

Institut de Formation La Musse



L'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel

Mémoire d'initiation à la recherche

TRANCHARD Marie
Etudiant ergothérapeute
Promotion 2023-2026

ROUL Emmanuel
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 **TRANCHARD Marie**

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 **St Sébastien de Morsent** Le **01/05/2026** 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) [TRANCHARD Marie](#) atteste



Ne pas avoir eu recours
à l'IA



Avoir généré ce travail
par l'IA



Avoir utilisé partiellement
l'IA



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

	Nom du/des sites utilisés
<input checked="" type="checkbox"/> Corrections orthographiques	Scribbr
<input type="checkbox"/> Formulations – reformulations	
<input type="checkbox"/> Créations de titres	
<input type="checkbox"/> Structurations de paragraphes	
<input type="checkbox"/> Recherche de thématiques	
<input type="checkbox"/> Recherche de bibliographie	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	

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

Le [01/05/2026](#).....

A ...[St sébastien de Morsent](#)

Signature

Remerciements

L'aboutissement de ce mémoire marque le terme de ces trois années d'études en ergothérapie. Ce parcours n'a pas toujours été simple, mais il m'a permis de prendre confiance en moi, et de toujours me dépasser. Il était donc important pour moi de remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu et accompagné tout au long de ce chemin, me permettant ainsi de trouver ma voie et ma raison d'être.

En commençant par remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'institut de formation La Musse, pour son soutien et son aide pendant ces trois années.

Je souhaiterais également remercier mon maître de mémoire, Emmanuel ROUL pour ses précieux conseils, sa bienveillance, et ses encouragements durant ces longs mois de rédaction.

Je remercie également tous les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude, pour leur expertise, qui m'ont permis d'enrichir mon questionnement et ma future pratique professionnelle.

Un grand merci à mes tuteurs de stage, pour leur savoir et leurs conseils, me permettant de vivre de nombreuses expériences et de toujours m'améliorer.

Également, je souhaite remercier mes proches, notamment mes parents, ma sœur et ma marraine pour leur soutien constant, leur confiance en moi durant ces trois années. Merci de m'avoir montré que rien n'est impossible !

Merci à mes compagnons à quatre pattes, qui m'ont apporté beaucoup de bonheur !

Pour finir, je tiens tout particulièrement à remercier toutes les personnes merveilleuses que j'ai rencontrées au cours de ces études, à savoir Fanny, Elsa, Elise, Coline, Manon, Isabelle, Julie et Louna. Sans elles, ces trois années n'auraient pas été les mêmes. Merci à vous pour tous les éclats de rires comme pour les moments plus difficiles.

Je dirais seulement quelques mots à moi-même : sois fière de toi !

« Ce n'est ni la richesse, ni la splendeur, mais la tranquillité et l'occupation qui vous donnent le bonheur »

- Thomas Jefferson

« Le bout du monde et le fond du jardin contiennent la même quantité de merveilles »

- Christian Bobin

Table des matières

Introduction	1
1. Cadre contextuel	2
a) Situation d'appel	2
b) Question de départ	3
2. Cadre conceptuel	3
a) Le Trouble du Spectre Autistique	3
i. Epidémiologie	3
ii. Histoire	4
iii. Dyade autistique	4
iv. Les troubles associés	5
v. La trajectoire de soin	6
vi. Les structures d'accueils	6
vii. Retentissement fonctionnel	7
b) Les particularités sensorielles	7
i. L'importance des sens lors du développement	7
ii. Symptômes	9
iii. Les répercussions sur le quotidien	9
c) Le jardin sensoriel	11
i. Définition	11
ii. Les bienfaits	11
iii. Espace structuré	12
d) L'ergothérapie	13
i. Définition	13
ii. L'ergothérapie auprès des enfants TSA	14
iii. L'engagement occupationnel	15
iv. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)	17

v. L'ergothérapie et le jardin sensoriel	19
3. Question de recherche	20
a) Hypothèse.....	20
4. Cadre expérimental	20
a) Méthodologie de recherche.....	20
i. Objectif de l'étude.....	20
ii. Choix de la méthode et de l'approche	20
b) Population de recherche	21
i. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
c) Outils de recherche.....	21
d) Procédure de recrutement	22
e) Réalisation des entretiens.....	22
5. Résultats et analyse des résultats	22
a) 1 ^{ère} partie : La pratique professionnelle de l'ergothérapeute.....	23
b) 2 ^{ème} partie : Les enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles	24
c) 3 ^{ème} partie : Le jardin sensoriel	27
d) 4 ^{ème} partie : L'impact sur l'engagement occupationnel de l'enfant	31
e) 5 ^{ème} partie : Fin des entretiens.....	34
6. Discussion	35
a) Validation ou invalidation de l'hypothèse de recherche.....	35
b) Biais et limites de l'étude.....	37
i. Biais.....	37
ii. Limites	38
c) Perspectives, apports personnels et professionnels de l'étude.....	38
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	
Annexes	

LISTES DES ABREVIATIONS :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

CMPP : Centres Médico-Psycho Pédagogiques

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Instituts Médico-Educatif

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

PCO : Plateformes de Coordination et d'Orientation

SESSAD : Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDC : Trouble Développementale de la Coordination

TDI : Trouble du Développement Intellectuel

TND : Trouble Neurodéveloppement

TOA : Trouble de l'Oralité Alimentaire

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

UEMA : Unité d'Enseignement Maternelle Autisme

Introduction

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est l'un des troubles classés parmi les troubles neurodéveloppementaux (TND). Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) évoque le terme de "spectre" de l'autisme, cela signifie que ce trouble est très large et varié, autrement dit il existe une diversité de formes d'autisme. En effet, elle n'est pas la même pour chaque personne, cela dépend de la fréquence et de l'intensité des dimensions symptomatiques de la personne. Notamment, les particularités sensorielles qui font partie de l'une des dimensions symptomatiques selon le DSM-5. En effet, 95 % des personnes avec un TSA présentent au moins un type d'anomalie sensorielle (Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique, 2016). Le TSA constitue aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique, comme le montrent les nombreux plans autisme mis en place ces dernières années (Das Merces, M. 2021). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les TSA constituent chaque année entre 0,9 % et 1,2 % des naissances, dont environ 100 000 jeunes de moins de 20 ans (handicap.gouv.fr, 2021). Ces chiffres clés mettent en évidence le diagnostic de plus en plus précoce de ce trouble, qui apporte de nombreux défis dans la vie quotidienne, et cela dès l'enfance.

Le jardin sensoriel est un lieu ayant de nombreuses ressources et de possibilités d'objectifs thérapeutiques. Elle permet ainsi à l'ergothérapeute de disposer d'un lieu servant de médiateur de partage, d'interactions sociales, d'activité physique mais aussi de ressources sensorielles stimulantes. Cet espace aménagé est un lieu d'apprentissage et de développement qui, grâce à l'analyse d'un ergothérapeute, peut se transformer en véritable atout afin de donner du sens et de l'autonomie dans toutes les activités de la vie quotidienne de l'enfant (Bellusso et al., 2017).

Ce qui fait la plus-value de l'ergothérapie est sa dimension holistique, notamment les liens particuliers entre la personne, les occupations et les environnements. Au sein de ce domaine, différentes notions voient le jour, telles que l'engagement occupationnel, qui représente le point ultime à atteindre pour réaliser ses occupations (Rossini-Drecq, E. et Tétréault, S. 2020). Un enfant avec un TSA, du fait du large spectre symptomatique, notamment les particularités sensorielles, peut être facilement désengagé dans ses occupations. C'est là le rôle de l'ergothérapeute, de permettre à ces enfants d'accéder à leurs activités de vie quotidienne (AVQ) pour qu'ils puissent les réaliser de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace.

De par son expertise entre l'activité et la santé, l'ergothérapeute a pour but de mener des actions afin de rendre possible l'accomplissement de toutes occupations jugées insatisfaisantes, et cela par différents moyens (ANFE, 2025b).

Dans un premier temps, nous aborderons mon cadre contextuel via ma situation d'appel. Dans un second temps, nous étudierons mon cadre conceptuel avec l'ensemble de mes concepts et leurs liens entre eux. Pour finir, nous nous interrogerons sur mon cadre expérimental, l'analyse de mes résultats et sa discussion.

1. Cadre contextuel

a) Situation d'appel

Le thème principal que j'ai choisi pour mon mémoire d'initiation à la recherche est le jardin sensoriel auprès des enfants présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Avant d'effectuer mes recherches, il faut savoir que je voulais aborder dans mon mémoire un public précis, à savoir les enfants de 3 à 12 ans présentant un trouble neurodéveloppemental (TND). De plus, depuis petite je suis sensible à la nature et à l'écologie, le jardinage est l'une de mes occupations favorites depuis mon plus jeune âge. Mais ce n'est que lors de mon premier stage que mon thème a évolué. En effet, j'ai remarqué lors de ma visite des lieux, un espace vert et une cabane de jardin, laissés à l'abandon. Au sein de cette structure, je prenais en soin des enfants ayant une déficience visuelle. Mais pour la plupart d'entre eux, ils avaient également d'autres troubles associés comme un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), une déficience intellectuelle ou encore un TSA.

Ma problématique a pris du sens pour moi depuis, car cet espace vert n'était pas exploité pour ces enfants afin de rendre leur séjour plus agréable, hors des murs de l'institution. Mais aussi pour proposer de réaliser des séances ludiques tout en ayant un effet thérapeutique. J'ai donc fait plus de recherches et je suis tombée sur un blog qui présentait la mise en œuvre d'un programme qui associait l'utilisation du jardin thérapeutique et l'intégration sensorielle. Ce travail a été réalisé en collaboration avec des ergothérapeutes au sein d'un hôpital taiwanais avec des enfants présentant un TSA et/ou un TDAH de trois à cinq ans. Cette publication révèle que les activités de jardinage dites « horticoles » stimulent de façon naturelle et hétérogène les différents systèmes sensoriels, permettant ainsi de développer et de réguler les capacités d'intégration sensorielle (Liao, 2025). Ce qui m'a amené ensuite à me questionner sur

le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge d'un enfant ayant un TSA avec des particularités sensorielles. De plus, au sein de mon stage en cabinet libéral, j'ai réalisé que ces enfants vivaient un réel désengagement dans leurs occupations du fait de leur sensibilité sensorielle. Ce qui les décourage au quotidien et par conséquent ne leur permet pas d'acquérir de l'expérience par eux-mêmes et ainsi d'accroître leur développement moteur et cognitif de manière efficiente.

Assurément, cette piste m'a paru pertinente d'être développée via mon mémoire, surtout du point de vue de l'ergothérapeute. Précisément, sur le jardin sensoriel et ses potentiels bénéfiques concernant l'impact du TSA sur le désengagement occupationnel que vivent ces enfants au quotidien. Du fait de la diversité des symptômes et des troubles associés, ceux-ci peuvent subir un désengagement, que ce soit à la maison ou plus fréquemment dans le milieu scolaire, où l'inclusion n'est pas des plus évidentes, ce qui renforce le sentiment de démotivation et d'abandon dans certaines activités. En effet, une étude a révélé que 88 % des enfants et adolescents à l'école, qui possédaient des déficits adaptatifs et cognitifs très importants, étaient moins enclins à aller à l'école. Cette étude démontre aussi que les troubles du comportement et les particularités sensorielles sont des facteurs freinant la scolarisation et renforçant l'anxiété (Rattaz, C., Munir, K., Michelon, C., Picot, M.-C., Baghdadli, A. & ELENA study group, 2020).

b) Question de départ

Après cette réflexion personnelle, je me suis donc posé cette question de départ afin de mieux orienter mon cadre conceptuel : **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel ?**

2. Cadre conceptuel

a) Le Trouble du Spectre Autistique

i. Epidémiologie

Le TSA est un trouble neurodéveloppemental, autrement dit c'est un trouble qui se déclare durant l'enfance (18 mois à 2 ans) et qui a un impact sur le développement et le fonctionnement du cerveau. Cela peut être dû à de nombreux facteurs : génétiques, environnementaux, épigénétiques... Mais, il représente aujourd'hui 1 % de la

population en France (Cranse, s. d.). Soit environ 700 000 personnes en France, dont 100 000 qui ont moins de 20 ans. De plus, les garçons sont plus fréquemment touchés par le TSA que les filles, mais ce ratio doit être mis en perspective. En effet, beaucoup d'études sur le sujet ont été réalisées sur des garçons, obligeant alors à mettre de côté les biais diagnostiques et les différences comportementales propres aux filles (Inserm, 2024). Et d'après une méta-analyse, les garçons sont environ 3 à 4 fois plus nombreux que les filles à être diagnostiqués d'un TSA, le diagnostic chez les filles pourrait donc ne pas être adapté (Loomes et al., 2017).

ii. Histoire

Le concept d'autisme a évolué au fil des années. Cela a émergé au XIX^{ème} siècle par Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, en raison de son impossibilité de communiquer avec ses pairs. Après cela, le domaine de la pédopsychiatrie, qui nommait le TSA comme une schizophrénie infantile, était inspiré par la psychopathologie d'Eugen Bleuler en 1910. Mais ce n'est qu'en 1943 que l'autisme est décrit précisément pour la première fois aux États-Unis par le professeur de pédopsychiatrie Léo Kanner. Au fur et à mesure des années, d'autres psychiatres observent les mêmes caractéristiques et les définitions et descriptions de ceux-ci évoluent. Le pédiatre Hans Asperger a également décrit la psychopathie autistique au même moment, ainsi que son origine héréditaire, tout comme la chercheuse et la psychanalyste hongroise, Margaret Mahler. Les descriptions se précisent grâce à de nombreux chercheurs comme Bruno Bettelheim ou encore Donald Meltzer qui distinguent que l'enfant subit un démantèlement au niveau de la sensorialité. Mais aussi une adhésion forte à des objets permettant de les protéger de certaines angoisses, comme l'annonce Frances Tustin (Hochmann, J. (2017).

Aujourd'hui, le manuel de référence à prendre en compte pour la description du TSA à ce jour est le DSM-5, qui a aussi évolué de par ses différentes versions, permettant ainsi d'actualiser les recherches sur le concept d'autisme et de mieux comprendre ce trouble (Das Mercés, M. 2021).

iii. Dyade autistique

Les symptômes du TSA sont classés par le DSM-5 en deux grandes catégories appelées « dyade autistique ». La première correspond aux déficits persistants de la communication et des interactions sociales. C'est-à-dire que la personne peut avoir des difficultés dans la réciprocité sociale ou émotionnelle (maintenir un dialogue,

mauvaise acquisition de la théorie de l'esprit, échange passif...). Mais aussi dans les comportements de communication non verbaux lors de certaines interactions sociales (maintenir le regard, mauvaise compréhension ou utilisation des mouvements du corps), ou encore des déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations (initier des interactions, maladroit socialement...).

La deuxième rapporte le caractère restreint et répétitif des comportements ou intérêts. Notamment, le caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, des objets ou du langage, mais aussi une intolérance au changement (installation de routine, comportements verbaux ou non verbaux ritualisés), des intérêts restreints et fixes, et également une hyperactivité ou hypoactivité aux stimulations sensorielles.

Pour établir un diagnostic, ces éléments sont à prendre en compte, mais aussi le fait que ces symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement et qu'ils engendrent également un retentissement significatif sur le fonctionnement actuel, social et scolaire. De plus, ces déficits ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (Comprendre l'autisme, s. d.-b).

En raison du large spectre de l'autisme, la sévérité actuelle de ce trouble est évaluée en fonction du niveau d'aide dans ces deux catégories, mais attention, elle peut varier dans le temps et en fonction du contexte. Il est à noter également que certains symptômes peuvent ne pas être remarqués pendant le développement, car les compensations ou les aides actuelles peuvent cacher les difficultés dans un contexte précis. Mais elles peuvent se répercuter plus tard lors d'un changement de contexte, pouvant alors avoir des répercussions dans le domaine social ou professionnel (DSM-5, 2013). Le TSA présente de nombreux troubles associés qui ajoutent à cela d'autres difficultés.

iv. Les troubles associés

Un TSA est souvent associé à d'autres TND notamment à un Trouble du Développement Intellectuel (TDI), à un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), à un Trouble Développementale de la Coordination (TDC) ou à des troubles spécifiques des apprentissages. À cela peut s'ajouter un trouble anxieux, ou encore une phobie sociale, ce qui peut majorer la dyade de symptômes déjà présente chez un enfant ayant un TSA (Das Merces, M. 2021). D'autres comorbidités peuvent être présentes chez une personne ayant un TSA, comme des troubles du langage, un déficit intellectuel, ou alors des troubles psychiatriques ou certaines

maladies somatiques telles que l'épilepsie, des troubles du sommeil ou des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) (DSM-5, 2013). Celles-ci sont décelées via des bilans pluriprofessionnels et respectent un parcours de soin spécifique.

v. La trajectoire de soin

Il existe différentes procédures à suivre, de l'identification des signes d'alerte au diagnostic, selon la sévérité du TSA. Dans un premier lieu, l'inquiétude des parents concernant le développement ou des enseignants pour les apprentissages. En effet, certains signes alertent ceux-ci. Notamment, dans la communication sociale et langagière (absence de babillage, de pointage, de gestes sociaux, absence de mots ou d'association de mots). Les parents se dirigent donc en première intention vers un professionnel de première ligne, le plus souvent, chez leur médecin traitant qui, après un examen approfondi sur le développement de l'enfant, redirige vers différents professionnels formés aux TND pour valider ou invalider le diagnostic dit de deuxième ligne. Notamment vers un ergothérapeute qui pourra effectuer un bilan sur le développement de l'enfant en fonction des besoins des parents et de l'enfant. En parallèle, le médecin référent (médecin traitant, pédopsychiatre ou encore des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), reste en contact avec les professionnels impliqués. Ce dernier permettra un suivi régulier, efficace et adapté pour l'enfant et ses parents. Après les différents bilans pluriprofessionnels, l'annonce du diagnostic est réalisée par le médecin ayant initié la démarche. A la suite de cela, le médecin élabore avec les parents un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques à réévaluer régulièrement, il indique les aménagements possibles, les démarches administratives (Maison départementale des personnes handicapés, Affection longue durée...) à effectuer et les ressources (Centres de ressources autisme, associations, lieu de répit, service d'aide à la personne) (Haute Autorité de Santé, 2018) (Annexe I).

vi. Les structures d'accueils

D'autres dispositifs sont là pour aider l'enfant et sa famille dans les soins, les suivis et faciliter leur vie quotidienne. En effet, il existe différentes structures pour les enfants ou adolescents ayant un TSA, tout dépend de l'âge et du niveau d'autonomie. Tels que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui permettent à la personne d'avoir un lieu d'écoute, de prévention et de soins, également les instituts médico-éducatifs (IME) qui proposent une prise en charge pluridisciplinaire pour

atteindre un même objectif, l'autonomie dans les activités de vie quotidienne (AVQ). Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sont également présents pour accompagner la personne dans son quotidien et développer son autonomie (Quels Sont les Structures et Dispositifs ? | Craif - Centre de Ressources Autisme Ile-de-France, 2025).

vii. Retentissement fonctionnel

Les fonctions exécutives sont importantes dans la vie de tous les jours, que ce soit pour s'organiser ou réagir à une situation de manière adaptée. Elle regroupe plusieurs concepts tels que l'inhibition, la flexibilité mentale, l'organisation, la planification, l'auto-évaluation et la mémoire de travail. Il a été démontré que le TSA peut induire assez souvent un déficit des fonctions exécutives au quotidien, surtout lors des changements de tâches, autrement dit la flexibilité mentale. Une étude a mis en évidence que la mémoire de travail, la planification et l'organisation étaient interdépendantes aux compétences de communication. Mais également que chez les personnes ayant un TSA, on a de faibles performances dans les AVQ dues à un déficit dans certaines fonctions exécutives (Tsermentseli, S., Tabares, J. F., & Kouklari, E. C, 2018).

Le DSM-5 précise également que la dyade symptomatique a un impact sur la vie quotidienne de l'enfant. En effet, les déficits concernant la communication et les compétences sociales peuvent entraver les apprentissages, surtout lors de travaux de groupe ou lors d'interactions sociales plus informelles. Les difficultés de planification, d'organisation ou encore d'adaptation à certains changements peuvent gêner aussi les performances scolaires. A la maison, la création de routine, les changements ou encore les particularités sensorielles ajoutent des difficultés dans certaines AVQ comme les soins personnels, l'alimentation ou encore le sommeil (DSM-5, 2013).

b) Les particularités sensorielles

i. L'importance des sens lors du développement

Selon C. Delavy et A. Clérembaux, pour atteindre l'engagement occupationnel, ainsi qu'une performance dans tous les domaines occupationnels de l'enfant comme les soins personnels, les loisirs et la productivité. Il est essentiel que l'enfant développe certaines capacités de manière efficace.

En effet, l'essentiel du développement de l'enfant se base sur les 7 sens que nous possédons dès la naissance afin de découvrir et comprendre le monde. Tout d'abord,

les 5 sens communs : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, et le toucher, mais aussi sur les 2 sens internes à notre corps : la proprioception et le vestibulaire. Tous ces sens interagissent ensemble via l'intéroception, ce qui permet de développer les réflexes archaïques et posturaux.

Puis, l'acquisition des deux compétences sensorielles : la modulation et la discrimination sensorielle permettront d'obtenir un contrôle postural efficace, de même pour les fonctions exécutives et instrumentales, pour atteindre toutes les séquences d'actions planifiées. Toutes ces bases permettront donc d'accéder à la performance occupationnelle puis à l'engagement occupationnel dans toutes les activités de vie quotidienne. Toutes ces notions sont liées et fonctionnent entre elles. Par conséquent, lorsqu'une difficulté apparaît dans l'un des différents niveaux, elle a donc des répercussions sur toute la chaîne. Pour cela, le développement efficace des 7 sens est crucial car il est la base de tout bon développement chez un enfant. (Delavy, C., Clérembaux, A, 2025).

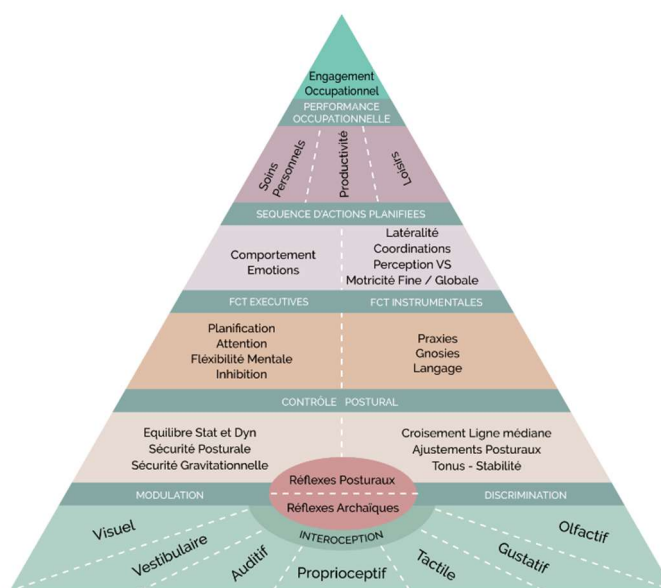


Figure 1 : Pyramide du développement de l'Engagement Occupationnel, chez l'enfant. Selon C. Delavy et A. Clérembaux (2025, 25 février) <https://editionbacasable.com/developpement-de-lengagement-occupationnel/>

En effet, les 7 sens sont nécessaires pour que l'enfant puisse interagir avec son environnement de manière efficace, et leurs traitements permettent à l'enfant de percevoir et d'agir. Par conséquent, ils sont la base du développement à la fois cognitif, émotionnel et moteur de l'enfant (Linzarini et al., 2021).

Il est à noter que cette vision holistique du développement de l'enfant a été élaborée dans un premier temps dans la pyramide des apprentissages par Mary Sue Williams et Sherry Shellenberger en 1994 (Perrine, 2023).

ii. Symptômes

Les troubles sensoriels sont reconnus comme un symptôme important chez les personnes ayant un TSA, inclus dans la dyade autistique récemment dans le DSM-5. Effectivement, 95 % des personnes ayant un TSA présentent au moins un type d'anomalie sensorielle. Il existe plusieurs termes pour mentionner les particularités sensorielles. Mais celui qui est le plus répandu chez les ergothérapeutes qui prennent en charge des enfants ayant un TSA est la modulation sensorielle. En effet, il « *correspond à la manière dont le système nerveux régule le message associé à la stimulation sensorielle pour produire une réponse ou une réaction chez la personne* » (Chrétien-Vincent, 2020). Il existe trois types de symptômes qui peuvent être liés à un déficit de la modulation sensorielle :

- L'hypersensibilité est définie par un « *inconfort important ou une réaction forte à un stimulus jugé faible par la majorité des gens* » (Chrétien-Vincent, 2020).
- L'hyposensibilité se décrit comme « *une absence de réaction ou une réaction très faible à un stimulus jugé suffisamment important par la majorité* » (Chrétien-Vincent, 2020).
- La recherche sensorielle est expliquée par « *l'intérêt inhabituel envers des aspects sensoriels de l'environnement* » (Chrétien-Vincent, 2020).

En effet, les particularités sensorielles sont variables à cause de plusieurs instabilités du traitement neurosensoriel, soit l'information perçue est trop forte ou trop faible, défiant l'enfant dans sa capacité de sélectionner et de réguler les informations sensorielles. Par conséquent, ces enfants ressentent de la gêne, de la confusion et des angoisses (Bellusso et al., 2017). Les deux sphères de la dyade autistique sont impactées par ces particularités sensorielles. De plus, ils ont un lien interdépendant avec le caractère restreint et répétitif des comportements ou intérêts et les déficits persistants de la communication et des interactions sociales (Chrétien-Vincent, 2020).

iii. Les répercussions sur le quotidien

Les particularités sensorielles constituent un défi important pour les enfants ayant un TSA concernant la participation dans les AVQ (Burnham Riosa, P., Claudia Accardi, C, et al., 2013). Ses particularités sensorielles ont un impact dans les activités de la

vie quotidienne de l'enfant et de sa famille, que ce soit dans des espaces privés (la maison : repas, hygiène, sommeil), dans les espaces communautaires (musée, école, supermarché...) et dans les espaces de soins (coiffeur, dentiste...) (Chrétien-Vincent, 2020). En effet, les particularités sensorielles provoquent des répercussions sur leur capacité d'adaptation et d'apprentissage, que ce soit au niveau cognitif ou social, dans n'importe quel environnement qu'ils peuvent côtoyer. Elles peuvent également être la source de certains comportements-problèmes qui peuvent entraver leur sécurité. Également, lors d'une étude, il a été démontré que la recherche de sensations sensorielles influence les capacités adaptatives de l'enfant (Neufeld et al., 2021).

Les capacités d'inclusion sociale à la fois dans le milieu scolaire et professionnel sont également altérées à cause de différentes circonstances. Comme la communication, ce qui peut provoquer certaines absences de réponse ou de compréhension dans l'intonation de la voix ou la pragmatique, ainsi qu'un manque d'adaptation dans le langage corporel (CNSA, 2016). L'alimentation est aussi touchée, en effet, dans 90 % des cas les particularités sensorielles influencent massivement la prise alimentaire, que ce soit à cause du goût, de la texture, du bruit, de la luminosité, des odeurs, des sons de mastication et/ou des aspects visuels. De plus, l'association de différents systèmes sensoriels hypo ou hypersensibles en même temps peut majorer certains comportements alimentaires (Handiconnect, 2023). Dans l'organisation et la planification du quotidien, dans les soins personnels tels que se laver, se brosser les dents, se couper les cheveux, effectuer des soins et des examens somatiques, du fait des particularités sensorielles, elles peuvent créer de l'anxiété. Elle peut créer également une inadaptation à l'habillement en fonction de la météo ou de la température et une diminution de la conscience d'un danger. Les déplacements et les transports, la participation à des activités de loisirs ou la fréquentation de lieux sociaux peuvent générer de l'anxiété aussi (mal des transports, ne pas rester en salle d'attente, contenir l'excitation). A l'école, dans certaines activités d'apprentissage, le bruit en classe ou encore l'utilisation de certains matériaux est difficile. Par conséquent, toute AVQ peut être vue comme une difficulté, car un seul ou plusieurs systèmes sensoriels sont touchés. De plus, elles sont uniques à chaque enfant. L'anxiété ou les limitations provoquées par les particularités sensorielles lors de certaines situations ou environnements influencent négativement l'engagement de l'enfant au sein de ses activités. Également limitent les occasions de participer à certaines expériences de vie, qui pourraient l'aider dans son développement et son bien-être (CNSA, 2016).

c) Le jardin sensoriel

i. Définition

Souvent, lorsque l'on évoque la nature, ce sont les termes de sens et de sensations qui sont abordés. En effet, la nature offre la possibilité de sentir, et de ressentir une ouverture sensorielle dans tout cet environnement apaisant. On attend généralement d'un jardin thérapeutique qu'il soit un support de sensations via son espace et ses différentes composantes (animale, végétale...). Les jardins thérapeutiques peuvent être de différents styles : sensoriel, horticole, de détente, social et/ou sportif. L'harmonie de tous ces styles offre une multitude de possibilités pour tous les professionnels de santé d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés avec leur patient (Pellissier. J, 2022-a). Le jardin thérapeutique est un jardin qui vise « *des objectifs spécifiques en termes d'amélioration ou de maintien de la santé ou de certains de ses déterminants (bien-être, qualité de vie...).* Ils sont également conçus pour pouvoir servir (de lieu, de support, de médium, de motivation, etc.) à des professionnels afin d'y mener des activités thérapeutiques, ayant des liens plus ou moins forts avec la nature, le jardinage, l'extérieur » (Pellissier. J, 2022-b). En effet, certains jardins peuvent être appelés « sensoriels », car ils permettent d'améliorer le bien-être autant physique que psychique via les différents sens que nous disposons, à savoir la vue, l'odorat, le tactile, l'audition, le goût, la proprioception, la sensibilité vestibulaire et l'intéroception.

Par conséquent, le jardin sensoriel est un espace « *de partage, d'interactions sociales (jardinage, lieu de rencontre), d'exercice physique, mais également un environnement stimulant et un lieu de découvertes* » (Bellusso et al., 2017).

ii. Les bienfaits

Anne Ribes est une infirmière qui a été la première à mettre en place, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, un jardin spécialement pour les enfants ayant un TSA. Depuis la création de cette activité, elle remarqua que celle-ci était source de détente et de plaisir, diminuant fortement le stress et l'anxiété chez ces enfants, leur permettant par la suite de mieux se concentrer lors de certaines tâches mais également d'améliorer leur communication et leurs interactions sociales (Pellissier. J, 2022-c).

En effet, du point de vue sensoriel, le jardin sensoriel est un espace permettant de répondre aux besoins de stimulation sensorielle dans les 7 sens dont nous disposons.

Cet espace permet l'apprentissage et le développement de ces 7 sens. De plus, en tant que médiateur pour de nombreux professionnels, notamment l'ergothérapeute, il permet de diversifier les prises en charge, d'apporter des activités et les occasions d'apprendre afin de renforcer l'autonomie. Ce lieu apporte un sens pour ces enfants, de se sentir utiles et de développer de nombreuses compétences, et notamment de pallier aux difficultés concernant les fonctions exécutives indispensables dans toutes les AVQ (Bellusso et al., 2017). Les bienfaits d'un jardin sensoriel sont multiples. Associé à un professionnel de santé comme l'ergothérapeute, le spécialiste du lien entre l'activité et la santé, cet outil sera un support permettant d'atteindre les objectifs thérapeutiques établis en partenariat.

Les particularités sensorielles sont un défi auquel les enfants ayant un TSA sont souvent confrontés car filtrer toutes ces informations est énergivore. En effet, les enfants ayant un TSA ont des difficultés à trier les informations sensorielles de leur environnement, surtout lorsque plusieurs sens sont impliqués en même temps, ce qui peut provoquer des surcharges sensorielles, ou encore des arrêts du système sensoriel (Comprendre l'autisme, s. d.-a). L'objectif principal du jardin sensoriel est donc de permettre aux enfants d'obtenir un autre cadre pour exercer leur apprentissage ou leur rééducation de manière sécurisée et adaptée. Mais surtout afin de préparer les enfants aux nombreuses expériences sensorielles qu'ils vivront à toutes les étapes de leur vie, notamment à l'école, afin qu'ils puissent surmonter ces défis sensoriels en douceur. Il est donc important que le jardin sensoriel soit aménagé et adapté à cette population tout en créant des opportunités pour surmonter les difficultés liées à leurs particularités sensorielles (Sachs, N. & Vincenta, T., 2011).

iii. Espace structuré

Le jardin sensoriel doit être adapté au public visé. Cet environnement doit être structuré pour correspondre aux enfants ayant un TSA, car cela leur permet de mieux se repérer, de comprendre et de s'apaiser, ainsi que de créer une ouverture vers l'autonomie. Notamment, donner à chaque espace du jardin sensoriel une fonction spécifique, et l'indiquer clairement en ajoutant des indices visuels (pictogrammes, images ou photos). Comme un espace pour chaque système sensoriel : espace sonore, espace dédié aux odeurs et aux goûts, un sentier sensoriel ou encore espace de découverte motrice (Bellusso et al., 2017).

Le jardin sensoriel doit être dans un endroit calme, sans distractions et délimité dans l'espace avec des allées et des chemins larges, lisses et non éblouissants. Dans le choix des plantes et des décorations, il faut faire attention à ne pas intégrer trop de couleurs vives, de motifs complexes, de bruits ou d'odeurs fortes et de mouvements intenses car cela peut bouleverser plus intensément les enfants TSA, qui sont déjà dans un environnement faisant appel à plusieurs systèmes sensoriels. Il est essentiel d'intégrer des plans d'orientation, ainsi que des panneaux visuels (pictogrammes, photos ou images) pour permettre aux enfants d'être moins anxieux au changement et de communiquer plus facilement, surtout pour les enfants ayant un TSA et un trouble du langage oral. Le jardin sensoriel permet de créer de nombreuses occasions de socialiser mais aussi des opportunités de surmonter les particularités sensorielles via différentes activités de jardinage par exemple, et tout cela de façon encadrée et progressive. Le jardin sensoriel étant un espace extérieur, il peut permettre de travailler aussi sur la motricité globale et la proprioception, via la mise en place d'un sentier ou d'un parcours de marche avec différentes textures au sol, de structures de jeux ou via l'activité jardinage (Sachs, N. & Vincenta, T, 2011 April).

Le jardin sensoriel est source de bien-être et de sensations, puis d'opportunités. Par conséquent, quelle peut être sa plus-value lors d'interventions ergothérapeutiques pour des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles ?

d) L'ergothérapie

i. Définition

D'après l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est le « *spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE, 2025).

Ainsi, celui-ci peut intervenir dans différents secteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux et intervenir auprès de toute personne de tout âge ayant des difficultés dans la réalisation de leurs AVQ. De plus, en travaillant en collaboration avec de nombreux professionnels, son objectif est de trouver des solutions pour que la personne puisse surmonter ses défis quotidiens et de les réaliser « *de façon sécurisée, autonome,*

indépendante et efficace » (ANFE, 2025). L'ergothérapeute, en agissant non seulement sur la personne, ses activités et ses environnements, c'est-à-dire en ayant une approche holistique de la personne, peut influencer sa capacité d'agir. Mais il peut également avoir un rôle de prévention de certaines difficultés, que ce soit physique, sensoriel et/ou psychologique, et d'action afin de limiter leurs conséquences dans les AVQ et le bien-être de la personne (ANFE, 2025).

ii. L'ergothérapie auprès des enfants TSA

De manière générale, l'ergothérapeute a pour but d'optimiser l'autonomie dans toutes les AVQ de la personne, c'est-à-dire de valoriser la capacité de la personne à participer et à s'engager dans ses occupations quotidiennes. Cependant, les nombreux symptômes décrits dans le DSM-5 ont des conséquences sur le rendement occupationnel et la participation dans les AVQ tout au long de la vie (CAOT – ACE, 2015).

Auprès d'enfants ayant un TSA, l'ergothérapeute a pour rôle tout d'abord « *d'évaluer les habiletés, les forces, les intérêts particuliers, ainsi que les difficultés liées aux activités de la vie quotidienne de l'enfant au sein de la collectivité, à la maison et à l'école* » (De Ruelle, 2011). Et cela par différents moyens, notamment lors d'observations dans les différents milieux de l'enfant comme le domicile, l'école et les loisirs, mais aussi en utilisant des outils standardisés et le jeu. Cette phase d'évaluation va permettre à l'ergothérapeute d'établir par la suite un plan d'intervention correspondant aux objectifs de l'enfant, notamment améliorer la participation et le rendement dans les AVQ comme les soins personnels, les apprentissages, les jeux et les interactions sociales.

Lors de la réalisation du plan d'intervention, l'ergothérapeute doit « *soutenir l'enfant dans son fonctionnement scolaire et social, à stimuler le développement des habiletés de jeu et le développement sensorimoteur, à intégrer les apprentissages perceptivo-cognitifs et à renforcer l'attention et la concentration* » (De Ruelle, 2011). Afin de faire adhérer l'enfant à la prise en charge en ergothérapie et permettre la réalisation des objectifs mis en commun, celui-ci doit être créatif et opter pour différentes approches. Notamment, en utilisant le jeu et les intérêts favoris de l'enfant.

Du point de vue sensoriel, l'ergothérapeute peut utiliser des activités sensorielles et des médiations comme le jardin sensoriel, dans l'objectif de préparer le système nerveux de l'enfant aux défis du quotidien que représentent ses particularités

sensorielles. L'ergothérapeute peut apporter une approche cognitive, afin de lui donner des stratégies à utiliser lors de certaines situations. Mais l'ergothérapeute peut aussi réaliser un régime sensoriel, plus précisément une « *combinaison prescrite d'activités et d'adaptations de l'environnement qui répondent aux besoins sensoriels et comportementaux de l'enfant* » (De Ruelle, 2011). Cette approche permet d'instaurer un cadre où l'enfant pourra exercer son apprentissage de manière sereine et de favoriser sa participation lors des temps scolaires. Mais également de diminuer les réactions désagréables, l'agitation due aux perturbations sensorielles et ainsi d'accroître l'attention, le développement des compétences motrices et de mieux comprendre son fonctionnement et ses besoins sensoriels (De Ruelle, 2011).

L'ergothérapeute peut également informer et soutenir les familles avec un enfant ayant un TSA, en faisant de la guidance parentale, en leur apportant un maximum d'enseignements et de compréhension et en les aidant à accéder à des aides et des ressources (Prise de Position de L'ACE, 2015).

En effet, de par sa connaissance du développement de l'enfant, du traitement de l'information sensorielle, de l'importance du jeu comme outil thérapeutique, mais aussi de son expertise de l'analyse d'activité, l'ergothérapeute peut intervenir ainsi à la source des difficultés vécues par l'enfant dans ses AVQ (De Ruelle, 2011). De plus, l'objectif de l'ergothérapeute dans sa prise en charge est de faciliter les transitions que l'enfant peut avoir dans sa journée et/ou au cours de sa vie dans ses différents environnements. Afin qu'il puisse gagner en autonomie, s'adapter de manière efficace aux changements et s'engager pleinement dans toutes les activités de vie quotidienne qu'il veut ou doit faire (Prise de Position de L'ACE, 2015).

iii. L'engagement occupationnel

Dans ce mémoire, nous avons vu que le TSA apportait de nombreux obstacles dans la vie quotidienne d'un enfant, altérant par conséquent son engagement occupationnel. En effet, un article publié dans le livre « *Child : care, health and development* ¹ » a montré que les enfants ayant un TSA participent moins souvent aux activités à la maison, à l'école et dans la communauté ou participent à des activités mais de manière plus restreinte (Simpson et al., 2017). De plus, une autre étude dévoile que les enfants ayant un TSA sont plus fréquemment absents à l'école que les

¹ Traduction : « Enfant : soins, santé et développement »

enfants sans TSA, et ce pour plusieurs raisons, notamment l'anxiété vécue par l'enfant (Adams, 2021).

L'engagement occupationnel est un concept essentiel à prendre en compte. En tant qu'ergothérapeutes, nous pouvons agir auprès des personnes désengagées, c'est-à-dire des personnes ayant une participation minime et un manque de motivation ou d'intérêt dans leurs AVQ. Cependant, la définition de ce concept est encore un débat mené par les ergothérapeutes. Mais d'après le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE (CCTE), il peut être défini comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Bertrand, R., Tétreault, S., Kühne, N. & Meyer, S, 2018). En effet, l'engagement occupationnel peut être également jugé comme un processus, qui est conditionné par différents facteurs liés à la personne, à l'occupation et/ou à son environnement. Elle est nécessaire à la personne et à son bien-être quotidien (Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N. & Tétreault, S, 2018).

Ce concept a été explicité par Morris et Cox en 2017, ils amènent une version plus holistique de l'engagement occupationnel, et prennent en compte « *le caractère évolutif du terme d'engagement occupationnel, le fait qu'il soit multifactoriel, influencé par des facteurs internes (valeurs et conséquences perçues par l'individu), externes (rétroaction de la culture et de la société) et fluctuants au fil du temps* » (Sohier, A., & Bellagamba, D, 2018). Ils permettent d'approfondir la définition de l'engagement occupationnel où il existe un lien étroit entre celui-ci et la participation. Mais il affirme aussi que l'engagement n'a pas seulement une valeur positive personnelle, il peut être également négatif, montrant alors la fluctuation de cet état, par exemple passant d'un état de désengagement à l'engagement (Sohier, A., & Bellagamba, D, 2018).

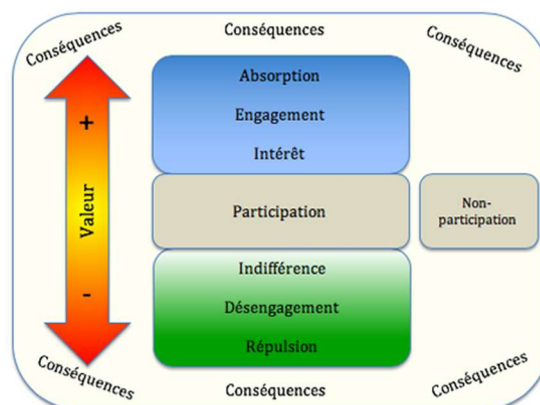


Figure 2 : Cadre conceptuel de l'engagement occupationnel (Morris et Cox, 2017) <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.109>

Par conséquent, afin que l'enfant s'engage pleinement dans ses occupations, il doit être motivé et y trouver un sens positif personnel reposant sur ses valeurs, ses croyances et sur ses intérêts. Et c'est là que l'ergothérapeute peut agir à travers ses interventions en s'appuyant sur ce que l'enfant trouve satisfaisant, permettant ainsi de créer un support favorisant l'engagement (Garceau-Tremblay et al., 2011). Il est important alors de donner ou de redonner de la satisfaction lorsque l'enfant effectue une tâche, autrement dit d'améliorer son vécu et son sentiment de compétence. Il est caractérisé comme « *des jugements que se forment les individus quant à leur capacité à organiser et à exécuter les séries d'actions requises pour réaliser des types déterminés de performances* » (Guichard. J, 2007). Ainsi, dans le but de favoriser sa confiance, sa motivation et de ce fait de faciliter sa participation et son implication de manière active et significative dans ses AVQ.

Les nombreuses ressources et possibilités de rééducation apportées par le jardin sensoriel peuvent ainsi permettre à l'ergothérapeute d'intervenir sur les difficultés rencontrées par les enfants ayant un TSA, dues aux particularités sensorielles. En intervenant sur un espace dédié, il peut permettre de donner ou de redonner confiance à l'enfant, de construire ou de reconstruire son vécu qui peut être négatif à cause de certaines perturbations sensorielles. Afin de lui donner accès à une expérience plus positive, et de les préparer aux nombreuses expériences sensorielles actuelles ou à venir de la vie quotidienne, que ce soit à l'école, à la maison ou dans la communauté. L'utilisation d'un outil permettant d'évaluer l'engagement occupationnel est donc nécessaire pour permettre à l'ergothérapeute de construire un processus d'intervention efficace. Afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de ces enfants, dont l'engagement occupationnel est limité de par les particularités sensorielles. Pour ce mémoire, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) a été privilégié.

iv. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le MCREO est un modèle en ergothérapie qui a été réfléchi par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) afin d'identifier clairement le rôle des ergothérapeutes. Ce modèle est intéressant pour cette étude car elle permet « *une approche centrée sur la personne dans le but d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation* » selon Morel-Bracq (2017). En effet, elle possède une

démarche holistique car elle met en lien la personne (avec ses dimensions affectives, cognitives, physique et spirituelle), avec son environnement (physique, institutionnel, culturel et social) et ses occupations (les soins personnels, la productivité et les loisirs). Ces trois composantes sont interdépendantes, elles donnent un sens à la vie et à la santé. Cette approche top-down met l'accent sur les occupations qui permettent le bien-être et donnent un sentiment de satisfaction. En effet, ce modèle prend en compte l'engagement occupationnel à la fois dans le domaine psychologique et physique. L'ergothérapeute peut ainsi agir sur ces trois composantes afin d'amener l'enfant vers son autonomie (Morel-Bracq et al., 2017).

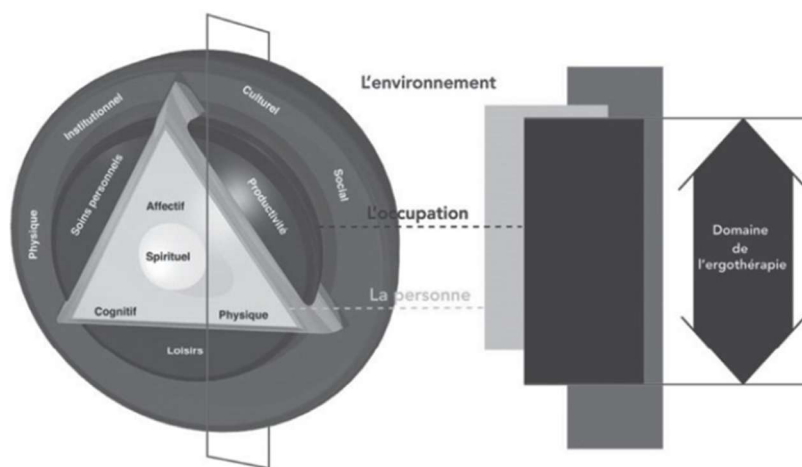


Figure 3 : Modèle du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) (Morel-Bracq et al., 2017) <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>.

Avant cela, une évaluation de la performance et du rendement dans les AVQ de l'enfant est nécessaire. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est l'outil d'évaluation validé du MCREO qui « permet de mesurer les changements qui s'opèrent dans le temps en ce qui concerne le rendement occupationnel de la personne » (Caire, 2019). Cet outil, grâce à un entretien semi-directif, permet une mesure fiable, adaptable et utile pour tout patient, y compris en pédiatrie. Elle rend possible le dialogue, la fluidité des échanges et de « comprendre le contexte occupationnel et le niveau d'engagement de la personne dans le quotidien » (Caire, 2019). L'ergothérapeute, grâce à cet outil, va pouvoir évaluer la capacité d'agir et la satisfaction dans les trois domaines de l'occupation (Caire, 2019). Celle-ci s'effectue en trois étapes. Premièrement, identifier les difficultés dans les AVQ que la personne veut faire, devrait faire ou a besoin de faire dans les soins personnels, la productivité et les loisirs. Deuxièmement, pondérer les difficultés en choisissant cinq difficultés prioritaires comme « se brosser les dents », « manger certains aliments », « aller dans

des lieux publics », « écouter les consignes orales » ou encore « utiliser le matériel scolaire ». Troisièmement, coter les difficultés par ordre d'importance et évaluer son rendement, puis sa satisfaction sur une échelle de 1 à 10 (Morel-Bracq et al., 2017).

Nous savons que les enfants ayant un TSA peuvent se désengager de leurs AVQ en raison de leurs particularités sensorielles. L'ergothérapeute peut intervenir auprès de ces enfants afin de leur redonner de l'autonomie au quotidien. En prenant en compte les composantes de l'enfant (affectif, cognitif, physique et spirituel), son environnement (physique, institutionnel, culturel et social) et son impact direct sur ses occupations (soins personnels, productivité et loisirs). L'ergothérapeute peut ainsi utiliser différents moyens, pour favoriser l'engagement occupationnel et par conséquent l'autonomie, notamment grâce au jardin sensoriel.

v. L'ergothérapie et le jardin sensoriel

L'utilisation du jardin sensoriel peut être utilisée par de nombreux professionnels de santé, et notamment par un ergothérapeute. En effet, de nombreuses études ont été réalisées associant l'intervention d'un ergothérapeute et l'utilisation d'un jardin sensoriel, dans de multiples pays.

Plus particulièrement, en Inde, où une étude a été menée auprès d'enfants âgés de 6 à 12 ans présentant un TDAH, montrant que l'intervention avec un jardin sensoriel était efficace pour améliorer le comportement fonctionnel des enfants en complément de l'intégration sensorielle. Il a été relevé que de nombreux bénéfices, grâce à l'intervention de l'ergothérapeute. En effet, l'ergothérapeute a tout d'abord évalué les besoins sensoriels des enfants et l'impact sur leur quotidien. Puis, il a aussi été acteur dans la conception du jardin sensoriel, en sélectionnant les stimulations sensorielles utiles et en organisant celui-ci. Il planifie les séances et accompagne les enfants afin de les guider, d'ajuster les difficultés et d'observer les résultats. Au sein de cet article, l'ergothérapeute a aussi un rôle clé dans les transmissions aux parents, et la reproduction potentielle d'un jardin sensoriel à la maison. Bien sûr, l'ergothérapeute ne doit pas s'arrêter là mais il doit chercher à savoir si les effets produits par le jardin sensoriel se transfèrent dans les AVQ de l'enfant. En effet, le jardin sensoriel est une activité qui sera analysée par l'ergothérapeute, et qui pourra être pensée comme un entraînement aux AVQ. Et pour cela, l'ergothérapeute évalue et réévalue les capacités de l'enfant et son autonomie au sein de ses AVQ, afin de vérifier le transfert recherché (Silpa Immanuel & Vijaya, 2022).

Mais cet article n'est pas un cas isolé. Également en Floride aux États-Unis, il a été créé un jardin sensoriel afin de favoriser le bien-être physique, sensoriel, social des enfants ayant un TSA avec une équipe pluridisciplinaire, notamment un ergothérapeute en tant que co-concepteur (Wagenfeld, A., Sotelo, M., & Kamp, D. (2019).

3. Question de recherche

L'élaboration du cadre conceptuel présenté précédemment a contribué à faire progresser la réflexion de cette étude, et à formuler la question de recherche suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles ?

a) Hypothèse

Ce questionnement a mené à la formulation de l'hypothèse suivante :

L'utilisation d'un jardin sensoriel comme outil d'intervention en ergothérapie est source d'amélioration pour l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles.

4. Cadre expérimental

a) Méthodologie de recherche

i. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de comprendre si le jardin sensoriel peut être utilisé comme outil d'intervention par l'ergothérapeute afin d'améliorer l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles.

ii. Choix de la méthode et de l'approche

Afin de répondre à cet objectif, il est nécessaire de collecter des données de qualité, il est donc plus cohérent d'appliquer une méthode qualitative. En effet, « *elles visent non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène* » (Kohn & Christiaens, 2015), en analysant le sens que les individus donnent à ces phénomènes, les interactions et les différents discours. Tout cela dans le milieu naturel des personnes étudiées (Kohn & Christiaens, 2015). Il est également essentiel d'aborder cette étude avec une approche hypothético-

déductive. Elle permet « *d'expliquer un phénomène en partant d'un sujet ou d'une hypothèse sur un phénomène* » (Claude, 2020).

b) Population de recherche

i. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour cette étude, il est défini plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion concernant la population interviewée afin de mieux cibler ma recherche et pour cela il est essentiel de s'appuyer sur les conditions de la Loi Jardé (Annexe II).

Critères d'inclusion :

- Être ergothérapeutes diplômés d'état (DE).
- Accompagne ou a accompagné des enfants présentant un TSA avec particularités sensorielles.
- Utilise ou a déjà utilisé un jardin sensoriel auprès d'enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles.

Critères d'exclusion :

- Ne pas être ergothérapeutes diplômés d'état (DE).
- Ne jamais avoir accompagné d'enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles.
- Ne jamais avoir travaillé les dimensions sensorielles dans une prise en charge.
- Ne jamais avoir utilisé un jardin sensoriel.

c) Outils de recherche

Pour mener à bien cette recherche de manière qualitative, il est intéressant d'utiliser différents outils de recherche. Ainsi, afin d'interroger la population concernée par la recherche, nous réaliserons des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif a pour but de « *collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde, dans une optique compréhensive* » (Pin, 2023). En effet, c'est une technique d'enquête qualitative qui « *consiste en une interaction verbale sollicitée par l'enquêteur/-trice auprès d'un-e enquêté-e, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple* » (Pin, 2023). Pour diriger ces entretiens, il est nécessaire de s'appuyer sur un guide d'entretien avec des questions structurées. Avant cela, il est essentiel de s'assurer du consentement libre et éclairé

des individus interviewés, ainsi que de leur anonymat grâce à un formulaire (Pin, 2023).

d) Procédure de recrutement

Afin de procéder au recrutement d'ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion, il a été réalisé une affiche de recrutement (Annexe III). Cette dernière a été diffusée auprès de différents groupes de réseaux sociaux dont de nombreux ergothérapeutes font partie. Cette affiche de recrutement a été également diffusée par mails auprès de différents ergothérapeutes inscrits dans l'annuaire du Synfel. Suite à cela, j'ai pu réaliser quatre entretiens avec des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion.

e) Réalisation des entretiens

En premier, il a été envoyé à chaque ergothérapeute un formulaire de consentement à remplir avant l'entretien (Annexe IV). Puis, les quatre entretiens se sont réalisés à distance par appel téléphonique. Les entretiens ont duré entre trente minutes et une heure trente. Lors de l'entretien, il a été posé les différentes questions présentes dans le guide d'entretien (Annexe V). Le guide d'entretien parcourt différents thèmes :

- La pratique professionnelle de l'ergothérapeute.
- Les enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles.
- Le jardin sensoriel.
- L'impact sur l'engagement occupationnel de l'enfant.

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit de manière anonyme (Annexe VI). Cette méthode permet une meilleure analyse qualitative des réponses données par les ergothérapeutes interrogés.

5. Résultats et analyse des résultats

Afin de faciliter l'analyse des résultats et de respecter l'anonymat, les ergothérapeutes interrogés seront nommés comme ceux-ci : E1, E2, E3 et E4. Le « E » représentant les « Ergothérapeutes » et poursuivi d'un chiffre, en fonction de l'ordre dans lequel les ergothérapeutes ont été interrogés. Les résultats de l'étude seront rassemblés, puis analysés par thématiques, pour relever les éventuelles concordances et discordances entre les personnes interrogées.

a) 1^{ère} partie : La pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Résultats :

Tableau 1 : La pratique professionnelle des ergothérapeutes

	Années du diplôme	Lieu d'exercice du jardin sensoriel	Expériences auprès de la population	Tranches d'âges de la population
E1	2016	Libéral SESSAD UEMA	3 ans et demi en SESSAD et 6 mois en UEMA Depuis 2 mois en libéral	3 ans à 14 ans
E2	2015	Libéral	Depuis 4 ans en libéral avec des formations (SACCADE et INS)	3 ans à 16 ans
E3	2005	Libéral SESSAD	Depuis 5 ans en libéral	4 ans à 16 ans
E4	2022	Libéral CRA (en développement)	Depuis 4 ans et demi en libéral et au CRA Formations : INS, médiation animale	5 ans à 42 ans

Analyse :

Les quatre ergothérapeutes interrogés sont diplômés, exercent tous en libéral actuellement, et utilisent un jardin sensoriel. L'E1 et l'E3 l'ont déjà utilisé dans des structures, comme en SESSAD ou en Unité d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA), mais aussi d'autres comptes développent cet outil au sein du CRA,

notamment E4. Tous ont une expérience hétérogène entre 6 mois et 5 ans auprès des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles entre 3 et 16 ans.

b) 2^{ème} partie : Les enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles

Résultats :

Concernant l'intervention des ergothérapeutes auprès des enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles, tous les ergothérapeutes interrogés interviennent dans leurs cabinets libéraux. Certains agissent également dans le milieu scolaire comme E2 et E4. De plus, les enfants viennent en séance d'ergothérapie car, selon E1, « *les parents qui nous les adressent* », ou bien selon E2, « *ils font partie du parcours PCO* ».

Lors de séances, les ergothérapeutes accompagnent de différentes manières. En effet, E2 et E3 évoquent l'utilisation de l'intégration neurosensorielle afin de répondre aux besoins sensoriels des enfants. E2 et E4 utilisent l'approche top-down en accompagnant sur les « *préoccupations du quotidien* » comme l'écriture, les lacets, la prise des couverts, la diversification alimentaire... E4 utilise aussi l'approche bottom-up, c'est-à-dire une approche qui se centre sur les fonctions déficitaires, et des modèles comme la MCRO et le KAWA. Les ergothérapeutes E1, E3 et E4 font appel à des méthodes similaires, comme la méthode CO-OP, la guidance verbale et gestuelle et des activités de jeu. Par ailleurs, E1 explique « *mettre en place des adaptations [...], matériels appropriés* ».

Les enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles rencontrent des difficultés notamment comportementales comme évoqué par E1 « *font beaucoup de crises [...], qui ne comprennent pas le langage* », par E2 « *il y en a qui ne mettent pas de sens à ce qu'ils font* », par E3 « *crise et incompréhension* » et par E4 « *des enfants qui vont taper dans les murs, tester les limites* ». Ces difficultés correspondent à la première dimension symptomatique de la dyade autistique, à savoir les déficits persistants de la communication et des interactions sociales.

E2 et E3 décèlent trois types de réponses émotionnelles que l'enfant peut développer en fonction de leur profil sensoriel. En effet, dans un premier temps les enfants hyposensibles ou en recherche sensorielle, selon E2 « *vont être très introvertis et qui ne vont rien faire, qui vont rester dans leur coin, ne pas bouger et surtout pas*

explorer ». Et selon E3, « vont s'enfermer dans leur monde et dans leur recherche sensorielle de corps et ne pas être en interaction avec les autres » et « après, plus ils vont faire moins de choses, plus ils vont être moins habiles au niveau des mains, ce qui peut donner des troubles praxiques et gestuels. Et aussi comme il se limite dans les interactions sociales aussi, du coup il y a moins d'expérience et de possibilité d'apprentissage ».

Dans un deuxième temps, les enfants peuvent être hypersensibles, pour E2 c'est « des enfants où ça va être plus explosif, où tout va être source d'angoisse, de stress, et puis ça va partir au quart de tour parce qu'au niveau sensoriel ils sont déjà surchargés ». E3 évoque la même problématique : « leur sensoriel ne va pas tout être disponible et ils ne vont pas pouvoir être pleinement en interaction avec nous en interaction sociale ». E1 et E4 expliquent que les réponses émotionnelles sont le plus souvent hypersensibles, que ce sont des enfants qui sont dans l'incompréhension, l'opposition et en crise avec des comportements-problèmes et défis. Il est à noter que E4 informe que cela dépend du soutien familial.

Les quatre ergothérapeutes notent aussi des difficultés sensorielles dans les AVQ et les trois domaines de l'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Tableau 2 : Les difficultés sensorielles dans les AVQ et les trois domaines de l'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Soins personnels	Activités productives	Loisirs
Couper ses aliments Manger S'essuyer Faire ses lacets Ressentir ses émotions, son corps (douleur, envie, faim...) S'habiller Se laver les dents Réaliser des soins médicaux Prendre une douche	Intégration à l'école : « rester assis », « rentrer dans un groupe », « rester concentré », « manipuler des outils scolaires » Monter / descendre les escaliers Créer des interactions sociales	Être performant dans un sport

Analyse :

Il a été observé que l'exercice professionnel des ergothérapeutes était principalement en libéral et que certains (E2 et E4) intervenaient également dans le milieu scolaire de l'enfant. Cela montre la plus-value de l'ergothérapeute dans la volonté d'agir directement sur l'environnement de l'enfant et de son rôle essentiel auprès de l'entourage et des professionnels. L'utilisation également de différentes approches et méthodes ou encore d'adaptations selon les particularités de l'enfant favorise l'apprentissage et la participation de l'enfant au sein des séances mais aussi dans ses occupations.

Les différentes réponses émotionnelles et comportements observés par les ergothérapeutes sont des manifestations liées aux particularités sensorielles, et surtout à leurs traitements dans un environnement sensoriellement important. Il a été remarqué plusieurs profils sensoriels qui influencent le comportement de l'enfant. En effet, les enfants avec un profil d'hyposensibilité sont décrits par E2 et E3 comme en retrait, qui explorent moins leur environnement, qui ont moins d'expérience et de possibilités d'apprentissage dans des activités. Les enfants avec un profil d'hypersensibilité ou en recherche sensorielle sont décrits par les quatre ergothérapeutes comme sujets à « *l'anxiété* », aux « *réactions émotionnelles fortes* » et par « *une surcharge sensorielle* ». Par conséquent, ces réactions expliquent alors l'indisponibilité de l'enfant à s'engager dans des apprentissages ou encore la limitation des interactions sociales.

Il est à noter que les particularités sensorielles ont des répercussions dans l'ensemble des sphères occupationnelles. En effet, on observe dans les soins personnels que les difficultés sont fortement liées aux stimulations sensorielles constantes de l'activité (toucher, ouïe, goût, odorat, vue, intéroception et proprioception). De plus, on perçoit une plus grande quantité de difficultés dans les soins personnels que dans la productivité ou dans les loisirs. Cela peut s'expliquer par le niveau d'exigence demandé à l'enfant à l'extérieur, qui entraîne au retour à la maison des épisodes de surcharge sensorielle. En effet selon E3, « *en classe tout va bien, mais après c'est à la maison que ça va exploser* ». Dans les activités productives, les ergothérapeutes expriment que les difficultés sont liées aux stimulations sensorielles de l'environnement, ce qui a un impact sur le cadre scolaire (participer, apprendre, intégration sociale). Les résultats montrent aussi peu d'impact sur les activités de loisirs. En effet, selon E1, cela peut s'expliquer par le fait que souvent « *le loisir est*

apprécié, il y a aussi un système d'habitation qui se fait avec l'âge et l'apprentissage ». Il peut être justifié aussi par le fait que certains enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles exercent peu de loisirs. En effet, pour E4 « *c'est des enfants qui sortent peu et les loisirs sont souvent imposés par les proches, pour qu'ils puissent être en relation avec leurs pairs et aussi bouger, sinon c'est des enfants qui sont grégaires et assez solitaires et parfois même développent une phobie du dehors* ».

Cette partie montre que les ergothérapeutes interrogés identifient et justifient le fait que les particularités sensorielles influencent les comportements, les interactions et la participation occupationnelle des enfants ayant un TSA.

c) 3^{ème} partie : Le jardin sensoriel

Résultats :

Le jardin sensoriel est défini par E3 comme « *un espace de nature cultivé* » et selon E4 « *qui sensoriellement se manifeste par les odeurs, les textures, les couleurs, les formes, au niveau des végétaux mais aussi au niveau des structures* ». En effet, d'après E2, E3 et E4 le jardin sensoriel est un lieu avec espaces correspondant aux différents sens, comme par exemple : parcours pieds nus, parcours de hauteurs, espace d'eau, espace de terre avec différentes textures, espace d'odeurs, espace de goûts... La majorité des ergothérapeutes interrogés pense que c'est un lieu permettant « *d'éveiller vraiment tous les sens* » (E2), « *où l'enfant peut combler ses besoins sensoriels* » (E1), mais aussi qui va « *permettre d'avoir plein d'interactions et d'expériences sensorielles. C'est ça qui permet d'offrir le plus d'opportunités en végétaux en invitations* » (E3). E2 évoque aussi que l'enfant va développer une autosatisfaction.

Concernant le cadre de l'utilisation du jardin sensoriel, la plupart des ergothérapeutes utilisent cet outil seul, sauf E2 qui le réalise avec un autre ergothérapeute qui exerce à mi-temps en libéral. Celle-ci réalise des ateliers avec 2 ou 3 autres enfants, alors que E1, E3 et E4 l'utilisent avec un seul enfant. E1, E2 et E3 possèdent leur propre espace jardin à leur cabinet libéral, en SESSAD ou en UEMA. Certains, cependant utilisent parfois d'autres milieux extérieurs comme la forêt, les parcs, ou les activités de grand public (E1, E3 et E4).

Les quatre ergothérapeutes affirment utiliser cet outil thérapeutique en tant qu'objectifs purement sensoriels (faisant partie de l'intégration neurosensorielle), ou bien permettant de travailler des fonctions motrices ou cognitives comme la motricité fine, la préhension, la force et l'équilibre. Cependant, E4 l'utilise aussi afin d'atteindre des objectifs occupationnels comme par exemple : « *refaire une sortie en famille* » et « *découvrir un nouvel environnement sans stresser* ». En effet, les ergothérapeutes laissent beaucoup d'autonomie aux enfants auprès du jardin sensoriel afin qu'ils explorent par eux-mêmes et fassent leurs propres expériences. D'après E3, « *on arrive à avoir plus de choses avec lui qu'à l'intérieur* ».

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont constaté des changements positifs dans les difficultés évoquées précédemment. En effet, grâce au jardin sensoriel par habitude progressive et avec l'intérêt que l'enfant porte à cet outil, l'enfant est « *plus calme et attentif* » selon E1. D'après E3, « *il y a moins de stress, moins d'anxiété, une meilleure attention, une meilleure mémoire [...] Le jeune va plus facilement initier les choses, ça va être moins dirigé. Autre chose aussi, il va être plus autonome qu'en intérieur* ». De plus, l'enfant va communiquer plus facilement avec ses pairs et réaliser des sorties en famille selon E2 et E4. Au niveau sensoriel, E2 et E3 remarquent une amélioration au niveau de la sensibilité au toucher, du visuel et des odeurs. Cependant, E4 affirme ne pas pouvoir répondre à ce sujet car la pratique du jardin sensoriel n'est pas quotidienne dans sa pratique. De plus, une interrogation survient par E3 et E4, en effet, les ergothérapeutes ne savent pas si les améliorations aperçues sont dues au jardin sensoriel ou bien à l'accompagnement global en ergothérapie dont le jardin sensoriel fait partie.

Concernant l'impact de l'utilisation du jardin sensoriel sur la participation de l'enfant dans ses AVQ, les avis sont partagés. En effet, E2 affirme voir un impact important surtout au niveau de la prise des repas. E4 observe seulement un impact sur « *sur le côté famille, passer du temps en famille et découvrir des choses* ». E3 évoque que l'enfant a plus confiance en lui, propose et prend des initiatives, mais seulement en séance d'ergothérapie. En effet, selon E1 et E3, observer un changement dans le quotidien est complexe car « *nous ne sommes pas au sein du quotidien des familles* ». Selon ces deux ergothérapeutes, cela dépend aussi du fait que « *c'est un travail aussi avec les parents, avec les enseignants, avec les enfants qui entourent et tous les thérapeutes* ». Mais aussi du contexte et du cadre qui est aidant ou pas dans le quotidien de l'enfant.

D'après les ergothérapeutes interrogés, le jardin sensoriel participe au développement de l'engagement occupationnel de l'enfant, mais sous certaines conditions. Notamment si l'enfant a un centre d'intérêt pour ce domaine et qu'il en fait la demande, car le plus souvent ce sont les ergothérapeutes qui imposent l'activité, selon E2 et E4. Son engagement dépend aussi de la posture de l'adulte selon E3.

Analyse :

Il est à noter que les différents discours des ergothérapeutes mènent vers une même définition concernant le jardin sensoriel. En effet, il est défini comme un espace naturel aménagé et multisensoriel, riche en opportunités d'action et d'exploration. Cela montre que le jardin sensoriel n'est pas seulement un environnement naturel mais aussi un outil thérapeutique structuré, permettant de solliciter différentes fonctions sensorielles, cognitives ou physiques. Tout cela, en utilisant des espaces spécifiques en fonction de la modalité sensorielle.

Concernant le cadre et l'organisation des séances, il a été constaté des pratiques variées, soit individuelles par E1, E3 et E4, et de groupe par E2. Cela peut s'expliquer par l'objectif de son utilisation. En effet, en individuel, les ergothérapeutes sont centrés sur les besoins spécifiques de l'enfant, mais en groupe, l'objectif est plus social et interactionnel. Il peut être expliqué aussi par le fait qu'en libéral, les ergothérapeutes sont souvent seuls dans leur pratique, par conséquent il peut être plus difficile d'encadrer des groupes. De plus, une majorité des ergothérapeutes possèdent un jardin dédié, mais ils utilisent aussi d'autres environnements naturels, comme les parcs ou les forêts. Ce qui indique que le jardin sensoriel peut être un outil thérapeutique structuré ou une approche thérapeutique applicable à différents milieux.

Les objectifs du jardin sensoriel sont variés et correspondent à différentes approches utilisées en ergothérapie. En effet, concernant les objectifs sensoriels, les ergothérapeutes l'utilisent avec une visée d'intégration neurosensorielle, ou bien pour des objectifs moteurs ou cognitifs, correspondant plus à une approche « bottom-up ». C'est une *« approche qui vise à restaurer les fonctions déficitaires (sensorielles, motrices ou perceptives) avant de travailler sur des activités concrètes. Cette approche se concentre sur les habiletés préalables nécessaires à la réalisation d'une tâche »* (Ball, 2025). Cependant, E4 valorise aussi une autre approche, dite « top-down », en se focalisant sur des objectifs occupationnels et psychosociaux. C'est une approche qui *« favorise l'autonomie et la participation active du patient en travaillant*

spécifiquement sur les activités quotidiennes jugées importantes par ce dernier » (Ball, 2025).

L'un des éléments qui ressort fortement est la posture inductive de l'ergothérapeute en extérieur. En effet, les enfants sont encouragés à explorer librement, à initier des actions et à faire leurs propres expériences. Le jardin sensoriel peut donc être vu comme un élément facilitant l'engagement, la motivation et le sentiment de compétence. En effet, plusieurs effets positifs ont été observés par les ergothérapeutes, notamment sur la régulation émotionnelle et attentionnelle, ainsi que sur le développement de certaines compétences, et surtout au niveau sensoriel. Cela peut s'expliquer par le fait que l'enfant « *trouve aussi du plaisir, de l'émerveillement lié à la nature, il y a aussi une meilleure créativité en nature* », d'après E3. Ce qui peut entraîner une meilleure autonomie, une meilleure participation et communication dans le quotidien. Cela signifie que le jardin sensoriel est un outil adaptable permettant de développer les différentes fonctions nécessaires au développement de l'enfant.

Concernant l'impact du jardin sensoriel sur la participation occupationnelle, les résultats sont variables, entre un fort impact notamment sur l'alimentation pour E2, un impact limité pour E4 surtout sur les activités familiales et pour E1 et E3 cela est dû à un impact contextuel. Cela peut s'expliquer par différents facteurs, notamment l'implication de l'entourage, l'environnement dans lequel l'enfant vit et la collaboration entre professionnels de santé. Par conséquent, la participation occupationnelle dépend d'un système plus complexe et non du jardin sensoriel en lui-même. D'une part les ergothérapeutes affirment que le jardin sensoriel favorise l'engagement occupationnel de l'enfant, en revanche sous plusieurs conditions, notamment l'intérêt de l'enfant, le caractère non obligatoire de l'activité et la posture de l'ergothérapeute. En effet, si l'ergothérapeute selon E4 a une posture directive en exprimant des interdictions comme « *non, ne fais pas ça* », l'enfant « *va avoir moins d'expérience et de richesse, il va être limité* ». De plus, parfois l'activité est imposée par l'ergothérapeute, en effet le jardin n'est parfois pas une habitude de vie de l'enfant ou il n'a pas d'appétence pour ce type d'activité, ce qui peut limiter la motivation et l'appropriation dans les premiers temps de l'activité. Par ailleurs, un autre concept peut influencer positivement ou négativement la participation de l'enfant dans l'activité, c'est la saillance motivationnelle. Cela correspond à « *un processus cognitif qui motive un sujet vers un objet d'attention et régit ainsi le comportement : énergie dévolue à la réalisation d'un but particulier ; opérations à réaliser pour la satisfaction de ce but ; prise en compte*

des risques afférents ». Il a été distingué deux types de saillance motivationnelle, l'une est incitative, c'est-à-dire qui va dans le sens du renforcement, l'autre est aversive, provoquant l'évitement (Landragin, 2020). C'est pour cela qu'une approche par habitude progressive peut être envisagée et s'avérer pertinente.

d) 4^{ème} partie : L'impact sur l'engagement occupationnel de l'enfant

Résultats :

La définition de l'engagement occupationnel pour E4 et E2 est semblable. En effet, l'enfant doit avoir un intérêt pour l'activité, plus précisément que l'activité ait un sens pour lui, qu'elle soit signifiante. Et c'est alors que l'enfant peut prendre du plaisir et obtenir la motivation afin de s'engager dans l'activité, selon E1, E2 et E3. Ce qui renforce l'idée d'après E3 que *« plus il y a d'engagement, plus la personne va être disponible, surtout au niveau des enfants. [...] plus ils vont être engagés, plus ils vont faire des expériences spontanément et ils vont gagner en capacité et en activité »*.

Concernant la motivation et l'estime de soi de l'enfant, une majorité des ergothérapeutes pense que le jardin sensoriel *« vient chercher l'engagement et l'émerveillement de l'enfant [...] ils vont avoir plus confiance en eux et plus le transférer dans le quotidien »*, selon E3. Et ainsi *« il y a une fierté qui s'installe et une estime de soi qui est plus travaillée »*, d'après E2. E4 tient également le même discours sur le fait que le jardin sensoriel a un impact sur l'estime de soi. Toutefois, selon E1 et E4, cela dépend si l'enfant a un intérêt pour cette activité. De plus, les quatre ergothérapeutes affirment que le jardin sensoriel a un impact sur l'implication de l'enfant dans une activité, mais le transfert dans les AVQ est difficile à observer selon E4.

La moitié des ergothérapeutes interrogés n'évalue pas l'engagement occupationnel dans leur prise en charge. En effet, d'après E2 *« je ne suis pas formé »* et d'après E3 *« je n'ai pas encore eu le temps de réaliser des évaluations »*. Mais E1 et E4 évaluent l'engagement occupationnel grâce à la MCRO, cependant E1 *« ne voit pas comment l'utiliser, du moins pour les enfants »*. Les ergothérapeutes qui se servent de cet outil précisent *« l'utiliser comme expliqué dans le modèle avec un entretien en posant des questions et en évaluant leur importance, leur rendement, leur satisfaction »* (E4). Toutefois, les quatre ergothérapeutes utilisent différents modèles

conceptuels dans leur exercice professionnel, comme la MCREO, le MOH, le modèle ludique, une seule santé et le modèle KAWA. De plus, tous les ergothérapeutes interrogés pensent que la MCRO est un outil d'évaluation pertinent pour évaluer l'engagement de l'enfant.

Afin de favoriser l'engagement de l'enfant ayant un TSA avec des particularités sensorielles, E1, E3 et E4 utilisent d'autres moyens, notamment les centres d'intérêts comme renforçateur, les outils de communication (permettant à l'enfant d'exprimer ses besoins et envies), la posture inductive de l'ergothérapeute, le modèle ludique qui s'appuie sur le jeu comme outil d'intervention, la pédagogie par la nature et le Performance quality rating scale ² (PQRS). Cependant, pour le moment E2 « *n'ose pas car je ne suis pas formé [...] et j'envisage la formation* ».

Analyse :

L'engagement occupationnel défini par les ergothérapeutes est un concept regroupant plusieurs dimensions, notamment centré sur le sens et l'intérêt pour l'enfant d'après E2 et E4, mais aussi favorisant le plaisir et la motivation selon E1, E2 et E3, ainsi que la participation active et spontanée par E3. Ces réponses sont centrées sur la personne et reposent sur des facteurs personnels, des expériences subjectives et des comportements observables. L'engagement occupationnel est défini comme un levier pour la participation occupationnelle de l'enfant, en effet selon E3, « *plus ils vont être engagés, plus ils vont faire des expériences spontanément et ils vont gagner en capacité et en activité* ». Cette idée peut être représentée comme un cercle vertueux.

² Traduction : « L'échelle d'évaluation de la qualité et de la performance. »

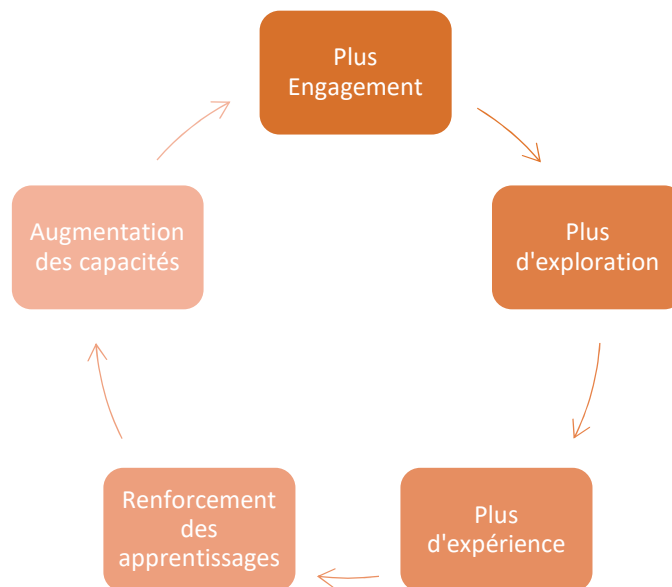


Figure 4 : Cercle de l'explication du processus de l'engagement occupationnel.

C'est un processus qui se renforce par lui-même. En effet, l'engagement occupationnel est à la fois une condition pour agir sur le développement des capacités de l'enfant, mais c'est aussi l'objectif final à atteindre.

Concernant le jardin sensoriel, celui-ci se montre comme un déclencheur de l'engagement occupationnel, qui stimule sensoriellement de façon positive, permettant de capter l'attention, de soutenir la motivation et de favoriser l'initiation dans l'activité. Le jardin sensoriel peut donc être un environnement facilitateur. Celui-ci a également un impact sur l'estime de soi, en effet plusieurs notions abordées par les ergothérapeutes comme la fierté, la confiance et la valorisation expliquent que l'expérience positive dans un jardin sensoriel contribue à la construction du sentiment de compétence. Cependant, une limite est soulignée par E1 et E4, l'effet du jardin sensoriel dépend de l'intérêt de l'enfant. En effet, l'environnement seul ne suffit pas à développer l'engagement. Une autre limite est soulignée par E4, c'est le transfert des acquis vers les AVQ de l'enfant qui est difficilement observable. Cela peut s'expliquer par le fait que l'ergothérapeute a un accompagnement limité hors du cabinet ou que le transfert existe mais qu'il est difficile à mesurer.

Il a été observé une faible utilisation d'outils permettant d'évaluer l'engagement occupationnel, soit par manque de formation (E2), soit par manque de temps (E3), mais pour certains ce n'est pas le cas (E1 et E4). Concernant le MCREO, il a été constaté une utilisation partielle de son outil, la MCRO. En effet, une majorité l'utilise comme indiqué dans le modèle, mais E1 exprime des difficultés à l'appliquer sur des

enfants ayant un TSA. Toutefois, E4 répond à cette problématique, en pratique « *on détourne la MCRO en fonction des difficultés* », par exemple en posant « *des questions plus ciblées, et un peu moins fermées et plus orientées* ». De plus, E4 utilise si besoin l'OT-Hope afin de faciliter l'émergence d'objectifs de la part de l'enfant, ou bien E4 communique souvent avec la famille. L'OT-Hope est outil créé par des ergothérapeutes afin de « *soutenir l'implication de l'enfant en lui permettant de s'auto-évaluer dans ses occupations et de choisir ses objectifs en ergothérapie* » (OT'HOPE, Outil D'autodétermination des Objectifs En Ergothérapie, s. d.). Un paradoxe émerge, effectivement tous les ergothérapeutes interrogés considèrent la MCRO comme étant un outil pertinent, mais peu l'utilisent réellement, ce qui montre un décalage entre la théorie et la pratique réelle. Cependant, cela peut s'expliquer par la formation reçue ou les contraintes liées à la gestion d'un cabinet libéral.

Malgré cela, au sein de leur prise en charge, les ergothérapeutes mettent en place des stratégies alternatives comme l'utilisation des centres d'intérêt, des outils de communication, la posture de l'ergothérapeute, le modèle ludique, la pédagogie par la nature et le Performance quality rating scale (PQRS). Cela met en évidence que même sans outil standardisé comme la MCRO, l'engagement est travaillé tout de même en séance de manière adaptée et personnalisée.

e) 5^{ème} partie : Fin des entretiens

Les ergothérapeutes interrogés estiment que le jardin sensoriel procure aux enfants du plaisir et de l'amusement. Cependant, certaines remarques ont été relevées, notamment sur l'organisation de cet outil thérapeutique au sein d'un cabinet libéral. En effet, il est nécessaire de garantir un espace sécurisé et entretenu pour ces enfants, certains « *n'ont pas conscience du danger* » selon E1, ce qui peut devenir dangereux si l'ergothérapeute n'est pas vigilant. De plus, il a été soulevé que le jardin thérapeutique pouvait être intéressant et bénéfique pour d'autres enfants ou adolescents ayant d'autres pathologies.

6. Discussion

a) Validation ou invalidation de l'hypothèse de recherche

Après la réalisation des quatre entretiens et l'analyse des résultats obtenus, il est désormais possible de répondre à la question de recherche : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles ?**

Ainsi qu'à l'hypothèse de recherche suivante : **L'utilisation d'un jardin sensoriel comme outil d'intervention en ergothérapie est source d'amélioration pour l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles.**

Il a été démontré grâce à l'analyse des quatre entretiens que, d'une part, les particularités sensorielles influencent de manière significative les comportements, les émotions et le bien-être des enfants ayant un TSA. Notamment, en fonction du profil sensoriel de l'enfant, en effet les enfants de profil hyposensibles ont tendance à être en retrait et à moins explorer leur environnement, limitant les expériences et les apprentissages. Alors que les enfants avec un profil hypersensible ou en recherche sensorielle présentent le plus souvent des réactions émotionnelles fortes, de l'anxiété, ce qui peut limiter leur engagement et les interactions sociales. Globalement, les ergothérapeutes rapportent que peu importe le profil sensoriel de l'enfant, les particularités sensorielles ont un impact dans tous les domaines de l'occupation (soins personnels, productivité et loisirs). Par conséquent, montrant que les particularités sensorielles influencent nettement la participation occupationnelle des enfants ayant un TSA. Comme précisé antérieurement, les particularités sensorielles ont un impact dans les AVQ de l'enfant et de sa famille, que ce soit dans des espaces privés, dans les espaces communautaires et dans les espaces de soins (Chrétien-Vincent, 2020). De plus, les particularités sensorielles peuvent affecter leur capacité d'adaptation et d'apprentissage, et être à l'origine de certains comportements-problèmes (Neufeld et al., 2021).

Le jardin sensoriel est pour les ergothérapeutes un espace naturel, aménagé, multisensoriel conçu pour stimuler les différentes fonctions sensorielles, cognitives et motrices. Mais aussi, utilisé comme outil d'intervention pour répondre aux besoins de l'enfant et aux objectifs établis en collaboration. Le jardin sensoriel ou plus largement

l'extérieur permet à l'enfant d'explorer librement son environnement, d'initier plus facilement des actions et de développer son autonomie. Améliorant ainsi la motivation, le bien-être, la régulation émotionnelle et comportementale, le plaisir, la créativité et par conséquent l'engagement de l'enfant. Il a été remarqué par les ergothérapeutes que plus l'enfant est engagé, plus il développe ses capacités, ses apprentissages et donc son autonomie. Comme évoqué précédemment, le jardin sensoriel est un outil thérapeutique sollicitant les sens et certaines compétences cognitives ou physiques, mais aussi qui renforce l'estime de soi. Tel que mentionné dans le cadre conceptuel, le jardin sensoriel est un espace « *de partage, d'interactions sociales (jardinage, lieu de rencontre), d'exercice physique, mais également un environnement stimulant et un lieu de découvertes* » (Bellusso et al., 2017). De plus, il est source de détente, de plaisir, diminuant le stress et l'anxiété chez ces enfants, leur permettant de mieux se concentrer lors de certaines tâches et d'améliorer leur communication et leurs interactions sociales (Pellissier. J, 2022-c).

Cependant, celle-ci est impactée par différents contextes comme l'environnement socio-familial et la posture des professionnels de santé, par exemple. En effet, la famille a une place importante dans le processus d'accompagnement en ergothérapie, l'implication de celui-ci ainsi que l'environnement matériel dans lequel l'enfant vit peuvent avoir un impact sur l'engagement de l'enfant dans ses activités. De plus, la posture du professionnel de santé influence aussi ce concept, en effet une attitude adaptée, encourageante et bienveillante favorise l'engagement de l'enfant. Mais le jardin sensoriel n'est qu'un outil d'intervention, il s'inscrit dans une prise en charge globale et dépend de nombreux facteurs soulevés par les ergothérapeutes, comme l'intérêt de l'enfant, des habitudes de l'enfant, du caractère imposé de l'activité par l'ergothérapeute, de la motivation de l'enfant, ou bien de sa saillance motivationnelle. Ainsi une approche par habituation progressive au stimuli sensoriel peut être une méthode efficace pour mettre en confiance l'enfant, favoriser son exploration, sa prise d'initiative et ainsi son autonomie.

De plus, certains ergothérapeutes indiquent que le transfert des acquis du jardin sensoriel vers les AVQ de l'enfant est difficile à observer. En effet, il a été identifié une faible utilisation d'outils permettant d'évaluer l'engagement occupationnel. Toutefois, lorsque l'on interroge les ergothérapeutes, tous affirment que la MCRO est un outil pertinent pour cet usage. Il est à noter que, même si les ergothérapeutes n'utilisent pas d'outils standardisés pour évaluer cet impact, l'ergothérapeute ajuste son

approche en fonction de l'enfant et de ses centres d'intérêt afin de favoriser son engagement. C'est ainsi que, grâce à une observation et à son jugement clinique, l'ergothérapeute peut mettre en évidence des évolutions positives significatives et reconnaître l'intérêt de l'utilisation du jardin sensoriel.

Par conséquent, le jardin sensoriel est un outil d'intervention source d'amélioration pour l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles, mais sous certaines conditions qui ont été évoquées précédemment. L'hypothèse de recherche est donc **partiellement validée**.

b) Biais et limites de l'étude

i. Biais

De nombreux biais méthodologiques ont été identifiés lors de cette étude, en effet il est défini comme « *une erreur dans la méthodologie de l'étude ou encore cognitif, une distorsion dans le traitement puis l'analyse d'une information, consciente ou inconsciente* » (EVAL, s. d.). Le premier biais correspond à la durée des entretiens réalisés, en effet par exemple l'entretien avec E3 a duré 1 heure et 33 minutes et pour E4 seulement 27 minutes. Cette inégalité s'explique par les différents contextes dans lesquels les entretiens ont été menés. En effet, ces conditions peuvent influencer les informations recueillies avec plus ou moins de détails.

Le second biais identifié est en lien avec le guide d'entretien réalisé en amont. En effet, en réalisant les entretiens, il a été remarqué que certaines questions étaient similaires, ce qui pouvait dans un premier temps créer de la confusion dans la réponse ou bien apporter ou non des informations supplémentaires.

Le troisième biais est en lien avec la passation des entretiens. Lors des premiers entretiens réalisés, il était difficile d'être à l'aise et de relancer les ergothérapeutes si nécessaire. Ce qui pouvait donc amener à certaines réponses avec peu d'explication. Cependant, ce point s'est amélioré au fur et à mesure des entretiens réalisés, permettant ainsi de résoudre cette problématique.

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse des résultats peut être influencée par un dernier biais, celui de la subjectivité. En effet, les informations recueillies ainsi que leur interprétation peuvent varier en fonction des perceptions des ergothérapeutes interrogés, mais aussi par mon interprétation personnelle.

ii. Limites

Des limites ont été repérées également, la première concerne le fait qu'il est difficile d'observer l'impact direct du jardin sensoriel sur l'engagement occupationnel de l'enfant. Tout d'abord, car le jardin sensoriel n'est qu'un outil d'intervention parmi les autres moyens utilisés par les ergothérapeutes dans la prise en charge globale, permettant ainsi de garantir l'engagement de l'enfant.

De plus, la deuxième limite concerne le transfert des acquis dû à l'utilisation du jardin sensoriel vers les AVQ de l'enfant. Il est décrit par les ergothérapeutes comme difficilement observable au quotidien pour certains. Toutefois, il a été vu que la MCRO était un outil permettant de résoudre cette problématique. Cependant, une troisième limite apparaît concernant la passation de la MCRO. En effet, il a été souligné que cet outil n'est pas adapté à toutes les populations d'enfants présentant un TSA, notamment les enfants non verbaux. C'est pourquoi d'autres outils et méthodes peuvent être utilisés, tels que l'OT-Hope.

De même, il est important de prendre en compte la perception des parents sur le quotidien de l'enfant. C'est un point de vue qui manque dans ce mémoire, en effet, la famille est un pilier central dans la vie quotidienne de l'enfant, c'est un environnement qui peut être encourageant ou bien freinant dans le processus d'accompagnement.

La quatrième limite observée est que le jardin sensoriel peut développer l'engagement occupationnel de l'enfant, mais seulement si cette activité a un intérêt pour celui-ci, ou que cela vient de sa volonté.

Il est à noter une dernière limite qui est le lieu d'exercice du jardin sensoriel par les ergothérapeutes interrogés. En effet, tous exercent en libéral sauf E1 et E3 qui exercent dans d'autres structures comme en SESSAD ou en UEMA. Il serait intéressant d'interroger davantage d'ergothérapeutes utilisant le jardin sensoriel en structure, afin d'observer son impact dans un autre cadre.

c) Perspectives, apports personnels et professionnels de l'étude

Nous pouvons donner plusieurs perspectives à ce mémoire d'initiation à la recherche. D'une part, il serait intéressant de reproduire cette étude auprès d'autres populations, notamment des adolescents présentant un TSA avec des particularités sensorielles ou encore auprès d'enfants présentant d'autres diagnostics, tels que les troubles des apprentissages comme la dyspraxie. D'autre part, il serait pertinent de

réaliser une étude avec une méthodologie quantitative, incluant un plus grand nombre d'ergothérapeutes formés au MCRO, afin de réaliser une analyse comparative de l'impact du jardin sensoriel sur l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles. En effet, cette perspective souligne l'importance de la formation continue et du maintien des connaissances concernant les modèles conceptuels.

Concernant les apports personnels issus de cette étude, celle-ci m'a permis d'approfondir ma compréhension du travail de recherche, ainsi que son intérêt dans l'évolution des pratiques professionnelles en ergothérapie. En effet, j'ai été sensibilisé également à l'importance de s'inscrire dans une démarche de formation continue, importante pour l'amélioration des compétences et de la pratique. De plus, ce mémoire d'initiation à la recherche a contribué au renforcement de certaines compétences telles que la rigueur et le sens de l'organisation.

D'un point de vue professionnel, ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances concernant le suivi en ergothérapie d'enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles. Il m'a permis également de mieux appréhender le jardin sensoriel en tant qu'outil d'intervention en ergothérapie. Par ailleurs, cette étude a conforté mon projet professionnel, en renforçant mon souhait de m'orienter vers une pratique en structure pédiatrique ou en exercice libéral. Elle a également enrichi mon intérêt pour le développement de mes compétences à travers des recherches personnelles ou des formations, notamment autour d'autres outils de médiation qui m'intéressent fortement, tels que la médiation animale.

Conclusion

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est marqué par une variabilité de profil et de besoin, surtout en lien avec des particularités sensorielles, une des dimensions symptomatiques caractérisant ce trouble. Il a été identifié que ce diagnostic affecte la vie quotidienne des enfants tels que leurs comportements, leurs interactions sociales, leurs compétences et leur bien-être, impactant les trois dimensions de l'occupation, à savoir les soins personnels, les activités productives et les loisirs. Dans ce contexte, le jardin sensoriel est vu comme un outil d'intervention pertinent, permettant d'offrir un environnement riche et structuré favorisant les expériences sensorielles, les

interactions sociales, l'engagement occupationnel et par conséquent le développement de l'autonomie et de l'indépendance dans les AVQ de l'enfant.

L'objectif de cette étude était de déterminer si l'utilisation d'un jardin sensoriel comme outil d'intervention en ergothérapie est source d'amélioration pour l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles. Après avoir interrogé quatre ergothérapeutes diplômés d'Etat à travers un entretien semi-directif, puis analysé les résultats, il a été prouvé que le jardin sensoriel est utilisé comme outil d'intervention en ergothérapie pour stimuler les fonctions sensorielles, cognitives et motrices de l'enfant. Ainsi, il favorise l'exploration, l'autonomie, la motivation, le bien-être et l'engagement, permettant le développement des capacités et des apprentissages. Cependant, son efficacité dépend de nombreux facteurs, comme l'environnement de l'enfant, ses intérêts ou encore la posture de l'ergothérapeute. De plus, le jardin sensoriel s'inscrit dans une prise en charge globale et individualisée, notamment par habituation progressive afin de mettre en confiance l'enfant et l'encourager. Ces éléments permettent de **valider partiellement** l'hypothèse de recherche.

Bien que l'engagement occupationnel soit difficile à objectiver et soit encore peu évalué par des outils standardisés tels que la MCRO, jugée comme pertinente par les ergothérapeutes interrogés. Il serait intéressant de poursuivre cette étude en réinterrogeant les ergothérapeutes afin de déterminer si cet outil est davantage utilisé dans leurs prises en charge, ainsi que d'explorer l'usage du jardin sensoriel auprès d'autres populations et de différents diagnostics.

Bibliographie

- Livres / ouvrages

Chrétien-Vincent, M. (2020-b). Chapitre 4. Particularités sensorielles. Dans Dirigé par E. Rossini-Drecq et S. Tétreault L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans : Guide de pratique (p. 81-121). De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.rossi.2020.01.0081>

DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition), 50-58. https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DS_M-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

Guichard, J. (2007). Sentiment de compétence (self-efficacy belief) Dans J. Guichard et M. Huteau Orientation et insertion professionnelle : 75 concepts clés (p. 397-400). Dunod. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dunod.guich.2008.01.0397>.

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L. et Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans Dirigé par M. Morel-Bracq Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>.

Pellissier, J. (2022-a). Présentation. Jardins thérapeutiques et hortithérapie : Comment la nature prend soin de nous, jardiner pour se soigner... (p. 99-100). Dunod. <https://stm-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/jardins-therapeutiques-et-hortitherapie--9782100838813-page-99?lang=fr>.

Pellissier, J. (2022-b). Chapitre 1. La nature nous fait du bien. Jardins thérapeutiques et hortithérapie : Comment la nature prend soin de nous, jardiner pour se soigner... (p. 16-37). Dunod. <https://stm-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/jardins-therapeutiques-et-hortitherapie--9782100838813-page-16?lang=fr>.

Pellissier, J. (2022-c). Chapitre 10. Prendre soin avec le jardin. Jardins thérapeutiques et hortithérapie : Comment la nature prend soin de nous, jardiner pour

se soigner... (p. 299-322). Dunod. <https://stm-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/jardins-therapeutiques-et-hortitherapie--9782100838813-page-299?lang=fr>.

Rossini-Drecq, E. et Tétreault, S. (2020-a). Chapitre 2. Ergothérapie et autisme : généralités. Dans Dirigé par E. Rossini-Drecq et S. Tétreault L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans : Guide de pratique (p. 7-35). De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.rossi.2020.01.0007>.

- Articles

Adams, D. (2021). Child and Parental Mental Health as Correlates of School Non-Attendance and School Refusal in Children on the Autism Spectrum. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 52(8), 3353-3365. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05211-5>

Das Merces, M. (2021). Le Trouble du Spectre de l'Autisme. Les Cahiers de l'Actif, 546-547(5), 37-60. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/caac.546.0037>

Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy.* 56(1), 11-18. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.1051/ppsy/2017561011>.

Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et Perspectives de la Vie Économique, Tome LIII* (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Landragin, F. (2020). La saillance : origines perceptives, applications linguistiques, enjeux interdisciplinaires. *Semen*, 49. <https://doi.org/10.4000/semen.14430>

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder ? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>

Neufeld, J., Eriksson, L. H., Hammarsten, R., Remnélius, K. L., Tillmann, J., Isaksson, J., & Bölte, S. (2021). The impact of atypical sensory processing on adaptive functioning within and beyond autism : The role of familial factors. *Autism*, 25(8), 2341-2355. <https://doi.org/10.1177/13623613211019852>

Rattaz, C., Munir, K., Michelon, C., Picot, M.-C., Baghdadli, A & ELENA study group, (2020). School Inclusion in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders

in France : Report from the ELENA French Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 455-466. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04273-w>

Sachs, N. & Vincenta, T. (2011). Outdoor environments for children with autism and special needs. *Implications*, 9(1), 1-7. https://www.researchgate.net/publication/280948490_Sachs_N_Vinenta_T_2011_April_Outdoor_environments_for_children_with_autism_and_special_needs_Implications_91_1-7

Simpson, K., Keen, D., Adams, D., Alston-Knox, C., & Roberts, J. (2017). Participation of children on the autism spectrum in home, school, and community. *Child Care Health And Development*, 44(1), 99-107. <https://doi.org/10.1111/cch.12483>

Silpa Immanuel, V., & Vijaya, K. (2022). Sensory garden : Piloting an affordable nature-based intervention for functional behavior of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Curr Pediatr Res 2022 Volume 26 Issue 7*, 26, 1532-1536. <https://www.alliedacademies.org/articles/sensory-garden-piloting-an-affordable-naturebased-intervention-for-functional-behavior-of-children-with-attention-defi.pdf>

Sohier, A., & Bellagamba, D. (2018). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox. *Revue Francophone De Recherche En Ergothérapie*, 4(2), 151–156. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.109>

Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.02.002>

Tsermentseli, S., Tabares, J. F., & Kouklari, E. C. (2018). The role of every-day executive function in social impairment and adaptive skills in Autism Spectrum Disorder with intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 53, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.05.006>

Wagenfeld, A., Sotelo, M., & Kamp, D. (2019). Designing an Impactful Sensory Garden for Children and Youth with Autism Spectrum Disorder. *Children, Youth and Environments* 29(1), 137-152. <https://dx.doi.org/10.7721/chilyoutenvi.29.1.0137>.

- **Autres**

ANFE. (s. d.). Qu'est ce que l'ergothérapie. Consulté 9 octobre 2025, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Ball, B. (2025, 7 octobre). *Approches « bottom up » et « top down »*. Brain Ball. https://brainball.fr/glossaire/approches-bottom-up-et-top-down/#Approches_Bottom-up_et_Top-down_en_reeducation

Bellusso, P., Haegelé, M., Harnist, K., Kathrein, C., & Massiaszeder, A. (2017). *AUTISME & SENSORIALITÉ : Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace*. https://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/02/AUTISME_v_interactif_2018.pdf

Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N. & Tétréault, S. (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans J.-M. Caire & A. Schabaille (Dir.), *Engagement, occupation et santé* (pp. 47-57). ANFE <https://arodes.hes-so.ch/record/3054>

Bertrand, R., Tétréault, S., Kühne, N. & Meyer, S. (2018). Exploration des différentes composantes de l'engagement occupationnel. Dans M.-H. Izard (Dir.), *Expériences en ergothérapie, 31ème série* (pp. 103-112). Sauramps Médical. <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/publication/exploration-des-differentes-composantes-de-lengagement-occupationnel/>

Burnham Riosa, P., Claudia Accardi, C., & The Redpath Centre. (2013). La diversité chez les jeunes et les adultes de l'Ontario qui présentent un trouble du spectre de l'autisme : L'importance des habiletés de la vie quotidienne. *AutismONTARIO*. <https://www.autismontario.com/sites/default/files/2020-05/L%E2%80%99importance%20des%20habilet%C3%A9s%20de%20la%20vie%20quotidienne.pdf>

Caire, J.-M. (2019). *Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique : Approche centrée sur la personne, son environnement et ses occupations : l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pour donner la direction et le sens au projet de soins*. ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf

CAOT - ACE. (2015). Prise de position de l'ACE : Les troubles du spectre de l'autisme et l'ergothérapie. [https://caot.in1touch.org/document/4214/L%20-%20Les%20troubles%20du%20spectre%20autistique%20et%20l%20ergoth%C3%A9rapie%20\(2015\).pdf](https://caot.in1touch.org/document/4214/L%20-%20Les%20troubles%20du%20spectre%20autistique%20et%20l%20ergoth%C3%A9rapie%20(2015).pdf)

Claude, G. (2020). *Utiliser la méthode déductive dans un travail de recherche ; : définition, méthodologie, et exemple*. Scribbr. Consulté 3 février 2026, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/methode-deductive/>

CNSA. (2016). *Troubles du spectre de l'autisme : Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme* (p.16). https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/cnsa_dossier_technique_tsa_.pdf

Comprendre l'autisme. (s. d.-a). La perception sensorielle. Consulté 28 décembre 2025, à l'adresse <https://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/la-perception-sensorielle/>

Comprendre l'autisme. (s. d.-b). Le DSM-5. 4 novembre 2025, à l'adresse <https://comprendrelautisme.com/le-diagnostic-de-lautisme/les-criteres/le-dsm-5-dyade-autistique/>

Craif. (s. d.). Quels sont les structures et dispositifs ? Centre de Ressources Autisme Ile de France. Consulté le 9 décembre 2025, à l'adresse <https://www.craif.org/quels-sont-les-structures-et-dispositifs-94>

Cranse. (s. d.). Le Trouble du Spectre de l'Autisme. Catalogue en ligne. Centre de Ressources Autisme Normandie Seine-Eure. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse http://cra-normandie-seine-eure.fr/index.php?lvl=more_results&autolevel1=1

De Ruelle, C. (2011). À quoi vous attendre ? : Les ergothérapeutes. *AutismONTARIO*. <https://www.autismontario.com/sites/default/files/2020-05/Les%20ergoth%C3%A9rapeutes%20-%20%C3%80%20quoi%20vous%20attendre.pdf>

Delavy, C., Clerembaux, A. (2025). Développement de l'Engagement Occupationnel. Edition BACASABLE. <https://editionbacasable.com/wp-content/uploads/2024/12/texte-Pyramide.pdf>

EVAL. (s. d.). Les biais. Centre de ressources en évaluation. Consulté 22 avril 2026, à l'adresse <https://www.eval.fr/les-biais/>

Maison de l'autisme. (s. d.). Dispositifs de scolarisation (Ulis, UEMA, UEEA, autorégulation, EMS) pour les enfants avec un TND. (2025). Site national d'informations sur l'autisme et tous les TND. Consulté 9 décembre 2025, à l'adresse <https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/dispositif-scolarisation-tnd/>

Garceau-Tremblay, Z., Laforest-Tanguay, E., Pituch, E., & Thériault, J. (2011). *Engagement occupationnel*. <https://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1K34CQJZ3-GNWRHL-14GC/Engagement%20occupationnel.pdf>

Handiconnect. (2023). Les Troubles Du Spectre De L'autisme (TSA) La Prise En Charge Diététique. https://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2025/02/H15_Autisme_prise-charge-dietetique_MARS2023.pdf

Handicap.gouv.fr. (2021). La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022). <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>

HAS. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent : Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. 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

Inserm. (2024). Autisme. Inserm, La science pour la santé. Consulté 2 décembre 2025, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

Liao, M.-L. (2025, juillet 15). Sensory Integration-Based Horticultural Therapy Program. *Horticultural Therapy Institute*. Consulté 9 décembre 2025, à l'adresse <https://www.htinstitute.org/blog/sensory-integration-based-horticultural-therapy-program/>

Linzarini, A., Ceborati, V., Richardson, D., Vrolijk, M., & Cunsolo, S. (2021). How enriching sensory awareness develops and affects well-being throughout childhood. Dans *Unicef*. <https://www.unicef.org/innocenti/media/5091/file/UNICEF-How-Enriching-Sensory-Awareness-Develops-Affects-Well-being-Childhood-2021.pdf>

OT'HOPE, outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie. (s. d.). Consulté 14 mai 2026, à l'adresse <https://www.ot-hope.com/Info%20OtHope.html>

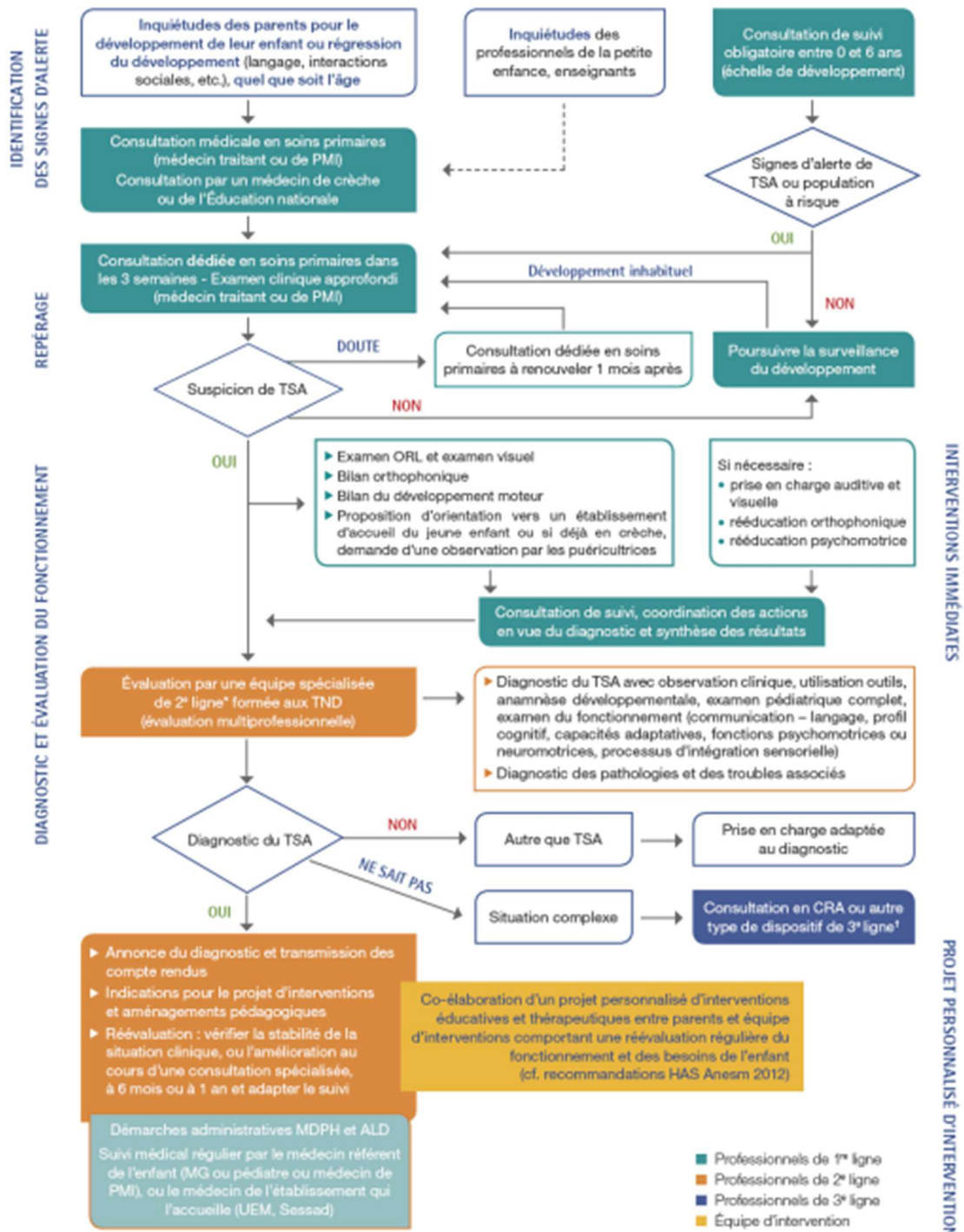
Perrine. (2023). *Téléchargez la Pyramide des apprentissages.* Blog Hop'Toys. Consulté le 14 février 2026 à l'adresse <https://www.bloghoptoys.fr/telechargez-la-pyramide-des-apprentissages>

Pin, C. (2023). L'entretien semi-directif : LIEPP Fiche méthodologique n°3. hal-04087897. <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document#:~:text=EN%20BREF%20%3A,utilis%C3%A9%20de%20fa%C3%A7on%20tr%C3%A8s%20souple>.

Annexes

ANNEXE I : PROCEDURES A SUIVRE POUR LE DIAGNOSTIC DE TSA – HAS	1
ANNEXE II : LOI JARDÉ	2
ANNEXE III : AFFICHE DE RECRUTEMENT	3
ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	4
ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN	5
ANNEXE VI : VERBATIM ENTRETIEN N°2	8

ANNEXE I : PROCEDURES A SUIVRE POUR LE DIAGNOSTIC DE TSA – HAS



*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. ¹Professionnels exerçant en centre ressources autisme (CRA) ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuropédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale.

(Haute Autorité de Santé, 2018)

ANNEXE II : LOI JARDÉ



Institut de formation en ergothérapie La Musse
CS 20119,
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél. : 02 32 07 29 35
ife@ifrs-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@ifrs-fondation.net
www.larenaissancesanitaire.fr

Mémoire d'initiation à la recherche

L'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel



Si vous :

- Etes **Ergothérapeute DE**
- Accompagnez ou avez déjà accompagné des **enfants** présentant un **TSA** avec des **particularités sensorielles**
- Utilisez ou avez déjà utilisé un **jardin sensoriel** auprès d'enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles

Vous êtes en mesure de répondre à mes questions !

Contactez - moi !



Marie TRANCHARD
Etudiante en 3ème année d'ergothérapie - IFE La Musse
marietranchard6@gmail.com - 06 99 49 78 60

ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Informations générales

- Initiateur de l'étude : Marie TRANCHARD, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE La Musse.
- Coordonnées : marietranchard6@gmail.com – 06 99 49 78 60

Consentement

Ce formulaire de consentement s'inscrit dans la perspective de la réalisation d'un entretien mené pour un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Cette étude porte sur ***l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel.***

L'entretien durera entre 45 min et 1 heure. Il sera enregistré afin de permettre une retranscription authentique et une analyse précise des informations discutées. L'ensemble des données collectées sera anonymisé et traité de manière strictement confidentielle.

Les documents et enregistrements seront conservés uniquement pour la durée nécessaire à la réalisation de l'étude, puis détruits une fois le travail d'étude terminé.

Votre participation à cette étude est pleinement volontaire et vous pouvez interrompre à tout moment l'entretien.

Je soussigné(e) : affirme avoir lu et compris les informations données ci-dessus.

Et j'accepte de participer de manière volontaire et éclairée à cette étude.

Et approuve l'enregistrement de l'entretien.

Fait le :

A :

Signature de l'ergothérapeute :

Signature de l'étudiante :



ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN

INTRODUCTION :

Bonjour, je m'appelle Marie TRANCHARD, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE La Musse. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche, qui se porte sur **l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel**, je vous remercie de me recevoir aujourd'hui pour réaliser cet entretien, afin que vous me fassiez part de votre expertise, ainsi que de votre expérience professionnelle.

Cet entretien durera entre 45 min et 1 heure.

Comme noté dans le formulaire de consentement, les informations données au sein de cet entretien seront analysées de façon anonyme. De plus, si cela vous convient, cet entretien sera enregistré (les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude de celui-ci).

Avant de démarrer l'entretien, je voudrais m'assurer que vous correspondez aux critères d'inclusion de cette étude.

- Vous êtes bien M/Mme ?
- Etes-vous ergothérapeute diplômé d'état ?
- Accompagnez-vous ou avez-vous déjà accompagné des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles ?
- Utilisez-vous ou avez-vous déjà accompagné un jardin sensoriel auprès d'enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles ?

Avant de commencer l'entretien, avez-vous des questions ?

1^{ère} PARTIE – La pratique professionnelle de l'ergothérapeute :

- Depuis quand êtes-vous diplômé d'Etat en ergothérapie ?
- Dans quelle structure exercez-vous ? Quelle est la structure dans laquelle vous avez pu réaliser des séances avec un jardin sensoriel ?
- Quelle est votre expérience auprès d'enfants ayant un TSA avec les particularités sensorielles ?
- Quelles sont leurs tranches d'âges ?

2^{ème} PARTIE – Les enfants ayant un TSA avec des particularités sensorielles :

- Comment intervenez-vous auprès d'un enfant TSA avec des particularités sensorielles ? (Domicile, cabinet, école, environnement familial ou institutionnel...)
- Quel type d'accompagnement proposez-vous ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les enfants ayant un TSA ?
- Quelles réponses émotionnelles et quels comportements ces enfants développent-ils avec leurs particularités sensorielles ?
- Quels sont les impacts dans la vie quotidienne de ces enfants ?
 - o Dans les soins personnels ? (Se laver, s'habiller, se brosser les dents...)
 - o Dans les activités productives ? (L'école...)
 - o Dans les loisirs ? (Jouer, activités sportives, activités sociales...)

3^{ème} PARTIE – Le jardin sensoriel :

- Qu'est-ce qu'un jardin sensoriel selon vous ?
- Dans quel cadre avez-vous utilisé le jardin sensoriel ?
- Quels étaient les objectifs ?
- Depuis son utilisation, avez-vous constaté des changements dans les difficultés évoquées précédemment ?
- Et sur les particularités sensorielles ?
- Avez-vous observé un impact sur la participation de ces enfants dans leurs AVQ ?
- Pensez-vous qu'utiliser cet outil peut participer au développement de l'engagement de l'enfant dans ses AVQ ?

4^{ème} PARTIE – L'impact sur l'engagement occupationnel de l'enfant :

- Quelle est votre définition de l'engagement occupationnel ?
- Pensez-vous que le jardin sensoriel favorise la motivation de l'enfant dans ses AVQ ? Et l'estime de soi ?
- Selon vous, le jardin sensoriel a-t-il un impact sur l'implication de l'enfant dans la réalisation d'une activité ?
- Évaluez-vous l'engagement occupationnel ? Si oui, comment l'évaluez-vous auprès de ces enfants ?
- Utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre exercice professionnel ?
- Connaissez-vous la MCREO ? L'utilisez-vous ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

- Pensez-vous que l'utilisation de l'outil MCRO peut être pertinente pour évaluer l'engagement de l'enfant ?
- Quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'engagement d'un enfant ayant un TSA avec les particularités sensorielles ?

5^{ème} PARTIE – Conclusion :

- Pensez-vous que le jardin sensoriel favorise le plaisir et l'amusement des enfants ?
- Souhaitez-vous apporter des remarques ou des informations supplémentaires ?

ANNEXE VI : VERBATIM ENTRETIEN N°2

M : Bonjour, merci déjà de répondre à cet entretien pour m'aider dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

E2 : Bonjour, oui on est tous déjà passés par là.

M : Oui c'est vrai... donc cet entretien durera entre 45 minutes et 1 heure. Est-ce que vous êtes toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

E2 : Oui tout à fait.

M : D'accord super ! Avant de commencer l'entretien, avez-vous des questions ?

E2 : Non, peut-être que ça viendra après.

M : Oui en effet... alors on va commencer par la première partie qui va parler de votre pratique professionnelle. Donc, depuis quand êtes-vous diplômé d'état en ergothérapie ?

E2 : Je suis diplômé depuis 2015.

M : Dans quelle structure exercez-vous actuellement ?

E2 : Alors, actuellement je suis en libéral, j'ai exercé en tant qu'ergothérapeute dans une structure pour déficients visuels et aveugles. Et après j'ai fait du SSR, plutôt 50 % SSR et 50 % en équipe spécialisée Alzheimer. Et puis après ça fait 4 ans maintenant que je suis en libéral.

M : D'accord, et quelle est la structure dans laquelle vous avez pu réaliser des séances avec un jardin sensoriel ?

E2 : Eh bien...pas en structure, juste en libéral, j'ai un petit jardin qui me permet de faire ça.

M : D'accord super ! Et quelle est votre expérience auprès d'enfants ayant un TSA avec les particularités sensorielles ?

E2 : Euh... du coup moi j'ai fait des formations, j'ai fait la formation SACCADE, du langage SACCADE, qui est une formation qui se fait en e-learning, je ne sais pas si tu connais ?

M : Non pas du tout.

E2 : La formation SACCADE, c'est vraiment créé par une neuropsychologue et une personne autiste, qui a fait ses preuves au Québec. C'est vraiment un langage pour appréhender et comprendre l'autisme, suivant le degré autistique de l'enfant... eh bien... on utilise différents langages, donc ça passe par des dessins, jusqu'à une compréhension symbolique, c'est vraiment sympa et complet. Voilà, et j'ai fait aussi tout ce qui est intégration neurosensorielle, et puis voilà, mon expérience fait aussi que je travaille souvent avec des TSA depuis longtemps.

M : D'accord, oui c'est complet et quelles sont leurs tranches d'âges ?

E2 : Euh... le plus jeune que j'ai, il n'a pas de diagnostic posé mais la pédiatre tend vers ça, il a 3 ans et le plus grand que j'ai actuellement est au lycée et il a 16 ans. Donc c'est vraiment une population assez large.

M : Ok, maintenant on va passer à la deuxième partie, qui est plus sur la population. Du coup, comment intervenez-vous auprès d'un enfant TSA avec des particularités sensorielles ?

E2 : Alors moi... je peux intervenir à l'école, pour qu'il ait déjà de la praticité, parce que certains parents ne peuvent pas se déplacer souvent au cabinet, donc je vais à l'école. J'interviens au moins une fois par semaine et puis sinon c'est au cabinet, et les séances durent entre 30 et 45 min selon la disponibilité de l'enfant. Et souvent ils font partie du parcours PCO, ça permet aussi de rester en lien avec justement le médecin coordinateur et puis les professionnels qui gravitent autour.

M : Et quel type d'accompagnement proposez-vous ?

E2 : Alors je fais beaucoup d'intégration neurosensorielle et puis après on passe par leurs préoccupations du quotidien, s'ils veulent faire des lacets, travailler la prise des couverts, et l'oralité, mais ça c'est plus une demande des parents. Voilà donc la diversification alimentaire, c'est plus ces chose-là. Ah oui, j'ai oublié de vous dire que j'étais formé à ça, donc voilà l'écriture, les gestes fins, tout ce qui est coordination de l'œil, de la main, le croisement de la ligne médiane, qui est souvent chez eux problématique. Et puis, le visuel, parce que le regard chez ces enfants, il y a souvent un déficit visuel, donc il faut savoir orienter aussi s'il faut chez un orthoptiste aussi c'est important.

M : D'accord et à votre avis, quelles sont les difficultés rencontrées par les enfants ayant un TSA ?

E2 : Euh...souvent ce qu'il en ressort, c'est l'intéroception qui est vraiment déficitaire chez eux, est-ce que tu sais ce que c'est ?

M : Je veux bien que vous le définissiez.

E2 : C'est vraiment tout ce qui touche à l'intérieur du corps, ça veut dire savoir si on a soif, faim, si on a envie d'aller aux toilettes, si on a mal, si on est bien, si on est en colère... En gros, ça se rapporte aux émotions, mais aussi à son ressenti à soi. Donc, c'est souvent des enfants qui vont aller à la dernière minute aux toilettes, et que même s'ils ont mal, ils continuent à jouer, ou alors ils sont fatigués mais ils ne le ressentent pas. Voilà, c'est vraiment le ressenti qui est compliqué chez eux.

M : Ok, est-ce que vous voyez d'autres difficultés ?

E2 : Après oui, c'est ce que je disais au niveau visuel, visuomoteur, et puis il y en a qui ne mettent pas de sens à ce qu'ils font. Par exemple, j'ai des enfants où la société veut qu'ils écrivent, mais eux, ils ne mettent pas de sens, un A c'est un A, oui, mais pourquoi on écrit un A. Donc donnez aussi un sens à ce qu'ils font.

M : Oui je vois tout à fait et quelles réponses émotionnelles et quels comportements ces enfants développent-ils avec leurs particularités sensorielles ?

E2 : C'est vraiment de l'extrême, ça peut être des enfants qui vont être très introvertis et qui ne vont rien faire, qui vont rester dans leur coin, ne pas bouger et surtout pas explorer. Et il y a des enfants où ça va être plus explosif, où tout va être source d'angoisse, de stress, et puis ça va partir au quart de tour parce qu'au niveau sensoriel ils sont déjà surchargés. Donc ça dépend vraiment du profil sensoriel qui en ressort, donc c'est vraiment important de faire un profil sensoriel assez complet pour que l'on puisse savoir le fonctionnement de l'enfant.

M : Donc oui ça dépend du caractère de l'enfant...

E2 : Oui et aussi s'il est hyposensible, hypersensible ou alors en recherche sensorielle.

M : Oui en effet et donc quels sont les impacts dans la vie quotidienne de ces enfants ?

E2 : Du coup...chez les enfants un peu irritables et qui ont un comportement explosif, bah...ils vont rester dans leurs zones de confort, qui vont peu découvrir, qui vont rester dans ce qu'ils connaissent et donc du coup l'école ça va être difficile de rentrer dans un groupe, de créer des interactions sociales. Mais aussi de pouvoir explorer quelque chose qu'il ne connaît pas, donc par exemple la terre, donc vraiment essayer de

contourner ça par des biais comme le jeu qui est vraiment super pour ça et puis donner un but. Et puis chez les enfants un peu qui sont solitaires, renfermés et qui ne se plaignent jamais, c'est vraiment difficile parce que pour eux il y a peu de plaintes, donc ils ne savent pas trop, ils sont un peu perdus, donc voilà, essayer de les stimuler au maximum. Et puis ceux qui sont en recherche vraiment, bah...ils touchent à tout, ils font les pitres dans la classe et ils prennent des risques, eux ce sera plutôt de les canaliser et forcer leurs limites. Mais aussi trouver quelque chose qui peut vraiment les apaiser et trouver un rythme pour eux.

M : D'accord, oui maintenant on va plus parler du jardin sensoriel, donc qu'est-ce qu'un jardin sensoriel selon vous ?

E2 : Pour moi un jardin sensoriel, c'est déjà un jardin, et en gros c'est ce qui va permettre d'éveiller vraiment tous les sens, donc ça peut être le goût, le toucher, l'odorat, la vue et l'ouïe. Donc ces 5 sens-là, qui sont primordiaux et puis aussi tout ce qui est proprioception et vestibulaire parce que l'on peut jouer aussi sur les hauteurs, sur la texture de la terre, c'est vraiment complet. Et puis, la satisfaction d'avoir quelque chose à toucher, à voir, à sentir, voilà une autosatisfaction.

M : Oui tout à fait, et donc dans quel cadre avez-vous utilisé le jardin sensoriel ?

E2 : Alors déjà, nous on fait ça sous forme d'atelier parce que ça crée vraiment de l'interaction sociale, on est entre 2 enfants, voire 3 grand maximum, et c'est vraiment eux, ils partent de ce qu'ils souhaitent, donc en fait tous les ans ça change et voilà, déjà ils découvrent la terre, le jardin, l'endroit où ils veulent créer quelque chose et puis on essaye tout au long de l'année de s'occuper de ce jardin, on passe par l'écriture en écrivant les graines que l'on veut semer, on prend des photos aussi pour se souvenir, on fait pas mal de choses autour de ce jardin-là. Pour les plus grands, on va aussi chercher des choses sur internet, on est vraiment sur une activité signifiante pour eux et qui est chouette, et puis parfois des enfants reproduisent ça à la maison.

M : Oui c'est chouette, et c'est une activité que vous proposez ou c'est une demande qui vient de l'enfant ?

E2 : Non, c'est nous qui proposons parce que c'est un atelier qui marche bien et on propose quand on voit que l'enfant a besoin de sortir du cabinet, d'un contexte de travail pur et dur entre 4 murs.

M : Ok et du coup le jardin sensoriel, vous l'utilisez dans quel objectif ?

E2 : Et bien ça fait partie de l'intégration neurosensorielle, donc travailler les sens, le vestibulaire, le proprioceptif et puis l'objectif de travail en motricité fine en préhension, par exemple tenir une pelle, tenir un râteau, aller chercher de l'eau, donc voilà il faut savoir ne pas en mettre trop parce que sinon on arrivera pas à le sortir du cabinet, voilà il y a tout ça qui joue, on fait des books sur ce que l'on a fait, on écrit, on prend des photos, donc ça peut remplir pas mal d'objectifs.

M : D'accord, oui et vous faites cela seule ?

E2 : On est deux ergothérapeutes, ma collègue est à mi-temps mais on fait ça entre 1h30 et 2 heures, tous les mois on essaye de faire des ateliers comme ça et c'est pour ça que l'on prend deux ou trois enfants parce que l'on ne peut pas plus et puis ça permet aussi une autonomie, parce qu'il sollicite moins l'adulte aussi.

M : Ok oui je vois, et depuis son utilisation, avez-vous constaté des changements dans les difficultés évoquées précédemment ?

E2 : Oui, après on a toujours le syndrome de l'imposteur, mais voilà, les enfants, quand ils s'approprient vraiment l'activité et que ça fonctionne, on arrive à de beaux résultats et s'ils peuvent le transposer aussi à la maison, c'est encore mieux. Et puis ça permet vraiment une communication et des fois les enfants parlent entre eux, donc c'est aussi délier la langue.

M : Oui en effet ça aide au niveau des interactions sociales.

E2 : Oui tout à fait.

M : Très bien et au niveau des particularités sensorielles, est-ce que vous avez constaté des changements ?

E2 : Oui, il y a des enfants qui ne voulaient absolument pas toucher la terre et puis à la fin des sessions d'ateliers, ils y vont à cœur joie dans la terre. Il y a même des enfants qui détestaient visuellement les courgettes ou les tomates cerises, ou même sentir une plante, par exemple la menthe, c'est particulier niveau odeur. Il y a aussi des enfants qui repartent avec des choses qu'ils vont cuisiner à la maison ou qui le gardent dans leur poche pour sentir, c'est assez marrant de les voir évoluer comme ça.

M : Ok oui en effet et avez-vous observé un impact sur la participation de ces enfants dans leurs AVQ ?

E2 : Oui bah du coup ça a un impact au niveau des repas surtout, voilà, ils demandent plus à participer au repas et ah bah tiens la carotte ça pousse comme ça et puis il y en a de différentes couleurs et est-ce que celle-ci a le même goût, donc il y a vraiment un intérêt sur l'alimentaire qui peut se jouer ou alors avoir des intérêts un peu plus étayés comme ça.

M : Ok et pensez-vous qu'utiliser cet outil peut participer au développement de l'engagement de l'enfant dans ses AVQ ?

E2 : Euh oui, on vient de l'évoquer, c'est top, mais après le biais que l'on peut faire, c'est que ça ne vient pas de l'enfant lui-même, on a imposé cette activité-là. Après on ne force pas l'enfant s'il ne veut pas faire, mais voilà, ça ne va pas venir de lui-même.

M : Oui, je vois, ce n'est pas sa demande première, c'est plutôt vous qui voyez un but thérapeutique.

E2 : C'est ça.

M : Ok, ça me permet d'évoquer maintenant l'engagement occupationnel. Pour vous, quelle est votre définition de l'engagement occupationnel ?

E2 : Pour moi, c'est vraiment la participation signifiante, ce que l'on met comme sens derrière cette occupation, si elle a un sens pour moi, si ça va me servir, voilà, c'est prendre plaisir aussi à cette activité-là, par exemple si je ne vois pas de sens à écrire, pourquoi m'engager dans cette rééducation d'écriture alors que moi n'y mets pas de sens.

M : Et par conséquent, pensez-vous que le jardin sensoriel favorise la motivation de l'enfant dans ses AVQ ? Et l'estime de soi ?

E2 : Oh bah oui, c'est des enfants qui, même s'ils ne font pas l'atelier, vont regarder ce qu'il se passe, si ça a poussé, s'il y a des mauvaises herbes, s'il y a des animaux dessus, ils ont un intérêt et ils montrent à leurs proches, il y a une fierté qui s'installe et une estime de soi qui est plus travaillée.

M : D'accord, oui et selon vous, le jardin sensoriel a-t-il un impact sur l'implication de l'enfant dans la réalisation d'une activité ?

E2 : Oui parce que l'on détourne l'activité pour faire d'autres activités, voilà, on ne fait pas que du jardinage, on va aller chercher pourquoi, et on va découvrir.

M : Ok et vous, évaluez-vous l'engagement occupationnel ?

E2 : Non, parce que je ne suis pas formé au MCRO, c'est dans mes objectifs et de choix pour mes formations futures.

M : Ok et utilisez-vous des modèles conceptuels dans votre exercice professionnel ?

E2 : Alors les modèles conceptuels à l'époque, c'était très vague, on a été formés mais on ne savait pas vraiment à quoi ça allait nous servir à l'école, alors du coup forcément si je regarde mes activités, ce que je propose effectivement on est plus dans la MCRO ou dans le MOH. Après ça dépend aussi parce que j'ai aussi des patients psy, je peux aller sur des choses vraiment différentes, on n'a pas de modèle conceptuel pur et dur, on jongle souvent entre l'un ou l'autre, voilà. On s'adapte vraiment à la personne et à son esprit du jour.

M : Ok oui en effet et ma prochaine question c'était : connaissez-vous la MCREO ?

E2 : Oui. Et de toute manière... euh je ne sais pas si vous connaissez le profil ESO sorti il n'y a pas longtemps, il se base sur la MCRO, donc c'est pour ça aussi que je veux faire la formation, ça va compléter mon bilan et mon profil, parce qu'aujourd'hui j'utilise plus que ce profil-là, je n'utilise plus le profil sensoriel de Dunn.

M : D'accord, vous utilisez plus celui-là pour évaluer les particularités sensorielles, c'est ça ?

E2 : Oui, il est très complet et ça a été réalisé par des ergothérapeutes, donc il faut le souligner, et puis les questions sont tournées vraiment positivement, les parents ne se sentent pas jugés par ces questions-là, donc je trouve que c'est mieux que l'autre. Il y a aussi une application pour les enseignants, elle est vraiment plus complète.

M : Oui, j'en avais entendu parler.

E2 : Oui, j'ai été formé à ce profil-là et au profil OTIPIS, c'est un bilan normé et qui est fait par des ergothérapeutes sur l'intégration neurosensorielle, c'est sur l'édition BACASABLE.

M : Ok super, donc même si vous n'êtes pas formé à la MCRO, pensez-vous que l'utilisation de l'outil MCRO peut être pertinente pour évaluer l'engagement de l'enfant ?

E2 : Ah bah oui tout à fait. Je me renseigne et je lis beaucoup de choses dessus.

M : Oui tout à fait et quels moyens utilisez-vous pour favoriser l'engagement d'un enfant ayant un TSA avec les particularités sensorielles ?

E2 : Euh... bah pour le moment je n'ose pas car je ne suis pas formé mais ça pourrait être bien et j'envisage aussi la formation, et sur c'est ce qui est avec les parents, faire des médiations parentales qui peuvent être quand même aussi un appui, et quand je dis parentale, ça peut être aussi la mamie, la tata, je veux dire le référent de l'enfant en question.

M : Oui en effet, on arrive vers la fin de l'entretien, mais pensez-vous que le jardin sensoriel favorise le plaisir et l'amusement des enfants ?

E2 : Oui, évidemment, tout ce qui est la terre, jouets extérieurs, ça leur plaît.

M : D'accord, est-ce que vous souhaitez apporter des remarques ou des informations supplémentaires ?

E2 : Euh non c'est assez complet.

M : Très bien et moi aussi vous avez pu répondre à toutes mes questions. Alors merci beaucoup de votre disponibilité et d'avoir répondu à mes questions.

E2 : Pas de soucis, j'espère avoir répondu au mieux. Et n'hésitez pas si vous avez d'autres questions ou pour approfondir des choses.

M : Oui pas de soucis, merci, bonne journée à vous, au revoir.

E2 : Au revoir.

L'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles par le jardin sensoriel

TRANCHARD Marie

Résumé : Les troubles du spectre de l'autisme se caractérisent par une grande variabilité de profils et de besoins, notamment sensoriels. Ces particularités affectent le quotidien des enfants au niveau des soins personnels, des activités productives et des loisirs, ainsi que leurs interactions sociales et leur bien-être. Dans ce contexte, le jardin sensoriel apparaît comme un support d'intervention adapté favorisant l'engagement occupationnel. Cette étude a pour objectif de comprendre si le jardin sensoriel peut être utilisé comme outil d'intervention par l'ergothérapeute afin d'améliorer l'engagement occupationnel des enfants présentant un TSA avec des particularités sensorielles. Au cours de cette recherche qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de quatre ergothérapeutes. L'analyse de ses résultats montre que malgré différents facteurs, le jardin sensoriel favorise l'autonomie, la motivation, le bien-être et l'engagement occupationnel des enfants. Toutefois, il serait intéressant d'approfondir cette étude en explorant l'usage du jardin sensoriel auprès d'autres populations et de différents diagnostics.

Mots-clés : engagement occupationnel, ergothérapie, troubles du spectre de l'autisme, particularités sensorielles, jardin sensoriel.

Occupational engagement of children with ASD and sensory characteristics through the sensory garden

Abstract : Autism spectrum disorders are characterized by a wide range of profiles and needs, particularly sensory ones. These characteristics affect children's daily lives in terms of personal care, productive activities, and leisure, as well as their social interactions and well-being. In this context, the sensory garden emerges as a suitable intervention tool that promotes occupational engagement. The objective of this study is to understand whether the sensory garden can be used as an intervention tool by occupational therapists to improve occupational engagement in children with ASD who have sensory characteristics. During this qualitative research, semi-structured interviews were conducted with four occupational therapists. Analysis of the results shows that, despite various factors, the sensory garden promotes independence, motivation, well-being, and occupational engagement in children. However, it would be worthwhile to expand this study by exploring the use of the sensory garden with other populations and different diagnoses.

Keywords : occupational engagement, occupational therapy, autism spectrum disorder, sensory characteristics, sensory garden.