



Institut de Formation en Ergothérapie La Musse

**Engagement occupationnel des enfants non verbaux avec TSA : apport de la
CAA et du MCPO en ergothérapie**

Mémoire d'initiation à la recherche

NOIRAULT Elsa
Promotion 2023-2026

BESNIER, Flora
Maître de mémoire

Hôpital La Musse - Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de
recherche

Saint Sébastien de Morsent, France

Charte anti-plagiat



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 NOIRAULT Elsa

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 ..Saint-Sébastien de Mersent..... Le ..30/04/2026..... 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) ...NOIRAULT Elsa..... atteste

Ne pas avoir eu recours
à l'IAAvoir généré ce travail
par l'IAAvoir utilisé partiellement
l'IA

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

Nom du/des sites utilisés

<input type="checkbox"/> Corrections orthographiques	
<input checked="" type="checkbox"/> Formulations – reformulations	Chatgpt
<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 16/05/2026.....

A Chartres.....

Signature

Remerciements

Ce mémoire témoigne d'un accomplissement, celui de trois années à étudier une science humaine et sociale passionnante : l'ergothérapie.

Au cours de cette étape de ma vie, de nombreuses personnes m'ont permis d'arriver jusqu'ici et m'ont grandement aidé à réaliser ce long travail de recherche. Je voudrais leur adresser toute ma reconnaissance.

Je tiens à remercier l'ensemble des responsables pédagogiques qui m'ont accompagné tout au long de ces années : Monsieur Schabaille, Madame Farny, Madame Louvet et Madame Boishus. Merci pour la qualité de vos enseignements, pour vos précieux conseils et pour votre disponibilité.

Je souhaite remercier ma maîtresse de mémoire, Flora Besnier. Merci pour votre bienveillance, vos encouragements et votre patience. Merci de m'avoir accompagnée durant cette année dans un travail tel que celui-ci.

J'adresse un grand merci aux ergothérapeutes qui ont accepté de s'entretenir sur mon sujet et m'ont apporté une expertise ayant grandement enrichi mon travail et mon regard sur l'ergothérapie. Merci pour le temps que vous m'avez consacré et merci de parler de ce si beau métier avec passion.

Merci à Madame Mofaddel et Monsieur Heredia, qui ont plus que jamais été souteneurs et sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour votre aide, pour votre disponibilité sans faille et pour votre volonté constante de faire au mieux pour nous accompagner.

Plus particulièrement, je remercie du plus profond de mon cœur mes proches et mon entourage. Merci à mes parents, à mon frère, à ma famille. Mais aussi à mes amies, Manon, Elise, Marie, Coline, Fanny, Julie, Louna et Isabelle. Merci pour votre soutien, pour m'avoir accompagnée et aidée à accomplir ce projet. Enfin, merci à Laurine, mon être le plus cher, qui, par sa présence et son amour, m'a permis d'aller au bout de ce mémoire. Merci pour la force que tu m'as apportée, pour tes paroles motivantes et pour ton soutien. Merci pour ta bienveillance et merci de m'avoir portée.

Grâce à vous tous, une page se tourne et une nouvelle apparaît.

« Notre rôle est de faire penser, de révéler les problèmes...à la limite d'inquiéter l'intelligence plus que de la satisfaire » (G. Canguilhem)

Table des matières

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel.....	2
1.1. Situation d'appel	2
1.2. Question de départ.....	2
2. Cadre conceptuel.....	3
2.1. Trouble du Spectre de l'Autisme.....	3
2.1.1. Définition du TSA	3
2.1.2. Particularités du TSA	4
2.1.2.1. Communication et impact du trouble.....	4
2.1.2.2. Communication verbale	6
2.1.2.3. Communication non verbale.....	6
2.1.2.4. Communication paraverbale.....	7
2.1.2.5. Amygdale et reconnaissance des émotions	8
2.1.3. Histoire du handicap	9
2.1.4. Étiologies, comorbidités et hypothèses scientifiques de l'apparition du trouble.....	10
2.1.5. Politique de santé autour du Trouble du Spectre de l'Autisme et législation	13
2.2. Ergothérapie	14
2.2.1. Définition de la profession.....	14
2.2.2. Histoire de la profession	16
2.2.3. Ergothérapie et reconnaissance des émotions	16
2.2.4. Mise en place de Communications Alternatives et Améliorées	17
2.3. Engagement occupationnel.....	20
2.3.1. Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ?	20
2.3.2. Engagement occupationnel et TSA.....	22
2.4. Du MCREO au MCPO	23
3. Question de recherche	23
3.1. Hypothèses de recherche	24
4. Cadre expérimental.....	24
4.1. Présentation de la méthode et de l'approche méthodologique.....	24
4.1.1. Méthode de recherche qualitative	24
4.1.2. Approche hypothético-déductive	25
5. Recueil de données.....	25
5.1. Enjeu de l'enquête.....	25
5.2. Démarche de recrutement	25
5.3. Population d'enquête et échantillonnage	25
5.4. Choix de l'outil d'enquête	26
6. Présentation et analyse des résultats.....	27
6.1. Données générales.....	27
6.1.1. Population.....	27
6.1.2. Représentations du MCPO et de la CAA	28
6.1.3. Accompagnement ou mise en place de CAA	30

6.2. Freins de la mise en place de CAA.....	31
6.3. Leviers de la mise en place de CAA.....	33
6.4. L'engagement occupationnel en lien avec l'utilisation de la CAA et du MCPO	35
7. Discussion	37
7.1. Rappel de la question de recherche.....	38
7.2. Validation ou invalidation des hypothèses de recherche.....	38
7.3. Biais et limite de la recherche	40
7.4. Apports personnels et projection professionnelle	42
Conclusion	43
Bibliographie.....	45
Annexes.....	58

Liste des abréviations

- ANFE : Association Nationale de Française des Ergothérapeutes
- ATV : Aire Tegmentale Ventrale
- AVQ : Activités de la vie quotidienne
- CAA : Communication Alternative et Améliorée
- EO : Engagement Occupationnel
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle
- MCREO : Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- TDA/H : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TDC : Trouble Développementale de la Coordination
- TDI : Trouble du Développement Intellectuel
- TND : Trouble du Neuro Développement
- TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

Introduction

Actuellement en France, environ 670 000 personnes sont atteintes d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) (Accueil | Autisme France, s. d.). Parmi les différentes sphères affectées par ce Trouble du Neurodéveloppement (TND), la communication apparaît comme l'un des domaines les plus altérés (Autisme· Inserm, La science pour la santé, s. d.). Au cours de mes différentes expériences professionnelles, j'ai pu observer l'importance de cet enjeu et constater combien l'ergothérapeute occupe une place essentielle dans l'accompagnement de ces difficultés communicationnelles.

En effet, l'ergothérapie est une profession intervenant auprès d'un large public. Ce professionnel de santé a pour objectif de pallier les déficits des individus en mettant en place des stratégies compensatoires ou en renforçant les fonctions altérées. Son intervention repose sur des techniques de rééducation et de réadaptation visant à améliorer le quotidien des personnes présentant un TSA. Des aménagements de l'espace de vie peuvent ainsi être proposés, tout comme des interventions ciblant les capacités communicationnelles et sociales (Ergotherapeutes.net, 2023).

Ce mémoire d'initiation à la recherche me permettra d'aborder mes questionnements relatifs à l'Engagement Occupationnel (EO) en lien avec le mode de communication des enfants présentant un TSA.

Je commencerai par introduire mon sujet à travers la situation d'appel qui a suscité mon intérêt et m'a conduit à explorer une pluralité d'interrogations. Je présenterai ensuite mon cadre conceptuel, structuré autour de cinq axes principaux : le TSA, l'ergothérapie, la CAA, l'EO, ainsi que Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Je poursuivrai la formulation de ma question de recherche, la présentation du cadre expérimental et du recueil de données, avant d'analyser les résultats obtenus. Enfin, j'aborderai la discussion et conclurai ce travail.

1. Cadre contextuel

1.1. Situation d'appel

Ayant travaillé durant sept mois au sein d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) auprès d'adultes présentant un TSA, j'ai eu l'occasion d'observer une grande diversité de situations comportant des problématiques communicationnelles. J'ai rapidement constaté que le spectre de la communication chez les personnes présentant un TSA est particulièrement large.

Au sein du FAM, au-delà de la communication verbale, certains résidents communiquaient grâce aux CAA, avec l'aide de classeurs PECS, tandis que d'autres utilisaient le Makaton, ces trois termes seront définis dans la suite du cadre conceptuel. Selon moi, cela leur permettait de pouvoir transmettre leurs envies et besoins. Ils favorisent également leur participation et leur EO dans les occupations qui leur étaient significatives. De plus, les interactions avec les aides-soignants et avec les éducateurs étaient selon moi plus riches.

De surcroît, les CAA limitaient grandement la survenue de troubles du comportement. De fait, elles leur permettaient d'exprimer des besoins ou d'avertir les encadrants d'un élément qui leur était désagréable ou qui risquait à termes de venir leur provoquer de l'hétéro ou de l'auto-agressivité.

Les CAA sont un ensemble d'outils (*CAA, Mon Parcours Handicap, s. d.*) pouvant s'intégrer dans la vie de l'enfant à un très jeune âge, c'est ce pourquoi il est primordial à mon sens de s'intéresser au rôle de l'ergothérapeute auprès d'enfants non-verbaux de moins de six ans avec un TSA. Notamment de son rôle quant à la promotion de ces enfants grâce à l'utilisation du MCPO et d'une CAA.

Ainsi, ces observations m'ont amené à m'interroger sur la place et le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'accompagnement précoce des enfants non-verbaux présentant un TSA, notamment à travers l'utilisation de CAA et du MCPO. C'est par cela que j'ai pu par la suite élaborer ma question de départ.

1.2. Question de départ

Mes nombreuses réflexions m'ont amenée à formuler la question de départ suivante : « *En quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser l'EO des enfants présentant un TSA grâce à la CAA ?* ». Nous allons par la suite, nous intéresser au concept du TSA.

2. Cadre conceptuel

2.1. Trouble du Spectre de l'Autisme

2.1.1. Définition du TSA

Le TSA est un trouble précoce du développement cérébral de l'enfant, qui s'installe dès les premières étapes de son développement (Qu'est-ce que l'autisme ? | Autisme France, s. d.). Il appartient à la catégorie des Troubles du Neuro Développement (TND). Le TSA s'exprime à travers plusieurs composantes. En effet, il se caractérise principalement par des difficultés dans la communication et les interactions sociales, ainsi que par la présence d'intérêts restreints, répétitifs ou stéréotypés. Il est défini sous forme de dyade par le DSM-5 (Sulkes, 2025). À cela s'ajoutent de nombreuses comorbidités fréquemment associées à l'autisme. En effet, environ 30 % des personnes présentant un TSA ont également un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). De même, près de 30 % présentent un TDI ou un Trouble Développemental de la Coordination (TDC) associé, et une proportion équivalente est concernée par une épilepsie. Par ailleurs, environ 60 % des personnes ayant un TSA présentent des troubles du sommeil ou des troubles alimentaires (Qu'est-ce que l'autisme ? | Autisme France, s. d.).

La majorité des personnes présentant un TSA présentent également des particularités sensorielles marquées. Aujourd'hui, on parle de spectre de l'autisme afin de refléter la grande diversité des profils, des manifestations cliniques et des besoins des personnes concernées (Qu'est-ce que l'autisme ? | Autisme France, s. d.).

Cependant, malgré cette diversité de profils, certains n'ont pas toujours accès à un diagnostic précoce ni à des interventions éducatives adaptées (Accueil | Autisme France, s. d.). Au sein de ce trouble, il est ainsi possible d'observer de nombreuses particularités, qui seront abordées plus en détail par la suite.

2.1.2. Particularités du TSA

Le TSA se manifeste principalement par des altérations de la communication et des interactions sociales. Tout ceci marqué par une absence de langage, un langage atypique ou accompagné d'écholalies, des difficultés à comprendre le langage implicite, à exprimer ou décoder les émotions ainsi qu'un ajustement social limité (Ciulla Rodolphe, s. d.). De plus, ce trouble présente des comportements répétitifs ainsi que des intérêts restreints. À l'instar de stéréotypies, de routines, d'immuabilité au changement, ou bien une focalisation sur des centres d'intérêt spécifiques. Néanmoins, ces caractéristiques varient fortement d'une personne à l'autre, tant en termes d'intensité que d'expression, ce qui justifie la notion de « *spectre* ». Certains individus présentent une autonomie importante tandis que d'autres nécessitent un accompagnement qui vise à la soutenir (Ciulla Rodolphe, s. d.). Cette dernière est également influencée par la fréquence des comorbidités rencontrées. Ainsi, au regard de la pluralité des manifestations du TSA et de leur impact sur le fonctionnement global de la personne, la communication apparaît comme un sujet central. En effet, les particularités communicationnelles, qu'elles soient verbales, non verbales, et paraverbales influencent directement les interactions sociales de la personne. Il semble pertinent de s'intéresser plus spécifiquement à la communication chez les personnes présentant un TSA en vue de comprendre leurs spécificités et d'adapter l'accompagnement en ergothérapie (Ciulla Rodolphe, s. d.).

2.1.2.1. Communication et impact du trouble

La communication est une notion vaste, définie comme un processus de partage d'informations entre deux ou plusieurs individus, mobilisant différentes modalités. Elle implique la présence d'un émetteur et d'un récepteur. La communication peut comporter des éléments verbaux (langage oral, choix des mots), non verbaux (langage écrit, Makaton, langue des signes, mimiques faciales, gestuelle, regards) ou paraverbaux (intonation, volume et timbre de la voix).

Une partie de la communication repose sur des éléments explicites, le plus souvent véhiculés par le langage. Toutefois, elle comprend également une dimension implicite importante, dépendante du contexte socio-culturel de l'individu et des normes sociales en vigueur (Baggio, 2014).

L'une des problématiques les plus fréquemment évoquées lorsqu'il est question du TSA concerne l'altération des capacités communicationnelles. Celle-ci peut se manifester selon différentes modalités. Elle touche tout d'abord le langage verbal, notamment à travers le choix des mots et leur adaptation au contexte. Elle concerne également la communication non verbale, incluant le langage corporel, la gestuelle, les mimiques faciales et l'utilisation du regard.

Chez les personnes présentant un TSA, les comportements verbaux et non verbaux peuvent être altérés (La communication et les interactions sociales, s. d.). En effet, environ la moitié des personnes présentant un TSA n'ont pas accès au langage oral. Par ailleurs, le langage non verbal peut représenter une sphère particulièrement complexe et difficilement accessible. Le regard, habituellement utilisé comme un support d'information et de régulation de la communication, peut être source de difficultés. Les personnes présentant un TSA peuvent éprouver des difficultés à maintenir le regard lors d'un échange, à l'utiliser pour initier une interaction ou pour y mettre fin. Leur regard est parfois qualifié de périphérique, c'est-à-dire qu'il ne se fixe pas directement sur l'interlocuteur ou qu'il ne correspond pas aux codes sociaux attendus. Il peut ainsi être orienté vers des détails de l'environnement ou de la personne, sans se poser sur les yeux de l'interlocuteur. Cette particularité visuelle participe fréquemment aux difficultés observées dans la communication non verbale (La communication et les interactions sociales, s. d.).

De plus, la gestuelle, les expressions faciales et l'intonation de la voix peuvent également constituer des éléments abstraits et difficilement interprétables. Ces composantes véhiculent des significations implicites et des sous-entendus qui peuvent s'avérer inaccessibles ou incompréhensibles pour les personnes présentant un TSA (La communication et les interactions sociales, s. d.).

Ainsi, certaines caractéristiques sont régulièrement observées au sein du spectre de l'autisme, telles que des difficultés concernant le sourire social, le regard dirigé vers autrui, le pointage ou plus globalement l'utilisation du langage non verbal (Autisme - Inserm, *La science pour la santé*, s. d.). Nous aborderons à présent la sphère verbale de la communication.

2.1.2.2. Communication verbale

De nombreuses études mettent en évidence l'impact du TSA sur la communication verbale. Friedman et Sterling décrivent notamment des difficultés relevant de la pragmatique du langage. En effet, les personnes présentant un TSA éprouvent des difficultés à saluer un tiers, à initier, maintenir et clore un échange conversationnel. Elles rencontrent également des obstacles dans la gestion des tours de parole, notamment pour inférer la durée des temps d'échange et mettre en œuvre des stratégies de répartition du temps de parole entre les interlocuteurs. Selon ces auteurs, ces difficultés seraient liées à un déficit de la théorie de l'esprit, se traduisant par une capacité limitée à adopter le point de vue d'autrui.

Les troubles pragmatiques apparaissent ainsi plus marqués chez les personnes présentant un TSA que chez les personnes neurotypiques ou celles présentant un Trouble du Déficit Intellectuel (TDI). Par ailleurs, des difficultés lexicales sont également rapportées, qu'elles relèvent des dimensions sémantiques ou syntaxiques du langage. Celles-ci concernent notamment la compréhension et l'usage des pronoms. Ce qui implique l'identification du référent du message, ainsi que l'emploi et la compréhension des prépositions. Les auteurs soulignent également des difficultés dans la compréhension des termes relatifs aux états mentaux d'autrui, dont l'acquisition suppose l'intégration de la théorie de l'esprit (Friedman & Sterling, 2019).

D'autres travaux mettent en évidence des difficultés supplémentaires, telles que le fait de répondre à son prénom, l'accès au second degré, aux concepts abstraits et à l'implicite (Pangrani & Picard, 2022). Toutefois, les atteintes observées dans le TSA ne se limitent pas à la sphère verbale : la communication non verbale est également significativement impactée, comme cela sera développé dans la section suivante.

2.1.2.3. Communication non verbale

La communication non verbale se définit comme l'ensemble des comportements visant à transmettre un message sans recourir au langage oral. Elle s'exprime à travers différents éléments, tels que les gestes, la posture, les mimiques faciales, le regard et plus largement les comportements corporels. L'altération de la

communication non verbale peut entraîner des difficultés dans les interactions sociales (Logrieco et al., 2024). De plus, l'altération des gestes conventionnels de communicationnels, des comportements sociaux et de l'intersubjectivité (déficit d'attention conjointe, pointage proto-déclaratif) font face au sein du trouble (Perrault et al., 2019).

Toutefois, ces compétences peuvent s'améliorer et se développer de manière significative grâce à un suivi interdisciplinaire, en particulier lorsque celui-ci débute précocement. Cette constatation met en évidence l'importance d'un diagnostic précoce du TSA, afin de permettre une prise en soin adaptée et d'optimiser les programmes d'intervention en fonction des besoins spécifiques des enfants (Logrieco et al., 2024). La sphère de la communication paraverbale est également touchée au sein de ce trouble. C'est ce que nous allons étudier dans la partie ci-dessous.

2.1.2.4. Communication paraverbale

La communication paraverbale désigne l'ensemble des éléments vocaux qui accompagnent le langage oral et contribuent à la transmission du message, sans relever du contenu lexical (Song et al., 2020). Elle comprend notamment l'intonation, le rythme, la hauteur et l'intensité de la voix, la vitesse d'élocution, ainsi que les pauses, correspondant à la latence entre les mots ou les phrases.

Le TSA affecte les relations interpersonnelles, la communication ainsi que le comportement. Les variations paraverbales, en particulier celles liées à l'intonation, peuvent représenter une difficulté majeure pour les personnes présentant un TSA. En effet, la distinction entre une question et une affirmation, souvent portée par l'intonation de la voix, n'est pas toujours perçue de manière adéquate. Cette difficulté peut entraîner, par exemple, une absence de réponse lorsqu'une question leur est posée (Autisme - Inserm, *La science pour la santé*, s. d.).

Par ailleurs, la compréhension des émotions et des sentiments exprimés par autrui constitue également une source de difficulté. Les personnes présentant un TSA peuvent éprouver des difficultés à interpréter les indices émotionnels véhiculés par la voix. Elles peuvent également présenter une rigidité comportementale accrue et une faible tolérance au changement. Ainsi, une situation imprévue de la vie quotidienne

peut provoquer des réactions émotionnelles intenses, telles que de l'angoisse, de la panique, de la colère ou encore des comportements d'agressivité, qu'ils soient auto- ou hétéro-agressifs (Autisme · Inserm, *La science pour la santé*, s. d.).

Une étude récente menée auprès de 34 enfants présentant un TSA met en évidence une altération globale de la reconnaissance de la prosodie et des émotions à partir de messages vocaux. De plus, l'augmentation de l'intensité émotionnelle des messages (neutre, joie, colère) ne permettait pas d'améliorer significativement la reconnaissance de la valence émotionnelle chez ces enfants (Song et al., 2020).

Enfin, Nakai et ses collaborateurs (2013) montrent que les personnes présentant un TSA ont, de manière générale, une voix plus monotone et utilisent moins de variations d'intonation. Selon ces auteurs, la capacité à moduler l'intonation vocale serait étroitement liée aux compétences d'interaction sociale d'un individu (Nakai et al., 2013). Cependant, pour être capable de converser avec une tierce personne, il est indispensable d'être en mesure de reconnaître ses propres émotions et celles des autres.

Il apparaît nécessaire d'explorer les bases neurobiologiques du traitement émotionnel. Notamment à travers l'étude de l'amygdale, ainsi que les modèles théoriques qui les sous-tendent.

2.1.2.5. Amygdale et reconnaissance des émotions

L'amygdale est fortement impliquée dans la reconnaissance et l'expression des émotions (*Un Fil Rouge Entre Stress et Anxiété : La Voie VTA-amygdale | CNRS Biologie*, s. d.). En effet, elle constitue une structure centrale du cerveau émotionnel, impliquée notamment dans la régulation de l'anxiété et dans l'apparition des réponses au stress. L'anxiété correspond à un mécanisme de protection face à un danger potentiel. Toutefois, une activité amygdalienne insuffisamment régulée peut, à long terme, favoriser l'émergence de troubles anxieux, avec des répercussions importantes sur la santé mentale. Par ailleurs, le stress chronique modifie la structure des neurones amygdaliens, facilitant leur excitabilité.

Une étude publiée dans *Biological Psychiatry* met en évidence qu'une projection excitatrice issue des neurones glutamatergiques de l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) cible l'amygdale basolatérale. Ce circuit s'active rapidement en situation de stress social et voit son activité s'amplifier lorsqu'il est soumis à un stress répété ou prolongé. Les manipulations optogénétiques (introduction dans une cellule d'un gène qui code une protéine photosensible, qui s'active lorsqu'on l'éclaire) de cette voie ont montré que son inhibition réduit les réponses liées au stress, tandis que son activation reproduit les effets comportementaux associés au stress (Un Fil Rouge Entre Stress et Anxiété : La Voie VTA-amygdale | CNRS Biologie, s. d.).

L'analyse des mécanismes émotionnels, à travers le rôle de l'amygdale dans le TSA, met en lumière des spécificités neurodéveloppementales. De plus, la reconnaissance émotionnelle des visages des pairs est très souvent impactée dans le TSA. (Florenn GALLIAN et al., 2024). Cependant, la manière dont ces particularités sont comprises et accompagnées par les professionnels de santé dépend en grande partie de l'évolution des représentations du handicap au fil du temps.

2.1.3. Histoire du handicap

Le TSA est décrit pour la première fois de manière détaillée par Léo Kanner en 1943 dans *Autistic Disturbances of Affective Contact*. Dans cet article, il analyse onze enfants présentant un ensemble de symptômes convergents (Artigas-Pallares & Paula-Perez, 2017). Kanner utilise alors l'expression « *autisme typique* », qui évoluera progressivement vers la dénomination actuelle de *TSA*. Ce trouble se caractérise par des altérations touchant plusieurs domaines : les interactions sociales, la communication, les comportements (intérêts restreints, activités répétitives et stéréotypées) ainsi que le traitement sensoriel. Ces particularités peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale. Bien qu'un handicap intellectuel puisse être associé au TSA dans un tiers des cas, il ne constitue pas un critère nécessaire au diagnostic (Autisme · Inserm, s. d.).

Il convient toutefois de rappeler que d'autres auteurs avaient décrit des tableaux cliniques similaires avant Kanner. Dès 1925, Grunya Sukhareva publie des observations très proches de ce que l'on nommera plus tard l'autisme. L'histoire du

TSA résulte ainsi d'un processus cumulatif de descriptions cliniques, dont certaines ont été marginalisées au profit d'autres. L'article de Bearer et al. (2023) souligne notamment que Hans Asperger avait décrit, durant la Seconde Guerre mondiale, une forme d'autisme sans déficience intellectuelle. Ses travaux ont cependant été longtemps invisibilisés avant d'être intégrés aux classifications diagnostiques. Par ailleurs, la participation d'Asperger aux politiques eugénistes du Troisième Reich, notamment dans l'orientation d'enfants vers des programmes d'euthanasie, a suscité de vifs débats au sein de la communauté autiste, dont une partie refuse désormais l'usage de son nom.

Enfin, le terme « *autisme* » lui-même est introduit par Eugen Bleuler, qui l'utilise initialement pour décrire un symptôme de repli sur soi observé dans la schizophrénie (Putigny-Ravet & Golder, 2016). L'évolution de ce concept témoigne ainsi d'une histoire complexe, marquée par des réinterprétations successives et par une meilleure compréhension des spécificités du TSA.

Diverses hypothèses à propos de l'apparition du trouble existent, nous allons aborder celles-ci dans la prochaine partie.

2.1.4. Étiologies, comorbidités et hypothèses scientifiques de l'apparition du trouble

Le TSA concerne aujourd'hui environ 700 000 personnes en France et résulte d'anomalies neurodéveloppementales. Il apparaît précocement, généralement entre 18 et 36 mois. Le TSA ne peut être « *traité* » en tant que tel, mais les comorbidités qui l'accompagnent peuvent faire l'objet d'une prise en soin adaptée. L'origine du trouble est multifactorielle, bien que la composante génétique y occupe une place prépondérante (Autisme · Inserm, s. d.).

Certaines pathologies génétiques, telles que les retards mentaux liés à l'X, le syndrome de l'X fragile ou le syndrome de Rett, présentent des traits autistiques (Autisme · Inserm, s. d.). C'est pourquoi un dépistage génétique est systématiquement proposé lorsqu'un TSA est associé à un TDI.

La prévalence actuelle est estimée à quatre garçons pour une fille. Toutefois, les outils diagnostiques ayant été majoritairement conçus et validés auprès de populations masculines, les manifestations féminines du TSA ont longtemps été sous-reconnues (Autisme · Inserm, s. d.). Une méta-analyse récente suggère un ratio plus proche de trois garçons pour une fille, chiffre susceptible d'évoluer avec l'amélioration des outils de dépistage. Un diagnostic précoce dès 18 mois associé à une prise en soin interdisciplinaire et holistique permet de prévenir l'apparition d'un sur-handicap. Cette prise en soin doit être individualisée et couvrir l'ensemble des dimensions de la vie de l'enfant autant sur le plan médical, social qu'éducatif.

Dans la mesure où l'étiologie du TSA est largement génétique, des facteurs environnementaux peuvent également contribuer à son émergence. L'exposition prénatale à une neuroinflammation, à certains virus ou toxiques, les naissances prématurées ou encore l'exposition à la Dépakine constituent des facteurs de risque identifiés. En revanche, les maladies coéliquies, l'intolérance au gluten, la vaccination ROR, l'éducation parentale ou la théorie obsolète de la « *mère réfrigérateur* » ne sont en aucun cas impliquées dans l'apparition du trouble. Le TSA se développe très précocement, au cours de la période anténatale, et s'accompagne de particularités neurologiques objectivables par imagerie cérébrale, notamment au niveau des réseaux impliqués dans la communication sociale et la modulation du comportement. La biologie moléculaire permet également d'identifier certains gènes associés au TSA (Autisme · Inserm, s. d.).

La contagion émotionnelle semble également altérée (*Société des Neurosciences*, 2023). Habituellement, elle se manifeste par un mimétisme moteur ou physiologique déclenché par l'observation d'autrui. Les neurones miroirs, impliqués dans l'expression émotionnelle, l'empathie et la communication non verbale, jouent un rôle central dans ce processus. Leur fonctionnement pourrait être perturbé dans le TSA, bien que cette hypothèse demeure discutée. Toutefois, lorsque la personne autiste porte volontairement son attention sur les yeux de l'interlocuteur ou lorsqu'il s'agit d'un proche, la contagion émotionnelle peut persister, avec une intensité variable selon la sévérité du trouble.

Les difficultés de reconnaissance émotionnelle sont fréquemment rapportées dans le TSA, qu'il s'agisse d'émotions vocales, gestuelles ou faciales. Alors que l'être humain est généralement expert dans l'analyse des visages, les personnes autistes présentent

davantage de difficultés, notamment en raison d'une altération de l'intégration multisensorielle. Le traitement global du visage est moins spontané, au profit d'une attention accrue aux détails. Il a par ailleurs été démontré que le ralentissement des expressions faciales facilite la compréhension émotionnelle (*Société des Neurosciences, 2023*).

Ces difficultés peuvent également être liées à l'alexithymie, très fréquente dans le TSA (*Société des Neurosciences, 2023*). Celle-ci se caractérise par une difficulté à verbaliser ses émotions, une imagination réduite, une tendance à privilégier l'action pour éviter les situations émotionnelles et une description factuelle des événements et sensations (*Pedinielli, 2019*). Enfin, si les personnes avec un TSA éprouvent des difficultés à interpréter les émotions des personnes neurotypiques, l'inverse est également vrai. En effet, l'expression non verbale des personnes TSA étant souvent atypique, elle peut être difficile à décoder pour les personnes neurotypiques (*Société des Neurosciences, 2023*).

Par ailleurs, une diminution du contact visuel dès le développement précoce pourrait contribuer à l'émergence de caractéristiques autistiques. Les mécanismes neuronaux sous-jacents demeurent débattus. La théorie amygdalienne classique évoque une hypo- réactivité de l'amygdale, tandis que l'hypothèse de l'évitement du regard suggère une hyper- réactivité rendant le contact visuel aversif. Une revue récente indique que huit études sur onze soutiennent cette seconde hypothèse, suggérant que l'évitement du regard pourrait constituer une stratégie visant à réduire une hyperactivation amygdalienne (*Stuart et al., 2022*).

Enfin, de nombreuses comorbidités peuvent accompagner le TSA, notamment les troubles du sommeil, les troubles psychiatriques (anxiété, dépression), les troubles des apprentissages, le TDA/H, ainsi que l'épilepsie (*Autisme · Inserm, s. d.*). L'étude de ce trouble a permis durant ces vingt dernières années d'élaborer différentes politiques de santé que nous allons aborder ci-dessous.

2.1.5. Politique de santé autour du Trouble du Spectre de l'Autisme et législation

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap constitue un texte majeur du droit Français. En effet, elle marque un tournant en intégrant une dimension sociale et environnementale à une problématique auparavant envisagée principalement sous l'angle médical et individuel. Cette loi reconnaît l'impact déterminant de l'environnement sur la situation de handicap et affirme la pleine citoyenneté des personnes concernées en leur garantissant plusieurs droits fondamentaux. Parmi eux, nous retrouvons l'égalité des droits et des chances, la participation à la vie sociale, le droit à la compensation du handicap et l'exercice effectif de la citoyenneté.

La création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) représente l'une des avancées majeures introduites par cette loi. Ces structures constituent un guichet unique permettant aux personnes en situation de handicap de faire valoir leurs droits et d'accéder aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre. La loi impose également aux employeurs l'obligation d'aménager les postes de travail et de recruter des travailleurs en situation de handicap à hauteur d'au moins 6 % de leurs effectifs.

Le droit à la scolarisation en milieu ordinaire constitue un autre pilier essentiel de ce texte. Les enfants en situation de handicap doivent être inscrits dans l'établissement scolaire le plus proche de leur domicile afin de favoriser leur inclusion. Par ailleurs, la loi a renforcé l'accessibilité de l'environnement urbain en imposant des normes relatives aux infrastructures, aux espaces publics et aux transports (La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, 20 ans après, 2025).

Cependant, certaines personnes ne peuvent accéder à une autonomie suffisante pour assurer leur insertion sociale. Dans ces situations, des structures spécialisées telles que les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) peuvent les accueillir, bien que ces établissements demeurent en nombre insuffisant. Le manque de places adaptées conduit encore trop souvent à des orientations inappropriées : des adultes autistes sont pris en charge dans des hôpitaux psychiatriques ou dans des institutions destinées aux personnes présentant une déficience intellectuelle, alors que ces structures ne correspondent pas à leurs besoins spécifiques. Lorsque aucune solution institutionnelle n'est disponible, ce sont fréquemment les parents, parfois âgés, qui continuent d'assumer la prise en soin,

malgré leurs propres limites (Autisme · Inserm, s. d.). Nous allons désormais étudier l'ergothérapie, sa définition et son impact sur cette prise en soin.

2.2. Ergothérapie

2.2.1. Définition de la profession

L'ergothérapie est un domaine paramédical en pleine expansion. Le nombre d'ergothérapeutes exerçant en France a fortement augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 7 786 professionnels en 2012 à près de 15 000 au 1er janvier 2023. La répartition par sexe et par secteur montre que 2 483 femmes exercent en libéral, 6 050 en milieu hospitalier et 4 525 dans d'autres structures, tandis que 336 hommes travaillent en libéral, 937 en milieu hospitalier et 599 dans d'autres domaines (La démographie des professionnels de santé, s. d.).

Selon l'ANFE, l'ergothérapie se définit comme *“un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes.*

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, 2026).

L'ergothérapeute s'appuie sur une méthodologie spécifique. Il évalue d'abord les conséquences directes et indirectes des pathologies ou handicaps, qu'ils soient d'ordre physique ou psychique (Ordre des ergothérapeutes du Québec, s. d.). Il analyse ensuite l'impact de ces limitations sur la réalisation des activités et sur les occupations quotidiennes. L'évaluation de l'environnement constitue également un volet essentiel de sa pratique. En effet, l'environnement physique et humain peut

faciliter ou entraver la participation. Le niveau de soutien de l'entourage, l'accessibilité du domicile ou encore l'adéquation des aménagements influencent directement la prise en soin. L'ergothérapeute examine aussi les routines et habitudes de vie, façonnées par l'histoire personnelle, la culture et le contexte social de l'individu. L'ensemble de ces éléments permet d'élaborer un plan d'intervention individualisé. L'ergothérapie adopte ainsi une approche globale, centrée sur l'interaction entre la personne, ses activités et son environnement, dans le but d'optimiser la participation aux occupations significatives.

La collaboration constitue un principe fondamental de la pratique ergothérapeutique. Elle ne se limite pas à la relation entre l'ergothérapeute et la personne accompagnée, l'environnement humain (la famille, les proches et les aidants), ainsi que les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en soin participent également au processus. L'ergothérapie s'inscrit donc dans une dynamique interdisciplinaire.

Sur le plan éthique, l'ergothérapeute doit respecter un ensemble de valeurs essentielles. Il lui revient de reconnaître la dignité de la personne, de respecter ses choix et de soutenir son autodétermination (Ordre des ergothérapeutes du Québec, s. d.). Son rôle consiste à conseiller, accompagner et proposer des solutions, sans jamais se substituer à la décision de l'individu. Il doit promouvoir la santé et la qualité de vie par l'engagement dans des occupations adaptées, ce qui constitue le cœur même de la profession. La participation et la justice occupationnelle, tant individuelle que collective, sont des principes qu'il doit défendre, chaque personne doit pouvoir accéder aux activités qui ont du sens pour elle.

L'ergothérapeute doit également faire preuve d'intégrité, d'objectivité, de compétence et de rigueur. L'honnêteté et la transparence sont indispensables à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique. Le respect de la confidentialité des informations personnelles constitue un autre pilier éthique fondamental. Enfin, l'ergothérapeute se doit d'honorer sa profession, de la représenter avec humilité et de contribuer à son développement (Ordre des ergothérapeutes du Québec, s. d.). Désormais, nous aborderons l'histoire de l'ergothérapie et son apparition dans le monde actuel.

2.2.2. Histoire de la profession

L'ergothérapie trouve ses origines dans la psychiatrie des XVIII^e et XIX^e siècles (Turcotte & Holmes, 2021). Elle s'est développée dans le contexte du mouvement du « *moral treatment* », initié par Philippe Pinel et Jean- Baptiste Pussin. Ces derniers ont œuvré à l'abandon des pratiques coercitives et asilaires, défendant l'idée que les personnes internées en psychiatrie pouvaient s'améliorer et se réhabiliter grâce à un environnement structuré, bienveillant et stimulant.

Dans cette perspective, le travail, les activités manuelles et la participation à la vie quotidienne sont devenus des éléments centraux de l'approche thérapeutique. L'occupation était alors envisagée comme un moyen de restaurer l'ordre intérieur, de canaliser les comportements jugés « *désorganisés* » et de redonner du sens à la vie quotidienne des patients.

Ainsi, les fondements historiques de l'ergothérapie reposent sur la conviction que l'engagement dans des activités significatives constitue un levier essentiel de rétablissement et de transformation personnelle (Turcotte & Holmes, 2021). Ses champs d'activité sont divers et variés et concernent de multiples publics.

2.2.3. Ergothérapie et reconnaissance des émotions

Au cours du développement de l'enfant, de nombreuses évaluations sont réalisées afin d'ajuster la prise en soin en fonction de ses besoins. Ces évaluations couvrent plusieurs domaines, notamment les aspects psycho- éducatifs liés au langage, à la cognition, à la sensorialité et à la motricité, en lien avec les comportements et la régulation émotionnelle. Les interventions se déroulent généralement dans les lieux de vie de l'enfant ou au sein de son établissement scolaire, dans l'objectif de favoriser progressivement son autonomie (Autisme · Inserm, s. d.).

Les personnes présentant un TSA mettent en moyenne davantage de temps à reconnaître les émotions faciales que les personnes neurotypiques. Toutefois, les programmes d'entraînement aux habiletés sociales permettent d'améliorer

significativement la rapidité et la précision de cette reconnaissance (Sellès, 2017). L'accompagnement précoce des enfants avec un TSA est essentiel, car c'est durant cette période que se construisent les compétences communicationnelles. Bien que plusieurs professionnels puissent intervenir comme les orthophonistes, les psychologues ou les pédopsychiatres. L'ergothérapeute occupe une place privilégiée dans ce processus (Ergotherapeutes.net, 2023).

Les travaux de Logrieco et de ses collaborateurs montrent que la prise en soin précoce d'un enfant diagnostiqué avec un TSA améliore de manière significative les compétences de communication non verbale sur le long terme, et non uniquement à un moment donné. Les auteurs soulignent également que l'efficacité des interventions ne dépend pas uniquement de leur présence, mais aussi du développement interactif de l'enfant et de ses stratégies d'apprentissage. Enfin, ils observent qu'au cours de l'année précédant la prise en soin, les enfants présentent déjà une progression notable de leur communication non verbale, ce qui se traduit par une amélioration des interactions sociales et du langage verbal (Logrieco et al., 2024). Dans la continuité et la cohérence de ces interventions visant à soutenir le développement socio-émotionnel, il devient primordial d'aborder les outils permettant de favoriser la communication. Parmi eux, la Communication Alternative et Améliorée (CAA) occupe une place centrale, notamment pour accompagner la reconnaissance et l'expression des émotions chez les enfants présentant un TSA.

2.2.4. Mise en place de Communications Alternatives et Améliorées

La CAA regroupe un ensemble d'outils destinés à soutenir ou à suppléer la communication lorsque celle-ci est insuffisamment développée (Epsilon Melia, 2025). Bien que les ergothérapeutes réalisent le suivi et participent à l'élaboration d'une CAA, c'est l'orthophoniste le principal acteur de cette mise en place. Ce professionnel déduira la CAA la plus adaptée à l'enfant et le moyen de la mettre en place. Chez de nombreux enfants présentant un TSA, les compétences visuo-spatiales et la mémoire visuelle, notamment la mémoire des routines et l'analyse des indices visuels présents lors des interactions se développent plus aisément que les compétences langagières.

Lorsque la compréhension est altérée, les capacités d'expression le sont généralement aussi. Il est donc essentiel de renforcer les compétences communicationnelles de l'enfant au sein de ses routines quotidiennes. La CAA vise précisément à soutenir la communication en lien avec les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), les compétences sociales, scolaires, comportementales, cognitives ainsi que les interactions ludiques avec les pairs (Epsilon Melia, 2025).

Parmi les outils de CAA, le Makaton (*Annexe I*) se définit comme un programme d'aide à la communication et au langage. Il comprend un vocabulaire fonctionnel associant la parole, des signes ainsi que des pictogrammes. Ce programme s'adresse principalement aux personnes présentant un handicap impactant la parole. Il permet de développer une communication fonctionnelle, d'améliorer la compréhension entre l'émetteur et le récepteur, et inversement. De plus, il offre à la personne la possibilité d'exprimer ses besoins quotidiens et favorise son intégration sociale (AAD Makaton, s. d.).

Un autre outil fréquemment rencontré est le classeur PECS (*Annexe II*). Le PECS, ou *Picture Exchange Communication System*, est un système de communication reposant sur l'échange d'images ou de pictogrammes. Cette méthode a été développée aux États-Unis par Lori Frost, orthophoniste, et le Dr Andrew Bondy, psychologue et thérapeute comportementaliste (Ouss-Ryngaert Lisa et al., 2008). Les pictogrammes ou photographies, accompagnés de mots, sont organisés dans un classeur comportant des bandes Velcro, selon un ordre précis. L'objectif de cette méthode est de permettre à l'enfant d'exprimer ses besoins et ses envies, puis, à terme, de répondre à des questions, d'en poser et de communiquer de manière plus spontanée (Kamoruddin, N. S., & Sudin, N, 2024).

Ces méthodes de communication doivent être entièrement personnalisées et nécessitent une connaissance fine des capacités de l'enfant ainsi que de ses préférences communicationnelles (Pragmatic Organisation Dynamic Display : PODD). Bien qu'elles présentent certaines limites, telles qu'un nombre restreint d'items ou de signes, ou encore l'utilisation d'éléments parfois peu individualisés, il reste possible d'adapter ces outils à l'enfant et à ses besoins spécifiques. Elles constituent ainsi des moyens de communication alternatifs à la parole, laquelle se révèle fréquemment déficitaire chez les personnes présentant un TSA. De plus, de multiples outils existent, nous pouvons retrouver le Coghomo, les Tableaux Dynamiques à Organisation

pragmatique (Pragmatic Organisation Dynamic Display : PODD), le Tableau de Langage Assisté (TLA), les applications robustes, le cahier de vie et bien d'autres.

En effet, les systèmes de CAA se déclinent en différentes formes, elles se distinguent par deux systèmes. L'un dit « *basique* » et l'autre dit « *robuste* » (Mathilde, 2018). La CAA de base se caractérise par un vocabulaire restreint, principalement orienté vers l'expression de demandes. Celui-ci est structuré de manière catégorisée et organisée, permettant de répondre à des besoins immédiats et spontanés de la personne qui l'emploie. À l'inverse, la CAA robuste propose un vocabulaire large, offrant la possibilité de formuler une grande variété de messages intégrant différents types de mots (verbes, pronoms, prépositions). Son organisation repose sur des onglets adaptés aux besoins spécifiques de l'enfant, avec une possibilité de personnalisation. Ces outils visent à répondre tant aux besoins présents que futures de la personne, tout en favorisant son autonomisation. Ils nécessitent une adaptation individualisée en fonction des besoins de chaque personne (Mathilde, 2018).

En outre, le décret du 30 juin 2025 relatif au droit opposable pour toute personne ne pouvant s'exprimer oralement d'accéder à une CAA constitue une avancée majeure en matière d'accessibilité et de prise en compte du handicap en France. Il implique que chaque institution est tenue de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de garantir aux personnes accueillies la possibilité d'exercer leur droit à la communication (Chapon, 2025).

Ainsi, la communication peut être efficacement soutenue dès le jeune âge grâce à la CAA (CAA, s. d.-b). Celle-ci regroupe un ensemble de stratégies et d'outils destinés à compenser les difficultés de communication orale ou écrite, tout en facilitant la participation sociale et l'inclusion des personnes qui y ont recours (CAA, s. d.-b). Au sein de cette dynamique d'accompagnement, l'évaluation occupe une place centrale comme nous l'avons vu ci-dessus. Il est donc nécessaire de citer les principaux bilans utilisés en ergothérapie auprès des enfants présentant un TSA, afin d'orienter de manière précise et individualisée les interventions.

Parmi ceux-ci, l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition) (*Annexe III*), la CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition) (*Annexe IV*) ainsi que le SCQ (Social Communication Questionnaire) (*Annexe V*) sont couramment utilisés auprès de ce public. De nombreuses études soulignent également que l'utilisation combinée de l'ADOS-2 et de l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

(Annexe VI) constitue une approche particulièrement pertinente et cohérente pour identifier les différents symptômes du trouble du spectre de l'autisme (Penner et al., 2018 ; Prelock et al., 2021).

Bien que les ergothérapeutes ne soient pas habilités à poser un diagnostic de TSA, ils participent activement au processus d'évaluation et peuvent administrer l'ensemble de ces outils (Autisme et Autres TED Diagnostic et Évaluation Chez L'adulte, 2011).

L'évaluation fine des capacités communicationnelles, notamment dans le cadre de la mise en place de la CAA permet de comprendre davantage les besoins de l'enfant et d'orienter la prise en soin. Cette démarche d'évaluation s'inscrit dans une perspective d'EO, en favorisant la participation active de l'individu dans ses AVQ et ses interactions sociales.

2.3. Engagement occupationnel

2.3.1. Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ?

L'engagement occupationnel se définit comme la participation active d'un individu à une occupation qui revêt pour lui une importance particulière et qui contribue à sa santé et à son bien-être. Ce concept est influencé par une multitude de facteurs, certains intrinsèques à la personne, d'autres liés à son environnement. Il s'agit d'un phénomène dynamique, dont le niveau varie continuellement au fil du temps (*Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental, s. d.*). Chaque occupation est constituée d'une succession d'actions inscrites dans un contexte social, physique et intentionnel, contexte qui lui confère sa signification (Madsen & Josephsson, 2017).

Encourager un patient à participer à une occupation constitue une condition essentielle de la pratique fondée sur l'occupation. Toutefois, la littérature précise que l'incitation en tant que telle n'est pas suffisante. En effet, l'occupation doit favoriser le rendement ou la participation occupationnelle. Ainsi, la recommandation d'un coussin pour fauteuil roulant relève d'une pratique fondée sur l'occupation uniquement si elle améliore la participation ou réduit les situations de handicap. L'objectif est de diminuer les limitations fonctionnelles, de faciliter l'adaptation, l'aménagement de l'environnement,

le développement des habiletés et l'intégration sociale, tout en soutenant la participation occupationnelle (Polatajko & Davis, 2012).

L'EO englobe non seulement la réalisation de l'activité, mais aussi sa préparation, son organisation et l'investissement personnel qu'elle mobilise (fixation d'objectifs, planification, organisation, exécution). Il repose sur les valeurs, les croyances, les intérêts et les préférences de la personne. Le niveau d'engagement influence directement la motivation, et l'occupation doit impérativement être significative pour l'individu afin de susciter satisfaction et persévérance. Plus une activité est porteuse de sens, plus l'engagement est durable et profond. Enfin, l'EO constitue un déterminant important du bien-être (Garceau- Tremblay et al., 2011). Favoriser l'EO chez les enfants présentant un TSA revêt un intérêt particulier, car il constitue un levier essentiel pour soutenir leur participation, renforcer leurs compétences socio-émotionnelles et favoriser une communication plus efficace.

2.3.2. Engagement occupationnel et TSA

Simpson et ses collaborateurs ont montré que les enfants présentant un TSA participent moins fréquemment aux occupations de leur vie quotidienne, que ce soit à domicile ou dans d'autres contextes sociaux (Simpson et al., 2017), notamment en milieu scolaire (Adams, 2021). Face à ces constats, Morris et Cox ont cherché à clarifier la notion d'EO, longtemps décrite des années 1990 aux années 2010 comme dépendante de facteurs internes et externes tels que le sentiment de compétence, les valeurs, les habiletés ou encore la rétroaction sociale influençant le continuum allant de l'engagement au désengagement. Bien que cette conception rende compte du caractère dynamique et interactionnel du phénomène, les auteurs la jugeaient trop complexe.

Ils ont donc entrepris de proposer une conceptualisation plus simple et holistique. Dans un premier temps, ils ont défini l'EO comme une participation dotée d'une valence positive (Morris & Cox, 2017). Toutefois, cette définition s'est révélée insuffisante, notamment dans le champ de la santé mentale où certaines occupations peuvent être investies malgré une valence émotionnelle négative. À partir de ces limites, Morris et Cox ont identifié plusieurs dimensions. Nous retrouvons l'intérêt, l'engagement et

l'absorption comme facteurs positifs, et l'indifférence, le désengagement et la répulsion comme facteurs négatifs, avec une zone neutre entre les deux pôles. Cette structuration est venue enrichir le continuum initial.

Les auteurs redéfinissent alors l'EO comme « *un degré de participation auquel sont attribuées une valeur positive et des conséquences positives supérieures à celles d'un simple intérêt. En réponse à une rétroaction externe (sociale, culturelle ou physique), les conséquences perçues peuvent changer, ce qui est congruent avec le caractère fluctuant de l'engagement occupationnel* » (Morris & Cox, 2017). Il devient pertinent de mobiliser un cadre conceptuel permettant d'analyser et de structurer l'EO. Le MCPO offre précisément cette assise théorique, en guidant l'évaluation et l'intervention ergothérapique autour de la relation entre la personne, ses occupations et son environnement.

2.4. Du MCREO au MCPO

La notion d'EO a été conceptualisée avec le MCREO (*Annexe VII*). Il a été développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Il en découle un outil valide, fiable, et adapté à chaque patient en découle. En effet, la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) (*Annexe VIII*) favorise l'engagement du patient au sein de ses activités. Ce dernier est adaptable à une multitude de patients et de pathologies, en passant par la pédiatrie, la gériatrie, les maladies neurodégénératives ou encore pour les patients cérébrolésés (Caire, 2019).

Cependant, il semble pertinent de s'axer sur un modèle qui a émergé récemment. En effet, le MCPO est « *une extension du cadre conceptuel de 1997/2002 qui présente la vision ergothérapique de la relation dynamique qui existe entre les personnes, les environnements et les occupations ; la participation englobe les domaines d'intérêt en ergothérapie qui comprennent et vont au-delà du rendement occupationnel d'une personne tout au long de sa vie et dans divers environnements* »¹. Il prend en compte tout autant le rendement que l'EO de la personne sur une occupation qui lui est

¹ Traduction de la définition retrouvée dans le glossaire de : Enabling Occupation II, p.364

signifiante. L'objectif étant d'analyser les éléments influençant l'occupation, de son idée à sa réalisation et à termes, de pouvoir promouvoir l'initiation et le maintien d'occupations significantes (Egan, M., et Restall, 2023) (*Annexe IX*).

Ainsi, ces modèles interrogent la façon dont l'enfant peut être impliqué dans sa prise en soin et la manière dont il peut exprimer ses besoins, notamment lorsqu'il présente des troubles de la communication. Cela m'a amené à élaborer ma question de recherche développée ci-dessous.

3. Question de recherche

Mes recherches m'ont conduit à formuler la question suivante : « *En quoi l'ergothérapeute, à travers l'utilisation du MCPO et d'une CAA, peut-il promouvoir l'EO des enfants non verbaux de moins de six ans présentant TSA ?* ». Je vais par la suite détailler les hypothèses de recherches sous-tendues par ma question de recherche.

3.1. Hypothèses de recherche

L'hypothèse se définit comme "*l'anticipation d'une relation entre un phénomène et un concept capable d'en rendre compte*" (Van Campenhoudt, Quivy, 2017).

Ma question de recherche m'a ensuite permis d'élaborer plusieurs hypothèses que voici :

- Hypothèse une : « *la mise en place, par un ergothérapeute, d'une CAA favoriserait l'EO des enfants non verbaux présentant un TSA dans leur vie quotidienne* ».
- Hypothèse deux : « *une intervention ergothérapique fondée sur le MCPO favoriserait l'EO des enfants de moins de six ans présentant un TSA* ».

Suite à la construction de mes hypothèses de recherches, je vais désormais aborder la question du cadre expérimental employé au sein de mon étude.

4. Cadre expérimental

4.1. Présentation de la méthode et de l'approche méthodologique

4.1.1. Méthode de recherche qualitative

La méthode qualitative repose sur la conduite d'entretiens. Elle s'inscrit dans une perspective phénoménologique et vise à comprendre des faits, des expériences et des opinions. Cette approche relève du courant épistémologique compréhensif (Bioy, Castillo & Koenig, 2021).

L'entretien semi-directif constitue une technique de collecte de données privilégiée dans ce cadre. Relevant d'une démarche qualitative, il permet d'appréhender la signification de phénomènes complexes. Il s'agit d'un échange structuré mais souple entre l'enquêteur et la personne interrogée, au cours duquel le chercheur peut relancer, approfondir ou reformuler afin de saisir les perceptions, les représentations et les expériences du participant. Ce type d'entretien n'impose ni questions fermées ni réponses prédéfinies, ce qui favorise une exploration approfondie du vécu et des points de vue de l'interviewé (Imbert, 2010). Je vais aborder ci-dessous la méthode hypothético-déductive que j'ai choisi d'utiliser.

4.1.2. Approche hypothético-déductive

L'approche hypothético-déductive se définit selon Paul Carmignani comme *“la méthode qui consiste à formuler des hypothèses et à en déduire des conséquences testables expérimentalement. Le principe du système est de permettre la vérification de l'hypothèse dans des contextes empiriques différents de ceux qui ont suggéré sa formulation”* (Carmignani, 2017). Suite à la définition de l'approche hypothético-déductive, je vais dès à présent me pencher sur les enjeux de l'enquête.

5. Recueil de données

5.1. Enjeu de l'enquête

L'objectif de l'étude est de savoir si la CAA et l'utilisation du MCPO par un ergothérapeute peut promouvoir l'EO d'un enfant non-verbal atteint de TSA. Nous allons désormais étudier la démarche de recrutement effectuée.

5.2. Démarche de recrutement

Afin de recruter des ergothérapeutes spécialisés et à même de répondre à mon sujet, j'ai diffusé mon questionnaire et mon affiche de recrutement (*Annexe X*) sur divers réseaux sociaux : Facebook, Instagram, Twitter. De plus, j'ai contacté l'ensemble des ergothérapeutes du SYNTEL (Syndicat Français des Ergothérapeutes Libéraux) et ai envoyé plus de 300 mails à ces derniers. Suite à cela, j'aborderai ensuite la population d'enquête et l'échantillonnage.

5.3. Population d'enquête et échantillonnage

À partir de la population globale étudiée, j'ai cherché à sélectionner un nombre d'ergothérapeutes répondant à des critères spécifiques, afin de constituer un groupe représentatif de cette population qu'on appellera ici l'échantillon.

J'ai pu identifier une multitude de critères d'inclusion et d'exclusion me permettant de définir cet échantillon.

Les critères d'inclusion sont :

- Être titulaire du diplôme d'état d'ergothérapie détenu en France ou d'un diplôme équivalent francophone (ex : Bachelor en ergothérapie, Baccalauréat en ergothérapie)
- Avoir déjà travaillé auprès d'enfants avec un TSA
- Être sensibilisé à la CAA

- Avoir déjà participé à la mise en place de CAA ou avoir déjà accompagné ou participé à son suivi
- Avoir des connaissances sur le MCPO

En ce qui concerne les critères d'exclusion, j'ai sélectionné :

- Ne pas avoir un Diplôme d'État d'ergothérapie ou être un étudiant en ergothérapie
- Travailler exclusivement auprès d'adultes ou de personnes âgées
- Posséder un Diplôme en ergothérapie au sein d'un pays non francophone
- Avoir moins d'un an d'expérience
- N'avoir jamais travaillé avec un enfant ayant un TSA
- Ne plus exercer le métier d'ergothérapeute
- Ne pas être sensibilisé à la CAA
- N'avoir jamais mis en place ou accompagné des enfants vers une CAA
- N'avoir aucune connaissance du MCPO

Nous allons par la suite évoquer le choix de l'outil d'enquête, primordial à l'étude menée.

5.4. Choix de l'outil d'enquête

Je me suis servi d'un guide d'entretien (*Annexe XI*) pour faire suite à mon entretien semi-directif. Il s'agit d'un outil de recueil de données empiriques (données de terrain). Le guide d'entretien est un moyen ou une manière de faire. Il structure les thèmes et questions de l'entretien semi-directif. Il est un outil de travail qui sert à mener un entretien semi-directif. Celui-ci contient les thèmes principaux à aborder, des questions ouvertes vis-à-vis de chaque thème, ainsi que des relances. Il assure le fait d'aborder tous les sujets et thèmes. Ainsi, il garantit une cohérence méthodologique entre les différents entretiens menés (*Pierre Pluye, 2023*). Dans la continuité de cette démarche méthodologique, l'exploitation et l'analyse des données recueillies vont être abordées afin de donner sens aux entretiens réalisés.

6. Présentation et analyse des résultats

6.1. Données générales

Afin de réaliser l'analyse de mes résultats, j'ai réalisé un tableau d'analyse des résultats (*Annexe XII*). Ce dernier m'a permis de déduire certaines données générales.

En effet, au total, quatre ergothérapeutes ont été interrogés. Bien que leurs parcours professionnels soient divers et variés, ils partagent tous un intérêt marqué pour l'accès à la communication chez les enfants présentant un TSA.

Ils ont tous été diplômés en France, à l'exception de l'une d'entre eux, formée en Belgique. Leur expérience professionnelle est également hétérogène, s'étendant de 4 à 39 ans d'exercice. Tous exercent en libéral ou interviennent directement sur les lieux de vie des personnes accompagnées.

Par ailleurs, l'ensemble des professionnels interrogés ont suivi des formations spécifiques en lien avec le TSA et la CAA. L'une d'entre elles est d'ailleurs formatrice dans ce domaine. En revanche, aucun ne s'est formé au MCPO depuis l'obtention de son diplôme d'État.

Nous allons désormais aborder la population accueillie par les ergothérapeutes interrogées au sein de mon enquête.

6.1.1. Population

La population auprès de laquelle travaillent les interviewés sont relativement similaires pour la plupart.

<i>Pathologies/handicaps et âge de la population accueillie</i>
<i>E1 : "Trouble spécifique des apprentissages divers et variés. Autant sur le "avant diagnostic", sur le pendant, sur la période de doute après le diagnostic". "Actuellement c'est majoritairement les cinq-quatorze ans".</i>

E2 : *“J’ai quelques adultes, et j’ai quasiment exclusivement des enfants et des adultes porteurs de TSA [...]. Je suis vraiment spécialisée là-dessus donc j’ai quasiment que ce public-là [...]. Et moi du coup je suis pas mal formée sur la CAA donc j’ai souvent ce type de projet là à mettre en place. Je peux aussi travailler sur tous les aspects sensoriels [...]. Je suis pas mal formée sur tout ce qui est troubles de l’oralité alimentaire donc ça arrive que ce soit aussi ça la demande”. “Alors c’est assez large en termes d’âge, j’ai des enfants à partir de deux ans jusqu’à des adultes”.*

E3 : *“C’est essentiellement de la pédiatrie. Et après en pédiatrie, c’est un peu de toute situation. C’est un peu compliqué, j’ai fait à peu près toutes les pathologies enfants”. “Les demandes que j’aie, elles sont plutôt entre cinq ans et 18 ans, on va dire. J’en ai quelques-uns ou quelques-uns un peu plus tard, mais en général elle est là, la demande, elle est plutôt pour les plus jeunes que j’ai en général, ils sont en petite section maternelle”.*

E4 : *“Je crois que je suis à 80 % de TSA. Le reste ça va être des troubles Dys ou du TDAH”. “La tranche d’âge ça doit être trois ans à quarante-sept”.*

En effet, la population porte majoritairement sur les troubles des apprentissages et les troubles du neurodéveloppement. Puis, nous nous sommes intéressés aux représentations de chaque professionnel de santé.

6.1.2. Représentations du MCPO et de la CAA

Il m’a semblé primordial de demander aux interviewés quelles étaient leurs connaissances vis-à-vis du MCPO et de la CAA afin de pouvoir par la suite établir un lien avec mes recherches documentaires et leurs pratiques cliniques. Encore une fois, la définition de ces concepts s’est avérée homogène pour l’ensemble des ergothérapeutes. J’ai tout d’abord commencé à évoquer le concept de CAA.

Représentations de la CAA

E1 : *“Alors, comme tu n’as pas limité la CAA à la CAA robuste, c’est tout en fait, c’est*

autant les pictos, c'est le Makaton ou les 5 signes minimum de base qu'on a avec certains parents [...]. Et ça peut aller effectivement jusqu'à la tablette de communication avec un logiciel de CAA robuste et des catégories, des sous-catégorisations pour construire des phrases plus ou moins complexes par ordinateur”.

E2 : “Ça englobe tout ce qui est communication par pictogramme, ça englobe la communication par geste et ça englobe aussi tous les petits signes conventionnels du quotidien, par exemple quand on agite la main pour dire bonjour, quand on lève le pouce pour dire que c'est bien, et puis toute la partie expression faciale aussi donc c'est très large en fait, ce n'est pas juste mettre en place un pod ou mettre en place une tablette c'est tout ça”.

E3 : “J'ai fait deux ans en IME polyhandicap. La CAA était très très peu développée. Voire quasi pas développée Du coup je me suis retrouvée à m'occuper de 45 enfants non verbaux dont tout le monde s'occupait comme si c'était des objets comme d'autres quoi. [...]. Donc l'absence de communication, j'ai trouvé ça très, très complexe et très choquant et très déshumanisant”.

E4 : “Pour moi, c'est réussir à trouver quelle va être la communication dont l'enfant va pouvoir s'emparer [...]. Parce que si la tablette c'est trop compliqué, le PECS ça peut être compliqué, que ça soit du picto ou de la photo ou alors un tableau de TLA [...]. Moi j'ai quand même pas mal de patients qui ont une tablette comme mode de communication”.

Représentations du MCPO

E1 : “Alors j'avoue que ce n'est pas un modèle qu'on voyait à l'école, donc je ne le connais pas. J'en ai entendu parler, mais sans plus”.

E2 : “Le MCPO du coup l'idée c'est de mettre vraiment la personne au cœur du projet, de son projet et dans l'idée de venir soutenir les occupations dans sa vie quotidienne, c'est simplement ça”.

E3 : “C'est finalement l'évolution du MCRO”.

E4 : “Alors c'est sur la base du MCRO. En soi, ce n'est pas quelque chose que je

pratique en tant que tel, j'en ai déjà entendu parler”.

L'analyse des représentations de l'EO met en lumière une pluralité de conceptions, portant à la fois sur des facteurs interpersonnels et sur des éléments directement liés à l'activité elle-même. Les interviewés mettent en avant l'importance de l'autodétermination, définie comme la capacité à s'engager volontairement et activement dans une occupation signifiante. Cette capacité est associée à un désir intrinsèque de l'enfant de participer à une activité, plutôt qu'à une motivation extrinsèque (par exemple : « *je fais cette activité parce que maman considère que c'est important* »).

Il est alors essentiel de souligner la notion de sens. En effet, l'EO s'accroît lorsque l'activité est perçue comme signifiante pour l'enfant. Par ailleurs, plusieurs ergothérapeutes évoquent les conditions nécessaires à cet engagement : disponibilité attentionnelle, cognitive et sensorielle, ainsi que les ressources énergétiques mobilisées.

Ainsi, l'EO ne se limite pas à l'exécution d'une tâche, mais revêt une dimension holistique. Il comprend la manière dont l'activité est vécue par l'enfant, investie et maintenue dans le temps. Enfin, la motivation apparaît comme un facteur central de l'EO, bien qu'elle puisse également constituer un frein pour les enfants rencontrant déjà des difficultés à initier ou soutenir leur participation. Cela illustre la complexité du concept et introduit la question du lien entre EO et CAA, afin de comprendre dans quelle mesure celle-ci peut soutenir ou entraver l'engagement de l'enfant dans ses activités quotidiennes.

6.1.3. Accompagnement ou mise en place de CAA

Accompagnement ou mise en place de CAA

E1 : “Alors je suis actuellement en train de faire la mise en place et la demande MDPH pour du matériel pour un jeune de six ans et deux mois non-verbal et il y a eu un petit temps de latence parce que la maman nous en parle avec l'orthophoniste

depuis avril 2025”.

E2 : “Je mets en place de la CAA”.

E3 : “En tant qu'ergothérapeute, oui j'en mets en place”.

E4 : “J'accompagne plutôt l'enfant”.

La distinction entre accompagnement et mise en place de la CAA a été évoquée à plusieurs reprises au cours des entretiens. Si l'orthophoniste est majoritairement identifié comme le professionnel de référence dans la mise en place de la CAA, certains ergothérapeutes soulignent la place spécifique de l'ergothérapie dans ce processus. Ils revendiquent notre rôle, notamment dans l'adaptation des outils, leur intégration dans les AVQ de l'enfant et l'accompagnement quant à leur utilisation auprès des enfants et de leurs proches.

6.2. Freins de la mise en place de CAA

Ensuite, je me suis interrogée sur les freins liés à la mise en place de la CAA. Qu'est-ce qui pouvait entraver cet accompagnement ? Et finalement, quelles solutions possédons-nous pour limiter ces obstacles.

Freins et CAA

E1 : “Alors le frein c'est toujours cette représentation de l'outil en fait [...]. Il faut que la famille l'utilise donc il faut que la famille mette du sens dessus. Qu'elles comprennent qu'on n'est pas en train d'empêcher l'enfant d'apprendre à parler, mais on parle, on lui donne de la voix, on lui donne un moyen de communication qui va l'aider en fait à aller vers du langage parce qu'il va se rendre compte qu'il a une action sur le monde. Ça peut être très compliqué pour les parents de déconstruire l'idée qu'il faut absolument du langage pour communiquer [...]. Il n'y pas que les parents dans la boucle, quand les enfants sont scolarisés en école maternelle, il faut aussi sensibiliser, former l'équipe pédagogique pour que ce soit utilisé à l'école. Et ça, ça peut aussi être un frein, une limite avec des partenaires qui ne mettent pas de sens sur l'objet ou ont une mauvaise conception de l'intérêt de l'outil pour le

quotidien”.
E2 : <i>“Il y a les freins, on va dire propres à l'environnement, c'est-à-dire il y a les freins financiers, ça c'est une réalité malgré tous les soutiens qu'il peut y avoir pour certaines familles [...]. Il y a aussi un frein socio-culturel, socio-économique, même des familles qui ont peu de moyens, il faut avoir suffisamment un bon niveau de français enfin ce n'est pas toujours simple [...]. Ça demande beaucoup, beaucoup, beaucoup, de travail de venir former les équipes, revoir, remotiver les équipes enfin voilà ça demande quand même beaucoup, beaucoup de travail et le frein principal c'est que malheureusement l'éducation nationale ne forme pas suffisamment ses ASH voire pas du tout et que ça c'est vraiment une grosse limite [...]. Quand on a des enfants qui sont un peu à la limite, c'est-à-dire qui vont avoir on va dire une dizaine de mots et surtout quand ce sont des enfants qui ont fonctionné comme ça pendant des années, la limite je trouve c'est que pour les familles le coût bénéfice/risque d'utilisation d'un outil de CAA est pas toujours suffisamment intéressant et des fois on a des familles qui ont du mal à s'en saisir parce que bah ils me disent oui mais moi je comprends très bien mon enfant [...]. Ça demande du coup de faire beaucoup de guidance parentale”.</i>
E3 : <i>“Au niveau des institutions, ça dépendait déjà du niveau financier [...]. Ça dépendait aussi pas mal des responsables. Est-ce qu'ils connaissaient la CAA ? Est-ce que ça a de l'importance pour eux ? [...]. Il y a le manque de formation”.</i>
E4 : <i>”Je trouve que souvent les parents ont du mal à s'en emparer. C'est très lourd toutes ces histoires de picto, ils ont souvent du mal à comprendre comment eux ils vont pouvoir le mettre dans leur quotidien parce qu'eux ils comprennent leur enfant [...]. Ou ils ont du mal en fait à sortir la tablette [...]. C'est dur à ce que ça rentre vraiment dans la routine des parents [...]. J'ai quand même très peu d'enfants qui l'utilisent de manière automatique en fait. Et quand il me demande quelque chose, ils ne prennent pas directement la tablette pour faire leur demande. Souvent, ils vont d'abord essayer de pointer du doigt”.</i>

L'analyse des discours des ergothérapeutes interviewés met en évidence une multitude de freins à la mise en place de la CAA, qui s'inscrivent au sein de dimensions individuelles, familiales, institutionnelles et sociétales. Premièrement, les

représentations propres à l'outil constituent l'un des principaux obstacles. En effet, plusieurs ergothérapeutes soulignent la difficulté pour les parents et certains professionnels d'accéder à l'idée selon laquelle le langage oral n'est qu'un vecteur de communication parmi d'autres. De même, la CAA ne ferait que suppléer la communication verbale de l'enfant, sans pour autant la remplacer ni la retarder. Ces représentations limitent l'adhésion à la CAA, perçue à tort comme un frein au développement du langage oral plutôt que comme un facilitateur.

Par ailleurs, le manque de formation des professionnels, notamment au sein de l'Éducation nationale et des institutions, transparaît dans les entretiens. Il constitue une limite importante, devenant une source d'obstacles à la cohérence et à la continuité des soins et des pratiques. De plus, les interviewés évoquent des contraintes d'ordre socio-économique et culturel (difficultés financières, maîtrise de la langue française), pouvant compliquer l'accès et l'utilisation de la CAA.

En outre, la charge de travail induite par la mise en place et l'utilisation de la CAA, tant pour les familles que pour les professionnels, apparaît comme un frein important. Cela ne facilite pas son intégration dans les routines quotidiennes, ce qui participe à une moindre automatisation de son usage par l'enfant et son entourage.

Enfin, la perception du rapport coût/bénéfice de l'outil, notamment lorsque l'enfant dispose déjà de moyens de communication jugés suffisants (emploi d'une dizaine de mots), peut également constituer un frein. Les professionnels mettent ainsi en lumière la nécessité d'un accompagnement adapté de l'enfant et de son entourage, incluant formation et guidance parentale, afin de favoriser une meilleure compréhension de la CAA et de soutenir son intégration dans les différents contextes de vie.

6.3. Leviers de la mise en place de CAA

Pourtant, de nombreux leviers facilitent la mise en place de CAA.

Leviers et CAA
E1 : <i>“Le fait qu'il puisse actuellement demander des pauses, dire qu'il est fatigué</i>

alors qu'avant c'étaient plutôt des pleurs et des crises [...]. C'est aussi cette notion d'agir sur le monde en fait de se rendre compte qu'il n'est pas juste un être dans un monde qui est contrôlé et incompréhensible, mais qui peut avoir une action sur le monde, qu'il peut faire des demandes et avoir ce qu'il veut et être entendu. Donc ça c'est aussi ce qui va lui permettre de se construire aussi une identité à soi. C'est quelque chose de très important pour l'autodétermination”.

E2 : “J'ai des familles, voilà qui se forment, qui se renseignent, qui cherchent, qui sont toujours en quête de voilà, de faire mieux et ça c'est hyper motivant pour moi et puis pour leur enfant [...]. J'ai des gamins qui montrent à leurs parents “regarde tout ce que je sais faire”, “regarde tout ce que je sais dire”. Et du coup c'est hyper porteur pour les parents et même pour l'équipe [...]. Des enseignants et des enseignantes qui sont persuadés que c'est un beau projet [...]. Qui voient l'intérêt, la pertinence, ça marche bien et en fait les projets de CAA ils marchent que quand c'est comme ça”.

E3 : “C'est éventuellement se plonger dedans en institution, l'utiliser au maximum et montrer ce qu'on utilise, montrer ce qu'on fait pour attirer les collègues et attirer le regard des autres et les amener à avoir envie de faire pareil”.

E4 : “Elle est intéressante dans des contextes très précis. Pour faire des demandes à table lors de quelque chose de très routinier avec des choses qui reviennent très souvent et qui ont vraiment du sens [...]. Les fois où je les ai vues les mieux fonctionner, c'était à table. Parce que je pense que leur motivation est hyper présente”.

L'analyse des réponses des ergothérapeutes met en évidence de nombreux leviers favorisant l'utilisation de la CAA. L'ensemble des entretiens les relie à l'expérience vécue de l'enfant, de son entourage et de son environnement.

Premièrement, la CAA apparaît comme un outil permettant de remplacer les pleurs ou les crises, souvent liés à des demandes non comprises, par une communication plus adaptée. Cela favoriserait un sentiment d'efficacité et de pouvoir d'agir sur son environnement. Cette évolution contribue à la construction de l'identité de l'enfant ainsi qu'au développement de son autodétermination.

De plus, l'implication de l'entourage et des professionnels constitue un facteur déterminant dans la réussite de la mise en place de la CAA. L'investissement des parents, ainsi que la reconnaissance de l'intérêt et de la pertinence de l'outil, sont perçus comme particulièrement bénéfiques. Par ailleurs, la valorisation des nouvelles compétences acquises par l'enfant est également identifiée comme un élément facilitateur.

Enfin, l'intégration de la CAA dans des contextes écologiques, motivants (comme les repas) et bienveillants favorise son appropriation et son utilisation dans les AVQ. Le travail en pluridisciplinarité apparaît également comme central, tant pour l'information, la formation, la mise en œuvre que pour le suivi.

6.4. L'engagement occupationnel en lien avec l'utilisation de la CAA et du MCPO

Je me suis ensuite penchée sur les représentations des ergothérapeutes et de l'EO. Pour à termes, le mettre en lien avec les concepts de CAA et le MCPO.

<i>Représentations et engagement occupationnel</i>
<i>E1 : "C'est autant cette capacité en fait à avoir des choses qu'on aime faire et qu'on a envie de faire et qu'on doit faire que d'arriver à les faire et le faire, comment on le fait, à quelle quantité, avec quelle énergie, avec quels sens derrière".</i>
<i>E2 : "Le fait que la personne s'engage [...]. De façon active et volontaire dans ses occupations de vie quotidienne. Que ça vienne vraiment d'un désir qui n'est pas impulsé par quelqu'un d'autre, mais vraiment que ça vienne d'elle-même".</i>
<i>E3 : "La capacité à faire des activités plus ou moins qui ont du sens et plus ou moins en autonomie".</i>
<i>E4 : "Le fait de pouvoir être en capacité de rentrer dans une occupation quelle qu'elle soit en fait, c'est vraiment d'être disponible de manière attentionnelle, sensorielle, cognitive pour pouvoir faire l'activité qui est désirée soit par un tiers, soit parce que</i>

c'est une nécessité vitale. Dans l'engagement, il y a cette notion de motivation qui est le plus gros défi à trouver".

Les thèmes émergents portent notamment sur l'autodétermination, définie comme la capacité à faire ses propres choix et à prendre des décisions sans contraintes externes (Lachapelle et al., 2022). Ils mettent également en avant la notion de sens accordé à l'occupation, le désir de la réaliser, ainsi que la motivation et l'énergie qui y sont investies. Enfin, la question du lien entre engagement occupationnel (EO) et CAA a été explorée auprès des ergothérapeutes afin d'identifier dans quelle mesure cela est-il mobilisé en pratique.

EO et CAA

E1 : *"C'est un très fort impact dans l'engagement occupationnel des parents. [...]. Par rapport à (nom de l'enfant), au niveau de son engagement occupationnel, dans la communication, dans le sens où il va aller, il va faire des demandes avec d'autres personnes. [...]. C'est quelque chose qui est extrêmement coûteux pour lui".*

E2 : *"Bah évidemment, si on a de la CAA, on peut demander à l'enfant qu'est-ce qui le motive, qu'est-ce qui l'aide, qu'est-ce qui est important pour lui [...]. Et puis bah on sait lui donner son individualité donc c'est vraiment chouette en termes d'engagement occupationnel".*

E3 : *"Ça peut lui permettre de faire des demandes, de dire qu'il ne veut pas faire telle ou telle activité. Donc qu'il ne veuille pas s'engager dans certains trucs, c'est quand même de l'engagement de ne pas s'engager. On évite le désengagement occupationnel justement".*

E4 : *"Oui forcément indirectement, parce que s'il arrive à s'exprimer et à engager à dire "je veux ça, je veux ça, je veux ça" sans être frustré avant de commencer l'activité, forcément il sera dans de meilleures conditions pour faire l'activité".*

Les réponses des ergothérapeutes mettent en évidence un lien entre la CAA et la promotion de l'EO. En effet, la CAA apparaît comme un levier permettant de soutenir

l'expression des besoins, des désirs et des préférences de l'enfant, favorisant ainsi son autodétermination et son implication dans les AVQ.

Les ergothérapeutes soulignent qu'elle permet de « *donner une voix* » à l'enfant, lui offrant la possibilité d'initier des interactions, de formuler des demandes et d'exercer un pouvoir d'agir sur son environnement, notamment en exprimant un refus face à certaines activités. La possibilité de faire des choix participe ainsi à l'EO et limite les situations de désengagement subi.

De plus, la CAA contribuerait à réduire la frustration liée aux activités. Toutefois, le coût que représente sa mise en place pour l'enfant et sa famille vient nuancer ces bénéfices.

Enfin, bien que le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) ne soit pas explicitement utilisé par les professionnels interrogés, il semble constituer un cadre théorique pertinent pour soutenir l'EO.

Ainsi, l'analyse des représentations des ergothérapeutes et des liens établis entre EO et CAA met en lumière une certaine convergence. Ce qui permet d'apporter des éléments de réponse à une des questions de recherche.

Il apparaît pertinent de prendre du recul sur l'ensemble des données recueillies afin de les discuter. La partie suivante sera consacrée à la discussion, elle abordera la question de recherche, la validation ou invalidation des hypothèses, ainsi que les limites, biais, apports et projection professionnelle de ce travail de recherche.

7. Discussion

Je vais désormais réaliser un rappel de ma question de recherche. Ensuite, j'informerai ou confirmerai mes hypothèses de recherches, j'aborderai les biais et les limites que j'ai rencontrés au cours de mes travaux. Enfin, je ferai état des liens entre mes apports personnels ainsi que ma projection professionnelle.

Les résultats obtenus lors des entretiens démontrent que le point de vue des ergothérapeutes concernant les CAA, le MCPO et l'EO des enfants TSA non-verbaux

demeure homogène. La présence de thèmes et de concepts évoqués fait écho aux recherches que j'ai pu mener.

7.1. Rappel de la question de recherche

Pour rappel, ma question de recherche portait sur : « *En quoi l'ergothérapeute, à travers l'utilisation du MCPO et d'une CAA, peut-il promouvoir l'EO des enfants non verbaux de moins de six ans présentant un TSA ?* ».

7.2. Validation ou invalidation des hypothèses de recherche

Je vais réaliser brièvement un rappel de mes hypothèses de recherches. L'hypothèse une porte sur : *“La mise en place, par un ergothérapeute, d'une CAA favoriserait l'EO des enfants non verbaux présentant un TSA dans leur vie quotidienne”*. Ensuite, l'hypothèse deux de recherche portait sur : *“Une intervention ergothérapique fondée sur le MCPO favoriserait l'EO des enfants de moins de six ans présentant un TSA”*. Désormais, je vais confronter mes recherches empiriques à mes recherches littéraires et ainsi valider ou invalider ces deux hypothèses.

7.2.1. Hypothèse une

Mon hypothèse : *“La mise en place, par un ergothérapeute, d'une CAA favoriserait l'EO des enfants non verbaux présentant un TSA dans leur vie quotidienne”* se trouve être confirmée par les résultats de mes recherches empiriques.

Les quatre ergothérapeutes interviewés évoquent que la CAA fait la promotion de l'EO de l'enfant non-verbal ayant un TSA. Finalement, cet outil de communication leur permettrait de faire leurs propres choix et de réaliser des occupations qui ont du sens pour elles. Tout en refusant de s'adonner à des occupations qui n'en possèdent aucune. Bien que, conformément aux informations énoncées dans le cadre conceptuel, la communication non-verbale reste parfois délétère même avec une CAA, il accroîtrait leur autodétermination. En effet, cette donnée empirique fait écho aux travaux du Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations (CREAI) d'Occitanie. Ces derniers mettent en évidence que la CAA accroît l'autodétermination de la

personne quel que soit son degré de dépendance au sein des AVQ (L'autodétermination des Personnes En Situation de Handicap. État des Lieux et Mises En Œuvre Inspirantes - CREAL-ORS OCCITANIE, 2023.).

Cependant, l'ensemble des ergothérapeutes déclarent que les CAA sont très utiles dans des routines spécifiques. Bien que, l'automatisation des CAA dans toutes les AVQ n'est pas toujours réalisée. Les parents sont très largement évoqués dans les réponses des interviewés. En effet, la réussite de la mise en place de CAA dépend fortement des proches (parents, institutions, instituteurs...), comme le précise cette revue de 2022 sur les freins que comportent la CAA. Les auteurs précisent que le contexte familial, les facteurs socio-économiques ainsi que la représentation de l'outil par l'entourage sont un obstacle majeur dans la mise en place de CAA (Berenguer et al., 2022). C'est alors qu'est abordée la problématique du sens et du coût bénéfiques/risques. Le travail en pluridisciplinarité est maintes et maintes fois évoqué au cours des entretiens. Il est primordial que l'entourage de l'enfant mette du sens sur la CAA et qu'elle soit employée avec ses proches dans divers contextes sociaux (Berenguer et al., 2022). L'objectif d'une CAA est de permettre à l'enfant de communiquer autour de lui, que ce soit chez lui ou à l'extérieur. C'est ce pourquoi il est nécessaire d'étendre cet outil de communication au maximum afin de maintenir et de favoriser l'EO de l'enfant ayant un TSA. Car comme évoqué précédemment, la sphère communicationnelle (verbale, non-verbale et paraverbale) est impactée au cours de ce trouble. Il est de notre ressort de préserver cette sphère nécessaire à toutes les AVQ de l'enfant.

Ainsi, la première hypothèse se trouve être validée, bien qu'elle soit nuancée par l'ensemble des conditions nécessaires à sa mise en place. Notamment en ce qui concerne l'implication de l'entourage et son intégration dans les différents contextes et AVQ de l'enfant. Il convient désormais d'examiner la seconde hypothèse afin d'apporter des éléments de réponse à la seconde question de recherche en vue de confronter les données empiriques aux apports théoriques.

7.2.2. Hypothèse deux

Mon hypothèse : *“Une intervention ergothérapique fondée sur le MCPO favoriserait l’EO des enfants de moins de six ans présentant un TSA”* se trouve être infirmée par les résultats obtenus lors des entretiens.

En effet, les quatre ergothérapeutes interrogés révèlent que le MCPO est un modèle qui se trouve être très peu connu pour eux. Ils mettent en avant le fait que ce soit un modèle dont ils connaissent le sens et la logique, mais qu’ils n’en utilisent pas au sein de leurs pratiques professionnelles. Bien qu’ils reconnaissent l’importance de connaître les fondements de l’ergothérapie. Suite à la méconnaissance de l’utilisation de ce modèle auprès d’enfants ayant un TSA, je ne peux généraliser la seule réponse que j’ai pu obtenir sur le sujet. Une des personnes interviewées évoque le MCPO aide les ergothérapeutes indirectement dans le maintien de l’EO. Pour autant, cette seule réponse ne me permet pas de confirmer mon hypothèse.

Le MCPO se trouve être un modèle très récent datant de 2023 (Egan, M., et Restall, 2023), cela peut présenter un des éléments de réponse à la méconnaissance de celui-ci dans le domaine clinique. De plus, les ergothérapeutes évoquent ne pas employer de modèles quels qu’ils soient lors de leurs prises en soin. Tout en assurant leur utilité dans le domaine scolaire et celui de la recherche. Ces retours d’expériences font écho aux travaux de Mignet Gladys sur la difficulté des ergothérapeutes à utiliser les modèles conceptuels dans leurs pratiques cliniques, ce qui serait dû notamment à leur incompréhension des modèles (Mignet, 2025).

Ainsi, l’infirmation de cette seconde hypothèse met en évidence un écart entre les apports théoriques et les données empiriques. Cette dernière souligne la nécessité de confronter ces données aux limites et biais de la méthodologie de recherche.

7.3. Biais et limite de la recherche

7.3.1. Biais

La présence de biais méthodologiques apparaissant au cours de ma recherche est non négligeable. En effet, je n’ai réalisé que quatre entretiens auprès d’ergothérapeutes spécialisés dans une de mes deux hypothèses. C’est pour moi en

partie un biais à l'infirmité de ma seconde hypothèse. En accroissant le nombre d'interviewés, j'aurai peut-être pu approfondir certaines de mes questions. J'ai également interrogé des ergothérapeutes exerçant exclusivement en libéral, étendre ma population de recherche aux structures aurait pu éviter ce biais.

De plus, la communication non-verbale et paraverbale sont des facteurs essentiels à la communication. Cependant, j'ai dû effectuer l'ensemble de mes entretiens par des entretiens téléphoniques car j'ai rencontré des contraintes géographiques.

Ensuite, une des ergothérapeutes a eu accès au visuel du modèle étudié et a pu plus facilement répondre à mes interrogations, ce qui a pu comporter un biais. En effet, les autres interviewés n'avaient pas accès au MCPO au moment de l'entretien.

De plus, au cours d'une étude de recherche, il existe toujours un biais de subjectivité que je me dois de prendre en compte.

Enfin, certaines de mes questions n'ont pas été formulées ou placées dans le même ordre, ce qui a pu constituer un fort biais dans les réponses apportées par les professionnelles de santé interrogées. De plus, selon les entretiens, certaines questions ont pu être reformulées ou ajoutées selon le contexte. C'est alors que certains ergothérapeutes ont pu aborder d'autres concepts qui n'ont pas été évoqués avec les autres interviewés. Ce qui a pu influencer à termes les résultats obtenus.

7.3.2. Limites

Certaines limites ont pu être perçues au sein de mon étude. Tout d'abord, le temps imparti a restreint l'ampleur de mon enquête expérimentale, tant dans le nombre d'entretiens réalisés que dans le choix des thématiques abordées. Certains thèmes auraient pu être approfondis (champ d'action de l'ergothérapeute, mise en place de la CAA...), ce qui aurait contribué à son enrichissement.

Par ailleurs, j'ai rencontré des difficultés de recrutement, notamment pour interroger des ergothérapeutes spécialisés dans le TSA qui sont formés au MCPO. De plus, aucun n'était formé au MCPO.

Malgré l'envoi de plus de 300 mails et, le nombre de réponses obtenues est resté limité à six ergothérapeutes et deux n'ont jamais donné suite à leurs réponses. Ce qui constitue une limite majeure à la validation de mes hypothèses. Ce faible effectif entraîne la constitution d'un échantillon non représentatif de la population des ergothérapeutes de France. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

Enfin, les réponses recueillies lors des entretiens dépendent fortement du contexte des patients accueillis, notamment les environnements familiaux et institutionnels des enfants accompagnés. Ce qui influence les pratiques professionnelles et les représentations de chaque ergothérapeute interrogé. Cette limite impacte fortement la validation de mes hypothèses.

7.4. Apports personnels et projection professionnelle

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche a été une expérience particulièrement enrichissante pour moi, tant sur le plan personnel que professionnel. Elle s'inscrit pleinement dans mon projet professionnel concernant mon installation en libéral, avec une orientation plus spécifique vers la pédiatrie et la CAA. Ce travail de recherche m'a permis d'approfondir les thématiques de la CAA et de l'EO qui sont chères à l'idée que je me fais de ma future pratique en ergothérapie.

Cette étude a également contribué au développement de mes compétences méthodologiques, notamment en termes de conduite d'entretiens et d'analyse qualitative de données. De plus, ce projet a renforcé mes connaissances théoriques et m'a fait réaliser le lien entre modèles conceptuels et pratiques cliniques.

Par ailleurs, ce mémoire ouvre une multitude de perspectives de réflexions et d'approfondissements. En effet, à mon sens, il serait intéressant d'élargir cette analyse en s'appuyant sur des modèles conceptuels davantage employés sur le terrain, tels que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). De même, une approche centrée sur une occupation spécifique, comme la scolarité, pourrait permettre à cette étude d'explorer plus particulièrement le lien entre CAA et EO dans un contexte précis.

Conclusion

Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis d'explorer le rôle de l'ergothérapeute en lien avec ma question de recherche : « *En quoi l'ergothérapeute, à travers l'utilisation du MCPO et d'une CAA, peut-il promouvoir l'EO des enfants non verbaux de moins de six ans présentant un trouble du spectre de l'autisme ?* ».

Les résultats mettent en évidence que la première hypothèse "*La mise en place, par un ergothérapeute, d'une CAA favoriserait l'EO des enfants non verbaux présentant un TSA dans leur vie quotidienne*" se trouve être confirmée par les résultats de mes recherches empiriques. En effet, la CAA représente un levier non négligeable dans l'accroissement de l'EO. Tout ceci en permettant à l'enfant ayant un TSA d'exprimer ses besoins, ses désirs et ses refus. Ce qui vient favoriser son autodétermination. Cependant, son efficacité dépend principalement de l'implication de l'entourage, de son intégration dans l'environnement et dans les AVQ ainsi que les représentations associées à cet outil. À l'inverse, la seconde hypothèse de recherche "*Une intervention ergothérapique fondée sur le MCPO favoriserait l'EO des enfants de moins de six ans présentant un TSA*" n'a pas pu être confirmée dans ce travail de recherche. En effet, les professionnels interrogés déclarent ne pas être formés ni employer ce modèle au sein de leurs pratiques cliniques, bien que l'un des ergothérapeutes évoque percevoir l'intérêt de l'utilisation du modèle dans cet objectif. Ce qui met en lumière un écart entre les apports théoriques et leur utilisation en pratique clinique.

Ainsi, la réponse à la question de recherche est nuancée. L'ergothérapeute peut favoriser l'EO des enfants non verbaux avec TSA, notamment grâce à la mise en place de la CAA, tandis que l'utilisation du MCPO reste encore trop peu développée dans la pratique clinique et ne permet pas d'étendre les résultats. En ce qui concerne l'âge des patients auprès duquel l'ergothérapeute possède un impact sur l'engagement occupationnel, il est bien plus large que l'âge de six ans prédéfinis au sein de ma question de recherche.

Néanmoins, ce travail présente des biais et des limites liés à la taille de l'échantillon, aux modalités de recueil des données et à la pluralité des pratiques professionnelles.

Enfin, ce travail de recherche ouvre des perspectives quant à l'utilisation de modèles conceptuels plus couramment utilisés en ergothérapie ou en explorant la CAA dans une occupation plus spécifique.

Bibliographie

Ouvrages

Baggio, S. (2011). Chapitre 4 : La communication. Dans *Psychologie sociale* (p. 67-83). De Boeck. <https://shs.cairn.info/psychologie-sociale--9782804164010-page-67?lang=fr&tab=resume>

Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N. & Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans J.-M. Caire & A. Schabaille (Dir.), *Engagement, occupation et santé* (p. 47-57). ANFE.

<https://arodes.hes-so.ch/record/3054>

Ouss-Ryngaert, L., Clet-Bieth, E., Dujardin, P., Lefèvre, M., Perisse, D. (2008). *L'enfant autiste. Guides Pratiques de l'Aidant*. John Libbey Eurotext.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 2. Les processus de la pensée qualitative. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 37-72). Armand Colin <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-37?lang=fr>.

Polatajko, H.J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., et al. (2007). *Human Occupation In context*. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Édit.), *Enabling occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE.

Prelock, P.A. (2021). Chapter 7. Autism Spectrum Disorders. Dans The Handbook of Language and Speech Disorders. Eds J.S. Damico, N. Müller and M.J. Ball. <https://doi.org/10.1002/9781119606987.ch7>

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales (5e édition entièrement revue et augmentée). (p. 201-262). Dunod.

Articles de revue

Adams, D. (2022). 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, 3353-3365. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05211-5>

Aiguillon-Hernandez, N. (2023). Les émotions dans le trouble du spectre de l'autisme. *La Lettre des Neurosciences*, n°65, 51-53.

Bearer, C., Abman, S. H., Agostoni, C., Ballard, P., Bliss, J., De Boode, W. P., Canpolat, F. E., Chalak, L., Cilio, M. R., Dammann, O., Davis, J., El-Metwally, D., Ferriero, D., Ford, S., Fuentes-Afflick, E., Gano, D., Giussani, D., Gonzalez, F., Gunn, A., Zupancic, J. (2024). Asperger's syndrome – about time to rename it ? *Pediatric Research*, 95(3), 582-584. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02885-8>

Bellagamba, D., Sohier, A. (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), 152-156.
<https://www.rfre.org/article/view/4974/4428>

Berenguer, C., Martínez, E. R., De Stasio, S., & Baixauli, I. (2022). Parents' Perceptions and Experiences with Their Children's Use of Augmentative/Alternative Communication : A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(13), 8091, 3-17.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19138091>

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. *LME*, 43. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf

Friedman, L., & Sterling, A. (2019). A Review of Language, Executive Function, and Intervention in Autism Spectrum Disorder. *Seminars In Speech And Language*, 40(4), 291-304.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1692964>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Kamoruddin, N. S., & Sudin, N. (2024). Picture Exchange Communication System (PECS) Malay Application for Global Development Delay (GDD) and Autisme Spectrum Delay (ASD) Kids. *Evolution in Electrical and Electronic Engineering*, 5(1), 310-316.

<https://penerbit.uthm.edu.my/periodicals/index.php/eeee/article/view/13302>

Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H. et Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>.

Logrieco, M. G., Annechini, E., Casula, L., Guerrera, S., Fasolo, M., Vicari, S., & Valeri, G. (2024). Nonverbal Skills Evolution in Children with Autism Spectrum Disorder One Year Post-Diagnosis. Children, 11(12), 1520. <https://doi.org/10.3390/children11121520>

Madsen, J., & Josephsson, S. (2017). Engagement in occupation as an inquiring process : Exploring the situatedness of occupation. Journal Of Occupational Science, 24(4), 412-424.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1308266>

Mignet, G., (2025, 2 décembre). *Le Modèle de l'Occupation Humaine : s'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques*. ErgOTHérapies.

<https://revue.anfe.fr/2016/07/30/le-modele-de-loccupation-humaine-sappropriier-les-concepts-theoriques-grace-aux-experiences-cliniques/>

Nakai, Y., Takashima, R., Takiguchi, T., & Takada, S. (2014). Speech intonation in children with autism spectrum disorder. Brain And Development, 36(6), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2013.07.006>

Pangrani, F., & Picard, L. (2022). Optimisation du parcours scolaire d'un enfant avec autisme dans le cadre de l'école inclusive. *Perfectionnement En Pédiatrie*, 5(1), 32-38.

<https://doi.org/10.1016/j.perped.2022.01.009>

Pedinielli, J.-L. (2019). L'alexithymie : psychologie clinique et neurosciences. *Psychologues et Psychologies*, 260, 10-17.

<https://shs.cairn.info/revue-psychologues-et-psychologies-2019-1-page-010?lang=fr&tab=texte-integral>

Perrault, A., Chaby, L., Bigouret, F., Oppetit, A., Cohen, D., Plaza, M. et Xavier, J. (2019). Comprehension of conventional gestures in typical children, children with autism spectrum disorders and children with language disorders. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.03.002> .

Polatajko, H. J., et Davis, J. A. (2012). L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation : interpréter la rhétorique / Advancing occupation-based practice: Interpreting the rhetoric. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, 259-263.

<https://doi.org/10.2182/CJOT.2012.79.5.1>

Putigny-Ravet, L. et Golder, É.-M. (2016). Brève histoire d'un terme surfait. *Journal français de psychiatrie*, 44(2), 37-46.

<https://doi.org/10.3917/jfp.044.0037>.

de Sardan, J.-P. O. (2000). Le "je" méthodologique: Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417-445.

<https://doi.org/10.2307/3322540>

Sellès, H., Malen, J.-P., Courty, S. Et Mélan, C. (2017). Diversité des effets de l'entraînement aux habiletés sociales sur la reconnaissance des émotions chez les enfants atteints de TSA. *Enfance*, 4, 599-605.

<https://doi.org/10.3917/enf1.174.0599>

Simpson, K., Keen, D., Adams, D., Alston- Knox, C., & Roberts, J. (2018). 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>

Song, Y., Zhong, J., Jia, Z., & Liang, D. (2020). Emotional prosody recognition in children with high-functioning autism under the influence of emotional intensity : Based on the perspective of emotional dimension theory. *Journal of communication disorders*, 88, 106032.

<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106032>

Stuart, N., Whitehouse, A., Palermo, R., Bothe, E., & Badcock, N. (2023). Eye Gaze in Autism Spectrum Disorder: A Review of Neural Evidence for the Eye Avoidance Hypothesis. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(5), 1884–1905. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05443-z>

Turcotte, P. L., & Holmes, D. (2023). From domestication to imperial patronage: Deconstructing the biomedicalisation of occupational therapy. *Health (London, England : 1997)*, 27(5), 719–737.

<https://doi.org/10.1177/13634593211067891>

Zwaigenbaum, L. & Penner, M. (2018). Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ*, 361, k1674.
<https://doi.org/10.1136/bmj.k1674>

Autres références

AAD Makaton. (s. d.). Le programme Makaton. Association Avenir Dysphasie. Consulté le 14/01/2025 à l'adresse :

<https://www.makaton.fr/decouvrir-le-makaton>

ANFE. (2026, 6 mars). *Qu'est ce que l'ergothérapie - ANFE.*

<https://anfe.fr/qu-est-ce-que-l-ergotherapie/#:~:text=L'ergoth%C3%A9rapeute%20participe%20aux%20actions,%2C%20sensoriel%20et%2Fou%20psychologique.>

Autisme France. (s. d.-a). Consulté le 22/11/2024 à l'adresse : <https://www.autisme-france.fr/>

Autisme France. (2021-b). Qu'est-ce que l'autisme ? <https://www.autisme-france.fr/quest-ce-que-lautisme>

L'autodétermination des personnes en situation de handicap. État des lieux et mises en œuvre inspirantes - CREA-ORS OCCITANIE. (2023). CREA-ORS OCCITANIE, 38-39.

https://creaiors-occitanie.fr/revues_litterature/lautodetermination-des-personnes-en-situation-de-handicap-etat-des-lieux-et-mises-en-oeuvre-inspirantes/

CAA. (s. d.). Mon Parcours Handicap.

[https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/caa#:~:text=La%20communication%20alternative%20et%20am%C3%A9lior%C3%A9e%20\(CAA\)%20regroupe%20l'ensemble,autres%20que%20le%20langage%20oral.](https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/caa#:~:text=La%20communication%20alternative%20et%20am%C3%A9lior%C3%A9e%20(CAA)%20regroupe%20l'ensemble,autres%20que%20le%20langage%20oral.)

Carmignani, P. (2017). Initiation à la Recherche. Doctorat. UPVD - Perpignan, France. <https://hal.science/ceI-01767889v1>

Chapon, P. (2025, août 4). Quand la parole devient un droit : la CAA enfin reconnue comme droit opposable - Adapeila. Wordpress de dev. Consulté le 02/05/2026 à l'adresse : <https://adapeila.fr/quand-la-parole-devient-un-droit-la-caa-enfin-reconnue-comme-droit-opposable/#:~:text=Le%20d%C3%A9cret%20du%2030%20juin,%2C%20plus%20juste%2C%20plus%20humaine>

Ciulla Rodolphe. (s. d.) Définition de l'autisme. Ministère de la santé. Consulté le 05/05/2026 à l'adresse : <https://geo.dailymotion.com/player.html?video=k1xXw1dkuAb5ugkTUEZ>

CNRS. (2025). Un fil rouge entre stress et anxiété : la voie VTA-amygdale. CNRS Biologie. Consulté le 03/02/2026 à l'adresse : <https://www.insb.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/un-fil-rouge-entre-stress-et-anxiete-la-voie-vta-amygda>

Comprendre l'autisme. (s. d.). La communication et les interactions sociales. Consulté le 15/02/2025 à l'adresse :

<https://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/la-communication-et-les-interactions-sociales/>

Drees. (2020). La démographie des professionnels de santé. Statistique publique de la santé et des solidarités. Consulté le 19/12/2024 à l'adresse : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Egan, M., et Restall, G. (2023). Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO). Webinaire offert par l'Association canadienne des ergothérapeutes. https://caot.ca/uploaded/web/education/2022_2023/Webinars/Egan_Restall_2022_Webinars/Webinaire1_MCPO_Document.pdf

Epsilon Melia. (2025). La Communication Alternative et Améliorée (CAA) : le guide complet pour comprendre et agir. Consulté le 20/01/2025 à l'adresse : <https://www.epsilonmelia.com/ressources-pedagogiques/communication-alternative-amelioree/>

Ergotherapeutes. (2023). Autisme : la rééducation par un ergothérapeute. Ergotherapeutes.net. Consulté le 13/02/2025 à l'adresse : <https://www.ergotherapeutes.net/autisme/>

Gallian, F., Damon, F., Pinoit, J.-M., Baudouin, J.-Y. (2024). Marqueurs cérébraux de la reconnaissance des émotions dans les troubles du spectre de l'autisme. Colloque National du GNCRA, Juin 2024, Rouen, France. <https://hal.univ-lyon2.fr/hal-04818036v1>

Garceau-Tremblay, Z., Laforest-Tanguay, É., Evelina Pituch, & Thériault, J. (2011). Engagement occupationnel. IHMC.

<https://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1K34CQJZ3-GNWRHL-14GC/Engagement%20occupationnel.pdf>

Handicap.gouv.fr. (2017). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, 20 ans après. Consulté le 08/02/2025 à l'adresse : <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

HAS. (2011). Autisme et autres TED diagnostic et évaluation chez l'adulte. Haute Autorité de Santé. Consulté le 04/02/2026 à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1102317/fr/autisme-et-autres-ted-diagnostic-et-evaluation-chez-l-adulte

Inserm. (2024). Autisme. Inserm, La science pour la santé. Consulté le 13/11/2024 à l'adresse : <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

Mathilde. (2018, 17 mars). *OUTIL ROBUSTE vs de BASE CAA - Caapables*.

Caapables. Consulté le 01/05/2026 à l'adresse :

<https://caapables.fr/ressources/outil-robuste-vs-de-base-caa/>

Mon Parcours Handicap. (s. d.). CAA : Communication alternative et améliorée. Consulté le 20/01/2025 à l'adresse : <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/caa>

OEQ. (s. d.). Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Ordre des ergothérapeutes du Québec.
Consulté le 17/02/2025 à l'adresse :
<https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>









Pluye, P. (2023). Les méthodes mixtes. LIEPP Fiche méthodologique n°19, 2023.
<https://sciencespo.hal.science/hal-04107332v1>

Sulkes, S. B. (2025, 9 avril). *Troubles du spectre autistique*. Édition Professionnelle
du Manuel MSD.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-du-d%C3%A9veloppement-et-des-apprentissages/troubles-du-spectre-autistique>

Annexes

ANNEXE I : MÉTHODE MAKATON.....	1
ANNEXE II : MÉTHODE PECS.....	2
ANNEXE III : ADOS-2.....	3
ANNEXE IV : CARS-2.....	4
ANNEXE V : SCQ.....	6
ANNEXE VI : ADI-R.....	7
ANNEXE VII : MCREO.....	8
ANNEXE VIII : MCRO.....	9
ANNEXE IX : MCPO.....	13
ANNEXE X : AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	14
ANNEXE XI : GUIDE D'ENTRETIEN.....	15
ANNEXE XII : TABLEAU D'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	17
ANNEXE XIII : CARTE MENTALE.....	18
ANNEXE XIV : RÉTROPLANNING SUR LE SITE MONDAY.COM EN VERSION EXCEL.....	19
ANNEXE XV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	20
ANNEXE XVI : LOI JARDÉ.....	21
ANNEXE XVII : VERBATIM DE L'ENTRETIEN N°1.....	22
ANNEXE XVIII : DÉTERMINANTS DU MCPO.....	29

ANNEXE I. MÉTHODE MAKATON.

gâteau		 <p>Gâteau, biscuit</p>
dormir		 <p>Dormir</p>
bonjour		 <p>Bonjour</p>
encore		 <p>Encore</p>

ANNEXE II. MÉTHODE PECS.



ADOS-2 Module 4

Langage Fluide

Adolescent/Adulte

Observations/Cotations

1. Tâche de Construction*
2. Raconter une Histoire à Partir d'un Livre
3. Description d'une Image*
4. Conversation et Communication d'Informations
5. Emploi ou Etudes actuels*
6. Difficultés et Problèmes Sociaux
7. Emotions
8. Tâche de Démonstration
9. Dessins Humoristiques*
10. Pause
11. Vie Quotidienne*
12. Amis, Relations et Mariage
13. Solitude
14. Projets et Rêves
15. Créer une Histoire

A. Langage et Communication

Sauf indication contraire, cotez en fonction des attentes relatives à l'âge chronologique et non par rapport au niveau de développement ou par rapport à l'estimation des capacités d'expression verbale.

A1. Niveau Général de Langage non-Echolalique

La cotation de cet item doit refléter la majorité des énoncés du participant, pas seulement les meilleurs. Dans le cadre de l'ADOS-2, une phrase complexe est définie comme un énoncé de deux propositions ou plus. Par exemple, «Je ne suis pas allé(e) au zoo parce qu'il pleuvait» ou «Je pense que les guêpes sont vraiment effrayantes» correspondent à des phrases complexes. En revanche, «J'ai deux sœurs et un frère» ne devra pas être considéré comme une phrase complexe.

- | | |
|--|--|
| | 0 = Utilise des phrases d'une manière plutôt correcte (doit utiliser des phrases complexes). |
| | 1 = Certaines déclarations sont relativement complexes (énoncés occasionnels, composés de deux propositions ou plus), mais avec des erreurs grammaticales récurrentes qui ne sont pas associées à l'utilisation d'un dialecte. |
| | 2 = Le discours non-écholalique est surtout constitué d'énoncés avec au moins trois mots, mais sans langage complexe comme décrit ci-dessus. |
| | 3 = Le langage non-écholalique est généralement constitué de phrases simples. |

A2. Anomalies du Langage Associées à l'Autisme (Intonation/Volume/Rythme/Débit)

Cet item se focalise sur les anomalies du langage spécifiques à l'autisme. En raison de la variabilité au sein du spectre autistique, doivent être cotés 1 les structures de langage, l'intonation, le volume, le rythme ou le débit (et non l'articulation) qui sont inhabituels, mais pas caractéristiques de l'autisme de manière évidente. Cotez cet item par rapport au niveau d'expression verbale du participant.

- | | |
|--|--|
| | 0 = Intonation variant de manière appropriée, volume correct et débit de langage normal avec un rythme régulier, coordonné à la respiration. |
| | 1 = Peu de variation dans la hauteur et dans le ton; intonation plutôt monocorde ou exagérée, mais pas particulièrement bizarre OU volume légèrement inhabituel, ET/OU langage qui a tendance à être légèrement et inhabituellement ralenti, accéléré ou saccadé. |
| | 2 = Langage qui est clairement anormal pour N'IMPORTE LAQUELLE des raisons suivantes: lent et hésitant, inadapté concernant la rapidité; saccadé et irrégulier dans le rythme (sans qu'il s'agisse d'un bégaiement ordinaire), ce qui entraîne une interférence au niveau de l'intelligibilité; intonation étrange ou hauteur et accentuation inappropriées; |

ANNEXE IV. CARS-2.

3- Réponse émotionnelle

- 1- **Réponse émotionnelle appropriée à l'âge et la situation** : l'enfant montre un type et un degré de réponse émotionnelle appropriée, comme l'indique le changement des expressions faciales, de la posture.

1,5

- 2- **Réponses émotionnelles légèrement anormales** : l'enfant affiche un type ou un degré de réactions émotionnelles quelque peu inappropriés. Ces réactions ont parfois peu de lien avec les objets ou événements de l'environnement.

2,5

- 3- **Réponses émotionnelles moyennement anormales** : l'enfant montre des signes évidents de réactions émotionnelles inappropriées dans le type ou le degré. Ces réactions peuvent être assez inhibées ou excessives et sans relation avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire ou être sidéré, sans émotion lorsqu'on lui présente un objet ou lorsqu'un événement se produit.

3,5

- 4- **Réponses émotionnelles sévèrement anormales** : les réponses sont rarement appropriées à la situation, une fois que l'enfant est inscrit dans un état d'esprit spécifique, il est difficile de le faire changer. à l'inverse, l'enfant peut exprimer des émotions très différentes alors que rien n'a changé.

11- Communication verbale

- 1- **Communication verbale appropriée à l'âge et la situation.**

1,5

- 2- **Communication verbale légèrement inappropriée** : Les échanges conversationnels sont plus limités comparativement à sa tranche d'âge. La plupart du discours a un sens. Cependant quelques écholalies ou des inversions pronominales peuvent apparaître. Quelques mots spécifiques ou jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

2,5

- 3- **Communication verbale moyennement inappropriée** : le langage est absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de discours signifiant et de langage particulier comme le jargon, l'écholalie ou l'inversion pronominale. Les particularités de discours incluent des questionnements ou préoccupations excessifs sur des sujets spécifiques.

3,5

- 4- **Communication verbale sévèrement anormale** : la communication verbale n'est pas utilisée. L'enfant peut émettre des cris infantiles, des sons étranges et proches de cris d'animaux, ou de bruits complexes qui se rapprochent du langage.

Observations :

.....
.....

12- Communication non verbale

1- **Communication non verbal appropriée à l'âge et la situation.**

1,5

2- **Communication non verbale légèrement inappropriée:** la communication non verbale est utilisée de manière immature: **l'enfant** pointe peu ou vaguement dans une situation où un enfant du même âge utiliserait le pointage ou le geste pour indiquer ce qu'il veut.

2,5

3- **Communication non verbale moyennement inappropriée :** **l'enfant ne** peut pas exprimer un besoin ou désir par une communication infraverbale et ne comprend pas l'expression non verbale des autres

4,5

4- **Communication non verbale sévèrement:** **L'enfant utilise seulement** des gestes particuliers sans valeur de communication **et n'a pas** conscience du sens des gestes et expressions faciales **d'autrui.**

Observations :

.....
.....
.....

ANNEXE V. SCQ.

Social Communication Questionnaire (SCQ) – Current PC Answer Sheet

Michael Rutter, M.D., F.R.S., Anthony Bailey, M.D., Sibel Kazak
Berument, Ph.D., Catherine Lord, Ph.D., and Andrew Pickles, Ph.D.

Name of Subject: _____ D.O.B. _____ Interview Date _____ Age: .

Gender: F M Name of Respondent: _____ Relation to Subject: .

Directions: Thank you for taking the time to complete this questionnaire. Please answer each question by selecting *yes* or *no*. A few questions ask about several related types of behavior; please select *yes* if *any* of these behaviors were present during the past 3 months. Although you may be uncertain about whether some behaviors were present or not, please answer *yes* or *no* to every question on the basis of what you think. (4 ans ou plus)

- 1) Is she/he now able to talk using short phrases or sentences? If *no*, skip to question 8
- 2) Avez-vous une "conversation" en aller-retour avec elle/lui qui implique de prendre des tours ou de développer ce que vous avez dit ? (converser de manière fluide, développer ses réponses, poursuivre spontanément l'échange)

*Est que les conversations ont tendance à être centrées sur les intérêts du patient ?
le patient a des difficultés à avoir accès à l'implicite et au langage figuré (exp tete dur, je
parle avec le mur) ?*

- 3) Est-ce qu'elle/lui utilise parfois des phrases étranges ou répète souvent la même chose de manière presque identique (soit des expressions qu'elle/lui entend d'autres personnes, soit celles qu'elle/lui invente) ?
 - 4) Est-ce qu'elle/lui utilise parfois des questions ou des déclarations socialement
-

ADI-R

Nom de l'enfant évalué : Date de naissance (âge) :

Nom des parents ou du tuteur :

APPARITION DES SYMPTÔMES (2)

Quel âge avait votre enfant quand vous vous êtes demandé pour la première fois s'il pouvait y avoir quelque chose de pas tout à fait normal dans son développement ?

991. Les parents n'étaient pas inquiets bien que l'enfant ait été adressé à une consultation par des professionnels.

992. Les parents étaient inquiets depuis la naissance (ex. si le bébé était prématuré ou très malade à la naissance).

996. Ne se souviennent pas mais avant 3 ans.

997. Ne se souviennent pas mais à 3 ans ou après.

998. Non applicable.

999. Information inconnue.

Réponse : mois OU l'une des réponses ci-dessus :
