

Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation Formation
en Ergothérapie

Maëva PERON-NOËL

UE 6.5 S6 : Evaluation de la
pratique professionnelle et
recherche.

Mémoire d'initiation à la
recherche.

Parentalités en situations vulnérables :

**Accompagner la transition occupationnelle et la capacité d'agir
en ergothérapie**

Sous la direction de Madame Catheline BLANC, directrice de
mémoire et Madame Jeanne BESSON, référente professionnelle.

Remerciements

Cette initiation à la recherche n'aurait pu être possible sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes pour lesquelles je ressens une profonde gratitude. Je souhaite leur adresser mes remerciements.

Dans un premier temps, je remercie ma directrice de mémoire, Madame Catheline BLANC, pour son accompagnement, son écoute, sa disponibilité et ses conseils constructifs tout au long de ce mémoire. Sa bienveillance, son écoute et son soutien m'ont aidé à garder le cap et ont contribué à « *me laisser porter par la recherche* ».

Je remercie également ma référente professionnelle, Madame Jeanne BESSON, pour ses éclairages, son regard clinique et son soutien sans faille. Son enthousiasme, son accompagnement et la richesse de nos échanges ont porté ma motivation.

Mille mercis à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de mon suivi durant ces années de formation. Evoluer et m'engager au sein de cette école m'a profondément transformée et fait éclore des projets porteurs de sens.

À Madame Géraldine DESPRES, ma référente pédagogique, un grand merci pour son écoute, sa bienveillance et son accompagnement engagé et profondément humain durant ce parcours à l'école, en stage et sur le plan personnel.

À Madame Anaïs GIRAUDIER, j'adresse également des remerciements pour son humour, ses conseils et sa proximité authentique tout au long de cette formation ainsi qu'à Monsieur Julien PAVE, pour sa finesse d'analyse, sa bonne humeur et sa bienveillance.

Je tiens à remercier Madame Sihame TAGUEMOUNT pour son engagement, ses conseils et sa patience quant au suivi des formalités administratives liées à la formation et aux stages.

Je souhaite exprimer ma gratitude à tous les participants directs ou indirects à l'élaboration de ce mémoire pour leurs recommandations, leurs perspectives et leurs relectures.

Je pense particulièrement à mes tuteurs et tutrices de stage et leurs collaborateurs, qui ont participé à la construction de mon identité professionnelle et m'ont permis d'avoir des expériences riches. Je garderai en moi les échanges qui ont nourri mes réflexions, leur professionnalisme inspirant, leur confiance et les souvenirs mémorables.

Il en va de même pour Laure, Agnès, Blandine, Nissa, Syriane et Maël, mes amies de promotion qui ont partagés avec moi cette aventure dans ce parcours d'étude, et auprès de qui j'ai trouvé une solidarité infaillible, une écoute précieuse, et des moments de complicité. À mes amis, ils se reconnaîtront, merci pour leurs encouragements, leur gaieté et leurs conseils qui m'ont aidé à développer mes idées et à les concrétiser.

Je termine en adressant un profond remerciement à ma famille : ma mère et mon beau-père, Hélène et Emmanuel, à mes frères et sœurs, Romane, Pierre-Luc, Marc-André, Josée, à mon compagnon, Mathieu. Ils m'ont épaulé et ils ont cru en moi. Je suis immensément reconnaissante pour leur amour, leur patience et la qualité de leur présence durant ces trois années charnières à bien des égards.

Table des matières

1.	Introduction.....	1
1.1	Contexte	1
1.2	Thème général.....	2
1.2.1	Champs disciplinaires	2
1.2.2	Explicitations terminologiques	3
1.3	Résonance du thème	4
1.4	Enquête exploratoire	6
1.4.1	Objectifs généraux et spécifiques	6
1.4.2	Typologie de l'enquête	6
1.4.3	Population ciblée.....	7
1.4.4	Sites d'exploration	7
1.4.5	Choix de l'outil de recueil de données.....	7
1.4.6	Dispositions éthique, légale et réglementaire	8
1.4.7	Construction de l'outil de recueil de données.....	9
1.4.8	Choix des outils d'analyse des données.....	10
1.4.9	Test de faisabilité et validité du dispositif d'enquête exploratoire	10
1.4.10	Déroulement de l'enquête	10
1.4.11	Résultats.....	11
1.4.12	Analyse critique de l'enquête	13
1.5	Problématisation pratique	14
1.6	La revue de littérature	15
1.6.1	La méthodologie de la revue de littérature	15
1.6.2	L'analyse critique de la revue de littérature.....	18
1.6.3	Analyse critique du dispositif méthodologique	23
1.6.4	Problématisation pratique	24
1.7	La question initiale de recherche	25

1.8	Le cadre de référence	26
1.8.1	La transition occupationnelle	26
1.8.2	La capacité d’agir.....	33
1.8.3	La vulnérabilité	36
1.9	Problématisation théorique	39
1.10	Recontextualisation.....	41
2	Matériel et méthode	42
2.1	Le choix de la méthode de la recherche.....	42
2.2	La population cible	43
2.3	Les sites d’exploration	43
2.4	Le cadre réglementaire, législatif et les dispositions éthiques.....	44
2.5	Le choix argumenté de l’outil théorisé de recueil de données.....	44
2.6	L’anticipation de biais	46
2.7	La construction de l’outil théorisé de recueil de données.....	47
2.8	Le choix des outils de traitement et d’analyse des données	47
2.9	Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche	48
2.10	Le déroulement de l’enquête.....	48
3	Les résultats	49
3.1	Analyse des données descriptives.....	49
3.2	Analyse des données textuelles.....	50
3.3	Le cas clinique	60
4	Discussion.....	61
4.1	L’interprétation des résultats	61
4.2	Les éléments de réponse à l’objet de recherche.....	66
4.3	Critique du dispositif de recherche	70
4.4	Les apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	72
4.5	Propositions d'éléments de transférabilité et perspectives de recherche.....	74

4.6	Perspectives de recherche	75
	Sommaire des annexes.....	87

1. Introduction

1.1 Contexte

Comment accompagne-t-on le désir de parentalité chez des personnes pour qui ce chemin semble fermé d'emblée ?

« L'association des termes parentalité et handicap ne laisse pas indifférent. Suscitant souvent des représentations contrastées et des réactions ambivalentes, elle confronte non seulement aux notions de différence et de norme, mais aussi de compassion, de transgression, de tabou, d'étrangeté. » (1). S'il est difficile de contester aujourd'hui ouvertement le droit de devenir parent, les préjugés, eux, sembleraient persister. Des personnes en situation de handicap se heurteraient encore à des restrictions de leur vie affective et sexuelle et à des regards qui doutent d'elles-mêmes avant même qu'elles aient pu agir et à un manque de ressources et de soutiens adaptés documentés, (2). Dès lors, comment penser la tension entre les droits de parents et ceux des enfants à grandir dans un environnement sécurisant ?

Précarité, handicap, différences culturelles mal comprises... Devenir parent, pour certains, signifierait traverser seul un bouleversement total, avec d'éventuelles répercussions sur le parent, l'enfant, le lien qui se construit entre eux, voire un risque de placement potentiel. Le rapport des 1000 premiers jours souligne pourtant combien cette période est déterminante pour le développement de l'enfant et le bien-être familial dans son ensemble (3). C'est précisément face à ces familles en situation de vulnérabilité, où les besoins semblent être les plus complexes que l'ergothérapie périnatale trouverait toute sa pertinence.

La périnatalité qui s'étend en amont, pendant et en aval de la naissance (4), (5), ([Cf. Annexe 1 p.88](#)), loin d'être un simple passage biologique, constituerait une transition occupationnelle majeure, susceptible de modifier les états physiologiques, psychologiques, émotionnels et les environnements familiaux. L'ergothérapie périnatale y mobiliserait le « potentiel thérapeutique de l'activité » (6), en tenant compte de « leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie » d'après l'ANFE (7).

Plusieurs études sembleraient le confirmer, mettant en lumière l'importance du partenariat avec les parents et la qualité des interactions précoces pour le bien-être familial, (8), (9). À l'international, des pratiques ergothérapiques sont déjà intégrées au sein d'équipes interprofessionnelles périnatales, où le bien-être occupationnel fait partie des soins, (10).

En France pourtant, cette spécialité resterait peu développée, voire absente des dispositifs de soins périnataux. Cet écart entre les pratiques observées et les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (11) et de la Haute Autorité de Santé, (HAS), (12), ([Cf. Annexe 2 p.88](#)), qui préconisent l'inclusion des professionnels de santé pluriels, dont les ergothérapeutes, dans les équipes néonatales constitue le point de rupture de ce travail. Il met en lumière la place encore restreinte de l'ergothérapeute dans les parcours périnataux français, malgré un potentiel d'intervention reconnu (6).

Ce constat suscite une **problématique professionnelle** : *Dans quelle mesure l'intégration de l'ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire pourrait-elle soutenir l'accompagnement global des familles en périnatalité ?*

1.2 Thème général

Le thème est l'intégration de l'ergothérapeute en équipe pluridisciplinaire dans l'accompagnement des familles vulnérables en périnatalité au sein des structures médicalisées et des dispositifs médico-sociaux.

1.2.1 Champs disciplinaires

Plusieurs champs disciplinaires sont concernés par ce thème.

L'ergothérapie constitue le cœur de ce thème, par la dimension de l'accompagnement occupationnel des familles en période périnatale, de l'adaptation des environnements et de la place de la profession a sein des équipes pluridisciplinaires. La médecine et l'obstétrique sont mobilisées par les connaissances cliniques de la période périnatale et des vulnérabilités associées. Les sciences humaines et sociales sont convoquées par les notions de parentalité, d'interactions précoces, d'accompagnement, les situations de vulnérabilités et déterminants socioculturels largement documentés. Ensuite, la santé publique intervient par les enjeux de prévention périnatale et les politiques publiques en faveur des familles vulnérables. Enfin, le droit cadre les droits parentaux et dispositifs institutionnels dans lesquels s'inscrit l'accompagnement ergothérapique.

Ces disciplines permettent de situer la place spécifique de l'ergothérapeute dans une approche interprofessionnelle et de comprendre les enjeux liés à l'accompagnement des parents vulnérables.

1.2.2 Explicitations terminologiques

Ergothérapeute : Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un « *professionnel de santé, [...] un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation), et la santé. Il mène des actions pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire, [...] de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.* » (13). Dans le cadre de ce mémoire, cette fonction s'applique au soutien à la parentalité et au développement de l'enfant en phase périnatale.

Périnatalité : La définition médicale classique comprend la période périnatale de la « 28^e semaine de la grossesse jusqu'au 8^e jour suivant la naissance » (14). Tandis que l'Académie Nationale de Médecine, précise la périnatalité « *de la 22^e semaine d'aménorrhée maternelle, [...], jusqu'au 7^e jour révolu de vie du nouveau-né* » (15). Le rapport gouvernemental des 1000 premiers jours, (2020), élargit cette période du 4^e mois de grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant, voire de la période préconceptionnelle jusqu'à l'âge de 3 ans selon les problématiques rencontrées (6). C'est cette conception élargie qui guide la réflexion dans ce mémoire.

Parentalité : Selon la circulaire interministérielle de l'axe « *Enfance et famille* » (Action sociale) du Ministère des affaires sociales et de la santé datant du 7 février 2012, « *la parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle et sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant.* » (16). Cette définition situe la parentalité comme un processus global composé de multiples facteurs individuels et environnementaux.

Accompagnement des familles : Dans une politique de soutien à la parentalité, l'État dans cette stratégie nationale a créé : « *Dessine-moi un parent* » (17) afin de répondre aux interrogations des nouveaux parents. Ce dispositif porte sur l'accompagnement global des parents d'un point de vue scolaire, sanitaire, puis en termes d'équilibre de vie. Il permet d'éclaircir également des stratégies face aux difficultés relationnelles et développementales dans cette période de vie charnière pour leur enfant d'après le Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents, (REAAP), présenté par la CAF le 10 février 2025.

Intégration dans une équipe pluridisciplinaire : En néonatalogie et en intervention précoce, l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS), et l'American Occupational Therapy Association, (AOTA), soutiennent une approche centrée sur la famille, dans laquelle s'inscrit l'intégration de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, les professionnels accompagnent conjointement le développement du nourrisson, les interactions précoces et les besoins parentaux interagissant avec leur environnement ; « temporel, socio-culturel et physique dans lequel le nourrisson se développe », (18).

1.3 Résonance du thème

Le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale (19) de 2021 publié par l'Inserm et Santé Publique France révèle une évolution des besoins familiaux, des inégalités d'accessibilité aux soins et les facteurs de vulnérabilité périnatale. Il met en valeur la nécessité d'une prise en charge précoce, équitable et adaptée à tous les profils de familles. Les résultats contribuent à accroître le champ de préoccupations sociales de la périnatalité où la justice sociale, l'inclusion et les exigences de continuité de soins se croisent. De plus, la Charte Nationale de soutien à la parentalité (20), signée le 9 mars 2022 par le Ministère des Solidarités et de la Santé, témoigne d'un engagement national favorable à un accompagnement bientraitant, universel et accessible à tous. Ainsi, le dispositif des Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (17) (REAAP) voit le jour en 2019. Ces réseaux permettent de soutenir les initiatives locales, renforcer les compétences parentales et favorisent la prévention.

À la suite de cela, le Ministère des Solidarités et de la Santé a déployé le dispositif des « *1000 premiers jours* » (3) en 2021. Cette initiative marque un tournant pour l'accompagnement à la parentalité. En parallèle, le parcours expérimental de soins préCOces et COordonnés du Nouveau-né, (COCON) (21), se développe dans les régions PACA, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie. Ce plan vise à proposer un accompagnement global des nourrissons vulnérables et des familles. L'approche de ce parcours est pluridisciplinaire et vise à renforcer la continuité des soins. Les environnements précoces, le soutien à la santé mentale parentale et la prévention des troubles du développement durant la période allant de la grossesse aux 24 mois de l'enfant sont les fondamentaux de ce programme.

Ces actions attestent que la parentalité est au cœur des politiques familiales, de prévention, de protection sociale et de santé publique par la volonté de répondre à la diversité des familles et à leur accessibilité effective aux dispositifs malgré les disparités territoriales. Le gouvernement

français montre qu'il se veut équitable, inclusif et adapté sur ces problématiques. Cependant, leur accessibilité effective aux dispositifs questionne encore la manière d'assurer un accompagnement réellement équitable, inclusif et adapté, ce qui fait de la parentalité **une question socialement vive**.

Les enjeux

Sur le plan **législatif**, le contexte du handicap en lien avec la périnatalité est un domaine peu exploré, bien que les politiques actuelles (22) tendent à encourager un accompagnement précoce, global et accessible pour tous les parents. L'analyse de cette évolution permet de soulever plusieurs enjeux majeurs. Ces éléments soulignent la nécessité d'un renforcement, d'une adaptation et d'une cohérence des pratiques professionnelles, au regard de la loi 2005 (23) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Au niveau de **la santé publique**, l'accompagnement pluridisciplinaire, précoce et adapté peut prévenir les difficultés relationnelles, développementales ou environnementales susceptibles d'avoir un impact sur l'enfant. Il s'ancre dans une conduite de promotion de la santé (24) par le soutien de la santé mentale parentale, la relation d'attachement et le développement sensorimoteur du bébé. Parallèlement à cela, l'optimisation de l'accessibilité aux soins et aux ressources demeure un facteur clé de réduction des inégalités et des vulnérabilités.

D'un point de vue **social**, les personnes en situation de handicap ayant un projet de parentalité ou déjà parent(s) font face à l'isolement, la stigmatisation, l'infantilisation ou les représentations négatives encore présentes lorsqu'il s'agit de leur parentalité, (25). Cette démarche privilégie l'exercice du rôle parental de façon satisfaisante et pour tous. L'enjeu est de garantir une autodétermination, un sentiment de compétence et une participation sociale effective pour toutes les familles, quelles que soient leurs fragilités.

Les intérêts socio-professionnels

La reconnaissance institutionnelle influence la présence de l'ergothérapie périnatale dans la coordination des parcours de soins et la complémentarité des savoirs. Les modèles d'intervention diffusés à l'international illustrent la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement précoce des familles (26) notamment à travers l'analyse de l'environnement, l'étude des occupations et co-occupations parent-enfant dans des contextes pluridisciplinaires. Ainsi, ces pratiques peuvent offrir des perspectives sur l'ergothérapie

internationale pour le contexte en France dans une logique d'innovation et d'évolution des pratiques.

Si les politiques publiques et les institutions médico-sociales investissent aujourd'hui la parentalité et la périnatalité par une volonté nationale de renforcer l'accompagnement des futurs et jeunes parents, des inégalités d'accès et des zones peu explorées persistent notamment autour de la parentalité en situation de handicap et de la place de l'ergothérapie périnatale. Cela soulève la question de la réalité des pratiques et invite à aller enquêter sur le terrain afin de comprendre les besoins, limites et leviers existants.

1.4 Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire permet de comprendre au mieux l'approche et les missions des ergothérapeutes sur le terrain auprès des futurs parents ou jeunes parents en situation de handicap.

1.4.1 Objectifs généraux et spécifiques

Objectifs généraux :

1. Faire un état des lieux des pratiques et limites pour confronter plus tard à l'état des lieux des savoirs.
2. Enrichir la représentation et les éléments de connaissance en lien avec la pratique ergothérapique sur un terrain ciblé.
3. Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche.

Objectifs spécifiques :

1. Comprendre les pratiques actuelles du suivi ergothérapique en périnatalité.
2. Analyser l'impact du suivi ergothérapique sur le développement du bébé.
3. Examiner les effets du suivi ergothérapique sur les environnements humains, physiques, sensoriels et affectifs de la famille et de l'enfant.
4. Identifier les freins et leviers à l'intégration du suivi ergothérapique en périnatalité.

1.4.2 Typologie de l'enquête

La méthode d'enquête qualitative est utilisée afin de répondre aux objectifs vus précédemment. Cette analyse permet d'explorer en profondeur les pratiques professionnelles, d'accéder au sens donné par les acteurs et d'identifier les freins et leviers d'un dispositif de manière contextualisée. Lorsque les objectifs de recherche visent la compréhension des expériences, des

représentations et des dynamiques organisationnelles, alors cette démarche est adaptée plutôt que la mesure statistique des phénomènes, (analyse quantitative), (27).

1.4.3 Population ciblée

La population cible de l'enquête sont les ergothérapeutes en exercice depuis 1 an (minimum) et plus, dans les soins développementaux et/ou soins ergothérapeutiques d'intervention précoce et/ou l'accompagnement en périnatalité et/ou parentalité.

Les critères d'exclusion sont les suivants : tout ergothérapeute n'ayant pas de pratique autour de la périnatalité, la parentalité ou les soins d'intervention précoce et les ergothérapeutes non actifs.

1.4.4 Sites d'exploration

Étant une pratique émergente, il est préférable d'ouvrir le plus d'accès possible aux professionnels spécialisés de ce terrain, peu en nombre en France. Il est pertinent d'élargir la recherche et de questionner également, les ergothérapeutes, exerçant dans ce domaine, se situant à l'étranger, puisque dans certains pays la pratique est plus accessible et plus pratiquée.

Les lieux d'exercices explorés dans ma recherche sont les suivants : au sein de service de néonatalogie et maternité, au sein d'une association concernée, en cabinet libéral, en Centre d'Action Médico-Social Précoce, (CAMSP), Protection Maternelle Infantile, (PMI) et hôpitaux de réadaptation, rééducation pédiatrique avec une spécialité de tout petits 0 à 2 ans.

1.4.5 Choix de l'outil de recueil de données

Le recueil de données est une étape clé de la recherche. Ses réflexions et son avancée en seront influencées. Ainsi, le choix des outils d'analyse de données doit être pertinent et adapté pour que le traitement des informations soit efficace.

Notre recherche repose sur une enquête qualitative, donc avec une approche basée sur la quête de compréhension, exploration du sens et du vécu, puis convoque une implication subjective tout en développant la réflexivité du chercheur, (28). L'entretien semi-directif est donc l'outil de recueil de données mobilisé pour cette enquête. Il est guidé par la construction rigoureuse d'une grille d'entretien basée sur les objectifs établis.

Cette technique permet d'obtenir des réponses plus nombreuses, plus nuancées, plus contextualisées, plus précises en fournissant à la fois des informations verbales et non verbales, tout en permettant également de mieux apprécier la spontanéité des participants et en rendant l'entretien d'ores et déjà interactif et accepté par les participants. En revanche, elle nécessite la

maîtrise des techniques d'entretien, une grande capacité de réactivité et un investissement en temps important pour préparer, faire vivre et analyser les données, sans oublier la variabilité, la pluralité des réponses et le travail d'enregistrement et de transcription à faire.

Bien que l'entretien soit un outil qui offre une liberté et une ouverture plus large pour l'avancée de la recherche, il comporte des avantages et des inconvénients.

Avantages et inconvénients :

Le recours à une matrice d'entretien permet d'organiser les données de façon structurée, d'identifier les unités de sens, de mettre en rapport les propos dans une lecture à la fois horizontale (entre participants) et verticale (au sein d'un même entretien) au sein de la matrice. Cet outil permet de distinguer des thématiques récurrentes, mais aussi les nuances et divergences.

En revanche, la matrice peut devenir chronophage. Cela demande alors une capacité de synthèse au risque de décontextualiser les informations recueillies. En dépit de la structuration proposée, la subjectivité du chercheur est ainsi toujours présente dans le choix, le codage et le regroupement des données, ce qui oblige à entretenir une posture réflexive.

1.4.6 Dispositions éthique, légale et réglementaire

Dans le cadre de ce travail de fin d'études, l'enquête exploratoire réalisée ne relève pas de la loi Jardé (loi n°2012-300 relative aux recherches impliquant la personne humaine), (29), car elle ne constitue pas une recherche biomédicale et ne vise pas à tester ou modifier des pratiques de soins. Néanmoins, cette collecte de données est effectuée en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données européen (RGPD, UE 2016/679), (30). De ce fait, l'anonymat et la protection de la vie privée des participants sont fermement garantis : aucune information identifiable ou nominative n'est reproduite, les données sont sécurisées et utilisées exclusivement pour des recherches universitaires. Les enregistrements et notes seront supprimés après l'analyse et la soutenance, conformément aux règles de durée de conservation des données.

Chaque participant reçoit une notice d'information précisant les objectifs, les modalités de l'étude et ses droits, notamment celui de se retirer à tout moment sans justification. Une attestation de confidentialité est également rédigée et doit être signée par le participant, afin d'assurer la transparence et le respect du consentement libre et éclairé.

Finalement, ce travail fait référence aux principes déontologiques et éthiques de l'ergothérapie¹ (31) : le respect de la dignité, de l'autonomie, de la confidentialité² (32) et de la bienfaisance. Il est aussi conforme aux dispositions du Code de la santé publique (article R.1110-4) (33) qui concerne le secret professionnel et la divulgation d'informations de santé.

1.4.7 Construction de l'outil de recueil de données

Le recueil de données est une étape incontournable de l'enquête qualitative.

L'entretien s'appuie sur la méthode centrée sur les objectifs de l'enquête exploratoire. Afin d'assurer la cohérence entre les objectifs de recherche et les questions posées, une construction réfléchie de l'outil de recueil de données est nécessaire. Cette construction suit une démarche structurée : les questions sont rédigées en correspondance avec les objectifs généraux et spécifiques. Puis elles sont regroupées en axes thématiques : pratiques actuelles, impact sur les interactions précoces, effets sur les environnements familiaux puis freins et leviers à l'intégration du suivi ergothérapique. Cette démarche a pour but de faciliter la synthétisation et la hiérarchisation des questions. Elles ont ensuite été sélectionnées et rédigées sous la forme d'une grille d'entretien qui constitue l'outil structuré servant au recueil de données, ([Cf. Annexe 3 p.89](#)). Cette grille permet un recueil des informations nuancées et contextualisées pertinent dans un cadre méthodologique rigoureux.

Cette préparation s'accompagne de l'établissement de paramètres flexibles permettant de mener à bien la recherche et de garantir la qualité des informations recueillies tout en respectant le cadre éthique et légal des participants. Par conséquent, en amont de chaque entretien, l'enquêteur s'assure de la disponibilité du participant et lui fait parvenir la notice d'information et l'attestation de consentement à signer par ce dernier, ([Cf. Annexe 4 p.89](#)). Le jour de l'entretien, le cadre contractuel est rappelé : motif de la recherche et garantie de la confidentialité des échanges. La durée prévue est de 25 à 45 minutes.

L'entretien se déroule en préférence en présentiel, sur le lieu d'exercice du participant dans un espace calme. L'environnement est donc familier au participant. Ces modalités peuvent favoriser la spontanéité des réponses et la disponibilité psychique de celui-ci. L'enquêteur peut repérer des informations de terrain également et peut permettre au participant de montrer des exemples concrets, ce qui enrichirait la collecte de données et donc la recherche. L'enquêteur

¹ Principes directeurs pour une ergothérapie éthique de la World Federation of Occupational Therapists (2024).

² Association Nationale Française des Ergothérapeutes, règles professionnelles (2019).

adopte une posture physique en diagonale, à distance adaptée et ajuste son langage au participant pour favoriser un climat de confiance.

1.4.8 Choix des outils d'analyse des données

Le traitement des données s'appuie sur une analyse thématique et verticale, (34). L'outil mobilisé permettant ces analyses est la matrice d'entretien. Elle offre une meilleure organisation des idées significatives classées par catégories thématiques et une comparaison adéquate des différents interviewés. Le traitement des données s'organise en trois étapes : la transcription des entretiens, la thématisation et la construction de la matrice d'analyse de l'entretien. La thématisation consiste à organiser les unités de sens en catégories et sous-catégories pertinentes au regard des objectifs de la recherche, ([Cf. Annexe 5 p.91.](#)). Une fois que ces thèmes seront structurés, nous élaborons la matrice d'entretien (ou grille d'analyse de l'entretien), ([Cf. Annexe 6 p.95.](#)). Cet outil permet une lecture croisée et verticale des données, la comparaison entre les participants et la mise en évidence des convergences et divergences dans les discours.

1.4.9 Test de faisabilité et validité du dispositif d'enquête exploratoire

La périnatalité, le soutien à la parentalité et l'intervention précoce sur le développement sensorimoteur du bébé sont des domaines émergents en ergothérapie française. Le nombre limité d'ergothérapeutes spécialisés dans ce secteur et le délai a rendu difficile la réalisation d'un test formel de l'outil. En ce sens, le test a été mené de manière consultative auprès d'une ergothérapeute ressource ce qui a permis l'ajustement de la formulation des questions et la clarté de l'outil.

1.4.10 Déroulement de l'enquête

Maintenant, nous allons nous intéresser au déroulement de l'enquête. Afin de répondre aux objectifs de recherche, l'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes.

Tout d'abord, l'identification et la prise de contact, par courriel et téléphone, a eu lieu avec les ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion. Compte tenu du nombre restreint des professionnels exerçant en périnatalité et le délai imparti, une participante a été retenue.

Ensuite, une rencontre préparatoire a permis d'instaurer un lien de confiance, de présenter la recherche et le cadre éthique. L'entretien semi-directif est réalisé en présentiel à l'aide d'un enregistrement audio et après le recueil du consentement éclairé. La discussion s'est déroulée sur une durée de 25 minutes, à l'issue de laquelle la participante a été remerciée pour sa participation.

Enfin, les données recueillies ont ensuite été organisées et préparées pour l'analyse qualitative thématique afin de mettre en évidence des éléments pertinents en lien avec les objectifs.

1.4.11 Résultats

En amont de la présentation des résultats, il convient de situer le contexte professionnel des données recueillies.

Caractéristiques de l'ergothérapeute : Professionnelle exerçant depuis une dizaine d'années en France. Elle travaille depuis presque 2 ans auprès d'un des dispositifs régionaux de périnatalité et parentalité des personnes en situation de handicap, (35). Ce dispositif apporte aux bénéficiaires, un accompagnement adapté et personnalisé par une équipe pluridisciplinaire intervenant avant et pendant la grossesse, offre également un suivi de la naissance aux 12 premiers mois de vie de l'enfant qui peut se poursuivre jusqu'à ses 18 ans.

Les éléments contextuels présentés ci-dessous permettent d'éclairer la compréhension des propos recueillis et introduisent les thématiques majeures mises en lumière lors de l'analyse de l'entretien.

Freins et leviers de la prise en charge :

L'ergothérapeute aborde un levier majeur selon elle, qu'est la formation continue. Celle-ci permet, selon elle, d'offrir la possibilité de valider, légitimer la pratique et de perfectionner la posture professionnelle de tous les acteurs œuvrant pour la prise en soin périnatale. En revanche, elle évoque également des obstacles : les coûts de ces formations spécialisées, l'absence de postes spécifiques et le manque de connaissance d'ordre institutionnelle dans ce domaine précis, ce qui forme d'importants freins.

Ces données nous amènent à nous interroger sur *la manière dont ces freins influencent concrètement l'intégration de l'ergothérapeute dans les dispositifs périnataux et la continuité du suivi proposé aux familles ?*

Spécificité de l'intervention ergothérapique :

L'ergothérapeute situe la pertinence de son intervention dans la périnatalité en raison de l'approche globale centrée sur la triade parents – occupations – environnement, caractéristique du modèle holistique de l'ergothérapie. Elle définit l'ergothérapie comme une intervention spécifique au soutien parental, en lien direct avec les activités précoces et la vie quotidienne de la famille.

Nous pouvons nous poser la question suivante : *en quoi l'intervention ergothérapique contribue-t-elle au développement sensori-moteur du bébé et soutenir les interactions précoces à travers les occupations partagées ?*

Parcours et motivation professionnelle :

Son désir prononcé de décrocher un emploi dans ce secteur découle des expériences significatives qu'elle a accumulées au cours de son parcours professionnel. Ces éléments lui ont donné la capacité de saisir l'importance des premiers échanges et du soutien périnatal pour les personnes en situation de handicap. Cette lecture met en avant une détermination personnelle et un développement de compétences ergothérapiques spécifiques.

La motivation de l'ergothérapeute interrogé nous amène à réfléchir à la dynamique actuelle du champ professionnel. Ainsi, *la construction de compétences spécifiques découle-t-elle d'initiatives individuelles ou d'une structuration institutionnelle de l'ergothérapie périnatale en France ?*

Réflexion éthique et interprofessionnalité :

L'entretien met en lumière une sensibilité aux questions éthiques, particulièrement en ce qui concerne les enjeux actuels face à l'accès à la parentalité des personnes en situation de handicap et la collaboration interdisciplinaire. En ce sens, la professionnelle soulève la nécessité d'une intervention ergothérapique ciblée au sein d'un groupe étant vulnérable. Ceci en rappelant l'enrichissement apporté par la collaboration avec des sages-femmes, des psychologues, des pédiatres ou psychomotriciens.

Ces éléments nous interrogent sur *la manière dont la place de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire contribue-t-elle à la qualité du parcours périnatal et au soutien global des familles ?*

Accompagnement ergothérapique concret :

L'ergothérapeute cite des exemples de modifications matérielles effectuées pour améliorer la vie quotidienne des parents handicapés. (Exemple : outils pour le portage, organisation de l'espace domestique). Ces ajustements ont un impact direct sur la participation parentale, la qualité du lien parent-enfant, et l'accessibilité des activités de soin au quotidien.

Ces constats conduisent à la question suivante : *dans quelle mesure ces aménagements soutiennent-ils l'engagement des parents dans leurs rôles et la participation du bébé dans les interactions précoces ?*

Nouveaux champs d'intervention :

Enfin, l'ergothérapeute souligne que la périnatalité ouvre un champ d'action en pleine émergence pour la profession autour des occupations et co-occupations parentales. Elle met en avant la nécessité de développer des recherches, de favoriser la visibilité de cette pratique et de questionner plus largement la place de l'ergothérapie dans les dispositifs périnataux au sein de toutes structures accueillant la patientèle, la reconnaissance institutionnelle.

Ainsi, comment favoriser la reconnaissance et l'intégration de l'ergothérapie périnatale au sein des dispositifs existants afin de répondre aux besoins des familles et soutenir le développement du nouveau-né ?

Synthèse : À la lecture de ces résultats, nous remarquons que la pratique de l'ergothérapie en périnatalité se construit. Elle montre de réelles possibilités, mais reste tout de même freinée par des limites institutionnelles et organisationnelles.

Ensuite, le rôle spécifique de l'ergothérapeute apparaît surtout dans le soutien du développement sensori-moteur du nouveau-né et des interactions précoces avec ses figures parentales. Un deuxième aspect donne du sens à l'intervention ergothérapique : l'accompagnement des parents dans leur rôle au quotidien. De plus, les résultats montrent l'importance de la formation, de la collaboration interdisciplinaire et des aménagements de l'environnement. Ces éléments sont soulignés et perçus comme des leviers d'actions.

Tout cela met en lumière les enjeux actuels de reconnaissance et d'intégration de l'ergothérapie dans ce domaine.

1.4.12 Analyse critique de l'enquête

L'enquête repose sur un seul entretien semi-directif réalisé auprès d'une ergothérapeute exerçant en périnatalité. Dans une démarche exploratoire, ce choix reste pertinent, car il ouvre l'accès à un discours riche et nuancé sur une pratique émergente.

Toutefois, plusieurs limites et biais sont à prendre en compte. Le nombre restreint de participants constitue une première limite. Les données recueillies reflètent un point de vue singulier ancré dans un contexte d'exercice et une région donnée : ils sont à interpréter avec prudence sans prétendre à l'exhaustivité. Un biais de confirmation est également possible, lors

de l'interprétation des données, certaines réponses ont pu être lues à travers le prisme de ses propres représentations et intérêts professionnels. Enfin, un biais de désirabilité sociale ne peut être exclu, le participant peut avoir adapté ses réponses à ce qu'il percevait comme attendu.

Bien que cette enquête comporte ses limites, cet entretien permet d'apporter des éléments de compréhension utiles à la réflexion de ce travail et d'y envisager des pistes pour des recherches ultérieures avec un échantillon plus large.

1.5 Problématisation pratique

L'émergence de l'ergothérapie périnatale nous amène à plusieurs pistes de questionnements, qui ont guidé, par la suite, la construction de la problématisation pratique.

L'accès limité aux professionnels spécialisés en périnatalité en France, nous amène à nous demander si l'intervention ergothérapique est faisable et efficace ? Comment peut-elle à la fois soutenir le développement sensori-moteur du bébé et accompagner les compétences parentales ? Et lorsque les parents sont en situation de handicap, comment l'ergothérapie peut intervenir au sein de la triade parents-occupations-environnements ?

Dans un second plan, il est pertinent d'interroger quels sont **les freins et leviers** qui influencent actuellement la prise en charge ergothérapique en périnatalité ? Étant donné que la formation continue semble être un levier potentiel, en quoi la formation continue permet-elle de légitimer la pratique et de soutenir la posture professionnelle des acteurs périnataux ? D'après notre entretien, des freins majeurs persistent à plusieurs niveaux, alors dans quelle mesure les coûts des formations, le manque de postes dédiés et le déficit de reconnaissance institutionnelle limitent-ils le développement du champ de pratique ? Ainsi, nous nous posons les questions suivantes : cette pratique spécialisée est-elle **durable** dans le temps et est-elle **accessible** aux professionnels et aux familles ? Dans quelle mesure ces éléments influencent-ils concrètement le développement et la mise en œuvre de cette pratique ?

Enfin, plusieurs questionnements se posent autour de **la collaboration interprofessionnelle et l'éthique de la pratique**. Premièrement, comment l'ergothérapeute peut-il collaborer efficacement avec les autres professionnels acteurs dans le domaine périnatal afin d'assurer un accompagnement cohérent autour du bébé et de ses parents ? Puis, dans quelle mesure cette collaboration interprofessionnelle favorise-t-elle la qualité du suivi et la continuité des soins proposées aux familles ? Deuxièmement, d'un point de vue éthique, comment respecter et s'adapter au mieux à la **vulnérabilité des familles** tout en soutenant leurs compétences et leur

place auprès de leur enfant ? Et quels dilemmes éthiques peuvent émerger dans ces situations d'accompagnement partagé en interprofessionnalité ?

Ensuite, au cours de notre entretien, un enjeu est ressorti : **l'équité d'accès aux soins**. Or, comment garantir un accès réellement équitable aux soins périnataux pour toutes les familles, y compris celles en situation de handicap, de précarité ou d'isolement ? Dans quelle mesure les organisations actuelles du système de soins permettent-elles ou freinent-elles cet accès pour les familles et bébé les plus vulnérables ?

À la suite de cette réflexion, nous nous demandons comment la périnatalité et la parentalité provoquent une **rupture occupationnelle** chez les personnes, qu'elles soient en situation de handicap ou non ? Alors, dans quelle mesure l'ergothérapie peut-elle aider les parents à s'adapter à ces changements et à préserver leurs activités significatives ? Depuis une approche ergothérapique nous pouvons interroger la place de l'intervention de l'ergothérapeute face aux **transitions de vie**, d'occupations et de co-occupations liées à la parentalité ?

Face à ces questionnements, il est nécessaire de s'appuyer sur les connaissances existantes dans le domaine de la périnatalité, des transitions de vie parentales et de l'ergothérapie. Au regard de ces points, ce travail tend à comprendre comment l'ergothérapie peut soutenir les transitions occupationnelles parentales en contexte de périnatalité, notamment lorsqu'il y a la présence de vulnérabilité ou de handicap. Puis, dans quelles conditions professionnelles, institutionnelles et éthiques cette pratique peut-elle se développer, tant en secteur pédiatrique qu'en secteur adulte. En pédiatrie, questionner les occupations parentales peut aider le parent à devenir davantage acteur dans les soins. En secteur adulte, la parentalité n'apparaît pas dans les bilans d'autonomie et d'activités de la vie quotidienne pourtant, parfois les patients jouent également un rôle parental à assurer et à réorganiser. Maintenant, avant de poursuivre la recherche, nous allons réaliser un état des lieux des savoirs existants sur cette thématique.

1.6 La revue de littérature

1.6.1 La méthodologie de la revue de littérature

Les champs disciplinaires

Au regard de la problématisation pratique où l'intervention ergothérapique dans la transition occupationnelle (nouvelles routines, nouvelles occupations et co-occupations, nouveaux rôles, nouveaux besoins, nouveaux environnements) de la périnatalité est questionnée, il est pertinent de se référer aux sciences de l'occupation qui régissent les fondamentaux de l'ergothérapie. Ensuite, la périnatalité dans sa globalité implique plusieurs domaines : la parentalité,

l'éducation à la santé par l'arrivée d'un nouveau-né, le développement sensorimoteur pédiatrique entre 0 et 24 mois, qui se joignent au sein des sciences médicales, paramédicales et obstétriques, les sciences psychologiques (notamment développementale, psychologie du lien et de la parentalité). Les sciences humaines et sociales font également du lien avec les aspects institutionnels, interprofessionnel et professionnel. En suivant, dans un contexte socioculturel français, les futurs parents ou parents en situation de handicap peuvent subir de nombreuses injustices (inaccessibilités aux soins et aux ressources, discrimination, jugement, contrôle) alors le droit s'ajoute aux champs disciplinaires explorés dans cette recherche.

Les bases de données

Les bases de données sont multiples, pour les sciences médicales et paramédicales : PubMed, ScienceDirect, Lissa, Google Scholar, et Scielo. Ensuite, OTseeker sera investigué pour les sciences de l'occupation. Les sciences psychologiques, humaines et sociales seront recherchées par le biais de Google Scholar, Summon, Cairn et APA PsycNet. Dans le but d'explorer des données plus générales, de santé publique et/ou de droit, Google Scholar sera privilégié.

L'équation de recherche

L'utilisation de l'équation de recherche permet de combiner les différents champs disciplinaires et d'obtenir des résultats pertinents au regard du sujet de la recherche. Afin d'accéder à suffisamment de données permettant une analyse optimale, nous avons tenu à intégrer principalement les mots : **ergothérapie, parentalité et transition**. L'utilisation des mots et groupe de mots : postnatal, prénatal, handicap, transition occupationnelle et transition de vie ont servi à préciser le nombre d'études disponibles.

L'utilisation de la troncature pour le terme « ergothérapie » est pertinente, car elle permet d'élargir l'accessibilité aux données en prenant en compte toutes les études avec un terme commençant par « ergothérap ». Il en est de même pour les termes autour de la périnatalité, à savoir, « périnatalité » par « périnatal », « prénatale » par « prénatal », « postnatale » par « postnatal », enfin « parentalité » par « parent ». L'astérisque, symbole de la troncature, marque la racine commune à plusieurs mots. Ensuite, des opérateurs booléens « ET » et « OU » ont été appliqués afin de préciser la recherche. En effet, ces opérateurs favorisent l'association de mots et peuvent donc élargir ou restreindre le nombre d'études disponibles. Selon les langues mobilisées l'utilisation des astérisques et les opérateurs booléens varient pour que la recherche soit plus pertinente. Ainsi l'équation de recherche est la suivante :

Langue française :

(ergothérap * ET périnatal * OU parent * ET transition occupationnelle OU transition de vie)

Langue anglaise :

(occupational therap* AND perinatal* OR prenatal* OR postnatal* OR parenthood AND occupational transition OR life transition)

Langue portugaise :

(therap* ocupacional AND perinatal* OR parentalidade OR postnatal OR prenatal)

Langue espagnole :

(terap* ocupacional AND perinatal* OR parentalidad OR postnatal OR prenatal)

En fonction de la base de données, il nous est nécessaire de modifier l'équation de recherche en supprimant des termes ou l'ajout ou la suppression d'opérateurs booléens, en particulier pour PUBMED, Google Scholar, Cairn et Scielo. Les termes : (OR prenatal*) , (OR postnatal*) et (AND Disabilit*) ont pu être ajoutés ce qui a diversifié les résultats de la recherche. Nous avons complété la recherche par des lectures opportunistes de littératures scientifique et professionnelle.

Les filtres utilisés :

Les filtres employés sont divers, un cadre temporel est établi sur les dix dernières années afin d'exploiter des données fiables et compatibles avec l'évolution de notre société. Ensuite, pour l'accessibilité des données, les textes en langues française, anglaise, portugaise et espagnole ont été retenus afin de garantir une compréhension claire des sujets abordés. Les études disponibles gratuitement ont été privilégiées et le choix de l'exploration des littératures scientifique, professionnelle et grise permet un éventail large de lectures admissibles pour la recherche.

Critères d'inclusion, d'exclusion des sources retenues*Les critères d'inclusion*

Les publications doivent concerner des parents ou professionnels impliqués dans le soutien à la parentalité en périnatalité en entretenant un lien clair avec la participation parentale, les co-occupations ou l'environnement, des dimensions liées à l'ergothérapie.

Les critères d'exclusion

Les documents exclus ne traitent pas la parentalité, sont centrés exclusivement sur un handicap moteur, sans dimension psychique et n'ayant pas de visée scientifique ou professionnelle.

Ainsi, le tableau des banques de données est situé en annexe, ([Cf. Annexe 7 p.96](#)).

1.6.2 L'analyse critique de la revue de littérature

Afin de structurer notre analyse critique de la revue de littérature, nous avons choisi d'utiliser l'outil suivant : tableau de synthèse de l'analyse critique de la revue de littérature située en annexe, ([Cf. Annexe 8 p.97](#)).

La revue de littérature comprend 14 études. Ces documents proviennent de France (7), Grande Bretagne (4), Brésil (1), Canada (1) et d'un groupe international de pays francophones (1). Au sein de celle-ci, 8 études sont issues de la littérature scientifique, 5 de la littérature professionnelle et 1 de la littérature grise. Nous avons fait le choix d'inclure une étude qui ne répondait pas au critère d'inclusion du cadre temporel (2015-2025) pour inclure une étude de 2006 pertinente pour la revue de littérature.

L'analyse de ces différentes études a mis en valeur des éléments communs et récurrents. Nous avons également repéré des points de divergences et des axes complémentaires. Ce travail nous a permis d'identifier des axes de réflexion principaux organisés sous forme de sous-thématiques.

Interventions de soutien à la parentalité et accompagnement en ergothérapie

Les études de C. Dufour (36) et Tomfohr-Madsen et al. (37) mettent en avant que l'accompagnement précoce des parents et l'analyse écologique des activités quotidiennes peuvent favoriser le développement de l'enfant et l'autonomie parentale. L'approche centrée sur la famille évoquée dans l'étude de C. Dufour (36) rejoint les études de Radley et al. (38) et la revue francophone en ergothérapie (39) qui soulignent l'importance de soutenir les compétences parentales et leur guidance.

L'étude de C. Dufour (36) se base sur la pratique clinique et l'observation qualitative, tandis que Tomfohr-Madsen et al. (37) se complètent avec un niveau de preuve élevé via des essais contrôlés randomisés (RCT). Les chercheurs y mesurent l'impact concret des interventions sur le tempérament et les troubles internalisés et externalisés de l'enfant. En suivant, la note de synthèse de Bec (40) et le rapport de l'Académie nationale de médecine (41) se complètent en suggérant un cadre institutionnel et légal tout en évoquant l'importance de la

coordination et des dispositifs pour soutenir la parentalité en situation de handicap psychique ou moteur.

Les RCT de Thomfohr-Madsen (37) analysent des interventions brèves et standardisées tandis que C. Dufour décrit des interventions individualisées et contextualisées. Cette divergence rend la comparaison directe délicate. Puis, nous constatons le manque de suivi longitudinal et de données quantitatives au sein des études concernant le handicap psychique en provenance de Bec (40), du Réseau de services pour une vie autonome (42) et de Radley (38), contrairement aux études périnatales classiques avec RCT comme celle de Tomfohr-Madsen (37).

Vulnérabilité parentale et soutien social

Les parents font face à de nombreux facteurs de vulnérabilités qui peuvent influencer l'exercice de leur rôle, leur bien-être et le développement du bébé. Ces vulnérabilités imbriquées sont d'ordre psychologique, sociale, cognitive. D'après l'étude d'Hamelin-Brabant, Montigny, Roch et al. (43), la période périnatale est considérée comme une étape de « transition importante susceptible d'induire une vulnérabilité chez tout parent même en l'absence de facteurs de risque reconnus », ce qui soutient l'importance d'une approche de soutien universelle. Cette étude montre qu'au niveau social, les facteurs de risque de vulnérabilité sont liés à la pression de performance vis-à-vis de responsabilités nouvelles, les besoins d'activités de loisirs, d'assistance pour les soins destinés aux enfants, la gestion du foyer ainsi que le soutien par des pairs. Puis l'accès à l'information peut être considéré comme un facteur de risque également. En effet, une personne vivant en institution, depuis son enfance, peut ne pas accéder à l'information sur la parentalité, de façon égale à une personne vivant en autonomie qui peut avoir l'occasion de côtoyer des enfants et des pairs (parent(s) ou futur(s) parent(s)). Ces résultats interrogent directement la participation, les routines et les co-occupations. Ce sont des notions qui corroborent avec le rapport du Ministère des Solidarités et de la Santé (20) qui montre l'importance d'un « écosystème intégré » des acteurs de soutien à la parentalité (professionnels, bénévoles, services) et une qualité de coordination : famille-enfant-santé-social, plutôt que des actions isolées pour faire face à ces vulnérabilités. De plus, les études de Tomfohr-Madsen (37) et Radley (38) présentent des approches similaires basées sur la prise en compte du contexte familial et social et mettent en lumière son influence sur le développement de l'enfant.

Ensuite, le point de vue subjectif des parents apporté par les études qualitatives de White et Jarvis (44), de Domínguez, Rivas-Quarneti et al. (45), et de Pohl et al. (46), se complètent avec

les RCT (37) et les rapports institutionnels (40) et (41), centrées sur les dispositifs et les interventions mesurables. Les mères autistes présentent un taux plus élevé d'atteintes de troubles psychiatriques liés à la périnatalité. Il est également constaté qu'elles rencontrent davantage de difficultés dans la multitâche, la gestion des responsabilités domestiques, l'organisation et la création de situations de sociabilisation pour leurs enfants. D'un point de vue ergothérapique, ces éléments constituent des obstacles potentiels à la participation et l'engagement occupationnel. Malgré la situation de vulnérabilité causée, notamment par ces défis, la majorité des mères de l'étude perçoivent la maternité comme une « expérience valorisante », d'après l'étude de Pohl et al. (46). Ce qui corrobore avec les éléments de l'étude de Domínguez, Rivas-Quarneti et al. (45), où la maternité est également vécue comme une « force » qui promeut la résilience à travers l'empowerment et l'amour maternel. Ces perceptions et recommandations en lien nous guident dans la compréhension des interactions entre les aspects psycho émotionnels et les interventions professionnelles.

Cependant, nous comprenons que les interventions standards ne suffisent pas et que des adaptations spécifiques sont nécessaires grâce aux études de Pohl et al. (46), Bec (40) et Radley (38), notamment pour les personnes autistes et/ou ayant des troubles psychiques. En ce sens, le rapport de l'Académie nationale de médecine (41) et du Ministère des Solidarités et de la Santé (20) met en avant la coordination institutionnelle alors que l'étude de C. Dufour insiste sur un ajustement écologique au quotidien dans la pratique, ce qui peut être complexe à systématiser.

Handicap et stigmatisation

La stigmatisation influence directement la parentalité des parents en situation de handicap selon les études de Coppin (47), Pohl et al. (46) et Bec (40). En effet, les représentations traditionnelles (incapacité, danger pour l'enfant) persistent et constituent un frein à l'accompagnement adapté. Les auteurs soulignent les compétences parentales potentielles chez les personnes atteintes de déficience intellectuelle, mais leur reconnaissance et leur accompagnement restent insuffisants (47). L'étude de Pohl et al (46) rapporte notamment que les mères autistes témoignent davantage d'anxiété dans les interactions avec les professionnelles que les mères non autistes. Les mères autistes y expriment également avoir un sentiment d'être jugées, isolées et ne pas savoir quoi divulguer de leur diagnostic souvent par crainte. Ces éléments font partie des vulnérabilités rencontrées également par les parents ayant un handicap psychique, selon l'étude de Bec (40). Les troubles cognitifs et la désorganisation, ajoutés à ces facteurs, accentuent un manque de confiance de la part des professionnels. Chez

les mères autistes, ce facteur peut créer des barrières mentales à demander et accéder à l'aide dont elles ont besoin, et dont elles peuvent bénéficier. Les mères autistes sont plus à risques de développer des problématiques de santé mentale et 58% des participantes de l'étude comparative (46) de l'expérience liée à la maternité des femmes autistes et non autistes, rapportent avoir souffert de dépression postpartum. Pourtant, cette étude (46) révèle aussi plus de résilience et de développement d'adaptations face aux contraintes sensorielles et sociales au sein de cette population. Ainsi, l'addition de la stigmatisation et des représentations sociales négatives renforcent leur marginalisation et limitent la confiance du ou des parents et l'accès aux ressources. Ensuite, les études de Pohl et al. (46) et d'Halsall et al. (48) s'accordent sur la nécessité de la mobilisation de compétences culturelles associée à une démarche d'inclusion pour dépasser les barrières de la stigmatisation. La méconnaissance et l'influence culturelle de l'ergothérapeute, les barrières linguistiques et ses perceptions constituent des obstacles pour les mères issues de minorités ethniques. En ce sens, l'expérience culturelle et la pratique réflexive sont perçues comme des leviers pour une pratique plus inclusive.

En suivant, les études de Pohl et al. (46) sur l'autisme et de Coppin (47) sur la déficience intellectuelle, complètent les travaux sur la santé mentale de Radley (38) et Bec (40). Elles attestent que chaque type de handicap pose des défis spécifiques transversaux, notamment au niveau micro ; troubles cognitifs, sensoriels, psychiatriques, de santé mentale, difficultés à créer des occasions de socialisation pour l'enfant et d'organisation. Puis, au niveau méso ; d'accessibilité de soins et ressources, isolement, stigmatisation, représentations et manque de confiance des professionnels, interactions sociétales, compétences parentales perçues et réelles, soutien institutionnel et familial et au niveau macro ; la méconnaissance du handicap et du handicap psychique particulièrement, des vulnérabilités diverses rencontrées par les parents et la reconnaissance du droit à la parentalité des personnes en situation de handicap. Elles se rejoignent également sur la valorisation de l'approche centrée sur la famille (systémique) et la guidance parentale comme fil conducteur des accompagnements, notamment dans une logique éthique et de prévention des placements des enfants se révélant nécessaires dans le contexte français actuel (2025), comme affirmé au travers de l'étude de Bec (40).

Les approches institutionnelles sont montrées comme souvent génériques et non adaptées à la typologie du handicap selon les études du ministère de la Santé (22) et de l'Académie nationale de médecine (41). Elles évoquent également l'importance d'un « écosystème » intégré des acteurs (professionnels, bénévoles, services), axé sur la coordination enfance-famille-santé-social, faisant écho avec l'approche holistique de l'ergothérapie, plutôt que des actions isolées

et un besoin d'une formation et de mise en place de définitions des compétences communes des acteurs en soutien à la parentalité. Tandis que les études qualitatives de C. Dufour (36), Pohl et al. (46) et Coppin (47) insistent sur la personnalisation et l'adaptation des accompagnements aux besoins individuels. Comme le décrit l'étude de Radley (38) sur les interventions avec des parents atteints de psychose ou d'autres troubles mentaux, une absence quasi totale de données sur les pères s'observe, ce qui contraste avec les données de l'étude sur la paternité de White et Jarvis (44).

Intervention précoce

Le soutien relationnel et éducatif précoce présente des effets positifs sur l'enfant et la parentalité, d'autant plus pour les troubles internalisés et externalisés, d'après les études de Thomfohr-Madsen (37) et Radley (38). Les troubles dit internalisés cités dans l'étude de Thomfohr-Madsen (37), font référence à l'expression interne de détresse comme l'anxiété, la peur, le retrait social, la tristesse ou la dépression, manifestant une souffrance psychologique profonde. Les troubles externalisés sont plutôt des difficultés comportementales vers l'extérieur comme l'agressivité, l'opposition, l'impulsivité, source de comportements perturbateurs. Ces troubles sont observables notamment dans les interactions de l'enfant avec son environnement d'après l'étude de Thomfohr-Madsen (37). Ces dimensions sont évaluées dans l'étude de Thomfohr-Madsen (37) afin de mesurer les effets potentiels des interventions brèves en période périnatale sur le fonctionnement psychologique des enfants principalement. L'analyse y montre une diminution des symptômes externalisés à 12 mois, une réduction des symptômes internalisés à 24 mois et une amélioration de l'émotivité négative à 12 mois. Bien que l'étude de Radley (38) corrobore avec cette étude, au niveau de l'impact positif des interventions centrées sur les compétences parentales, la compréhension de la maladie mentale et le soutien familial, elle précise également que le nombre d'évaluations robustes concernant ces impacts et les données probantes sur les comportements infantiles de cette période sont encore insuffisants. Ces résultats sont à considérer avec précaution. L'étude qualitative de C. Dufour (36) rejoint les résultats de ces études par la mise en avant de l'accompagnement autour des habitudes et le quotidien de la famille, favorisant ainsi le développement et l'autonomie parentale.

En ce sens, les travaux qualitatifs de Dufour (36) et de Maceira Dominguez (45) enrichissent les essais contrôlés randomisés (RCT) de Thomfohr-Madsen (37) ajoutant les mécanismes psychosociaux et émotionnels au sein des effets analysés.

En revanche, une divergence semble émerger concernant la population des analyses quantitatives avec des populations plutôt homogènes et à faible facteur de vulnérabilité comme pour celles de Thomfohr-Madsen (37) tandis que les études qualitatives portent davantage sur une population concernée par le handicap psychisme dont l'autisme et la pluralité de vulnérabilités, (40), (46), (45). Ainsi, les travaux montrent une efficacité différente selon les contextes, vulnérabilités et ressources, qu'elles soient familiales, professionnelles ou environnementales. Ces limites appuient la nécessité d'explorer des approches cliniques contextualisées, telles que celles mobilisées en ergothérapie encore peu documentées dans la littérature scientifique.

1.6.3 Analyse critique du dispositif méthodologique

La construction de cette revue de littérature a rencontré plusieurs contraintes. Malgré un élargissement de l'équation de recherche à plusieurs langues anticipé dès la méthodologie, le nombre restreint d'études ergothérapiques spécifiques à la périnatalité a conduit à compléter la recherche systématique par une démarche de lectures opportunistes par croisement de références et transmission par des tiers. Ce recours enrichit le corpus, mais introduit un biais de sélection, puisque les sources n'ont pas suivi le protocole de recherche systématique. Par ailleurs, une étude hors cadre temporel (2006) a été incluse en raison de sa pertinence pour le sujet. Enfin, l'accessibilité financière de certaines publications a également constitué un frein orientant la sélection vers les études disponibles gratuitement.

La transition occupationnelle vers la parentalité semble rester un concept peu documenté dans la littérature ergothérapique et les études disponibles rejoignent tendent à se concentrer sur le handicap moteur au détriment du handicap invisible, psychique, autisme, déficience intellectuelle, constituant pourtant une part importante des situations abordées dans ce travail. Les études quantitatives tendent à mobiliser des populations homogènes et le manque de suivi longitudinal invite à nuancer la transférabilité de certains résultats aux situations de vulnérabilité complexes. Enfin, la littérature tend à centrer les analyses sur la dyade mère-enfant, laissant peu de place à l'expérience spécifique de la maternité et de la paternité, une seule étude porte spécifiquement sur la paternité.

Malgré ces limites, le corpus de 14 études propose une base solide et équilibrée de données. L'ancrage majoritairement français des études 7 sur 14 garantit une cohérence dans le contexte de cette recherche tout en étant enrichi par des sources internationales de Grande-Bretagne, Brésil, Canada et francophones internationaux apportant un regard complémentaire et nuancé.

Ensuite, la diversité des types de littératures retenus et la complémentarité des approches qualitatives et quantitatives permettent de croiser les niveaux de preuve et d'enrichir la compréhension des enjeux. Ces apports constituent une base pertinente pour poursuivre la problématisation et orienter les pistes de recherche ultérieures.

1.6.4 Problématisation pratique

Vivacité et utilité socioprofessionnelle

La revue de littérature traduit la périnatalité comme une période particulièrement sensible, d'autant plus lorsqu'elle est traversée par une situation de vulnérabilité avec ou sans situation de handicap. Les enjeux concernent alors à la fois le développement de l'enfant et l'expérience vécue du ou des parents, qu'elle soit psychologique ou occupationnelle. En ce sens, la transition périnatale se vit dans le quotidien écologique des familles et pas uniquement au travers des dispositifs de soins. Certaines études présentent des effets positifs des interventions précoces et des accompagnements adaptés au contexte du parent ou de la famille (en tant que système). Elles montrent également leur variabilité : peu sont décrites d'un point de vue ergothérapique et il semble difficile d'en identifier des modalités claires et transférables au contexte français. Ensuite, les besoins identifiés par les études semblent complexes, situés et pluriels, tandis que les réponses proposées semblent encore partielles, hétérogènes et parfois éloignées de la réalité occupationnelle vécue. La démarche ergothérapique apporte une lecture singulière des occupations quotidiennes, des co-occupations parent-enfant et des environnements (physiques, sensoriels et humains). Bien que ce champ soit encore en construction et peu stabilisé en ergothérapie, il semble offrir une approche pertinente. Ainsi, ces éléments semblent attester d'un réel intérêt clinique, professionnel et scientifique à poursuivre son exploration.

L'enrichissement des données par la revue de littérature nous permet de développer de nouvelles interrogations dans la continuité de ce travail de recherche.

Pour commencer, la périnatalité est décrite comme une transition de vie qui implique des changements majeurs ; rôles, occupations et co-occupations parent-enfant. La littérature tend à décrire ces transformations de manière générale et les données de terrain questionnent la manière dont ces transformations sont vécues concrètement par le(s) parent(s) au quotidien. Comment les professionnels considèrent-ils réellement les besoins spécifiques et individuels du ou des parents dans les accompagnements en périnatalité ?

Ensuite, l'effet positif des interventions précoces s'observe parmi les données probantes recueillies, notamment sur le développement de l'enfant et le bien-être parental. Cependant,

leur transférabilité aux situations de vulnérabilité complexe reste à interroger. En effet, la revue de littérature enrichit ce constat en mettant en lumière la diversité des vulnérabilités : autisme, handicap psychique et physique, déficience intellectuelle, minorités ethniques. Elle inclut l'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins et la confiance envers les professionnels de santé. Par ailleurs, malgré ces difficultés, la maternité est fréquemment décrite comme une expérience valorisante et source de résilience, cependant, il paraît important de situer cette vision dans un contexte socioculturel occidental. Ainsi, dans quelle mesure cette dimension subjective est-elle prise en compte dans les accompagnements ? Comment la standardisation de cette pratique peut-elle adapter les interventions à la singularité de chaque situation tout en garantissant leur cohérence et leur continuité ?

En suivant, l'enquête exploratoire et la revue de littérature convergent pour mettre en évidence un décalage entre les dispositifs et les besoins réels des familles. Dans quelle mesure les modalités d'accompagnements proposés permettent-elles de répondre à la réalité occupationnelle de la vie quotidienne parentale ? Or, la place de l'ergothérapie en périnatalité semble encore peu définie et hétérogène dans le contexte français, tant dans les données probantes que dans les constats issus du terrain. Cette réalité fait écho à la pluralité des freins professionnels, organisationnels et éthiques rapportés. Ces freins semblent concerner l'ensemble des familles en situation de vulnérabilité, qu'elle soit liée à un handicap, à une origine ethnique, à une situation socio-économique précaire ou issue de minorités variables. Au regard des données, en secteur pédiatrique, il s'avère pertinent de questionner les occupations et co-occupations parentales afin d'aider le parent et/ou le couple à devenir acteur dans les soins. En secteur adulte, la parentalité n'apparaît que peu dans les bilans d'autonomie, alors que certains patients exercent un rôle parental à réorganiser et adapter. Alors, dans quelle mesure ces freins influencent-ils concrètement la capacité d'agir du ou des parents et le développement de cette pratique ? Et, comment ces restrictions pourraient-elles être traduites en modalités d'intervention ergothérapique concrètes et contextualisées ? La confrontation des données de terrain et des données probantes met en lumière la construction dynamique de ce champ, justifiant ainsi l'exploration de la spécificité ergothérapique en périnatalité.

1.7 La question initiale de recherche

La transition périnatale, considérée comme une transition de vie majeure dans les données probantes et de terrain, peut refléter une rupture occupationnelle chez le ou les parents. Alors, comment les occupations, les rôles et les co-occupations évoluent-ils concrètement chez les personnes en situation de vulnérabilité durant cette période ? L'expérience pratique et la

littérature, documentent des freins professionnels, organisationnels et éthiques. Ainsi, dans quelle mesure les transformations liées à la transition interagissent-elles avec la capacité d’agir du ou des parents, lorsque des freins professionnels, organisationnels et éthiques limitent l’accès à un accompagnement adapté ? Dans quelle mesure l’ergothérapie, dans une logique de prévention et de promotion à la santé, peut-elle contribuer à optimiser la continuité de suivi et la qualité des soins proposés aux familles ?

Ces interrogations nous conduisent à l’élaboration d’une question initiale de recherche : ***En quoi la transition occupationnelle durant la période périnatale interagit-elle avec la capacité d’agir chez le(s) parent(s) en situation de vulnérabilité ?***

1.8 Le cadre de référence

Le cadre de référence vient éclairer les phénomènes complexes mis en tension dans cette question. Ainsi, les concepts de transition occupationnelle, capacité d’agir et vulnérabilité sont développés dans cette partie, ([Cf. Annexe 9 p.117](#)).

1.8.1 La transition occupationnelle

La sociologie et la psychologie sont mobilisées par leur étude respective des transformations des rôles sociaux et des processus d’adaptation identitaire lors des transitions de vie, notamment en contexte de vulnérabilité. Les sciences infirmières par leur analyse du vécu et de l’accompagnement des personnes traversant des changements majeurs dans leurs dimensions de santé, situationnelles et développementales. Et l’ergothérapie par son éclairage sur la manière dont ces transitions se traduisent concrètement dans les occupations quotidiennes, les co-occupations et les environnements. Ce qui en fait le champ disciplinaire central pour appréhender la transition occupationnelle en périnatalité.

Le concept de transition occupationnelle n’est pas attribué à une théorie formalisée par un auteur unique et appartient à une dynamique de construction. Il convient de développer séparément les concepts théoriques de la transition et de l’occupation afin d’analyser de manière fine leur articulation au sein des transformations quotidiennes en contexte périnatal.

Transition

La nature du changement : formes et déclencheurs

La transition, du latin « *transire* », signifiant traverser, s’illustre par « le passage ou le mouvement d’un état à un autre. » (49). Elle s’inscrit dans une interaction dynamique entre l’individu et son environnement, selon la théorie des transitions par A.I. Meleis et N. Chick,

issues des sciences infirmières et sociologiques (49). Ensuite, Schlossberg associe la transition à « n'importe quel événement ou absence d'événement qui amène des changements dans nos relations, comportements, croyances et rôles de vie » (50), ([Cf. Annexe 10](#) p.118). Elle souligne que la transition n'est pas liée qu'à un changement objectif (neutre), mais aussi à une évolution significative (dimension subjective), pour la personne. Alors, les théories de la transition la qualifient de processus déclenché par un changement significatif dans la vie d'une personne. Ce changement peut être situationnel ou développemental (lié à une étape de la vie), d'après Meleis (51). Schlossberg détermine quatre types de transitions en fonction du changement. Il peut être à l'origine d'un événement anticipé, « événements de la vie auxquels une personne est en droit de s'attendre (mariage, retraite, arrivée d'un enfant) » (50) ou d'un événement non anticipé, « imprévu ou non planifié impliquant une crise (divorce, promotion professionnelle, mort d'un enfant) » (50). Il peut aussi découler de l'absence d'un événement, « événement attendu, mais qui n'arrive pas (enfant qui ne vient pas au monde, mariage qui ne se produit jamais) » (50) ou encore, nommé par Schlossberg, provenir d'un « souci persistant », synonyme d'un changement subtil et caractérisé par « une apparition lente et qui perdure (maladie d'un proche, perte des idéaux de carrière) » (50). Il est associé à la relativité, car, d'après l'autrice, la même transition aurait pu être anticipée par certains individus et non anticipée par d'autres. Cette diversité souligne que la transition ne se réduit pas à une rupture visible, mais émerge également de transformations diffuses et progressives. Son impact dépend du sens attribué par la personne.

Processus expérientiel

La transition naît d'un processus temporel établi en « trois phases d'assimilation » (50) : « phase d'envahissement » (50) où l'individu se sent envahi, voire submergé par la transition, « phase de perturbation » (50) où l'individu doit changer les vieilles normes et anciennes conceptions pour s'adapter et la « phase d'intégration » (50) où s'observe une réorganisation et l'intégration de cette transition, selon Schlossberg. Elle comporte une prise de conscience du changement, une période d'instabilité variable selon les personnes ainsi que des moments critiques risquant de fragiliser un l'équilibre antérieur.

Ressources et conditions d'adaptation

L'expérience transitionnelle est modulée par l'interaction entre la situation vécue, les caractéristiques personnelles, les ressources de soutien disponibles et les stratégies mobilisées. Schlossberg a défini quatre domaines de variables liées à la transition : situation, soi, support

et stratégies, (50), ([Cf. Annexe 11 p.118](#)). Ensuite, les variables sont regroupées en deux catégories : « caractéristiques personnelles et démographiques » et « ressources psychologiques » (50). Les variables environnementales sont intégrées dans les sections « support » et « situation », (50). La transition conduit à une reconfiguration des rôles et de l'identité, car elle découle de l'acquisition de compétences nouvelles, l'abandon ou l'évolution de rôles antérieurs et l'intégration progressive d'un nouvel équilibre. Lorsque ce processus est entravé, des difficultés d'adaptation peuvent émerger. Ce système met en évidence que la transition ne constitue pas en elle-même une crise, mais qu'elle peut devenir source de vulnérabilité lorsque les ressources sont insuffisantes.

Modèle des transitions

Le modèle de la théorie des transitions (51) développé par A.I. Meleis, ([Cf. Annexe 12 p.119](#)), permet de lier les événements « déclencheurs de changement », les propriétés expérientielles de la transition (durée, prise de conscience, moments critiques) ainsi que les conditions personnelles, communautaires, sociétales qui influencent le processus. Il est alors mis en évidence que la transition adhère à une dynamique interactionnelle où les ressources disponibles modulent les réponses au changement.

Ces réponses transitionnelles peuvent conduire à une adaptation positive (résultats menant la personne à la santé), (51), déterminée par une maîtrise progressive des rôles et de la reformulation identitaire. Elles peuvent également mener à une adaptation négative (résultats menant la personne à la vulnérabilité ou au risque), (51), lorsque les ressources sont insuffisantes. Ainsi, l'issue du processus de la transition dépend de l'articulation entre le contexte, les ressources et l'engagement de la personne.

Désormais, la transition peut être analysée à partir de ses caractéristiques propres, la nature du changement, le processus expérientiel et temporel, les ressources mobilisées et les modalités d'adaptation et de reconfiguration identitaire. Toutefois, la transition occupationnelle nécessite une lecture spécifique centrée sur la transformation des engagements quotidiens.

Ces transformations des rôles, de l'identité et des équilibres personnels s'incarnent dans les manières d'agir, l'organisation du quotidien et les engagements occupationnels. C'est dans cette perspective que le concept d'occupation semble être un levier pertinent à approfondir pour la mise en sens de la transition occupationnelle.

Occupation

Fondements de l'identité et de l'engagement

Le concept d'occupation représente un pilier central des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie. Issu du latin « *occupatio* » renvoie à « ce à quoi on est occupé ; activité à laquelle on se consacre » (52), notamment dans l'usage de son temps. Au sens pluriel, les occupations désignent « l'ensemble des activités auxquelles on s'adonne ordinairement » (52) et s'inscrit donc dans le quotidien. Selon la définition de Townsend et Polatajko, rédigée en 2013, l'occupation correspond à « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. » (53). Elle comprend tout ce que la personne fait pour prendre soin d'elle-même (soins personnels), contribuer à la société (productivité) et prendre plaisir à la vie (loisirs) (53). L'occupation n'est pas seulement une action observable, elle est également porteuse de sens, culturellement contextualisée et propre à chaque individu. Elle est donc « idiosyncrasique », (53).

Les auteurs Taylor et Kielhofner (53), ont décrit l'occupation révèle que l'occupation participe à la construction de l'identité. Elle existe dans un contexte temporel, psychique et socioculturel. Elle est vectrice de sens et d'appartenance.

Formes d'occupation : solitaire et co-occupation

L'occupation peut être réalisée seule ou avec autrui. En effet, l'étude de Pickens, Pizur et Barnekow (54), distingue l'occupation solitaire de la co-occupation, celle-ci impliquant une ou plusieurs personnes. Le modèle de la co-occupation repose sur trois dimensions interdépendantes : « le partage de la physicalité, l'émotivité et l'intentionnalité » (54). Selon Mahoney et Roberts, la physicalité partagée correspond au « partage de mouvements physiques » (53). Il peut s'agir de soutien, d'une assistance, d'un ajustement réciproque des gestes ou encore de l'échange d'un objet. Ensuite, l'émotivité partagée. Elle se produit « lorsqu'une personne est réciproquement sensible au ton émotionnel de l'autre » (53) et y répond de manière réciproque. Le plaisir partagé, la synchronisation affective ou la résonance émotionnelle en sont des exemples. Puis, l'intentionnalité partagée renvoie à « une implication du rôle et de l'objectif de l'autre personne pendant l'engagement dans la co-occupation » (53). Les personnes ont donc un but commun ou coordonnent leurs intentions pour la réalisation d'une activité spécifique. L'Australienne Karline Doidge catégorise quatre formes de co-occupations (55) ; « Faire avec » (concerne les co-occupations en coopération et comprends

plusieurs interactions), « Faire pour » (concerne les co-occupations partagées, les soins pour l'enfant ainsi que quelques interactions), « Faire à côté de » (concerne les co-occupations parallèles, réalisées seul.e mais à côté du bébé, avec des interactions occasionnelles ou une activité sous supervision), « Faire à cause de » (concerne les responsabilités, les co-occupations réalisées seul.e sans interaction avec l'enfant). La co-occupation met en lumière la dimension transactionnelle de l'occupation. En effet, elle s'inscrit dans une dynamique relationnelle où s'articulent la personne-environnement et l'activité, (53).

Le système organisé de l'occupation

L'occupation se développe au croisement de plusieurs dimensions personnelles et environnementales, définit par Townsend et Polatajko (53). Les auteurs J-M. Caire et G. Poriel présente différents modèles théoriques permettant d'en analyser la complexité. Comme le modèle de développement humain – processus du handicap, (MDH-PPH), (2010), (56), explore les facteurs identitaires et les habitudes de vie, ([Cf. Annexe 13 p.119](#)). En suivant, le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, (MCREO), (2013), (53) analyse les dimensions affectives, cognitives, physiques et spirituelles,), ([Cf. Annexe 14 p.120](#)). Enfin, le modèle du modèle de l'occupation humaine, (MOH), (2017), (57), questionne la volition, l'habituatation et les capacités de performance, ([Cf. Annexe 15 p. 120](#)). Toutefois, il existe d'autres modèles conceptuels ergothérapeutiques d'analyse des situations occupationnelles permettant d'aborder les occupations sous différents angles ; comme le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (58), le modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO) (58), le modèle canadien de la performance occupationnelle et de l'engagement (CMOP-E) (59), le modèle transactionnel de l'occupation (MTO) (58), le modèle systémique (58)... L'occupation s'organise autour de grands domaines : soins personnels, productivité, loisirs ou habitudes de vie selon les cadres mobilisés. Elle structure le quotidien, organise les routines et soutient l'équilibre occupationnel. Townsend et Polatajko rappellent que « la santé et le bien-être des individus exigent une variété d'occupations productives et divertissantes, des loisirs » (53).

Développement, environnement et adaptation

L'occupation se déploie dans divers environnements : physiques, sociaux, culturels et institutionnels et peuvent être analysés à différents niveaux : micro, méso, exo et macro. Le niveau micro concerne les aspects personnels et immédiats, le niveau méso intègre les groupes sociaux et réseaux de proximité, le niveau exo englobe les organisations sociales et

communautaires enfin, le niveau macro inclut les valeurs sociales et culturelles (53). Ces niveaux conditionnent les possibilités d'engagement et influencent le parcours occupationnel des individus.

Les sciences de l'occupation considèrent l'être humain comme un « être occupationnel » (53). En ce sens, chaque personne développe, au fil du temps et des événements particuliers, un « profil occupationnel » ou « répertoire occupationnel » (53). Il est unique, évolutif et sensible aux « fluctuations de la vie » (53).

De ce « profil occupationnel » découle un « développement occupationnel » (53) qui reflète un processus de transformation des occupations à travers le temps. Il peut accompagner la croissance ou être consécutif à la maturation de la personne, ou résulter d'événements de vie et de modifications environnementales.

Ensuite, le développement occupationnel mobilise « l'adaptation occupationnelle » (53) représentant la « construction progressive d'une identité positive et la mise en œuvre de ses compétences » (53) dans son environnement, selon Kielhofner et Taylor (53). L'adaptation occupationnelle repose sur trois dimensions de l'agir : les « habiletés occupationnelles, la performance occupationnelle et la participation occupationnelle » (53) par le biais du savoir-agir, vouloir agir et pouvoir-agir. L'adaptation occupationnelle s'actualise via l'engagement effectif de la personne dans ses activités de la vie quotidienne, son emploi et ses loisirs. Elle façonne l'identité, la compétence occupationnelle et le soutien la socialisation : tous bénéfiques à l'adaptation transitionnelle. Il existe également le modèle d'adaptation occupationnelle, (MAO), (60). Ce modèle conceptuel est basé sur trois notions : la personne (en comprenant les systèmes sensorimoteurs, cognitifs et psychosociaux) qui tend vers un comportement adaptatif maîtrisé, l'environnement occupationnel (travail, soins personnels, loisirs) comprenant des dimensions physiques, sociales et culturelles exigeant une adaptation et une « maîtrise relative ». Il s'inscrit dans une approche holistique de la réponse occupationnelle de la personne (61). Ces sous-concepts sont intéressants et éclairent les enjeux autour des occupations, une carte conceptuelle des sous-concepts et leurs interactions est présentée en annexe, ([Cf. Annexe 16 p.121](#)). Ces modifications de l'identité peuvent correspondre à des phases transitionnelles durant lesquelles le répertoire occupationnel est expérimenté et peut nécessiter une réorganisation, une adaptation occupationnelle.

Transition occupationnelle

Les occupations évoluent progressivement ou de manière brutale. Lorsqu'un événement modifie le répertoire occupationnel, qu'il s'agisse d'une réorganisation, d'un déplacement ou d'une perte, il est possible d'évoquer la transition occupationnelle.

Selon Townsend et Polatajko, la transition occupationnelle est « le moment où se produit le déplacement d'une occupation spécifique ou d'un groupe d'occupations différentes. » (53). Elle peut être de nature développementale, situationnelle ou imposée. Ensuite, la « perte occupationnelle » (53) semble également centrale, dans la mesure où elle prend en compte un type de transition occupationnelle et renvoie à ce que les auteurs Townsend et Polatajko (53), nomment la « rupture occupationnelle ». Elle peut être imposée et imprévue, temporaire pour une personne ou un groupe (licenciement, chômage) ou définitive (invalidité, réfugiés politiques) ou progressive sur du long terme (maladie évolutive ou chronique).

À la croisée du concept de transition et des apports des sciences de l'occupation, la transition occupationnelle peut être comprise comme un processus de reconfiguration des engagements quotidiens, impliquant à la fois une transformation des rôles, des relations et des environnements.

Dans le cadre de ce travail, l'analyse de la transition occupationnelle s'appuiera sur six dimensions théoriques issues de l'articulation entre transition et sciences de l'occupation. La nature du changement occupationnel, ce qui correspond à la modification, la perte ou la réorganisation du répertoire occupationnel. La reconstruction identitaire, dans la mesure où les occupations composent un support central de l'identité. La dimension relationnelle à travers l'évolution des co-occupations et des interactions. Le cadre environnemental, indiquant l'influence des contextes micro, méso, exo et macro sur les possibilités d'engagement. L'adaptation occupationnelle qui permet d'analyser les modalités d'ajustements des habiletés, de la performance et de la participation. Enfin, la redéfinition de la capacité d'agir mettant en lumière ce que la personne peut, souhaite et parvient à faire dans son environnement.

Enfin, la transition ne transforme pas uniquement les rôles sociaux, elle implique une transformation concrète des occupations, qu'elles soient individuelles ou co-occupées. Ainsi, une modification des relations peut également entraîner une évolution des co-occupations et, par conséquent, affecter l'identité et le sentiment d'appartenance.

Si la transition agit sur les rôles et l'identité, l'occupation constitue le support concret au quotidien. Alors, toute transition de vie implique nécessairement une reconfiguration du profil occupationnel.

En cette perspective, la transition occupationnelle aborde ce que la personne réalise, mais précisément ce qu'elle a la possibilité de faire, ce qu'elle veut faire et comment elle y parvient dans son environnement (les conditions). Elle ouvre ainsi la réflexion vers le concept de capacité d'agir, entendu comme pouvoir d'agir, autonomie et participation, des dimensions essentielles pour comprendre les enjeux d'engagement occupationnel en contexte de transition.

1.8.2 La capacité d'agir

Human Agency – Capacité d'agir

La capacité d'agir est la traduction francophone du concept « human agency » (62) développé par Bandura. Au sein de la théorie socio-cognitive de Bandura, les êtres humains sont considérés comme des « agents d'expériences » (62). Selon ce dernier, être un « agent » (63) représente une personne qui réalise des actions intentionnelles qui vont provoquer l'arrivée d'événements. Puis, « l'agentivité » prend en compte « les capacités, les systèmes de croyances, les compétences autorégulatrices ainsi que les structures et les fonctions distribuées au travers desquelles s'exerce l'influence personnelle » (63). Selon la théorie, l'agentivité joue un rôle dans le développement personnel et la capacité à s'adapter aux situations et au cours du temps (63). Bandura explique également que les individus ne sont pas uniquement façonnés par des mécanismes internes influencés par leur environnement. Alors, il met en avant que les recherches sur le développement du cerveau montrent que l'action dite « agentique » (63) a de l'effet sur « l'exploration, la manipulation et l'influence de leur environnement » (63). En effet, la régulation de la motivation et les activités effectuées permettent aux individus de créer des expériences qui modulent le substrat neurobiologique fonctionnel de compétences variées. Bandura affirme que l'être humain peut être « agent » ou « acteur » de son développement, car il est capable d'agir sur les contextes dans lesquels il évolue afin d'accomplir « les tâches et atteindre les objectifs qui donnent un sens, une direction et une satisfaction » à sa vie (62). Ainsi, l'agentivité est constituée d'un « système agentique » (62), autrement dit une structure fonctionnelle de l'action. Ce système intègre les capacités à initier des actions, orienter les conduites vers des buts, réguler les comportements, modifier l'environnement et la transformation intérieure. Bandura précise également qu'elle implique une « capacité de

contrôle perçu et effectif » (64) sur la vie en reposant sur des mécanismes cognitifs, rendant possibles l'anticipation, la planification, l'évaluation et l'ajustement des actions. En somme, la capacité d'agir peut se définir comme la capacité d'une personne à « exercer une influence intentionnelle » (62), autorégulée et réfléchie sur ses actions et sur les contextes dans lesquels elles s'inscrivent afin de façonner son parcours de vie.

Propriétés fondamentales de l'agentivité humaine

Bandura identifie quatre propriétés fondamentales au sein de sa théorie sociocognitive sur la capacité d'agir. Premièrement, la capacité d'agir inclut la capacité à formuler des intentions menant à favoriser l'engagement dans les plans d'action (62), traduits par l'intentionnalité. Elle n'est plus seulement un désir, mais relève une projection volontaire vers un futur souhaité par la personne. Elle implique aussi un engagement des comportements et actions en cohérence avec la projection. L'intentionnalité peut faire écho à une perspective occupationnelle dans la mesure où la personne choisit une occupation, décide de s'y engager et investit une activité dans le cadre d'un projet. L'intentionnalité reflète la dimension proactive de la personne.

Ensuite, une des propriétés de la capacité d'agir est la prévoyance. Elle correspond à la capacité d'anticiper les conséquences de ses actions et de se projeter. En effet, Bandura souligne que l'orientation des actions des individus dépend des « résultats anticipés » (62). La prévoyance est possible grâce aux capacités de planification, de l'établissement de buts et à la motivation par la projection (62). Dans le cadre d'une transition occupationnelle, cette dimension paraît essentielle. La personne peut se représenter un nouvel horizon occupationnel possible, envisager de nouvelles formes d'engagement et anticiper les effets sur sa vie. La prévoyance peut soutenir la continuité identitaire dans le changement.

Dans la suite, l'autorégulation est un fondement de l'agentivité. Elle implique la capacité à s'auto-observer, s'auto-évaluer et ajuster ses comportements. Les individus ne sont pas seulement réactifs aux stimuli environnementaux, selon Bandura (62). Ils sont aussi capables de réguler leur conduite en fonction d'attentes internes (62). L'autorégulation comprend la fixation de buts, le contrôle de la progression, l'ajustement stratégique et la persévérance. Au sein d'une transition, l'autorégulation peut favoriser le maintien de l'engagement malgré les doutes, l'adaptation des occupations face aux nouvelles contraintes et la préservation d'un sentiment de cohérence personnelle.

En suivant, la capacité d'introspection concernant les capacités, les croyances et les expériences vécues, de « réfléchir sur soi », nommé « réflexivité » (62). Bandura évoque ainsi, la faculté

d'analyser ses pensées, d'en corriger le jugement (perception de soi) et son propre positionnement (64). La réflexivité est fondamentale dans le processus de transition, elle joue un rôle dans la reconstruction identitaire, la reconfiguration des rôles et du sens accordé aux occupations.

Self-efficacy - efficacité personnelle

La croyance d'efficacité personnelle est interdépendante avec la capacité d'agir d'après la théorie de Bandura. Elle traduit la conviction que ressent une personne de sa capacité à organiser et exécuter les actions requises pour atteindre un objectif (62), (64). Afin de mieux comprendre leur interdépendance, Bandura met en lumière que la capacité d'agir joue un rôle de structure de l'organisation de l'action (64) et l'efficacité personnelle est le mécanisme qui module son activation. En ce sens, « croyance » influence le choix des activités, le niveau d'engagement, la persévérance et la résilience face aux obstacles (64). Sans perception d'efficacité personnelle, la capacité d'agir peut rester opérationnelle sur un plan structurel, mais son activation comportementale peut être entravée. Dans le cadre d'une transition occupationnelle, la perte occupationnelle peut fragiliser le sentiment d'efficacité personnelle, tandis que le développement de nouvelles compétences peut restaurer la capacité d'agir.

Formes d'agentivité

Bandura distingue trois modes d'agentivité (62) : l'agentivité personnelle, qui signifie la capacité d'agir directement sur sa propre vie. Ensuite, l'agentivité par procuration, c'est-à-dire la capacité à mobiliser d'autres personnes pour agir à sa place (professionnels, institution, entourage). Puis, l'agentivité collective, qui définit la capacité d'un groupe à agir ensemble vers un objectif commun.

Capacité d'agir et environnements

Au sein de la théorie sociocognitive écrite par Bandura, il identifie un principe nommé « déterminisme réciproque triadique » (62) où les facteurs personnels (cognitifs et affectifs), les comportements et l'environnement interagissent entre eux. De ce fait, la capacité d'agir n'est pas une forme d'autonomie isolée, mais représente une interaction dynamique avec l'environnement dans laquelle elle s'inscrit, une capacité modulable par les ressources contextuelles et une faculté contextualisée, située (62). Ce principe indique que la capacité d'agir naît d'une dynamique transactionnelle où la personne agit sur son environnement tout en étant influencée par celui-ci.

Enfin, la conceptualisation de la capacité d'agir par Bandura (63), (62), (64), éclaire un processus dynamique où la personne exerce une « influence intentionnelle » (62) sur son parcours de vie à travers des mécanismes cognitifs d'anticipation, de régulation et de réflexivité en interaction avec l'environnement. Sous le prisme occupationnel, elle peut constituer un levier fort pour comprendre comment les individus traversent, adaptent et reconstruisent leurs engagements occupationnels au cours des transitions de vie.

1.8.3 La vulnérabilité

Vulnérabilité et « situation de vulnérabilité » : approche contextuelle

La vulnérabilité est un concept fréquemment mobilisé dans les sciences sociales et en santé publique. Elle ne représente pas seulement une fragilité individuelle ou un déficit intrinsèque, mais semble plutôt désigner une condition d'exposition accrue à des risques ou à des instabilités dans un contexte donné. Ainsi, il semble important de clarifier ce concept pour éclairer le contexte de ma recherche.

Les travaux sociologiques contemporains abordent la vulnérabilité comme une zone d'instabilité contextualisée entre intégration et exclusion pouvant être causée par une fragilisation des rapports sociaux, économiques et relationnels (65). En effet, Robert Castel met en évidence que la position d'intermédiaire et évolutive de la vulnérabilité dans un système social dépend des ressources disponibles et des protections collectives. En santé publique, la vulnérabilité est davantage discutée. Le rapport de l'institut national de santé publique du Québec (66) alerte que l'usage de « populations vulnérables » peut conduire à des effets « d'étiquetage » et à une « homogénéisation » inadaptée de situations hétérogènes. Il propose alors de considérer la vulnérabilité comme le résultat d'une interaction entre caractéristiques individuelles, conditions sociales et environnements, ainsi produisant une exposition accrue aux risques (66) et une capacité réduite à y faire face.

En complément, il est recommandé de faire l'usage du terme : personne / groupe en situation de vulnérabilité d'après (67), (68). Cette terminologie tend à éviter la généralisation et rappelle que les fragilités sont liées à des contextes spécifiques. Les analyses diffusées par (67) mettent en évidence que les vulnérabilités sociales proviennent de la combinaison de facteurs tels que la précarité économique, l'isolement relationnel ou l'instabilité professionnelle. Il est indiqué que la situation de vulnérabilité peut être contextuelle et/ou temporaire. Ces études s'accordent dans les vulnérabilités multiples pouvant être combinées (67), (68), [\(Cf. Annexe 17 p.121\)](#).

Ainsi, aborder la situation de vulnérabilité revient à considérer que certaines configurations – handicap (notamment psychique), troubles psychiques, précarité, isolement social, monoparentalité, facteurs culturels ou migratoires – peuvent fragiliser les ressources mobilisables sans pour autant définir la personne dans son ensemble. Cette approche vise à maintenir une perspective dynamique, non stigmatisante et attentive aux interactions entre conditions de vie face aux exigences d’une situation donnée et possibilités d’action.

Processus dynamique et multidimensionnel

Les sciences sociales mettent en avant le caractère multidimensionnel du concept. L’analyse de Sylvia Becerra (69) montre que la vulnérabilité ne peut être comprise indépendamment des environnements dans lesquels elle s’inscrit. Elle résulte d’une interaction entre exposition à un risque, sensibilité à ce risque et capacité de réponse. En ce sens, les apports de Robert Castel (65) affirment que la vulnérabilité doit être envisagée comme un processus relationnel et contextuel et non comme un état unique de fragilité individuelle. Elle se construit dans l’articulation entre trajectoire biographique, conditions matérielles et réseaux de soutien.

Dans cette perspective éthique et relationnelle, Judith Butler conceptualise la vulnérabilité comme une « condition humaine partagée » (70). Elle renvoie à notre exposition fondamentale aux autres, à notre dépendance relationnelle et à l’interdépendance qui structure les existences humaines (70). Certaines situations de vie, telles que la naissance ou la parentalité, rendent particulièrement visibles ces dimensions, en intensifiant les besoins de soutien et les dynamiques d’attachement. Elle est également repérable dans les situations de dépendance et de soin. L’approche de Martha Nussbaum complète cette vision à travers la théorie des capacités (71). Selon elle, si la fragilité humaine fait partie de la condition humaine, les possibilités réelles d’agir varient selon les environnements et les ressources accessibles. L’approche par les capacités développée par Martha Nussbaum (71) définit les capacités comme les « possibilités réelles » dont une personne dispose pour choisir, réaliser et maintenir les modes de vie significatifs pour elle-même. Il ne s’agit pas uniquement de compétences individuelles, mais de libertés réelles dépendant des conditions sociales et environnementales. Les capacités sont liées à l’articulation entre pouvoir d’agir individuel et opportunités offertes par le contexte. La vulnérabilité se comprend alors comme une réduction ou une entrave des « capacités effectives » (71) liées à des conditions sociales, économiques ou relationnelles spécifiques. Elle ne supprime pas totalement la capacité d’agir, mais peut en restreindre l’expression.

Ainsi, envisager la vulnérabilité comme un processus dynamique et multidimensionnel permet de prendre en compte à la fois ; la dimension universelle et relationnelle de la fragilité humaine, l'influence déterminante des contextes de vie et le caractère fluctuant des ressources mobilisables au cours du temps.

Dans le cadre de la transition parentale, cette lecture apparaît particulièrement pertinente. L'arrivée d'un enfant constitue un moment de réorganisation identitaire, occupationnelle et relationnelle pouvant accentuer certaines fragilités préexistantes ou en faire émerger de nouvelles. Toutefois, ces situations ne définissent pas les parents dans leur identité. Elles traduisent une configuration spécifique d'interactions entre ressources individuelles et environnementales.

Facteurs de situations de vulnérabilité

Les situations de vulnérabilité peuvent émerger de l'articulation de multiples facteurs.

Au niveau des facteurs personnels, la situation de handicap peut constituer un élément vulnérabilisant, notamment lorsque les environnements ne sont pas adaptés ou lorsque les ressources de compensation sont insuffisantes. Or, le handicap ne constitue pas en soi une vulnérabilité, mais peut le devenir lorsque les barrières environnementales entravent la participation et limitent l'accès aux ressources. En considérant la thématique de la recherche, de la revue de littérature et des recherches théoriques, le handicap psychique et les troubles psychiques occupent une place particulière. En effet, les troubles anxieux, dépressifs, les troubles de l'humeur ou les pathologies psychiatriques peuvent fragiliser la régulation émotionnelle, la projection dans l'avenir, l'organisation quotidienne ou le sentiment d'efficacité personnelle. Dans ces configurations, la situation de vulnérabilité peut provenir autant des symptômes que des représentations sociales, de la stigmatisation et des difficultés d'accès aux soins.

Ensuite, les facteurs psychosociaux et économiques sont également des déterminants majeurs. La précarité financière, l'instabilité professionnelle, l'isolement social, la monoparentalité, les parcours migratoires, les barrières linguistiques ou culturelles peuvent fragiliser les soutiens sociaux et limiter l'accès aux ressources formelles et informelles (69), (68), (70), (66). Ces dimensions interagissent entre elles et peuvent se cumuler, produisant ainsi des trajectoires marquées par une exposition aux risques.

En complément, le champ de la santé publique, l'institut national de santé publique du Québec (66), insiste sur l'importance d'identifier non seulement les facteurs individuels, mais également les déterminants structurels contribuant aux situations de vulnérabilités. Cette approche évite de réduire la vulnérabilité à une caractéristique personnelle et invite à considérer les contextes institutionnels, socioculturels et politiques.

Vulnérabilité et transitions de vie

Les situations de vulnérabilité résonnent lors des périodes de transition de vie. Les travaux en sciences sociales (65) soulignent que certaines périodes du parcours de vie peuvent accentuer l'exposition aux risques en raison de transformations identitaires, relationnelles et organisationnelles. En ce sens, les périodes de reconfiguration des rôles, des responsabilités et des engagements quotidiens peuvent rendre plus impactantes les fragilités préexistantes ou révéler de nouvelles tensions. Dans ces contextes, la vulnérabilité ne correspond pas nécessairement à une incapacité, mais à une mise à l'épreuve des ressources disponibles. Ainsi, la notion de « situation de vulnérabilité » permet de penser conjointement à la pluralité des facteurs (handicap, troubles psychiques ou cognitifs, précarité, isolement, conditions socioculturelles), leur caractère interactionnel et évolutif et l'influence des environnements sur l'exposition et la capacité de réponse.

Cette conceptualisation offre un cadre cohérent pour analyser les conditions dans lesquelles l'exercice des rôles parentaux et l'organisation des engagements quotidiens peuvent être vulnérabilisés tout en intégrant les ressources et les capacités d'agir des personnes concernées. Dans cette perspective, la situation de vulnérabilité peut influencer la manière dont les parents investissent, organisent et priorisent leurs occupations quotidiennes, en modulant leurs possibilités d'engagement et leur sentiment d'efficacité dans le rôle parental.

1.9 Problématisation théorique

La mise en relation des concepts de transition occupationnelle, de capacité d'agir et de vulnérabilité donne naissance à des articulations théoriques qui méritent d'être interrogées.

Un premier point d'articulation émerge entre la logique de la transition et celle de l'agentivité. Les théories de Meleis (51), (49), et de Schlossberg (50) décrivent la transition comme un processus qui traverse la personne : elle est d'abord envahie, puis déstabilisée, avant de se réorganiser progressivement. Ce processus n'est pas entièrement sous son contrôle et ne se déroule pas de manière linéaire, il peut générer des périodes de déséquilibre occupationnel, durant lesquelles les occupations antérieures sont perturbées sans que de nouvelles ne soient

encore stabilisées. Or, Bandura (62), (63), place l'individu en position d'agent de son propre parcours, donc capable d'anticiper, de réguler et d'orienter ses actions de manière intentionnelle. Ces deux positions semblent diverger : peut-on être à la fois traversé par une transition et pleinement agent de celle-ci ? En contexte périnatal, cette articulation prend une forme concrète. L'arrivée d'un enfant impose des transformations profondes des rôles, des routines et des occupations, tout en supposant que les parents puissent s'y engager activement. La marge de manœuvre entre ce que la transition impose et ce que la personne peut réellement décider et faire reste une zone floue que les théories ne permettent pas de trancher.

Un deuxième point d'articulation concerne le lien entre vulnérabilité et capacité d'agir. Bandura (62), reconnaît que cette dernière peut être entravée lorsque le sentiment d'efficacité personnelle est fragilisé. Or, les situations de vulnérabilité, physique, psychique, sociale ou économique, peuvent réduire la capacité à se projeter, fragiliser l'autorégulation et limiter l'accès aux ressources. Une question apparaît alors : la vulnérabilité fragilise-t-elle la capacité d'agir, ou est-ce l'affaiblissement de la capacité d'agir qui entretient la vulnérabilité ? Ainsi, nous interrogeons directement la possibilité, pour un parent en situation de vulnérabilité, d'exercer une réelle influence sur son engagement occupationnel.

Un troisième point d'articulation porte sur la dimension relationnelle de la transition périnatale. En effet, les sciences de l'occupation montrent que les occupations parentales sont fondamentalement co-occupées : elles s'inscrivent dans une relation, une dyade, une interdépendance. Pourtant, la théorie de Bandura (62), reste centrée sur l'individu. Elle distingue certes une agentivité collective, mais ne permet pas de penser la capacité d'agir comme une construction relationnelle. En comparaison, selon l'approche par les capacités de Nussbaum (71), les possibilités réelles d'agir dépendent des conditions offertes par l'environnement. Ce n'est alors plus seulement la personne qui agit, c'est aussi son contexte qui rend l'action possible ou non. Ainsi, une mise en relation complexe apparaît entre l'agentivité centrée sur l'individu et une agentivité conditionnée par l'environnement, celle-ci ne pouvant être réduite aux seules ressources individuelles.

Ces articulations ne s'annulent pas, elles mettent en évidence une limite commune. Considérées isolément, ces théories ne permettent pas de rendre compte des interactions entre transformation occupationnelle, fragilisation des ressources et engagement parental lorsque le devenir parent s'inscrit dans un contexte de vulnérabilité. Ainsi, c'est dans cet écart perçu, entre les postulats théoriques et la complexité des situations réelles que s'ancre l'enjeu de cette recherche.

1.10 Recontextualisation

L'éclairage de ces différents concepts révèle que les transitions occupationnelles, la capacité d'agir et les situations de vulnérabilité peuvent interagir dans les parcours des personnes.

Ces concepts s'articulent de manière singulière lors des transitions de vie où le quotidien subit des transformations importantes. En contexte périnatal, une réorganisation significative des occupations, rôles et routines du ou des parents s'opère. Dans ce cadre, plusieurs questionnements émergent.

Comment le ou les parents vivent-ils cette transition occupationnelle vers le processus de la parentalité ? Comment les transformations du quotidien liées à l'arrivée d'un enfant influencent-elles l'engagement des occupations parentales ? Lorsqu'un ou les parents se trouvent en situation de vulnérabilité, comment ces situations peuvent-elles influencer leur capacité à mobiliser leurs ressources et à s'engager dans ces nouvelles occupations ?

Par ailleurs, comment la capacité d'agir du ou des parents se manifeste-t-elle au cours de cette période de transition ? Dans quelle mesure certaines situations de vulnérabilité peuvent-elles fragiliser ou limiter cette capacité d'agir ? À l'inverse, comment cette capacité d'agir peut-elle soutenir l'adaptation face aux transformations occupationnelles associées à la parentalité ?

Dans ce contexte, quelle peut être la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du ou des parents au cours de cette période ? L'ergothérapie en tant que discipline ancrée dans les sciences de l'occupation, peut-elle soutenir l'engagement du ou des parents dans leurs occupations parentales ? Puis, dans quelle mesure l'accompagnement ergothérapique peut-il contribuer à soutenir leur capacité d'agir face aux transformations du quotidien liées à la parentalité ? Enfin, quelle est aujourd'hui la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement du ou des parents au cours de la période périnatale, notamment lorsqu'ils se trouvent en situation de vulnérabilité ?

A la suite de la recontextualisation, la question de recherche est la suivante :

Dans le cadre de situations de vulnérabilité, comment l'ergothérapeute accompagne-t-il la transition occupationnelle vers la parentalité afin de soutenir la capacité d'agir du ou des parents ?

Ainsi, l'objet de recherche est :

Étude de l'accompagnement ergothérapeutique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité.

2 Matériel et méthode

2.1 Le choix de la méthode de la recherche

Notre objet de recherche porte sur l'accompagnement ergothérapeutique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité. Il s'agit d'une recherche qualitative à visée exploratoire, sans à priori. À ce titre, nous avons retenu la méthode clinique pour plusieurs raisons. Premièrement, son ancrage épistémologique s'inscrit dans un paradigme du biologisme basé sur le subjectivisme (72), ce qui est cohérent avec notre volonté de recueillir le vécu singulier des ergothérapeutes et le sens qu'ils attribuent à leur pratique. En effet, la méthode clinique apprécie l'unicité du sujet et ses interactions, la complexité humaine, l'écoute des phénomènes, la vérité du sujet, les savoirs d'expérience et l'imprévisibilité (73). Des aspects centraux dans l'exploration d'un accompagnement professionnel encore peu documenté. Elle vise par ailleurs à proposer une régulation des théories attendues au regard d'un phénomène étudié en facilitant un débordement de l'attendu théorique afin de découvrir dans le discours du sujet des éléments imprévisibles alimentant le phénomène (72).

Ensuite, cette approche s'impose, car nous ne disposons pas de suffisamment de données sur ce sujet spécifique. Elle est précisément indiquée lorsqu'il s'agit de découvrir le contenu de la singularité et des particularités d'un groupe (72). Nous ne souhaitons pas sélectionner une méthode expérimentale ou différentielle, car nous n'émettons pas d'hypothèses, ni ne souhaitons décrire des variables différentielles dans cette étude.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de clinique casuistique, qui consiste à relever ce qui dans la particularité d'un sujet donné, peut éclairer quelque chose de plus large sur la manière dont les gens pensent. L'objectif est d'analyser des cas individuels pour comprendre des enjeux collectifs (72). Elle vise à recueillir le vécu et analyser le discours des ergothérapeutes concernant leur expérience d'accompagnement et le sens de leurs actions. À travers ces récits, nous souhaitons explorer comment ils soutiennent la capacité d'agir des

parents dans un contexte de vulnérabilité, notamment lors de la transition occupationnelle vers la parentalité.

D'ailleurs, la méthode clinique est régie par différents principes éthiques, comme ne pas aller au-delà de ce que veut bien livrer le sujet qui pourrait mener à un vécu d'intrusion (74) et respecter le rythme d'élaboration du sujet. Cette vigilance s'inscrit dans un cadre de respect, d'éthique et de cadre législatif auquel notre recherche adhère.

2.2 La population cible

La population interrogée dans le cadre de cette enquête répond à divers critères.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Ergothérapeute diplômé.e. depuis plus d'un an, afin d'avoir un recul vis-à-vis de la profession.
- Travaillant ou ayant travaillé auprès d'un public vulnérable (situation de handicap psychique, sensoriel, cognitif et/ou moteur, minorité ethnique, monoparentalité, précarité) ayant un désir de parentalité ou déjà parent.s.
- 6 mois d'expérience minimum dans ce domaine est requis, notamment en raison de l'émergence de cette pratique, tout en ayant une expérience pertinente pour la recherche.
- Ergothérapeutes francophones.

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :

- Ergothérapeute n'intervenant pas auprès d'un public vulnérable ayant un désir de parentalité ou déjà parent.s.
- Ergothérapeute ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans ce domaine concernant un potentiel manque de connaissance et d'expérience.

2.3 Les sites d'exploration

Les ergothérapeutes ciblés exercent au sein de dispositifs d'accompagnement à la parentalité ou ont soutenu un projet de parentalité auprès d'un service différent, comme cela peut être le cas en cabinet libéral, en structure comme les SMR, SAMSAH, établissement adulte, pédiatrique, et/ou au sein d'associations. Les ergothérapeutes francophones sont alors recrutés dans divers territoires : français, suisse, belge et québécois.

2.4 Le cadre réglementaire, législatif et les dispositions éthiques

La recherche réalisée ne relève pas de la loi Jardé (loi n°2012-300 relative aux recherches impliquant la personne humaine (29), car elle ne constitue pas une recherche biomédicale et ne vise pas à tester ou modifier des pratiques de soins.

L'enquête est conforme à la législation renforçant la protection des données personnelles, le Règlement Général sur la Protection des Données européen, (RGPD, UE 2016/679 (30). Cette législation imposant une transparence concernant leur utilisation. Ainsi, le consentement des participants est obtenu afin de recueillir les données et garantir un droit d'accès à celles-ci. En ce sens, l'anonymat et la protection de la vie privée des participants sont fermement garantis : aucune information identifiable ou nominative n'est reproduite, les données sont sécurisées et utilisées exclusivement pour des recherches universitaires. Les enregistrements et notes seront supprimés après la soutenance, conformément aux règles de durée de conservation des données.

Chaque participant reçoit une notice d'information précisant les objectifs, les modalités de l'étude et ses droits, notamment celui de se retirer à tout moment sans justification. Une attestation de confidentialité est également rédigée et doit être signée par le participant, afin d'assurer la transparence et le respect du consentement libre et éclairé. Ce travail s'inscrit dans les principes déontologiques et éthiques de l'ergothérapie³ (31) : le respect de la dignité, de l'autonomie, de la confidentialité⁴ (32), et de la bienfaisance. Et il respecte les dispositions du Code de la santé publique (article R.1110-4) (33), qui concerne le secret professionnel et la divulgation d'informations de santé.

2.5 Le choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données

Notre recherche est qualitative et exploratoire et s'inscrit dans la méthode clinique. Elle porte sur l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité. L'outil de recueil de données doit permettre le partage du vécu et du sens professionnel des ergothérapeutes dans un cadre sécurisant, non jugeant et bienveillant, afin de favoriser la libre expression du sujet. À ce titre, nous écartons l'outil de type questionnaire en raison de l'émergence de ce thème et du nombre restreint de participants cibles qui le rendent inadapté. D'autre part, nous l'écartons, car il ne permettrait pas de recueillir la spontanéité des réponses nécessaire à l'expression du vécu par le sujet. L'observation est également exclue de notre

³ Principes directeurs pour une ergothérapie éthique de la World Federation of Occupational Therapists (2024).

⁴ Association Nationale Française des Ergothérapeutes, règles professionnelles (2019).

recherche, car elle ne porte pas sur l'agir, les actes professionnels de l'ergothérapeute, mais sur le sens qu'il attribue à sa pratique.

La méthode casuistique présentée par Eymard C. (72), nécessite l'audition du discours du sujet à partir d'un cadre théorique lié au phénomène étudié. Ainsi l'entretien est privilégié, il s'inscrit dans le processus communicationnel entre l'enquêteur et le participant et mobilise des éléments essentiels tels que : l'écoute active, la reformulation et la neutralité de l'enquêteur, dans le souci de ne pas influencer le discours de l'interviewé. En considérant que l'entretien n'est pas une situation ordinaire, il implique une rencontre entre deux personnes, créant une relation qui ne sera pas neutre socialement, ni affectivement, car le sujet s'implique et coopère dans la recherche.

Plusieurs types d'entretien sont possibles : libre, non structuré, non directif, semi-directif, guidé et directif. L'objectif est de favoriser l'expression libre du sujet tout en cadrant le discours pour explorer les critères définis de la thématique. Nous ne sélectionnons pas l'entretien directif qui sert à vérifier les hypothèses, car nous n'en émettons pas (74). L'entretien non directif permet au sujet de développer la thématique comme il le souhaite à partir d'une question générale (74).

L'entretien semi-directif est plus structuré que l'entretien non directif et plus flexible que l'entretien dirigé. Il mobilise l'expression libre du sujet tout en s'appuyant sur un guide thématique permettant d'approfondir et récolter des données pertinentes vis-à-vis de l'objet de recherche (74). Ainsi, par le biais de l'entretien semi-directif, nous souhaitons accéder à la perception de l'ergothérapeute quant à son accompagnement et la capacité d'agir parentale, lors de la transition occupationnelle vers la parentalité.

Avantages et inconvénients

Avantages

L'entretien semi-directif favorise l'expression libre du sujet tout en maintenant un cadre thématique structuré grâce au guide d'entretien et aux possibilités de relance thématique (75). Il permet d'analyser le sens que le sujet donne à sa pratique professionnelle (76) et d'accéder à la dimension subjective de l'expérience exprimée de façon explicite ou implicite : représentations, valeurs, émotions du sujet par l'entretien compréhensif (77) en semi-directif. Cette perspective est cohérente avec notre approche clinique et exploratoire. Cette modalité assure la comparabilité des données entre les participants tout en rendant possible l'émergence de thèmes non anticipés (76).

Inconvénients

La rigidité du guide d'entretien peut constituer une limite, d'après Kaufmann « la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur » (78). L'introduction de sous-thèmes peut rompre la dynamique du discours du sujet (76). En parallèle, la qualité de l'entretien dépend également de l'attitude empathique et réflexive de l'enquêteur, (79) selon Kaufmann. De plus, le processus chronophage de retranscription, d'analyse et d'interprétation des données nécessite un investissement important (80). Enfin, la présence d'un risque de biais du chercheur par la standardisation importante des questions peut entraîner une « non-personnalisation des réponses » produisant alors un matériel empirique appauvri selon Gotman (81).

2.6 L'anticipation de biais

Les biais éventuels au sein de notre enquête sont anticipés afin de mieux les contrôler.

Les biais de subjectivité : La thématique de la parentalité en situation de vulnérabilité peut être émotionnellement chargée. Afin de limiter toute influence involontaire sur le discours des participants, le guide d'entretien a été construit avec des questions ouvertes, permettant à l'ergothérapeute de développer librement ses réponses. Une attention particulière est portée à l'intonation et à la formulation des relances lors des entretiens, afin de ne pas orienter les réponses vers une direction attendue.

Les biais de sélection : les ergothérapeutes qui acceptent de participer à cette enquête sont probablement déjà sensibilisés à la transition occupationnelle vers la parentalité. Cette notion peut ne pas refléter la diversité réelle des pratiques, c'est pourquoi des critères d'inclusion et d'exclusion sont définis pour limiter ce risque. Ces critères visent à diversifier les contextes de pratique représentés dans l'enquête et à ne pas restreindre l'échantillon aux seuls ergothérapeutes déjà sensibilisés à cette thématique.

Les biais méthodologiques : La réalisation d'entretiens tests a permis de simplifier une question du guide d'entretien avant le recueil de données. La retranscription intégrale des entretiens sous forme de verbatim garantit un ancrage dans les propos réels des participants lors de l'analyse. Une grille d'analyse verticale conduite entretien par entretien, puis une analyse horizontale croisant l'ensemble des entretiens permettent de structurer l'interprétation et de limiter les erreurs de lecture.

Les biais affectifs et cognitifs : Notre intérêt pour la thématique peut nous amener à interpréter les propos des ergothérapeutes dans le sens de nos représentations préexistantes de ce que pourrait être un « accompagnement de qualité ». Ainsi, la construction d'une grille d'analyse définie à partir des données vise à limiter le biais de confirmation. L'analyse verticale réalisée pour chacun des entretiens avant toute mise en relation permet de rester au plus près du discours de chaque participant avant d'en dégager des tendances thématiques transversales.

Les biais socioculturels et de désirabilité sociale : Une posture non jugeante et bienveillante est maintenue tout au long des entretiens, cohérente avec le cadre clinique de l'ergothérapie. Le recours à l'enregistrement audio et à la retranscription intégrale permet de s'appuyer sur les propos exacts des participants plutôt que sur une restitution mémorisée, réduisant ainsi les réinterprétations a posteriori.

2.7 La construction de l'outil théorisé de recueil de données

A la suite du choix de l'entretien semi-directif de type compréhensif comme outil de recueil de données, une grille d'entretien est construite, ([Cf. Annexe 18 p.122](#)), à partir du cadre théorique établi, ([Cf. Annexe 9 p.118](#)), au regard des critères de la méthode casuistique. Les thématiques retenues sont organisées en critères issus des références théoriques et visent à explorer : *la transformation du quotidien parental, les obstacles et ressources dans ces situations, les manifestations concrètes de la capacité d'agir, les modalités d'intervention et les effets de l'accompagnement*. Cette structure permet de cadrer les échanges tout en laissant au sujet la liberté de s'exprimer afin de faire émerger son vécu et le sens professionnel qu'il accorde à la thématique.

Une notice d'information et un formulaire de consentement sont transmis en amont de l'entretien lors de la prise de contact, afin de mieux cerner l'objectif de l'enquête, la thématique et le profil des participants, ([Cf. Annexe 19 p. 123](#)).

2.8 Le choix des outils de traitement et d'analyse des données

Les entretiens sont enregistrés avec un dictaphone et se sont déroulés en visioconférence via les applications Google Meet® et Teams® pour des raisons géographiques. Ensuite, la retranscription mobilise l'outil Notta® et bénéficie d'une relecture manuelle avec l'outil Word®. Elle permet de vérifier la fidélité du discours et d'être attentif aux silences, hésitations et expressions employés.

Le choix de l'outil d'analyse des données porte sur l'analyse thématique permettant le repérage, le regroupement et l'interprétation des thèmes issus des discours (82). Cette analyse s'inscrit

dans l'approche de la méthode clinique casuistique. D'une part, l'analyse permet une lecture individuelle et descriptive de chaque entretien, centrée sur le contenu explicite du discours de chaque ergothérapeute (82), (72). D'autre part, l'analyse horizontale facilite la comparaison transversale des discours entre les participants d'un même thème (82).

Enfin, la confrontation des analyses conduit à l'identification du prévisible au regard des critères théoriques définis, puis met en lumière les éléments divergents et émergents en cohérence avec la méthode casuistique (72).

2.9 Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche a été testé auprès d'une cohorte d'entraînement composée de deux participantes avant sa mise en œuvre. Dans l'objectif de vérifier la clarté et la compréhension des questions, la première participante est une professionnelle non issue du domaine. Ensuite, la seconde participante, ergothérapeute répondant aux critères d'inclusion et exerçant dans le champ spécifique de la thématique, permet la vérification de la faisabilité et de la validité du dispositif.

Un seul ajustement a été opéré : la simplification d'une question portant sur la transformation du quotidien parental, dont la formulation initiale était trop complexe, par la suppression de certains termes pour en améliorer la fluidité. Aucune autre modification du dispositif n'est réalisée, ce qui confirme la pertinence et la solidité de la grille.

La richesse de l'entretien mené auprès de l'ergothérapeute répondant aux critères permet son intégration au corpus d'analyse.

2.10 Le déroulement de l'enquête

Le recrutement des ergothérapeutes a été effectué par l'envoi de mails ciblés diffusant un appel à participation auprès d'ergothérapeutes connus, de dispositifs d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap et d'associations professionnelles. Dans un second temps, un appel à participation via les réseaux sociaux comme LinkedIn® a été diffusé. Au total, quatre participants ont été retenus. Une fois la prise de contact réalisée par courriel et l'acceptation de la passation de l'entretien, nous avons programmé les rendez-vous en fonction des disponibilités de chacun, afin de favoriser un cadre spatio-temporel sécurisant et propice aux échanges. Préalablement à l'entretien, la notice d'information et le formulaire de consentement ont été transmis et tous les entretiens se sont déroulés en visioconférence pour des raisons géographiques. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et vingt minutes.

Lorsque nous avons terminé la totalité des entretiens, nous avons pu commencer le travail de décryptage par la retranscription de ces derniers. A la suite de cela, l'analyse a été effectuée dont le détail est présenté dans la partie suivante.

3 Les résultats

3.1 Analyse des données descriptives

La recherche a retenu un échantillon de quatre ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans le champ de l'accompagnement de la parentalité en situation de handicap. Dans une volonté de respecter la rigueur de la méthode clinique casuistique, sur les cinq entretiens réalisés, un entretien n'a pas pu être retenu pour l'analyse, car plusieurs relances et reformulations ont pu orienter le discours.

Un tableau synthétique de présentation de l'échantillon se trouve en annexe, ([Cf. Annexe 20 p. 124](#)). L'échantillon est composé de trois femmes et d'un homme, âgés entre 30 et 45 ans. Tous sont diplômés d'État en ergothérapie. Les années d'obtention de ce diplôme s'échelonnent de 2009 à 2017, représentant ainsi, des générations de formations différentes. L'expérience professionnelle totale varie de 9 à 16 ans selon les participants.

Ensuite, les contextes d'exercice sont diversifiés : une ergothérapeute a exercé en SAMSAH où la parentalité en contexte de situation de handicap constitue une part des missions de certains suivis durant 7 ans avant d'intégrer un Cap Parents où elle exerce depuis 2 ans. Une seconde ergothérapeute travaille également dans un Cap Parents depuis 6 ans et a exercé pendant 16 ans dans un service de neurologie adulte où elle participait aux consultations « handiparentalité » rattachées à ce service. Un troisième ergothérapeute occupe un poste de référent parcours handicap au sein de l'AFM-Téléthon où l'accompagnement de la parentalité des personnes en situation de handicap est intégré dans son champ d'intervention plus large. Enfin, une quatrième ergothérapeute a exercé pendant environ 3 ans au sein d'un SAPPH avant de quitter la pratique clinique directe depuis un peu plus d'1 an, mais conserve un intérêt particulier pour ce domaine.

Concernant le statut parental, deux ergothérapeutes sont parents, dont une qui est aussi actuellement enceinte, au moment de l'entretien. Deux ergothérapeutes ne sont pas parents. Le statut parental des ergothérapeutes est exploré dans la mesure où l'expérience personnelle de la parentalité est susceptible d'influencer la posture professionnelle, la nature de l'alliance thérapeutique et la compréhension des enjeux occupationnels propres à cette transition. Il ne s'agit pas d'un critère de sélection, mais d'une donnée contextuelle permettant de nuancer l'interprétation des discours.

Enfin, l'expérience spécifique dans le champ de la parentalité des personnes en situation de vulnérabilité varie selon les participants : elle est clairement identifiable et isolable pour certains, tandis que, pour d'autres, elle s'inscrit dans un poste aux missions plus larges rendant difficile une quantification précise. Deux ergothérapeutes réalisent des travaux de recherche sur cette thématique.

3.2 Analyse des données textuelles

Les retranscriptions des entretiens et les grilles d'analyses verticale et horizontale mobilisées pour analyser les données de cette recherche se trouvent en annexes, ([Cf. Annexe 21 p.125](#)) et ([Cf. Annexe 22 p.136](#)).

Thème 1. La transition occupationnelle vers la parentalité : un processus universel aux configurations singulières

Les quatre ergothérapeutes interrogés décrivent la transition occupationnelle vers la parentalité comme une période de bouleversements importants du quotidien. Ils traduisent un processus universel, qu'il y ait la présence ou non d'une situation de handicap. Impliquant systématiquement une perturbation des habitudes de vie et une reconfiguration de l'identité parentale. (E4, 1.365 ; E1, 1.599 ; E2, 1.236 ; E3 1.546).

Les quatre ergothérapeutes corroborent l'existence d'une phase d'envahissement intense du quotidien. Elle est caractérisée par une modification simultanée des routines, une réorganisation du quotidien et une redistribution des responsabilités. (E1, 1.77, 1.87 ; E3, 1.123, 1.127-128 ; E4, 1.366, 1.368-369 ; E2, 1.270-271). Les quatre ergothérapeutes font également état d'un décalage entre la projection dans le rôle parental et la réalité de la transition. (E3, 1.323-324, 1.557-559 ; E4, 1.408, 1.412-413 ; E2, 1.281-282).

Les quatre ergothérapeutes se complètent en documentant des types de transition distincts selon le déclencheur et le moment d'apparition du handicap. Trois configurations sont identifiées : une transition développementale lorsque le handicap est préexistant au projet parental, (E2, 1. 240-241 ; E1, 1.23-24 ; E3, 1.148-150 ; E4, 1.405-406, 1.363-364), une transition situationnelle lorsque le handicap survient au moment de la naissance, (E2, 1. 268-271 ; E4, 1.414), et une transition imposée lorsque le handicap survient après la naissance des enfants, (E2, 1.311).

Les quatre ergothérapeutes ne s'opposent pas directement sur ce thème. En revanche, une différence de perspective apparaît dans la manière de situer le handicap par rapport au déclencheur de la transition. Pour Ergo1 et Ergo3 le handicap constitue un facteur qui s'ajoute

aux perturbations d'une transition déjà universellement exigeante. D'après Ergo2, la transition elle-même peut constituer le déclencheur d'une nouvelle situation handicapante (E2, 1.260). Cette formulation rappelle que le handicap n'est pas toujours préexistant à la transition occupationnelle et peut en être la conséquence.

Thème 2. La capacité d'agir comme finalité et condition de l'accompagnement

Les quatre ergothérapeutes partagent un même objectif dans leur accompagnement : développer la capacité d'agir du ou des parents. Elle est considérée comme la possibilité réelle d'exercer leur rôle parental de manière autonome et autodéterminée. Cette capacité d'agir est décrite à travers plusieurs dimensions : l'intentionnalité, l'efficacité personnelle, l'agentivité et l'interaction avec l'environnement. La posture de l'ergothérapeute est systématiquement orientée vers son développement progressif jusqu'au retrait de l'accompagnement.

Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur l'idée que l'accompagnement ergothérapique vise à renforcer l'efficacité personnelle et éclairée du parent, son sentiment de compétence dans le rôle, sans se substituer à lui. (E1, 1.553-554 ; E2, 1.1013-1014 ; E3, 1.916 ; E4, 1.745). Les quatre ergothérapeutes s'accordent également sur le fait que l'environnement peut être à la fois renforçant ou limitant pour la capacité d'agir. Les barrières environnementales liées au manque de ressources et d'aides adaptées, et les regards professionnels méfiants sont identifiés comme des freins à l'agentivité. Ergo1 souligne l'importance du soutien institutionnel comme condition de possibilité de la capacité d'agir. (E1, 1.162-163)

Les quatre professionnels mettent en avant différents leviers pour développer la capacité d'agir. Ergo1 et Ergo2 s'accordent sur l'idée que l'agentivité parentale est déjà présente et qu'il s'agit de la révéler plutôt que de la construire. Ergo1 identifie la motivation intrinsèque liée à l'enfant comme levier principal. Tandis qu'Ergo2 évoque le rôle parental lui-même comme moteur thérapeutique, illustré par la situation d'un père tétraplégique dont l'engagement dans son rôle a orienté le choix du fauteuil électrique et l'ensemble de son accompagnement. (E1, 1.240-242 ; E2, 1.731-732). La capacité d'agir se construit aussi en dehors de la relation thérapeutique, via l'accessibilité de l'information et via la pair-aidance (numérique). Ces éléments permettent aux parents de trouver des ressources et des modèles identificatoires en dehors du cadre professionnel. Elles sont considérées comme des conditions de libertés réelles, (E1, 1.579-582 ; E3, 1.36-40). Ergo4 nomme explicitement le droit à l'expérimentation comme condition fondamentale de la capacité d'agir. Elle documente des situations où ce droit est entravé par un contrôle institutionnel disproportionné, un placement préventif et une évaluation constante.

Limitant ainsi les libertés réelles du parent avant même que celui-ci ait pu expérimenter son rôle. (E4, 1.39-40, 1.520-522)

Les quatre professionnels ne s'opposent pas sur la finalité d'accompagnement qui est de développer la capacité d'agir parentale jusqu'au retrait progressif de l'ergothérapeute. Cependant, ils diffèrent dans la manière de concevoir le point de départ de la capacité d'agir. Là où trois des quatre ergothérapeutes travaillent à révéler une agentivité déjà présente, Ego4 témoigne des situations où la capacité d'agir est parfois construite dans un contexte où elle a été entravée dès le départ par le système, (E4, 1.39-40). Cette différence reflète des contextes d'intervention distincts : un accompagnement en amont du projet parental d'un côté, une intervention dans des situations déjà fragilisées institutionnellement de l'autre.

Thème 3. La vulnérabilité : multidimensionnelle, cumulative et dynamique

Les quatre ergothérapeutes décrivent la vulnérabilité des parents accompagnés comme un phénomène pluridimensionnel, structurel, environnemental, psychosocial, relationnel et personnel, qui ne se réduit jamais à une seule cause et qui évolue au fil de la trajectoire parentale.

Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur l'aspect cumulatif de la vulnérabilité. Les dimensions personnelle et structurelle se combinent systématiquement avec des obstacles environnementaux limitant l'accès aux soins et aux ressources. D'une part par la méconnaissance du handicap dans les structures de périnatalité identifiée comme un déterminant structurel majeur. (E1, 1.174-175, 1.313-315). À cela s'ajoute l'existence de situations où vulnérabilité psychosociale et environnementale se cumulent, isolement géographique, précarité, absence de réseau, obstacles administratifs, restreignant l'accès aux ressources et les libertés réelles des personnes. (E2, 1.1045-1046 ; E3, 1.323-324 ; E4, 1.312-313). Les quatre ergothérapeutes s'accordent également sur le caractère dynamique et contextualisé de la vulnérabilité. La vulnérabilité liée au regard social s'atténue progressivement avec l'âge de l'enfant. (E3, 1.318). Puis, certaines personnes ne se perçoivent pas comme vulnérables dans leur quotidien habituel et c'est la transition elle-même qui crée ou révèle une situation handicapante temporaire et contextualisée. (E2, 1. 493-494, 1.502).

Les quatre ergothérapeutes se complètent en évoquant des formes de vulnérabilité distinctes. Les stéréotypes professionnels et le regard des équipes de périnatalité sur la parentalité en situation de handicap produisent une vulnérabilité. (E1, 1.139-140). Ergo2 documente une vulnérabilité relationnelle spécifique, celle des pères hospitalisés progressivement désinvestis

de leur rôle parental par leur entourage. (E2, 1.399-401). Une vulnérabilité paradoxale produite par la relation d'aide elle-même existe notamment lorsque l'intervention de l'auxiliaire dépossède la mère de son rôle maternel, restreignant ses libertés réelles dans l'exercice de sa parentalité. (E3, 1.732-735). Ergo4 nomme explicitement l'intersectionnalité des dimensions de vulnérabilité, genre, classe sociale, monoparentalité, origine et handicap, ainsi que la vulnérabilité spécifique liée aux handicaps invisibles, insuffisamment reconnus sur le plan administratif et social, comme restrictives à l'accès aux ressources et aux capacités des parents concernés. (E4, 1.450, 1.782).

Les quatre ergothérapeutes ne s'opposent pas frontalement sur ce thème. Une différence de posture apparaît néanmoins dans la manière d'aborder les limites de l'intervention face à la multiplicité des dimensions de vulnérabilité. Ergo2 adopte une posture explicitement prudente face à l'accumulation des facteurs reconnaissant les limites du champ d'intervention de l'ergothérapeute. (E2, 1.1045-1046). Ergo4, en revanche, documente implicitement des situations où l'ergothérapeute étend son intervention bien au-delà du champ strictement clinique pour pallier les obstacles environnementaux et structurels, coordonnant elle-même le transport, formant le personnel hospitalier, négociant des contrats avec le CHU, sans nommer ces actions comme dépassant ses attributions.

Thème 4. L'accompagnement ergothérapique : adaptation, coordination et plaidoyer

Les quatre ergothérapeutes décrivent un accompagnement ergothérapique organisé autour de trois axes complémentaires : l'adaptation de l'environnement et des occupations, la coordination interprofessionnelle et le plaidoyer en faveur des droits des parents. Ces axes se retrouvent dans les quatre discours avec des modalités et des intensités variables selon les contextes d'exercice.

Les quatre ergothérapeutes corroborent la centralité de l'adaptation, matérielle, sensorielle, cognitive et environnementale, comme socle de l'intervention ergothérapique. Ergo1 décrit un rôle d'accessibilité universelle à travers notamment l'outil FALC. (E1, 1.426-428, 1.432-433). Ergo3 aborde des adaptations centrées sur la co-occupation parent-enfant, notamment autour du contact physique, (E3, 1.719-720) et Ergo4 décrit quant à elle un processus d'adaptation systématique (E4, 1.801-804). Les quatre ergothérapeutes s'accordent également sur la nécessité d'une coordination interprofessionnelle comme condition de l'accompagnement, entre les mondes du handicap et de la périnatalité et par l'intégration de la dimension parentale dans l'accompagnement global. (E1, 1.449 ; E2, 1.675-678, 1.740-742 ; E4, 1.253-256).

Les quatre professionnels se complètent en décrivant des formes d'intervention distinctes selon le contexte d'exercice. Ergo1 met en avant un rôle de sensibilisation et de formation des équipes de périnatalité au handicap (E1, 1.198-201). Ergo2 évoque un dispositif spécifique, l'appartement thérapeutique et la consultation préconceptionnelle, permettant d'anticiper la transition et d'explorer les représentations parentales en amont, offrant ainsi un espace d'expérimentation avant même l'arrivée de l'enfant. (E2, 1.816). Ergo3 met en avant un rôle de plaidoyer actif pour l'accès aux droits, notamment la PCH parentalité, expliquant des situations où l'ergothérapeute intervient comme défenseur des droits du parent face aux institutions. (E3, 1.51, 1.60-61). Ergo4 relate un rôle de formation du personnel hospitalier directement sur le terrain. (E4, 1.267-269).

Les quatre professionnels ne s'opposent pas sur les axes de l'accompagnement. Cependant, l'intensité du rôle de plaidoyer semble varier selon les contextes. Ergo1 et Ergo2 exercent dans des structures spécialisées où ce rôle est institutionnellement reconnu et intégré dans les missions. Par ailleurs, toutes deux sont parents. Ergo3 et Ergo4 documentent en revanche des situations où le plaidoyer s'exerce dans des contextes moins balisés, impliquant de « *bousculer les codes* » ou de négocier des dispositifs inédits, comme le contrat auxiliaires-CHU, sans cadre préétabli. Tous les deux ne sont pas parents et conduisent par ailleurs des travaux de recherche en lien avec la parentalité des personnes en situation de handicap. Cette différence reflète des degrés variables de reconnaissance institutionnelle de l'accompagnement ergothérapique de la parentalité en situation handicapante selon les structures.

Thème 5. Posture éthique : tension entre autodétermination et non-malfaisance

Trois des quatre ergothérapeutes, Ergo2, Ergo3 et Ergo4, thématisent explicitement une tension éthique inhérente à l'accompagnement de la parentalité des personnes en situation de handicap, entre le respect de l'autodétermination du parent et la protection de l'enfant. Chez Ergo1, cette tension n'est pas nommée explicitement, mais se dessine en filigrane dans la description de sa posture de non-jugement face à la dissimulation de grossesse de Madame L.

Les trois ergothérapeutes qui thématisent explicitement cette tension s'accordent sur le fait que l'autodétermination du parent constitue une valeur centrale de l'accompagnement, qui ne peut être mise de côté qu'en situation de mise en danger avérée de l'enfant ou de l'adulte concerné. (E3, 1.10012-1014, 1.1016). Le placement préventif est énoncé comme une atteinte à cette autodétermination entravant les libertés réelles du parent avant même qu'il ait pu expérimenter son rôle. (E4, 1.39-41 ; 1.522). Ainsi, les trois ergothérapeutes s'accordent également sur le fait

que la posture non évaluative est une condition nécessaire à l'accompagnement, soulignant que la relation thérapeutique repose sur la confiance et la non-malfaisance avant toute intervention technique. (E4, l. 678).

Les trois ergothérapeutes documentent des formes différentes de cette tension éthique selon les contextes d'intervention. En contexte de procédure de protection de l'enfance, l'information préoccupante, plaçant l'ergothérapeute en tension entre son rôle de soutien à la parentalité et les exigences institutionnelles de protection et via la relation d'aide quotidienne, à travers la dynamique qui s'installe progressivement dans le foyer. (E2, l.177-179 ; E3, l.358-363). Ce sont des formes de tension moins institutionnelles, mais tout aussi présentes dans le quotidien de l'accompagnement. Une tension éthique structurelle et systémique, liée au contrôle (considéré comme disproportionné) est exercée sur les parents en situation de handicap par les institutions. (E4, l.520-521). Enfin, Ergo1, bien que ne thématissant pas explicitement cette tension, relate une posture cohérente avec celle des trois autres ergothérapeutes : face à la dissimulation de grossesse de Madame L., elle adopte une position compréhensive plutôt que normative.

Les ergothérapeutes ne s'opposent pas sur la valeur de l'autodétermination, mais divergent dans le niveau auquel la tension éthique est perçue et nommée. Ergo2 et Ergo3 la situent principalement au niveau de la relation clinique individuelle, une situation, un parent, une décision à prendre. Ergo4 en revanche, la situe à un niveau structurel et politique, dépassant la relation clinique pour interroger le système dans son ensemble (E4, l.851-853). Cette différence de niveau d'analyse reflète des contextes d'intervention et des positionnements professionnels distincts entre les quatre ergothérapeutes.

Thème 6. Imbrication genre et handicap

Les quatre ergothérapeutes documentent, à des degrés et sous des formes variables, une imbrication entre genre et handicap dans les situations d'accompagnement rencontrées. Cette dimension se manifeste à travers la surexposition des mères en situation de handicap au regard évaluatif des institutions, l'invisibilisation des pères dans les dispositifs d'accompagnement, et l'intersection du genre avec d'autres dimensions de vulnérabilité.

Les quatre discours s'accordent sur le fait que les mères en situation de handicap sont davantage exposées au regard social et institutionnel que les pères dans la même situation. Ergo1 met en évidence cette surexposition à travers la dissimulation de grossesse de Madame L. : en tant que femme en situation de handicap, elle anticipait un regard doublement discriminant, celui du

validisme et celui pesant sur la maternité, au point de cacher sa grossesse jusqu'à cinq mois (E1, 1.126-128). Ergo3 nomme explicitement le système hospitalier comme porteur d'une organisation patriarcale qui pèse sur les mères (E3, 1.378-379). Ergo4 nomme explicitement le genre comme dimension d'analyse à part entière expliquant des situations où le genre s'imbrique avec d'autres dimensions, classe sociale, origine, handicap, pour produire des vulnérabilités spécifiques. (E4, 1.450).

L'ensemble des ergothérapeutes se complètent en exprimant des formes différentes de cette imbrication. Ergo2 articule une forme d'invisibilisation qui concerne cette fois les pères en situation de handicap, progressivement désinvestis de leur rôle parental par leur entourage après hospitalisation, illustrant une asymétrie de genre qui se joue aussi. (E2, 1.399-401, 1.410). Elle documente également la vulnérabilité surajoutée liée à l'orientation sexuelle, dans des situations où des couples non hétéronormatifs se retrouvent doublement exposés au regard évaluatif des institutions. (E2, 1.597-598). Ergo3 apporte une dimension supplémentaire en révélant la place périphérique du père dans l'accompagnement de manière implicite, le compagnon de Marina présent, mais moins sollicité que la mère dans le processus d'accompagnement, sans que cette asymétrie soit thématifiée explicitement dans son discours. Ergo4 complète le tableau en présentant des situations où le genre s'articule avec la classe sociale dans une logique intersectionnelle (E4, 1.464-468) illustrant comment le genre et la trajectoire sociale interagissent pour complexifier l'accès au rôle parental. Les quatre ergothérapeutes documentent également, à des degrés divers, le fait que les dispositifs d'accompagnement sont majoritairement pensés autour de la figure maternelle. (E4, 1.469-472).

Les quatre ergothérapeutes ne s'opposent pas sur ce thème. Le niveau de conscience et de théorisation de cette dimension diverge selon les ergothérapeutes. Ergo4 mobilise un cadre analytique explicite (E4, 1.218, 1.442) pour décrire les situations rencontrées, là où Ergo1, Ergo2 et Ergo3 évoquent les mêmes réalités de manière plus implicite, à travers des situations cliniques singulières sans les rattacher à un cadre conceptuel commun. Cette différence de niveau de théorisation dans le discours reflète des positionnements professionnels distincts, Ergo4 étant par ailleurs engagée dans des travaux de recherche sur le sujet.

Thème 7. La normativité de la parentalité comme construction sociale

Les quatre ergothérapeutes interrogent les représentations normatives de la parentalité qui pèsent sur les parents en situation de handicap et sur les professionnels qui les accompagnent. La déconstruction des stéréotypes, la remise en question du caractère instinctif de la parentalité

et la nomination des injonctions sociales et culturelles qui entourent le projet parental traduisent ce questionnement.

Les discours des quatre ergothérapeutes corroborent sur le fait que les représentations normatives de la parentalité constituent un frein à l'accompagnement et à l'engagement des parents dans leur rôle. Ergo1 parle du validisme comme déterminant structurel de ces représentations (E1, 1.139-1140). Elle observe que ce regard normatif s'exerce aussi bien dans l'entourage du parent que dans les équipes professionnelles de la périnatalité, générant une méfiance qui fragilise l'accompagnement. Ergo2 met en évidence le travail de déconstruction des représentations parentales comme composante explicite de l'accompagnement en consultation préconceptionnelle (E2, 1.791-792). Ergo3 pointe l'ambivalence de la nomination même de « l'handiparentalité » comme catégorie, soulevant la tension entre reconnaissance d'une réalité spécifique et risque de renforcer une catégorisation normative qui distingue les parents selon leur situation de handicap. (E3, 1.400).

Les quatre ergothérapeutes se complètent dans la présentation des formes différentes de cette normativité. Ergo1 et Ergo2 commentent principalement la normativité telle qu'elle s'exerce dans le regard des professionnels et de l'entourage sur les parents en situation de handicap, une normativité externe qui fragilise le projet parental. Ergo3 apporte une dimension supplémentaire exposant la normativité telle qu'elle s'exerce dans les dispositifs institutionnels eux-mêmes, à travers la manière dont les structures hospitalières et médico-sociales organisent leur accompagnement autour d'une figure parentale implicitement valide. Ergo4 propose l'analyse la plus élaborée de cette normativité, en la situant dans un contexte social et culturel plus large (E4, 1.652-656). Elle nomme également la parentalité comme un apprentissage et non comme un instinct (E4, 634-636). Elle présente par ailleurs des situations où des impensés normatifs persistent jusque dans les dispositifs les plus récents, illustrés par la situation d'un homme trans dont les besoins n'avaient pas été anticipés (E4, 1.215-216, 1.904-907).

Il n'y a pas d'opposition sur ce thème. Toutefois, une différence de posture apparaît dans la manière d'aborder la nomination de « l'handiparentalité » comme catégorie. Ergo3 exprime une ambivalence : nommer permet de faire exister et de reconnaître une réalité, mais risque aussi de renforcer une distinction normative entre parentalité ordinaire et parentalité en situation de handicap. Ergo4 adopte une position plus tranchée en affirmant que, tant que cette distinction persistera dans les dispositifs légaux et institutionnels, elle continuera d'alimenter des représentations qui séparent les personnes en situation de handicap des autres (E4, 1.851-855).

Cette différence reflète des positionnements distincts sur la question de la reconnaissance des spécificités versus l'inclusion dans une norme commune.

Thème 8. Réflexivité professionnelle sur la pratique

Les quatre ergothérapeutes manifestent sous des angles différents une posture réflexive sur leur propre pratique auprès du ou des parents ou futur(s) parent(s) en situation de handicap. Cette réflexivité se traduit par une remise en question de leurs représentations initiales, une interrogation sur les effets et les limites de leur intervention, et pour certaines, une prise de conscience qui débouche sur un engagement de développement professionnel.

Les quatre discours se corroborent sur un point commun fondamental : l'accompagnement de la parentalité des personnes en situation de handicap est un domaine qui ne peut pas reposer uniquement sur des cadres professionnels préétablis. Il invite l'ergothérapeute à construire ses repères en situation. Cette reconnaissance des limites du cadre de formation initiale traverse les quatre discours. Ergo1 manifeste une réflexivité rétrospective sur l'évolution de ses représentations professionnelles (E1, 1.33-35). Ergo2 rejoint ce constat avec humilité à travers une réflexivité sur les effets et les limites de son intervention (E2, 1.913-914).

Ergo3 exprime une humilité radicale sur sa propre place dans le processus d'accompagnement (E3, 1.893-896). Ergo4 montre une prise de conscience lisible en acte en situation clinique (E4, 1.210-212, 1.215-216).

Si ce constat est partagé, les quatre ergothérapeutes se complètent en présentant des formes distinctes de réflexivité. Ergo1 manifeste une réflexivité historique et rétrospective : elle revient sur une pratique passée pour en identifier le sens à la lumière de concepts qu'elle a acquis ultérieurement. Ergo2 documente une réflexivité sur les effets de l'accompagnement : elle interroge l'impact réel de ses interventions et reformule le doute de manière cliniquement productive, en reconnaissant que l'absence d'impact visible peut elle-même constituer un acte thérapeutique (E2, 1.911-912). Ergo3 relate une réflexivité sur la place et le rôle de l'ergothérapeute : il remet en question le caractère déterminant de son intervention dans le processus, cohérente avec sa métaphore des cartes où l'accompagnant transmet sans jouer la partie à la place du parent. Ergo4 évoque une réflexivité en acte : la prise de conscience survient dans la situation clinique elle-même et débouche directement sur un engagement de développement professionnel (E4, 1.224).

La divergence observée ici porte sur les conséquences de cette réflexivité sur la trajectoire professionnelle. Pour Ergo1, Ergo2 et Ergo3, la réflexivité reste principalement ancrée dans la pratique clinique : elle nourrit la posture professionnelle sans nécessairement déboucher sur une démarche formalisée de développement professionnel. Pour Ergo4 en revanche, la réflexivité devient explicitement moteur de transformation professionnelle, l'amenant à quitter la pratique clinique directe pour s'engager dans un master de recherche sur le sujet. Cette différence reflète des trajectoires professionnelles distinctes, mais une même reconnaissance des limites du cadre de formation initiale face aux exigences de l'accompagnement de la parentalité en situation de vulnérabilités.

Thème 9. Le handicap comme expérience situationnelle et non figée

Ce thème est le seul à émerger exclusivement du croisement des quatre entretiens : il n'est formulé explicitement dans aucun entretien isolément, mais surgit de la lecture transversale des données. Les quatre ergothérapeutes mettent en évidence, à travers des situations cliniques diverses, une conception du handicap comme état dynamique, contextuel et évolutif, qui remet en question une lecture figée et déficitaire de la situation de handicap.

Les quatre ergothérapeutes convergent de manière implicite et/ou explicite, sur le fait que le handicap ne constitue pas un état stable et permanent, mais une expérience qui varie selon les contextes, les moments de vie et les ressources disponibles. Ergo2 formule cette idée de manière explicite (E2, 1.1138, 1.1129-1130, 1.493). Elle partage des situations où des personnes qui ne se percevaient pas comme handicapées dans leur quotidien habituel se retrouvent en situation de handicap du fait de la grossesse ou de la parentalité (E2, 1.478-479). Ergo3 rejoint implicitement cette conception en observant que le regard social discriminant, l'une des dimensions de la situation handicapante, s'atténue progressivement avec l'âge de l'enfant (E3, 1.377-378). Ergo4 aborde quant à elle des situations où le handicap est invisible et non reconnu administrativement, soulignant que la situation handicapante dépend autant du contexte institutionnel que des caractéristiques personnelles de la personne (E4, 1.782).

Les quatre ergothérapeutes se complètent dans la présentation de configurations différentes de cette expérience situationnelle du handicap. Ergo1 apporte une dimension universaliste : la parentalité comme déséquilibre occupationnel valable pour tous, qui relativise la frontière entre parentalité ordinaire et parentalité en situation de handicap (E1, 1.602-604). Cette formulation suggère que les besoins d'accompagnement occupationnel liés à la transition parentale ne sont pas propres aux personnes en situation de handicap, mais concernent potentiellement l'ensemble

des parents. Ergo2 complète ce tableau en exposant la perméabilité de la frontière entre handicap et non-handicap dans le contexte de la parentalité, la grossesse pouvant créer une situation handicapante temporaire chez une personne qui ne l'était pas auparavant. Ergo3 apporte la dimension temporelle : la situation handicapante évolue au fil du développement de l'enfant et de l'adaptation progressive du parent à son rôle. Ergo4 apporte la dimension institutionnelle et administrative : la situation handicapante dépend aussi des failles du système, comme l'illustre la situation du badge de parking manquant qui suffit à fragiliser des mois de préparation (E4, 1.274, 1.313, 1.315, 311-312).

L'ensemble des ergothérapeutes ne s'opposent pas sur ce thème. Une divergence apparaît dans la manière de concevoir le rapport entre handicap et parentalité. Pour Ergo1 et Ergo3, la parentalité est décrite comme une expérience universelle qui transcende la situation de handicap : le déséquilibre occupationnel et la reconfiguration identitaire concernent tous les parents. Pour Ergo2 et Ergo4, la situation de handicap introduit des dimensions spécifiques : médicales, administratives, institutionnelles, qui ne se réduisent pas à une intensification de l'expérience parentale ordinaire, mais constituent une expérience qualitativement différente dans certaines de ses dimensions. Cette discordance entre universalisme et spécificité traverse l'ensemble du corpus et constitue une question ouverte que les données ne permettent pas de trancher.

3.3 Le cas clinique

Notre question de recherche était : « *Dans le cadre de situations de vulnérabilité, comment l'ergothérapeute accompagne-t-il la transition occupationnelle vers la parentalité afin de soutenir la capacité d'agir du ou des parents ?* ».

L'ergothérapeute reconnaît la transition occupationnelle vers la parentalité comme un processus universel de reconfiguration du quotidien, des rôles et de l'identité, dont la nature varie selon le moment d'apparition du handicap et le contexte de vulnérabilité du parent. Il l'aborde avec une posture fondamentalement non substitutive : son accompagnement vise à révéler, renforcer ou construire la capacité d'agir parentale, jamais à s'y substituer. Cette posture repose sur la conviction que l'agentivité est présente ou potentiellement présente chez chaque parent, et que c'est l'environnement, institutionnel, social, normatif, en entrave ou en facilite l'expression.

Concrètement, l'ergothérapeute agit sur les occupations et les environnements, coordonne les acteurs entre les mondes du handicap et de la périnatalité, et exerce un rôle de plaidoyer en faveur des droits du parent. Il traverse une tension éthique inhérente à ce champ, concilier

l'autodétermination du parent et la protection de l'enfant, qu'il situe tant au niveau de la relation clinique individuelle, qu'à un niveau structurel et politique. Il identifie la vulnérabilité comme un phénomène multidimensionnel et intersectionnel, attentif notamment à la surexposition des mères au regard évaluatif des institutions et à l'invisibilisation des pères. Enfin, il manifeste une posture réflexive sur sa propre pratique, reconnaissant exercer dans un champ encore en construction, insuffisamment soutenu par la formation initiale et la reconnaissance institutionnelle et porteur d'un réel potentiel pour la profession.

4 Discussion

4.1 L'interprétation des résultats

La transition occupationnelle vers la parentalité : entre universalité et spécificité situationnelle

Les résultats de cette recherche confirment et enrichissent les apports théoriques de Schlossberg (50) et Meleis (49), (51), issus du cadre de référence. Les quatre ergothérapeutes décrivent la transition occupationnelle de la parentalité comme un processus universel qui traverse toutes les configurations familiales et tous les profils de parents. Schlossberg (50), associe la transition à tout événement générant des changements dans les rôles, les relations et les comportements ce qui résonne cette vision universelle de la transition. Cette notion s'aligne avec celle de Townsend et Polatajko (61), (53), qui définit la transition occupationnelle comme le changement d'un répertoire occupationnel vers un autre. L'arrivée d'un enfant constitue précisément la transformation de ce répertoire : une modification simultanée des routines, une redistribution des responsabilités et une reconfiguration de l'identité parental, des éléments convergents dans les discours des quatre ergothérapeutes. Ainsi l'ajout de nouvelles routines nécessite une phase d'adaptation, d'appropriation et des apprentissages.

Cependant, cette universalité est nuancée par des configurations singulières selon le moment d'apparition du handicap dans le parcours de vie. Les trois types de transitions identifiées : développementale, situationnelle et imposée, correspondent précisément aux catégories de Schlossberg (50), mais, les données de terrain en révèlent la complexité concrète allant au-delà de la théorie. La transition imposée, notamment, apparaît comme la plus déstabilisante. Dans ce contexte, l'identité est déjà fragilisée par le handicap survenu pendant ou après la grossesse et cumule le processus d'envahissement propre à toute naissance, avec la reconfiguration brutale d'une identité qui l'accompagne. L'enquête exploratoire avait déjà pointé cette réalité en

soulignant la rupture occupationnelle comme enjeu central ainsi les résultats de la recherche la confirment et en précisent les modalités.

Un apport particulièrement significatif émerge du croisement des données : la transition elle-même peut constituer le déclencheur d'une nouvelle situation handicapante, comme le formule explicitement Ergo2. Cette idée est absente du cadre théorique mobilisé, situant le handicap comme un facteur préexistant ou concomitant à la transition, mais rarement comme sa conséquence. Elle rejoint cependant la conception dynamique du handicap documentée dans le thème 9. Cette conception est cohérente avec la revue de littérature de Hamelin-Brabant et al., (43), qui soulignait que la période périnatale peut induire une vulnérabilité chez tout parent, y compris en l'absence de facteurs de risque préalables. Cela montre que la frontière entre parentalité ordinaire et parentalité en situation de handicap n'est pas figée mais dépend du contexte. C'est ce que Ergo1 formule implicitement en envisageant un rôle de l'ergothérapie en PMI pour tous les parents. Pourtant, Ergo3 présente une ambivalence interrogeant la nomination qui permet à « l'handiparentalité » d'exister et déplore à la fois la catégorisation sociétale qui se produit. En ce sens, Ergo4 souligne que cette frontière semble persister dans les dispositifs législatifs et institutionnel. Selon Ergo4, tant que des lois spécifiques distingueront les personnes en situation de handicap des autres, elles continueront d'alimenter des représentations où il y a la norme et les « gens hors norme ». Pourtant, certains dispositifs actuels comme les *Cap Parents*, sensibilisent les institutions au handicap et orientent les usagers concernées vers les dispositifs de droits communs afin de lutter contre cette frontière. Cette articulation entre universalisme de l'expérience vécue et catégorisation institutionnelle persistante influence l'accompagnement ergothérapique au quotidien.

La capacité d'agir comme boussole de l'accompagnement ergothérapique

Selon les résultats, la capacité d'agir constitue à la fois la finalité de l'accompagnement ergothérapique, mais également un moyen de parvenir à une autonomie parentale satisfaisante pour le parent et l'enfant. À la fois objectif et levier, cette notion enrichit la conceptualisation de Bandura (62) mobilisée dans le cadre de référence. Les quatre ergothérapeutes partagent sur une posture fondamentale : l'accompagnement vise à révéler ou à construire une agentivité parentale, jamais à s'y substituer. Ainsi, ce positionnement tend à restaurer progressivement ce que Bandura (63) nomme l'agentivité personnelle, c'est-à-dire la capacité d'agir directement sur sa propre vie. L'approche non substitutive et non évaluative, rejoint les trois attitudes de l'approche centrée sur la personne de Rogers (83) : l'empathie, la congruence et la considération

positive inconditionnelle. Des éléments qui constituent des conditions de possibilité du changement dans toute relation d'aide. Cette posture se retrouve au sein de dispositifs comme *Cap Parents*, qui interviennent en complément des services de droit commun, sans s'y substituer.

Les leviers identifiés par les quatre ergothérapeutes illustrent les quatre propriétés fondamentales de l'agentivité décrites par Bandura (63). La motivation intrinsèque liée à l'enfant (Ergo1) et la projection dans le rôle parental (Ergo3) renvoient à l'intentionnalité et à la prévoyance. La pair-aidance numérique (Ergo3) et l'accessibilité de l'information (Ergo1) soutiennent l'autorégulation en dotant les parents d'outils pour orienter leur propre parcours. La réflexivité des ergothérapeutes sur leur pratique (thème 8) elle-même constitue un miroir de la réflexivité attendue chez les parents accompagnés. Enfin, l'adaptation de capacité d'expérimentation nommé par Ergo4 rejoint directement la dimension de prévoyance de Bandura (62), avec peu de moyens et de possibilité d'expérimenter, la personne ne peut ni anticiper ni réguler son engagement dans le rôle parental.

L'articulation théorique relevée dans la problématisation est questionnante : peut-on être à la fois traversé par une transition et pleinement agent de celle-ci ? Une réponse partielle se retrouve dans les données. Les ergothérapeutes associent la capacité d'agir à un processus dynamique, modulé par les ressources disponibles et le contexte sociétal et institutionnel. La différence documentée entre Ergo1, Ergo2 et Ergo3 d'un côté, qui révèlent une agentivité déjà présente, et Ergo4 de l'autre, qui la construit dans des contextes institutionnellement fragilisés, illustre précisément cette fluctuation contextuelle. Cela rejoint l'approche par les capacités de Nussbaum (71), pour qui les possibilités réelles d'agir dépendent autant des conditions offertes par l'environnement que des ressources individuelles.

La revue de littérature avait mis en évidence des interventions à effets positifs sur le développement de l'enfant et le bien-être parental (37), (38), sans pour autant développer les mécanismes par lesquels l'accompagnement soutient concrètement la capacité d'agir parentale. Les résultats de cette recherche comblent partiellement ce manque. L'identification de quatre leviers distincts : motivation intrinsèque, rôle parental comme moteur thérapeutique, pair-aidance et adaptation de la capacité d'expérimentation, constituent des pistes opérationnelles pour la pratique ergothérapique.

La vulnérabilité comme construction sociale, genrée et intersectionnelle

La vulnérabilité est décrite par les quatre ergothérapeutes comme un phénomène pluridimensionnel, cumulatif et dynamique, ce que Castel (65) nommait un processus relationnel et contextuel et ce que le rapport de l'Institut National de Santé Publique du Québec, (INSPQ), (66) définissait comme le résultat d'une interaction entre caractéristiques individuelles, conditions sociales et environnementales. Alors, la convergence de ces données théoriques et empiriques renforce la pertinence d'une approche non déficitaire de la vulnérabilité dans l'accompagnement ergothérapique.

Cependant, les résultats mettent en lumière deux dimensions peu développées dans la revue de littérature et le cadre théorique. La première est la dimension genrée de la vulnérabilité. En effet, les quatre ergothérapeutes documentent, à des degrés variables, une surexposition des mères en situation de handicap au regard évaluatif des institutions, une invisibilisation des pères dans les dispositifs d'accompagnement, et des inégalités liées à l'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre. Ces observations rejoignent les données de la revue de littérature, notamment l'étude de White et Jarvis (44), sur l'absence quasi totale de données sur les pères dans les interventions de soutien à la parentalité, et l'étude de Pohl et al. (46), sur le sentiment d'être jugées exprimé par les mères autistes. Comme le souligne Ergo4, ces éléments s'ancrent dans un système dynamique ancré dans une vision plutôt traditionnelle, jusqu'à majoritairement penser les dispositifs d'accompagnement autour de la figure maternelle, symbolisé jusqu'au nom de la *PMI, Protection Maternelle et Infantile*. La mère en situation de handicap se retrouve ainsi doublement exposée : au validisme d'un côté, aux injonctions normatives de la maternité de l'autre. De nouvelles vulnérabilités en fonction de la situation peuvent s'y ajouter, par exemple lorsqu'une personne devient parent et aidant principal de son ou sa partenaire, à la suite d'un accident ou d'une situation de handicap survenant à la naissance ou pendant la grossesse.

La deuxième dimension est l'intersectionnalité des vulnérabilités. Bien que seule Ergo4 nomme explicitement ce terme, les situations documentées par les quatre ergothérapeutes l'illustrent toutes à leur manière : handicap invisible non reconnu, monoparentalité surajoutée, orientation sexuelle et/ou d'identité de genre dans un contexte de handicap, trajectoire sociale et accès au rôle parental. Comme le soulignent Brigden et Ahluwalia (84), dans leur ressource sur l'intersectionnalité handicap, genre et âge, les multiples caractéristiques individuelles et facteurs sociaux se combinent pour aggraver les discriminations dans un contexte donné. En accord avec la note de synthèse de Bec (40), et les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine,

(ANM) (85), cela met en avant la nécessité d'adapter les accompagnements aux spécificités de chaque type de handicap. Cette analyse montre que les vulnérabilités ne s'additionnent pas simplement de façon mathématique, mais s'imbriquent pour produire des expériences singulières que seule une approche centrée sur la personne permet de comprendre.

La normativité de la parentalité documentée dans le thème 7 s'inscrit dans cette même logique. Les représentations normatives, parentalité comme instinct, script culturel normatif, catégorisation de « l'handiparentalité » comme champ distinct, constituent des déterminants structurels de la vulnérabilité. Ces obstacles ont un impact sur les situations des personnes concernées en amont de l'accompagnement et en conditionnent les possibilités. L'étude de Coppin (47), sur la déficience intellectuelle et celle de Pohl et al. (46), sur les mères autistes avaient déjà documenté l'influence de ces représentations sur l'accès aux soins et la confiance en soi des parents. Ainsi, les résultats de cette recherche mettent en avant que les ergothérapeutes participent à la déconstruction des représentations dans leur pratique quotidienne.

Une pratique professionnelle en construction

Les résultats révèlent que l'accompagnement ergothérapique de la parentalité en situation de vulnérabilité se construit en situation, par tâtonnement et réflexivité, et au travers d'un engagement professionnel singulier. Bien que cette pratique se construise différemment chez les quatre ergothérapeutes par la prise de recul, l'analyse réflexive des effets, l'évolution de leur posture, ou soit moteur de transformation professionnelle, toutes s'accordent sur un constat commun : la formation initiale ne prépare pas à cet accompagnement. Ce constat avait été anticipé par l'enquête exploratoire, qui identifiait la formation continue comme levier majeur et son coût comme frein important. Les résultats de la recherche confirment que ce manque est vécu sur le terrain comme le formule Ergo4 un « *impensé complet dans notre formation d'ergo* ». C'est précisément cette prise de conscience qui motive son engagement dans la recherche.

Cette dimension rejoint les travaux de Dansereau et al. (39), publiés dans la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, (RFRE), qui soulignaient que l'ergothérapie en soutien à la parentalité reste peu formalisée dans les pratiques et les données probantes au sein du contexte français. Ainsi les résultats apportent un éclairage supplémentaire en montrant que ce frein institutionnel n'empêche pas l'émergence de pratiques riches et cohérentes, portées par des

professionnels, mais qu'elle les rend dépendantes de trajectoires individuelles plutôt que de cadres collectifs structurés.

La diversité des contextes d'exercice présenté dans l'échantillon, *Cap Parents*, *SAMSAH*, *AFM-Téléthon*, *SAPPH*, reflète la segmentation institutionnelle du champ. L'accompagnement ergothérapique de la parentalité en situation de vulnérabilité se déploie dans des structures aux missions diverses, avec des degrés variables de reconnaissance institutionnelle et des ressources inégalement distribuées selon les territoires. Cette fragmentation avait été identifiée dans la revue de littérature comme un frein à l'accessibilité équitable des soins par l'Enquête Nationale Périnatale, 2021 (19) et la Charte nationale de soutien à la parentalité, 2022 (20). En effet, cette réalité concorde avec les données de l'enquête et montre concrètement comment elle se traduit dans les pratiques. Là où certains ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur un cadre institutionnel reconnu, d'autres doivent "*bousculer les codes*" (E3) et inventer des dispositifs inédits pour exercer un rôle que personne n'a formellement défini.

4.2 Les éléments de réponse à l'objet de recherche

L'objet de cette recherche porte sur l'étude de l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité. Ainsi les données recueillies et analysés permettent d'apporter des éléments de réponses permettant de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne un parent en situation de vulnérabilité.

Un accompagnement adapté à la singularité de la transition et de la vulnérabilité

Les données montrent que l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité ne suit pas un modèle unique. Il s'ajuste à la configuration singulière de chaque situation, selon que la transition est développementale, situationnelle ou imposée, et selon la nature multidimensionnelle de la vulnérabilité du parent. Cette vulnérabilité, qu'elle soit structurelle, environnementale, psychosociale, relationnelle ou personnelle, n'est pas appréhendée comme une caractéristique fixe du parent, mais comme une réalité dynamique et contextuelle qui conditionne les possibilités réelles d'exercer le rôle parental. C'est précisément cette vision non déficitaire de la vulnérabilité qui oriente la posture ergothérapique.

Cette posture intègre également une prise de conscience des pressions normatives et sociales qui pèsent sur le parent en situation de handicap. Les données montrent que les représentations normatives de la parentalité, la parentalité perçue comme un instinct, les scripts culturels ou la catégorisation de « l'handiparentalité » comme champ à part, constituent des obstacles

structurels à la capacité d'agir. Ces barrières préexistant à l'intervention ergothérapique et en conditionnent les possibilités. L'accompagnement intègre donc un travail implicite ou explicite de déconstruction de ces représentations, tant chez le parent que dans les équipes professionnelles environnantes. Par ailleurs, la dimension genrée de la vulnérabilité, marquée par la surexposition des mères au regard évaluatif des institutions, l'invisibilisation des pères dans les dispositifs d'accompagnement et les inégalités liées à l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, s'impose comme une composante à part entière de l'accompagnement.

Selon les ergothérapeutes interrogés, l'accompagnement de la transition occupationnelle vers la parentalité ne vise pas à compenser un manque ou à pallier une incapacité. Il sert à révéler, à renforcer ou à construire, une capacité d'agir considérée comme déjà présente ou potentielle chez chaque parent. Cette posture non substitutive constitue en elle-même un élément de réponse clé à la question de recherche : la finalité de l'accompagnement ergothérapique est de soutenir la capacité d'agir, et c'est cet objectif qui oriente l'ensemble des modalités concrètes de l'intervention.

En ce sens, l'influence de l'accompagnement sur la capacité d'agir parentale se déploie à travers quatre leviers opérationnels identifiés dans les données : la mobilisation de la motivation intrinsèque liée à l'attachement du parent à son enfant (comme une ressource thérapeutique), l'activation du rôle parental comme moteur d'engagement, le soutien par la pair-aidance comme vecteur d'autorégulation hors cadre professionnel, et la sécurisation de l'expérimentation comme une condition fondamentale de l'agentivité. Ces leviers s'articulent selon les contextes et les profils du ou des parents accompagnés, illustrant l'aspect dynamique et fluctuant de la capacité d'agir, tel que la théorise Bandura (62).

Les mécanismes par lesquels l'accompagnement soutient la capacité d'agir

Ensuite, la dimension environnementale de l'influence ergothérapique. Les données montrent que l'ergothérapeute n'agit pas uniquement sur la personne du parent, mais sur l'ensemble du contexte dans lequel sa capacité d'agir s'exerce. L'adaptation matérielle, sensorielle et cognitive des environnements de vie et institutionnels constitue le socle de l'intervention. Au-delà de cela, la coordination interprofessionnelle entre les mondes du handicap et de la périnatalité, ainsi que le plaidoyer actif en faveur des droits du parent, sont des actions directes sur les conditions structurelles qui rendent la capacité d'agir possible ou non. Ainsi, l'ergothérapeute ne se contente pas de soutenir l'agentivité individuelle au sens de Bandura

(62) : il agit sur ce que Nussbaum (71) nomme les capacités effectives, c'est-à-dire les libertés réelles dont dispose la personne pour s'engager dans les occupations qui lui sont significatives.

La vulnérabilité, multidimensionnelle, cumulative et dynamique, est présente ici comme une réalité dynamique, construite par l'interaction entre des facteurs personnels, relationnels, environnementaux et structurels ? Ce sont des facteurs qui influencent les capacités effectives du parent. L'accompagnement ergothérapique cible ces éléments en réduisant les obstacles environnementaux et en renforçant les ressources disponibles pour que la capacité d'agir parentale puisse s'exercer. Cette lecture enrichit la conceptualisation initiale du cadre de référence, en montrant que la capacité d'agir ne peut être pleinement soutenue sans une action simultanée sur le milieu de vie et les institutions. Enfin, la conception dynamique du handicap qui émerge du croisement des données, (le handicap vu comme une expérience situationnelle et non figée), remet en question toute frontière fixe entre parentalité en situation de handicap et parentalité au sens large. Elle invite l'ergothérapeute à ne pas présupposer un profil figé du parent accompagné, mais à aborder chaque situation dans sa singularité et son évolution.

Une influence réelle, mais située dans un champ professionnel en construction

De plus, cette recherche éclaire les conditions réelles dans lesquelles l'accompagnement se déploie actuellement. La réponse à l'objet de recherche ne peut être complète sans préciser que les quatre ergothérapeutes exercent dans un champ encore insuffisamment reconnu institutionnellement, peu soutenu par la formation initiale et fragmenté selon les structures et les territoires. Cette réalité nuance la portée de l'intervention : si l'influence sur la capacité d'agir du parent est réelle, documentée et cohérente sur le plan clinique, elle demeure dépendante de trajectoires professionnelles individuelles plutôt que de cadres collectifs stabilisés.

La posture réflexive des participants, construisant leur expertise sur le terrain par ajustement et questionnement, constitue à la fois une ressource et une limite. Une ressource, parce qu'elle produit des pratiques riches et sur-mesure et une limite parce qu'elle ne peut se substituer à une structuration collective. En ce sens, cet élément de réponse est également une invitation à poursuivre la structuration de ce champ, pour que l'influence de l'ergothérapie sur la capacité d'agir parentale puisse s'inscrire dans des cadres reconnus et accessibles à tous les parents qui en ont besoin.

Un accompagnement écosystémique

L'ensemble de ces éléments permet de proposer une réponse à la question de recherche. L'ergothérapeute accompagne la transition occupationnelle vers la parentalité en situation de vulnérabilité en adoptant une posture non substitutive et sans jugement des compétences parentales, tout en intégrant la sécurité et le bien-être de l'enfant comme cadre éthique fondamental. Cet accompagnement ne vise pas à pallier un déficit, mais à révéler, renforcer ou coconstruire la capacité d'agir du ou des parents et ne s'y substitue pas.

Afin de répondre aux enjeux d'une vulnérabilité multidimensionnelle, genrée et intersectionnelle, l'ergothérapeute intervient à trois niveaux.

Au niveau micro (la personne) : L'ergothérapeute agit directement auprès du parent pour soutenir son agentivité. Il mobilise sa motivation intrinsèque liée à l'attachement à l'enfant, active le rôle parental comme moteur thérapeutique, encourage le recours à la pair-aidance et participe en équipe pluriprofessionnelle, à la défense du droit d'expérimentation, lorsque cela semble nécessaire. Cet axe d'intervention s'ajuste à la singularité de chaque transition qu'elle soit développementale, situationnelle ou imposée.

Au niveau méso (l'environnement) : L'intervention s'étend à l'environnement social et aux milieux de vie. L'ergothérapeute conçoit et met en place des adaptations matérielles, sensorielles et cognitives de l'environnement physique. Il intervient également auprès de l'environnement humain en travaillant à la déconstruction, implicite ou explicite, des représentations normatives de la parentalité chez le parent et au sein des équipes professionnelles de proximité.

Au niveau macro (la structure et le système) : L'ergothérapeute agit sur les conditions socio-culturelles et institutionnelles qui influencent les capacités réelles du parent. Cela se traduit par une coordination interprofessionnelle active entre les mondes du handicap et de la périnatalité ainsi que par un plaidoyer politique et social pour faire valoir les droits des parents en situation de vulnérabilité.

La combinaison de ces trois dimensions permet à l'ergothérapie d'exercer une influence concrète sur la capacité d'agir parentale, tout en s'adaptant au type et à la singularité de chaque transition, et à la nature multidimensionnelle, genrée et intersectionnelle de la vulnérabilité. Dans cette optique, il convient de questionner le contexte socioculturel dans lequel s'inscrit cet accompagnement et les représentations de la parentalité de l'ergothérapeute. Néanmoins, la

portée de cette pratique semble dépendre de trajectoires professionnelles individuelles tant que ce champ n'est pas suffisamment structuré collectivement et reconnu institutionnellement de façon pérenne.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Cette recherche comporte plusieurs limites méthodologiques.

Les participants

Le recrutement des participants a constitué une difficulté majeure. Malgré les démarches engagées, seuls cinq entretiens ont pu être réalisés, dont un n'a pas pu être retenu pour l'analyse. Cette difficulté de recrutement peut être elle-même un résultat en creux : elle suggère que peu d'ergothérapeutes se sentent légitimes à se positionner comme spécialistes de l'accompagnement à la parentalité, ou n'ont pas encore pleinement conscientisé cette dimension dans leur pratique clinique globale. Or, comme le montrent les données et la pratique, des parents en situation de handicap se trouvent dans tous les services, SMR, SAMSAH, neurologie adulte, libéral, ce qui laisse supposer que des pratiques existent sans être nommées ni reconnues comme telles.

Par ailleurs, les quatre ergothérapeutes retenus exercent tous dans de grandes agglomérations françaises. Cette concentration géographique constitue un biais notable : les pratiques documentées sont celles de professionnels bénéficiant d'un accès à des ressources, des réseaux et des structures spécialisées qui ne reflètent pas nécessairement la réalité des ergothérapeutes exerçant en zones rurales ou semi-rurales, où l'accès à la formation et aux dispositifs d'accompagnement est plus limité.

La quasi-absence d'hommes dans l'échantillon, un seul ergothérapeute masculin sur quatre participants, constitue également une limite. Si cette répartition reflète en partie la féminisation de la profession, elle limite la diversité des perspectives recueillies, notamment au regard du thème 6 sur l'imbrication genre et handicap.

Posture de la chercheure

La chercheure avait préalablement été exposée au sujet de la parentalité de personnes en situation de handicap psychique, dans le cadre d'une expérience de stage et de témoignages rapportés par des professionnels du secteur social. Cette proximité avec le terrain peut constituer un biais interprétatif ; une tendance à confirmer des hypothèses préexistantes plutôt qu'à laisser émerger librement les données. Des précautions ont été prises pour limiter ce biais : le suivi

rigoureux du guide d'entretien, peu de relances, orientées uniquement vers l'approfondissement du propos, et non vers l'introduction de nouveaux éléments. La grille d'entretien n'a pas été modifiée entre les entretiens, garantissant une cohérence dans le recueil des données. Cependant, le fait d'avoir conduit l'analyse seule, sans concertation avec un pair ou une validation externe, constitue une limite supplémentaire qui invite à considérer les résultats avec prudence, (propre à toute recherche qualitative menée par un chercheur unique).

Pluralité des thèmes émergents nombreux

La densité des thèmes émergents identifiés dans les analyses verticales et horizontales mérite d'être questionnée. Si elle peut témoigner en partie, la richesse des entretiens et la profondeur des discours recueillis, elle peut aussi refléter la largeur du cadre théorique mobilisé, qui offre de nombreuses portes d'entrée analytiques. Certains thèmes émergents auraient pu être anticipés et intégrés à la matrice d'analyse initiale, ce qui aurait permis une analyse plus systématique et moins dépendante de l'interprétation situationnelle.

Dimensions non explorées

Certaines dimensions ont été volontairement écartées de l'analyse ou n'ont pas été suffisamment développées. La dimension psychologique de la transition, notamment le vécu émotionnel complexe d'un parent face au handicap survenu pendant la grossesse ou à la naissance, évoqué par deux ergothérapeutes, n'a pas été retenue comme thème d'analyse à part entière. Ce choix, justifié par les limites du cadre de cette recherche et par la nécessité de rester centré sur l'accompagnement ergothérapique, constitue néanmoins une zone d'ombre dans la compréhension globale du phénomène. À l'inverse, la réflexivité professionnelle sur la pratique, bien qu'absente de la matrice théorique initiale, a été conservée comme thème d'analyse à part entière en raison de sa présence convergente et notable dans les quatre discours, illustrant précisément la capacité de la méthode casuistique à laisser émerger ce que la théorie n'avait pas anticipé.

Les modalités de recueil et le contexte

L'ensemble des entretiens a été réalisé à distance, pour des raisons géographiques et logistiques liées au calendrier de stage. Si cette modalité a permis d'accéder à des participants dispersés sur le territoire français, elle peut avoir limité la richesse des échanges par rapport à un entretien en présentiel, notamment dans la captation des éléments non verbaux, environnementaux et dans la création d'un espace de confiance plus favorable. Enfin, l'échantillon est

exclusivement composé d'ergothérapeutes exerçant en France. L'absence de comparaison internationale constitue une limite notable, des pays comme le Canada ou le Royaume-Uni disposent de données probantes et de pratiques plus formalisées en ergothérapie périnatale et en soutien à la parentalité, ce qui auraient pu enrichir considérablement l'analyse et offrir des perspectives comparatives utiles.

4.4 Les apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Les apports pour la pratique ergothérapique

Les résultats de cette recherche offrent plusieurs apports concrets pour les ergothérapeutes susceptibles de rencontrer des parents en situation de handicap dans leur pratique, qu'ils exercent ou non dans un contexte spécialisé dans ce domaine.

Le premier apport est une invitation à interroger systématiquement la dimension parentale dans tout bilan ergothérapique initial. Les rôles sociaux, dont le rôle parental, font partie intégrante des modèles de pratique les plus utilisés en ergothérapie. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), développé par Kielhofner (57), décrit comment l'occupation est motivée, structurée et réalisée par un individu en tenant compte des environnements physiques et sociaux dans lesquels elle se déroule. Le MOHOST (86), outil d'évaluation issu du MOH, regroupe des données sur la motivation, les habitudes, les rôles, les habiletés et l'environnement de la personne, autant de dimensions applicables à l'évaluation du rôle parental.

Or, les résultats de cette recherche montrent que cette dimension est rarement explorée de manière explicite dans les bilans initiaux, y compris dans des services où des parents en situation de handicap sont régulièrement accompagnés, SMR, services de neurologie et/ou traumatologie, SAMSAH, psychiatrie adulte ou pédiatrique, CAMSP. Intégrer systématiquement une question sur le rôle parental et les co-occupations parent-enfant dans l'évaluation initiale constituerait un apport simple et immédiatement transférable à toute pratique ergothérapique. L'utilisation du MOHOST (86) pourrait se compléter avec l'outil Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, (MCRO), afin d'explorer le niveau de rendement et la satisfaction de la personne quant à ses co-occupations. En effet, compléter le modèle du MOH avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (53), semble pertinent pour ses interactions entre les dimensions affective et spirituelle, et les environnements socio-culturels et institutionnel dans ce contexte spécifique.

Plus largement, la présence d'un ergothérapeute en maternité, en PMI et/ou dans des Services d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel (SAPMN) (87), (88), (89), pourrait constituer une

réponse structurelle à la fragmentation documentée dans cette recherche. En complémentarité avec les équipes de ces services et par son approche centrée sur les occupations et environnements, elle pourrait permettre d'anticiper la transition occupationnelle, de soutenir l'adaptation et la réorganisation du quotidien dès les premiers mois et de renforcer la capacité d'agir parentale lors de situations particulièrement vulnérables handicapantes. Cette piste, évoquée par l'une des ergothérapeutes interrogées, mériterait d'être explorée dans le cadre d'expérimentations pilotes, en articulation avec les équipes périnatales et les dispositifs existants.

Le deuxième apport concerne les outils et postures mobilisables. Le FALC : Facile à Lire et à Comprendre (90), est identifié comme un outil d'accessibilité universelle dont l'utilité dépasse largement le champ du handicap intellectuel et qui peut bénéficier à tout parent en situation de vulnérabilité. Le principe d'accessibilité universelle qu'il incarne, adapter l'information et l'environnement pour qu'ils soient accessibles à tous, constitue un repère pratique directement applicable. Par ailleurs, la formulation d'Ergo2, « *le fait de ne pas avoir d'impact, ça a de l'impact* » offre un repère clinique précieux pour les ergothérapeutes qui travaillent dans des contextes où les résultats sont peu visibles ou différés : la présence, la constance et la posture non évaluative constituent en elles-mêmes des formes d'intervention thérapeutique. Enfin, l'adaptation à la capacité d'expérimentation, nommé par Ergo4 comme condition fondamentale de la capacité d'agir, invite les ergothérapeutes à résister aux logiques d'évaluation anticipée des compétences parentales et à défendre activement l'espace nécessaire à l'expérimentation du rôle.

Le troisième apport est la mise en lumière du rôle de coordination interprofessionnelle comme composante à part entière de l'accompagnement ergothérapique du ou des parents, ou futurs parents en situation de handicap. Les données montrent que l'articulation entre les mondes du handicap et de la périnatalité ne se fait pas spontanément, elle nécessite un acteur qui joue un rôle d'interface, de traduction et de plaidoyer. L'ergothérapeute est particulièrement bien positionné pour ce rôle, de par sa formation holistique et sa capacité à agir simultanément sur la personne, l'activité et l'environnement et doit exercer en collaboration étroite avec les professionnels périnataux pour leur connaissances spécifiques dans ce domaine.

Les intérêts pour les institutions et la formation

Les résultats intéressent également les formateurs en ergothérapie et les institutions. Le constat partagé par les quatre ergothérapeutes d'un impensé de formation initiale sur la parentalité

invite à questionner les programmes des instituts de formation, non pas pour créer une spécialité à part entière, mais pour intégrer la dimension parentale comme composante du rôle social à explorer dans toute évaluation ergothérapique. Ce même constat interpelle les autres professions de santé, sages-femmes, puéricultrices, professionnels de la périnatalité, dont la méconnaissance du handicap est documentée comme un déterminant structurel de la vulnérabilité des parents. À cet égard, une dynamique de changement semble s'opérer au sein du programme de formation des sage-femmes, le handicap devrait y être intégré à partir de la rentrée de septembre 2026.

Les limites des résultats pour la pratique

Les résultats de cette recherche ne permettent pas de généraliser les pratiques documentées à l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en France. Les participants à l'enquête sont des professionnels particulièrement engagés, réflexifs et conscientisés sur le sujet, ce qui constitue un biais de sélection notable. Les pratiques décrites représentent un type d'accompagnement ergothérapique de la parentalité en situation vulnérables, plutôt qu'un reflet de la pratique courante. Par ailleurs, la concentration géographique de l'échantillon dans les grandes agglomérations limite la transférabilité des résultats aux contextes ruraux ou semi-ruraux, où les ressources institutionnelles et les réseaux interprofessionnels sont moins développés.

4.5 Propositions d'éléments de transférabilité et perspectives de recherche

Transférabilité des résultats

Les résultats de cette recherche, bien qu'issus d'un contexte spécialisé en parentalité auprès de personnes en situation de handicap, sont transférables à une grande diversité de contextes ergothérapiques. La dimension parentale concerne potentiellement tous les services et tous les âges de la vie, avec des degrés variables selon que la personne accompagnée est elle-même parent, grand-parent, ou que c'est le parent d'un patient qui est au cœur de l'accompagnement. En pédiatrie, en psychiatrie adulte et pédiatrique, en neurologie, en gériatrie, des parents en situation de vulnérabilité sont présents dans les files actives sans que leur rôle parental soit nécessairement interrogé comme occupation à part entière. La première proposition de transférabilité est donc d'intégrer systématiquement l'exploration du rôle parental et des co-occupations parent-enfant dans tout bilan ergothérapique initial, quel que soit le contexte d'exercice. Néanmoins, lors de transitions situationnelles et/ou imposées, le vécu peut être particulièrement éprouvant et déstabilisant, ce qui peut rendre certaines thématiques difficiles

à aborder dans l'immédiat. Ainsi, il apparaît important de respecter leur temporalité avant d'explorer cette dimension occupationnelle dans la prise en soin.

À ce titre, les co-occupations constituent précisément un levier transférable à de nombreuses situations cliniques. En contexte d'appareillage notamment, qu'il s'agisse d'un appareillage de l'adulte ou de l'enfant, les données suggèrent que le rôle parental peut constituer un vecteur puissant d'adhésion thérapeutique. La situation documentée par Ergo2, où l'engagement dans le rôle parental a orienté le choix d'une motorisation du fauteuil électrique, illustre comment la dimension occupationnelle parentale peut transformer la nature même de l'intervention. Cette logique est transférable à tout contexte où l'acceptation d'un appareillage ou d'une aide technique est en jeu, le rôle parental pouvant devenir le levier par lequel la personne trouve un sens à l'adaptation proposée.

L'approche systémique que révèlent les données constitue également un élément de transférabilité. L'ergothérapeute qui accompagne la transition vers la parentalité n'agit pas uniquement sur la personne, mais sur l'ensemble du système dans lequel elle évolue, environnement physique et matériel, environnement humain incluant le conjoint, les parents, les grands-parents, les aidants et les auxiliaires de vie, et environnement institutionnel. Cette lecture systémique de l'accompagnement, qui considère les interactions entre tous ces acteurs comme des éléments constitutifs de la capacité d'agir, est transférable à tout accompagnement ergothérapique complexe impliquant un entourage familial et des réseaux de soin multiples.

4.6 Perspectives de recherche

Les résultats de cette recherche ouvrent plusieurs axes d'exploration pour de futures recherches.

Le premier axe concerne l'effet à long terme de l'accompagnement ergothérapique sur la capacité d'agir parentale. Cette recherche documente les modalités et les leviers de l'accompagnement, mais ne permet pas d'évaluer ses effets dans la durée, sur le développement de l'enfant, sur le bien-être parental à moyen terme, ou sur la consolidation de l'identité parentale après la phase d'intégration de la transition. Des études longitudinales, idéalement incluant la perspective des parents eux-mêmes, permettraient de compléter ce tableau.

Le deuxième axe concerne précisément la perspective des parents. Cette recherche est construite à partir du point de vue des ergothérapeutes, ce qui constitue une limite, mais aussi un choix méthodologique cohérent avec l'objet de la casuistique clinique. Une recherche qualitative complémentaire recueillant directement le vécu des parents en situation de handicap accompagnés par un ergothérapeute permettrait de confronter ces deux perspectives et

d'identifier d'éventuels décalages entre ce que les professionnels perçoivent et ce que les parents vivent.

Le troisième axe concerne l'interaction entre les co-occupations parent-enfant, le lien d'attachement et le développement de l'enfant lorsqu'un appareillage est impliqué, qu'il concerne le parent ou l'enfant lui-même. Comment les co-occupations s'organisent-elles et évoluent-elles lorsque le contact physique est médiatisé par une aide technique ou une aide humaine ? Comment le lien parent-enfant se construit-il dans ce contexte ? Ces questions, effleurées dans les données notamment par Ergo3 sur la complexité du contact physique, mériteraient une exploration à part entière.

Le quatrième axe concerne la dimension genrée et intersectionnelle de la vulnérabilité du ou des parents, ou futurs parents en situation handicapante. Les résultats de cette recherche identifient cette dimension comme significative, mais ne permettent pas de l'approfondir en raison d'un échantillon insuffisamment diversifié. Des recherches futures incluant davantage de pères en situation de handicap, de personnes qui deviennent aidant et parent à la fois qui ne sont pas en situation de handicap, de parents en configuration non hétéronormative et de parents issus de trajectoires sociales et culturelles variées permettraient d'affiner la compréhension de ces vulnérabilités spécifiques.

Enfin, le cinquième axe concerne la dimension psychologique de la transition, notamment le vécu émotionnel complexe des parents confrontés à un handicap survenant pendant la grossesse ou à la naissance, qu'il concerne le parent lui-même ou l'enfant. Cette dimension, évoquée par trois ergothérapeutes, mais non retenue comme thème d'analyse dans cette recherche, mériterait une exploration spécifique, idéalement en articulation avec des approches psychologiques et neuropsychologiques, pour mieux comprendre comment l'accompagnement ergothérapique peut s'articuler avec d'autres formes de soutien dans ces situations particulièrement complexes.

Bibliographie

1. Wendland J. À propos de la parentalité en situation de handicap, Parentalités. Contraste, Enfance et Handicap, La revue de l'ANECAMSP. 2018 Aug 28; p. 181-192.
2. Olkin MKaR. Parents with Physical, Systemic, or Visual Disabilities. Sexuality and Disability. 2002 Spring 65-80.
3. Lutter contre les inégalités de destin dès les 1000 premiers jours de l'enfant. [Online].; 2023 [cited 2025 juin 21. Available from: <https://solidarites.gouv.fr/lutter-contre-les-inegalites-de-destin-des-les-1000-premiers-jours-de-lenfant>.
4. Mentale CTdS. Périnatalité, de la naissance à la petite enfance. [Online].; 2025 [cited 2025 avril 15. Available from: <https://www.ctsm78nord.fr/offre-de-soins/filieres/perinatalite/>.
5. Denis Mellier SM. Cairn. [Online].; 2021 [cited 2025 avril 15. Available from: https://shs.cairn.info/ce-que-les-psychanalystes-apportent-a-l-universite--9782749271897-page-153?site_lang=fr.
6. Boris Cyrulnik ABIFaa. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. Rapport de commission scientifique. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Santé Publique France; septembre 2020. Report No.: 0.
7. WFOT. WFOT. [Online].; 2015 [cited 2026 05 06. Available from: <https://wfot.org/member-organisations/france-association-nationale-francaise-des-ergotherapeutes-anfe>.
8. Freeman SE,RJ,JMea. Perinatal Mental Health Interventions with a Parent–Child Relational Component: A Systematic Review of the Effects on Mothers and Dyads. Clinical Child and Family Psychology Review. 2025 septembre; 28(3): p. 650-683.
9. Charlotte Sahlén Helmer UBTaEM. An Early Collaborative Intervention Focusing on Parent-Infant Interaction in the Neonatal Period. A Descriptive Study of the Developmental Framework. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 juin; 18(12).

10. Approach OTRiPCAHP. Julie Grobbelaar Fernandes. American Occupational Therapy Association, Inc. 2018 octobre; 72(5).
11. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. Standards. Geneva: World Health Organization, WHO Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing; 2020. Report No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation pour la pratique clinique (RPC). Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé (HAS), Secrétariat d'état chargé de l'enfance et des familles; 2024. Report No.: 978-2-11-172114-2.
13. ANFE. ANFE. [Online].; 2019 [cited 2025 juin 10. Available from: <https://anfe.fr/la-profession/>.
14. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. [Online].; 2012 [cited 2025 juin 21. Available from: <https://cnrtl.fr/definition/p%C3%A9rinatalit%C3%A9>.
15. Médecine AND. Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. [Online].; 2007 [cited 2025 avril 15. Available from: <http://91.209.229.113/search/results?titre=p%C3%A9rinatalit%C3%A9>.
16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire interministérielle DGCS/SD2C/DPJJ/SAD-JAV/DGESCO/SG-CIV/DAIC no 2012-63 du. SOLIDARITÉS, ACTION SOCIALE, Enfance et famille. Paris: MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Service des politiques sociales; 2012. Report No.: SCSA1203617C.
17. Caisse d'Allocations Familiales. Caisse d'Allocations Familiales. [Online].; 2025 [cited 2025 juin 21. Available from: <https://www.caf.fr/professionnels/offres-et-services/caf-de-la-charente/partenaires-locaux/enfance-et-parentalite/parentalite/reaap#:~:text=Le%20R%C3%A9seau%20d'%C3%A9coute%20d,assumer%20pleinement%20leur%20r%C3%B4le%20%C3%A9ducatif>.

18. Rubio-Grillo MH. Performance of an occupational therapist in a neonatal intensive care unit. *Colombia Médica*. 2019 Janvier-Mars: p. 34.
19. Inserm. Enquête Nationale Périnatale. Enquête Nationale. Paris: Inserm, Santé Publique France, La science pour la santé; 2021.
20. Charles Ingles AR. "L'enfant et sa famille, au coeur d'un vaste écosystème". rapport de Mission. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Santé; 2023.
21. Réseau Périnatalité Nouvelle-Aquitaine (RPNA). Réseau Périnatalité Nouvelle-Aquitaine. [Online].; 2022 [cited 2025 06 05. Available from: <https://rpna.fr/parcours-cocon-parents/>.
22. Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. handicap.gouv.fr. [Online].; 2019 [cited 2026 01 09. Available from: <https://www.handicap.gouv.fr/devenir-parents-quand-est-en-situation-de-handicap?>
23. Journal Officiel de la République Française. Légifrance. [Online].; 2005 [cited 2026 02 10. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=nclsxDPWutQCAat_gvLtYCu1fmt64dDetDQxhvJZNMc=.
24. Santé Publique France. Santé Publique France. [Online].; 2023 [cited 2026 01 09. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/intervention-de-prevention-precoce-a-domicile-ippad-soutenant-la-relation-parents-enfants-quels-sont-les-reperes-pour-favoriser-leur-implantati?>
25. L. Hu RBMHSJNLMMLSaSRH. Parents with physical disabilities and their parenting experiences:a scoping review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation, An international multidisciplinary journal*. 2025 août 17;.(.).
26. Haute Autorité de Santé. Recommander les bonnes pratiques. Accompagnement médico-psychosocial des femmes,des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé, Service des bonnes pratiques de la HAS; 2024. Report No.:

27. Pierre Paillé AM. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin ed. Colin A, editor. Paris: Troisième édition; 2012.
28. Pierre Paillé AM. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Cinquième édition ed. Paris: Armand Colin; 2016.
29. Légifrance. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.; 2012 [cited 2025 04 05. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>.
30. CNIL. Le règlement général sur la protection des données - RGPD.; 2016 [cited 2025 04 05. Available from: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>.
31. WFOT. WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy.; 2024 [cited 2025 04 05. Available from: <https://wfot.org/resources/wfot-guiding-principles-for-ethical-occupational-therapy>.
32. ANFE. Règles professionnelles des ergothérapeutes.; 2019. Available from: <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>.
33. Légifrance. Code de la santé publique.; 2021 [cited 2025 04 05. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006170991?init=true&page=1&query=Article+L1110-4+du+Code+de+la+sant%C3%A9+publique&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000043895798#LEGIARTI000043895798.
34. Patton MQ. Qualitative Research and Evaluation Methods : integrating theory and practice. Fourth edition ed. Publications S, editor. Los Angeles: Sage; 2015.
35. Gouvernement et le service public de l'autonomie. Les CapParents. [Online].; 2025 [cited 2025 août 23. Available from: <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/information-et-orientation/les-capparents>.
36. Dufour C. Accompagner le quotidien des familles, Couloisses de l'ergothérapie en campsp. Contraste. 2017.; 1(45): p. 249-270.
37. Lianne M. Tomfohr-Madsen GFGJWMAMYLBD. Improved Child Mental Health Following Brief Relationship Enhancement and Co-Parenting Interventions During the

Transition to Parenthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 january; 17(3): p. 766.

38. Jessica Radley NSBMMLKFHRDJBaLCJ. A Scoping Review of Interventions Designed to Support Parents With Mental Illness That Would Be Appropriate for Parents With Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022 january; 12(1).
39. Margot Dansereau MDCPMCL. L'ERGOTHÉRAPIE EN SOUTIEN À LA PARENTALITÉ AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE : PRATIQUE ACTUELLE ET DÉVELOPPEMENTS POTENTIELS. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*. 2023 juin; 9(2).
40. Bec E. Note de synthèse, Handicap psychique et parentalité. Note de synthèse. Montpellier: CREAI-ORS Languedoc-Roussillon,.; 2017 mars. Report No.:
41. René-Charles Rudigoz JMHOC. Handicaps moteurs, sensoriels et parentalité. Rapport et Recommandations de l'ANM. Paris: Académie nationale de médecine, Commission 9 de l'Académie nationale de médecine; 2025. Report No.:
42. Réseau de services pour une vie autonome, RSVA. Etre parent en situation de souffrance psychique, Quels soutiens pour les familles. 2019 avril. Volet 2.
43. Louise Hamelin-Brabant FdM,GRMHDGMARBD SYC,CF. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2015 janvier-février: p. 27-37.
44. Catherine White KJ. Men's experiences of the transition to fatherhood during the first postnatal year: A qualitative systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2024 april; 87(11): p. 661-672.
45. Marta Maceira Domínguez NRQNGG. Yo lo parí y él me dio la vida”: estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental. *Cadernos Brasileiros Terapia Ocupacional*. 2018 enero; 26(2): p. 271-285.
46. A. L. Pohl SKC,MBCAaSBC. A comparative study of autistic and non-autistic women's experience of motherhood. *Molecular Autism*. 2020 Apr; 11(3).

47. Coppin B. Parentalité et déficience intellectuelle : Pour aller au-delà des représentations sociales. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*. 2006 Apr; 2(34): p. 107-118.
48. Kathryn Halsall KWKJ. Understanding occupational therapy perinatal mental health practice in mothers rom ethnic minorities: A qualitative study of practitioner perceived barriers and enablers. *British Journal of Occupational Therapy*. 2025 Jan; 88(3): p. 166-176.
49. Norma Chick AIM. ResearchGate. [Online].; 1986 [cited 2026 01 11. Available from: https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern .
50. Marcelle Gingras MS. Le modèle de Schlossberg pour expliquer les transitions personnelles et professionnelles. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 1998 septembre; 27(3): p. 339-352.
51. Celis-Geradin MT. Théorie des transitions d'Afaf I. Meleis. In Masson E, editor. *Initiation à la discipline infirmière*. Paris: Elsevier Masson; 2024. p. 51-60.
52. Dictionnaire de L'Académie française. Dictionnaire de L'Académie française. [Online].; 2017 [cited 2026 02 12. Available from: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9O0138>.
53. Jean-Michel Caire GP. *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations..* ed.. , editor. Paris: De Boeck Supérieur; 2023.
54. Barnekow NPeK. OTTheory. [Online].; 2024 [cited 2026 02 12. Available from: <https://ottheory.com/therapy-model/model-co-occupation>.
55. Doidge K. Co-occupation categories tested in the mothering context. 2012 Mar. A thesis submitted in partial fulfilment of the degree Master of Occupational Therapy at Otago Polytechnic, Dunedin, New Zealand.
56. Réseau International sur le Processus de production du handicap, RIPPH. Réseau International sur le Processus de production du handicap, RIPPH. [Online].; 2026 [cited 2026 02 18. Available from: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>.

57. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. [Online].; 2026 [cited 2026 02 18]. Available from: <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>.
58. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie, Introduction aux concepts fondamentaux. ANFE ed. Supérieur DB, editor. Paris: Ergothérapies; 2024.
59. Pang L. OTTheory. [Online].; 2024 [cited 2026 02 25]. Available from: <https://ottheory.com/therapy-model/canadian-model-occupational-performance-and-engagement-cmop-e>.
60. Cho M. OTTheory. [Online].; 2024 [cited 2026 02 25]. Available from: <https://ottheory.com/therapy-model/occupational-adaptation-model-oam>.
61. Janette K. Schkade SS. Occupational Adaptation : Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice, Part 1. The American Journal of Occupationnal Therapy. 1992 Jan; 46(9): p. 829-837.
62. Bandura A. SOCIAL COGNITIVE THEORY: An Agentic Perspective. Annual Review of Psychology. 2001 Feb; 52: p. 1-26.
63. Bandura A. La théorie sociale cognitive : une perspective agentique. In Dunod , editor. Traité de psychologie de la motivation. Paris: PsychoSup; 2009. p. 15-45.
64. Bandura A. Toward a Psychology of Human Agency. Perspectives on psychological science. 2006 Feb; 1(2).
65. Martin C. Penser la vulnérabilité, Les apports de Robert Castel. Alter, European Journal of Disability Research. 2013 Oct; 7(4).
66. Julie St-Pierre AGRPMD. The use of the concept of vulnerability in public health, a tool for ethical reflection. Institut National de Santé Publique du Québec, INSPQ, Comité d'éthique de Santé Publique, CESP; 2023.
67. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des

personnes en situation de vulnérabilité. Dossier d'appui. Paris : Gouvernement, CNCPH, HCFEA; 2021.

68. Association for the prevention of torture. Association for the prevention of torture, CH. [Online].; 2022 [cited 2026 02 25. Available from: <https://www.apr.ch/fr/centre-de-connaissances/focus-detention/groupes-en-situation-de-vulnerabilite>.
69. Becerra S. VULNERABILITE, RISQUES ET ENVIRONNEMENT : L'ITINERAIRE CHAOTIQUE D'UN PARADIGME SOCIOLOGIQUE CONTEMPORAIN. VertigO – La revue en sciences de l'environnement. 2012 May; 12(1).
70. Beugré NS. Judith Butler et l'ontologie de la précarité. Repenser la vie en commun. INSTITUT DE RECHERCHES ET D'ETUDES PHILOSOPHIQUES, JOURNAL DE PHILOSOPHIE. 2023 01-03; 1(2).
71. LISOWSKA U. [Document].; 2015 [cited 2026 02 25. Available from: <https://czasopisma.uni.lodz.pl/hybris/article/view/14836/14441>.
72. Eymard C. VM,TO. Le travail de fin d'études : S'initier à la recherche en soins et santé ?.. ed. Lamarre , editor. Paris: Rueil-Malmaison; 2004.
73. C. E. Initiation à la recherche en soins et santé.. ed. Lamarre , editor. Paris: Rueil-Malmaison; 2003.
74. Machado T. Chapitre XII. Le diagnostic approfondi [Psychologies]. Rennes; 2015 [cited 2026 04 15. Available from: <https://books.openedition.org/pur/61733?lang=fr>.
75. Sauvayre R. Chapitre 1. La préparation à l'entretien. In Dunod , editor. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Psycho Sup; 2013. p. 1-47.
76. Blanchet A,&GAAGPED. Série "L'enquête et ses méthodes" : L'entretien. Mesure et évaluation en éducation. 2007; 33(2).
77. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif.. ed. Colin A, editor. Paris: Dunod; 2011.
78. Pascal F. Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques. Interrogations. 2010 Dec;(11).

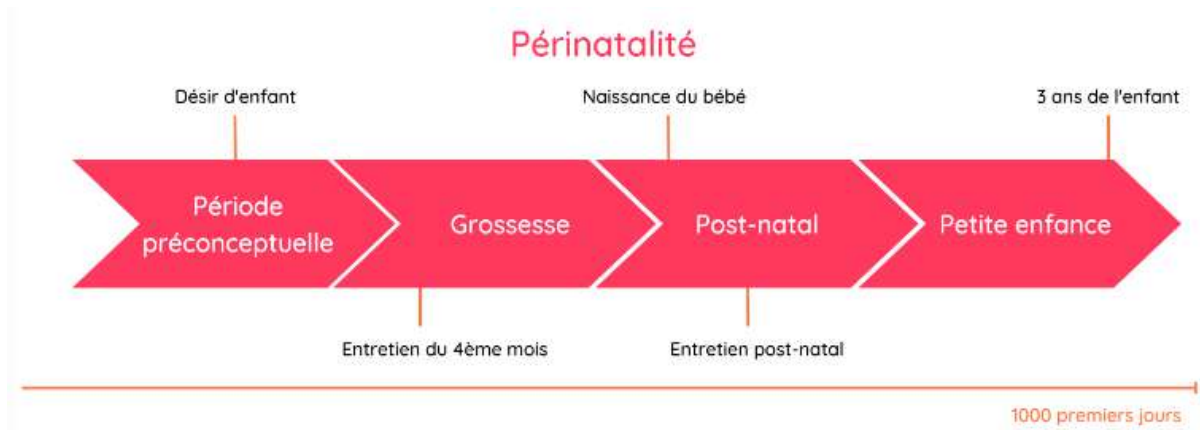
79. Pin C. HAL open science. [Online].; 2023 [cited 2026 04 20. Available from: <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897/document>.
80. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif.. ed. Dunod , editor. Paris : Armand COLIN; 2016.
81. Fugier P. HAL open science. [Online].; 2017 [cited 2026 04 20. Available from: <https://shs.hal.science/halshs-01651436/file/Les-approches-comprehensives-et.pdf>.
82. Pierre Paillé AM. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.. ed. Dunod , editor. Malakoff: Armand Colin ; 2021.
83. Colin Lago FDB. L'approche centrée sur la personne : origines, développements et applications contemporaines. Approche centrée sur la personne, pratique et recherche. 2016 Aug; 1(22).
84. Stephanie Brigden KA. Vers des pratiques plus inclusives : ressource sur l'intersectionnalité handicap, genre et âge. Note d'orientation. Lyon: Organisation de la solidarité internationale indépendante, Humanité et Inclusion (HI), F3E, Direction Innovation, Impact et Information; 2020.
85. Academie nationale de médecine. Rapport 25-09 Handicaps moteurs, sensoriels, et parentalité. Bulletin Académie Nationale de Médecine 209. Paris:., Rapport et recommandations de l'ANM; 2025. Report No.:
86. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université de Laval. MOHOST [.] ; 2026 [cited 2026 05 12. Available from: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>.
87. La Providence, Protection de l'Enfance à Nîmes. Le S.A.P.M.N.; 2023 [cited 2026 05 14. Available from: <https://lapronimes.com/la-maison-denfant/a-e-m-f/le-s-a-p-m-n/>.
88. ANEF Cantal PE/P. APMN, Adaptation Progressive en Milieu Naturel [Net15]. [cited 2026 05 14. Available from: https://www.anef15.fr/annonce_a-p-m-n-aurillac_2_134_1_fr.html.

89. InterCAMSP. La mesure de protection SAPMN.; 2025 [cited 2026 05 14. Available from: <https://intercamsp.fr/la-mesure-de-protection-sapmn/>.
90. Inclusion Europe. Facile à Lire [webdigit].; 2019 [cited 2026 05 12. Available from: <https://www.inclusion-europe.eu/easy-to-read/>.

Sommaire des annexes

Sommaire des annexes.....	87
Annexe 1. Schéma simplifié représentant la période périnatale.....	88
Annexe 2. Professionnels acteurs de la périnatalité, HAS, 2024.	88
Annexe 3. Grille d’entretien de l’enquête exploratoire.	89
Annexe 4. Notice d’information et Attestation de consentement.....	89
Annexe 5. Tableau d’analyse thématique de l’entretien – enquête exploratoire.....	91
Annexe 6. Matrice d’entretien de l’enquête exploratoire.	95
Annexe 7. Tableau des banques de données de la revue de littérature.....	96
Annexe 8. Tableau de synthèse de l’analyse critique de la revue de littérature	97
Annexe 9. Matrice théorico-conceptuelle.....	117
Annexe 10. Modèle de la transition de Schlossberg, 1984.....	118
Annexe 11. Système des 4 « S » de la transition de Schlossberg et al., 1995.	118
Annexe 12. Modèle de la théorie des transitions, selon A. I. Meleis.	119
Annexe 13. Modèle conceptuel MDH-PPH, 2010.	119
Annexe 14. Modèle conceptuel MCREO, 2013.	120
Annexe 15. Modèle conceptuel MOH, 2017.	120
Annexe 16. Carte conceptuelle de l’occupation, de Jean-Michel Caire et Géraldine Poriel..	121
Annexe 17. Exemples de vulnérabilités multiples, 2022.	121
Annexe 18. Grille d’entretien de l’enquête.	122
Annexe 19. Notice d’information et Formulaire de consentement pour le participant.	123
Annexe 20. Tableau d’analyse descriptive de la composition du corpus de participants.	124
Annexe 21. Grilles d’analyse verticale des données.	125
Annexe 22. Grilles d’analyse horizontale des données.	136

Annexe 1. Schéma simplifié représentant la période périnatale.



Annexe 2. Professionnels acteurs de la périnatalité, HAS, 2024.

Tableau 2. Professionnels acteurs de la périnatalité

	Secteur médical	Secteur psychosocial
Prise en soin de la femme (grossesse et du postpartum)	– Sage-femme – Médecin généraliste/PMI – Gynécologue-obstétricien – Gynécologue médical – Psychiatre de liaison (liaison entre maternité et service) – Psychiatre de CMP, centres de santé ou libéral qui suit la femme – Infirmière – Infirmière puéricultrice – Auxiliaire de puériculture	– Assistant de service social – Psychomotricien – TISF¹² – Travailleur social (structure d'hébergement...) – Educateur spécialisé – Psychologue – Ergothérapeute
Prise en soin de l'enfant	– Médecin généraliste/PMI – Pédiatre – Pédopsychiatre – Infirmière puéricultrice – Auxiliaire de puériculture	– Educateur de jeunes enfants – Educateur spécialisé – Psychologue – Psychomotricien – TISF

Annexe 3. Grille d'entretien de l'enquête exploratoire.

GRILLE D'ENTRETIEN			
Numéro de question	Sous-thématiques	Objectifs	Questions thématiques
1	Pratique en périnatalité	Obj. 1. Compréhension des pratiques actuelles.	Pouvez-vous me parler de votre pratique en périnatalité ?
2	Contexte d'intervention ergothérapique	Obj. 1. Compréhension des pratiques actuelles.	Dans quel cadre et contexte intervenez-vous en périnatalité ?
3	Objectifs ergothérapiques et leur impact sur le suivi	Obj. 2. Analyser l'impact du suivi ergothérapique sur la situation du patient.	Quels sont les objectifs de votre suivi en ergothérapie avec cette patientèle ?
4	Situation de handicap et vécu des patients dans le processus de périnatalité	Obj. 3. Examiner les effets d'une approche ergothérapique sur la dynamique familiale.	Comment les familles vivent-elles, selon vous, la périnatalité : du projet de naissance à la parentalité ?
5	Freins et leviers à l'accessibilité de l'ergothérapie dans ce type de prise en charge	Obj. 4. Identifier les freins et leviers à l'intégration du suivi ergothérapique en périnatalité.	D'après votre expérience, quels sont les freins et leviers que vous avez pu identifier quant à l'accès à ce type de prise en charge ergothérapique ?
6	La collaboration et l'intégration de l'ergothérapie dans un parcours pluridisciplinaire en périnatalité	Obj. 4. Identifier les freins et leviers à l'intégration du suivi ergothérapique en périnatalité.	Quelle est selon vous, la spécificité de l'intervention ergothérapique au sein d'un parcours pluridisciplinaire en périnatalité ?
7	Partage d'expérience de l'ergothérapie en périnatalité	Obj. 1. Compréhension des pratiques actuelles ET Obj. 5 Ouverture sur de nouvelles perspectives.	Pour finir, pouvez-vous me raconter 1 cas qui vous a marqué en particulier ? Et pourquoi vous a-t-il marqué ?

Annexe 4. Notice d'information et Attestation de consentement.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné·e,

Nom et prénom :

Profession / poste :

déclare avoir été informé·e de l'objectif de la recherche menée par étudiante en ergothérapie, portant sur l'intégration de l'ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire en périnatalité.

Je consens librement à participer à un entretien semi-directif d'une durée approximative de 45 minutes à 1 heure, pouvant être réalisé en présentiel ou en visio-conférence.

J'autorise l'enregistrement audio de cet entretien, dont le contenu sera traité de manière strictement anonyme et confidentielle.

Je suis informé·e que je peux interrompre l'entretien ou retirer mon consentement à tout moment, sans justification, et sans conséquence.

Date :/...../.....

Signature :

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PARTICIPANT.E.S À L'ENTRETIEN

Objet de la recherche :

Je m'appelle _____ et je suis actuellement en fin de deuxième année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à l'intégration de l'ergothérapeute au sein d'équipes pluridisciplinaires en périnatalité, aux effets potentiels de son approche sur le développement du nouveau-né / enfant ainsi que sur l'accompagnement des familles dans cette transition occupationnelle apportée celle-ci.

But de l'entretien :

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre point de vue, en tant qu'ergothérapeute en périnatalité, concernant votre place au sein de l'équipe, votre pratique professionnelle, et votre perception de l'impact de vos interventions.

Déroulement de l'entretien :

Cet entretien est **semi-dirigé**, d'une durée approximative de **45 minutes à 1 heure**, qui pourra avoir lieu en **présentiel** ou en **visio-conférence**, selon vos disponibilités. L'entretien **sera enregistré avec votre accord** puis retranscrit à des fins d'analyse. Vous êtes libre de mettre fin à l'entretien à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions.

Confidentialité :

Les informations collectées sont **confidentielles** et seront **utilisées dans le strict** respect de l'**anonymat**. Pour cela, lors de la rédaction du mémoire, les noms, les lieux ou toute autre information permettant de vous identifier, seront modifiés ou supprimés. L'enregistrement et la transcription ne seront accessibles qu'à moi-même et éventuellement à ma référente de mémoire, et seront détruits après finalisation de celui-ci.

Volontariat et droit de retrait :

Votre participation est **libre et volontaire**. Vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de l'étude à tout moment sans justification. Le fait de participer ou non n'entraînera **aucune conséquence** sur votre situation professionnelle ou personnelle.

Contact :

Pour tout complément d'information, vous pouvez me contacter :

- Nom
- Adresse mail
- Encadrante de mémoire

Je vous remercie pour votre contribution à ce travail de recherche.

Annexe 5. Tableau d'analyse thématique de l'entretien – enquête exploratoire.

Tableau de thématisation			
Texte brut	Extraction synthétique de sens	Thème secondaire	Thème principal
Les sages-femmes, tout le monde de la périnatalité, puericultrices, infirmières soient formées au handicap.	L4-L6 : Levier = formation des professionnels de la périnatalité au handicap. Frein = absence de formation.	Formation des professionnels	Freins et leviers de la prise en charge
Un des leviers qui fonctionne le mieux pour l'instant c'est tout ce côté 'pair-aidance', [...] votre savoir on le reconnaît	L12-L16 : Valorisation de l'expertise des personnes en situation de handicap, reconnaissance institutionnelle et sociale.	Pair-aidance	Freins et leviers de la prise en charge
Le frein c'est les 13 départements pour le moment... il y a des inégalités territoriales énormes.	L22-L26 : Forte disparité selon les territoires, accès inégal aux ressources et accompagnements.	Inégalités territoriales	Freins et leviers de la prise en charge
Les freins, c'est l'évolution des mentalités aussi.	L28-L37 : Résistances sociales et médicales, stéréotypes persistants sur la parentalité et le handicap.	Mentalités / représentations sociales	Freins et leviers de la prise en charge
Le plus gros frein, c'est vraiment les manques de connaissances... Quand on ne connaît pas, on se méfie.	L50-L52 : Les freins liés aux stéréotypes, au manque de savoir et à la méfiance sociale face au handicap.	Manque de connaissances	Freins et leviers de la prise en charge
Quand on dit handicap, on pense au fauteuil... 90% des handicaps sont invisibles.	L60-L64 : Difficultés de reconnaissance des handicaps invisibles dans les maternités.	Handicaps invisibles	Freins et leviers de la prise en charge
C'est quoi une situation de handicap ? Voilà, c'est ça.	L71-L74 : Difficulté de repérage et de définition du handicap, en particulier les handicaps invisibles.	Définition et reconnaissance du handicap	Freins et leviers de la prise en charge

La science de l'ergothérapie c'est l'occupation... équilibre occupationnel chamboulé = l'ergothérapie.	L82-L95 : L'ergothérapie se justifie dans la périnatalité car elle accompagne les ruptures de vie et les déséquilibres occupationnels.	Équilibre occupationnel	Spécificité de l'intervention ergothérapique
On peut très bien l'adapter à une grossesse, une future parentalité et tout en mêlant... éducatrice jeunes enfants... puéricultrice,...l'assistante sociale, la grand-mère...	L105-L107 : Adaptation des environnements et activités, travail en pluridisciplinarité. Affirmation de la place de l'ergo en périnatalité.	Adaptation / pluridisciplinarité	Spécificité de l'intervention ergothérapique
C'est l'environnement, la personne et l'activité... on peut très bien l'adapter à une grossesse, une future parentalité.	L103-L106 : L'ergothérapie agit via l'articulation personne-activité-environnement et s'intègre en pluridisciplinarité.	Approche holistique	Spécificité de l'intervention ergothérapique
On a notre place, complètement...je trouve ça étonnant qu'on y soit pas plus... dans ce côté rupture de vie, qu'on a dans le handicap... la parentalité, c'est pareil... déséquilibre occupationnel.	L108-L117 : La périnatalité : une rupture de vie et un déséquilibre occupationnel où l'ergothérapie a sa place	Equilibre occupationnel et identité professionnelle	Spécificité de l'intervention ergothérapique
La parentalité, c'est un processus, quelque chose de dynamique... ça matche avec la définition de l'ergothérapie.	L125-L130 : Parallèle entre parentalité et ergothérapie : processus, apprentissage, dynamique.	Processus parentalité	Spécificité de l'intervention ergothérapique

J'avais une dame, tétraplégique IMC... Elle m'a annoncé qu'elle était enceinte de 5 mois.	L149-L151 : Cas marquant ayant orienté la carrière vers la périnatalité, vécu comme un déclic professionnel.	Expérience marquante	Parcours et motivation professionnelle
Des hauts et des bas... la petite elle va être placée, parce que le papa handicap intellectuel, maman IMC... partenariat avec la mater... avec la PMI... le SAMSAH.	L158-162 : Réflexion éthique et coopération pluridisciplinaire pour un accompagnement en périnatalité digne	Périnatalité et handicap : question d'éthique	Ethique professionnelle
C'était l'accompagnement le plus fun... trouver un système pour tenir le biberon, adapter la table à langer.	L164-L171 : Adaptations matérielles concrètes pour favoriser l'autonomie parentale.	Adaptations matérielles	Accompagnement ergothérapique concret
C'était la débrouille parce qu'il n'y avait rien... travail d'équipe avec PMI, maternité, etc.	L185-L192 : Coopération interprofessionnelle et créativité face au manque de ressources	Travail d'équipe	Accompagnement ergothérapique concret
Elle devait faire le dos rond pour la péridurale... kiné, médecin de rééducation, injections de toxines.	L195-L202 : Collaboration avec kinés et médecins pour préparer l'accouchement malgré handicap sévère.	Préparation à la naissance	Accompagnement ergothérapique concret
Elle a tenu sa tête... au bout d'une semaine... La petite était gainée... la maman parlait mieux quand elle parlait à sa fille.	L214-L225 : Adaptations spontanées et interactions parent-enfant porteuses de progrès fonctionnels.	Compétences parentales émergentes	Accompagnement ergothérapique et compétences parentales

C'était vraiment de l'ergo pur ! Adapter le matériel, trouver des solutions pour l'autonomie	L257-L258 : Affirmation identitaire de l'ergothérapie, distinction par rapport à d'autres professions.	Identité professionnelle	Spécificité de l'intervention ergothérapique
On ne parle pas assez des personnes devenues handicapées après un AVC ou accident... situation de handicap arrive pendant l'accouchement ou la grossesse.	L269-L279 : Besoin de questionner la parentalité des personnes dont le handicap survient après.	Périnatalité, parentalité et handicap	Nouveaux champs d'intervention
Il y a des parents dans les centres de rééducation, les centres de traumatismes crâniens.	L284-L289 : Nécessité d'intégrer la parentalité dans l'accompagnement en structures de rééducation et réadaptation.	Prise en compte du rôle parental dans toutes les structures	Nouveaux champs d'intervention

Annexe 6. Matrice d’entretien de l’enquête exploratoire.

Matrice d'entretien							
	Caractéristiques des ergothérapeutes	Freins et leviers de la prise en charge	Spécificité de l'intervention ergothérapique	Parcours et motivation professionnelle	Ethique professionnelle	Accompagnement ergothérapique concret	Nouveaux champs d'intervention
E1	Professionnelle exerçant depuis une dizaine d'années en France. Elle travaille depuis presque 2 ans auprès d'un des dispositifs régionaux de périnatalité et parentalité des personnes en situation de handicap : CapParents . Il apporte aux bénéficiaires, un accompagnement adapté et personnalisé par une équipe pluridisciplinaire intervenant avant et pendant la grossesse, offre également un suivi de la naissance aux 12 premiers mois de vie de l'enfant peut se poursuivre jusqu'à ses 18 ans.	L4-L16 : Levier = formation des professionnels de la périnatalité au handicap. Frein = absence de formation. L12-L16 : Valorisation de l'expertise des personnes en situation de handicap, reconnaissance institutionnelle et sociale. L22-L26 : Forte disparité selon les territoires, accès inégal aux ressources et accompagnements. L28-L37 : Résistances sociales et médicales, stéréotypes persistants sur la parentalité et le handicap. L50-L52 : Les freins liés aux stéréotypes, au manque de savoir et à la méfiance sociale face au handicap. L60-L64 : Difficultés de reconnaissance des handicaps invisibles dans les maternités. L71-L74 : Difficulté de repérage et de définition du handicap, en particulier les handicaps invisibles.	L82-L95 : L'ergothérapie se justifie dans la périnatalité car elle accompagne les ruptures de vie et les déséquilibres occupationnels. L105-L107 : Adaptation des environnements et activités, travail en pluridisciplinarité. Affirmation de la place de l'ergo en périnatalité. L103-L106 : L'ergothérapie agit via l'articulation personne-activité-environnement et s'intègre en pluridisciplinarité. L108-L117 : La périnatalité : une rupture de vie et un déséquilibre occupationnel où l'ergothérapie a sa place L125-L130 : Parallèle entre parentalité et ergothérapie : processus, apprentissage, dynamique L257-L258 : Affirmation identitaire de l'ergothérapie, distinction par rapport à d'autres professions.	L149-L151 : Cas marquant ayant orienté la carrière vers la périnatalité, vécu comme un déclic professionnel.	L158-162 : Réflexion éthique et coopération pluridisciplinaire pour un accompagnement en périnatalité digne	L164-L171 : Adaptations matérielles concrètes pour favoriser l'autonomie parentale. L185-L192 : Coopération interprofessionnelle et créativité face au manque de ressources L195-L202 : Collaboration avec kinés et médecins pour préparer l'accouchement malgré handicap sévère. L214-L225 : Adaptations spontanées et interactions parent-enfant porteuses de progrès fonctionnels.	L269-L279 : Besoin de questionner la parentalité des personnes dont le handicap survient après. L284-L289 : Nécessité d'intégrer la parentalité dans l'accompagnement en structures de rééducation et réadaptation.

Annexe 7. Tableau des banques de données de la revue de littérature.

Bases de données	Langues utilisées	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Filtres appliqués	Articles retenus	Total à partir des mots clés
Google Scholar	Anglais	14800	-	0	Date de parution : 2015 - 2025	1	14800
Google Scholar	Français	23	-	0	Date de parution : 2015 - 2025	3	23
LISSa	Français	1	1	0			1
PubMed	Anglais	26	26	-	Date de parution : 2015 - 2025	2	26
SciELO	Portugais	960	2	0	Date de parution : 2015 - 2025	2	960
Cairn	Français	76	76	-	Date de parution : 2015 – 2025 « Dans tous les domaines »	1	76
Summon	Anglais	23	-	-	Date de parution : 2015 - 2025	1	23
					Total retenu : 8 (1 étude en doublon)		TOTAL : 15909

Annexe 8. Tableau de synthèse de l'analyse critique de la revue de littérature

TABLEAU DE SYNTHESE DE L'ANALYSE CRITIQUE DE LA REVUE DE LITTERATURE									
Source / Date	Thème / Objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique / (concepts, phénomène, pathologie...)	Champs disciplinaires	Principaux résultats	Limites	Niveau de scientificité	Question / dimension qui n'est pas abordée
1. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : Handicaps Moteurs, Sensoriels et Parentalité . 27 mai 2025 France	Recommandations sur l'organisation des soins concernant : soins gynécologiques, andrologiques, vie affective, sexualité et parentalité des personnes en situation de handicap. Recommandations de formation des	Qualitatif : audition de 13 personnes impliquées dans le domaine. + Quantitatif : enquête nationale via la FFRSP	Groupe de travail : 13 personnes impliquées dans le domaine interrogées . + Maternités rattachées à la FFRSP	Handicap, parentalité, lien d'attachement parent-enfant, multidisciplinarité Vie affective, sexualité, gynécologie, andrologie Approche médico psychosociale	Santé publique Sciences médicales et paramédicales Sciences sociales et humaines	Recommandations : 1. Formation et information des professionnels de santé (VA, Sexualité, Parental.) des personnes en situation de handicap. 2. Information des personnes handicapées /	Ne traite pas les données concernant les handicaps psychiques et cognitifs . Seulement sensoriels et moteurs .	Littérature professionnelle : rapport de terrain et recommandations pratiques - Académie N.Méd.	Etude ultérieure concernant les handicaps psychiques et sensoriels. Explicitement place / la spécificité de chaque intervenant périnatal y compris des ergothérapeutes n'est pas mis en lumière ni analysé explicitement.

	personnels soignants.					possibilités sexualité et parentalité 3. Améliorer le fonctionnement des structures Cap Parents et favoriser la coordination entre les différents dispositifs spécifiques régionaux périnataux et MDPH 4. Coordination des professionnels intervenant avant, pendant et après grossesse			Recommandations générales et non spécifiques à une structure ou un professionnel donné.
--	-----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---

						5. Améliorer la PCH - parentalité 6. Accessibilité et fonctionnalité des locaux			
2. Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie Article de recherche, 2023 L'ERGOTHÉRAPIE EN SOUTIEN À LA PARENTALITÉ AUPRÈS DES PERSONNES VIVANTES	Ergothérapie et soutien à la parentalité chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux des pratiques, efficacité des interventions et développements potentiels.	Quantitative par une méthodologie spécifique d'Arksey et O'Malley 2005 et Levac et al. 2010. Recherche et analyses à partir de bases de données. Et Qualitative = approche narrative	Personnes avec un trouble psychique et Ergothérapeutes.	Ergothérapie Parentalité Relation parent-enfant Trouble de la santé mentale Approche holistique Co-occupations MCCP = Modèle Canadien Processus de Pratique (cadre organisationnel et pour	Sciences médicales et paramédicales Sciences humaines et sociales	L'importance de préconiser une approche préventive et centrée sur la famille, d'assurer une collaboration entre les différentes parties prenantes, de développer des	Public très spécifique : TM Pas d'autre type de handicap : moteur ou sensoriel. Limites citées de l'étude :	Article scientifique méthodologie IMReD/IMRaD	Manque noté à ces niveaux : éducation thérapeutique, approches spécifiques (profil sensoriel du patient / approche systémique) Contraintes organisationnelles et logistiques en milieu

AVEC UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE : PRATIQUE ACTUELLE ET DÉVELOPPEMENTS POTENTIELS. Francophone internationale		pour la synthèse et la présentation des résultats.		l'analyse de données		interventions accessibles et adaptées à la clientèle et de soutenir le développement des compétences des ergothérapeutes. Rôle ergo important en tant qu'agent de changement = formation spécifique en santé mentale, de ses connaissances du développement de	Etudes analysées portant sur de petits échantillons ne permettant pas la généralisation des résultats Pas de mention sur la qualité des articles sélectionnés ET biais par la géolocalisation des données		institutionnels. Sujet de la PEC ergo des parents ayant un TM plutôt selon des défis parentaux posés par l'enfant ayant un TM ou d'autres incapacités Absence du rôle de père ni le soutien offert aux pères atteints de TM dans la littérature. (Contraste avec 75,5% des
--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--	--

						l'enfant, de son expertise liée aux occupations, entre autres aux co-occupations parent-enfant, de son approche holistique et de sa compétence en matière d'environnements permettant la parentalité en contexte de défi de santé mentale.	recueillis (Québec)		hommes ayant un TM sont pères (Nicholson et al.2002) Approches multidisciplinaires et systémiques Pratique libérale ?
--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	---

						Enjeux contextuels sociétaux le milieu hospitalier psychiatrique Milieu communautaire Contexte de périnatalité « Schèmes et approches »			
3. "Men's experiences of the transition to	The men experience during their transition to fatherhood	Qualitative systematic review 7 studies included	Only biological fathers with 18 years old or more,	Fatherhood Transition Perinatal, Postnatal,		4 themes and 4 subthemes :	Limits: Only 7 studies included Only from	(SJR 2024: 0.429 Q2 and H-index: 56, United Kingdom)	Need to explore in other contexts: Fathers: adoptive,

fatherhood during the first postnatal year", by Catherine White and Kathryn Jarvis (British Journal of Occupational Therapy, 2024), Britain	over the first postnatal year.	meta-ethnographic synthesis	postnatal 0 – 12 months in Western Countries (English language)	Occupational transition, Occupational therapy, Mental Health		T1: A new occupational identity 2sT: Roles and responsibilities AND Adjustments of priorities T2: Relationship changes T3: Barriers and impacts. 2sT: An emotional journey, AND Exhaustion T4: Unmet occupational needs	western countries, Only biological fathers, Only English population Transferability restricted		alone, in relationship/p/married, trans... Non-English / Other countries with different cultures
4.	Identify and	Qualitative study with	Only 2 women 18	Occupational therapy		2 themes:	Limits: only 2	not classed by	With more participant

"I gave birth to him, and he gave me my life": study of occupational transition linked to motherhood of two women with mental disorders, by Marta Maceira Domínguez et al. (Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 2018). Brésil	describe the occupational needs from Experience of women with mental health disorders during transition to motherhood	phenomenological approach. Interviews, observations, field notes, reflexive journal	years old or more, (volunteer to participate) 1 child between 3 and 10 years old. Diagnosis of mental health disorders before pregnancy or maintained – 3 years of her child's life Living in Galicia, Spain	Occupational transition Motherhood Mental disorders Mental health		T1: Daily life before the change Studies interrupted by pregnancy, significant rest periods related to their mental health and treatment, variable social support impacting participation. Occupational identity influenced by illness and dependence on those around them.	participants, no generalization possible, lack of details about the thematic analysis and interview design Possible bias	the SC Imago Journal Rank (SJR) before 2019.	to have generalization? A study which related interventions in this domain? Comment la stigmatisation impacte l'appropriation de sa nouvelle identité "maternelle" et l'engagement de ses rôles ? How does stigma influence the appropriati
---	---	--	---	--	--	--	---	--	--

						T2 : I gave birth to him, and he gave me my life Transformation during the occupational transition related to motherhood, regain personal power despite stigma (ability to be a mother) reorganization of occupation centered on the maternal role and new			on of the maternal role and commitment to it? How does stigmatization influence feelings of parental competence? How does stigmatization impact the appropriation of one's new "maternal" identity and commitment to its roles?
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

						routines social support influencing quality of life, challenges, fears about treatment and mental health Motherhood perceived as a force that promotes resilience through empowerment and maternal love.			
5. Note de synthèse – Handicap psychique	Parentalité exercée par des personnes en	Note de synthèse = état de l'art et revue	Adultes en situation de handicap psychique	Handicap psychique Parentalité		Le <i>handicap psychique</i> reste un concept	Cette note repose sur une synthèse	Moyen à modéré : la note est sérieuse et bien	Le document n'explore pas :

et parentalité – Exercice de la parentalité par des personnes en situation de handicap psychique Émilie Bec, pour le CREAL Occitanie (à Montpellier) Mars 2017 Contexte : document diffusé par la région Occitanie / structures de l'accompagnement	situation de handicap psychique, Présentation du contexte législatif et les droits des parents en situation de handicap psychique. ET Recenser les vulnérabilités, les leviers d'accompagnement et les dispositifs existants pour soutenir	documentaire (pas recherche empirique de collecte de données) s'appuie sur de nombreux rapports, études, revues, témoignages et référentiels français et étrangers Ne semble pas mentionner un échantillon particulier ou une enquête quantitative originale dans ce	(c'est-à-dire souffrant de troubles psychiques sévères ou reconnus comme handicap psychique) qui sont parents ou qui souhaitent exercer la parentalité.	Vulnérabilités liées au handicap psychique dans l'exercice de la parentalité Représentations sociales & stigmatisation Dispositifs et accompagnement Pathologies évoquées : troubles psychiques tels que schizophrénie, trouble bipolaire, dépression sévère, troubles obsessionnels-compulsifs, etc.		flou et encore récemment reconnu en France. Les personnes concernées peuvent exercer la parentalité, mais elles rencontrent de nombreuses vulnérabilités : troubles cognitifs, désorganisation, isolement, stigmatisation et manque de confiance de la part des profession	e documentaire sans collecte de données de terrain ni méthode quantitative. Les données disponibles sont fragmentaires et ne permettent pas une vision précise de la réalité française.	référéncée, mais relève davantage d'un état des lieux institutionnel que d'une recherche empirique. Elle constitue un outil de sensibilisation et d'appui aux pratiques , plutôt qu'une étude scientifique validée par les pairs.	Le suivi longitudinal du développement des enfants de parents en situation de handicap psychique ; La comparaison de l'efficacité des dispositifs d'accompagnement ; La dimension intersectionnelle (précarité, migration, cumul de vulnérabilités) ; La paternité (souvent
--	---	--	---	--	--	---	---	---	---

du handicap psychique. https://doc.citanie-sante.fr/wp-content/uploads/2019/02/Note-de-synth%C3%A8se-parentalit%C3%A9-HP-VF.pdf France	ces parents	document lui-même Méthode est essentiellement qualitative , de type revue et synthèse des connaissances existantes, avec une visée de repérage de principes, vulnérabilités, dispositifs d'accompagnement.		Approche interdisciplinaire : sociale, médico-psychiatrique, juridique, éducative. ET d'une approche descriptive, socio-juridique et institutionnelle et non théorique unique		nels. Les représentations sociales négatives renforcent leur marginalisation et limitent les soutiens disponibles. Des dispositifs d'accompagnement existent (aides à la vie quotidienne, groupes d'entraide, soutien à la parentalité), mais leur coordination entre les	L'analyse manque de comparaisons entre types de troubles ou contextes socio-économiques, et l'impact sur les enfants est peu mesuré. Les modalités concrètes d'accompagnement ne sont pas évaluées de		éclipsée au profit de la maternité) ; Le point de vue des enfants et leur vécu ; L'impact des outils numériques et des nouvelles formes de soutien (télé-psychiatrie, réseaux en ligne).
---	-------------	--	--	---	--	--	--	--	--

						secteurs de la santé mentale, du social et de la protection de l'enfance reste inégale. Le document souligne la nécessité d' outils d'évaluation adaptés de la capacité parentale, encore peu développés en France, ainsi que la reconnaissance du droit à la parentalité des	façon rigoureuse, et la diversité des situations individuelles rend toute généralisation délicate.		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

						personnes en situation de handicap psychique, dans une logique éthique et de prévention des placements.			
6. A comparative study of autistic and non-autistic women's experience of motherhood A. L. Pohl ,	L'expérience de la maternité chez les femmes autistes comparée à celle des femmes non-autistes (y compris grossesse, accouche	Enquête en ligne co-conçue avec un panel de mères autistes (approche participative) + comparaison statistique (Chi-carré)	Femmes mères (biologiques ou non) : 355 autistes (ou s'identifiant comme telles) et 132 non-autistes, chacune ayant au	Concepts : autisme, maternité, stigmatisation, communication avec professionnels, santé mentale (dépression périnatale), comparaison	Psychologie du développement, santé mentale / psychiatrie, sociologie de la parentalité, étude des femmes	- Les mères autistes présentent des taux plus élevés de troubles psychiatriques (dont dépression prénatale et postnatale) - Elles ont plus de	Données exploratoires (non représentatives de toutes les mères autistes) ; non-autistes	Bon niveau : article peer-reviewé, large échantillon comparatif, usage statistique. Mais étant une première étude exploratoire	Ne compare pas de façon exhaustive à un groupe « général » de mères non-autistes sans enfant autiste. N'explore pas en

S. K. Crockford , M. Blakemore , C. Allison & S. Baron-Cohen Publié dans <i>Molecular Autism</i> , volume 11, article 3, en janvier 2020. s13229-019-0304-2.pdf Britain	ment, période postnatale, vie parentale, communication avec les professionnels).	entre groupe autiste (n = 355) et non-autiste (n = 132) ayant au moins un enfant autiste.	moins un enfant autiste ou suspecté autiste.	entre groupes.	et genre, recherche participative communautaire.	difficultés pour multitâche, responsabilités domestiques, créer des occasions sociales pour leur enfant, s'organiser - Elles rapportent plus d'anxiété dans les interactions avec professionnels, sentiment d'être jugées, isolement, ne pas savoir quoi divulguer de leur	recrutées uniques parmi mères ayant enfant autiste (ce qui peut biaiser) ; majoritairement pays occidentaux ; enquête en ligne (accès, biais rappel) ; enfants assez âgés (rappel de l'expérience).	e, les résultats sont à interpréter avec prudence et ne permettent pas de causalité forte.	profondeur les expériences des pères autistes ou les trajectoires longitudinales sur l'enfance des enfants. Moins de focus sur contextes culturels non occidentaux.
---	--	---	--	----------------	--	--	---	--	---

						diagnostic. - Malgré ces défis, la majorité perçoit la maternité comme une expérience valorisante et agit dans l'intérêt de leur enfant.			
7. Parentalité et déficience intellectuelle : Pour aller au-delà des représentations sociales Bertrand Coppin Dans La nouvelle	L'exercice de la parentalité par des personnes ayant une déficience intellectuelle, et la façon de dépasser les représentations sociales	Analyse bibliographique et de terrain : l'auteur s'appuie sur des travaux antérieurs du groupe de recherche PADI, des enquêtes auprès de	Personnes adultes avec déficience intellectuelle ayant ou souhaitant avoir la parentalité, ainsi que les dispositifs/structures qui les accompagnent.	Concepts clés : parentalité, déficience intellectuelle, représentations sociales, stigmatisation, compétences parentales, accompagnement. L'approche théorique se	Travail social, éducation spécialisée, sociologie du handicap, psychologie sociale, prise en charge médico-sociale.	Les personnes avec déficience intellectuelle sont aujourd'hui plus fréquemment parents, et cette réalité nécessite que les	Étude de type exploratoire : peu de données quantitatives précises, peu de généralisation possible ; l'article n'offre	Moyen : article de revue à visée réflexive, bien référencé, mais sans méthodologie expérimentale rigoureuse ou large échantillon	Peu d'informations sur les trajectoires à long terme des enfants de parents avec déficience intellectuelle ; peu d'analyse comparative entre

revue de l'adaptation et de la scolarisation 2006/2 N° 34, pages 107 à 118 Éditions INSEI Coppin B., « Parentalité et déficience intellectuelle : Pour aller au-delà des représentations sociales », <i>La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation</i> , n° 34(2),	stigmatisantes qui entourent cette parentalité.	services d'accompagnement, et une approche qualitative de type sociologique/éducative (corpus documentaires + recueil de données institutionnelles) ; méthode non précisée quantitativement dans l'article.	nent (services d'accompagnement à la vie sociale, travailleurs sociaux). Le chiffre exact d'échantillon n'est pas indiqué dans l'article résumé.	situé à l'intersection des sciences de l'éducation, travail social et sociologie du handicap.		représentations sociales évoluent. - Les représentations traditionnelles (incapacité, danger pour l'enfant, etc.) persistent et constituent un frein à l'accompagnement adapté. - Il existe des compétences parentales potentielles chez ces personnes, mais leur	pas de suivi longitudinal ou d'évaluation systématique des dispositifs.	représentatif.	types de déficience, contextes socio-économiques variés ou dispositifs d'accompagnement efficaces en détail.
---	---	---	--	---	--	---	---	----------------	--

2006, p. 107-118. coppin-2006-parentalite-et-deficience-intellectuelle-pour-aller-au-delà-des-representations-sociales.pdf France						reconnaissance et leur accompagnement restent insuffisants. - Le soutien institutionnel et éducatif est un facteur majeur pour la réussite de la parentalité dans ces situations.			
8. Ministère des Solidarités et de la Santé (France), « Rapport de	Le développement d'un socle de compétences / base d'habiletés pour les	Consultation large des acteurs du soutien à la parentalité (questionnaire en	Non centrée sur une population clinique ou handicapée seule : <u>concerne</u> .	Concepts : parentalité, besoins fondamentaux de l'enfant, écosystème de soutien, compétences	Politiques publiques, travail social, accompagnement familial, formation	- Proposition de mettre l'enfant « au cœur » du système de soutien.	- Peu (ou pas) de données spécifiques à des populations	Niveau modéré : rapport institutionnel rigoureux en termes de	La dimension spécifique du handicap psychique ou de la déficience

la mission : L'enfant et sa famille, au cœur d'un vaste écosystème. Développement d'une base d'habiletés des acteurs du soutien à la parentalité », avril 2023.	acteurs du soutien à la parentalité, et l'organisation d'un écosystème d'acteurs autour de l'enfant et de sa famille.	ligne, contributions écrites) + synthèse documentaire + modélisation d'un écosystème.	les professionnels/acteurs du soutien à la parentalité, les familles, l'enfant au centre du système.	socles des professionnels, responsabilité partagée, réseau d'acteurs.	professionnelle, éducation, promotion de la santé.	- Importance d'un écosystème intégré des acteurs (professionnels, bénévoles, services) plutôt que actions isolées. - Besoin de formation et définition de compétences communes pour les acteurs du soutien à la parentalité. - Insistance sur la coordination	- Handicapées (psychique, intellectuelle) dans ce rapport. - Le rapport relève davantage d'un cadre politique/institutionnel que d'une étude empirique avec populations définies et résultats quantitatifs.	politique publique mais pas une recherche académique ciblée sur population spécifique ; utile comme cadre mais pas comme étude empirique fondamentale.	Intellectuelle dans la parentalité n'est pas centrale. Les effets spécifiques de handicap sur l'exercice de la parentalité et les dispositifs adaptés restent peu détaillés. Longitudinalité, effets à long terme ou évaluation de programmes ciblés ne sont pas mis en avant.
---	---	---	--	---	--	---	--	--	---

						n entre acteur famille/enf ance/santé /social.	- Moins de focus sur les trajectoi res individu elles ou sur l'évaluat ion de program mes ciblés pour handica p.		
9. Halsall, K., Ward, K., & Jarvis, K. (2025). Understan ding occupational therapy perinatal mental health practice in mothers	Exploration des perception s des ergothérap eutes en santé mentale périnatale concernant les obstacles et les leviers	Étude qualitative avec entretiens semi- structurés analysés de manière thématique . Recruteme nt via les réseaux sociaux,	8 ergothérap eutes spécialisés en santé mentale périnatale au Royaume- Uni.	Compétence culturelle, inclusion, stigmatisation , perception de la culture, pratiques réflexives.	Ergothéra pie, santé mentale périnatale , travail social, études intercultu relles.	Identificati on de trois thèmes principaux : observatio n des charges de travail, expérienc e de la prestation de services,	Échantill on restreint de 8 particip ants. Absence de données quantita tives ou de suivi longitudi nal.	Élevé. Étude qualitative rigoureuse publiée dans une revue scientifiqu e à comité de lecture.	Impact spécifique du handicap psychique ou intellectuel sur la pratique de l'ergothéra pie en santé mentale périnatale.
from ethnic minorities: A qualitative study of practitione r perceived barriers and enablers. <i>British Journal of Occupatio nal Therapy</i> , 88(3), 166– 176. DOI : 10.1177/03 080226241 295602 Britain	pour une prestation de services inclusive auprès des mères issues de minorités ethniques.	échantillon non probabilist e.				influence de la culture du thérapeut e. Perception de la stigmatisat ion, de la peur, des barrières linguistiqu es et des perception s culturelles comme obstacles pour les mères issues de minorités ethniques. La diversité limitée de la main- d'œuvre, la formation obligatoire inefficace	Context e spécifiq ue au Royaum e-Uni, limitant la transfér abilité des résultat s à d'autres pays ou cultures .		Évaluation de l'efficacité des interventio ns ergothérap eutiques proposées. Perspective s des mères issues de minorités ethniques sur les services reçus.

						et le manque de références à l'ergothérapie par d'autres professionnels de santé ont été identifiés comme des facteurs négatifs. L'expérience culturelle et la pratique réflexive ont été perçues comme des leviers pour une pratique inclusive.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature	Connaissances empiriques sur les dimensions de la vulnérabilité en période périnatale qui génèrent des besoins en matière de soutien social postnatal informel ou semi-formel.	Démarche intégrative de recension documentaire a été adoptée. Ce type de recension intègre des études recourant à différents devis et approches méthodologiques pour favoriser une vision élargie d'un même phénomène	Femmes, d'hommes, d'enfants ou de familles en situation périnatale Sans condition de vulnérabilité préalable à la grossesse	Période périnatale, (PEC postnatale) Besoins Vulnérabilité Parents Soutien social 4 dimensions de conditions de vulnérabilités : Biologique Psychologique Sociale Cognitive Par Rogers et 1 autre	Sciences cognitives Sciences biologiques ou biomédicales Sciences psychologiques ou psychosociales Sciences sociales et humaines Plusieurs angles disciplinaires différents Journal : Medicine Public Health, Environmental and Occupati	Dimension psycho 1 L'expression de soi 2 conception 3 s de soi 3 Autogestion Dimension sociale 1 Rôle 2 L'affiliatif 3 Récréatif 4 Dimension cognitive 1 L'acquisition de l'information 2 L'utilisation	Etudes non francophones ou non anglophones et conditions de vulnérabilité préalable à la grossesse ont été exclues La qualité des devis des études incluses n'a pas été évalué	Santé publique Société française de Santé Publique SFSP : SJR 2014 : 0.217 Q4 H-Index 22	Incite à : Poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien professionnel formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources de financement ou d'échange d'information.
--	--	---	---	---	---	---	---	--	---

		30 études retenues Amérique du nord, Europe Océanie Fr ou angl.			onal Health	n de l'information Dimension s de vulnérabilité susceptibles de toucher l'ensemble des familles en situation périnatale. La période périnatale comme une étape de transition importante susceptible d'induire une vulnérabilité chez tout parent			
						même en l'absence de facteurs de risque reconnus, ce qui soutient l'importance d'approche de soutien universelle L'interrelation entre les dimension s de vulnérabilité. Soutien doit être harmonisé afin de répondre aux besoins des mères et des			

					pères ainsi que renforcer leurs compétences parentales. Les vulnérabilités au plan biologique concernent principalement la fatigue et les difficultés d'allaitement ; au plan psychologique, le stress, le sentiment d'incompétence parentale et le besoin d'être rassuré ;			
					au plan social, la pression de performance dans les nouvelles responsabilités ainsi que les besoins de divertissement, d'assistance dans les soins prodigués aux enfants et les tâches domestiques et de soutien social des pairs ; au plan cognitif, le besoin d'informations sur la			

						période prénatale données par des pairs sous un mode participatif.			
11 Être parent en situation de souffrance psychique Volet 2 : Quels soutiens pour les familles ? RSVA Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA) — « Être parent	Le document présente un volet complémentaire du guide sur la parentalité en situation de souffrance psychique : il recense et décrit les structures de soutien , les dispositifs,	Il s'agit d'un guide pratique / répertoire des dispositifs : description de structures (PMI, LAEP, SAVS, etc.), glossaire, repérage des ressources . On ne relève pas de protocole de	Parents en situation de souffrance psychique (et leurs enfants/familles), ainsi que les professionnels et dispositifs d'accompagnement. Le focus est sur la région Normandie (ou France plus	Concepts : souffrance psychique, handicap psychique, parentalité, soutien à la parentalité, inclusion, dispositifs médico-sociaux. Le phénomène : comment favoriser l'exercice de la parentalité malgré une souffrance psychique, via des	Santé mentale / psychiatrie, travail social, aide à la parentalité, protection de l'enfance, médico-social.	Le guide recense un très large éventail de structures et dispositifs utiles pour les parents en situation de souffrance psychique (accueil enfants, services adultes, ressources parentales, etc.),	- Comme pour le premier volet, ce document est un guide/pratique , non une étude de recherche rigoureuse : absence de données quantitatives sur l'efficacité	Maturité modérée pour ce type de document : c'est un outil professionnel / pratique, utile et pertinent, mais pas un article de recherche à comité de lecture avec méthodologie	- L'impact longitudinal des dispositifs sur la qualité de vie des enfants/parents (méthodologie d'évaluation). - La dimension comparative entre régions, dispositifs ou pays (quelle
en situation de souffrance psychique – Volet 2 : solutions de soutien mobilisables ». Mise à jour avril 2019. France	les ressources pour parents en souffrance psychique, leurs enfants et leur entourage.	recherche empirique décrit (pas d'échantillon organisé, pas d'analyse statistique formalisée)	largement) mais document localisé.	dispositifs adaptés.		- Il met en avant l'importance de l' approche positive (partir des compétences parentales plutôt qu'uniquement des difficultés). - Il souligne que la souffrance psychique ne doit pas systématiquement conduire à l'invalidité parentale, mais que l'accompagnement	té des dispositifs. - Le recensement peut ne pas être exhaustif (le document le dit lui-même). - Le contexte géographique et institutionnel (France / Normandie) peut limiter la généralisation dans d'autres	robuste. Il s'adresse davantage aux professionnels, parents et acteurs qu'aux chercheurs .	variation selon contexte). - L'analyse fine des trajectoires parentales des personnes en souffrance psychique (ex : comment évolue la parentalité dans le temps). - Les effets précis de la santé mentale maternelle/paternelle sur le développement de l'enfant dans ce contexte.

						adapte les modalités.	pays ou contextes culturels. - On ne dispose pas d'évaluation des trajectoires parentales spécifiques ou de suivi longitudinal.		- Le point de vue des enfants eux-mêmes vivant avec un parent en souffrance psychique (leur vécu direct).
12 A Scoping Review of Interventions Designed to Support Parents With	Interventions de soutien à la parentalité chez des parents ayant une maladie mentale (et	Revue de type scoping review Recherche systématique dans bases de	Parents ayant une maladie mentale (et/ou psychose)	Parentalité, maladie mentale, soutien parental, psychose	Psychiatrie, santé mentale, travail social	La littérature sur interventions spécifiques aux parents avec	Pas de nombreuses RCTs ; population psychosé très peu	Bon niveau pour une revue, mais dépend des études incluses	Quelle intervention ergothérapeutique ? Quel suivi à long terme ? Environnement
Mental Illness That Would Be Appropriate for Parents With Psychosis (Radley et al., 2022) (PMC) Britain	pertinence pour psychose) 53 participants avec psychose dans les quantitatives 60 avec dans les qualitatives	données, registres d'essais et littérature grise (20 dernières années). Inclusion : tout rapport d'intervention pour parents avec trouble mental dans lequel les parents avec psychose pourraient participer.				psychose est très limitée ; les composantes des interventions identifiées. (spi.ox.ac.uk) 34 interventions Les cinq familles de composantes d'intervention : (1) parler de la maladie mentale du parent, (2) améliorer les compétences parentales, (3) soutien	représentée ; hétérogénéité des études = faible comparabilité Qualité des évaluations incluses non évalué		matériel et sensoriel du parent non abordé Paternité avec psychoses non exploré Pas de données longitudinales sur l'effet de ces interventions sur le développement des enfants

						individualisé long-terme pour toute la famille, (4) groupes de parents avec maladie mentale, (5) thérapie familiale.			
						Dans les RCT complétées, quelques effets positifs sur compétences parentales ou sentiment de compétence parentale, mais			
						aucun effet robuste démontré sur les enfants dans le cas des parents avec psychose.			
13. Improved Child Mental Health Following Brief Relationship Enhancement and Co-Parenting Interventions During the Transition to	Effets d'interventions brèves de couple et de coparentalité en période périnatale sur la santé mentale du jeune enfant	Essai contrôlé randomisé RCT Avec analyse de médiation longitudinale (12 et 24 mois post-partum)	90 couples hétérosexuels primipares à risque psychosocial (180 parents) suivis de la grossesse jusqu'aux 24 mois de l'enfant.	Mots clés : relationship therapy; co-parenting; intervention; randomized controlled trial; temperament ; externalizing; internalizing; intergenerational Transition à la parentalité,	Psychologie clinique Psychologie développementale Santé périnatale Santé mentale infantile Prévention précoce	Les interventions (coparentalité ou relation de couple) = diminution de l'émotivité négative et les troubles externalisés à 12 mois Effets directs à 24 mois via	Données uniques parentales (biais de perception possible) Petite taille d'échantillon Mécanismes précis	Elevé : essais contrôlés randomisés, analyses statistiques robustes, revue internationale à comité de lecture (IJERPH)	Rôle des professionnels non-psychologues (ex : ergothérapeutes) Application à des populations plus vulnérables (prématurité, précarité) Influence de l'environne

Parenthood Auteurs: Lianne M. Tomfohr-Madsen 1,2,3, *, Gerald F. Giesbrecht 1,2,3,4, Joshua W. Madsen 1, Anna MacKinnon 1,4, Yunying Le 5 and Brian Doss 25 January 2020 CANADA				Coparentalité (modèle de Feinberg) / Modèle intégrative behavioral couples therapy (IBCT) Satisfaction conjugale Tempérament infantile (émotivité négative) Troubles internalisés (=difficultés intérieures émotions pensées : enfant qui paraît anxieux, triste ou retiré. Anxiété, dépression, inhibition sociale, peur excessive, retrait,		l'amélioration du fonctionnement de l'enfant à 12 mois Aucune différence significative entre intervention coparentale et conjugale Interventions brèves mais effets durables	du changement non directement mesurés Population homogène (majoritairement culturelle/blanche, niveau socio-éducatif élevé)		ment sensoriel et occupationnel Effets sur l'équilibre occupationnel parentale et les interactions quotidiennes
				symptômes psychosomatiques) Et externalisés (= difficultés vers l'extérieur ce qui est observable : crises comportementales agressifs ou impulsifs. Agressivité, opposition, hyperactivité, colères, transgressions des règles. Modèle développemental et intergénérationnel du stress Echelle ITSEA Intervention 1 IBCT					

				Type : psychosocial e et préventive, travail relationnel sans focus direct sur l'enfant Travail : communicati on, résolution de conflits, acceptation et ajustement mutuel Identification des forces du couple et anticipation des changement s liées à l'arrivée du bébé. Intervention 2 Coparentalit é :					
				Type : Intervention éducative et relationnelle Centrée sur l'organisatio n concrète de la parentalité Travail : attentes parentales autour -> rôles, division des tâches, gestion du quotidien Elaboration d'un plan de coparentalité écrit, anticipation des désaccords éducatifs Ajustement post natal du plan					

				Gestion des limites et routines Soutien mutuel = action sur l'environnement humain du bébé					
14. Accompagner le quotidien des familles Coulisses de l'ergothérapie en CAMSP. Auteur : Cécile Dufour Dans Contraste 2017/1 N°	Accompagnement des familles en CAMSP par l'ergothérapie précoce Focus sur la manière dont l'ergothérapeute articule interventions techniques et relationnelles	Etude qualitative descriptive basée sur l'expérience professionnelle et deux histoires cliniques (Marie et Maxence) Analyse réflexive et observation écologique des	Enfants suivis en CAMPS : jeunes enfants présentant des déficiences ou troubles (ex : hémiplegie, cécité corticale, particularités sensorielles) Familles des	Ergothérapie centrée sur : personne, activité humaine, environnement (modèle biopsychosocial, CIF) Concepts : accompagnement, guidance, partenariat, relation thérapeutique autonomie transfert des savoirs	Ergothérapie pédiatrique : intervention précoce Collaboration interdisciplinaire avec kinésithérapeutes et autres professionnels de santé	L'intervention précoce en ergothérapie ne se limite pas aux techniques ou aides matérielles, mais inclut l'analyse des activités et de l'environnement	Etudes basées sur des cas cliniques uniques, non généralisable Absence de mesure quantitative de l'efficacité ou des effets à	Qualitatif descriptif et réflexif Niveau de preuve faible à intermédiaire pour l'évidence scientifique (niveau IV selon l'échelle de classification des preuves) Pertinence élevée pour	Pas d'évaluation standardisée des effets sur le développement de l'enfant ou sur les compétences parentales Absence de comparaison avec d'autres interventions ou
45, pages 249 à 270 Éditions érès France	es pour favoriser le développement de l'enfant et l'autonomisation familiale	activités quotidiennes au CAMSP et à domicile Non expérimentale, centrée sur la pratique clinique et le recueil de données contextuelles	enfants, parents, fratrie Professionnels du CAMSP impliqués dans le suivi	parentaux, subjectivité posturale ajustement écologique Phénomènes : transformation des représentations parentales, gestion de la vulnérabilité familiale, intégration des habitudes quotidiennes, réponses aux signaux émotionnels et sensoriels de l'enfant	Références aux sciences de l'activité et aux approches éducatives et psychosociales	Le rôle de l'ergothérapeute combine technicité et relation : observer, ajuster, guider, transmettre savoir-faire et autonomie aux parents L'accompagnement progressif favorise l'appropriation des gestes et habitudes par la famille, ce qui soutient le développement de l'enfant	long terme Subjectivité possible de l'auteur, fondée sur son expérience professionnelle	compréhension contextuelle et pratique professionnelle mais pas pour démonstration d'efficacité	modalités d'accompagnement Dimension psychologique des parents peu quantifiée (ressenti, stress) Effets à long terme et suivi longitudinal non abordés.
						La prise en compte de la dynamique familiale est essentielle pour des interventions efficaces et adaptées au quotidien.			

Annexe 9. Matrice théorico-conceptuelle.

	Modalités	Critères	Indicateurs
Transition occupationnelle	Nature du changement	Type de transition	Développementale. Situationnelle. Imposée. Autre.
		Déclencheur	Naissance. Pathologie/Troubles. Précarité. Autre.
	Processus expérientiel	Phase de transition	Envahissement. Perturbation. Intégration.
	Ressources	Supports	Soutien familial. Insitutionnel. Professionnel.
	Reconfiguration identitaire	Modification des rôles	Identité parentale. Redistribution des responsabilités.
	Adaptation occupationnelle	Ajustement	Modification des routines. Réorganisation du quotidien.
	Co-occupation	Dimension relationnelle Dimension occupationnelle	Interaction parent-enfant. Partage. Intentionnalité commune. Co-occupations

	Modalités	Critères	Indicateurs
Capacité d'agir	Intentionnalité	Projection	Formulation d'objectifs. Engagement volontaire.
	Prévoyance	Anticipation	Planification. Projection dans le rôle parental.
	Auto-régulation	Ajustement	Modification des comportements face aux contraintes.
	Réflexivité	Analyse de soi	Remise en question. Réévaluation de l'identité.
	Efficacité personnelle	Confiance perçue	Sentiment de compétence dans le rôle.
	Agentivité	Type d'agentivité	Personnelle. Collective. Par procuration.
	Interaction environnementale	Influence contextuelle	Soutien -> Renforçant la capacité. Barrières -> Limitant la capacité.

	Modalités	Critères	Indicateurs
Vulnérabilité	Structurelle	Déterminants sociaux	Précarité. Instabilité professionnelle
	Personnelle	Facteurs individuels	Handicap. Troubles psychiques. Autre.
	Psychosociale	Supports sociaux	Isolement. Monoparentalité. Autre.
	Relationnelle	Interdépendance	Soutien familial. Réseaux.
	Environnementale	Obstacles	Accès aux soins. Accès aux aides.
	Capabilités	Libertés réelles	Possibilité d'agir. Accès aux ressources.
	Dynamique	Evolution	Situation temporaire. Contextualisée.

Annexe 10. Modèle de la transition de Schlossberg, 1984.

FIGURE 1
Vue d'ensemble du modèle de transition (Schlossberg, 1984)

LA TRANSITION	LES RESSOURCES D'ADAPTATION			LE PROCESSUS DE TRANSITION
◆ Types ⇒ anticipé ⇒ non anticipé ⇒ absence d'événement ⇒ souei persistant ◆ Contexte ⇒ rapport de l'individu avec la transition ⇒ cadre d'apparition de la transition ◆ Impact ⇒ relations humaines ⇒ habitudes/routines ⇒ présomptions ⇒ rôles	◆ Variables caractérisant la transition Caractéristiques de l'événement ou de l'absence d'événement ⇒ élément déclencheur ⇒ moment ⇒ source / motivation ⇒ changement de rôle ⇒ durée ⇒ expériences antérieures avec une transition similaire ⇒ stress concurrents Évaluation	◆ Variables caractérisant l'individu Caractéristiques personnelles et démographiques ⇒ statut socio-économique ⇒ identification au rôle sexuel ⇒ âge et étape de vie ⇒ état de santé Ressources psychologiques ⇒ développement du moi ⇒ personnalité ⇒ attitudes ⇒ engagements et valeurs Réactions d'adaptation ● Buts ⇒ exercer un contrôle sur la situation ⇒ modifier la signification de la situation ⇒ contrôler le stress ● Stratégies d'adaptation ⇒ recherche d'informations ⇒ action posée ⇒ inhibition de l'action	◆ Variables caractérisant l'environnement Support social ● Types ⇒ relations humaines ⇒ cellule familiale ⇒ réseau d'amis ⇒ institution et communauté ● Buts ⇒ affect ⇒ affirmation ⇒ assistance ⇒ rétroaction ● Dimension : convoi Options ⇒ concrètes ⇒ perçues et utilisées ⇒ créées	◆ Phases d'assimilation ⇒ envahissement ⇒ perturbation ⇒ intégration pour le meilleur ou pour le pire ◆ Appréciation ⇒ de la transition ⇒ des ressources ⇒ des résultats ⇒ des préoccupations de l'individu versus sa satisfaction face à la vie

FIGURE 1
Overview of the Transition Model (Schlossberg, 1984)

Schlossberg : transitions personnelles et professionnelles

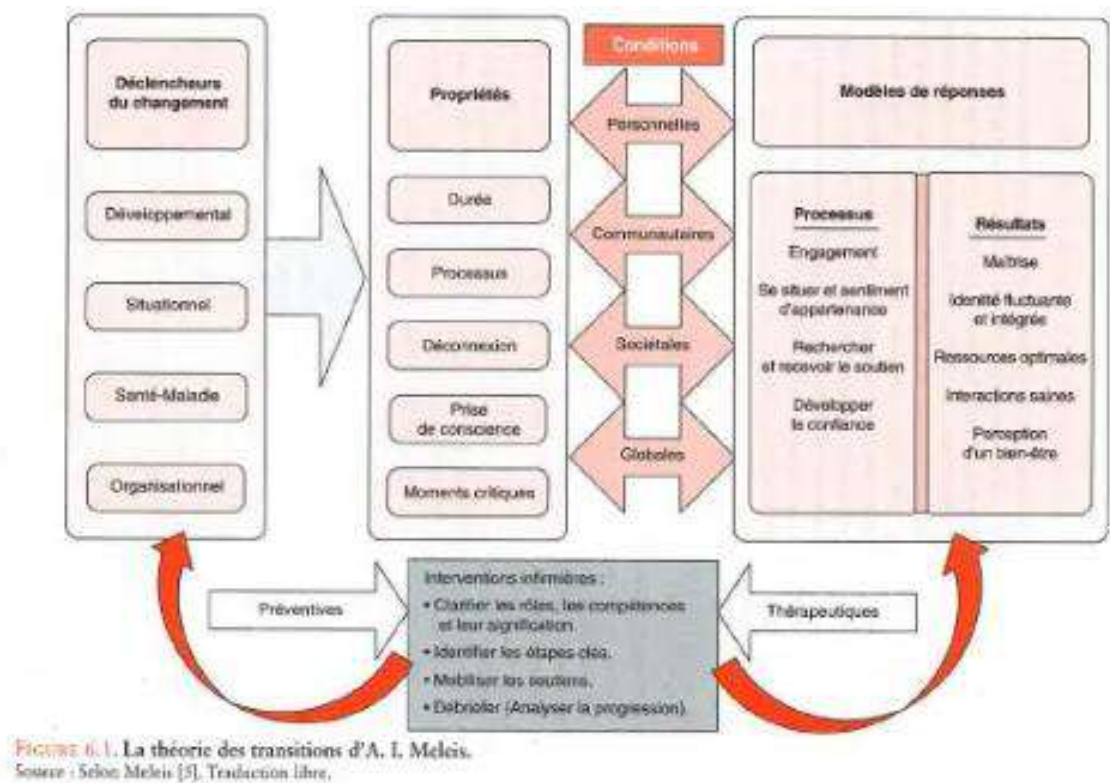
Annexe 11. Système des 4 « S » de la transition de Schlossberg et al., 1995.

FIGURE 2
Ressources d'adaptation – Le système des 4 « S » (Schlossberg et al., 1995)

◆ SITUATION ⇒ élément déclencheur ⇒ moment et stress concurrents ⇒ motivation et contrôle ⇒ expériences antérieures avec une transition similaire	◆ SUPPORT ⇒ estime de soi positive ⇒ encouragement ⇒ information ⇒ conseils ⇒ contacts ⇒ aide pratique
◆ SOI ⇒ importance du travail ⇒ adaptabilité ⇒ efficacité personnelle ⇒ sens accordé au travail	◆ STRATÉGIES ⇒ exercer un contrôle sur la situation ⇒ modifier la signification de la situation ⇒ contrôler le stress

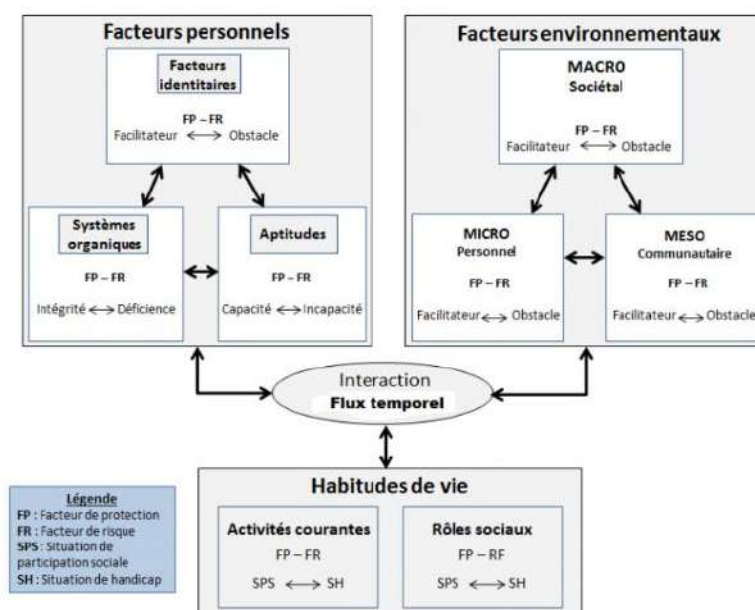
FIGURE 2
Copying Resources – The 4 « S » System (Schlossberg et al., 1995)

Annexe 12. Modèle de la théorie des transitions, selon A. I. Meleis.

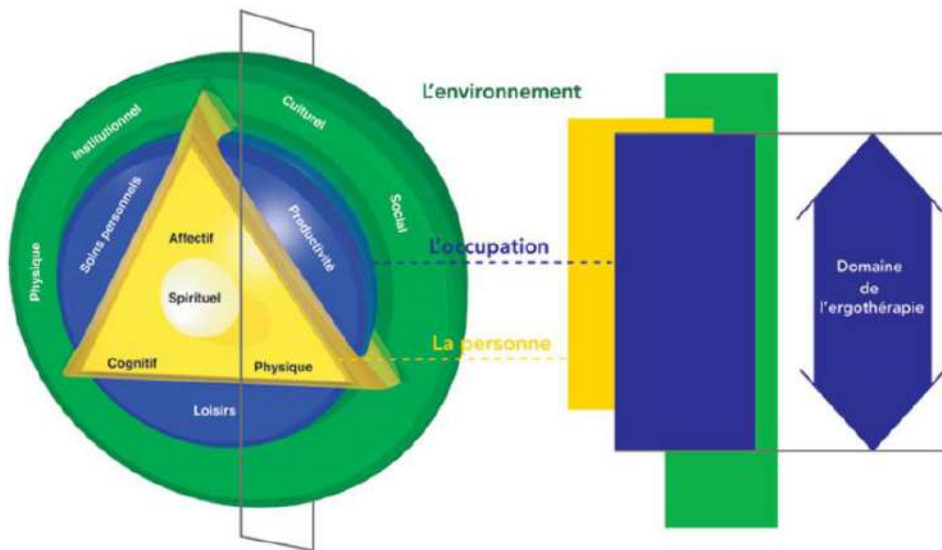


Annexe 13. Modèle conceptuel MDH-PPH, 2010.

MDH-PPH bonifié (2010)



Annexe 14. Modèle conceptuel MCREO, 2013.



Annexe 15. Modèle conceptuel MOH, 2017.

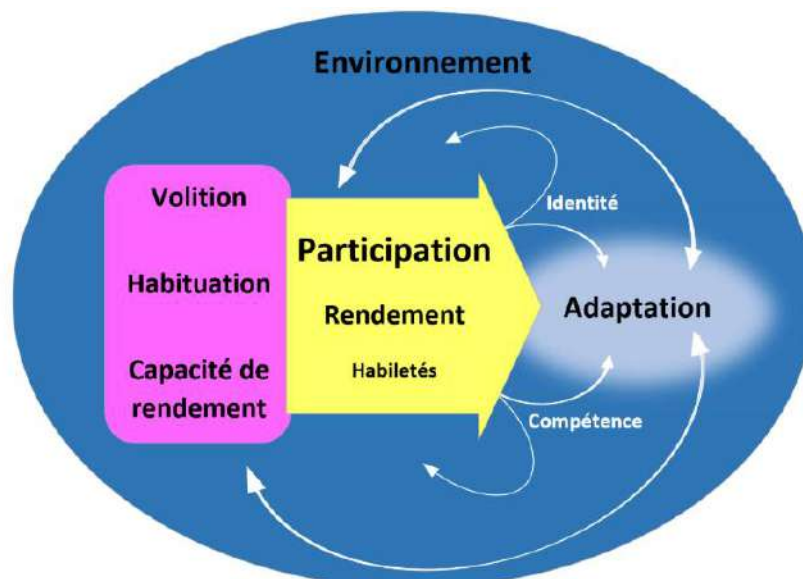
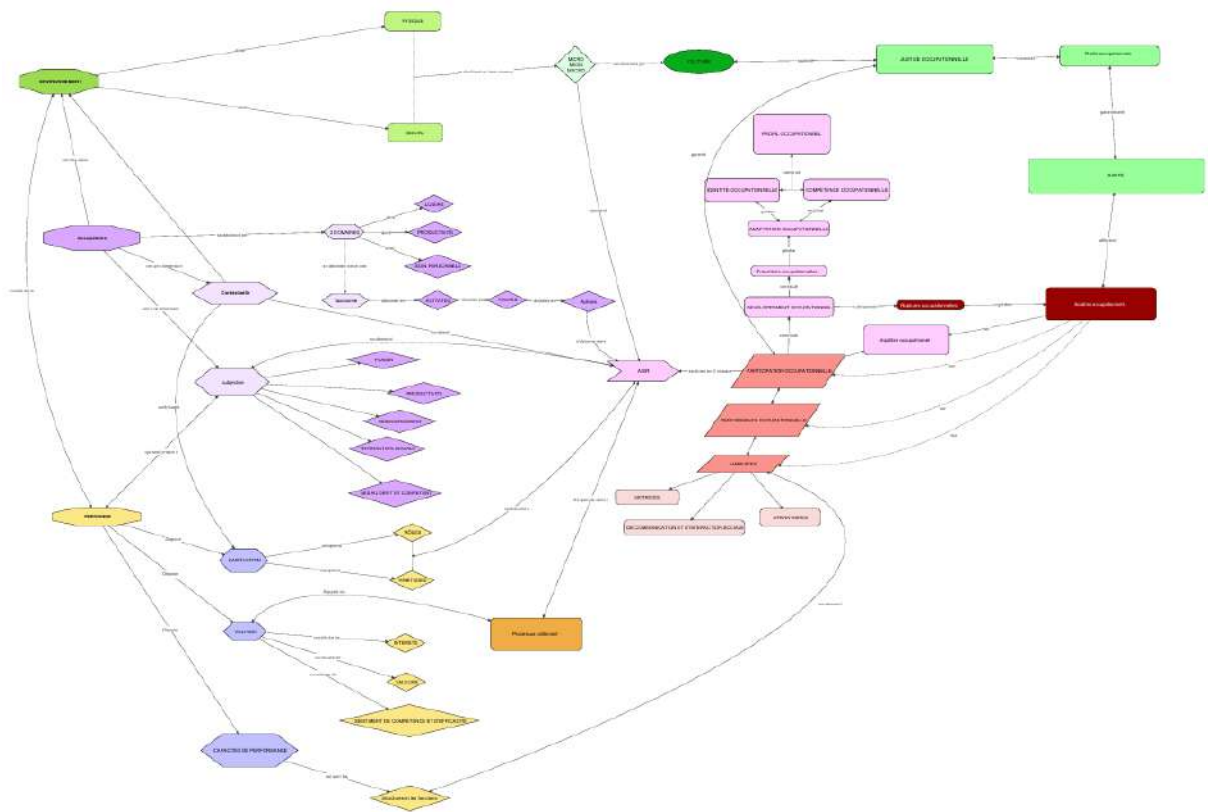


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Québécoise)
 Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignot, A. Doussin et C. Marcoux (2024).
 Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval,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

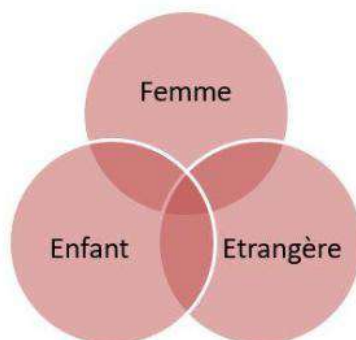
Annexe 16. Carte conceptuelle de l'occupation, de Jean-Michel Caire et Géraldine Poriel.

Carte conceptuelle des relations Occupation-Personne-Environnement



Annexe 17. Exemples de vulnérabilités multiples, 2022.

Exemple 1 :



Exemple 2 :



Annexe 18. Grille d'entretien de l'enquête.

Grille d'entretien de l'enquête		
Question inaugurale : Pour commencer, pouvez-vous me parler d'une situation dans laquelle vous avez accompagné un ou des parents en période périnatale qui vous a marqué ?		
Questions thématiques		
Thème principal : Accompagnement ergothérapique du ou des parents en situation de vulnérabilité lors de la transition vers la parentalité		
Sous-thématiques (cibles) :	Objectifs :	Questions de relance thématique :
Transformation du quotidien parental ; transition occupationnelle	Comprendre comment se manifestent les transformations occupationnelles chez les parents	Quels changements observez-vous dans le quotidien du ou des parents à l'arrivée d'un enfant ?
Obstacles et ressources dans ces situations ; vulnérabilité	Identifier les situations de vulnérabilité et leurs effets sur le quotidien	Quels leviers et freins identifiez-vous à l'engagement du ou des parents dans leur quotidien ?
Manifestations concrètes de la capacité d'agir ; signes	Explorer comment la capacité d'agir se manifeste dans les situations réelles	Comment le ou les parents développent leur autonomie de leur rôle parental ? (par exemple : actions du quotidien, prise des initiatives, faire des choix)
Modalités d'intervention ; agir professionnel réel	Décrire les pratiques professionnelles mises en œuvre	Concrètement, que mettez-vous en place dans votre accompagnement pour soutenir le ou les parents dans cette période ?
Effets de l'accompagnement	Comprendre l'effet de l'intervention sur la capacité d'agir	Quels effets observez-vous de votre accompagnement sur la manière dont le ou les parents gèrent leur quotidien et leur rôle parental ?
Question de clôture : Merci beaucoup pour votre participation. Avez-vous d'autres commentaires à rajouter avant de clôturer notre entretien ?		

Annexe 19. Notice d'information et Formulaire de consentement pour le participant.

NOTE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANT.E.S A L'ENTRETIEN

Objet de la recherche :

Dans le cadre de mon mémoire de troisième année d'ergothérapie, j'étudie l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité.

But de l'entretien :

Cet entretien vise à explorer les pratiques professionnelles dans des situations concrètes, en cohérence avec une approche clinique centrée sur le sens, le vécu et l'agir professionnel. Cette étude permet d'approfondir la transition occupationnelle liée à l'arrivée d'un enfant, les situations de vulnérabilités parentales (psychique, environnemental et social), la capacité d'agir des parents dans leur quotidien et leur rôle parental et enfin, l'accompagnement de cette transition et le soutien à l'engagement des parents par l'ergothérapeute.

Déroulement de l'entretien :

Cet entretien est semi-dirigé et dure approximativement 45 minutes à 1 heure, en fonction de la conversation, le temps peut être étendu. L'entretien peut se dérouler en présentiel, ou en visio-conférence selon votre localisation et les disponibilités. L'échange sera enregistré avec votre accord puis retranscrit à des fins d'analyse. Vous êtes libres de mettre fin au dialogue à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions.

Confidentialité :

Les informations collectées sont confidentielles et seront utilisées dans le strict respect de l'anonymat. Pour cela, lors de la rédaction du mémoire, les lieux, les noms ou tout autre information permettant de vous identifier seront modifiées ou supprimées. L'enregistrement sera détruit après finalisation du mémoire.

Volontariat et droit de retrait :

Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de l'étude à tout moment sans justification. Le fait de participer ou non n'entraînera aucune conséquence sur votre situation professionnelle ou personnelle.

Contact :

Pour tout complément d'information, vous pouvez me contacter :

- Nom, Prénom :
- Adresse électronique :
- Directrice de mémoire :

Je vous remercie pour votre contribution à ce travail d'initiation à la recherche.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné.e,

Nom et prénom :

Profession / poste :

déclare avoir été informé.e de l'objectif de la recherche menée par étudiante en ergothérapie portant sur l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité et de son influence sur la capacité d'agir du ou des parents en situation de vulnérabilité.

Je consens librement à participer à un entretien semi-directif d'une durée approximative de 45 minutes 45 minutes à 1 heure, pouvant être réalisé en présentiel ou en visioconférence.

J'autorise l'enregistrement audio de cet entretien, dont le contenu sera traité de manière strictement anonyme et confidentielle à des fins d'analyse.

Je suis informé.e que je peux interrompre l'entretien ou retirer mon consentement à tout moment, sans justification et sans conséquence.

Date :/...../.....

Signature :

Annexe 20. Tableau d'analyse descriptive de la composition du corpus de participants.

	ERGO 1	ERGO 2	ERGO 3	ERGO 4
Sexe	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin
Tranche d'âge	30-35 ans	40-45 ans	30-35 ans	30-35 ans
Année de diplôme	2013	2009	2017	2017
Expérience professionnelle totale	12 ans	16 ans	9 ans	~ 8 ans
Expérience en handiparentalité	7 ans au SAMSAH (Inclus dans le poste) + 2 ans (exclusivement)	6 ans	Incluse dans le poste, non isolée	3 ans (jusqu'au départ de la pratique clinique)
Contexte d'exercice	SAMSAH puis Cap Parents (actuel)	Neurologie adulte avec consultations handiparentalité puis Cap Parents (actuel)	Référent parcours handicap AFM Téléthon	SAPPH
Statut parental	Parent	Parent	Non parent	Non parent

TABLEAU D'ANALYSE DES DONNEES DESCRIPTIVES

Annexe 21. Grilles d'analyse verticale des données.

Tableau intermédiaire d'analyse des entretiens de l'enquête

Ergothérapeute 1 – Analyse verticale

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
17-19	« Elle nous a annoncé qu'elle était enceinte de cinq mois. Ça a été le grand combat pour organiser tout le matériel de puériculture pour l'arrivée de bébé, pour adapter les premiers gestes autour de bébé. »	Annnonce tardive d'une grossesse chez une mère IMC : déclencheur d'une transition occupationnelle brusque, combinant naissance à venir et pathologie (infirmité motrice cérébrale).	Déclencheur Indicateurs : Naissance + Pathologie/Troubles	Transition occupationnelle
28-31	« Et l'accompagnement ensuite de madame avec son bébé a été vraiment très formateur et c'était, euh, c'était, voilà, des petites adaptations au quotidien. Euh, il fallait penser à moyen terme, à long terme aussi. Et c'était, euh, hyper revulsant parce que autant pour madame que pour le pro ». »	L'accompagnement périnatal est décrit comme une phase d'intégration progressive, où parent et professionnel évoluent conjointement.	Processus expérientiel / Phase de transition Indicateur : Intégration	Transition occupationnelle
43-46	« Il y a un changement déjà physique [...] madame prenait du poids. Pour gérer ses transferts, c'était d'autres techniques [...] Il a fallu mettre une planche de transfert, un guidon de transfert. »	La grossesse modifie le corps du parent et impose une réévaluation continue des routines de transfert et du matériel d'aide technique.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateur : Modification des routines	Transition occupationnelle
45-52	« C'est tout l'aménagement de la maison qu'il faut penser pour accueillir une petite personne : un lit adapté au fauteuil, une table à langer à hauteur, pouvoir transporter la petite quand on est sur le fauteuil. »	L'arrivée de l'enfant implique une réorganisation complète de l'environnement domestique pour répondre simultanément aux besoins du parent en fauteuil et du bébé.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateur : Réorganisation du quotidien	Transition occupationnelle
53-59	« Il y a tout ce qui est changement de l'ordre psychologique [...] un apprentissage de gestes, de connaissances de l'enfant, un changement affectif [...] la place du couple également. Tout est un peu bouleversé. »	La transition vers la parentalité reconfigure l'identité des parents (identité parentale, place du couple) et redistribue les responsabilités.	Reconfiguration identitaire / Modification des rôles Indicateurs : Identité parentale, Redistribution des responsabilités	Transition occupationnelle
69-71	« Changer bébé, aller acheter des couches, gérer les activités de bébé, lui parler [...] tout ce qu'un parent puisse faire. Adapter tout ça ». »	L'ensemble des nouvelles occupations parentales (soins directs, achats, interactions langagières) constitue le champ des co-occupations à analyser et adapter.	Dimension occupationnelle / Co-occupations Indicateurs : Interaction parent-enfant, Partage, Intentionnalité commune	Transition occupationnelle
78-87	« D'un coup, il fallait tout gérer : le dossier MDPH, accueillir la PMI, le matériel, anticiper pour le bébé [...] en trois, quatre mois. Comment on va faire ? »	L'annonce tardive de la grossesse déclenche une phase d'envahissement intense : accumulation simultanée de démarches, d'acteurs et de décisions en temps très contraint.	Processus expérientiel / Phase de transition Indicateurs : Envahissement, Perturbation	Transition occupationnelle
286-307	« Une co-occupation parentale, c'est pas seulement je joue avec bébé, c'est aussi lui prendre rendez-vous chez le médecin, lui acheter des vêtements [...] Chaque parent ne fait pas toutes les co-occupations ». »	La reconnaissance des co-occupations indirectes élargit la définition du rôle parental et légitime une répartition des tâches sans culpabilité.	Dimension occupationnelle / Co-occupations Indicateur : Intentionnalité commune (rôle parental distribué)	Transition occupationnelle
591-604	« La parentalité, c'est quand même un déséquilibre occupationnel qui est très important. Ça fait réagir en tant qu'ergo [...] Je rêverais qu'il y ait des ergos en PMI ou en maternité, pour tout le monde. »	La parentalité est identifiée comme un déséquilibre occupationnel universel, justifiant l'intervention de l'ergo au-delà du seul handicap.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateur : Réorganisation du quotidien (dimension universelle)	Transition occupationnelle
32-37	« La relation avec madame s'est inversée : elle devenait la maman, c'est elle qui décidait et moi, j'étais à son service pour dire : quelles adaptations il y a besoin ». »	Le parent devient décideur de son accompagnement : émergence d'une agentivité personnelle forte, le professionnel se positionnant en soutien de ses choix (autodétermination).	Agentivité / Type d'agentivité Indicateur : Personnelle (autodétermination)	Capacité d'agir

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
96-105	« Si elle voulait faire un deuxième enfant, ce serait bien d'anticiper quelques petits trucs [...] mettre à jour un dossier MDPH avant de lancer une grossesse. Ça fait gagner beaucoup de sérénité. »	La planification anticipée avant la grossesse est identifiée comme un levier majeur de prévoyance réduisant le stress de la transition.	Prévoyance / Anticipation Indicateurs : Planification, Projection dans le rôle parental	Capacité d'agir
235-239	« Ils deviennent autonomes déjà parce qu'il y a une belle carotte au bout du nez [...] une motivation vraiment extrinsèque. Des parents qui vont aller plus loin que ce qu'on attend d'eux. [...] il y a ce petit bout qui les motive énormément. »	Le bébé constitue une source de motivation extrinsèque puissante, engageant les parents dans leur rôle au-delà des attentes professionnelles.	Intentionnalité / Projection Indicateurs : Engagement volontaire, Formulation d'objectifs	Capacité d'agir
240-242	« C'est en faisant avec, en les réassurant, parce que souvent, c'est eux qui ont les solutions. On part de : « Comment vous, vous le voyez ? » Et souvent, ils ont les bonnes solutions. »	L'accompagnement centré sur les ressources propres du parent (approche bottom-up) favorise l'expression de sa capacité d'agir et renforce son sentiment de compétence.	Agentivité / Auto-régulation Indicateurs : Personnelle, Modification des comportements	Capacité d'agir
253-256	« Si j'ai un professionnel méfiant face à moi, je vais être stressée et alimenter ce regard de « elle est pas capable ». Alors que si j'ai un professionnel qui me fait confiance, je vais gagner en autonomie. »	Le regard du professionnel est déterminant : confiant – cercle vertueux d'efficacité personnelle ; méfiant – cercle vicieux d'inhibition de la capacité d'agir.	Efficacité personnelle / Interaction environnementale Indicateurs : Confiance perçue, Soutien → Renforçant la capacité	Capacité d'agir
269-276	« Des parents qui veulent montrer à la société qu'ils peuvent, et on passe dans une hyperparentalité qui tient pas longtemps. Le parent s'épuise très vite. »	Le risque d'hyperparentalité (surinvestissement pour prouver sa légitimité) conduit à l'épuisement. L'ergo régule en normalisant l'équilibre occupationnel.	Auto-régulation / Ajustement Indicateur : Modification des comportements face aux contraintes	Capacité d'agir
286-298	« On remet en place les co-occupations parentales : lui prendre rendez-vous chez le médecin, acheter des vêtements à sa taille... c'est aussi être parent. [...] Ça rassure le parent de se dire : ben voilà, c'est une dame qui lui prend le bain, moi je ne fais pas le bain, mais je fais tout l'aspect administratif. »	Utilisation clinique des co-occupations comme outil de déculpabilisation : l'ergo valorise les occupations indirectes pour contrebalancer le regard social qui ne reconnaît que le soin direct comme preuve de parentalité. Usage clinique pour restaurer la confiance.	Efficacité personnelle / Ajustement Indicateurs : Personnelle, Sentiment de compétence Soutien → Renforçant la capacité	Capacité d'agir
423-433	« Il y a un rôle en tant qu'ergo pour l'adaptation sensorielle, cognitive, environnementale, le FALC [...] ça marche pour tout le monde. C'est du support visuel pur et ça renforce l'accessibilité universelle. »	Les adaptations sensorielles et cognitives proposées par l'ergo (FALC, supports visuels) sont des leviers environnementaux qui renforcent directement la capacité d'agir du parent.	Interaction environnementale / Influence contextuelle Indicateur : Soutien → Renforçant la capacité	Capacité d'agir
540-554	« Les effets, c'est une réassurance. Ils ont plus confiance en eux, donc ils se permettent plus. Il y a une meilleure autonomie et un épanouissement qui se crée aussi. Quand il y a une mise en confiance, le parent dévoile son vrai potentiel [...] »	L'accompagnement ergothérapeutique produit une montée en efficacité personnelle : réassurance, autonomie accrue et épanouissement parental.	Efficacité personnelle / Confiance perçue Indicateur : Sentiment de compétence dans le rôle parental	Capacité d'agir
548-552	« On a beaucoup de parents qui nous font remonter qu'on les victimise dans le corps médical : « Pourquoi vous voulez infliger ça à votre enfant ? » À aucun moment, on se permettrait ça avec une personne valide. »	La posture non victimisante de l'ergo contraste avec le regard médical discriminant et crée les conditions d'un environnement soutenant la capacité d'agir.	Interaction environnementale Indicateur : Soutien → Renforçant la capacité (posture professionnelle)	Capacité d'agir
571-578	« S'ils rencontrent des personnes qui disent : « On peut adapter ça, il y a des aides financières, des pairs aidants... » c'est hyper rassurant. On avance sur le projet. »	Proposer des solutions concrètes et un accès aux ressources renforce l'agentivité collective et libère l'énergie des parents vers leur projet parental.	Agentivité / Interaction environnementale Indicateurs : Collective, Soutien → Renforçant la capacité	Capacité d'agir
574-576	« Il y a une association de pairs aidants [...] Il y a la PCH parentalité [...] En fait, c'est hyper rassurant de rencontrer des personnes qui disent : il existe des solutions. »	Référence aux dispositifs de pair-aidance et aux aides financières spécifiques (PCH parentalité) : lève une vulnérabilité qui est liée à un manque d'information systématique sur les droits.	Capacités / Accès aux ressources Piste : rôle de l'information sur les droits dans la réduction de la vulnérabilité	Capacité d'agir

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
584-586	« Le but, c'est qu'on serve à rien à la fin et c'est le cas. Le parent fait sa vie ensuite avec son enfant et il devient comme tout le monde à être parent. Il n'y a plus de sujet. »	L'objectif terminal est une agentivité personnelle pleine ; le parent n'a plus besoin de soutien professionnel pour exercer son rôle.	Agentivité / Efficacité personnelle Indicateurs : Personnelle, Sentiment de compétence (autonomie totale)	Capacité d'agir
119-128	« À la fois, je comprends ce côté « je cache ma grossesse » parce qu'elle nous l'avait clairement dit qu'elle craignait qu'on l'en dissuade [...] On voit pas de personnes non handicapées cacher leur grossesse de peur que leur entourage leur dise : « Mais t'es sûr ? » »	D'une part, il y a la peur du regard professionnel et social qui pousse à dissimuler la grossesse : vulnérabilité psychosociale et obstacle à l'accès aux soins dès le début de la grossesse. D'autre part, la dissimulation de la grossesse est identifiée comme une stratégie de protection (mécanisme de défense identitaire) face à un environnement perçu comme hostile. Manifestation concrète de la stigmatisation intériorisée, révélateur du poids du regard social sur le projet parental en situation de handicap.	Psychosociale / Environnementale Indicateurs : Obstacles (regard discriminant, stigmatisation), Accès aux soins Piste : Comportement de dissimulation de la grossesse, stratégie d'adaptation identitaire	Vulnérabilité
137-142	« Un frein qui est énorme encore aujourd'hui, c'est la représentation de la parentalité [...] je vais sortir le mot de validisme. Être parent en situation de handicap, c'est peu connu, mal perçu. [...] peut freiner même intérieurement les personnes à devenir parents. »	Le validisme est un déterminant social structurel de vulnérabilité, pouvant être intériorisé et freiner le projet parental. Le terme est évoqué explicitement par l'ergothérapeute.	Structurelle / Déterminants sociaux Indicateur : Validisme (discrimination systémique)	Vulnérabilité
142-149	« Tous les professionnels de la périnatalité n'ont pas de formation sur le handicap [...] S'ils sont formés sur le handicap, c'est par pur intérêt professionnel au cours de leur carrière, mais il n'y a aucune formation sur le handicap. [...] il y a 20 % de la population qui va connaître une situation de handicap. »	L'absence de formation au handicap dans les cursus périnatalité est un obstacle structurel majeur à l'accès à des soins adaptés.	Environnementale / Structurelle Indicateurs : Accès aux soins, Déterminants sociaux (manque de formation)	Vulnérabilité
152-153	« Ils doivent absorber le stress d'être parent [...] en plus, se débrouiller pour adapter le matériel, trouver les aides humaines [...] S'il y a personne autour, comment faire ? »	Cumul du stress parental ordinaire et de la gestion solitaire des besoins spécifiques : vulnérabilité psychosociale et relationnelle en l'absence d'accompagnement.	Psychosociale / Relationnelle Indicateurs : Isolement, Réseaux insuffisants	Vulnérabilité
170-175	« Un frein complexe, la méconnaissance du handicap côté périnat', parce que ça apporte des freins énormes pour les parents. [...] Quand il y a une connaissance côté périnat' des établissements médico-sociaux, la coordination se fait naturellement. Ces deux mondes se confrontent très rarement, que quand il y a des situations d'urgence. »	La méconnaissance mutuelle des deux secteurs est une barrière environnementale : la coordination n'émerge qu'en crise, aggravant la vulnérabilité des familles.	Environnementale / Capacités Indicateurs : Obstacles, Libertés réelles limitées	Vulnérabilité
202-212	« Le levier, ce serait une meilleure coordination des pros [...] Les personnes font le tampon entre les deux mondes, c'est beaucoup d'énergie pour elles. »	L'absence de formation croisée contraint les parents à assumer seuls la médiation entre secteurs, limitant leurs libertés réelles (capacités).	Capacités / Dynamique Indicateurs : Libertés réelles limitées, Situation contextualisée	Vulnérabilité
376-381	« Si d'un côté il y a que des données autour de bébé mais pas d'adaptation, le parent va être en galère [...] c'est là où on se retrouve avec des situations dramatiques, même des placements, avec des enfants qui vont pas bien du tout. »	L'absence d'adaptation peut conduire à des situations de crise (évitable) : vulnérabilité situationnelle et dynamique selon le contexte d'accompagnement.	Dynamique / Capacités Indicateurs : Situation contextualisée, Possibilité d'agir empêchée	Vulnérabilité
449-451	« L'aspect couteau suisse de l'ergo correspond bien à une coordination possible avec des sage-femmes en maternité, libérales, des puéricultrices, de la PML. »	La polyvalence de l'ergo lui permet un rôle de pivot dans la coordination interprofessionnelle, réduisant la vulnérabilité environnementale des familles.	Environnementale / Relationnelle Indicateurs : Accès aux soins (coord. renforcée), Soutien professionnel (réseaux)	Vulnérabilité

PARTIE 2 – Éléments émergents (non prévus dans la matrice)				
Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
137-142	« Je vais même sortir le mot de validisme quot. C'est-à-dire qu'être parent en situation de handicap, [...] c'est quelque chose qui peut freiner même intérieurement les personnes à devenir parents. »	Nomination explicite et spontanée du validisme par la professionnelle : concept politique et militant absent de la matrice théorique. Son usage dans le discours professionnel indique une évolution des représentations dans le champ.	Émergent : usage du terme « validisme » Piste : concept non prévu dans la matrice, à interroger dans la littérature et dans les autres entretiens	Élément émergent Le validisme comme nouveau cadre conceptuel dans le discours professionnel
423-433 / 504-505	« Le FALC, ça marche pour tout le monde. Si je te donne une liste de valises de maternité en FALC avec des images, la valise sera faite plus rapidement [...] c'était que le FALC fonctionne très bien. Mais pour tout le monde, en fait, étant visuel. Adaptations sensorielles, cognitives, [...] Les bonnes adaptations, quand elles marchent pour tout le monde, c'est que c'est de très bonnes adaptations. »	Le FALC (Facile À Lire et à Comprendre) est présenté comme outil d'accessibilité universelle. Son efficacité tous publics remet en question la notion même d'adaptation « spécialisée » : une bonne adaptation est universelle.	Émergent : Vision de l'accessibilité universelle, non prévu dans la matrice.	Élément émergent L'accessibilité universelle comme philosophie de pratique

Tableau intermédiaire d'analyse des entretiens de l'enquête

Ergothérapeute 2 – Analyse verticale

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
15-29 / 35-37	« C'est une dame qui avait fait un arrêt cardiaque pendant la naissance de son fils [...] elle a eu des séquelles motrices, sensitives et visuelles [...] la parentalité, ça a beaucoup tourné autour de ses troubles visuels [...] dénotant parce que cette dame-là, elle avait un projet de vie qui aujourd'hui n'était plus compatible avec les séquelles de son accident. »	Survenue d'un handicap au moment même de la naissance : le déclencheur de la transition occupationnelle est simultanément la naissance et la pathologie, créant une double rupture brutale.	Déclencheur Indicateurs : Naissance + Pathologie/Troubles (simultanément)	Transition occupationnelle
235-239	« La parentalité, pour tout un chacun, c'est une transition, c'est un changement. Quand on mêle ça avec le handicap, il y a plusieurs étapes. Soit le handicap était là avant [...] soit le handicap survient au moment de la naissance [...] soit les gens deviennent handicapés après. »	L'ergothérapeute distingue trois configurations de la transition occupationnelle selon le moment d'apparition du handicap par rapport à la parentalité : chacune implique un processus et des enjeux radicalement différents.	Type de transition Indicateurs : Développementale (handicap avant), Situationnelle (pendant/après naissance), Imposée (accident post-parentalité)	Transition occupationnelle
254-271	« Quand le handicap survient au moment de la naissance [...] il faut changer et qui on est et comment on va vivre. [...] Là, il y a une transition qui est très difficile [...] Et en plus, il y a un enfant. »	La concomitance du handicap et de la naissance provoque une phase d'envahissement et de perturbation maximale : la personne doit simultanément reconstruire son identité, son projet de vie et s'engager dans la parentalité.	Processus expérientiel / Phase de transition Indicateurs : Envahissement, Perturbation	Transition occupationnelle
276-288	« Elle était parent, elle s'imaginait quelque chose et ça paraissait logique, c'était dans la continuité. Elle a dû changer complètement sa façon de voir toute sa vie, sa vie et sa parentalité [...] des choses vraiment très profondes : l'école, la vaccination, l'instruction en famille. »	Lorsque le handicap survient chez un parent déjà en exercice, la transition impose une reconfiguration identitaire profonde : non seulement les occupations changent, mais des valeurs parentales fondamentales sont remises en question.	Reconfiguration identitaire / Modification des rôles Indicateurs : Identité parentale (valeurs, projet éducatif), Redistribution des responsabilités	Transition occupationnelle
309-318	« Pour un monsieur tétraplégique qui a une fille de six ans [...] la transition, elle est sur lui, sa vie. Et dans sa vie, il y a son rôle de père. Mais il y a des moyens d'être toujours le père qu'il était. Le but de l'ergo, c'est d'essayer de lui permettre ça. »	Quand le handicap survient après la parentalité, la transition occupationnelle porte sur la personne elle-même (son quotidien global) : le rôle parental est à préserver, pas à construire, ce qui oriente différemment l'accompagnement.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateur : Réorganisation du quotidien (maintien du rôle antérieur)	Transition occupationnelle
796-804	« Ce qui est intéressant, c'est de pouvoir [...] introduire des notions d'équilibre occupationnel et d'essayer de voir dans quelle mesure la personne est capable de renoncer à certaines choses pour pouvoir faire d'autres choses plus importantes à ses yeux. »	L'introduction de l'équilibre occupationnel dans les consultations permet d'accompagner les renoncements nécessaires à la transition vers la parentalité, en partant des priorités de la personne.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateur : Réorganisation du quotidien (hiérarchisation des occupations)	Transition occupationnelle
811-821	« On avait un appartement thérapeutique dans lequel on avait du matériel : une baignoire, un lit en hauteur, un lit cododo, un canapé [...] On avait des poupons, des écharpes, des choses. On pouvait faire tester à la personne [...] établir un cahier des charges d'un matériel qui conviendrait. »	L'appartement thérapeutique équipé permet une mise en situation réelle des occupations parentales : outil concret d'adaptation occupationnelle qui ancre la transition dans la pratique.	Adaptation occupationnelle / Ajustement Indicateurs : Modification des routines, Dimension relationnelle (interaction parent-enfant simulée)	Transition occupationnelle

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
611-617	« Il y a une grosse part de ce que eux vont décider. Comment eux vont cheminer dans leur vision de leur parentalité, de leur acceptation du handicap parfois [...] Ça joue une grosse part quand même ».	L'autonomisation dans le rôle parental repose d'abord sur un processus interne de la personne : cheminement, acceptation du handicap, vision de soi comme parent. L'ergo ne peut qu'accompagner, pas décider à sa place.	Agentivité / Type d'agentivité Indicateur : Personnelle (cheminement, autodétermination)	Capacité d'agir
696-709	« En parentalité, en consultation parentalité, je lui ai demandé de décrire quel papa il était [...] son grand bonheur, c'était d'aller chercher sa fille à l'école [...] en discutant avec lui, est arrivé le fait que, avec un fusil électrique, c'est toujours possible. Et lui n'avait pas envisagé le fusil électrique comme étant quelque chose qui pourrait être intéressant dans son rôle parental. »	Partir du rôle parental comme point d'entrée révèle des motivations inaccessibles par la rééducation classique : le rôle parental devient levier d'une agentivité personnelle qui débloque des résistances thérapeutiques.	Agentivité / Intentionnalité Indicateurs : Personnelle, Formulation d'objectifs (rôle parental comme moteur)	Capacité d'agir
621-624	« Il y a aussi la part de ce qu'on va leur laisser faire. Donc ça, c'est un peu ce qu'on disait sur les freins familiaux, du couple, de la famille, des professionnels autour. »	L'autonomie parentale dépend aussi de ce que l'environnement relationnel et professionnel laisse faire : l'espace accordé à la personne pour agir est une condition de l'agentivité.	Interaction environnementale / Influence contextuelle Indicateurs : Soutien → Renforçant la capacité, Barrières → Limitant la capacité	Capacité d'agir
782-792	« On va beaucoup discuter de ce que la personne veut être comme parent [...] dans quelle mesure les idées qu'elles ont sont très arrêtées, d'où elles viennent [...] ça permet aussi d'aborder un peu des idées reçues sur la parentalité qui des fois n'aident pas les parents. »	L'exploration des représentations parentales et de leur origine (culturelle, familiale, médiatique) vise à lever les croyances limitantes et à ouvrir l'espace de délibération de la personne.	Réflexivité / Analyse de soi Indicateurs : Remise en question, Réévaluation de l'identité	Capacité d'agir
999-1004	« Moi, j'essaie en tout cas d'arriver avec de l'humilité et de dire : de toute façon, vous ferez ce que vous voulez à la fin. Moi, je vous apporte des informations et il n'y a pas d'injonction. »	La posture d'humilité et de non-injonction de l'ergothérapeute est une condition de l'agentivité : elle remplace la décision dans les mains de la personne et évite de substituer le jugement professionnel au choix personnel.	Agentivité / Efficacité personnelle Indicateurs : Personnelle (choix éclairé), Sentiment de compétence préservé	Capacité d'agir
1013-1014	« On est juste là pour leur permettre de réfléchir et de faire des choix en conscience. »	L'effet visé de l'accompagnement est explicitement une agentivité éclairée : non pas orienter les choix, mais créer les conditions d'une délibération autonome et informée.	Agentivité / Prévoyance Indicateurs : Planification, Projection dans le rôle parental (choix en conscience)	Capacité d'agir
875-877	« Des fois, quand on voyait des parents en pré conceptionnel, on les revoyait plus tard. C'est donc qu'ils avaient eu confiance, que du coup, ils n'hésitaient pas à revenir nous solliciter. »	L'ergo déduit le retour spontané des parents après l'accompagnement initial est un indicateur indirect de l'efficacité personnelle développée : la confiance acquise les rend capables de solliciter des ressources de façon autonome.	Efficacité personnelle / Confiance perçue Indicateur : Sentiment de compétence dans le rôle (confiance à recourir aux ressources)	Capacité d'agir
912-944	« Le fait de pas avoir d'impact, ça a de l'impact [...] rien que le fait d'être venu en consultation, ça leur avait permis de se poser des questions. [...] Et rien que pour ça, ça a forcément un impact. »	Même une consultation sans objectif concret produit un effet d'agentivité : le simple fait de se poser la question de ses besoins et de son rôle constitue un acte de réflexivité qui engage la capacité d'agir.	Réflexivité / Auto-régulation Indicateurs : Remise en question, Modification des comportements (engagement du processus de délibération)	Capacité d'agir
145-177	« Il y avait une information préoccupante faite par quelqu'un de mon hôpital [...] la personne s'inquiétait de l'investissement du papa [...] potentiellement un danger pour les enfants. Donc on a traversé ça. »	La survenue d'une information préoccupante dans un contexte de handicap fragilise la situation de la famille et impose à l'ergothérapeute un repositionnement clinique : réassurer sans se substituer au jugement sur les compétences parentales.	Personnelle / Dynamique Indicateurs : Handicap + situation temporaire (fragilisation du contexte)	Vulnérabilité
41-52	« C'était une dame qui vivait dans un patelin complètement paumé [...] avec des troubles visuels, plus de voiture, donc plus de possibilité de vivre dans cet endroit sans être extrêmement isolée et pas du tout indépendante pour ses déplacements. »	La combinaison d'un handicap visuel acquis et d'un isolement géographique radical crée une vulnérabilité environnementale sévère réduisant l'accessibilité à presque toutes les ressources.	Environnementale / Psychosociale Indicateurs : Obstacles (accessibilité), Isolement	Vulnérabilité

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
343-355	« Les freins, c'est presque elles-mêmes [...] et parfois, c'est un peu l'entourage [...] et parfois, c'est les professionnels [...] des gens qui disaient : 'Mes parents ont peur, ils veulent pas que je sois enceinte ils veulent pas que j'aie un enfant' »	Les freins à l'engagement parental sont représentés sous trois configurations : internes (doute de soi), relationnels (entourage dissuasif) et professionnels (regard méfiant). La vulnérabilité est donc multidimensionnelle et peut se cumuler.	Psychosociale / Relationnelle / Environnementale Indicateurs : Isolement, Intépendance, Soutien familial insuffisant	Vulnérabilité
370-383	« Les projets de parentalité des personnes handicapées, c'est souvent des projets très réfléchis [...] mais il y a des gens qui tombent enceintes sans l'avoir trop prévu. Euh, là, c'est les mêmes freins : eux-mêmes ou l'entourage ou les professionnels qui peuvent mettre des bâtons dans les roues du projet ».	Que la grossesse soit planifiée ou non, les mêmes sources de vulnérabilité se retrouvent. La planification ne protège pas contre les freins extérieurs.	Structurelle / Psychosociale Indicateurs : Déterminants sociaux, Obstacles professionnels et familiaux	Vulnérabilité
405-414	« Des hommes qui deviennent handicapés [...] et qui s'occupaient plus ou moins de leurs enfants qui, du coup, ne s'en occupaient plus du tout. Ils n'avaient plus voix au chapitre. Parce que la femme avait dû tout prendre en charge [...] elle continuait quoi. »	La redistribution des rôles imposée par l'hospitalisation crée une vulnérabilité relationnelle spécifique chez les hommes : l'éviction progressive du rôle parental par la conjointe fragilise durablement leur place dans la famille.	Relationnelle / Psychosociale Indicateurs : Interdépendance (déséquilibre), Isolement dans le rôle parental	Vulnérabilité
594-598	« Un couple homosexuel, ça engage des démarches supplémentaires qui vont potentiellement faire qu'on va se retrouver face à des professionnels qui vont pas approuver [...] C'est compliqué pour un couple homosexuel sans handicap, alors avec handicap, ça se rajoute. »	L'orientation sexuelle constitue une vulnérabilité surajoutée au handicap : les démarches de parentalité pour les couples homosexuels multiplient les expositions à des regards professionnels discriminants.	Structurelle / Psychosociale Indicateurs : Déterminants sociaux (discrimination), Isolement	Vulnérabilité
1024-1046	« La vulnérabilité surajoutée [...] des personnes avec un handicap intellectuel qui vont avoir une vulnérabilité affective, une dépendance dans la pensée [...] nous, on ne peut pas travailler sur toutes les vulnérabilités. »	La notion de vulnérabilité surajoutée illustre la dynamique cumulative des fragilités : handicap intellectuel + vulnérabilité affective + dépendance cognitive forment un nœud que l'ergothérapie seule ne peut pas dénouer.	Dynamique / Personnelle / Psychosociale Indicateurs : Evolution (cumul), Facteurs individuels, Isolement	Vulnérabilité
1269-1277	« Personne ne lui avait expliqué ce que c'était qu'un accouchement [...] elle était à cinq jours de l'accouchement. Tout le monde se disait : ah ben nous, on sait pas faire, on n'a plus de sages-femmes. Personne ne l'avait envoyée voir une sage-femme libérale. »	L'absence de coordination entre acteurs et le manque de formation spécifique laissent des situations de grande vulnérabilité sans réponse : les personnes avec handicap psychique tombent dans les angles morts du système.	Environnementale / Capabilités Indicateurs : Accès aux soins (défaillant), Libertés réelles limitées (information non transmise)	Vulnérabilité
493-508 1066-1100	« Le fait d'être enceinte peut rendre handicapé quelqu'un qui était complètement indépendant avec son fauteuil. Le fait d'être enceinte on est plus gros, on est plus lourd, on n'arrive plus à se transférer, on a mal au dos, on a ceci, on a cela [...] elle va être plus handicapée pendant la grossesse. C'est aussi un choix. C'est aussi des fois ce qu'on essaie de dire aux personnes qui nous contactent. »	La grossesse peut temporairement aggraver une situation de handicap préexistante : la vulnérabilité est dynamique et évolutive, ce qui justifie une information anticipée pour que la décision de parentalité soit un choix éclairé en considérant l'accessibilité réelle des structures et ressources.	Dynamique / Capabilités Indicateurs : Situation temporaire et contextualisée, Libertés réelles (choix informé)	Vulnérabilité

PARTIE 2 – Éléments émergents (non prévus dans la matrice)				
Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
145-182	<i>« qu'il y a en une, une information préoccupante. [...] Faite par quelqu'un de mon hôpital. [...] qu'à mené à une enquête. [...] mais du coup, il a fallu traverser ça. Donc il y a, il y a quelques séances où ça a été, euh, trouver la, trouver le moyen de la réassurer. Et en même temps, c'est pas moi qui allais juger, euh, de ses compétences. Moi, j'étais juste là pour essayer de la faire travailler, de la rendre un peu plus sereine et puis, euh, de pouvoir dire : « Voilà, vous êtes capable de ça, mais pas de ça. Et ça, il faudra qu'on fasse— qu'on pense de telle manière. » Donc ça a été une période aussi un peu compliquée. »</i>	Ce passage mérite une seconde lecture analytique traitant le positionnement de l'ergo. L'ergo adopte une posture bienveillante, éthique face à sa position « prise en étau » entre la protection de l'enfant et le soutien à la parentalité. Cette situation traduit la tension éthique entre l'autodétermination et la non-malfaisance.	Émergent : Posture éthique professionnelle entre autodétermination et non malfaisance dépassant la vulnérabilité mise en cause interprétée comme un risque pour la sécurité et la santé de l'enfant.	Élément émergent Posture éthique
493-508 / 519-521 / 1137-1138	<i>« Le fait d'être enceinte peut rendre handicapé quelqu'un qui était complètement indépendant avec son fauteuil. [...] Mais le fait d'être enceinte on est plus gros, on est plus lourd, on n'arrive plus à se transférer, on a mal au dos. [...] Il faut qu'on trouve une maternité accessible. [...] On se confronte à ce moment-là, peut-être, à des situations handicapantes. [...] Oui font que là, on va se sentir handicapé. La parentalité peut rendre handicapé. [...] Qu'elle est obligée de demander ou qu'elle n'y va jamais parce qu'elle ne peut pas. À ce moment-là, elle se retrouve en situation handicapante. [...] Le handicap, ça n'a pas de sens. C'est pas quelque chose de figé. »</i>	La grossesse et la parentalité sont identifiées comme des situations potentiellement 'handicapantes' en elles-mêmes indépendamment d'un handicap préexistant. — causalité inversée. Cette conception dynamique et situationnelle du handicap dépasse la matrice.	Émergent : Conception dynamique et situationnelle du handicap temporaire et contextualisée (dépassant la vulnérabilité comme contexte donné et envisage la notion que la parentalité peut elle-même créer ou amplifier des situations handicapantes).	Élément émergent Le handicap comme expérience situationnelle et universelle

Tableau intermédiaire d'analyse des entretiens de l'enquête

Ergothérapeute 3 – Analyse verticale

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
10-15 / 28-33	<i>« elle est concernée par une maladie neuromusculaire depuis sa naissance [...] elle avait pour projet d'avoir un enfant [...] avec une capacité vitale assez faible [...] , il y avait beaucoup de risques autour de la grossesse »</i>	La grossesse chez une femme atteinte d'amyotrophie spinale infantile (ASI) constitue un double déclencheur de transition occupationnelle : naissance attendue et pathologie grave préexistante. Remarquablement, la transition est initiée bien en amont de la naissance elle-même, dès la formulation du projet parental, dans un contexte de risque vital objectif. L'ergo accompagne cette phase préparatoire comme un espace à part entière de la transition.	Déclencheur Indicateurs : Naissance + Pathologie/Troubles	Transition occupationnelle
41-61	<i>« elle a pu bénéficier d'un parcours un peu balisé... Marina, c'est la première personne à avoir pu bénéficier de la PCH parentalité à —[...] on a un peu bousculé les codes et les portes [...] Ça nous a demandé pas mal de travail avec l'ANGH, j'ai été l'interlocuteur dans cette démarche-là »</i>	Les ressources institutionnelles mobilisées (PCH parentalité, TISF, AFM-Téléthon, collectifs CHSS, Intimagir, SAPHI) constituent des supports essentiels mais inégalement accessibles de la transition occupationnelle. L'ergo joue un rôle de pivot dans l'ouverture de ces soutiens, allant jusqu'à « bousculer les codes et les portes » pour des situations pionnières. L'ergo met en avant un rôle de coordination et de défense des droits (advocacy).	Ressources / Supports Indicateurs : Institutionnel, Professionnel (coordination et plaidoyer)	Transition occupationnelle
119-131	<i>« la système familiale est complètement bouleversée [...] des gens qui sont en situation de grande dépendance physique, mais qui ont toutes leurs capacités cognitives, ils ont un emploi du temps et un planning dans la journée qui est très bien ficelé... l'arrivée d'un bout de chou, ça bouleverse vraiment tout leur équilibre. Ça remet en question. Il y a aussi la projection de ce qu'avaient les parents versus la réalité quand l'enfant arrive »</i>	Chez des parents en situation de grande dépendance physique, l'arrivée de l'enfant déclenche une phase d'envahissement et de perturbation radicale d'un quotidien hautement organisé autour de la pathologie. Le planning préexistant, soigneusement structuré pour compenser la dépendance, est entièrement remis en cause par les besoins imprévisibles du nouveau-né. Le décalage entre représentations anticipées et réalité est souligné comme « quasi-universel ».	Processus expérientiel / Phase de transition Indicateurs : Envahissement, Perturbation	Transition occupationnelle
149-156	<i>« comment d'un enfant, tu deviens adulte et comment d'un adulte, tu deviens parent [...] le fait de devenir parent achève cette transition, c'est sûr [...] il y a eu un positionnement, une posture de la personne, qui vient justement s'imposer »</i>	La parentalité déclenche une double reconfiguration identitaire dans ce contexte de dépendance : la transition de l'adolescence à l'âge adulte (souvent suspendue lorsque les personnes restent dépendantes de leurs propres parents) et l'émergence d'une identité parentale propre. La naissance marque une rupture symbolique majeure dans la construction de soi, forçant un repositionnement intérieur. Cette dimension est observée par l'ergo comme un phénomène interne.	Reconfiguration identitaire avec une modification des rôles Indicateurs : Identité parentale (transition adulte-parent)	Transition occupationnelle

192-199	<i>« Louis, il a un peu repris la main sur le foyer[...] sur son parcours de santé. C'est quelqu'un qui n'allait plus du tout en consultation médicale [...] avec l'arrivée du petit, il s'est vachement ouvert »</i>	L'arrivée de l'enfant produit chez Louis une redistribution effective des responsabilités dans la dynamique familiale, déplaçant le père d'une position de dépendance totale à la matrilarche vers un rôle de décideur. Ce changement s'étend à l'ensemble du parcours de vie (santé, foyer). L'enfant constitue ainsi un déclencheur de réorganisation systémique. Notons que cette redistribution s'est produite dans un contexte particulier de deuil (décès du frère Tom), soulignant les interactions entre événements de vie dans la transition.	Reconfiguration identitaire Indicateur : Redistribution des responsabilités (dynamique familiale recomposée)	Transition occupationnelle
202-215	<i>« Tom, il est décédé pendant que sa femme était enceinte... quand le petit est né, ils l'ont appelé Tom... [...] les décès et les naissances, c'est des événements de vie qui marquent des changements, qui sont propices à la crise et donc au deuil »</i>	Le deuil du frère, survenu pendant la grossesse, charge la transition vers la parentalité d'une densité symbolique par la nomination de l'enfant « Tom ». Cette configuration illustre comment un déclencheur situationnel extérieur — le deuil — peut s'imbriquer dans le processus expérientiel de la transition occupationnelle vers la parentalité et en modifier l'aspect identitaire.	Processus expérientiel – Déclencheur situationnel / Reconfiguration identitaire – Identité parentale (chargée du sens du deuil)	Transition occupationnelle
128-130 / 326-334 / 774-779	<i>« ça change la priorité aussi du prendre soin. On peut parler de profil occupationnel, on peut parler de plein de choses c'est ça qui remet en question. [...] on a travaillé sur l'acquisition d'un cododo, qu'elle a pu transformer elle-même [...] les tables à langer, on ne trouve pas les tables à langer accessibles, adaptées dans le commerce pour tout un chacun. [...] une baignoire enfant sur pied qu'ils ont pu mettre à la bonne hauteur [...] elle ne pouvait pas le faire à cent pour cent toute seule »</i>	La réorganisation du quotidien matériel passe par une adaptation technique extensive de l'environnement, qui nécessite créativité et bricolage faute d'équipements universellement conçus. L'ergo accompagne une reconfiguration concrète de l'espace de vie et des routines de soin. Chaque solution est construite avec la personne, en réponse à un besoin spécifique. Cette dimension illustre que la modification des routines est à la fois technique et occupationnelle : changer la couche ou donner le bain sont des occupations chargées de sens parental, pas seulement des actes fonctionnels. Cette distinction entre demande exprimée et besoin occupationnel réel renvoie à la démarche du profil occupationnel.	Adaptation occupationnelle – Ajustement Indicateurs : Modification des routines, Réorganisation du quotidien	Transition occupationnelle
522-557	<i>« principe de réalité, [...] tout est anticipé. Et pour autant, rien ne se passe comme ça, comme c'était prévu [...] C'est aux parents de s'adapter à ce que propose l'enfant en fait. Au moins les premières années de vie. C'est sûr et certain. Donc principe de réalité. »</i>	L'ergo décrit une phase d'intégration caractérisée par la nécessaire révision des projections anticipées face aux exigences spécifiques du bébé réel – principe de réalité. Cette inadéquation entre planification et réalité n'est pas vécue comme un échec mais évoquée comme une loi du développement parental universelle, valable quelle que soit la situation de vulnérabilité, selon l'ergo. Cela relativise le poids de la préparation technique sans la dévaloriser pour autant : elle crée une adaptation cognitive, non un contrôle de la situation.	Processus expérientiel – Intégration Adaptation occupationnelle – Ajustement Indicateurs : Modification des routines et réorganisation du quotidien.	Transition occupationnelle
719-726 / 755-762	<i>« Le vrai problème de fond, c'est que le contact physique avec leur enfant est compliqué... ils sont en manque de contact physique avec leur enfant au alors, ils sont dépendants de tiers[...] on s'en fout de donner le bain si c'est pas quelque chose de -- dans les activités significatives. [...] partager un moment avec lui, avoir un contact, avoir un lien de soin. [...] J'avoir le</i>	Les co-occupations parentales révèlent l'enjeu central de la transition : le contact physique direct avec l'enfant (portage, bain, câlin, changes), empêché par la dépendance motrice, est au cœur de la construction du lien et de l'identité parentale. L'ergo opère ici une distinction fine entre la	Dimension occupationnelle / Co-occupations Indicateurs : Interaction parent-enfant, Partage, Intentionnalité commune	Transition occupationnelle

	<i>« sentiment de coucouner, de lui faire du bien, ça c'est important pour les gens. »</i>	demande technique exprimée (baignoire, table à langer) et le besoin réel sous-jacent : partager une intentionnalité commune avec l'enfant, « avoir le sentiment de le coucouner ». Cette distinction entre demande exprimée et besoin occupationnel réel renvoie implicitement à la démarche du profil occupationnel.		
36-41 / 487-494	<i>« les réseaux sociaux, c'est connu [...], il y a des groupes comme ça qui se sont formés. Marina a été très bien informée de par les expériences des autres mères un peu partout en France. Et elle a pu aller apporter ça comme élément au corps médical. Et à sa grande surprise, ça a été super bien accueilli par la neurologue. [...] un réseau communautaire de personnes, de femmes en situation de handicap qui sont passées par là... ça remet à zéro la balance. »</i>	Ce passage de l'agentivité collective à l'agentivité personnelle illustre comment le soutien pair-à-pair peut être le vecteur qui rend possible l'affirmation de soi dans un rapport de force institutionnel. L'une nourrit l'autre : sans le collectif, l'acte individuel n'aurait pas eu la même légitimité ni la même solidité. Ce soutien pair-à-pair non institutionnel s'avère parfois plus déterminant que l'accompagnement professionnel lui-même.	Agentivité – Collective (numérique) – Personnelle / Interaction environnementale – Influence contextuelle – pair-aidance informelle, préprofessionnelle Soutien renforçant la capacité	Capacité d'agir
157-159	<i>« si on part sur des principes d'agentivité, quelque chose à l'intérieur d'eux qui les pousse à faire et à être vraiment pleinement acteur et décisionnaire de leurs choix et de volonté, notamment dans le processus éducatif »</i>	L'ergothérapeute nomme lui-même le concept d'agentivité et en propose une définition opérationnelle ancrée dans l'observation clinique. Ce cadrage théorique explicite dans le discours du professionnel traduit une réflexion conceptuelle. Il identifie la force intérieure qui propulse le parent vers un exercice actif de ses choix comme un levier fondamental de l'accompagnement, et non un préalable donné.	Agentivité – Personnelle Intentionnalité Indicateur : Engagement volontaire Reconnaissance de la force agentive propre à la personne	Capacité d'agir
559-567	<i>« il y a un gros travail de préparation en amont [...] se préparer, même si ça se passe pas comme c'était prévu, tu avais déjà réfléchi à la question, l'avais déjà réfléchi à la situation. C'est pas quelque chose qui te prend complètement au dépourvu »</i>	L'ergo nuance subtilement l'utilité de l'anticipation : celle-ci ne garantit pas le contrôle des événements, mais construit une disponibilité psychologique qui atténue le choc de l'imprévu. La prévoyance agit comme un amortisseur plus que comme un plan d'action. Cette distinction est cliniquement importante : valoriser la préparation sans créer l'illusion que tout peut être maîtrisé préserve la confiance des parents face aux inévitables ajustements.	Prévoyance – Anticipation Indicateurs : Planification, Projection dans le rôle parental (valeur tampon de l'anticipation)	Capacité d'agir
613-616	<i>« c'est les voisins qui viennent, c'est les parents qui n'habitent pas loin [...] les gens s'adaptent. Il y a une adaptation, une adaptation à la situation en plus de s'adapter à leurs conditions de vulnérabilité, de handicap, de ce que tu vives. »</i>	Face à des imprévus concrets (emmener seule l'enfant malade chez le médecin en situation de handicap moteur), les parents développent des stratégies d'auto-régulation inventives, mobilisant leur réseau de proximité. L'adaptation n'est pas passive ni résignée mais active et relationnelle. L'ergo décrit cette capacité comme universellement présente, ce qui contribue à dédramatiser la situation de vulnérabilité et à renforcer la confiance des parents dans leurs propres ressources.	Auto-régulation – Ajustement Indicateur : Modification des comportements face aux contraintes (solutions créatives)	Capacité d'agir
859-865	<i>« ça a permis à la mère de retrouver au moins une partie du rôle qu'elle imaginait [...] de réussir à redemander de l'aide seulement quand pour elle, c'était nécessaire »</i>	La visite à domicile co-construite avec la TISF produit un effet de réflexivité transformatrice : Lou observe ses propres compétences en actes, les rend visibles à l'auxiliaire et retrouve un sentiment de compétence parentale. L'intervention de l'ergo se limite à créer les conditions de ce moment de	Efficacité personnelle – Sentiment de compétence dans le rôle Réflexivité – Réévaluation de l'identité Indicateur : Agentivité	Capacité d'agir

		reconnaissance mutuelle – il n'a « rien fait pendant cette visite ». Ce retrait stratégique illustre une modalité subtile de soutien à la capacité d'agir, qui opère en amplifiant ce qui existe plutôt qu'en comblant un déficit.	retrouvée via la mise en situation	
905-916	« c'est eux qui ont leurs mains, c'est eux qui vont faire leur partie. Je peux pas jouer pour eux, mais je peux leur expliquer certaines cartes que je connais Et les effets qu'elle vont avoir. [...] c'est eux qui vont jouer leur partie »	La métaphore du jeu de cartes traduit une philosophie de l'accompagnement fondée sur l'autodétermination ouvrant le champ des possibles : l'ergo est un transmetteur de clés (information, ressources, options) sans jamais se substituer au décideur. Ce positionnement nourrit directement l'efficacité personnelle du parent en lui donnant les moyens de faire des choix éclairés. Il implique également une humilité professionnelle : l'ergo n'a pas toutes les cartes, et sait le dire.	Efficacité personnelle – Confiance perçue Interaction environnementale – Soutien Indicateur : Sentiment de compétence renforcé par l'information et l'ouverture du champ	Capacité d'agir
943 / 962-969	« c'est aussi choisir son combat [...] ben voilà, c'est ta vie, c'est tes décisions [...] moi, j'aime bien mettre de l'intensité dans les conversations. On plante la graine, les idées germent »	L'ergo encourage activement une réflexivité sur les compromis occupationnels possibles et sur les priorités réelles du parent. En nommant l'enjeu sans imposer la solution (« choisir son combat »), il soutient une capacité d'agir éclairée plutôt que conformiste. La formule « on plante la graine » exprime la temporalité longue de la prise de conscience occupationnelle : l'ergo accepte de ne pas voir les effets immédiats et fait confiance au processus intérieur de la personne.	Réflexivité – Remise en question Auto-régulation Indicateur : Modification des comportements face aux contraintes (priorisation occupationnelle)	Capacité d'agir
997-1009	« je suis pas GPS [...] j'essaie vraiment d'être à côté de la personne et de cheminer avec elle [...] si tu préfères qu'on aille à gauche, on ira à gauche, on ira ensemble [...] le seul moment où j'ai refusé, c'est où il y avait une mise en danger claire »	L'ergo articule une posture d'accompagnement non directive qui soutient l'agentivité en préservant l'autodétermination du parent : il refuse le modèle prescriptif du GPS (destination et itinéraire imposés dans un temps défini) au profit d'un cheminement partagé, respectant les choix de la personne même lorsqu'il y est en désaccord.	Interaction environnementale – Soutien Agentivité – Personnelle Indicateur : Soutien → Renforçant la capacité (posture non prescriptive)	Capacité d'agir
73-93	« elle venait d'apprendre sa deuxième grossesse [...] diagnostic de son premier garçon, maladie de Duchenne, maladie qui touche que les garçons, qui est mortelle [...] je suis dans l'ascenseur. Je viens de quitter la consultation neuromusculaire où on m'a annoncé le diagnostic. Je monte au service génétique et si c'est un garçon, l'avorté. » Je sais que là, pour cette femme-là, j'ai été le premier informé, le premier concerné, le premier appel qui a suivi, [...] la première oreille »	La simultanéité d'une annonce diagnostique grave (maladie de Duchenne, mortelle) et d'une nouvelle grossesse génère un état de crise, mêlant deuil anticipé de l'enfant malade, décision reproductrice urgente et incertitude médicale. L'ergo est le premier interlocuteur de ce moment d'effondrement, révélant la profondeur et la singularité du lien thérapeutique construit sur le long terme. Sa capacité à « être la première oreille » sans résoudre ni orienter immédiatement illustre une compétence relationnelle spécifique.	Processus expérientiel – Envahissement (crise aiguë) Psychosociale – Réseau : l'ergo comme premier soutien Indicateur : Vulnérabilité psychosociale aiguë en contexte de double annonce	Vulnérabilité
144-148	« la plupart du temps des gens en situation de grande dépendance physique [...] un lien familial très serré, où c'est encore leurs propres parents qui s'occupent d'eux à vingt, trente, quarante ans, qui viennent aider pour les aides quotidiennes. »	La grande dépendance physique crée une vulnérabilité structurelle préexistante qui se complexifie avec la parentalité : les personnes accompagnées sont encore dépendantes de leurs propres parents pour leurs soins quotidiens. L'arrivée d'un enfant force une renégociation de cet enchevêtrement intergénérationnel des rôles. Ce qui peut être source à la fois de tension (redéfinition des	Personnelle – Handicap (grande dépendance) Relationnelle – Soutien familial (ambivalence intergénérationnelle) Indicateur : Dépendance préexistante complexifiant la transition	Vulnérabilité

234-265	« elle savait qu'elle pouvait mourir. C'était clair et net, ça incombe une logistique médicale particulière [...] il y avait beaucoup de risques autour de la grossesse... accouchement forcé en maternité de niveau trois [...] former, informer les ancêtres [...] le jour de l'accouchement, il est pas là »	places) et de ressource (mobilisation des grands-parents comme soutien). L'ergo identifie comment la parentalité peut paradoxalement déclencher la séparation psychologique nécessaire à la construction adulte.	Personnelle – Facteurs individuels (Handicap important) Environnementale – Obstacles – Accès aux soins Indicateur : Risque vital + insuffisances organisationnelles du système	Vulnérabilité
271-274 / 301-304	« c'est pourri par les fausses croyances [...] ils pensent qu'ils ne pourront jamais avoir d'enfant [...] ils ne savent pas que les DPI, ça existe [...] une perte de confiance envers le monde médical. Il y a eu un gros travail à expliquer c'est un risque sur deux à chaque grossesse [...] le statut du premier enfant va en rien définir le statut du second »	La pathologie neuromusculaire constitue une vulnérabilité personnelle majeure générant une chaîne de contraintes médicales spécifiques (protocole anesthésique strict, maternité de niveau 3, suivi spécialisé) et un risque vital objectif. L'ergo décrit avec précision les obstacles organisationnels du système hospitalier (rotation des anesthésistes, mémoire institutionnelle insuffisante) qui maintiennent la vulnérabilité même lorsque la prise en charge est formellement prévue. Cela révèle une fragilité systémique au-delà du risque individuel.	Psychosociale – Obstacles (croyances limitantes) Capabilités – Libertés réelles Indicateur : Accès à l'information comme condition de l'exercice des droits lié à la parentalité	Vulnérabilité
314-315 / 320-323	« il y a des difficultés de regard social [...] quand ne vois une personne en fauteuil pousser une poussette, il y a des légendes [...] des regards pesants jugeants »	Le regard social discriminant constitue une vulnérabilité psychosociale persistante, distincte du handicap lui-même. L'ergo observe que cette pression externe est temporellement liée à l'âge de l'enfant et s'atténue lorsque celui-ci s'autonomise – ce qui lui vaut un caractère dynamique et non définitif. Cette dimension révèle que la vulnérabilité n'est pas seulement produite par la pathologie mais co-construite par l'environnement social.	Psychosociale – Obstacles (stigmatisation) Dynamique – Évolution Indicateur : Vulnérabilité sociale contextualisée et temporaire	Vulnérabilité
334 - 343	« les tables à langer, on ne trouve pas les tables à langer accessibles [...] une poussette déjà toute prête pour venir se clipser sur un fauteuil [...] ça n'existe pas [...] le design n'est pas encore universel, il n'est pas encore pensé pour tout le monde »	L'absence de conception universelle dans les équipements de puériculture constitue une barrière environnementale structurelle : les parents en fauteuil sont contraints à des solutions de substitution coûteuses, rares ou inexistantes. L'ergo formule explicitement le design universel comme réponse manquante, positionnant l'ergothérapie dans une perspective de transformation sociale au-delà de la compensation individuelle. Ce constat rejoint une réflexion sur les capabilités : l'accès aux possibles parentaux est conditionné par des choix de conception qui ne considèrent pas la diversité des usagers.	Environnementale – Obstacles (accès aux aides techniques) Capabilités – Libertés réelles Indicateur : Absence de design universel comme déterminant structurel de vulnérabilité	Vulnérabilité
392-402	« Maintenant, on est dans trop ça. On est obligé de nommer les choses. [...] On a de l'handiparentalité, c'est magnifique. [...]	Le fait de nommer l'handiparentalité comme catégorie sociale peut conduire à une reconnaissance	Capabilités – Libertés réelles limitées Indicateur : Accès	Vulnérabilité

	<i>tout a un nom, tout doit rentrer dans une case et tout doit être bien délimité, bien défini. [...] je trouve que c'est pas terrible, ça. Mais bon, ça a le mérite d'exister. [...] Nommer quelque chose, ça veut dire le faire exister. [...] c'est la chose qu'il y a de bien là-dedans, c'est qu'aujourd'hui, il y a un nom, donc ça existe. Et donc c'est défini. »</i>	institutionnelle ouvrant l'accès à des droits, dispositifs (PCH parentalité, formations, politiques), il y a une ambivalence dans le discours : l'ergo reconnaît la valeur de la nomination et émet une méfiance concernant l'obligation de « rentrer dans une case » pour exister dans le système social. Cette tension met en évidence la reconnaissance nominative à la fois considérée comme une ressource et une contrainte pour les libertés réelles des personnes concernées.	aux ressources conditionné par la reconnaissance sociale de la catégorie.	
405-413	<i>« ça respecte pas l'idée de la PCH parce que c'est pas à la carte, la PCH parentalité, c'est un forfait. Alors que l'idée de la PCH, c'est d'avoir quelque chose de sur mesure, et d'adapter [...] l'as un forfait [...] Et puis à ses sept ans, ça s'arrête [...] tu as trois enveloppes de PCH technique, à la naissance, aux trois ans et aux cinq ans de l'enfant. Puis c'est fini entre temps. Si tu as besoin, tu te débrouilles »</i>	Bien que représentant une avancée significative, la PCH parentalité trahit la philosophie originelle de la PCH (sur-mesure, à la carte) en imposant un forfait indifférencié et temporellement limité. L'ergo analyse avec clarté les limites de ce dispositif : il ne nomme l'avancée sans l'idéaliser, et identifie les zones d'ombre qui maintiennent des situations de vulnérabilité non couvertes (avant 3 ans entre les enveloppes techniques, après 7 ans pour l'aide humaine)...	Capabilités – Libertés réelles limitées Dynamique – Situation contextualisée Indicateur : Dispositif partiel laissant des zones non couvertes de vulnérabilité	Vulnérabilité
630-637	<i>« elle, elle l'a découvert comme ça, en fait, sa grossesse. Donc elle a accouché de façon prématurée, grand prématurée [...] elle est quasiment sortie de l'hôpital de la maternité en fauteuil roulant. C'était assez on/off »</i>	La révélation brutale d'une pathologie neuromusculaire à l'occasion de l'accouchement constitue une forme extrême de vulnérabilité dynamique et situationnelle : la transition occupationnelle vers la parentalité se double simultanément d'une transition imposée vers la situation de handicap, sans anticipation possible. L'ergo note que les signes étaient présents mais invisibles, même pour la concernée, ce qui révèle la dimension progressive et parfois invisible des maladies neuromusculaires.	Dynamique – Situation contextualisée (transition double et imposée) Personnelle – Handicap (révélation soudaine, non anticipée) Indicateur : Vulnérabilité importante liée à une superposition de transitions	Vulnérabilité
734-740	<i>« des mères [...] qui se sentent dépossédées de leur pouvoir de mère et de leur lien mère-enfant [...] c'est moi qui devrais pouvoir le calmer [...] derrière le sentiment d'être en plus de ça dénigrée dans son rôle de mère parce que du coup mauvaise mère, parce qu'elle n'est pas capable de s'occuper des besoins primaires de son enfant »</i>	La dépendance obligée aux tiers (auxiliaire de vie, TISF) dans les soins quotidiens produit une vulnérabilité relationnelle et identitaire profonde : les mères en situation de handicap vivent cette aide comme une dépossession symbolique de leur rôle maternel. Le sentiment d'être une « mauvaise mère » parce qu'incapable de répondre aux besoins primaires de l'enfant révèle une intériorisation douloureuse des normes de la parentalité ordinaire. Cette vulnérabilité est d'autant plus invisible qu'elle est produite par le dispositif d'aide censé la compenser.	Relationnelle – Interdépendance (dépendance aux tiers paradoxalement vulnérabilisante) Psychosociale – Identité maternelle fragile Indicateur : Dépossession du rôle parental dans la relation d'aide	Vulnérabilité

PARTIE 2 – Éléments émergents (non prévus dans la matrice)

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
202-215	<i>« Tom, il est décidé pendant que sa femme était enceinte... quand le petit est né, ils l'ont appelé Tom... [...] les décès et les naissances, c'est des événements de vie qui marquent des changements, qui sont propices à la crise et donc au deuil »</i>	Une deuxième lecture analytique est possible dans ce passage. Nommer l'enfant Tom ne semble pas être un simple choix prénominal mais bien un acte de transmission et de réappropriation du sens, qui inscrit la naissance dans une continuité face à la perte. La parentalité devient ici le lieu où se rejoue et se démasse le trauma de la perte	Émergent : articulation possible entre la résilience et le post-traumatisme et le deuil	Élément émergent Interaction résilience/post-traumatisme
314-317 / 378-380 / 735-744	<i>« pour le parent en situation de handicap, il y a des difficultés de regard social [...] de jugement des autres [...] il y a un regard qui pèse sur le parent en situation de handicap. Surtout quand l'enfant est très jeune. [...] on est dans un système qui reste encore un petit peu trop patriarcal au niveau hospitalier, mais qui commence à entendre qu'il est patriarcal et donc est obligé de laisser la place aux personnes qui la revendiquent [...] des mères, la plupart du temps, qui se sentent dépossédées de leur pouvoir de mère et de leur lien mère-enfant. [...] mais avec derrière le sentiment d'être en plus de ça dénigrée dans son rôle de mère parce que du coup mauvaise mère, parce qu'elle est pas capable de s'occuper des besoins primaires de son enfant. »</i>	L'ergo identifie la coexistence de deux systèmes de contrainte qui pèsent simultanément sur les femmes en situation de handicap dans leur projet parental : le validisme médical qui interdit ou décourage la grossesse, et un système qu'il nomme lui-même patriarcal qui juge la femme à l'une de sa capacité à assurer seule les soins primaires de l'enfant. Ces deux systèmes s'alimentent mutuellement et produisent une vulnérabilité spécifique, non réductible au seul handicap ni au seul genre. La matrice ne genrise pas la vulnérabilité : c'est précisément cette interaction qui est émergente. Si les situations analysées mettent majoritairement en lumière la femme en situation de handicap dans son rôle maternel, certains éléments implicites — tels que la place périphérique du compagnon de Marina dans l'accompagnement ou la dépendance de Louis à la figure maternelle avant sa transition vers la paternité — invitent à interroger la place des pères en situation de handicap dans les dispositifs d'accompagnement, dimension qui reste à explorer.	Émergent : Imbrication genre/handicap Piste : dimension genrée de la vulnérabilité absente de la matrice, à analyser comme facteur aggravant transversal	Élément émergent Imbrication genre/handicap
457-462 / 1012-1021	<i>« c'est horrible en termes de culpabilisation. Ça veut dire qu'on te refuse ton libre choix, on te refuse ton droit au risque. [...] Le seul moment où moi, j'ai refusé de suivre les gens dans certains chemins longs, lents et tortueux, c'est où il y avait une mise en danger claire. [...] ça, c'est ma limite. [...] quand il y a une mise en danger de la personne claire, je n'empêche pas d'y aller, mais par contre, j'y vais pas avec elle. [...] moi, je dis : Non, ça, je fais pas. Faites votre truc de votre côté si vous voulez, je vous déconseille très fortement, mais voilà. Après, par contre, sur le reste, ça peut continuer sans aucun problème. »</i>	La posture de cheminement non directif revendiquée par l'ergo n'est pas inconditionnelle : elle trouve sa limite dans la mise en danger réelle, clairement nommée comme critère explicite de retrait. Cette limite éthique, qui n'annule pas la relation d'accompagnement mais la reconfigure ponctuellement, n'est pas présente dans la matrice. Elle articule deux valeurs en tension : l'autodétermination (respecter le choix de la personne) et la responsabilité de non-malfaisance (ne pas participer à un danger identifié). Ce cadre éthique implicite est intéressant à analyser.	Émergent : Posture éthique du professionnel, articulation autodétermination / non-malfaisance Piste : tension entre respect de l'agentivité et responsabilité professionnelle dans les situations à risque	Élément émergent Éthique professionnelle

Tableau intermédiaire d'analyse des entretiens de l'enquête

Ergothérapeute 4 – Analyse verticale

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
PARTIE 1 – Extraits analysés selon la matrice théorique				
8-11 / 68- 99	<i>« une femme qui avait une paralysie cérébrale... tétraparésie, qui se déplaçait en fauteuil roulant électrique exclusivement[...] quand je la rencontre, madame est enceinte[...] elle arrive avec un cahier des charges de demandes »</i>	La seconde grossesse d'une femme atteinte de paralysie cérébrale constitue un déclencheur de transition occupationnelle complexe, doublement situé dans la pathologie préexistante et la naissance attendue. Contrairement à une primo-parentalité, cette transition se greffe sur une histoire déjà dense : retrait antérieur de l'enfant, recomposition familiale, précarité du partenaire. L'ergo intervient en amont de la naissance, dès le premier trimestre, sur sollicitation active d'une patiente qui arrive avec une liste de besoins. Cette posture proactive du parent signe une agentivité qui structure d'emblée la transition.	Déclencheur Indicateurs : Naissance + Pathologie/Troubles (+ histoire de vulnérabilité antérieure)	Transition occupationnelle
34-40	<i>« quand monsieur est parti, l'enfant a été retiré à madame et a été placé à l'ASE. Ce qui a été une violence inouïe pour elle. On ne lui a pas laissé l'opportunité d'expérimenter seule le fait de s'occuper de son enfant. »</i>	Le placement de l'enfant à l'ASE constitue une forme brutale de transition occupationnelle imposée : la parentalité comme rôle est retirée avant même d'avoir pu être expérimentée. L'ergo souligne que le préjudice principal est l'absence d'opportunité d'essai, c'est-à-dire l'absence de la phase même d'intégration qui permet à toute transition de se construire. Ce retrait rapide, justifié par la « sécurité de l'enfant », révèle comment le regard institutionnel peut court-circuiter la transition au lieu de l'accompagner. La bataille de cinq ans pour récupérer la garde prolongée inscrit cette transition dans une durée exceptionnelle.	Processus expérientiel – Phase imposée Indicateurs : Envahissement, Perturbation (privation du rôle parental) Ressources empêchées	Transition occupationnelle
173-177	<i>« on a découvert du matériel avec madame, on a essayé du matériel, on a installé du matériel à domicile pour préparer l'arrivée du bébé : un lit à barreaux réglable en hauteur, une table à langer qui se rabat contre le mur, une baignoire, un parc en hauteur, mais sécuritaire.[...] ça a été pas mal de réflexions là-dessus sur le matériel »</i>	La réorganisation du quotidien passe par une adaptation matérielle extensive de l'environnement domestique, co-construite avec la personne selon une démarche d'essai-découverte-ajustement. L'ergo décrit cette démarche comme une application directe de la démarche ergothérapique générale : évaluation, cahier des charges, prospection, essais, préconisations, mise en place, réévaluation. Ce cadrage normalisant est cohérent avec le refus de pathologiser la transition et valorise la compétence professionnelle universelle de l'ergo.	Adaptation occupationnelle – Ajustement Indicateurs : Modification des routines, Réorganisation du quotidien Ressources : Soutien professionnel	Transition occupationnelle
358-369	<i>« pour moi ce n'est pas spécifique aux parents en situation de handicap [...], dans la primo-parentalité, la première fois qu'on accueille un enfant, que ce soit par adoption, par grossesse, par PMA, par GPA, peu importe, la transformation, la transition qui se crée est majeure, concerne tout le champ occupationnel [...] les rôles</i>	L'ergo pose explicitement l'universalité de la transformation occupationnelle à l'entrée dans la parentalité, quel que soit le mode d'accès (grossesse, adoption, PMA, GPA). Ce cadrage non-déficitaire est cliniquement important : il refuse de pathologiser la transition des parents en situation de handicap en la rapportant à un phénomène commun. Cependant,	Processus expérientiel – Intégration (dimension universelle) Adaptation occupationnelle – Modification des rôles Indicateur : La transition comme phénomène commun, non spécifique au handicap	Transition occupationnelle

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
375-382	<i>changent, les occupations changent, les environnements changent[...] ce changement de rôle, ce changement d'habitudes</i> <i>« L'auxiliaire qui venait pour l'aider nouait du lien émotionnel avec son enfant... » Je veux pas qu'elle soit sa mère, je veux qu'elle être mes bras » [...] Elle est là pour m'aider, moi, mais elle est pas là pour faire à ma place. »</i>	L'universalité de la transformation n'efface pas la spécificité des conditions dans lesquelles elle s'opère — c'est là que les dimensions de vulnérabilité et de capacité d'agir reprennent leur pertinence analytique. Cette formule saisit la tension au cœur des co-occupations parentales en situation de grande dépendance : l'auxiliaire est instrumentalisée comme prothèse fonctionnelle (« mes bras »), non comme co-parent de substitution. La mère pose ici une frontière symbolique essentielle entre l'aide à l'acte et la relation parental-enfant, qui doit rester la sienne. Cette distinction révèle une dimension constitutive de l'identité parentale en situation de dépendance : la relation intentionnelle à l'enfant ne doit pas être déléguée, seul l'acte physique peut l'être.	Dimension occupationnelle – Co-occupations Indicateurs : Interaction parent-enfant, Intentionnalité commune (frontière acte lien)	Transition occupationnelle
405-414	<i>« un monsieur que j'ai accompagné qui a eu un accident de travail avec une blessure médullaire pendant la grossesse de sa conjointe... entre ce que je m'étais projeté, que j'allais être comme parent et ce qu'il va falloir que je devienne en fait [...] ce clivage-là, il existe pour beaucoup de personnes, ce clivage-là, il peut parfois être très violent. »</i>	La blessure médullaire survenant pendant la grossesse de la conjointe crée une double transition simultanée et imposée : celle du handicap nouvellement acquis et celle de la parentalité imminente. L'ergo nomme le « clivage » entre le parent imaginé (dans sa projection d'avant l'accident) et le parent réel que la situation imposera comme potentiellement « très violent ». Ce cas illustre une transition situationnelle imposée qui percuté de plein fouet une transition développementale attendue, générant une perturbation de l'identité parentale avant même que l'enfant ne soit né.	Processus expérientiel – Perturbation Déclencheur : Situationnel + Imposé Reconfiguration identitaire – Identité parentale (entre projection et réalité)	Transition occupationnelle
414-419	<i>« une autre dame à laquelle je pense, qui avait une rupture d'anévrisme pendant l'accouchement [...] il y avait une espèce de fusion pour elle, de ma fille et mon handicap »</i>	La rupture d'anévrisme survenue au moment de l'accouchement produit une association psychique entre l'enfant et le handicap. L'ergo utilise le terme de « fusion » pour décrire cette imbrication transnante : naissance et handicap sont encodés ensemble dans la mémoire et dans le corps. Cette configuration unique pose des enjeux cliniques spécifiques sur la construction du lien mère-enfant dans un contexte de traumatisme aigu simultané, et appelle un accompagnement pluriprofessionnel capable de distinguer les deux processus tout en respectant leur intrication.	Processus expérientiel – Envahissement (traumatisme et naissance simultanés) Déclencheur : Imposé Indicateur : Fusion identitaire pathologique/parentalité comme configuration clinique spécifique	Transition occupationnelle
717-727	<i>« une jeune femme avec une myopathie qui vivait en institution. Rien n'était prévu pour elle [...] elle n'était pas encore mère. Elle avait accouché, il y avait un enfant, mais elle n'était pas là-dedans [...] elle n'était pas du tout dans cette projection-là [...] c'est reconnaître que ce n'est pas le moment »</i>	Le déni de grossesse suivi d'un accouchement d'urgence constitue une transition occupationnelle extrêmement brutale, survenant sans aucune phase de préparation ou d'anticipation. L'ergo identifie finement que le temps subjectif de la personne ne coïncide pas avec le temps objectif : l'enfant est né, mais la transition vers la parentalité n'a pas encore commencé psychiquement. Reconnaître ce décalage temporel comme légitime, et ne pas forcer une projection parentale avant que la personne soit prête, est décrit comme un acte clinique essentiel. La situation est aggravée par le contexte institutionnel, qui n'avait structurellement pas anticipé non plus.	Processus expérientiel – Envahissement (transition non anticipée) Déclencheur : Situationnel + Imposé Indicateur : Décalage entre temps objectif et temps subjectif de la transition	Transition occupationnelle

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idée principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
39-40 / 521-524	<i>« on ne lui a pas laissé l'opportunité d'expérimenter seule le fait de s'occuper de son enfant [...] je sais par exemple que dans la littérature, il ressort que les personnes en situation de handicap ont beaucoup plus leur enfant placé avant la naissance que les autres. Et pour moi, ça, c'est une injustice majeure, qui peut entraver l'engagement du parent dans son quotidien. »</i>	L'ergo nomme comme injustice majeure le fait que des parents en situation de handicap se voient retirer leur enfant avant même d'avoir pu essayer d'en prendre soin. Ce droit à l'expérimentation fait partie des fondements de la capacité d'agir parentale. Le dénier trop tôt revient à conditionner l'exercice d'un droit fondamental à une compétence préalable que personne ne peut démontrer sans avoir eu la chance de pratiquer — comme si cela était inné. L'ergo articule ici une posture de défense des droits (advocacy) qui dépasse l'accompagnement individuel.	Agentivité – Personnelle Interaction environnementale – Barrières Indicateurs : Droit à l'expérimentation comme condition de la capacité d'agir	Capacité d'agir
88-97	<i>« une dame qui a une personnalité très affirmée, qui sait exactement ce qu'elle veut, qui n'a pas peur de le dire [...] elle se tient beaucoup au courant des lois, de l'évolution du cadre législatif, de l'évolution sociale et culturelle de la part des personnes en situation de handicap. Elle est militante. »</i>	Madame incarne une forme d'agentivité personnelle particulièrement développée : elle arrive avec un cahier des charges précis, une connaissance du cadre législatif, et une capacité à nommer le paradoxe entre droits théoriques et accès réels. L'ergo décrit une personne qui a construit sa capacité d'agir dans l'adversité (retrait de l'enfant, bataille judiciaire de cinq ans), et qui arrive non pas en position de demande passive mais en négociatrice active de son propre accompagnement. Cette figure d'agentivité contraste avec la vulnérabilité structurelle de sa situation et illustre la dissociation possible entre les deux dimensions.	Agentivité – Personnelle Intentionnalité – Engagement volontaire Indicateurs : Formulation d'objectifs, Connaissance des droits comme levier d'agentivité	Capacité d'agir
478-484	<i>« À l'arrivée de son fils, [...] l'accompagnement qu'on a fait ensemble, c'était pas tant sur physiquement comment faire, que sur comment s'engager, comment réussir à se construire une place, comment être assertif [...] d'avoir sa place et d'être reconnu comme légitime à avoir cette place. »</i>	L'accompagnement de ce père révèle une forme de capacité d'agir entravée non par le handicap physique mais par la configuration systémique familiale et culturelle : la mère du père réinvestit son rôle d'aide à l'arrivée du petit-enfant, repoussant physiquement le père. L'ergo réoriente l'accompagnement du registre technique vers le registre de l'affirmation identitaire — apprendre à occuper sa place sans l'emvahir. Cette intervention témoigne d'une lecture fine de l'agentivité comme compétence relationnelle autant que physique, et souligne que le genre pèse sur l'engagement parental y compris pour les pères.	Agentivité – Personnelle Auto-régulation – Ajustement Indicateurs : Engagement volontaire (construction d'une place), Réflexivité (légitimité du rôle parental paternel)	Capacité d'agir
551-561	<i>« quand est-ce qu'on devient autonome dans son rôle parental ? Je pense que c'est en essayant, en se trompant, en apprenant et en recommençant [...] avoir suffisamment confiance en soi pour se dire : je suis capable [...] d'être soutenu, d'être encouragé, d'être reconnu comme légitime. C'est quelque chose d'important. Pour certaines des personnes auxquelles je pense, où ça allait de soi. »</i>	L'ergo définit l'autonomie parentale non comme un état à atteindre mais comme un processus dynamique d'approximation et de répétition. Cette conception rejoint la notion d'auto-régulation de la matrice théorique tout en l'ancrant dans une vision du droit à l'erreur. La confiance en soi est identifiée comme condition préalable à cet apprentissage : sans elle, l'essai n'est pas possible. Le rôle de l'ergo est alors de créer un environnement où cette confiance peut se construire — ce qui suppose un regard professionnel non évaluatif et non prescriptif.	Auto-régulation – Ajustement Efficacité personnelle – Confiance perçue Indicateurs : Modification des comportements, Sentiment de compétence construit par l'expérience	Capacité d'agir
591-599	<i>« je m'identifie comme une femme féministe. Et puis quand en face de moi, j'avais une femme qui revendiquait son droit d'être mère au foyer [...] Des choses avec lesquelles moi, je ne suis pas forcément en accord. Ben, je l'accompagnais quand même avec ces valeurs-là [...] pour soutenir sa</i>	L'ergo formule explicitement la tension entre ses propres convictions féministes et le respect de l'autodétermination d'une femme revendiquant un rôle maternel traditionnel. Sa résolution — accompagner inconditionnellement ce qui fait sens pour la personne — illustre une conception de l'empowerment non normative : il ne s'agit pas d'amener la	Agentivité – Personnelle Interaction environnementale – Soutien Indicateurs : Empowerment respectueux des valeurs singulières, Non-jugement comme condition de la capacité d'agir	Capacité d'agir

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idée principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
	<i>capacité d'agir, sa capacité à être, faire, à devenir et à appartenir à ce groupe parental, comme elle l'entend, elle. »</i>	personne vers des valeurs « correctes » mais de soutenir sa capacité à vivre ses propres valeurs pleinement. Ce positionnement éthique nuancé dialogue directement avec le risque de paternalisme dans l'accompagnement.		
606-618	<i>« elle change son enfant sur ses cuisses [...] je me suis assise avec elle, j'ai regardé comment elle faisait. Elle interagissait énormément avec son bébé, ils se sourient, il y a quelque chose qui se passe [...] dans sa famille, toutes les personnes qu'elle a vu changer des enfants font comme ça. Et donc nous, avec notre prime blanc, occidental, tout ce que vous voulez, etc. On voit ça et puis on juge. »</i>	L'ergo décrit un moment de reconnaissance de compétence parentale là où les services sociaux voyaient un danger. La pratique de change sur les genoux, jugée inadaptée par un regard occidental normatif, s'avère être une pratique culturelle maîtrisée, pleinement interactive et sécurisée. Ce renversement de regard illustre que la capacité d'agir parentale peut être invisible ou mal interprétée lorsqu'elle s'exprime hors des formes attendues. L'ergo ne corrige pas — elle observe, questionne et reconnaît. Ce geste clinique soutien à la capacité d'agir.	Agentivité – Personnelle Efficacité personnelle – Confiance perçue Indicateurs : Compétence parentale non reconnue par méconnaissance culturelle, Soutien Renforçant la capacité via la reconnaissance	Capacité d'agir
678-685 / 727	<i>« je pense que ça va passer beaucoup par les savoir-être de l'ergothérapeute [...] une relation thérapeutique basée sur la confiance, le non-jugement, le respect, la confidentialité [...] reconnaître que ce n'est pas le moment, en fait. »</i>	L'ergo identifie les savoir-être comme fondements premiers de l'accompagnement, avant même les savoir-faire techniques. La relation thérapeutique — non-jugement, confidentialité, disponibilité — crée les conditions dans lesquelles la capacité d'agir du parent peut se construire. La scène du déni de grossesse illustre concrètement ce principe : reconnaître que la personne n'est pas encore prête et se retirer est en soi un acte clinique. Cette posture de contenance psychique est constitutive de la relation thérapeutique en ergothérapie.	Interaction environnementale – Soutien – Renforçant la capacité Indicateur : Savoir-être comme condition de la capacité d'agir	Capacité d'agir
743-760	<i>« maintenir une participation occupationnelle, c'est pouvoir continuer à le faire, même quand l'ergo est pas là. [...] si vous avez besoin d'ergo jusqu'à la fin, c'est que j'ai mal fait mon travail. [...] Et donc il y a des moments où il y aura besoin d'ergo et puis il y a des moments où on n'a pas besoin d'avoir un plâtre toute sa vie, normalement. »</i>	La métaphore du plâtre traduit une philosophie de l'accompagnement centré sur l'émancipation plutôt que la dépendance. L'objectif de l'ergo est de devenir inutile : la participation occupationnelle du parent doit être soutenable de façon autonome. Cette posture implique un travail actif de retrait progressif (« faire un pas de recul ») et une attention à la temporalité propre de chaque personne. Elle entre en tension productive avec la réalité de certaines grandes dépendances, où l'aide humaine reste toujours nécessaire — ce qui oblige à distinguer l'autonomie décisionnelle (agentivité) de l'indépendance fonctionnelle.	Agentivité – Personnelle Efficacité personnelle – Confiance perçue Indicateurs : Autonomie comme finalité de l'accompagnement (graduation de l'aide)	Capacité d'agir
774 / 789-791	<i>« il y a eu un travail de fond que j'ai fait avec plusieurs parents sur l'équilibre occupationnel. [...] Comment est-ce qu'on s'organise pour qu'on existe en tant que parent, mais qu'on existe aussi, en prenant soin de soi. [...] est-ce que prendre soin de soi, c'est au final aussi prendre soin de ses enfants. »</i>	Face à une mère solo de jumeaux, en arrêt de travail, au cunial de vulnérabilités extrêmes, l'ergo travaille sur l'équilibre occupationnel non comme optimisation de la performance parentale mais comme condition de survie identitaire. Prendre soin de soi y est reformulé non comme égoïsme mais comme prérequis du prendre soin de l'enfant. Cette reformulation a une fonction clinique directe : lever la culpabilité qui empêche le parent épuisé de se ressourcer. C'est un levier de capacité d'agir indirect, agissant sur la représentation de soi.	Auto-régulation – Ajustement Efficacité personnelle Indicateurs : Équilibre occupationnel comme levier de capacité d'agir, Prendre soin de soi comme occupation parentale	Capacité d'agir

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idée principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
71-80	<i>« elle met en lumière le paradoxe qu'il y a entre elle et le droit à, mais dans la réalité, elle n'a pas accès à [...]. Si au milieu de la nuit, j'ai envie d'aller faire pipi, il y a aucune auxiliaire [...]. J'ai le choix, soit j'accepte d'avoir trente ans et de me faire mes besoins dessus dans mon lit avec toute la honte »</i>	Madame formule elle-même, avec clarté le paradoxe structurel de son accès aux droits : la reconnaissance formelle d'un droit (aide humaine) ne garantit pas son accès réel (continuité nocturne). Ce paradoxe illustre la notion de capacités dans sa version la plus concrète : le droit existe sur le papier, l'espace réel de liberté qu'il ouvre est restreint. La formulation de la honte liée à l'incontinence nocturne subie révèle que ce vide n'est pas seulement organisationnel mais profondément attestatoire à la dignité.	Capacités – Libertés réelles Environnementale – Accès aux soins et aux aides Indicateur : Écart droits formels/acces réels comme vulnérabilité systémique	Vulnérabilité
84-86 / 443-446 / 784-785	<i>« sa famille nucléaire est pectée de stéréotypes et de préjugés racistes qui voient d'un très mauvais œil les deux pères [...]. Que ce soit le genre, la couleur de peau, la classe sociale, le statut économique, le statut administratif, l'entourage, la présence de membres de la famille qui peuvent être soit des freins, soit des leviers : [...] la relation conjugale, parvél, frein, levier[...] , maman solo, [...] elle est au creux de la vague »</i>	La situation de Madame illustre un cumul de vulnérabilités qui s'articulent et se renforcent mutuellement : handicap sévère, dépendance aux aidants, partenaires en situation précaire administrative, isolement du soutien familial du fait du racisme de sa propre famille, monoparentalité de facto. L'ergo liste elle-même cette pluralité en utilisant le terme « intersectionnelle très fort ». Ce cumul crée une vulnérabilité systémique qui ne peut être réduite à aucune de ses composantes isolées, et qui semble invalider toute approche d'accompagnement qui considère une unique vulnérabilité.	Psychosociale + Structurelle + Relationnelle + Environnementale Indicateurs : Monoparentalité, Isolement, Précarité, Statut administratif (cumul) Capacités – Libertés réelles fortement réduites	Vulnérabilité
153-197	<i>« un immeuble flamant neuf [...] il fallait tirer une lourde porte[...] leurs tables de consultation ne sont pas réglables en hauteur[...] dans la conception des chambres PMR, c'est pensé par des personnes qui ne sont pas à mobilité réduite[...] le lavabo était fixe »</i>	L'ergo documente la discordance entre accessibilité déclarée et accessibilité réelle : un immeuble neuf avec une porte lourde à tirer, des tables de consultation non réglables, une chambre PMR conçue pour des personnes capables de faire leurs propres transferts. Quelques exemples révèlent que l'accessibilité est trop souvent pensée par des concepteurs non handicapés, pour un profil de handicap unique et simplifié. La vulnérabilité environnementale n'est pas seulement absence de ressources mais reflète l'inadéquation des ressources disponibles aux besoins réels.	Environnementale – Obstacles Capacités – Libertés réelles Indicateur : Design PMR inadapté comme barrière environnementale structurelle	Vulnérabilité
211-217	<i>« je prends conscience qu'en tant qu'ergothérapeute, on a très peu de formation sur comment on accompagne des parents. Voire pas du tout. En tant que sage-femme, dans leur formation, elles n'ont rien du tout sur le handicap des parents [...], un impensé complet dans notre formation d'ergo et dans la formation des sage-femmes »</i>	L'ergo témoigne de la double ignorance professionnelle qui structure cet accompagnement : les ergos ne sont pas formés à la parentalité, les sage-femmes ne sont pas formées au handicap parental. Cette zone d'impensé symétrique génère une vulnérabilité environnementale qui touche toutes les familles dans cette situation, non pas par mauvaise volonté des professionnels (les sage-femmes sont décrites comme « très volontaires ») mais par absence structurelle de formation. L'ergo nomme cela explicitement comme une réalisation personnelle ayant motivé sa propre démarche de master.	Environnementale – Accès aux soins Structurelle – Déterminants sociaux Indicateur : Double impensé de formation (ergo + sage-femmes) comme obstacle systémique	Vulnérabilité
260-266 / 312-315	<i>« Mais vous avez des chambres PMR et puis vous n'avez pas pensé à prendre les aides techniques pour le transfert. » [...] « vous pouvez peut-être emprunter des aides techniques au transfert aux autres services. » Non, pas du tout. Administrativement, c'est impossible. [...] Les auxiliaires n'avaient pas eu le droit d'intervenir. Pourquoi ? Parce qu'elles n'avaient pas le badge d'accès au parking personnel. Donc ça aurait fait des frais [...] on se retrouvait à faire une location d'un lève-personne par le service de maternités</i>	La naissance prématurée révèle la fragilité des dispositifs soigneusement construits face à des obstacles logistiques mineurs mais bloquants : un badge de parking absent empêche les auxiliaires d'intervenir pendant deux jours. Ce cas illustre que la vulnérabilité environnementale ne réside pas nécessairement dans des obstacles majeurs mais dans les maillons faibles d'une chaîne de coordination complexe. Malgré un accompagnement anticipatoire et complet, ici, un détail administratif suffit à effondrer des mois de préparation.	Environnementale – Obstacles Dynamique – Situation contextualisée (fragilité des dispositifs en situation d'urgence) Indicateur : Vulnérabilité résiduelle dans les failles administratives	Vulnérabilité

Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idée principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
521-523	<i>« dans la littérature, il ressort que les personnes en situation de handicap ont beaucoup plus leur enfant placé avant la naissance que les autres. Et pour moi, ça, c'est une injustice majeure. »</i>	Le placement préventif de l'enfant avant même la naissance constitue la forme la plus radicale de vulnérabilité institutionnelle : l'état substitue son évaluation du risque à l'expérience parentale avant qu'elle n'ait commencé. L'ergo s'appuie sur des données de littérature pour nommer ce phénomène comme une injustice systémique et non comme une décision au cas par cas. Elle décrit ce surcontrôle comme lui-même genré (il touche plus souvent les mères) et imbrique les dimensions de classe, de race et de handicap dans les situations les plus complexes.	Structurelle – Déterminants sociaux Psychosociale – Obstacles Capacités – Libertés réelles Indicateur : Surcontrôle institutionnel comme vulnérabilité systémique spécifique aux parents handicapés	Vulnérabilité
784-788	<i>« mère de deux petits garçons, des jumeaux et maman solo [...] elle est au creux de la vague [...] en arrêt de travail, son employeur a du retard dans le paiement de ses indemnités, son conjoint vient de partir avec sa secrétaire[...] elle est au bout du rouleau »</i>	Cette situation illustre le cumul important des vulnérabilités : pathologies invisibles (EDS/fibromyalgie) peu reconnues administrativement, maternité solo de jumeaux, précarité économique soudaine, abandon conjugal. La non-reconnaissance administrative des pathologies invisibles est un facteur aggravant spécifique : les aides auxquelles la personne aurait droit ne sont pas mobilisables faute de reconnaissance. Cette situation révèle les angles morts des systèmes de protection qui conditionnent l'aide à une labellisation visible du handicap.	Personnelle – Facteurs individuels (pathologies invisibles) Psychosociale – Isolement, Monoparentalité Structurelle – Non-reconnaissance administrative Indicateur : Vulnérabilité aggravée par l'invisibilité du handicap	Vulnérabilité

PARTIE 2 – Éléments émergents (non prévus dans la matrice)				
Lignes	Fragment de discours – Texte brut	Idee principale synthétisée	Indicateur (matrice)	Concept théorique
443-444 / 451-452	« il y a beaucoup de choses qui s'intersectionnent très très fort, que ce soit le genre, la couleur de peau, la classe sociale, le statut économique, le statut administratif [...] Je pense aussi que le genre a une place majeure à mon sens. »	L'ergo 4 nomme elle-même le terme « intersectionne très fort » et liste explicitement les dimensions qui s'articulent : genre, couleur de peau, classe, économie, statut administratif — soit un cadre d'analyse qui dépasse largement la seule dimension handicap. Ce cadrage est absent de la matrice théorique, qui isole les facteurs de vulnérabilité sans penser leur imbrication dynamique. La situation de Madame (femme, handicapée sévère, partenaires précaires administrativement, famille raciste) ne peut être comprise qu'à travers cette imbrication : chaque dimension aggrave les autres. L'ergo souligne la dimension genrée de la vulnérabilité également.	Émergent : Imbrication genre/handicap Piste : Cadre analytique de l'imbrication des vulnérabilités, absente de la matrice	Élément émergent Genre et handicap
39-40 / 520-521 / 588 / 594-595	« on ne lui a pas laissé l'opportunité d'expérimenter [...] c'est une injustice majeure [...] les personnes en situation de handicap ont beaucoup plus leur enfant placé avant la naissance [...] mon parti pris a toujours été d'être dans le non-jugement... je l'accompagnais quand même avec ces valeurs-là »	L'ergo articule une éthique professionnelle en tension entre deux principes : le droit au risque et à l'expérimentation du parent (refus du paternalisme institutionnel) et la responsabilité de non-malfaisance. Elle nomme le placement préventif comme une violation du premier principe. Sa pratique — accompagner même quand les valeurs divergent, observer avant de jouer (scène du change sur les jumeaux), créer un environnement non-évaluatif — traduit une résolution cohérente de cette tension. Ce cadre éthique, non formulé dans la matrice, est un fondement implicite de l'ensemble de son agir professionnel.	Émergent : Posture éthique – tension autodétermination/non-malfaisance Droit au risque comme droit fondamental du parent en situation de handicap Piste : explorer l'éthique du care et le droit à l'expérimentation parentale	Élément émergent Posture éthique et droit au risque
630-639 / 649-656	« ça fait partie de leurs croyances que la parentalité, les occupations en lien avec la parentalité, le rôle de parent ça ne s'apprend pas, ça va de soi, c'est quelque part en nous et puis c'est millénaire [...] c'est une construction sociale qui repose sur des valeurs, une société qui s'est construite autrement [...] ce réarmement démographique auquel on est appelé [...] il y a une injonction sociale majeure à devenir parent [...] où pour être heureux, il faut être en couple, il faut avoir des enfants, il faut avoir une maison en banlieue, un SUV, un Labrador, partir au ski l'hiver, partir à la plage l'été. Et si vous ne répondez pas à ce script culturel-là, vous ne pouvez pas être heureux. »	L'ergo développe une analyse critique de la normativité de la parentalité comme construction sociale qui pèse sur toutes les personnes — mais plus lourdement sur celles qui s'écartent du script normatif (couple hétéro cis, sans handicap). Elle relie cette injonction aux discours politiques actuels (réarmement démographique) et au script culturel de la « réussite » (couple, enfants, maison, SUV, Labrador). Ce thème émerge dans la question sur l'autonomie parentale mais dépasse cette entrée : il interroge les représentations mêmes qui conditionnent le regard des professionnels, des institutions et des familles sur le projet parental en situation de handicap. Absent de la matrice, il constitue un angle interprétatif essentiel.	Émergent : Normativité de la parentalité comme construction socio-culturelle Piste : la norme et injonctions à la parentalité dans le discours social contemporain – à explorer	Élément émergent Normativité de la parentalité

Annexe 22. Grilles d'analyse horizontale des données.

Tableau de thématisation – Analyse horizontale

Thèmes transversaux	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Ergothérapeute 4	Convergences / Divergences
	Thèmes à priori – issus de la matrice théorique				
Thème 1 Transition occupationnelle : un processus universel aux configurations singulières	Annnonce tardive (à 5 mois) ce qui implique une transition brutale. Phase d'envahissement intense en 3-4 mois. « Comment on va faire ? »	3 configurations identifiées selon le moment d'apparition du handicap (avant/pendant/après la naissance). Reconfiguration identitaire profonde des valeurs parentales. « Elle a dû changer sa façon de voir toute sa vie ».	Transition initiée dès le projet parental. Bouleversement du quotidien très organisé chez les adultes très dépendants. « L'arrivée d'un bout de chou bouleverse vraiment tout leur équilibre ».	Universalité de la transition indépendamment du mode d'accès à la parentalité. Décalage entre le parent imaginé et le parent réel possible. « Ce clivage peut être très violent ».	Convergence : Universalité de la transition reconnue par les 4 ergos. Divergence : Timing et intensité très variables selon la configuration.
Thème 2 La capacité d'agir comme finalité et condition de l'accompagnement	Le bébé devient une motivation extrinsèque puissante. Hyperparentalité = risque d'épuisement. Approche Bottom-up. « Souvent, c'est eux qui ont la solution »	Rôle parental identifié comme levier thérapeutique (fauteuil électrique). Agentivité éclairée : délibérer, par décider à leur place. « On est là pour qu'ils fassent des choix en conscience »	Pair-aidance numérique – agentivité collective puis personnelle. Métaphore des cartes : ergo transmet des clés sans « jouer la partie » « C'est eux qui vont jouer leur partie »	Droit à l'expérimentation comme condition de la capacité d'agir. L'ergo utilise la métaphore du plâtre pour illustrer sa position : se retirer est l'objectif. « Si vous avez besoin de moi jusqu'à la fin, j'ai mal fait mon travail »	Convergence : Toutes visent l'émancipation, pas la dépendance. Divergence : les leviers diffèrent (motivation, info, pair-aidance, droit).
Thème 3 La vulnérabilité multidimensionnelle cumulative et dynamique	Validisme comme déterminant structurel. Méconnaissance des professionnels de la périnatalité. Manque de coordination intersectorielle. « Ces deux mondes se confrontent que lors de situations d'urgence »	Vulnérabilité surajoutée (handicap intellectuel + vulnérabilité affective). Isolement géographique. Orientation sexuelle comme vulnérabilité cumulée. « Nous ne pouvons pas travailler sur toutes les vulnérabilités »	Dépossession du rôle maternel par la relation d'aide. Regard social discriminant atténué avec l'âge de l'enfant. PCH parentalité mentionnée : avancée mais lacunes. « Je veux qu'elle soit mes bras pas sa mère »	Cumul de vulnérabilité intersectionnelles. Vulnérabilité résiduelle dans les failles administratives. « Ce n'est pas le badge qui manquait c'est toute la chaîne »	Convergence : Vulnérabilité jamais mono-causale, toujours dynamique Divergence : Ergo 4 nomme l'intersectionnalité explicitement ; Ergo 1 reste sur le structurel.

Tableau de thématisation – Analyse horizontale

Thème 4 L'accompagnement ergothérapeutique : adaptation, coordination et plaidoyer	Adaptations matérielles. FALC comme accessibilité universelle. Rôle de couteau suisse interprofessionnel. « Le FALC marche pour tout le monde »	Appartement thérapeutique. Consultation pré- conceptionnelle. Exploration des représentations parentales. « On pouvait faire tester à la personne »	Visite à domicile avec TISF. Advocacy pour PCH parentalité. Ergo comme premier soutien lors des crises. « On a bousculé les codes et les portes »	Formation du personnel hospitalier. Contrat auxiliaires -CHU. Relation thérapeutique comme fondement (non- jugement, confidentialité). « Savoir-être avant savoir- faire »	Convergence : Adaptation + coordination systématiques. Ergo1 et Ergo3 : pair-aidance= levier d'accompagnement, aussi déterminant que l'intervention professionnelle elle-même. Divergence : Ergo 4 insiste sur les savoir être ; Ergo 1 sur l'outil FALC.
--	---	---	---	--	--

Thèmes émergents – issus de l'analyse verticale					
Thème 5 Posture éthique : tension autodétermination / non- malfaisance	Non thématisé explicitement, mais présent implicitement dans la posture de non- jugement face à la dissimulation de grossesse.	Position « prise en étau » entre protection de l'enfant et le soutien à la parentalité lors de l'information préoccupante. « C'est pas moi qui allais juger ses compétences »	Limite claire nommée : mise en danger = unique raison de retrait partiel. « Je dis : non, ça je fais pas. Mais le reste peut continuer sans problème »	Placement préventif nommé comme une injustice majeure. Accompagnement inconditionnellement non-évaluatif. « Ne pas laisser l'opportunité d'expérimenter, c'est une injustice majeure »	Convergence : présent chez E2, Ergo 3, Ergo 4 et implicite chez Ergo 1 Divergence : seule Ergo4 nomme le placement préventif comme injustice structurelle, là où Ergo2 et Ergo3 restent sur la tension clinique individuelle.
Thème 6 Imbrication genre et handicap	Dissimulation de la grossesse = peur du regard. Validisme intérieurisé freinant le projet parental. « On voit pas ça chez une personne valide »	Hommes évincés du rôle parental après hospitalisation. Orientation sexuelle = vulnérabilité surajoutée. « Ils n'avaient plus voix au chapitre »	Système patriarcal hospitalier + regard sur la mère. Place périphérique du père dans l'accompagnement (implicite). « On est dans un système encore un peu trop patriarcal »	Intersectionnalité nommée explicitement (genre, race, classe, handicap). Pères : agentivité entravée par la configuration familiale. « Le genre a une place majeure à mon sens »	Convergence : Présent pour les 4 ergos, à des degrés variables. Ergo 4 : cadrage théorique plus élaboré (intersectionnalité).
Thème 7 Normativité de la parentalité comme construction sociale	Validisme comme frein intérieurisé. Parentalité comme déséquilibre occupationnel universel.	Représentations parentales à déconstruire en consultation. « Ça permet d'abattre des idées reçues sur la parentalité »	Nomination de l'handiparentalité : ambivalence dans le discours entre reconnaissance et	Analyse critique du script culturel normatif (couple cis, hétéro, maison, SUV, labrador).	Convergence : tous interrogent les normes, formes différentes. Ergo 4 : analyse la plus critique et politique.

Tableau de thématisation – Analyse horizontale

	« Être parent en situation de handicap, c'est peu connu, mal perçu »		catégorisation contraignante. « Nommer quelque chose, ça veut dire le faire exister ».	« Si vous ne répondez pas à ce script, vous ne pouvez pas être heureux »	
Thème nouveau – issu du croisement horizontal					
Thème 8 Réflexivité professionnelle sur la pratique	Réflexivité rétrospective sur l'évolution de ses représentations professionnelles - elle reconnait avoir pratiqué l'autodétermination avant même d'en avoir le cadre conceptuel. « A l'époque, on parlait pas d'autodétermination, tout ça, mais on sentait que là, elle devenait la maman et que c'est elle qui décidait et que moi, j'étais à son service »	Réflexivité sur les effets et les limites de l'intervention - doute sur l'efficacité de ses propres conseils = identifié comme effet constructif pour la personne - reconnaissance que l'absence d'impact est elle-même un acte thérapeutique. « Est-ce que ce qu'on avait conseillé était tout pourri ? Peut-être. C'était peut-être pas des bonnes idées. Cela dit, le fait de pas avoir d'impact, ça a de l'impact. »	Humilité radicale sur sa propre place dans le processus - mise en doute du rôle déterminant de l'ergo + métaphore des cartes où l'accompagnant transmet sans jouer. « Je suis pas sûr d'avoir un rôle immersé en fait là-dedans. Je pense que souvent c'est le petit truc, le petit tips, le petit supplément qui fait qu'il y a quelque chose qui se passe. Mais en fait, avec ou sans moi, ça se serait passé quand même. »	Réflexivité en acte, prise de conscience en situation clinique d'une lacune de formation) dans son cas, débouche sur un engagement de développement professionnel. La réflexivité devient ici moteur de transformation de la pratique. « C'est là où moi, je prends conscience aussi qu'en tant qu'ergothérapeute, on a très peu de formation sur comment est-ce qu'on accompagne des parents. Il y a un petit moment là où je me rends compte qu'il y a une zone, un impensé complet dans notre formation d'ergo. »	Convergence : présente chez les 4 ergos, sous des formes différentes. Divergence : Les formes concrètes où s'exprime cette réflexivité. Ergo 1 : la rétrospective, Ergo 2 : les effets Ergo 3 : la place Ergo 4 : en acte Ergo 4 évoque où débouche sa réflexion = action concrète de formation.
Thème 9 Le handicap comme expérience situationnelle et non figée	Parentalité comme déséquilibre occupationnel universel au-delà du handicap. « Je rêverais d'ergos en PMI pour tout le monde »	La parentalité peut-elle même créer ou amplifier une situation handicapante. « La parentalité peut rendre handicapé. Le handicap, ça n'a pas de sens. Ce n'est pas figé »	Le regard social s'atténue quand l'enfant grandit – vulnérabilité temporaire et contextuelle. « Ça s'estompe quand l'enfant commence à s'autonomiser »	Pathologies invisibles non reconnues. Vulnérabilité résiduelle dans les failles du système. « Un badge de parking absent a suffi à effondrer des mois de préparation »	Thème émergent du croisement : Aucun cas ne le formule seul, mais visible dans le croisement. Ensemble ils mettent en évidence une conception dynamique du handicap. Fort enjeu pour la discussion.

Résumé

Introduction : Des parentalités plurielles existent, se construisent et se réinventent, malgré des représentations normatives persistantes et des dispositifs en cours d'amélioration. Les politiques publiques reconnaissent une vulnérabilité particulière et prévoient un accompagnement renforcé pour les parents en situation de handicap. Ainsi, ce mémoire étudie l'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle vers la parentalité et son influence sur la capacité d'agir en situation de vulnérabilité. **Méthode :** Dans le cadre d'une méthode clinique qualitative casuistique, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'ergothérapeutes exerçant auprès de parents en situation de handicap en France, puis analysés verticalement et horizontalement. **Résultats :** Issus de quatre entretiens, les résultats mettent en évidence l'universalité de la transition occupationnelle vers la parentalité tout en documentant des configurations singulières selon le moment d'apparition de la situation de handicap. L'accompagnement ergothérapique vise à révéler ou à construire une capacité d'agir considérée comme potentiellement présente chez chaque parent, via une posture non substitutive et non-jugeante. La vulnérabilité apparaît multidimensionnelle, cumulative et intersectionnelle. Ces résultats, issus d'un nombre de participants restreint et géographiquement concentré, sont à considérer avec prudence, car non exhaustifs. **Conclusion :** Ces résultats invitent une évaluation systématique de la dimension parentale dans tout bilan ergothérapique permettant l'expérimentation du rôle parental, sans négliger les besoins et la sécurité de l'enfant, et ouvrent des perspectives de recherche sur les effets à long terme de cet accompagnement ainsi que sur la diversité des configurations familiales encore peu explorées.

Mots-clés : ergothérapie, parentalité, transition, handicap, capacité d'agir, intersectionnalité

Abstract

Introduction: Diverse forms of parenthood exist, evolve, and reinvent themselves, despite persistent normative representations and support systems that are still being improved. Public policies recognize a particular vulnerability and provide enhanced support for parents with disabilities. Thus, this thesis examines occupational therapy support for the occupational transition to parenthood and its influence on parental agency in situations of vulnerability. **Method:** Using a qualitative, case-based clinical approach, semi-structured interviews were conducted with occupational therapists supporting parents with disabilities in France. Transcripts were analyzed using vertical and horizontal analysis. **Results:** Based on four interviews, the results highlight the universality of the occupational transition to parenthood while documenting unique configuration depending on when the disability arose. Occupational therapy support aims to reveal or build a capacity for action considered to be potentially present in every parent, through a non-substitutive and non-judgemental approach. Vulnerability appears to be multidimensional, cumulative, and intersectional. These findings, which are based on a restricted and geographically concentrated number of participants, should be interpreted with caution as non-exhaustive. **Conclusion:** These findings call for a systematic assessment of the parenting dimension in all occupational therapy evaluations, to allow parents to experiment with their parenting roles, without neglecting the child's needs and safety, and open up research prospects on the long-term effects of this support and on the diversity of family configuration that remain largely unexplored.

Keywords: occupational therapy, parenthood, transition, disability, intersectionality