnemental aussi physique que social (Morel-Bracq et al., 2017). » Ces éléments intègrent bien l'environnement comme une condition sine qua non du pouvoir d'Agir de ces jeunes.

De même, les données recueillies auprès de E1 apportent un élément nouveau à cette recherche ; à savoir, la difficulté à distinguer les freins liés à l'adolescence de ceux propres aux adolescents porteurs d'un TSA. Ce résultat est intéressant car il vient décrire une ambiguïté dans la différenciation des traits de personnalité des individus de ceux émanant réellement de l'autisme. Cet élément apporte un point de vigilance à considérer et à traiter dans la conduite de cette étude pour parvenir à appréhender les caractéristiques effectives des adolescents porteurs d'un TSA.

A.2 Des obstacles environnementaux à la construction identitaire

L'expérience des trois ergothérapeutes nous a permis de mettre en évidence la portée des déterminants personnels, des valeurs et des intérêts de ces jeunes dans la définition de leur identité. Ces données sont en lien avec les environnements physiques et sociaux, pas toujours adaptés, mentionnés plus haut. Cette thématique corrobore les éléments conceptuels présentés selon lesquels « Cette construction se

réalise dans les différents contextes environnementaux et sociaux de l'individu : au sein de sa famille, auprès de ses pairs, que ce soit à l'école ou bien au sein de sa communauté, par le biais d'une culture transmise. De ce fait, l'individu acquiert des valeurs et des traits de personnalité, se différencie de ses pairs. » (Marti, 2008). Ces déterminants peuvent être rapprochés des composants du MOH puisqu'ils font référence à l'Être qui englobe la volition, l'habitation et les capacités de performance de l'individu.

De même ils ajoutent l'importance de venir explorer les occupations pour donner du sens aux jeunes et favoriser leur pouvoir d'agir. E3 établit un lien avec le concept d'identité occupationnelle, provenant du MOH, qui vient justement apporter du sens au quotidien du jeune. Cette thématique est à rapprocher du cadre conceptuel qui spécifie que « L'identité occupationnelle résulte ainsi de la participation de l'individu, de son engagement dans ses occupations en mobilisant l'ensemble de ses ressources et habiletés psychosociales. » (Parkinson et al., 2006).

En outre, les situations vécues par E1 et E2 précisent que les adolescents porteurs d'un TSA ont une place centrale dans le développement de leur construction identitaire. Celle-ci est fonction de leur perception de leur propre identité et des problématiques personnelles rencontrées dans leur quotidien. Par conséquent, ce processus de construction identitaire passe par l'implication directe du jeune dans son parcours de soins. Nous pouvons ici faire un lien étroit avec la notion d'autonomie et d'indépendance, explicité dans le cadre conceptuel, notamment sur leurs difficultés à interagir et communiquer qui peuvent altérer leur capacité d'auto-détermination.

Ensuite, les trois ergothérapeutes relatent le poids du regard des autres sur les adolescents porteurs d'un TSA, en lien avec leurs particularités de fonctionnement. Cette dimension démontre l'impact de ces comportements sur les adolescents TSA puisque, comme mentionné dans la littérature scientifique, et d'après Claude Dubar, « cette construction de l'identité se forge à travers l'image que les autres nous renvoient. Ainsi, nous voyons bien que l'identité est un processus de fabrication où interagissent ces trois systèmes. » (Fray & Picouleau, 2010).

Pour terminer sur la construction identitaire de cette population, les trois ergothérapeutes ont souligné l'influence importante de la famille qui peut aussi bien

être un facteur limitant que facilitant dans la construction identitaire des adolescents avec un TSA. Cette nouvelle dimension n'apparaît pas sciemment dans la revue de littérature de cette étude mais vient souligner malgré tout l'intérêt d'intégrer les parents à la prise en soin de ce public.

A.3 L'accompagnement holistique ergothérapique

L'expérience des trois ergothérapeutes nous a permis de démontrer que pour favoriser la participation occupationnelle des adolescents porteurs d'un TSA, l'approche ergothérapique centrée sur la personne était fondamentale pour permettre à ce public d'agir et d'exprimer ses attentes et objectifs au regard de leurs projets. Ce sujet est appuyé par notre cadre conceptuel qui stipule que « l'un des fondements en ergothérapie repose sur son approche centrée sur le client. » E2 explicite également la nécessité de venir explorer les composants de la personne, en lien avec le MOH, à savoir, l'Être, l'Agir et le Devenir afin de développer le pouvoir d'agir de ces jeunes. Ces propos viennent appuyer ceux détaillés dans le cadre conceptuel au sujet de l'explication des composants du MOH.

En outre, le vécu d'un ergothérapeute a expliqué l'intérêt d'utiliser le MOH comme modèle conceptuel pour fonder sa pratique ergothérapique. Tandis que l'expérience des deux autres ergothérapeutes a plutôt confirmé la non-utilisation de modèles conceptuels précis dans leur pratique. En revanche, lors de l'exploration des outils utilisés par ces mêmes professionnels, sont ressortis des outils comme la MCREO, le COSA, l'OQ en lien avec des modèles conceptuels centrés sur la personne, respectivement la MCRO et le MOH. Cette thématique illustre bien, comme évoqué dans le cadre conceptuel, que l'ergothérapeute guide sa pratique par l'emploi de modèles conceptuels, mais l'étude précise que cela n'est pas toujours réalisé de façon consciente.

Les trois ergothérapeutes ajoutent que ces outils viennent soutenir la construction identitaire de ces jeunes par l'exploration de leurs occupations et le développement de leur capacité d'auto-détermination. De ce fait, même s'il y a différentes approches pour fonder la pratique ergothérapique, elles servent dans le cadre de cette recherche un objectif commun : rendre à l'adolescent avec un TSA sa place d'acteur dans son processus d'autonomisation.

B. Validation ou réfutation de l'hypothèse

Pour rappel, l'objectif de cette recherche était de mettre en exergue les compétences et les outils sur lesquels s'appuie l'ergothérapeute pour favoriser la construction identitaire des adolescents porteurs d'un TSA afin de répondre à la question de recherche suivante : « **De quelle manière l'ergothérapeute facilite-t-il la construction identitaire des adolescents de 13 à 17 ans porteurs d'un TSA, dans son accompagnement en dehors de l'hospitalisation complète ?** »

Pour répondre à ce questionnement, une hypothèse a été proposée, à savoir, « **L'ergothérapeute, en agissant sur les déterminants de l'Agir par son approche occupationnelle, permet à l'adolescent avec un TSA de participer à la construction de son identité.** » Les résultats de cette étude empirique nous permettent de valider cette hypothèse puisqu'ils ont révélé l'importance de venir explorer les occupations de ces jeunes pour développer leur pouvoir d'agir ; notamment à travers l'approche occupationnelle, spécifique à l'ergothérapie. Cette exploration facilite la participation occupationnelle mais également sociale de ces jeunes et vient ainsi forger l'identité occupationnelle de ces derniers. L'étude a également démontré l'intérêt de venir cultiver les capacités d'auto-détermination de cette population pour leur redonner du pouvoir d'agir, facilité par l'intervention de l'ergothérapeute grâce à sa pratique centrée sur la personne.

C. Biais et limites de l'étude

L'objectif de cette partie est d'exposer les biais et limites rencontrés lors de cette étude. Les biais font référence aux éléments qui ont pu influencer et/ou déformer les données recueillies lors de l'enquête expérimentale. Les limites, quant à elles, renvoient aux éléments qui ont pu restreindre la recherche.

Dans le cadre de cette recherche, plusieurs biais ont été identifiés. Le premier est un biais méthodologique en lien avec la formulation de certaines questions au cours des entretiens qui ont pu orienter les réponses obtenues. De ce fait, cela a pu impliquer un biais de confirmation dans le recueil de certaines données. De même, la réalisation des entretiens par téléphone et en présentiel peut constituer un biais dans le recueil des données qualitatives puisque les modalités de collecte d'informations ne sont pas

strictement identiques. Par ailleurs, il est important de préciser qu'un biais de subjectivité peut être relevé. En effet, l'analyse des résultats est corrélée à mon interprétation des données qui peut être influencée par mes attentes vis-à-vis de cette recherche ou encore par mes représentations. Enfin, le dernier biais identifié est celui en lien avec ma population de recherche et des expériences vécues des ergothérapeutes, où il est difficile de s'assurer en permanence que les situations évoquées soient en lien avec les critères de la population de recherche. De ce fait, des données ont pu être biaisées dans leur interprétation.

Concernant les limites de cette recherche, nous pouvons évoquer la taille restreinte de l'échantillon interrogé, à savoir trois ergothérapeutes, ce qui n'est pas représentatif d'une majorité d'ergothérapeutes exerçant auprès de la population de recherche. En outre, ne pas avoir pris en compte des comorbidités et autres troubles associés au spectre de l'autisme a pu restreindre la recherche, d'autant plus qu'ils ont été évoqués à plusieurs reprises par les interrogés et peut démontrer ainsi la fréquence d'association de troubles connexes à l'autisme. Ensuite, un manque de précision sur mes questions concernant le concept de construction identitaire a rendu plus difficile l'obtention de réponses ou de précisions claires à ce sujet, ce qui a pu entraver la richesse des données collectées. Ceci peut être également rapproché d'un manque de détails pour illustrer et comprendre certaines expressions comme « expériences traumatisantes » et qui ont rendu difficile l'exploitation et la contextualisation de certaines données. Pour terminer, des données n'ont pas pu être exploitées étant donné qu'elles ne rentraient pas dans mes critères de population de recherche, ce qui a pu limiter la portée de celle-ci.

D. Perspectives

Les biais et limites relevés ci-dessus nous conduisent à proposer des axes de recherches supplémentaires pour apporter des précisions et consolider les résultats obtenus.

Le premier axe de travail serait de différencier les comorbidités inhérentes à l'adolescence de celles propres au TSA afin d'identifier des similitudes et des différences pour venir apporter un éclairage sur ce distinguo qui semble flou. Cela

permettrait ainsi de comprendre de façon plus exhaustive les caractéristiques propres à la population de recherche.

Le deuxième axe de travail serait de proposer des questions plus précises en lien avec les trois composants du MOH, à savoir l'Être, l'Agir, et le Devenir afin de venir questionner davantage les valeurs, les habitudes de vie et les capacités de performance de la population de recherche.

Le troisième axe de travail est en lien avec un questionnement qui persiste autour d'une influence potentielle de l'identité professionnelle de chacun des ergothérapeutes interrogés, notamment d'un point de vue institutionnel. En effet, les trois entretiens réalisés avec ces professionnels exercent dans trois structures différentes. L'un des trois ergothérapeutes a également évoqué une culture du MOH au sein de son service. Ces variables n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des résultats, et au-delà du biais que cela peut représenter dans la collecte de données, les intégrer pourrait éventuellement venir mesurer les propos rapportés ou bien même les modifier.

Le quatrième et dernier axe de travail consisterait à venir élargir le champ de vision de la problématique et des acteurs qui peuvent collaborer pour la résoudre. Concrètement, il s'agirait d'interroger plus en profondeur le système de soins en France et ses modalités centrées sur la personne et le curatif alors que cette étude révèle davantage de freins sociétaux et environnementaux. Cette orientation dans la recherche pourrait possiblement nous amener vers d'autres actions portées par l'ergothérapeute en termes d'information et de prévention auprès du grand public sur cette thématique. Effectivement, en s'intéressant uniquement à la personne porteuse de TSA, on ne traite finalement qu'une partie des enjeux liés aux problématiques intrinsèques au TSA.

E. Apport personnel et projection professionnelle

Cette recherche a été l'opportunité pour moi d'appréhender de manière concrète des concepts fondamentaux en ergothérapie comme l'engagement occupationnel, la participation occupationnelle, mais également de mesurer la portée de la prise en compte de l'environnement dans la pratique ergothérapique. Cette expérience m'a montré à quel point l'appropriation de modèles conceptuels diffère d'un professionnel

à un autre, mais surtout que celle-ci est propre à chaque ergothérapeute. Cette idée me conforte ainsi dans mon envie de guider ma pratique professionnelle en m'appuyant sur des modèles conceptuels tels que le MOH pour proposer un accompagnement centré sur la personne et ses occupations. Cela traduit ma volonté de m'inscrire dans une pratique garante d'une qualité et d'une sécurité des soins vis-à-vis des personnes que je serai amenée à accompagner.

En outre, ce travail a renforcé ma sensibilisation sur la pluralité des déterminants à prendre en compte auprès d'une population jeune porteuse d'un TSA et sur les enjeux d'informer le grand public quant à ces particularités. Je souhaite ainsi m'investir dans la construction d'actions de sensibilisation auprès du grand public pour déconstruire des préjugés autour de l'autisme, ancrés dans les représentations sociétales.

Enfin, ce travail a contribué à renforcer mon identité professionnelle et ma posture professionnelle. D'une part, il est primordial pour moi de construire une alliance thérapeutique durable et de proposer un accompagnement fondé sur les attentes et objectifs des personnes afin d'y donner tout son sens. D'autre part, j'ai pu étayer ma posture réflexive en développant mes connaissances théoriques et en consolidant ma capacité à questionner et organiser mes idées au regard de mes représentations, de la revue scientifique et des données empiriques obtenues.

VII. Conclusion

La finalité de ce travail d'initiation à la recherche était de se focaliser sur la plus-value de l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la construction identitaire des adolescents porteurs d'un TSA. Les recherches scientifiques menées ont apporté des précisions sur les particularités de la période de l'adolescence, marquée par des chamboulements sociaux, physiques, psychiques mais aussi identitaires. Des spécificités détaillées également chez les adolescents avec un TSA étant donné leurs difficultés à interagir avec leur environnement. Ces recherches ont par ailleurs démontré l'intérêt de l'ergothérapie dans l'exploration de la participation occupationnelle du sujet, notamment à travers ses approches holistique et occupationnelle guidées par des modèles conceptuels comme le MOH. Notre questionnement s'est ainsi dirigé vers la manière dont l'ergothérapeute pouvait faciliter

la construction identitaire de ce public, plus précisément en s'appuyant sur les déterminants de l'Agir des individus.

Dans le cadre de cette recherche, une étude qualitative a été conduite sous la forme d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes diplômés d'État ayant déjà accompagné des adolescents porteurs d'un TSA en dehors de l'hospitalisation complète. L'objectif était de recueillir des données empiriques concourant à la validation ou à la réfutation de l'hypothèse proposée pour répondre à notre question de recherche. L'analyse des résultats a permis de valider l'hypothèse proposée selon laquelle les ergothérapeutes s'appuient sur les déterminants de l'Agir pour faciliter la construction identitaire des adolescents porteurs d'un TSA. En effet, les résultats de l'étude ont dévoilé l'importance de venir explorer les occupations signifiantes de ces jeunes mais également de développer leur capacité d'auto-détermination pour leur redonner du pouvoir d'agir. Les moyens employés par les ergothérapeutes sont soutenus par leur approche occupationnelle, centrée sur la personne. Ces résultats peuvent notamment être mis en corrélation avec le MOH bien qu'il ne figure pas strictement dans la question ni dans l'hypothèse de recherche. Cependant, les éléments recueillis ont permis de faire le lien avec ce modèle conceptuel pour apporter des informations essentielles sur le fonctionnement de l'adolescent porteur d'un TSA selon ses rôles, ses habitudes de vie, son contexte de vie. De ce fait, il peut éclairer l'ergothérapeute sur le fonctionnement global dans lequel s'inscrit l'adolescent et entrevoir la complexité de la construction identitaire de ce dernier qui n'est pas facilitée dans les divers environnements dans lesquels il est amené à évoluer.

Néanmoins, les ergothérapeutes interrogés ont souligné l'importance de prendre en compte d'autres déterminants personnels mais aussi environnementaux tels que, respectivement, les particularités sensorielles de ces jeunes ou encore la famille qui peuvent interférer dans la construction identitaire de ces adolescents. Ainsi, pour approfondir ce mémoire d'initiation à la recherche et consolider les résultats obtenus, il serait intéressant de prendre en compte la famille dans le parcours de soin de l'adolescent avec un TSA, à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs autour de cette thématique. L'objectif serait d'identifier de façon plus exhaustive les spécificités de l'adolescent porteur d'un TSA dans son quotidien et l'impact de la famille dans sa construction identitaire.

Bibliographie

Ouvrages

- Bardou, É. et Oubrayrie-Roussel, N. (2014). Chapitre 1. Construction et définitions de l'identité. *L'estime de soi : Quelle valeur attribue-t-on à sa propre personne ? Comment se construit l'estime de soi ?* (p. 39-87). <https://shs.cairn.info/l-estime-de-soi--9782848352886-page-39?lang=fr>
- Boucand, M.-H. (2011). L'indépendance et l'autonomie. *Dire la maladie et le handicap : De l'épreuve à la réflexion éthique* (p. 26-42). érès. <https://shs.cairn.info/dire-la-maladie-et-le-handicap--9782749213842-page-26?lang=fr>
- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *La méthode en sociologie* (p. 24-32). La Découverte. <https://shs.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24?lang=fr>
- Coron, C. (2020). Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? In *La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise* (p. 12-13). Dunod. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-p12.htm>
- Fallourd, N. et Madieu, E. (2021). Chapitre 1. Entraîner les habiletés sociales en 12 questions-réponses. *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales : Enfants et adolescents avec troubles relationnels : Autisme, TDA/H, Troubles anxieux, Haut potentiel* (p. 16-41). Dunod. <https://shs.cairn.info/animer-des-groupes-d-entrainement-aux-habiletés-so--9782100797493-page-16?lang=fr>
- Galland, O. (2022). Chapitre 2. L'invention de l'adolescence et le début des sciences de la jeunesse. *Sociologie de la jeunesse* (p. 37-56). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.galla.2022.01.0037>
- Halpern, C. (2016). L'identité. Histoire d'un succès. In *Identité(s)* (p. 5-13). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0005>

- Misès, R., Botbol, M., Bursztejn, C., Golse, B., & Portelli, C. (2020). Catégories de la CFTMEA – R-2020. In *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent—R2020* (p. 33-80). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mises.2020.01.0033>
- Morel-Bracq, M.-C. (2012). Chapitre 2. Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 27-39). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0027>
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Pierce, D. (2016). Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 23-32). De Boeck Supérieur. <https://stm-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23>
- Samson, S. (2012). Chapitre 26. Structures et modalités d'exercice de l'ergothérapeute en pédiatrie. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 385-398). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0385>
- Sue Parkinson, Kirsty Forsyth, Gary Kielhofner. (2006). *MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. DeBoeck Supérieur. <https://anfe.fr/product/mohost-outil-devaluation-de-la-participation-occupationnelle-2/>
- Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022). Qualitative Study. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262162/>
- Wilson, J. R., & Sharples, S. (2015). *Evaluation of Human Work*. CRC Press. P.119-122. <https://doi.org/10.1201/b18362>

Articles

- Asbjørnslett, M., Skarpaas, L. S., & Stigen, L. (2023). "Being Holistic Is a Lot to Ask" : A Qualitative, Cross-National Exploration of Occupational Therapists' Perceptions and Experiences of Holistic Practice. *Occupational Therapy International*, 2023(1), 2432879. <https://doi.org/10.1155/2023/2432879>
- Andanson, J., Pourre, F., Maffre, T., & Raynaud, J.-P. (2011). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants et adolescents avec syndrome d'Asperger : Revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 18(5), 589-596. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.02.019>
- Benoit, J.-P., Smadja, R., Benyamin, M., & Moro, M.-R. (2011). Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Les Maisons d'adolescents*, 59(2), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.07.007>
- Castra, M. (2012). Identité. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1593>
- Devernay, M., & Viaux-Savelon, S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. *Réalités pédiatriques*, 187, 14-20. https://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/RP_187_Dos_Devernay.pdf
- Fray, A.-M., & Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38(8), 72-88. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation, Colloque Jean-Savy*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Marti, P. (2008). Identité et stratégies identitaires. *Empan*, 71(3), 56-59. <https://doi.org/10.3917/empa.071.0056>

- Pépin, G. (2006). Le modèle des dimensions d'un programme (Gervais, 1998) et le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002) : La théorie au service de la pratique de l'évaluation. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(3), 97-112. <https://doi.org/10.7202/1086396ar>
- Rouillard-Rivard, D., Julien-Gauthier, F., Poulin, M.-H., & Martin-Roy, S. (2018). Pratiques éducatives pour accroître la participation sociale des adolescents et des jeunes adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Revue de psychoéducation*, 47(1), 23-52. <https://doi.org/10.7202/1046771ar>
- Sawada, T., Oh, K., Namiki, M., Tomori, K., Ohno, K., & Okita, Y. (2023). The Conceptual Analysis of Collaboration in the Occupational Therapy by Combining the Scoping Review Methodology. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(11), 6055. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116055>
- Tardif, C. (2006). *Autisme : Problèmes sociaux, communicatifs et émotionnels à l'adolescence*. *Le Bulletin scientifique de l'arapi*, (18), 33.

Autres références

- ANFE. (s. d.) *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté 10 janvier 2026, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- HAS. (2018a). *Trouble du spectre de l'autisme : des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires*. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf
- HAS. (2018b). *Trouble du spectre de l'autisme : diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_diagnostic_et_evaluation_chez_lenfant_et_ladolescent_2e_ligne_-_synthese.pdf

Inserm. (2024). *Autisme*. Inserm, La science pour la santé. Consulté 12 janvier 2026, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

La Maison de l'autisme et des TND. (s. d.). *Qu'est-ce que l'autisme ?* Consulté 6 février 2026, à l'adresse <https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/qu-est-ce-que-l-autisme/>

WHO. (2019). *Santé des adolescents*. World Health Organization. Consulté 10 janvier 2026, à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Table des annexes

ANNEXE I : ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT À L'ADOLESCENCE.....	I
ANNEXE II. ÉTABLISSEMENTS ACUEILLANT LES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	II
ANNEXE III. RÉCAPITULATIF DES OUTILS DU MOH	III
ANNEXE IV. GUIDE D'ENTRETIEN	IV
ANNEXE V. LOI JARDE	V
ANNEXE VI. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	VI
ANNEXE VII. SOLlicitation DES ERGOTHÉRAPEUTES	VII
ANNEXE VIII. EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE DES RÉSULTATS	VIII

ANNEXE I : ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT À L'ADOLESCENCE

Les étapes de développement physique, cognitif et psychologique à l'adolescence (Devernay & Viaux-Savelon, 2014)

Étapes de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
Début de l'adolescence ~ 11-13 ans "Collégiens"	Métamorphose physique – Premiers signes pubertaires : • filles : seins, pilosité, début des menstruations, croissance staturale ; • garçons : augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale.	• Les intérêts intellectuels se développent. • Apparition de l'intelligence opératoire formelle [11], raisonnement hypothético-déductif, augmentation de la capacité d'abstraction. • La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. • Réflexion sociétale plus approfondie.	• Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. • Début du processus de séparation/individuation entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique. • Influence plus importante du groupe de pairs. • Oscillation entre des comportements d'enfant et des comportements adultomorphes. • Caractère "lunatique", sautes d'humeur. Expression émotionnelle plus agie que verbalisée. • Test des règles et des limites. • Intérêt croissant pour la différence des sexes.
Mi-adolescence ~ 13-17 ans "Lyceens" Phase d'expérimentation et de subjectivation	Dernières étapes des transformations physiques de la puberté. Poursuite de la croissance.	• Poursuite de l'augmentation de la capacité d'abstraction. • Apparition de la logique des propositions permettant d'accéder à un nombre infiniment plus grand d'opérations. • La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels. • Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. • Réflexions sur le sens de la vie.	• Contraste entre les sentiments d'invulnérabilité, de toute-puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi. • Phase d'expérimentation et de prise de risque dans tous les domaines afin d'accéder à la construction de l'identité (processus de subjectivation). Réactions impulsives face à des situations anxiogènes ou dépressiogènes. • Tendance à la distance avec ses propres parents. • Ajustement continu au corps changeant. • Importance de réussite de l'intégration dans un groupe de pairs. Questionnements sur la normalité. • Amélioration des capacités d'expression émotionnelle. • Expérimentation des sentiments amoureux et passionnels. Intérêt augmenté pour la sexualité.
Fin de l'adolescence 17-21 ans Stabilisation identitaire	Fin de la croissance pubertaire.	• Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. • Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. • Préoccupation augmentée pour l'avenir. • Poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal.	• Affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle. • Amélioration de la stabilité émotionnelle. • Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. • Meilleure confiance en soi. Augmentation de l'indépendance. • Les rapports avec les pairs restent importants, développement de relations duelles plus approfondies. • Regain d'intérêt pour les traditions et la culture.

TABLEAU I : Étapes du développement physique, cognitif et psychologique à l'adolescence. Inspiré de figure du *Lancet*, Sawyer 2012;379:1630-1640.

ANNEXE II. ÉTABLISSEMENTS ACUEILLANT LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Établissements sanitaires et médico-sociaux pour enfants et adolescents (Samson, 2012)

Tableau 3.

ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS			
ÉTABLISSEMENT SANITAIRE	DISCIPLINE	MODE PRINCIPAL D'HOSPITALISATION	LIEU DE SCOLARISATION (1)
Centre hospitalier	Pluridisciplinaire avec parfois une activité de soins de suite et réadaptation ou de psychiatrie	Tous modes	A l'hôpital ou en milieu ordinaire
Centre hospitalier spécialisé	Psychiatrie	Tous modes	A l'hôpital ou en milieu ordinaire
Etablissement de réadaptation fonctionnelle	Soins de suite et réadaptation	Avec hébergement ou sous forme ambulatoire	Dans le centre ou en milieu ordinaire
Etablissement de soins de suite	Soins de suite et réadaptation	Avec hébergement	Dans l'établissement
Centre médico-psychologique CMP	Psychiatrie	Sous forme ambulatoire	En milieu ordinaire
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel CATTP	Psychiatrie	Sous forme ambulatoire	En milieu ordinaire
Hôpital de jour	Psychiatrie	Sous forme ambulatoire	A l'hôpital ou en milieu ordinaire
Pouponnière à caractère sanitaire	Soins de suite et réadaptation	Avec hébergement	/
Maison d'enfants à caractère sanitaire	Soins de suite et réadaptation ou psychiatrie	Avec hébergement	Dans l'établissement

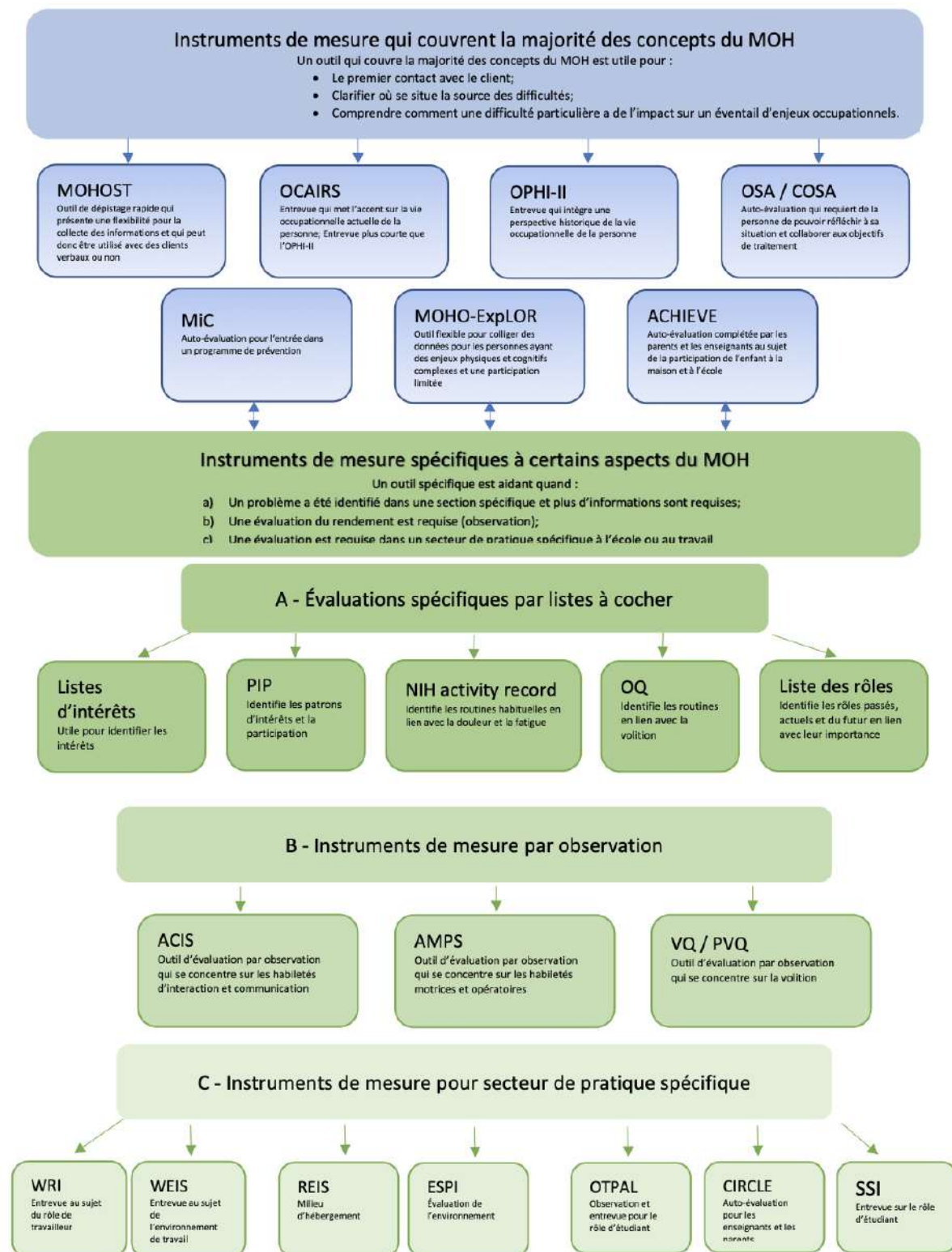
(1) Se référer au tab. II

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS					
Etablissement ou service médico-social	Catégorie d'établissement	Age	Trouble / Déficience prédominante	Modalité d'accueil (1)	Lieu de scolarisation (1)
Centre d'Action Médico-Sociale Précoce CAMSP	Service de soins ambulatoires	0-6 ans	Polyvalent ou spécialisé. Retard psychomoteur, déficience motrice, sensorielle, mentale.	En ambulatoire	Avant la scolarisation ou scolarisation en milieu ordinaire.
Centre Médico-Psycho-Pédagogique CMPP	Service de soins ambulatoires	0-20 ans	Polyvalent. Trouble psychique, du langage, psychomoteur, du comportement, des apprentissages.	En ambulatoire	Avant la scolarisation ou scolarisation en milieu ordinaire.
Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile SESSAD	Service de soins à domicile	0-20 ans	Spécialisé. Déficience motrice, mentale, trouble de la conduite et du comportement, trouble autistique ou des fonctions instrumentales.	A domicile	En milieu ordinaire
Service de Soins à Domicile SSAD	Service de soins à domicile	0-20 ans	Polyhandicap.	A domicile	Parfois scolarisation pré-élémentaire en milieu ordinaire.
Service d'Accompagnement des Familles et d'Education Précoce SAFEP	Service de soins à domicile	0-3 ans	Déficience sensorielle visuelle ou auditive.	A domicile	Parfois scolarisation en milieu ordinaire.
Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire SSEFIS	Service de soins à domicile	3-20 ans	Déficience auditive.	A domicile	En milieu ordinaire
Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire SAAAIS	Service de soins à domicile	3-20 ans	Déficience visuelle.	A domicile	En milieu ordinaire
Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique ITEP	Etablissement d'éducation spéciale	6-20 ans	Trouble de la conduite et du comportement.	Majoritairement en internat. Parfois en externat.	Dans l'établissement, quelquefois en milieu ordinaire.
Institut Médico-Educatif IME IMP	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	Déficience mentale, trouble autistique, polyhandicap, trouble grave de la communication.	Majoritairement en externat, parfois en internat.	Dans l'établissement, quelquefois en milieu ordinaire
Institut Médico-Professionnel IMPro	Etablissement d'éducation spéciale	14-20 ans	Déficience mentale.	Majoritairement en externat, parfois en internat	Dans l'établissement, quelquefois en milieu ordinaire.
Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	Polyhandicap	Internat ou Externat	Quelquefois scolarisation dans l'établissement
Institut d'Education Spécialisée pour Déficiants Visuels IESDV	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	déficience visuelle	Externat ou internat	Dans l'établissement ou en milieu ordinaire
Institut d'Education Spécialise pour Déficiants Auditifs IESDA	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	Déficience auditive	Externat ou internat	Dans l'établissement ou en milieu ordinaire
Instituts d'Education pour Enfants Sourds et Aveugles	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	Surdité, Cécité	Externat ou internat	Dans l'établissement ou en milieu ordinaire
Institut d'Education Motrice IEM	Etablissement d'éducation spéciale	3-20 ans	Déficience motrice	Externat ou internat	Dans l'établissement. Quelquefois en milieu ordinaire.

(1) Les indications relatives à la fréquence sont tirées de Maingué A., « Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile », Etudes et résultats. DREES, n°669, novembre 2008

ANNEXE III. RÉCAPITULATIF DES OUTILS DU MOH

Récapitulatif des outils du MOH et leurs spécificités (Taylor R, 2017)



Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e éd.). Philadelphie, PA: Wolters and Kluwer (traduction (2018) des pages 183-184 par Marcoux, C. du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

ANNEXE IV. GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien		
1. Présentation du chercheur et de son rôle dans l'étude		
2. Présentation du titre et des objectifs : La plus-value de l'accompagnement ergothérapeutique dans la construction identitaire des adolescents porteur d'un Trouble du Spectre Autistique		
3. Enonciation des droits de la personne interrogée : anonymat, confidentialité, droit de retrait		
4. Validation de la volonté de la personne de participer à l'entretien et demander à nouveau le consentement pour l'enregistrement de l'entretien		
5. Recueil de données socio-démographiques :		
a. Âge		
b. Année d'obtention du DE en ergothérapie		
c. Année d'expériences avec le public cible et à son poste		
d. Type de structures d'intervention passée(s)/présente(s)		
Thème	Questions	Relances possibles
Adolescence et TSA	Pourriez-vous m'expliquer votre expérience en tant qu'ergothérapeute auprès d'adolescents ?	Sans déficience intellectuelle, ni trouble du langage ni pathologie associée
	Selon vous, à quelles difficultés / freins / obstacles sont-ils confrontés au quotidien ?	Comment expliquez-vous ces freins ? (environnemental, personnel, social, etc)
	Quelles sont vos objectifs thérapeutiques avec ce public ?	Objectif général ? Objectifs spécifiques ?
Construction identitaire	De quelle manière définiriez-vous la construction identitaire ?	Donnez des mots clés, exemples
	Quels sont les impacts de l'autisme chez l'adolescent sur sa construction identitaire ?	Quelles conséquences avez-vous pu observer ?
	D'après vous, quels sont les facteurs déterminants qui permettent de favoriser cette construction identitaire ou au contraire qui la freine ?	Quels éléments précis pourriez-vous me citer ? Donnez-moi un exemple
	De quels leviers/ressources disposez-vous en tant qu'ergothérapeute pour favoriser la construction identitaire de ces jeunes ?	Champ de compétences, approches utilisées, outils
Les déterminants de l'Agir : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle, les habiletés de communication et d'interactions	Sur quel(s) déterminant(s) vous appuyez-vous pour accompagner ces jeunes ?	Sur quelle(s) notion(s) ergothérapeutiques / concepts vous appuyez-vous pour les accompagner ?
	Qu'évaluez-vous auprès de ces jeunes ?	
	Comment les articulez-vous dans votre accompagnement auprès des adolescents ?	Pourriez-vous détailler ? Donner des exemples ?
Modèles conceptuels et outils d'évaluation	Quel modèle utilisez-vous pour orienter votre pratique auprès de cette population ?	Pour quelle(s) raison(s) ?
	Selon vous, de quelle manière ce modèle peut-il favoriser la construction identitaire de l'adolescent porteur d'un TSA ?	Avantage ? Limites ? Avec cette population
	Quels outils utilisez-vous ?	Pour quelle(s) raison(s) ?
	Comment l'appliquez-vous dans votre pratique professionnelle ?	Qu'entendez-vous par ?
Autres		Thèmes/Questions non abordés qui vous semblent important dans l'accompagnement de ces jeunes dans la construction de leur identité
	Souhaitez-vous me faire part d'autres éléments ?	

ANNEXE V. LOI JARDE



Institut de formation en ergothérapie La Musse
CS 20119,
27160 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél. : 02 32 07 29 35
ife@lirs-lamusse.net



le 07/11/2018

Complément au Guide méthodologique pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'application de la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant de l'IFELM qui inscrit son travail d'initiation à la recherche dans la catégorie 3, a la possibilité de réaliser :

- Des questionnaires et entretiens auprès de professionnels
- Des questionnaires et entretiens auprès d'ergothérapeutes
- Des questionnaires et entretiens auprès de bénévoles d'associations
- Des recueils et exploitations de données issues de dossiers médicaux
- Des entretiens auprès d'adultes sans vulnérabilité spécifique et recrutés dans la population générale
- Des questionnaires et entretiens auprès de patients ou résidents s'il s'agit d'interroger les pratiques professionnels et/ou l'organisation des soins

Pour chacune de ces situations, le consentement écrit des participants est obligatoire et doit être recueilli par l'étudiant.

L'étudiant s'engage à préserver l'anonymat de la personne.

Les étudiants ne sont donc pas autorisés à réaliser des questionnaires et entretiens auprès des patients ou résidents lorsque la recherche est en lien avec le traitement et les soins de la personne. En effet, l'étudiant ne doit en aucun cas modifier la prise en charge de la personne.

Yves PRUDENT

FONDATION HOSPITALIERE RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE PAR DECRET DU 8 JUILLET 1928

Siège social : 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris tél. : 01 43 26 77 04 fax : 01 40 51 70 01 larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net
www.larenaissancesanitaire.fr

ANNEXE VI. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, vous êtes invité à participer à un entretien semi-directif. Le sujet de cette recherche est la plus-value de l'accompagnement ergothérapeutique dans la construction identitaire des adolescents porteur d'un Trouble du Spectre Autistique.

L'objectif de ce document est de vous exposer les conditions de participation vous permettant de prendre part à cette étude citées ci-après :

- Votre participation est volontaire, si vous le souhaitez vous pouvez mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment.
- La durée de l'entretien est estimée à 30 minutes environ.
- Cet entretien sera enregistré afin de le retranscrire dans les meilleures conditions et d'étudier les informations récoltées de façon optimale. Cet enregistrement sera supprimé à l'issue de cette étude.
- Les données recueillies seront anonymisées ne permettant pas votre identification : votre nom, les dates et les lieux évoqués seront modifiés.
- Ces données serviront uniquement dans le cadre de cette étude.

En signant ce document, vous confirmez avoir pris connaissance des informations ci-dessus et acceptez de participer à cette étude.

Fait à, le

Nom et Prénom :

Signature de l'ergothérapeute :

Nom et Prénom : MIGNOT Pauline

Signature de l'étudiante :



ANNEXE VII. SOLLICITATION DES ERGOTHÉRAPEUTES

Objet : Ergothérapie et construction identitaire des adolescents de 13 à 17 ans porteur d'un TSA

Bonjour Madame, Monsieur,

Je m'appelle Pauline MIGNOT et suis actuellement en 3^e année d'ergothérapie au sein de l'IFE La Musse (27). Dans le cadre de ma fin d'études, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche sur l'accompagnement ergothérapique et la construction identitaire des adolescents porteur d'un Trouble du Spectre de l'Autisme sans déficience intellectuelle, altération du langage, pathologie médicale ou génétique associée, ni trouble mental associé.

L'objectif de cette recherche est d'étudier le processus d'intervention ergothérapique sur la construction de l'identité des jeunes avec un TSA, et sur quel(s) facteur(s) les ergothérapeutes s'appuient pour les accompagner durant cette période de transition.

Pour répondre à ces enjeux, je suis à la recherche d'ergothérapeutes Diplômés d'État, exerçant ou ayant exercé au sein de structures ambulatoires auprès de ce public âgé de 13 à 17 ans.

Je vous sollicite afin de participer à un entretien d'une durée de 30 minutes environ pour recueillir votre expérience et votre pratique auprès de ce public.

Si vous êtes intéressé(e) vous pouvez me contacter par message privé, par téléphone au 0686530496 ou bien par mail à l'adresse suivante : mignot.pauline@hotmail.fr

Également, si vous connaissez des ergothérapeutes susceptibles de répondre aux critères de ma recherche n'hésitez pas à partager ma démarche.

Je reste à votre entière disposition si vous avez des questions complémentaires,

Je vous souhaite une bonne journée,

Cordialement,

Pauline MIGNOT

ANNEXE VIII. EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Thèmes	Questions	Réponses Ergo 1	Interprétation Ergo 1
Adolescence et TSA	1. Pourriez-vous m'expliquer votre expérience en tant qu'ergothérapeute auprès d'adolescents porteur d'un TSA?	"Je dirais que j'en ai beaucoup appris finalement après avoir été diplômé en arrivant sur ce travail-là." "C'est souvent des jeunes qui sont ultra intéressants dans leur manière de voir le monde, mais que finalement dans les problématiques, surtout que moi ce que j'identifie en tant qu'ergo, c'est au niveau de l'environnement, souvent des jeunes ils sont pas du tout bien dans le système scolaire actuel." "Je le vois encore plus avec une population adolescente, ouais qui du coup parfois nous arrivent, ils sont même pas encore diagnostiqués." "C'est à la fois des jeunes super intéressants, mais qui ont des parcours généralement très très complexes hein pour comprendre ce qui leur arrive." "Ils peuvent penser dans un premier temps qu'il y a des choses qui clochent chez eux."	Ce sont des jeunes qui sont en difficultés dans leur environnement : système scolaire pas adapté Parcours long pour adapter leur environnement (dossier MDPH, manque de moyens à l'école, temps d'attente pour réorienter le jeune dans une structure adaptée par exemple) Ne sont pas toujours diagnostiqués quand ils arrivent à l'HDJ/CATTP Angoisse
	2. Selon vous, à quelles difficultés / freins / obstacles sont-ils confrontés au quotidien ?	Parents : "l'autonomie sur on va dire le personnel ça va être un peu, c'est à double tranchant parce que souvent on a les parents qui nous disent voilà tu fais pas ça, fais pas ça, il faut lui répéter 10 fois." "Il y a aussi l'opposition aux parents". TSA : "Ils peuvent avoir du mal à intégrer deux consignes à la fois, ils ont besoin de repères visuels et spatio-temporels bien clairs pour pouvoir faire les choses." Habiletés sociales : "ce que je remarque aussi chez les jeunes TSA finalement, il y a une espèce d'ambiguïté à avoir beaucoup de difficultés à aller vers les autres et à peut-être possiblement se sentir mieux quand ils sont seuls, mais en phase avec qui ils sont." Adolescence : "la partie adolescente où de toute façon c'est souvent un âge où t'as pas envie de faire les choses, où t'as pas envie d'écouter les parents c'est un petit peu à double tranchant." "Il y a le côté adolescent où ils ont pas envie de faire, mais c'est parce qu'en fait moi je les vois vraiment comme les jeunes qui se cherchent, essaient de chercher ce qui leur plaît vraiment qui peuvent avoir beaucoup de problématiques d'angoisse et qui du coup essaient de s'apaiser en faisant davantage de choses qui leur plaisent". "Il y a le côté aussi adolescent qui fait que t'as besoin de te rapprocher des jeunes qui ont ton âge que il y a l'effet de groupe aussi ce côté identitaire quand l'adolescent c'est beaucoup ça se rapporte beaucoup au groupe c'est des fonctionnements de groupe chez les adolescents. Qu'est-ce que qu'est-ce que les autres font que et que moi aussi je pourrais faire pour mieux être accepté mieux être semblable à eux etc. Donc c'est très ambivalent chez le TSA finalement parce que il a des difficultés à aller vers les autres, mais il en a envie quand même." Environnements : "des parcours un peu traumatiques (...) va les freiner dans l'apprentissage de l'autonomie, dans le fait de développer une vie professionnelle épanouissante." "l'environnement extérieur avec beaucoup de beaucoup de bruit, beaucoup de stimuli, peu de soupape d'apaisement sensoriel possible pour les TSA."	Difficultés à être autonome : impact des parents, suivent les parents, impact de l'adolescence : n'ont pas toujours envie de faire Difficultés liées au TSA : double consigne, à se repérer dans le temps et l'espace : impact leur pouvoir de faire les choses Difficultés liées à leur environnement : scolaire, professionnel (pas adaptés), familiale (traumatisme, opposition des parents) Difficultés dans les interactions sociales / habiletés sociales

Thèmes	Réponses Ergo 2	Interprétation Ergo 2	Réponses Ergo 3	Interprétation Ergo 3
Adolescence et TSA	"Il y avait une prise d'indépendance et d'autonomie donc avec des personnes qui voulaient avoir un logement seul qui voulaient aussi aller vers le travail." "J'ai fait des accompagnements aussi autour de donc du coup du travail de la flexibilité, il faut travailler à communication, il faut travailler la métacognition, il faut travailler la théorie de l'esprit." "Tout ce qui est vie indépendante et autonome, il fallait travailler la gestion d'un budget, il faut se faire à manger, la gestion de son temps."	Angoisse Indépendance Autonomie	"Alors souvent la porte d'entrée c'est le sensoriel. "d'aller évaluer les particularités sensorielles." "demande plutôt de profil sensoriel dans une démarche diagnostique."	Importance des particularités sensorielles
	"C'est les difficultés de communication en lien avec les personnes avec le TSA et aussi au niveau des particularités sensorielles, il y a beaucoup de difficultés à ce niveau-là quand ils sont jeunes". "C'est surtout au niveau de la théorie de l'esprit où ils sont en difficulté." "Souvent les TSA il y a beaucoup d'idées préconçues qui sont des idées un petit peu rigides et qui se tiennent pas forcément sur une réalité". "Ils ont fait une généralité d'une situation." "tendance à se focaliser, à se concentrer sur des détails de communication et d'oublier tout le reste." "Souvent, il y a beaucoup d'anxiété à la relation sociale, donc c'est souvent des personnes qui sont très fermées qui évitent les relations qui évitent les discussions." "Souvent il va y avoir des défauts aussi d'identification de l'attention et de l'autre dans ce qu'il va dire et il va avoir du mal à identifier si c'est une blague ou si on se fout de sa gueule, le second, enfin toutes les normes sociales et les codes sociaux qui sont pas toujours bien compris aussi ou du coup ils vont se retrouver en difficulté."	Difficultés dans la communication et les interactions sociales, théorie de l'esprit Anxiété : stratégies d'évitement à la relation sociale	"La difficulté c'est principalement le sensoriel. Et la difficulté à interagir avec leur environnement ça va vraiment être ces deux piliers-là." "C'est des jeunes qui sont très lents." "Voilà ce qui est difficile et souvent ce qui ressort, c'est les activités de vie quotidiennes en groupe." (ex : le repas) "Ce qui peut-être un problème pour les jeunes, c'est aussi tout ce qui est stratégie d'évitement à mettre en place quand c'est trop compliqué sur le plan sensoriel." ex : "ne pas aller à une soirée parce qu'il y a trop de bruits, parce qu'on ne sait pas quels codes sociaux il va falloir adopter si on ne connaît pas tout le monde.", ne pas aller en voyage scolaire, ni faire d'activités extra scolaires. "Soit les problématiques sensorielles, soit les problématiques de relations sociales, habilités sociales" "Les capacités d'abstraction chez le TSA sont très déficitaires."	Difficultés sensorielles : stratégies d'évitement Difficultés à être en groupe Altération de ses capacités d'abstraction

La plus-value de l'accompagnement ergothérapique dans la construction identitaire des adolescents porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA)

MIGNOT Pauline

Résumé : Définir sa propre identité peut être un enjeu complexe pour des adolescents porteurs d'un TSA qui affrontent de nombreux obstacles au quotidien. Ce mémoire a pour objectif d'identifier les moyens dont dispose l'ergothérapeute pour favoriser la construction identitaire de ce public. Afin d'y répondre, une méthode qualitative a été menée, appuyée par la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes. Cette étude s'oriente ainsi sur le processus d'intervention ergothérapique, en particulier autour de l'exploration des déterminants de l'Agir, comme facilitateur du processus de construction identitaire. L'analyse met en exergue l'importance de venir interroger les déterminants personnels et la participation occupationnelle de ce public afin de leur redonner du pouvoir d'agir. Cependant elle expose également d'autres facteurs à considérer tels que la prise en compte de la famille ou encore des particularités sensorielles inhérentes au TSA. Cette recherche promeut l'accompagnement ergothérapique centré sur la personne et ses occupations, comme moyen renforçateur du pouvoir d'agir.

Mots clés : Ergothérapie, Adolescents, Trouble du Spectre de l'Autisme, Construction Identitaire, Modèle de l'Occupation Humaine.

The added value of occupational therapy support in the identity development of adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD)

Abstract : Defining one's own identity can be a complex issue for adolescents with an ASD. This study aims to identify the means available to occupational therapists to promote identity development among this public. To address this, a qualitative method was conducted, supported by semi-structured interviews with occupational therapists. The analysis highlights the importance of coming to question the personal determinants and occupational participation of this public in order to empower them to act. However, it also sets out other factors to be considered such as the involvement of the family and the sensory characteristics inherent in ASD. This research promotes occupational therapy support centered on the person and their occupations, as a means to strengthen the power to act.

Key words : Occupational therapy, Adolescents, Autism Spectrum Disorder, Identity development, Model of Human Occupation.