

Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapie et suspicion d'un Trouble du Spectre Autistique: favoriser la co-occupation parent-enfant en intervention précoce

ROGÉ Léna

N° étudiant : E23/16

Promotion : 2023-2026

Sous la direction de Lepiller Gaëlle

Année Universitaire : 2025-2026

*« Chaque enfant mérite qu'on croie en lui, avant même
qu'il puisse le faire lui-même. »*

Fred Rogers

*« Le jeu, c'est le travail de l'enfant,
c'est son métier, c'est sa vie. »*

Pauline Kergomard

Glossaire :

TSA : Trouble du Spectre Autistique

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

TND : Troubles du Neurodéveloppement

MDPH : Maison Départementale des Personnes en Situation de Handicap

ETADA : Équipe Territoriale d'Appui au Diagnostic de l'Autisme

CRTLA : Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages

CRANSE : Centre Ressources Autisme Normandie Seine Eure

CAMSP : Centre d'action Médico-Sociale Précoce

UNIDEP : UNITé d'Intervention Développementale Précoce

CMPP : Centre médico-Psycho-Pédagogique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents

PMI : Protection Maternelle et Infantile

AESH : Accompagnant des Élèves en situation de Handicap

CMOP-E : Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

PESDM : Parent Early Start Denver Model

PACT : Paediatric Autism Communication Therapy

RUBI : Research Units in Behavioral Intervention

SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie de France

CRA : Centre Ressource Autisme

CIM-10 : Classification Internationale des maladies, 10^e révision

ASD : Autism Spectrum Disorder

OT : Occupational Therapist

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement de trois années d'apprentissage, de questionnements et de rencontres. Il n'aurait pas pris cette forme sans les personnes qui m'ont entourée, soutenue et accompagnée. Je tiens à leur exprimer mes plus sincères remerciements.

Merci à Mme Lepiller, ma maître de mémoire, pour la confiance qu'elle m'a accordée dès le début de ce projet. Sa présence rassurante, ses conseils et sa patience m'ont permis d'avancer même dans les moments de doute.

Merci à l'équipe pédagogique de l'institut de formation de Rouen : Mme Cajot, Mme Lebigre, Mme Quesney, Mme Dugord, et M. Heredia, pour avoir été plus que des enseignants et formateurs. Leur exigence bienveillante, leur disponibilité, et leur passion pour le métier m'ont profondément marquée et m'ont donné envie de donner le meilleur de moi-même dans ce mémoire.

Merci à ma mère, mon père, et ma sœur d'avoir été présents tout au long de ces trois années. Je vous remercie d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir soutenue durant ce mémoire. Merci d'avoir su, les week-ends où il fallait, m'offrir un espace pour souffler et revenir à l'essentiel.

Merci à mon copain, qui a vécu ce mémoire presque autant que moi. Merci pour ta patience infinie, tes relectures attentives, et pour tous ces moments où tu as su trouver les mots justes quand je n'y arrivais plus. Ta présence à mes côtés a été une chance immense.

Merci à toute ma promotion pour ces trois années partagées avec bonne humeur, entraide et sincérité. Une mention spéciale pour Louane et Ines, mes copines de cette aventure : merci pour vos rires, votre soutien, votre positivité, et tous les souvenirs que l'on garde. Ces années ont été belles grâce à vous.

Merci à mes tutrices de stage, qui m'ont transmis leur savoir-faire avec générosité. Vous m'avez appris à devenir ergothérapeute, tout en me laissant construire ma propre identité professionnelle.

Enfin, merci à Marion Tere et Barbara Dufresne pour leur relecture attentive et leurs remarques précieuses, qui ont contribué à améliorer ce travail.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussignée ROGÉ Léna atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformée.

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

Fait à Rouen Le 20 mai 2026 signature

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

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

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

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative
Travail individuel

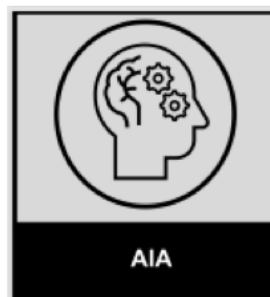
Je soussignée ROGÉ Léna atteste :



Ne pas avoir eu recours

à l'IA ☐


Avoir généré ce travail

par l'IA ☐


Avoir utilisé partiellement

l'IA ☒

Si j'ai utilisé l'IA, c'est à des fins de :

Nom du/des site(s) utilisé(s)

☐ Correction orthographique	
☒ Formulations - reformulations	Claude, Chat GPT, Gemini
☐ Création de titres	
☐ Structuration de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☒ Recherche de bibliographie	Perplexity
☐ Autres : précisez	

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

Le 20 mai 2026

A Rouen

Signature

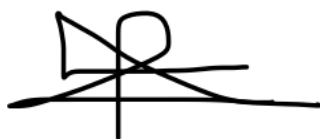


Table des matières

Introduction	1
I. Cadre conceptuel	2
1. L'enfant avec des suspicions de Trouble du Spectre Autistique (TSA).....	2
1.1 La diversité des manifestations	2
1.2 Les critères diagnostiques	2
1.3 Le parcours de diagnostic.....	4
1.4 La plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO).....	6
1.5 L'intervention précoce	7
2. Les conséquences des troubles de l'enfant sur le rôle parental	9
2.1 Les rôles des parents	9
2.2 Les spécificités du rôle de parent avant le diagnostic de TSA de l'enfant.....	10
2.3 Le questionnement parental face aux premiers signes d'alerte.....	11
2.4 Les besoins des parents avant le diagnostic de leur enfant	12
3. La co-occupation parent-enfant	12
3.1 La définition de l'occupation	13
3.2 Les occupations des enfants jusqu'à 5 ans	14
3.3 La définition de la co-occupation.....	15
3.4 L'apport de la co-occupation chez un enfant	15
3.5 Les limitations de la co-occupation avec un enfant en suspicion de TSA	16
4. L'intervention ergothérapique en contexte pédiatrique	17
4.1 La définition de l'ergothérapie	17
4.2 Le modèle ludique de Ferland.....	18
4.3 La pratique centrée sur la famille	19
4.4 La guidance parentale.....	20
II. La problématisation	22
III. Dispositif méthodologique	25
1. L'utilisation de la méthode qualitative	25
2. L'utilisation de l'approche hypothético-déductive	26

3. La population de recherche	26
3.1 Population des entretiens exploratoires.....	26
3.2 Population pour l'enquête de terrain	27
4. Les techniques et les outils de recueil de données empiriques.....	28
4.1 Le choix de la technique de recueil de données	28
4.2 Le choix de l'outil	29
5. Éthique de la recherche et objectivité du chercheur	30
IV. Analyse des résultats	32
1. L'analyse verticale	32
1.1 Entretien 1 avec Ergothérapeute (E1)	32
1.2 Entretien 2 avec Ergothérapeute (E2)	33
1.3 Entretien 3 avec Ergothérapeute (E3)	34
1.4 Entretien 4 avec Ergothérapeute (E4)	35
1.5 Entretien 5 avec Ergothérapeute (E5)	36
2. L'analyse horizontale	37
2.1 L'intervention précoce et ses objectifs.....	37
2.2 La co-occupation parent-enfant.....	38
2.3 Le modèle ludique de Ferland.....	39
2.4 La guidance parentale.....	40
V. Discussion	42
1. La validation ou la réfutation des hypothèses de recherche	42
2. Les nouveaux apports théoriques.....	43
3. Les limites et les biais de la recherche.....	45
3.1 Les limites	45
3.2 Les biais.....	46
4. Les perspectives.....	47
Conclusion.....	50
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

« Je n'en peux plus de lui, prenez-le, je n'arrive même plus à jouer avec lui, ni à le gérer ».

Cette phrase marque le début de ce travail de recherche. En effet, elle a particulièrement retenu mon attention. Elle a été entendue dans une salle d'attente, lors d'un stage en cabinet libéral. Elle est prononcée par le père d'un enfant de 3 ans ayant une suspicion de Troubles du Spectre Autistique (TSA), orienté vers un ergothérapeute par la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO). Ainsi, cette phrase met en avant la détresse que peuvent ressentir les parents, confrontés à des comportements qui s'éloignent des attentes développementales liées à l'âge de leur enfant. Elle traduit également les difficultés rencontrées dans les interactions du quotidien, notamment dans le jeu.

Selon le DSM-V, le TSA fait partie des troubles du neurodéveloppement et se caractérise par une dyade de déficit lié à la communication et aux comportements restreints et répétitifs (Crocq et al., 2015). Par ailleurs, environ 1% de la population française est concernée, représentant 700 000 personnes dont 100 000 enfants (INSERM, 2024). Les premiers signes peuvent apparaître dès l'âge de 18 à 24 mois (INSERM, 2024). Mais, le diagnostic est généralement posé entre 3 et 5 ans, période cruciale pour le développement du langage, de la socialisation et du jeu (Haute Autorité de Santé, 2018b). De plus, les répercussions familiales liées à ce trouble peuvent engendrer chez les parents de l'anxiété, de la culpabilité, et des remises en question quant à leur rôle parental et parfois même des conflits parent-enfant (Du et al., 2024).

Ces conflits peuvent alors affecter la relation parent-enfant et fragiliser ce qu'on appelle la co-occupation entre le parent et l'enfant. En effet, la co-occupation est une activité partagée reposant sur des dimensions physiques, émotionnelles et institutionnelles (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009). Ainsi, le jeu est l'activité principale de l'enfant, jouant un rôle pour son développement ainsi que pour sa santé physique, mentale et sociale (Beaulieu & Beno, 2024). Cependant, pour un enfant TSA, les jeux sont réalisés de manière différente, ce qui réduit les moments partagés et fragilisent la relation parent-enfant (Naber et al., 2007).

Ce contexte conduit à poser la question suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il soutenir la co-occupation entre parents et enfant présentant des signes de TSA, notamment par le biais du jeu ?

I. Cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel a été élaboré à partir de diverses sources, telles que de nombreuses littératures scientifiques mais aussi des données exploratoires. En effet, deux entretiens exploratoires auprès de mères d'enfants présentant un TSA ont été réalisés afin d'identifier la spécificité et le vécu des parents avant le diagnostic, notamment leurs expériences quotidiennes, leurs interactions avec leur enfant, et les professionnels de santé rencontrés.

1. L'enfant avec des suspicions de Trouble du Spectre Autistique (TSA)

1.1 La diversité des manifestations

Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) fait partie des troubles du neurodéveloppement qui concernent « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire. Ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (Crocq & Guelfi, 2015, p.33).

De plus le TSA est une particularité développementale qui a la même prévalence partout dans le monde (French et al., 2013). Selon Pérugien (s. d.), « il existe autant de formes d'autisme que d'individus qui en sont sujets » puisque les intensités sont variables d'un individu à l'autre, soulignant la diversité des manifestations, et reconnaissant l'autisme dans un « spectre » plutôt que dans une catégorie fixe (Gillet et al., 2021, p.19 ; Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.1).

1.2 Les critères diagnostiques

Les critères diagnostiques constituent la dyade suivante (Crocq et al., 2015) :

- **Les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés.**

Ces déficits peuvent se manifester par plusieurs difficultés pouvant ou non être cumulées. En effet, il peut y avoir des difficultés de réciprocité sociale ou émotionnelle, caractérisé par un manque de partage d'émotions, de réponses aux sollicitations, ou d'initiatives de communication (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.41).

Ensuite, des déficits des comportements non verbaux, peuvent être observé (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.41), comme des anomalies à regarder dans les yeux avec une

incompréhension des gestes des autres personnes, et une absence d'expressions faciales (Gillet et al., 2021).

Puis, des difficultés « à ajuster son comportement aux différents contextes sociaux, à partager des jeux imaginatifs, ou à se faire des amis » peuvent émerger (Gillet et al., 2021). Ces difficultés sont en lien avec un déficit de l'attention conjointe, concept développé par Scaife et Bruner (1975), qui se définit comme la capacité à partager un même espace d'intérêt avec une autre personne (Aubineau et al., 2015).

- **Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.**

Ce deuxième critère se manifeste par quatre types de manifestations, dont au moins deux doivent être présentes pour poser le diagnostic.

Tout d'abord, des comportements répétitifs peuvent être observés. Ils peuvent être moteurs, langagiers, ou concerner la manipulation d'objets. Par exemple, il est possible d'observer des actions telles que « tourner des pailles au-dessus des yeux ou de faire bouger des allumettes entre les doigts » (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.42).

La deuxième manifestation correspond à une intolérance aux changements. Celle-ci se traduit souvent par la présence de rituels ou d'habitudes difficiles à modifier. Ainsi, une modification même minime de l'environnement peut entraîner une détresse importante (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.42).

Les intérêts de l'enfant peuvent également être restreints ou très spécifiques. Ils se concentrent parfois sur des thèmes précis ou des aspects particuliers de l'environnement. Un intérêt peut alors devenir très envahissant et occuper une grande partie du temps et des activités (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p.42).

Enfin, une autre manifestation concerne les perturbations de la modulation sensorielle, c'est-à-dire la manière dont une personne ajuste sa réaction face aux stimulations de l'environnement (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p81-113). Les termes d'hypersensibilité ou d'hyposensibilité sont utilisés pour décrire ce que l'enfant ressent face à un stimulus. Toutefois, ces perceptions internes étant difficiles à observer, l'évaluation repose aujourd'hui davantage sur les comportements observables, décrits en termes d'hyperréactivité ou d'hyporéactivité. L'hyperréactivité correspond à une réaction excessive face à un stimulus généralement perçu comme faible, tandis que l'hyporéactivité désigne une réaction faible, ou absente, face à un

stimulus habituellement significatif. Ces réponses peuvent varier selon les modalités sensorielles, une même personne pouvant être hyperréactive pour certains sens et hyporéactive pour d'autres (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020, p81-113). Les huit sens pouvant être concernés dans l'autisme sont le toucher, la proprioception, le vestibulaire, la vue, l'ouïe, le goût, et l'odorat et l'intéroception (Biel & Peske, 2009).

Par ailleurs, certaines comorbidités peuvent être associées au TSA. Les plus fréquentes sont l'épilepsie, les troubles du sommeil, des difficultés liées à l'alimentation, ainsi que des troubles psychiques tels que l'anxiété (Haute Autorité de Santé, 2026).

1.3 Le parcours de diagnostic

Le parcours de diagnostic a été établi par la Haute Autorité de Santé (Annexe 1), et montre les étapes à passer afin d'arriver au diagnostic de TSA (Haute Autorité de Santé, 2018a).

Ainsi, le parcours de diagnostic commence la phase d'identification des signes d'alerte, le premier niveau, réalisée par les parents, les professionnels de la petite enfance, ou lors de la consultation de suivi obligatoire entre 0 et 6 ans. Les signes sont variés car ils peuvent être liés au développement du langage, des interactions sociales, ou des comportements, quel que soit l'âge. Une consultation médicale en soins primaires est réalisée ensuite, auprès du médecin traitant ou de protection maternelle et infantile (PMI).

Ensuite, une phase de repérage est activée engendrant davantage de consultations dédiées en soins primaires (pédiatre, généraliste, PMI, médecin scolaire) dans les 3 semaines suivants l'identification. S'il n'y a pas de doute, une suspicion de TSA est en cours. Or s'il y a un doute, une attente d'un mois est lancée pour faire à nouveau une consultation en soins primaires.

Ainsi, une phase de diagnostic et d'évaluation du fonctionnement est lancée, consistant à faire plusieurs examens, tels qu'un examen ORL, visuel, orthophonique, mais aussi un bilan du développement moteur. Parallèlement à cela, des évaluations par une équipe spécialisée de deuxième ligne formée aux troubles neurodéveloppementaux sont réalisées avant d'élaborer le diagnostic de TSA. Ce parcours d'évaluations fonctionnelles est réalisé dans chaque domaine d'expertise tels que la cognition, la communication, le développement sensori-moteur, les particularités sensorielles et le profil occupationnel (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020). Après le diagnostic, un projet personnalisé d'intervention sera élaboré.

Par ailleurs, plusieurs niveaux de diagnostic existent. En effet, le deuxième niveau est un niveau de diagnostic simple réalisé par des structures, tels que :

- Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans lequel il peut y a une unité d'intervention développementale précoce (UNIDEP). Cette unité permet d'accompagner des enfants de 18 à 36 mois à risque d'autisme ou diagnostiqué TSA.
- Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Le centre médico-psychologique (CMP)
- Le centre médico-psychologique enfants et adolescents (CMPEA)

De plus, il y a les professionnels libéraux conventionnés avec la PCO qui intervienne dans ce deuxième niveau.

Le troisième niveau correspond au niveau de diagnostic de moyenne complexité. Par exemple, il existe une Équipe Territoriale d'Appui au Diagnostic de l'Autisme (ETADA), le Centre Ressources Autisme Normandie Seine Eure (CRANSE), et le Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTL) réalisant un niveau de diagnostic complexe.

Les professionnels intervenants auprès de cette population sont donc nombreux et travaillent en interprofessionnalité (Haute Autorité de Santé, 2018a). Pour commencer, les professionnels du champ médical jouant un rôle clé dans l'identification des signes d'alerte et la mise en place du diagnostic, tels que les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de PMI, les médecins scolaires, les pédopsychiatres, les neuropédiatres, les médecins ORL, et les ophtalmologistes. Ensuite, les professionnels du champ paramédical vont jouer un rôle dans la réalisation des bilans et des interventions spécifiques, tels que les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les infirmiers. Puis, les professionnels du champ psychologique et neuropsychologique afin de contribuer à l'évaluation cognitive, émotionnelle et comportementale, tels que les psychologues, les neuropsychologues, et les psychothérapeutes. Parallèlement à ces professionnels, le champ éducatif et pédagogique regroupe les enseignants, les enseignants spécialisés, les AESH, et les éducateurs spécialisés. Cette diversité d'acteurs souligne la nécessité d'une coordination des soins afin de garantir un parcours de bilans et d'interventions cohérent.

Ainsi, cette multitude d'étapes à passer avant le diagnostic peut être longue, surtout si les professionnels ont des doutes, ce qui recule et retarde la procédure de diagnostic. Pendant ce

temps, les troubles peuvent persister et avoir des conséquences sur l'enfant mais aussi sur le parent.

En effet, les deux entretiens exploratoires confirment que cette phase est très longue, pouvant aller jusqu'à deux ans, sans avoir de projet d'intervention agissant sur les troubles de l'enfant. Durant la période avant le diagnostic, les parents rencontrés expliquent qu'ils occupent une place centrale dans la coordination des soins à travers la prise de rendez-vous, le suivi des évaluations et les échanges avec les nombreux professionnels, malgré la présence de la PCO.

1.4 La plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO)

La plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) est un dispositif central de la stratégie nationale pour les TND (Maison de l'autisme, s. d.). Elle a pour objectif de mettre en place un parcours coordonné de bilans afin de détecter précocement les écarts de développement, d'accompagner rapidement les enfants et leurs familles et de faciliter la coordination entre les secteurs médical, social, éducatif et médico-social (Maison de l'autisme, s. d.).

La PCO coordonne donc le parcours de diagnostic et peut financer les interventions sans attendre la formalisation d'un diagnostic officiel. Elle vise à garantir un accès à un accompagnement adapté et à réduire les délais de prise en charge, conformément aux recommandations actuelles sur le développement précoce de l'enfant (Maison de l'autisme, s. d.). En effet, elle concerne les enfants entre 0 et 12 ans, présentant des écarts atypiques dans le langage, la motricité, les interactions sociales, l'attention, le comportement et/ou la sensorialité. De plus, la PCO n'intervient que pour des enfants n'ayant pas de diagnostic d'un TND posé et ne bénéficiant pas d'une aide de la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH) pour financer des soins. Ainsi, deux PCO sont mises en place en Normandie, selon l'âge : 0-6 ans et 7-12 ans. L'entrée dans une PCO se fait toujours « par l'intermédiaire d'un médecin qui écoute les observations des parents et examine l'enfant » (Maison de l'autisme, s. d.).

En outre, la prise en charge de la PCO est assurée durant 12 mois, avec une possibilité de renouvellement pour une période de 12 mois (soit 2 ans au total). L'objectif est d'enclencher les soins qui seront ensuite le cas échéant et au besoin pris en charge par des structures spécialisées ou financées dans le réseau de professionnels de ville par une aide de la MDPH (Maison de l'autisme, s. d.).

Ainsi, la PCO organise les rendez-vous vers des professionnels libéraux, conventionnés, et ayant contractualisé avec la plateforme. Elle collabore également avec des structures sanitaires ou médico-sociales adaptées (Maison de l'autisme, s. d.).

Cette étape de repérage et de coordination constitue le point de départ de la mise en œuvre des interventions précoces, pour soutenir le développement des enfants présentant des troubles de neurodéveloppement dès leur plus jeune âge. En effet, la plateforme dispose d'un forfait d'intervention précoce destiné aux enfants âgés de 12 ans maximum. Celui-ci permet de financer, pendant une durée d'un an, les bilans et les séances nécessaires, avec la possibilité d'une prolongation de six mois si la situation de l'enfant le nécessite.

Dans le cadre de la PCO TND 0-6 ans, deux types de forfaits peuvent être proposés. Le premier correspond à un forfait de bilan simple, visant à étayer la pose d'un diagnostic ou à orienter l'enfant vers une prise en charge adaptée. Le second concerne un forfait de bilan et de suivi, destiné aux enfants nécessitant des interventions de rééducation spécifiques. Ces forfaits permettent notamment de financer l'accompagnement de professionnels libéraux dont les actes ne sont habituellement pas remboursés par l'Assurance Maladie, tels que des ergothérapeutes, des psychologues ou des psychomotriciens (Mon parcours handicap, 2026).

La HAS (2026) recommande une approche multidisciplinaire coordonnée, avec un ensemble de professionnels de santé sensibilisés à l'autisme, contribuant à assurer la qualité du parcours des enfants, en intervenant le plus tôt possible.

1.5 L'intervention précoce

L'intervention précoce dans le TSA repose notamment sur le principe de plasticité cérébrale. Selon Bonnet-Brilhault (2019), une médecin pédopsychiatre, la plasticité cérébrale correspond à la capacité du système nerveux central à modifier sa structure et son fonctionnement en fonction des expériences et des stimulations reçues. Elle souligne que le jeune cerveau présente une grande malléabilité, ce qui fonde l'intérêt d'interventions précoces et structurées. Cette capacité de réorganisation rend possible l'influence des stimulations adaptées sur l'organisation des réseaux neuronaux. Ainsi, agir dès les premières manifestations du trouble facilite et accélère la modification des critères diagnostiques du TSA chez l'enfant.

Sur le plan institutionnel, le 3ème plan autisme, présenté en mai 2013, a constitué une étape majeure dans la structuration de l'accompagnement précoce. Il a notamment permis de financer le diagnostic précoce et le soutien des familles, posant ainsi les bases des dispositifs aujourd'hui

en place, tels que la PCO (Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, s. d.).

Ce fondement scientifique est relayé par les recommandations professionnelles. Les Recommandations de Bonnes Pratiques publiées par la Haute Autorité de Santé (2018a, 2026) rappellent l'importance d'engager une intervention le plus tôt possible, idéalement avant l'âge de 4 ans. L'objectif est de favoriser le développement et les apprentissages dans les domaines impactés par le TSA, et de limiter l'apparition de sur-handicaps. Elles insistent également sur la mise en place d'un projet personnalisé d'intervention précoce comme élément d'amélioration des pratiques diagnostiques et d'accompagnement.

L'intervention précoce concerne les jeunes enfants dont le développement psychomoteur et/ou affectif s'écarte des attendus pour leur âge (Yanez & Joseph, 2012). Les limites d'âge varient selon les dispositifs, certains s'adressant aux enfants jusqu'à 12 ans. Toutefois, ce mémoire se concentre sur les enfants âgés de 0 à 6 ans, en cohérence avec un diagnostic généralement posé entre 3 et 5 ans ainsi qu'avec le dispositif PCO 0-6 ans.

Le ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées (2019) précise que l'intervention précoce vise à réduire au maximum le délai entre l'apparition des signes d'alerte et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté. Elle met également en avant la nécessité de promouvoir un environnement favorable au développement et de renforcer les compétences de l'entourage.

Ainsi, la compréhension des manifestations du TSA, des critères diagnostiques, du parcours de diagnostic et des interventions précoces met en lumière la complexité du cheminement vécu par l'enfant et son entourage. Ces éléments permettent d'identifier le cadre clinique et institutionnel du TSA, et soulignent aussi l'importance des acteurs qui gravitent autour de l'enfant, notamment au premier rang, les parents. En effet, ils occupent une place centrale dans le développement de leur enfant et dans la coordination du parcours de soins. Ainsi, il est intéressant d'analyser en quoi les troubles de l'enfant avant le diagnostic peuvent avoir des conséquences sur leur rôle, leur vécu et l'équilibre de la dynamique familiale.

2. Les conséquences des troubles de l'enfant sur le rôle parental

2.1 Les rôles des parents

L'ensemble des rôles, des fonctions et des responsabilités des parents sont illustrés par le terme de « parentalité » créé par Racamier en 1960. En effet, la parentalité est définie comme l'ensemble des fonctions, rôles et activités que les parents mettent en œuvre pour répondre aux besoins de leur enfant et favoriser son développement (Houzel, 2002). Deater-Deckard (1998) décrit la parentalité comme un processus dynamique, qui s'adapte continuellement en fonction des caractéristiques propres de l'enfant, des ressources familiales disponibles et de l'environnement social et institutionnel dans lequel la famille évolue.

Ainsi, Ochoa-Torres & Lelong (2002) donnent différentes fonctions des parents selon la société dans laquelle ils vivent, mais aussi leur personnalité. Pour commencer, les parents ont une fonction « d'apaisement », c'est-à-dire la satisfaction des besoins biologiques de l'enfant tels que la faim, la chaleur, le contact, la propreté, notamment dans la période qui suit la naissance. Ensuite, la fonction « sécurisante » correspondant à l'adaptation de l'enfant au style émotionnel et aux pratiques des parents. Les parents vont aussi s'adapter à l'enfant et apprennent à repérer les moindres signes afin d'arriver à une « symbiose affective entre l'enfant et ses parents ». Par exemple, si les parents sont calmes et détendus, l'enfant ressent cette sécurité et reste lui-même calme.

Puis, la fonction « stimulante » correspond à toutes les stimulations possibles réalisés par les parents par leurs actes mais aussi par leur manière d'être, de parler, et leurs expressions faciales, par exemple. De plus, la fonction de « transmission transgénérationnelle des valeurs », définit le fait qu'un système culturel d'une famille se transmette d'une génération à une autre. Pour finir, la fonction « socialisante » fait partie des fonctions les plus importantes. Elle permet à l'enfant de se soumettre progressivement à certaines règles, et en acceptant les exigences des autres. En effet, c'est à l'intérieur de ce premier cercle social que l'enfant apprend à communiquer et à se sociabiliser.

Par ailleurs, les parents ont aussi pour rôle d'assurer les soins, le développement psychosocial et l'éducation de leur enfant, de manière positive et active, tout en assumant ses fonctions d'adulte, tels que la gestion du quotidien, du logement, des tâches administratives, du travail, et l'évolution dans une vie sociale et affective (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020).

Les nombreux rôles et fonctions décrits sont argumentés par le groupement national centre ressource autisme (s. d.). En effet, il y existe une balance entre ressources et facteurs de stress qui peut parfois se déséquilibrer, puis entraîner de la fatigue voire un épuisement (Groupement National centre ressource autisme, s. d.). Ces différentes fonctions parentales montrent que le rôle de parent n'est pas uniquement éducatif mais également émotionnel, social et organisationnel. Ces éléments montrent la complexité de la parentalité et le risque d'épuisement que le parent peut ressentir lorsqu'il y a un déséquilibre entre ressources et contraintes.

Une différence de rôle parental a été mise en évidence par la littérature lorsque le développement de l'enfant est typique ou atypique. En effet, pour un enfant avec un développement typique, le rôle parental s'inscrit dans des routines et des attentes développementales standardisées, ce qui facilite l'anticipation des besoins de l'enfant et un ajustement des pratiques éducatives (Ventola et al., 2017). En revanche, pour un enfant dont le développement est atypique, les pratiques parentales sont souvent marquées par un contrôle accru, en lien avec un stress parental plus élevé, une anxiété majorée, et un impact sur la qualité de vie (Dijkstra-de Neijis et al., 2024; Du et al., 2024). Ainsi, l'adaptation constante aux besoins de l'enfant met en évidence une adaptation nécessaire dans la parentalité et dans la vulnérabilité des parents face au stress prolongé.

2.2 Les spécificités du rôle de parent avant le diagnostic de TSA de l'enfant

Les parents font partie des « aidants » de l'enfant avec un TSA, selon Van Niekerk et al. (2023). Ainsi l'étude de Van Niekerk et al. (2023) montre que les aidants d'enfant atteints de TSA présentent un risque accru de développer des troubles psychiatriques, notamment la dépression et l'anxiété. En effet, les parents ont rapporté dans cette étude un niveau de stress élevé, lié à « la gestion des soins de l'enfant et aux responsabilités professionnelles et familiales ». Ces spécificités émotionnelles importantes influencent leur quotidien et l'organisation familiale, avec d'autres difficultés telles que physiques et financières, avec toutefois des variations selon les situations individuelles (Van Niekerk et al., 2023).

Cependant, un réajustement de la littérature a été fait grâce aux entretiens exploratoires sur le vécu des parents avant que le diagnostic ne soit posé. En effet, les parents des entretiens exploratoires confirment ces données en mentionnant un niveau élevé de stress et de fatigue, lié notamment aux pleurs fréquents de l'enfant, et aux besoins d'adaptations au quotidien. Pour eux, les adaptations sont nécessaires pour anticiper les pleurs, les transitions et prévenir les

réactions face aux changements. Cette situation engendre de nombreuses remises en question quant à leur rôle parental, avec un sentiment d'être perdus et de ne pas comprendre leur enfant.

De plus, de nombreuses contraintes organisationnelles sont mises en évidence, liées au grand nombre de rendez-vous médicaux et paramédicaux, qui ont entraîné des réaménagements de temps professionnels et une réorganisation importante du quotidien familial. Par ailleurs, une forme de tristesse est exprimée par le manque de moments partagés et le sentiment d'une relation altérée entre l'enfant et le parent. Au moment de l'annonce du diagnostic, les réactions sont variées, entre incrédibilité, minimisation, confusion, doute et frustration, liées à un manque d'informations préalables sur le trouble. En effet, dès l'identification des signes d'alerte, les parents ont exprimé des interrogations quant au développement de leur enfant sans avoir d'informations claires sur le trouble.

2.3 Le questionnement parental face aux premiers signes d'alerte

Les entretiens exploratoires montrent en effet un processus progressif de questionnement du rôle parental, qui émerge avant même la confirmation diagnostique. Ce questionnement ne naît pas immédiatement d'une suspicion d'autisme, mais d'un décalage ressenti entre les attentes développementales et les comportements observés chez l'enfant.

Les éléments alertant les parents sont variés, mais les données recueillies dans les entretiens exploratoires seront prises comme exemple. Ainsi, ils concernent un besoin important d'être contenu physiquement, des pleurs fréquents, des difficultés lors des changements d'habitudes. Toutefois, les parents sont amenés à comparer leur enfant à ceux du même âge, et c'est souvent à travers ce regard comparatif que les premiers questionnements émergent.

Ce processus montre que le questionnement sur le rôle parental précède le diagnostic. En effet, les parents cherchent d'abord à comprendre ce qui « ne fonctionne pas » dans la relation, et ce qui est différent des autres enfants, avant d'envisager l'hypothèse d'un trouble du neurodéveloppement. Cette phase est marquée par une tension entre intuition parentale, comparaison sociale et discours des professionnels. Elle constitue donc un moment charnière, durant lequel les parents sont entre adaptation spontanée, remise en question personnelle et recherche d'explications.

2.4 Les besoins des parents avant le diagnostic de leur enfant

Les parents interrogés ont identifié des besoins qu'ils auraient aimé avoir avant que le diagnostic ne soit posé. Ceux-ci ont été classés en deux parties, une portant sur les besoins par rapport aux soignants et l'autre sur les besoins par rapport à leur enfant.

Figure 1 : Les besoins des parents avant le diagnostic de leur enfant

SOIGNANT	ENFANT
- « Informations fiables, claires et accessibles sur ce qu'est l'autisme ». - « Accompagnement structuré des parents avant et après le diagnostic pour adapter les attitudes éducatives et le quotidien familial ». - « Soignant coordinateur entre les différents intervenants pour se décharger de cette fonction ».	- « Comprendre leur enfant pour répondre à leurs besoins ». - « Partager des moments avec l'enfant comme tous les autres parents ».

Les besoins identifiés par les parents montrent que l'accompagnement ne peut se limiter à l'enfant, mais doit inclure le soutien des parents, tant sur le plan informatif qu'émotionnel, afin de renforcer leur capacité à répondre efficacement aux défis du quotidien. Toutefois, ces besoins suggèrent qu'un diagnostic tardif ou un accompagnement insuffisant peut accentuer le stress parental et compromettre le développement de la relation parent-enfant.

Ainsi, la recherche s'intéressera aux besoins des parents en lien avec leur enfant, car ceux-ci reflètent directement les difficultés vécues au quotidien, notamment pour comprendre les comportements de l'enfant pour répondre à ses besoins et maintenir une relation parent-enfant satisfaisante durant la période précédant le diagnostic. Afin d'analyser ces interactions et leur rôle dans le développement de l'enfant, il est pertinent de mobiliser le concept de co-occupation (Pierce, 2009).

3. La co-occupation parent-enfant

Ainsi, avant d'aborder l'intervention ergothérapique, il apparaît nécessaire de définir le concept de co-occupation, issu des sciences occupationnelles, afin de comprendre les interactions parent-enfant et leurs spécificités dans le contexte du parcours précoce d'un enfant ayant une suspicion de TSA.

3.1 La définition de l'occupation

L'appréhension de l'occupation nécessite dans un premier temps d'en poser une définition consensuelle et globale. À ce titre, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE, 2002) la caractérise comme « 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 ». Cette approche met en évidence une dualité fondamentale entre le vécu propre de la personne et les représentations sociétales. Pour expliquer cette distinction, Pierce (2001) propose deux niveaux de définition complémentaires, séparant conceptuellement l'occupation de l'activité.

D'une part, l'occupation est envisagée sous le prisme de l'expérience singulière : « Une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. [...] est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio- culturelles perçues [...]. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues » [traduction libre] (Pierce, 2001).

D'autre part, l'activité s'en détache par sa nature abstraite et collective, définie comme : « une idée véhiculée dans l'esprit des gens et dans leur langage culturel partagé. Une activité est définie culturellement et est une classe générale d'actions humaines. [...] Une activité n'est pas vécue par une personne donnée, [...] et n'est pas située dans un contexte pleinement existant , temporel, spatial et socio-culturel » [traduction libre] (Pierce, 2001).

Par cette distinction, Pierce démontre que si l'activité préexiste culturellement, elle ne devient une occupation que lorsqu'elle est investie et incarnée par un individu dans un espace-temps donné.

Afin de structurer ce concept et d'analyser concrètement la manière dont l'être humain s'engage dans son quotidien, des modèles théoriques permettent de classer ces expériences. C'est notamment le cas du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (CMOP-E), qui propose de structurer l'univers occupationnel en trois grandes catégories interdépendantes (Polatajko et al., 2007). Selon les conceptualisations de ce modèle, relayée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2019), l'occupation s'organise ainsi autour des soins personnels, des loisirs, et des activités productives.

3.2 Les occupations des enfants jusqu'à 5 ans

Les occupations vont être illustrées pour les enfants avant 5 ans, en prenant en compte que le diagnostic est généralement posé entre 3 et 5 ans, un âge subjectif de 5 ans est choisi. L'occupation à cet âge est rarement totalement autonome. Ainsi, les occupations d'un enfant de 0 à 5 ans sont très différentes car elles évoluent en grandissant en rapport avec son développement. Une illustration des occupations va être effectuée de manière exhaustive pour les enfants, définie par le thème de « répertoire occupationnel » (Tanneau, & Bidal, 2021).

À cet âge, les soins personnels peuvent être l'alimentation, les activités quotidiennes d'hygiène, s'habiller, et le sommeil (Tanneau & Bidal, 2021).

Par ailleurs, le jeu est la principale occupation de loisirs, qui dès la naissance, permet à l'enfant de se construire tout au long de sa vie, à la fois socialement, physiquement, psychologiquement, cognitivement (flexibilité mentale, mémorisation, inhibition), et émotionnellement (Beaulieu & Beno, 2024; Chang et al., 2024). En effet, le jeu est une activité libre, spontanée et intrinsèquement motivée, contribuant au plaisir, au bien-être et à l'épanouissement de l'enfant (Ginsburg et al., 2007). Il commence par l'exploration de son environnement proche, puis petit à petit devient plus lointain. Grâce au jeu, l'enfant développe son autonomie, son identité et ses capacités d'adaptation (Majnemer, 2009) en agissant sur les capacités de déplacement, d'observation, de manipulation, et stimule ses sens (Pierce, 2003).

Puis, Tanneau et Bidal (2021) définissent les occupations productives à cet âge comme étant la communication, les tâches ménagères, et les occupations préscolaires. En effet, ses activités sont souvent réalisées par imitation où l'enfant reproduit ce que leur entourage fait. Cette façon d'apprentissage permet d'enrichir, de renforcer les compétences de l'enfant à travers les activités qui ont du sens pour eux.

Selon Rodger et Kennedy-Behr (2017), les occupations de l'enfant sont co-construites avec son entourage, notamment avec ses parents. Le contexte culturel et sociétal conditionne le répertoire occupationnel des enfants. En effet, l'alimentation, les activités quotidiennes d'hygiène, et le jeu sont des occupations pouvant être réalisés en co-occupation avec les parents (Tanneau & Bidal, 2021).

3.3 La définition de la co-occupation

Ainsi, la co-occupation désigne l'engagement partagé entre deux personnes ou plus, où chacun influence et s'ajuste aux actions de l'autre (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009). Ce processus dynamique intègre différentes dimensions partagées, afin de contribuer à un engagement partagé, tels que :

- La physicalité qui est un engagement moteur réciproque,
- L'émotivité, une réponse émotionnelle mutuelle,
- L'intentionnalité, une compréhension commune des objectifs et des rôles dans l'activité.

(Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009).

Chez les enfants, la co-occupation s'observe dans les interactions quotidiennes avec les parents, où chaque geste, regard ou émotion contribue à la réussite conjointe de l'activité à travers le jeu (Pierce & Marshall, 2004).

3.4 L'apport de la co-occupation chez un enfant

Dès la petite enfance, la co-occupation constitue un support central du développement. Les occupations quotidiennes ne sont pas seulement des moments fonctionnels, mais elles représentent aussi des espaces facilitant les apprentissages par imitation, ou essai-erreurs et de construction du lien. À travers ces expériences partagées, l'enfant développe progressivement ses compétences motrices, cognitives, sociales et émotionnelles (Clark & Kingsley, 2020). Le jeu partagé, en particulier, soutient le développement de la communication, de l'attention conjointe et de la compréhension des intentions d'autrui. En s'engageant avec son parent, l'enfant apprend à attendre son tour, à ajuster son comportement, à interpréter les expressions faciales et à partager un centre d'intérêt commun (Toth et al., 2006). Cet engagement progressif dans des occupations significatives participe au développement occupationnel de l'enfant (Davis, A., & Polatajko, H.J., 2006).

Ces expériences ont également des conséquences sur le parent. Les moments de réussite dans l'interactions renforcent le sentiment d'efficacité parentale, la confiance dans le rôle de parent et l'engagement parental dans le jeu partagé (Morozini, 2015). Le plaisir partagé dans l'activité contribue à consolider le lien affectif et à donner du sens au quotidien familial. Ainsi, la co-occupation soutient un processus bidirectionnel : elle favorise à la fois le développement de l'enfant tout en renforçant l'engagement et la sécurité du parent dans son rôle.

3.5 Les limitations de la co-occupation avec un enfant en suspicion de TSA

Dans un contexte de suspicion de TSA, cette dynamique peut être fragilisée. Les particularités interactionnelles et comportementales décrites précédemment influencent directement la manière dont les occupations partagées se déroulent.

En effet, les entretiens exploratoires montrent que le jeu partagé est souvent limité avant le diagnostic. Dans le premier entretien, la mère évoque des difficultés importantes à instaurer des moments de lecture ou de jeu, l'enfant ne maintenant pas son attention et refusant certaines interactions. Les moments partagés autour du jeu étaient fréquemment courts et interrompus par des pleurs et un besoin de réconfort. Dans le second entretien, l'enfant jouait principalement seul, notamment en faisant tourner les roues des voitures de manière répétitive, sans rechercher la participation de l'adulte. En effet, chez les enfants présentant un TSA, le jeu se distingue par une prédominance du jeu solitaire et répétitif, une utilisation limitée du jeu symbolique ainsi que des difficultés à partager des scénarios imaginaires, ce qui peut restreindre les interactions sociales et les apprentissages (Crocq et al., 2015; Organisation mondiale de la santé, 2009).

Les parents expliquaient que l'activité partagée ne pouvait émerger que lorsque l'initiative venait de l'enfant, les tentatives d'interaction étant parfois rejetées. Ces situations modifient la qualité des occupations quotidiennes. Le parent doit ajuster en permanence ses propositions, anticiper les réactions et composer avec une réciprocité parfois limitée.

Ainsi, la co-occupation peut perdre sa dimension spontanée et sécurisante pour devenir un espace d'effort et d'incertitude. Cette transformation participe au vécu de doute et de remise en question des parents. Comprendre ces limitations permet de mieux saisir comment les particularités développementales de l'enfant influencent concrètement le quotidien familial. Cela met également en évidence l'intérêt d'un accompagnement visant non seulement les compétences de l'enfant, mais aussi la qualité des interactions parent-enfant dans leurs occupations partagées.

La co-occupation constitue donc un espace fondamental du développement du jeune enfant. Toutefois, ses limitations dans un contexte de suspicion de TSA appellent un accompagnement spécialisé. L'ergothérapie, dont l'occupation est à la fois le médium et l'objectif thérapeutique, apparaît comme une discipline adaptée.

4. L'intervention ergothérapique en contexte pédiatrique

4.1 La définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est définie dans l'arrêté du 5 juillet 2010 comme une profession de la santé visant à promouvoir l'autonomie individuelle en soutenant l'indépendance dans les activités quotidiennes. Selon la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (2026), elle vise à garantir la santé et le bien-être par l'engagement dans des occupations significatives. Elle s'appuie sur l'analyse de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement, influençant la participation de la personne (Townsend & Polatajko, 2013).

Ainsi, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002) définit l'occupation comme l'objet d'expertise et le médium thérapeutique de l'ergothérapie. De plus, Fisher (2013a) la nomme à la fois comme l'agent thérapeutique de l'ergothérapeute et comme l'objectif de l'intervention. Elle distingue notamment l'approche de l'ergothérapeute « axé », « centré » ou « basé » sur l'occupation (Fisher, 2013). En effet, un ergothérapeute « centré » sur l'occupation renvoie à une perspective professionnelle où l'occupation constitue le cœur du raisonnement ergothérapique. Être « basé » sur l'occupation concerne les méthodes utilisées, lorsque la personne est engagée concrètement dans une occupation à des fins d'évaluation ou d'intervention. Enfin, être « axé » sur l'occupation signifie que l'occupation constitue le centre d'attention proximal et immédiat de l'intervention, visant directement l'amélioration de la performance occupationnelle, plutôt que de travailler d'abord sur des fonctions sous-jacentes telles que les fonctions corporelles, ou l'environnement. C'est dans cette logique que s'inscrit l'approche centrée sur l'occupation, consistant à ancrer l'ensemble du processus ergothérapique dans une perspective occupationnelle cohérente (Fisher, 2013).

Dans cette perspective, l'ergothérapie pédiatrique vise à soutenir le développement, le bien-être et la participation des enfants, en favorisant leur implication dans des activités significatives, qui ont du sens pour lui, en tenant compte de l'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement (Townsend & Polatajko, 2013).

Chez les enfants présentant un TSA, l'ergothérapeute intervient pour soutenir les habiletés fonctionnelles, la communication, les compétences sociales et la régulation émotionnelle, tout en encourageant la participation aux routines et activités quotidiennes dans une optique inclusive (Tomchek & Koenig, 2016). L'ancrage dans les occupations réelles et le travail interdisciplinaire confèrent à l'ergothérapie un rôle spécifique dans le bien-être de l'enfant et

de sa famille (Rossini-Drecq & Tétreault, 2020). L'engagement ludique partagé avec le parent constitue un axe prioritaire d'intervention car il est étroitement lié aux apprentissages, à la participation sociale, au bien-être global de l'enfant, et nécessite des interventions respectueuses du rôle parental pour renforcer le lien parent-enfant (Ray-Kaeser & Lynch, 2016).

Enfin, l'ergothérapeute appuie son raisonnement clinique sur des modèles conceptuels et sur les valeurs de la profession (Morel-Bracq, 2017). En effet, un modèle conceptuel en ergothérapie est une représentation abstraite combinant idées théoriques, principes philosophiques, méthodologies de recherche et applications pratiques pour une compréhension globale d'un sujet ou d'un domaine de santé (Morel-Bracq, 2017).

4.2 Le modèle ludique de Ferland

Le modèle ludique de Ferland est un modèle conceptuel développé en 2003 par Francine Ferland, ergothérapeute québécoise, pour guider l'intervention par le jeu chez l'enfant. Les objectifs de ce modèle sont de favoriser l'engagement et la motivation de l'enfant, de stimuler ses compétences globales via le jeu (motricité, communication, régulation émotionnelle) et offrir un cadre cohérent pour l'intervention en ergothérapie avec des enfants.

Le schéma (Annexe 2) modélisant le modèle permet de l'expliquer plus concrètement. En effet, au centre est inscrit « le jeu », qui est le point central de tout processus de soin dans ce modèle. Autour de ce concept interagissent 3 autres éléments permettant de définir le jeu : l'attitude, l'action et l'intérêt. Selon Ferland (2003), l'intérêt est ce qui « attire l'enfant vers l'activité », l'attitude est la « disposition de l'enfant à participer, sa motivation et son engagement », puis l'action est ce que l'enfant « fait concrètement, ses gestes et comportement à travers le jeu ». Ainsi, les flèches permettent de dire que les 4 concepts interagissent étroitement les uns avec les autres, engendrant une influence mutuelle. En effet, l'intérêt stimule l'action, l'action renforce l'attitude et le plaisir, et l'attitude suscite davantage d'intérêt par le jeu (Ferland, 2003).

Par ailleurs, le jeu stimule plusieurs aspects de l'enfant, favorisant ses capacités d'adaptation, ses interactions avec les autres ainsi que son autonomie. Lorsqu'un enfant joue, il explore son environnement et ressent un sentiment de maîtrise, car c'est lui qui décide du début à la fin, devenant ainsi acteur de son jeu. L'enfant est amené à imaginer et créer tout en prenant du plaisir. En effet, Ferland (2003) souligne que l'émergence du plaisir lié à l'action et le développement de la capacité d'agir chez l'enfant le conduisent vers l'autonomie et un sentiment de bien-être. Ce plaisir contribue à maintenir une sensation agréable, stimule l'intérêt et

développe donc la capacité d'agir chez l'enfant (Ferland, 2012). Francine Ferland distingue deux types de jeu. Il y a le jeu spontané, qui est libre et non dirigé, et le jeu thérapeutique qui se caractérise par une intention thérapeutique de la part du soignant, tout en respectant les dynamiques propres au jeu.

Chez les enfants avec TSA, le jeu vise à soutenir le développement cognitif, social et émotionnel en s'appuyant sur les intérêts et compétences déjà acquis, favorisant l'engagement et la participation de l'enfant. Il permet notamment le développement des compétences sociales et communicatives, comme l'imitation, et la réciprocité dans les interactions, souvent fragiles chez ces enfants (Kasari et al., 2006). Ce modèle offre un apprentissage naturel et motivant, respectueux du rythme de l'enfant (Rossini-Drecq & Tétéault, 2020).

4.3 La pratique centrée sur la famille

Dans une perspective occupationnelle, Rodger et Keen (2017) insistent sur le fait qu'en pédiatrie, le client est à la fois l'enfant et les parents. Les services centrés sur la famille reposent sur une collaboration authentique, la reconnaissance de l'expertise parentale et la prise de décision partagée. L'élaboration d'objectifs significatifs et coconstruits, dans un climat de confiance et de respect mutuel, constitue une condition essentielle du partenariat thérapeutique (Rodger & Keen, 2017). En effet, le partenariat avec les parents et la famille permet de prendre en compte le milieu de vie naturel de l'enfant, qui constitue l'environnement principal sur lequel l'ergothérapeute peut intervenir.

C'est en 1988, que Dunst et al. introduisent cette approche en mettant en avant le processus d'empowerment, invitant les familles à s'approprier l'action et à devenir actrices des décisions qui concernent leur enfant. Dans cette continuité, Rosenbaum et al. (1998) confirment que « l'unité familiale doit être la cible de l'intervention ; que la diversité des parents et des structures familiales doit être reconnue ; que les services doivent être flexibles et répondre aux besoins, préoccupations et priorités familiales ».

Les effets de cette approche ont été mis en évidence par (Dunst et al., 2007), qui montrent qu'elle favorise chez les parents un sentiment de contrôle, de compétence et de confiance dans leurs interactions avec leur enfant. En effet, en impliquant les parents dans le processus de soin de l'enfant, cela renforce leur sentiment de compétence. Le sentiment de compétence parentale (SCP), cité par Bernadat & Wendland (2021) varie en fonction du degré de satisfaction ou de difficultés que le parent ressent lorsqu'il exerce son rôle avec son enfant. Cette dynamique

d'engagement est approfondi par Phoenix et al. (2020) qui décrivent la participation parentale comme un processus multidimensionnel influencé par des facteurs logistiques, émotionnels, relationnels et organisationnels. Leur modélisation souligne que l'engagement des parents ne dépend pas uniquement de leur motivation individuelle, mais d'une interaction complexe entre leurs ressources, la qualité de la relation avec le thérapeute et le cadre institutionnel. Ainsi, l'ergothérapeute a un rôle central dans la création de conditions favorables à cette participation.

Enfin, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2026), réaffirment l'importance du soutien et de la formation des parents, en reconnaissant leur expertise d'usage. Ces dispositifs peuvent prendre la forme de guidance, de psychoéducation, d'éducation thérapeutique, de groupes de soutien ou de pair-aidance. Dans notre recherche, un intérêt particulier est porté à la guidance parentale utilisée en ergothérapie.

4.4 La guidance parentale

La guidance parentale est une approche d'accompagnement des familles d'enfant présentant un TSA ou d'autres troubles du neurodéveloppement. Recommandée par la HAS et par des groupes d'experts internationaux, elle vise à aider les parents à mieux comprendre leur enfant, savoir comment soutenir son développement, et améliorer la vie familiale en leur donnant un ensemble de conseils, d'information et d'outils (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2025). Elle contribue généralement à préparer l'entrée à l'école et à faciliter les activités quotidiennes.

La guidance parentale peut être proposée dès l'apparition des premières difficultés, dès la naissance ou dans les premières semaines de vie. Les professionnels de première ligne (médecin généraliste, PMI) ou de deuxième ligne (CMP, CMPP, CAMSP, réseaux de professionnels libéraux) peuvent réaliser cette guidance. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (2026) informe que les PCO peuvent aider à organiser les guidances parentales avec des professionnels.

La mise en place de la guidance repose sur l'observation conjointe de l'enfant par les professionnels et les parents, en s'appuyant sur des repères de trajectoire développementale et sur un examen clinique complet.

Ainsi, le ministère des Solidarités et de la Santé (2025) informe que plusieurs programmes existent pour les enfants atteints de TSA, mais nécessite une formation pour être utilisé.

Il y a le Parent Early Start Denver Model (PESDM) pour les enfants de 1 à 4 ans, consistant pour le professionnel à observer les interactions parent-enfant et prodiguer des conseils.

Ensuite, il y a le Pediatric Autism Communication Therapy (PACT) qui utilise la vidéo pour analyser les interactions à domicile, ; les parents visionnent ensuite les enregistrements avec le professionnel afin de recevoir des recommandations ciblées.

Puis le Research Units in Behavioral Intervention (RUBI), propose une guidance parentale individuelle et en groupe, basée sur des exercices concrets à réaliser par les parents.

Cependant, les ergothérapeutes, par leur approche occupationnelle, sont particulièrement bien placés pour utiliser la guidance parentale sans utiliser un programme spécifique et soutenir les familles dans leur rôle. En effet, la guidance parentale réalisée en ergothérapie se distingue par son encrage écologique et occupationnel, visant la participation effective de l'enfant dans ses environnements naturels. En agissant simultanément sur l'activité et l'environnement, elle permet des ajustements concrets et immédiatement transférables au domicile (Law et al., 1996; The American Journal of Occupational Therapy, 2020). De plus, l'ergothérapeute possède une compétence d'analyse d'activité, référencée dans le diplôme d'État (SIFEF, s. d.), permettant aux ergothérapeutes de « déterminer le potentiel thérapeutique ou la valeur d'une activité et de sélectionner et aménager l'activité pour traiter une incapacité ou une limitation fonctionnelle » [traduction libre] (Watson & Wilson, 2003).

L'ergothérapie favorise donc le développement et la participation de l'enfant, en soutenant l'engagement de l'enfant et le partenariat avec la famille. Cependant la littérature ne montre pas que ce rôle favoriserait les situations de co-occupations entre parent et enfant avec une suspicion de TSA, dans le cadre de l'intervention précoce.

II. La problématisation

La question de départ traite de l'accompagnement ergothérapique de la co-occupation entre parents et enfants présentant des signes de TSA, notamment par le jeu. La littérature et les entretiens exploratoires ont permis d'établir un cadre conceptuel, afin de développer les termes de co-occupation, de jeu ainsi que les conséquences sur la parentalité. En définissant ces termes, d'autres notions apparaissent telles que l'intervention précoce et la guidance parentale, qui semblent essentielles pour le sujet.

Tout d'abord, rappelons que le Trouble du Spectre Autistique (TSA) se caractérise par des difficultés dans la communication et les interactions sociales, accompagnées de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs (Crocq et al., 2015). Puis, de la détection des premiers signes jusqu'à l'établissement du diagnostic, une longue période d'évaluation par plusieurs professionnels doit être réalisée, afin de confirmer ou non la présence d'un TSA (Haute Autorité de Santé, 2018a). Face à ces enjeux, l'intervention précoce apparaît comme cruciale, notamment en lien avec la plasticité cérébrale de l'enfant (Bonnet-Brilhault, 2019). Cette intervention précoce permet en effet de réduire le délai entre les premiers signaux d'alerte et la mise en place d'un accompagnement adapté (Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2019). Dans ce contexte de suspicion, de nombreux professionnels se coordonnent pour agir efficacement auprès de l'enfant et offrir un suivi global et structuré, notamment via la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) (Maison de l'autisme, s. d.).

Cependant, cette période ne concerne pas uniquement l'enfant, mais aussi les parents qui jouent un rôle central dans le développement de leur enfant. Ces derniers doivent aussi faire face à de nombreuses difficultés, telles qu'un stress accru, une adaptation constante aux besoins spécifiques, ainsi que des incertitudes liées au diagnostic et à leurs compétences parentales (Dijkstra-de Neijs et al., 2024; Du et al., 2024). Les entretiens exploratoires réalisés mettent en lumière des besoins importants durant cette période, notamment en ce qui concerne la compréhension de leur enfant et le partage de moments significatifs avec lui.

Or, ces moments de partage constituent un élément fondamental du développement de l'enfant, nommé par la littérature sous le terme de co-occupation. Celle-ci est définie comme un engagement partagé entre plusieurs personnes, où chacun influence et ajuste ses actions à celle

de l'autre (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009; Pierce, 2009). Chez le jeune enfant, le jeu représente l'occupation principale et un support privilégié des interactions. Il favorise à la fois les apprentissages et la construction du lien parent-enfant (Clark & Kingsley, 2020). Toutefois, chez les enfants présentant un TSA, le jeu est souvent marqué par des particularités telles qu'une tendance au jeu solitaire, des difficultés dans le jeu symbolique et dans le partage des scénarios imaginaires (Crocq et al., 2015; Organisation mondiale de la santé, 2009). Ces spécificités viennent limiter les interactions et rendent plus complexe les situations de co-occupation avec les parents.

Cela souligne alors l'importance d'un accompagnement ciblé, non seulement sur les compétences de l'enfant, mais aussi sur les parents (Rodger & Keen, 2017). Dans ce contexte, l'ergothérapie apparaît comme une discipline pertinente. En effet, elle vise à soutenir la participation de l'enfant à travers des activités significatives, en tenant compte de l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations (Townsend & Polatajko, 2013). Plus spécifiquement, certaines approches semblent particulièrement adaptées à la problématique. Le modèle ludique de Ferland, par exemple, met le jeu au cœur de l'intervention, en favorisant le plaisir et l'engagement de l'enfant (Ferland, 2003). Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (2026) insiste sur les pratiques centrées sur la famille avec notamment la guidance parentale qui consiste à transmettre aux parents des conseils, des informations et des outils adaptés pour gérer au mieux le quotidien avec leur enfant.

Ainsi, à travers cette conceptualisation, une problématique de recherche est ressortie :

Comment l'ergothérapeute favorise les situations de co-occupation entre le parent et l'enfant présentant une suspicion de trouble du spectre autistique, dans le cadre de l'intervention précoce ?

Pour répondre à cette question, deux hypothèses de recherche ont été formulées :

Hypothèse 1 : L'utilisation du modèle ludique de Ferland en intervention précoce, permet à l'ergothérapeute d'accompagner l'enfant présentant une suspicion de TSA dans le partage d'occupation avec les parents.

Cette hypothèse sera examinée à travers plusieurs indicateurs :

- L'engagement de l'enfant dans le jeu partagé
- La qualité des interactions
- La participation motrice et émotionnelle
- Le plaisir manifesté lors des activités communes.

Hypothèse 2 : La guidance parentale proposée par un ergothérapeute permet au parent de mieux comprendre son enfant, facilitant ainsi les situations de co-occupation avant le diagnostic.

Cette hypothèse sera étudiée à travers les indicateurs suivants :

- Le sentiment de compétence parentale
- La compréhension des besoins et comportements de l'enfant
- La mise en place d'adaptations favorisant l'engagement
- La qualité émotionnelle des moments partagés.

Afin de traiter ces hypothèses, les données théoriques et conceptuelles vont être confrontées aux données empiriques. Pour cela, un dispositif méthodologique est établi.

III. Dispositif méthodologique

Dans cette partie, une explication et une justification du dispositif méthodologique propre à la recherche sont réalisées selon les choix du chercheur. Ainsi, l'emploi du « je » méthodologique, conceptualisé par De Sardan (2000), sera utilisé. Cela est nécessaire afin de montrer que « la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale, jouent un grand rôle » (De Sardan, 2000).

Tout d'abord, définir une méthodologie apparaît essentiel afin de mettre en avant son importance dans une démarche scientifique, notamment dans une recherche en sciences sociales. Ainsi, une méthode a été définie par De Mourat et al. (2015), comme étant un « ensemble de règles et de démarches adoptées pour conduire une recherche, si importante dans l'histoire de la structuration des disciplines scientifiques ». La méthodologie correspond donc à un cadre assez général de réflexion qui guide la recherche. Tandis que la méthode désigne plutôt les actions concrètes mises en œuvre pour la réaliser.

1. L'utilisation de la méthode qualitative

Il existe deux types de méthode de recherche : qualitative et quantitative. J'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative, car elle vise à comprendre les expériences personnelles des individus interrogés et à expliquer les phénomènes sociaux (Kohn & Christiaens, 2014). Par ailleurs, Coron (2020) définit l'approche qualitative par « l'analyse de matériau généralement non structuré (texte, discours) sur un faible nombre d'individus (en général inférieur à 100) ». Celle-ci est utilisée pour comprendre en profondeur une situation donnée, tout en recueillant des perceptions complexes (Coron, 2020).

En effet, pour cette recherche portant sur l'accompagnement précoce en ergothérapie, et la co-occupation parents-enfants ayant une suspicion de TSA, cette méthode est pertinente. Elle facilite l'analyse de ces phénomènes sociaux et la façon dont les acteurs, ici les ergothérapeutes, agissent (Dumez, 2013). Elle offre également une meilleure compréhension de la réalité du terrain grâce au recueil de leurs paroles et de leurs ressentis.

Ainsi, la démarche que j'ai choisie d'adopter est appelée « compréhensive », puisqu'elle permet de comprendre le sens que les ergothérapeutes donnent à leurs actions et leurs expériences (Gonthier, 2004).

Dans cette recherche, l'ergothérapeute pourra expliquer clairement son ressenti face à l'intervention précoce tout en indiquant leur objectif. La méthode qualitative pourra aussi

permettre à l'ergothérapeute de s'exprimer librement sur le modèle ludique de Ferland et la guidance parentale afin de confirmer ou non les hypothèses.

2. L'utilisation de l'approche hypothético-déductive

À la suite du choix de la méthode qualitative, il est essentiel de définir l'approche utilisée. Dans la littérature, on distingue deux approches principales, l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive.

L'approche que j'ai choisie d'utiliser afin de mener ce sujet de recherche est hypothético-déductive. Selon Boyer (2009), cette approche correspond à « l'énonciation formalisée d'un certain nombre de postulats qui sont expérimentalement mis à l'épreuve ». Les « postulats » cités désignent les hypothèses construites à partir duquel un travail de recherche de données théorique a été effectué.

Par ailleurs, cette approche contient plusieurs étapes (Quemin et al., 1999), que j'ai choisi d'approprié à ma recherche. Pour commencer, il faut élaborer un cadre conceptuel, basé sur des preuves littéraires scientifiques fiables. La littérature est utile pour développer les concepts théoriques et établir des liens entre eux, pour en dégager une question de recherche. Des hypothèses de recherche sont ensuite formulées. L'étape suivante consiste à construire le dispositif méthodologique, qui regroupe le choix de la méthode, de l'approche, ainsi que les techniques et les outils utilisés. Ensuite, une enquête de terrain est menée pour récolter les données empiriques auprès de la population ciblée. Enfin, les données recueillies sont analysées et interprétées en les confrontant aux données théoriques. Cette dernière étape permet de valider ou réfuter les hypothèses initialement formulées. La discussion ainsi que la conclusion terminent cette initiation à la démarche de recherche sous cette approche hypothético-déductive.

3. La population de recherche

3.1 Population des entretiens exploratoires

Une enquête exploratoire a tout d'abord été réalisée pour agrémenter le cadre conceptuel, auprès de parents d'enfant TSA, afin d'avoir des témoignages sur leur vécu ainsi que leurs besoins durant la période de suspicion. Deux entretiens exploratoires ont été réalisés avec un formulaire de consentement (annexe 3) signé auprès de 2 parents. D'une part, une maman a été contactée grâce à Madame Lepiller (maître de mémoire) qui a transmis les coordonnées. D'autre part, afin de comparer les informations, un message a été envoyé au CRA Normandie qui a transmis ma

demande à tous les parents adhérents. Ainsi, une maman a répondu à ce message montrant sa volonté de participer à cette enquête exploratoire.

3.2 Population pour l'enquête de terrain

Puis, pour valider ou non les hypothèses, il est important d'extraire un groupe d'individus précis de la population globale. Ce groupe d'individus doit répondre à certaines caractéristiques précises afin de constituer un groupe représentatif, appelé échantillon. En effet, Caumont (2016) définit un échantillon comme « un sous-ensemble d'éléments (individus, objets ou situations) extraits d'une population de référence qu'ils sont censés représenter ». Cette opération de sélection est appelée « échantillonnage » (Caumont, 2016). Ainsi, cet échantillon est établi dans cette démarche de recherche par des critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion.

Figure 2 : tableau représentant les critères de recherche

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion	Critères d'exclusion
- Ergothérapeutes Diplômés D'État - Ergothérapeutes exerçant auprès d'enfant de 0 à 6 ans ayant une suspicion de trouble du spectre autistique (TSA) - Intervient dans le cadre de l'intervention précoce en libéral ou en structure. - Avoir accompagné des parents d'enfants TSA	- Ergothérapeutes n'ayant jamais accompagné des enfants ayant des signes de TSA - Ergothérapeutes n'ayant jamais accompagné les parents - Ergothérapeutes n'intervenant pas dans le cadre du parcours précoce. - Refus de signer le formulaire de consentement libre et éclairé	- Personne décédée pendant l'étude - Personne qui souhaite se retirer de l'étude - Personne qui refuse l'exploitation de leurs données

La population ciblée comprend donc des ergothérapeutes diplômés d'État exerçant auprès d'enfants présentant une suspicion de TSA. De plus, les participants doivent intervenir dans le cadre de l'intervention précoce en structure ou en libéral. Enfin, ils doivent avoir accompagné des parents d'enfant avec des suspicions de TSA, permettant d'intégrer la dimension familiale et le rôle des parents dans la prise en charge globale de l'enfant.

La prise de contact s'est principalement réalisée par mail, en ciblant directement des ergothérapeutes, ainsi que par l'intermédiaire de plateformes telles que la PCO ou le Centre Ressource Autisme de Normandie. Une annonce de recherche a été réalisée sur les réseaux sociaux LinkedIn et Facebook (Annexe 4).

4. Les techniques et les outils de recueil de données empiriques

4.1 Le choix de la technique de recueil de données

Pour réaliser une démarche de recherche, plusieurs techniques peuvent être possibles telles que l'observation, les entretiens ou les questionnaires. Ainsi, concernant cette recherche auprès d'ergothérapeutes, j'ai choisi d'utiliser l'entretien. Celui-ci semble plus approprié à la méthode qualitative.

En effet, l'entretien est une technique de recueil de données empiriques très utilisée par le chercheur car il permet de « collecter rapidement des données riches » (Chevalier & Meyer, 2018). Il est aussi défini comme étant « une situation face à face, où l'enquêteur interroge un individu détenant les informations spécifiques » (Demoncey, 2016, p.35). L'entretien permet également d'analyser des discours afin de mieux comprendre les pratiques des individus (Chevalier & Meyer, 2018). Dans le cadre de cette recherche, l'entretien sera mobilisé en phase exploratoire initiale, puis dans la recherche dans le but de confirmer ou de réfuter les hypothèses émises.

Par ailleurs, trois types d'entretiens existent. Il y a le semi directif, le non directif et le directif (Chevalier & Meyer, 2018). Pour cette initiation à la recherche avec une méthode qualitative et une approche hypothético-déductive, j'ai choisi de privilégier l'entretien semi-directif.

En effet, il permet de recueillir des données structurées autour de thématiques définies en amont, tout en laissant aux participants la possibilité de développer librement leurs propos à partir de questions ouvertes. Dans cette étude, cette méthode me apparaît particulièrement adaptée pour explorer les pratiques des ergothérapeutes dans l'accompagnement des situations de co-occupation entre le parent et l'enfant présentant des suspicions de TSA. Elle leur offre aussi l'opportunité de partager leurs expériences cliniques, leurs stratégies d'intervention ainsi que leur perception dans le cadre de l'intervention précoce.

4.2 Le choix de l'outil

Afin de réaliser cette technique, j'ai choisi d'utiliser un guide d'entretien comme outil de collecte de données. Le guide d'entretiens est défini comme « s'utilisant dans le cadre d'entretiens qualitatifs afin de structurer la discussion. Il permet de déterminer un flux logique pour aborder les sujets » (Schwab, 2022). Ainsi, il permet également de recueillir les données empiriques de manière efficace, en déterminant un ordre chronologique des questions formulées en avance. Il aborde l'ensemble des thèmes liés au cadre conceptuel, afin de répondre aux hypothèses. Il a l'avantage pour le chercheur d'être comme une trame, pour ne jamais manquer de questions à poser. Ainsi, même si le guide présente des inconvénients, Sauvayre (2021) établit des avantages à ce guide, tels qu'un gain de rigueur et structure, mais aussi de la sérénité pour l'enquêté et pour l'enquêteur. En effet, le guide a une fonction « rassurante », qui générera plus facilement une relation de confiance entre le chercheur et l'ergothérapeute (Chevalier & Meyer, 2018).

Le guide d'entretien (Annexe 5) est organisé en six colonnes incluant les thèmes, les critères, les indicateurs, les questions principales, les questions de relances et les hypothèses associées.

Les thèmes abordés dans cette recherche sont :

- L'intervention précoce et les objectifs
- La co-occupation
- L'utilisation du modèle ludique de Ferland
- La guidance parentale

Au sein de ce guide, les questions principales sont très ouvertes afin de laisser la personne interrogée s'exprimer librement, tandis que les questions de relance sont plus ciblées pour compléter le discours si certaines informations sont absentes ou peu développées.

Ensuite pour analyser les données empiriques, un guide d'analyse sera réalisé à partir du guide d'entretien. Celui-ci reprend les thèmes avec les indicateurs, et les questions sont remplacées par les réponses de chaque ergothérapeute interrogé. Il permet de réaliser de façon plus organisée l'analyse verticale et horizontale.

5. Éthique de la recherche et objectivité du chercheur

Dans cette recherche, le fait social étudié concerne le rôle de l'ergothérapeute dans la facilitation de la co-occupation entre les parents et leur enfant présentant une suspicion de TSA, dans le cadre d'une intervention précoce. Ce sujet ne place pas le chercheur en position totalement extérieure. En effet, la thématique de cette recherche est née d'une situation vécue en stage en cabinet libéral, lors de laquelle j'ai entendu un père exprimer sa détresse face aux difficultés à jouer avec son enfant de 3 ans. Cette phrase fondatrice « je n'en peux plus de lui, prenez-le, je n'arrive même plus à jouer avec lui, ni à le gérer », a suscité en moi un questionnement profond. Ce point de départ constitue une motivation et une première interrogation, mais cela implique un travail de distanciation pour limiter l'influence des perceptions personnelles sur l'analyse des résultats.

Par ailleurs, l'analyse des faits sociaux nécessite de prendre en compte les représentations sociales. Jodelet (2003) les définit comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Cependant, dans cette recherche, les représentations sociales peuvent concerner le TSA, mais aussi la parentalité, pouvant varier selon les sociétés, les cultures, et les valeurs. La manière dont les parents perçoivent leur rôle n'est pas forcément universelle. Ces représentations peuvent influencer aussi bien les parents que les professionnels, mais aussi le chercheur, en montrant un intérêt pour la population pédiatrique et pour l'accompagnement précoce.

Dans ce contexte, il est donc très important d'adopter une posture réflexive afin de limiter l'influence des représentations, tout en tendant vers une certaine objectivité. Ainsi, la neutralité axiologique s'inscrit dans cette démarche. En effet, elle consiste à ne pas imposer les valeurs du chercheur dans l'analyse scientifique (Juignet, 2021), et lui permet de prendre du recul en limitant les jugements personnels. Toutefois, en recherche qualitative, Doucet (2002) explique que la subjectivité ne peut jamais être totalement absente. Mais, il est déjà important d'en avoir conscience.

Pour renforcer l'objectivité, plusieurs mesures ont été mises en place. En effet, le cadre théorique et conceptuel repose sur des sources scientifiques fiables, issues de la littérature francophone et internationale. Il sera ici complété par deux entretiens exploratoires réalisés auprès de mères d'enfants présentant un TSA. Cette combinaison permet de garantir une

certaine rigueur et de croiser les données fiables et vérifiées à des témoignages du terrain. De plus, le guide d'entretien a été construit à partir des hypothèses de recherches et des données du cadre conceptuel, afin de garantir un lien rigoureux avec les objectifs de l'étude. En effet, la mise en place d'une méthodologie rigoureuse est essentielle (Marquet et al., 2022). Enfin, lors des entretiens, une posture d'écoute active et neutre sera adoptée pour ne pas influencer les réponses des participants.

Par ailleurs, l'éthique d'une recherche est importante dès lors qu'elle implique des participants. En effet, elle a pour but de protéger les personnes souhaitant participer, et repose sur des principes, tels que le respect, le bien-être et l'équité (Lambert-Chan, 2012) . Dans ce cadre de recherche, plusieurs règles éthiques ont été respectées.

Tout d'abord, avant la réalisation des entretiens, chaque participant a été informé des objectifs de la recherche, de son déroulement, ainsi que la manière dont les données sont utilisées.

De plus, l'ensemble des entretiens a été réalisé dans le respect de l'anonymat des participants, aucun nom, lieu d'exercice précis ou élément permettant leur identification n'apparaît dans ce mémoire. Les ergothérapeutes sont désignés par les codes E1 à E5. Les parents des entretiens exploratoires ont également bénéficié de cette protection, en ne citant aucun nom.

Leur participation et l'enregistrement ont été confirmé par un formulaire de consentement libre et éclairé (annexe 6). Les enregistrements audios réalisés avec l'accord des participants ont uniquement servi à la retranscription pour compléter le guide d'analyse et ont été supprimés après.

Enfin, une posture respectueuse et bienveillante a été adoptée lors des entretiens, permettant aux participants de s'exprimer librement et d'être en confiance.

IV. Analyse des résultats

Tout d'abord, le guide d'analyse (annexe 7) réalisé grâce au guide d'entretien a permis de valider que les personnes interrogées correspondaient aux critères d'inclusion précédemment établis. En effet, 5 entretiens ont donc été réalisés auprès d'ergothérapeutes de manière anonyme. Ils correspondent parfaitement aux critères d'inclusion.

Les cinq ergothérapeutes interrogés exercent auprès de la population analysée dans différents lieux, tout en réalisant de l'intervention précoce. En effet, E2, E4 et E5 exercent en libéral exclusivement. Même s'il exerce en libéral, E1 exerce également en CMPP et E3 au CAMSP. Pour la pratique en libéral, les enfants arrivent en ergothérapie via la PCO TND 0-6 ans. Le fait d'avoir interrogé des personnes n'exerçant pas exclusivement en libéral permet de comparer et d'avoir un plus grand panel d'expériences professionnelles.

1. L'analyse verticale

L'analyse verticale est une analyse entretien par entretien, consistant à parcourir chaque entretien de façon singulière afin d'en dégager des processus propres à chaque professionnel interrogé. Chaque ergothérapeute constitue un cas en soi, porteur d'une logique interne, d'une trajectoire professionnelle et d'une façon de concevoir son intervention. Ce mode d'analyse permet de respecter la singularité de chaque discours avant d'opérer le croisement par thématique.

1.1 Entretien 1 avec Ergothérapeute (E1)

E1 est un ergothérapeute diplômé en 2019. Depuis 7 ans, elle a travaillé au sein d'un Soins de Suite et de Rééducation, en SESSAD, en libéral et en CMPP. Actuellement, E1 travaille en libéral et en CMPP auprès d'une population pédiatrique depuis 4 ans. Dans ce contexte, E1 travaille avec des enfants avec des troubles du neurodéveloppement et en particulier avec le trouble du spectre autistique, ainsi que leur parent. Ainsi, E1 réalise des interventions précoces en libéral grâce au conventionnement avec la PCO TND 0-6 ans et au sein du CMPP.

Pour une intervention précoce, E1 priorise sa pratique sur une approche relationnelle, c'est-à-dire de « tisser un bon lien de confiance avec l'enfant, sa famille, mais aussi tous les acteurs qui l'entourent ». E1 réalise des bilans pour évaluer les capacités motrices, attentionnelles, relationnelles, et sensorielles en fonction du développement de l'enfant. E1 valorise particulièrement « l'engagement de l'enfant » et par des « plaintes de la famille » pour co-

construire les objectifs. Le fait que l'enfant soit en suspicion de TSA n'influence pas sa façon d'accompagner car E1 s'adapte à la sensibilité des familles et à leur positionnement par rapport au diagnostic éventuel.

La co-occupation signifie pour E1 la possibilité de réaliser une activité en accord et en relation avec son enfant, « en fonction de ses capacités ». Dans sa pratique, la co-occupation ne constitue pas la plainte principale des familles et n'occupe donc pas une place centrale de l'accompagnement. Ses stratégies incluent l'envoi de message en fin de séance aux parents pour partager les objectifs travaillés et les pistes à mettre en place au domicile. E1 invite parfois les parents en séance pour observer leurs interactions avec l'enfant.

E1 connaît le modèle ludique de Ferland et le résume comme « une approche centrée sur le jeu ». En pratique, elle l'utilise pour que l'enfant travaille sans s'en apercevoir, favorisant ainsi son engagement authentique. Les enfants sont « plus investis » et demandent à répéter les exercices lorsqu'ils sont présentés de façon ludique. E1 précise toutefois que son approche ludique ne modifie pas directement la relation parent-enfant, notamment en raison de la brièveté des séances de « 45 minutes ». E1 invite les parents à participer conjointement avec l'enfant lorsque c'est possible.

E1 utilise le coaching parental qu'elle décrit comme la transmission d'outils et de stratégies pour « améliorer le quotidien et impliquer davantage les parents dans le suivi ». E1 cherche à les rendre acteurs en les questionnant sur leurs propres façons de faire. L'objectif est d'instaurer un « climat plus serein » et de favoriser le plaisir partagé. Elle observe que les parents deviennent progressivement plus investis et se sentent davantage en réussite, même si les « résistances au changement » peuvent apparaître et que l'évolution reste lente. E1 souligne une différence entre le libéral où les familles sont « plus autonomes, demandeuses d'amélioration » et le CMPP où les familles sont en « difficulté sociale » et sont plus résistantes à l'implication.

1.2 Entretien 2 avec Ergothérapeute (E2)

E2 est un ergothérapeute depuis 17 ans, ayant travaillé dans plusieurs domaines. En effet, E2 a travaillé en réinsertion professionnelle, en équipe spécialisée Alzheimer et maintenant en libéral depuis 10 ans. En libéral, E2 accompagne des enfants en primaire et en maternelle ayant une suspicion de TSA et les parents, grâce à son conventionnement avec la PCO TND 0-6 ans et 7-12 ans. Les enfants ayant une suspicion de TSA font partie de sa population depuis environ 10 ans.

Les objectifs de E2 en intervention précoce sont très variés et dépendent systématiquement des bilans réalisés. E2 accorde une place centrale à la communication et au « pairing », c'est à dire l'art de se « rendre intéressant pour l'enfant » afin de créer un lien qui motive l'action partagé. E2 ne différencie pas son approche selon qu'il y ait une suspicion ou diagnostic, car elle travaille un « profil de compétences » plutôt qu'une pathologie.

E2 définit la co-occupation comme une occupation partagée par deux personnes. Dans sa pratique, E2 lui accorde une place importante chez les jeunes enfants, car la « totalité des actes du quotidien, comme la toilette, habillage, repas, coucher est constituée de co-occupations ». Ses stratégies incluent des séances en binôme parent-enfant et de la guidance parentale, adaptées aux « habitudes culturelles » de chaque famille.

E2 ne connaît pas suffisamment le modèle ludique pour en donner une définition précise, mais souligne qu'il est très proche du modèle d'intégration sensorielle, dans lequel le « jeu est au cœur de l'intervention ». Le but est que l'enfant soit toujours moteur et motivé, à travers la recherche du « juste défi ». Le jeu révèle aux parents ce dont l'enfant est capable de faire et apporte du plaisir partagé. E2 observe que le jeu crée une atmosphère propice à lever le « masking », c'est-à-dire le camouflage des difficultés, permettant aux parents de mieux saisir le fonctionnement réel de l'enfant.

E2 explique le « fonctionnement de l'enfant et les raisons des réactions de l'enfant » aux parents et propose des séances en binôme. C'est ce qu'elle appelle faire de la guidance parentale. E2 utilise des outils comme la méthode Cog-fun ou des plannings facilement transposables à la maison. Ces outils renforcent la « compétence parentale » et la confiance dans la relation avec le professionnel. La guidance permet aux parents de « comprendre leur enfant et de réduire leur stress », notamment lors de situations épuisantes. E2 préconise systématiquement de ne « jamais culpabiliser les parents » si les stratégies ne sont pas mises en place à la maison.

1.3 Entretien 3 avec Ergothérapeute (E3)

E3 est un ergothérapeute diplômé depuis juin 2023, donc il exerce depuis 3 ans. E3 travaille en service d'adulte, en SESSAD, et travaille actuellement au CAMSP et en libéral. E3 est aussi conventionné avec la PCO TND 0-6 ans et accompagne les enfants avec une suspicion de TSA ainsi que les parents depuis 2023, soit 3 ans.

Pour une intervention précoce, E3 s'appuie sur l'outil OT HOPE pour « déterminer les objectifs avec les parents et l'enfant ». Les demandes fréquentes portent sur la gestion de la frustration, les troubles du comportement et les particularités sensorielles. La suspicion de TSA influence son regard et sa vigilance aux signes en libéral. En revanche au CAMSP, l'approche est plus prudente et pluridisciplinaire, car certaines familles sont orientées par les services de protection.

E3 définit la co-occupation comme les activités d'autonomie réalisées en « commun avec quelqu'un » et où l'enfant est « dépendant du parent », tout en jouant ensemble. En libéral, E3 accorde une grande place à la co-occupation car E3 considère qu'elle ne sera pas travaillée si E3 ne le fait pas. Au CAMSP, la pluridisciplinarité permet une répartition entre professionnels, E3 s'en occupe donc moins. Ses stratégies pour la travailler consistent à formuler des « objectifs occupationnels précis », comme le brossage de dent, et à inclure les parents en séance ou à prévoir des temps sans l'enfant pour « faire le point ».

E3 utilise le jeu de manière intuitive, sans se référer consciemment à ce modèle précis. Elle passe obligatoirement par le jeu pour obtenir l'adhésion de l'enfant surtout en intervention précoce. E3 oriente les parents vers une approche ludique pour éviter les confrontations frontales, et la guidance parentale part directement du jeu. E3 remarque du plaisir partagé lors des séances et essaie que les parents et enfants puissent partager avec le jeu.

E3 fait de la guidance parentale en utilisant des outils tels que des séquentielles, des plannings et des applications pour aider l'enfant à s'apaiser et s'organiser dans son quotidien avec ses parents. E3 montre en séance à l'enfant et aux parents comment utiliser ces outils. E3 explique souvent aux parents que sans communication, le « cri est le seul moyen de l'enfant pour exprimer son besoin ». E3 observe de l'adhésion et de l'investissement accrus lorsque la guidance part des « besoins fonctionnels des familles ». E3 rapporte de situations où les parents reviennent « fiers d'avoir réussi » à utiliser des outils proposés, augmentant ainsi le sentiment de compétence parentale. E3 insiste sur l'importance de l'autonomie et du lien parent-enfant comme objectif commun en équipe pluridisciplinaire.

1.4 Entretien 4 avec Ergothérapeute (E4)

E4 est un ergothérapeute qui a toujours travaillé en libéral depuis 2011, accompagnant des adultes et des enfants avec des TND. Depuis 2023, E4 accompagne les enfants de 3-4 ans avec une suspicion de TSA et leur parent, en étant conventionné avec la PCO TND 0-6 ans.

Cet ergothérapeute cible chez les enfants « la sensorialité » et la « mise en place d'aménagement scolaires ou adaptations pour l'autonomie au domicile ». E4 accorde peu de poids à la suspicion diagnostic car le bilan réalisé vient généralement confirmer la suspicion initiale, et ses objectifs découlent de ses observations cliniques.

La co-occupation est pour E4 défini comme le partage d'activité entre le parent et l'enfant. Ce n'est cependant pas un objectif que E4 propose systématiquement. E4 invite les parents à prendre le relais à la maison en leur montrant les activités réalisées en cabinet les dix dernières minutes de la séance. E4 insiste sur l'importance des échanges avec les parents et note une période de grand épuisement parental chez les familles de jeunes enfants TSA qui fragilise la régularité des mises en place de stratégies à la maison.

E4 n'a pas été « formée spécifiquement » au modèle ludique de Ferland, mais reconnaît utiliser le jeu comme un outil central dans sa pratique. E4 souligne que c'est le « côté ludique qui permet d'obtenir la participation du jeune enfant ». Lorsque l'enfant est engagé dans le jeu, il est intéressé, investi et le jeu permet une forme de « désinhibition ». E4 questionne les parents sur l'utilisation du jeu au quotidien et observe que le jeu fait ressortir le « vrai enfant » au-delà des troubles, permettant de trouver des stratégies pour améliorer leurs interactions verbales et non verbales.

Par ailleurs, E4 oriente et guide les parents pour qu'ils adoptent une « posture adaptée aux capacités de leur enfant ». Elle utilise des pictogrammes, des timers et la mise en place de routines. E4 signale que les parents ont parfois du mal à maintenir les stratégies dans le temps à cause du rythme quotidien et de l'épuisement. En effet, ils ressentent un sentiment de compétence au début, qui « s'estompe progressivement ». E4 perçoit que la guidance influence positivement les interactions entre le parent et l'enfant. Elle aide à interpréter les déclencheurs comportementaux au niveau sensoriel et des codes sociaux, en rappelant que chaque enfant est différent.

1.5 Entretien 5 avec Ergothérapeute (E5)

E5 est ergothérapeute depuis 2017 ayant exercé en EHPAD, dans une MAS, et en libéral depuis 2025. Au sein du libéral, E5 rencontre des enfants avec une suspicion de TSA et les parents depuis 4 ans, avec un conventionnement PCO TND 0-6 ans.

E5 axe son intervention précoce sur le développement de l'autonomie au quotidien, la motricité fine, la planification et la gestion des émotions (frustration, échec). La suspicion de TSA n'influence pas sa manière d'agir, mais l'incite à proposer systématiquement un profil sensoriel. Ses objectifs découlent ensuite de ses bilans et des observations cliniques.

E5 définit la co-occupation comme un « moment ou une activité » qu'un enfant réalise en interaction avec le parent. E5 lui accorde une grande place dans sa pratique car une prévision systématique de temps d'échange avant et après la séance avec le parent est réalisée pour « favoriser la communication autour de l'enfant ». Lorsque E5 intervient à l'école, la co-occupation est plus difficile à travailler avec l'absence de parent. Cette difficulté est compensée par des échanges téléphoniques ou par messages. E5 inclut le parent dès que possible par de la mise en situation directe en cabinet.

E5 estime que sa pratique se rapproche énormément du modèle ludique de Ferland, car elle passe beaucoup par le jeu, qui « stimule et plaît » au jeune enfant. Le jeu stimule et aide à maintenir les capacités motrices et cognitives tout en explorant son environnement, et induit de la curiosité. Le parent s'investit autant qu'il peut dans les dix dernières minutes de séances proposées au cabinet. E5 note que le jeu crée un « échange positif » où l'enfant se sent valorisé en montrant le jeu à son parent, ce qui rassure ce dernier et l'inclut directement dans l'interaction. Cela permet un meilleur transfert des acquis à domicile.

De plus, E5 accompagne les parents en leur prodiguant des conseils et en leur expliquant des stratégies sur comment agir dans des situations difficiles pour l'enfant. E5 observe que la guidance instaure une confiance entre le parent et le professionnel, facilitant la « cohésion et la reproduction des stratégies à la maison ». Les parents développent une meilleure connaissance du fonctionnement de leur enfant et interprètent plus facilement ses comportements lors des séances suivantes. E5 indique que la guidance influence positivement le travail parent-enfant, et souligne également la nécessité d'une meilleure éducation de la population générale sur la diversité des profils TSA.

2. L'analyse horizontale

2.1 L'intervention précoce et ses objectifs

L'ensemble des cinq ergothérapeutes interrogés réalise une intervention précoce en libéral grâce à la convention avec la PCO ou au CMPP (E1) ou au CAMSP (E3). Les 5 ergothérapeutes citent la PCO TND 0-6 ans comme cadre d'exercice, et confirment l'importance du dispositif

décrit dans la littérature tels que la Maison de l'autisme (s. d.) pour garantir un accès rapide à l'intervention précoce.

Dans cette intervention, ils s'accordent sur une intention ciblant en priorité les capacités fonctionnelles de l'enfant et son engagement dans les occupations du quotidien. Les objectifs les plus fréquemment cités concernent la sensorialité, la planification, la gestion des émotions et des comportements, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et les interactions sociales. La pratique centrée sur la famille constitue un socle commun. En effet, tous les professionnels partent des plaintes et des attentes parentales pour co-construire les objectifs. Cette collaboration avec les parents rejoint les principes théoriques énoncés par Rodger & Kennedy-Behr (2017), selon lesquels « le client » en pédiatrie est à la fois l'enfant et ses parents. Ainsi, la co-construction des objectifs illustre concrètement le processus d'empowerment introduit par Dunst et al. (1988), qui invite les familles à devenir actrices des décisions concernant leur enfant. Les ergothérapeutes travaillant dans les structures CMPP et CAMSP témoignent tout de même que la collaboration et le partenariat avec les parents est plus difficile.

Cependant, des nuances sont notables concernant l'influence de la suspicion de TSA sur la pratique. Les ergothérapeutes E1, E2 et E4 indiquent que la suspicion n'a pas de conséquence directe sur leur façon d'intervenir. En effet, ils travaillent un profil de compétences indépendamment du diagnostic. En revanche, les ergothérapeutes E3 et E5 mentionnent que la suspicion influence leur vigilance clinique et les oriente vers une évaluation sensorielle systématique, sans pour autant modifier leurs objectifs thérapeutiques.

2.2 La co-occupation parent-enfant

Les cinq ergothérapeutes définissent la co-occupation de façon cohérente avec la littérature scientifique. En effet, les ergothérapeutes interrogés le définissent comme une activité, un moment, une occupation partagée, réalisée en interaction entre l'enfant et son parent. Les soins quotidiens tels que l'habillage, le brossage de dents, le repas, le coucher, et le jeu sont unanimement cités comme les principaux contextes de co-occupation chez le jeune enfant. Ces données sont en lien avec la littérature puisque Pickens & Pizur-Barnekow (2009) définissent la co-occupation comme une activité partagée reposant sur les dimensions physiques, émotionnelles et institutionnelles, et Pierce (2009) en souligne le caractère d'engagement mutuel. De plus, ce résultat rejoint les travaux de Clark & Kingsley (2020), qui rappelle que le jeu constitue l'occupation principale du jeune enfant et est un support privilégié des interactions avec les parents.

Ainsi, tous les professionnels reconnaissent l'importance de ce concept dans leur pratique, même si son investissement varie selon les contextes. En effet, la place accordée à la co-occupation varie sensiblement selon le cadre d'exercice. En libéral pour les ergothérapeutes E1, E2, E3, et E5, la co-occupation est davantage travaillée directement, car le professionnel est souvent le seul à pouvoir le faire. En structure pluridisciplinaire comme le CAMSP (E3), la co-occupation est partagée avec les éducatrices, ce qui réduit la part dans les séances en ergothérapie. L'ergothérapeute E4 est le seul à déclarer ne pas la proposer systématiquement en séance, compensant le partenariat avec les parents par des échanges en fin de rendez-vous. L'ergothérapeute E5 présente une particularité car lorsqu'elle intervient en milieu scolaire, l'absence du parent rend la co-occupation difficile à travailler directement. E5 compense avec des communications téléphoniques ou par messages. Cette variabilité illustre l'influence de l'environnement institutionnel sur les pratiques, conformément au modèle Personne-Environnement-Occupation de Law et al. (1996).

Quatre grandes stratégies se dégagent de l'ensemble des entretiens pour favoriser la co-occupation. En effet, il y a l'invitation des parents en séances (E1, E2, E4, E5), la mise en situation directe parent-enfant avec de la guidance parentale (E2, E5), l'envoi de comptes-rendus de séances aux parents (E1), et la formulation d'objectifs occupationnels clairs à transférer à domicile (E3). Ces stratégies visent toutes à prolonger le travail effectué en cabinet dans la vie réelle de la famille, valorisant alors le transfert des acquis.

2.3 Le modèle ludique de Ferland

Le recours au jeu comme outil central de l'intervention précoce est unanimement affirmé par les cinq ergothérapeutes, même lorsqu'elles ne se réfèrent pas explicitement au modèle de Ferland. Tous les professionnels soulignent que le jeu est le seul vecteur permettant d'obtenir l'adhésion et l'engagement du jeune enfant. Les enfants sont décrits comme plus investis, plus désinhibés et plus motivés lorsque l'activité est ludique. En effet, dans la littérature, Ferland (2003), place le jeu au centre de son modèle, en définissant l'intérêt, l'attitude et l'action comme trois composantes interdépendantes, stimulant l'engagement de l'enfant. Elle affirme en plus que le plaisir est à la fois le moteur et l'indicateur d'une participation authentique, et que c'est lui qui conduit l'enfant vers l'autonomie et le bien-être (Ferland, 2012).

Une divergence significative apparaît concernant la connaissance explicite du modèle ludique de Ferland. L'entretien avec l'ergothérapeute E1 le connaît et le nomme. Les ergothérapeutes E2 et E4 ne le connaissent pas suffisamment ou ne l'ont pas été formées spécifiquement, mais

leur pratique s'en rapproche par le biais de l'intégration sensorielle par exemple. Les ergothérapeutes E3 et E5 utilisent le jeu de façon intuitive et reconnaissent que leur pratique en est très proche, sans l'avoir formalisée théoriquement. Cette convergence pratique malgré une divergence théorique illustre une adoption implicite des principes du modèle.

Tous les professionnels soulignent que le jeu produit un plaisir partagé lors des séances en présence du parent. Les entretiens avec E2 et E5 observent que le jeu lève le masking et révèle aux parents les vrais-capacités de leur enfant, créant un effet de réassurance. L'entretien avec E3 indique que « la guidance parentale part directement du jeu ». Cette information est en lien avec les écrits de Rossini-Drecq & Tétreault (2020) qui soulignent que ce modèle renforce le sentiment de compétences des parents et s'inscrit dans une logique de partenariat thérapeutique. L'entretien avec E4 montre que le jeu améliore les interactions verbales et non verbales entre parent et enfant. Ces résultats rejoignent les travaux de Kasari et al. (2006), qui montrent que le jeu favorise le développement des compétences sociales, et communicatives, notamment l'imitation et la réciprocité. Seul l'entretien avec E1 nuance cet effet positif, en soulignant la brièveté des séances (45 minutes) ne permet pas de modifier en profondeur la relation parent-enfant.

2.4 La guidance parentale

La guidance parentale est présentée par tous les ergothérapeutes interrogés comme un pilier de leur intervention, indissociable du travail direct avec l'enfant. Cela est en lien direct avec la Haute Autorité de Santé (2026) qui recommande la guidance parentale comme un dispositif « incontournable » dans l'accompagnement des familles d'enfants TSA, en reconnaissant leur expertise d'usage. Les modalités communes de cette guidance incluent l'explication du fonctionnement de l'enfant, la démonstration de stratégies adaptées ou d'outils, la modélisation en séance par des mises en situations et le soutien à la confiance parentale. L'objectif partagé est de permettre aux parents de mieux comprendre et interpréter les comportements de leur enfant, et reproduire à domicile les stratégies travaillées en séances, appelé en ergothérapie le transfert des acquis. Ces données corréleront avec celles du ministère des solidarités et de la santé (2025) qui définit la guidance parentale comme un ensemble de conseils, d'informations et d'outils permettant aux parents de mieux comprendre leur enfant et de soutenir son développement.

Les cinq professionnels observent les effets positifs de la guidance sur la confiance parentale. Les parents se sentent plus compétents et mieux outillés pour répondre aux besoins de leur

enfant. En effet, les résultats de Dunst et al. (2007) montrent que la pratique centrée sur la famille favorise chez les parents un sentiment de contrôle et de compétence dans leurs interactions avec l'enfant. Par exemple, l'entretien avec E2 mentionne l'utilisation d'outils comme les plannings, qui sont facilement transposables au quotidien. L'entretien avec E3 cite des applications numériques comme Ben le Koala pour favoriser la co-occupation de manière ludique. L'entretien avec E5 projette la mise en place d'ateliers collectifs à destination des parents.

Une tension commune est identifiée concernant la durabilité des stratégies à domicile. Les entretiens avec E1 et E4 révèlent des résistances au changement et un essoufflement lié à l'épuisement parental, notamment chez les familles les plus fragilisées. Phoenix et al. (2020) éclairent que l'engagement des parents ne dépend pas uniquement de leur motivation, mais de l'interaction entre les ressources, la qualité de la relation avec le thérapeute et le cadre institutionnel. Cela explique donc les résistances aux changements observés par les ergothérapeutes. L'entretien avec E4 décrit un sentiment de compétence initial juste après les outils mis en œuvre qui s'estompe progressivement avec le temps. L'entretien avec E2 rappelle l'importance de ne jamais culpabiliser les parents pour les non-mises en œuvre immédiates des conseils donnés. Ces données empiriques sont en lien avec les données théoriques de Van Niekerk et al. (2023) et du Groupement National centre ressource autisme (s. d.). En effet, ils rappellent la fragilité de la balance entre ressources et facteurs de stress chez les aidants d'enfants TSA.

Tous les ergothérapeutes observent que la guidance améliore la qualité des interactions parent-enfant. Elle contribue à créer des moments plus sereins, plus plaisants et plus fluides. L'entretien avec E5 note que la guidance instaure une confiance entre le parent et le professionnel, facilitant la cohésion des stratégies à la maison. L'entretien avec E2 souligne que la guidance permet de réduire le stress parental, particulièrement dans les situations épuisantes comme les troubles du sommeil. L'entretien avec E3 rapporte que les parents se montrent fiers de réussir à partager un moment de jeu avec leur enfant.

V. Discussion

1. La validation ou la réfutation des hypothèses de recherche

Pour rappel, la première hypothèse est :

L'utilisation du modèle ludique de Ferland en intervention précoce, permet à l'ergothérapeute d'accompagner l'enfant présentant une suspicion de TSA dans le partage d'occupation avec les parents.

Les résultats de l'analyse convergent globalement en faveur de cette hypothèse. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés utilise le jeu comme médiateur principal de leur intervention précoce, indépendamment de leur connaissance formelle du modèle ludique de Ferland. Le jeu est unanimement reconnu comme le seul vecteur d'engagement authentique du jeune enfant, favorisant l'investissement moteur et émotionnel, la désinhibition et la curiosité.

De plus, plusieurs professionnels observent que le jeu crée des conditions favorables à la co-occupation. En effet, il permet de lever du masking, révèle les vraies capacités de l'enfant aux parents, génère du plaisir partagé et favorise des interactions plus fluides et plus positives.

Certaines nuances doivent cependant être signalées. En effet, l'entretien avec E1 note que la brièveté des séances ne permet pas d'observer une modification profonde de la relation parent-enfant via le jeu seul. L'entretien avec E4 reconnaît ne pas avoir de visibilité directe sur l'impact du jeu utilisé en séance sur les co-occupations à domicile. En effet, les professionnels identifient un impact du jeu sur la co-occupation en lien avec la guidance parentale, lorsque les parents assistent à la séance. Cependant dans cette hypothèse, il n'est pas précisé explicitement le fait que les parents assistent à la séance forcément.

L'hypothèse H1 est donc validée partiellement car tous les indicateurs sont validés, mais peut être différenciée selon la présence ou non du parent en séance.

La seconde hypothèse est :

La guidance parentale proposée par un ergothérapeute permet au parent de mieux comprendre son enfant, facilitant ainsi les situations de co-occupation avant le diagnostic.

Cette hypothèse est confirmée de façon transversale et constante par l'ensemble des cinq entretiens. La guidance parentale est décrite comme un levier « incontournable », selon la haute

autorité de santé (2026) pour renforcer la compétence parentale. En effet, les parents comprennent mieux le fonctionnement de leur enfant, interprètent plus justement ses comportements, et reproduisent plus facilement les stratégies proposées en séance favorisant l'engagement de l'enfant.

Tous les entretiens rapportent des effets positifs sur la qualité des moments partagés entre le parent et l'enfant, notamment des interactions plus sereines (E1), la réduction du stress parental (E2), la fierté parentale dans les moments de jeu (E3), l'amélioration des interactions verbales et non verbales lors des moments partagés (E4), renforcement de la confiance et de la cohésion familiale (E5).

Des limites communes sont tout de même identifiées comme l'épuisement parental, les résistances au changement, la difficulté de maintenir les stratégies dans la durée. Ces limites ne remettent pourtant pas en cause la pertinence de la guidance mais incitent à adapter le rythme et les modalités d'accompagnement à chaque famille.

L'hypothèse 2 est donc pleinement validée par les données recueillies car ils valident tous les indicateurs initialement établis.

2. Les nouveaux apports théoriques

Cette initiation de recherche, menée auprès de cinq ergothérapeutes intervenant en contexte d'intervention précoce auprès d'enfants présentant une suspicion de TSA, permet de dégager des nouveaux apports théoriques, en confrontant les données empiriques aux connaissances existantes dans la littérature.

Pour commencer, le « pairing » a été énoncé dans les objectifs de l'intervention précoce de l'ergothérapeute (E2), comme étant le fait de « se rendre intéressant pour l'enfant » afin de créer un lien qui motive l'action partagé. Ce terme est tout de même peu abordé dans la littérature. Cependant, Agir pour l'autisme (2019) une association ayant pour but d'accompagner et de soutenir les enfants touchés par l'autisme et leur famille, décrit ce terme. En effet, « pairing » est un synonyme de « association ». Pour eux, il existe trois sortes : avec les personnes, avec les lieux et avec les objets. Ici dans l'entretien avec E2, cela concernait plutôt les personnes. Ainsi, il signifie de créer du lien positif entre quelque chose de plaisant et des personnes (Agir pour l'autisme, 2019). Ce phénomène permet de créer une relation de confiance et une certaine motivation chez l'enfant (Agir pour l'autisme, 2019).

Ensuite, cette recherche met en évidence une utilisation implicite du modèle ludique de Ferland (2003) dans la pratique des ergothérapeutes interrogés, indépendamment de leur connaissance formelle du modèle. Même si un seul professionnel (E1) le nomme explicitement, les quatre autres décrivent spontanément des pratiques qui en mobilisent les principes fondamentaux. Il parle effectivement du jeu comme moteur de l'engagement de l'enfant, le plaisir comme indicateur de participation, et l'attitude ludique comme levier de la relation thérapeutique. Ce résultat permet d'avancer l'hypothèse d'une utilisation progressive du modèle, construite davantage par l'expérience clinique que par un ancrage théorique explicite. Il souligne que même si ce modèle conceptuel est enseigné en école d'ergothérapie, il est potentiellement peu utilisé dans la vraie vie.

Puis, les entretiens mettent en lumière un phénomène de « masking » peu décrit dans la littérature concernant la suspicion de TSA. Ce terme aussi appelé « camouflage », fait référence aux stratégies utilisées par les personnes autistes pour masquer ou cacher les difficultés sociales (Perry et al., 2022). Deux ergothérapeutes (E2 et E5) observent que le jeu crée les conditions pour lever le « masking », permettant aux parents de percevoir le fonctionnement réel de l'enfant, au-delà des comportements adaptatifs qu'il développe en dehors du contexte ludique. Ce constat enrichit la compréhension clinique de la période avant le diagnostic, en montrant que le jeu n'est pas seulement le vecteur de travail thérapeutique, mais aussi un espace de révélation des capacités de l'enfant pour sa famille.

Par ailleurs, les données recueillies permettent d'affiner la définition de la guidance parentale en ergothérapie pédiatrique. Si la littérature le présente comme une transmission de connaissances et de stratégies aux parents (Dunst et al., 1988 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2025), les ergothérapeutes en décrivent une dimension supplémentaire. En effet, ils notent que la guidance est comme un espace de mise en place de la confiance parentale et de réduction du sentiment de culpabilité. Les professionnels s'accordent sur l'importance de ne jamais culpabiliser les parents en cas de non mise en œuvre des stratégies, et sur la nécessité d'adapter le rythme de la guidance à l'épuisement parental. Ce positionnement éthique, venant de la pratique centrée sur la famille (Rodger & Kennedy-Behr, 2017 ; Rosenbaum et al., 1998), constitue un apport pratique important, qui est peu formalisé dans la littérature sur la guidance parentale en contexte de suspicion de TSA.

De plus, cette guidance peut parfois s'appuyer sur des mises en situation, comme l'évoque E1. En ergothérapie, ce concept, appelé « mise en situation écologique », est défini par un

ergothérapeute, Leroux (2014), qui la décrit comme « l'observation direct du patient lors de la réalisation des différentes tâches proposées dans son environnement habituel ». Cette approche permet, d'une part, d'observer l'enfant dans son quotidien et, d'autre part, de mettre une guidance parentale plus efficace au sein de l'environnement de vie habituel. Cela peut permettre de garantir un meilleur transfert des acquis à domicile.

Pour finir, les résultats montrent que l'ergothérapeute joue un rôle de médiateur entre l'enfant, ses parents et les autres acteurs du parcours de soins, ce qui s'inscrit pleinement dans la perspective interprofessionnelle, recommandée par la Haute Autorité de Santé (2018a, 2026). En particulier, les ergothérapeutes exerçant en libéral, tous conventionnés avec la PCO TND 0-6 ans, décrivent une fonction de coordination informelle, notamment par les comptes-rendus de séances, les messages, les appels pour les parents mais aussi les échanges avec les autres professionnels. Cet apport rejoint les réflexions actuelles sur l'élargissement du rôle de l'ergothérapeute dans les soins primaires pédiatriques.

3. Les limites et les biais de la recherche

Au cours de la réalisation de cette recherche, plusieurs limites et biais ont pu être identifiés. Ils sont importants à prendre en compte afin de nuancer l'interprétation des résultats obtenus.

3.1 Les limites

Tout d'abord, une première limite concerne l'échantillonnage. En effet, comme présenté dans la partie processus méthodologique, cette recherche s'appuie sur une méthode qualitative avec des entretiens semi-directifs, réalisés auprès des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion. Toutefois, cette recherche a été réalisée auprès de cinq ergothérapeutes. Ainsi, ce faible effectif ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble des pratiques ergothérapiques en pédiatrie et dans le champ de la suspicion de TSA. Cela est notamment dû à la temporalité et au niveau de difficulté imposée dans le cadre de cette initiation de recherche.

Une autre limite importante concerne la spécificité de la population étudiée. En effet, cette recherche se concentre exclusivement sur des enfants présentant une suspicion de TSA, c'est-à-dire des enfants pour lesquels le diagnostic n'est pas encore officiellement posé. Or, parmi ces enfants, il est tout à fait possible qu'une partie d'entre eux ne reçoive finalement pas de diagnostic de TSA à l'issue du parcours d'évaluation. En effet, certains pouvant présenter d'autres TND, ou des particularités développementales transitoires, ne répondant pas aux critères du TSA. Cette incertitude diagnostique constitue une limite non négligeable, dans la

mesure où les pratiques décrites par les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur des profils cliniques non confirmés. Ce constat rappelle que l'intervention précoce présente l'avantage d'agir sans attendre le diagnostic, s'inscrivant dans un contexte d'incertitude clinique qui doit être prise en compte dans le raisonnement en ergothérapie.

Cependant, une autre limite concerne la diversité des profils d'enfants présentant une suspicion de TSA. En effet, une tranche d'âge a été fixée de 0 à 6 ans en lien avec la PCO 0-6 ans. Cependant, les professionnels ont souligné que les manifestations des troubles, les capacités de communication, les particularités sensorielles ou encore l'engagement dans le jeu, varient fortement d'un enfant à l'autre dans cette tranche d'âge. Cette situation influence directement les situations de co-occupation parent-enfant ainsi que les stratégies d'intervention mises en place par les ergothérapeutes. Les résultats de cette recherche ne peuvent pas être généralisés à tous les enfants présentant un TSA ou une suspicion de TSA, tant les profils développementaux sont hétérogènes.

Puis, la dernière limite concerne le fait que les entretiens ont été réalisés en appel téléphonique. Du fait de la conjoncture professionnelle et de la disponibilité des professionnels cela a entraîné une limite au niveau de la communication. En procédant par appel, et pas par visio ou en présentiel, la communication non verbale n'a pas pu être explorée. En effet, parfois la communication non verbale peut servir d'indicateurs précieux pour étayer des propos ou des interrogations.

3.2 Les biais

Par ailleurs, un biais de sélection est présent concernant l'expérience professionnelle des participants. En effet, les ergothérapeutes interrogés avaient des parcours et des années d'expérience différents. Certains exerçaient depuis plusieurs années dans le domaine du TSA, tandis que d'autres avaient une expérience plus récente ou pas forcément orientée TSA auparavant. Ces différences ont pu influencer leurs représentations du rôle de l'ergothérapeute, leurs pratiques cliniques, ainsi que leur manière d'aborder la co-occupation, le modèle ludique de Ferland ou encore la guidance parentale.

De plus, cette recherche porte spécifiquement sur la période d'intervention précoce, c'est-à-dire avant que le diagnostic de TSA soit posé. Or cette phase est souvent marquée par des incertitudes et des parcours très différents selon les familles, les professionnels rencontrés et les dispositifs mobilisés. Les expériences décrites par les ergothérapeutes peuvent donc varier en

fonction des contextes institutionnels (libéral, CMPP, CAMSP), des ressources disponibles sur le territoire ou encore de l'implication des parents dans le parcours de soins. Ces éléments constituent un biais contextuel pouvant influencer les données recueillies.

Enfin, un biais de confirmation est présent concernant la posture du chercheur car ce sujet de recherche est né d'une situation rencontrée en stage ainsi que d'un intérêt personnel pour l'accompagnement précoce des enfants présentant une suspicion de TSA et de leur parent. Malgré une volonté de neutralité axiologique et une démarche réflexive tout au long de la recherche, il est possible que certaines représentations ou sensibilités du chercheur aient influencé l'analyse et l'interprétation des données. Toutefois, la mise en place d'un cadre méthodologique rigoureux, l'appui des sources scientifiques et la confrontation des données théoriques et empiriques ont permis de limiter au maximum cette subjectivité.

4. Les perspectives

Ce travail de recherche met en avant différentes pistes de réflexion pour approfondir la pratique en ergothérapie auprès des enfants présentant une suspicion de TSA et des parents.

Premièrement, les entretiens ont mis en évidence un recours unanime au jeu comme médiateur thérapeutique, mais une connaissance formelle du modèle ludique de Ferland qui reste inégale parmi les professionnels interrogés. En effet, seul E1 le nomme explicitement, tandis que E3 et E5 reconnaissent utiliser le jeu de manière intuitive, et E4 précise qu'elle n'a pas « été formée spécifiquement » à ce modèle. Or, le modèle ludique de Ferland constitue un cadre conceptuel propre à l'ergothérapie, ancré dans les valeurs occupationnelles de la profession. Sans une appropriation théorique solide, les ergothérapeutes peuvent rencontrer des difficultés à argumenter leurs choix cliniques auprès des équipes pluridisciplinaires, à transmettre leur raisonnement aux familles, ou encore à se distinguer des autres professionnels du parcours de soin qui utilisent également le jeu comme support. Il serait donc possible d'approfondir les causes de cette limitation d'utilisation de ce modèle conceptuel en ergothérapie pédiatrique. De plus, il serait intéressant de se demander si les autres modèles conceptuels liés à la pédiatrie sont, eux aussi, peu utilisés en pratique.

Par ailleurs, à la lumière des résultats obtenus, il apparaît que l'hypothèse 1 aurait gagné à être formulée de manière plus précise. En effet, l'analyse des entretiens met en évidence une distinction significative selon que le parent est présent ou absent lors de la séance d'ergothérapie. Lorsque le parent participe directement à la séance, le jeu crée immédiatement

des conditions favorables à la co-occupation, générant du plaisir partagé et des interactions plus fluides avec le parent. En revanche, lorsque le parent est absent, l'impact du jeu sur la co-occupation reste indirect avec un transfert des acquis plus difficile, et plus compliquée à mesurer. En effet, E1 et E4 indiquent ne pas avoir de visibilité directe sur le transfert des acquis à domicile, à part sous les paroles des parents. Si ce travail était à refaire, il aurait été pertinent de diviser cette première hypothèse en deux sous-hypothèses distinctes. Une peut porter sur l'utilisation du modèle ludique de Ferland en présence du parent en séance, et l'autre en absence du parent. Cette distinction aurait permis d'affiner l'analyse et de mieux rendre compte de la variabilité des effets observés selon les contextes d'exercice, conformément aux résultats recueillis.

Deuxièmement, les entretiens ont révélé un manque de formalisation autour de la guidance parentale, en contexte de suspicion de TSA. Même si l'ensemble des ergothérapeutes interrogés la pratiquent, les modalités varient fortement d'un professionnel à l'autre : « envoi des messages en fin de séance » (E1), séances en binôme parent-enfant (E2), utilisation d'applications numérique (E3), démonstration en cabinet (E4, E5). Par ailleurs, une tension commune est identifiée concernant la durabilité des stratégies proposées. E4 décrit un sentiment de compétence parentale qui « s'estompe progressivement », et E1 évoque des « résistances au changement » liées à l'épuisement parental. Or la période avant le diagnostic est particulièrement vulnérable pour les parents comme le montre les entretiens exploratoires et les données de Van Niekerk et al. (2023) sur le risque accru de troubles anxieux et dépressifs chez les aidants d'enfant TSA. Sans un cadre structuré de guidance, le risque est de proposer un accompagnement insuffisamment adapté à la réalité de chaque famille. Il aurait été intéressant de s'intéresser à l'élaboration d'un protocole de guidance parentale spécifique à l'ergothérapie en contexte d'intervention précoce. Cela permettrait d'harmoniser les pratiques, d'adapter le rythme d'accompagnement à l'épuisement parental et d'en évaluer les effets sur la qualité de la co-occupation parent-enfant.

Troisièmement, les entretiens ont mis en évidence le rôle informel de coordination que jouent les ergothérapeutes dans le parcours de soins, notamment ceux conventionnés avec la PCO TND 0-6 ans. En effet, E1 envoie des comptes-rendus de séances aux autres professionnels, E5 échange régulièrement avec les familles et les intervenants scolaires, et E3 s'appuie sur la pluridisciplinarité du CAMSP pour répartir les objectifs entre professionnels. Toutefois, la PCO est le dispositif institutionnel prévu pour assurer cette coordination entre les différents acteurs

du parcours de soin. En théorie, ce rôle revient donc au coordinateur de la PCO, et non aux professionnels libéraux conventionnés. Pourtant les données empiriques montrent que les ergothérapeutes exercent de fait une partie de cette fonction de manière informelle, et non formalisée, ce qui peut engendrer des disparités importantes selon les territoires et les pratiques individuelles. Par ailleurs, ce besoin de coordination n'est pas seulement observé par les professionnels car il est directement exprimé par les parents des entretiens exploratoires. En effet, ils mettent en évidence qu'« un soignant coordinateur entre les différents intervenants » constitue l'un des besoins prioritaires des parents avant le diagnostic de leur enfant. Face à la multitude de rendez-vous et d'intervenants à gérer, les parents interrogés soulignent combien cette charge organisationnelle pèse sur leur quotidien déjà fragilisé. Ainsi, la question de savoir qui coordonne réellement dans le parcours précoce, et comment, mériterait d'être approfondie.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche avait pour objectif d'explorer le rôle de l'ergothérapeute dans la favorisation de la co-occupation parent-enfant, chez les jeunes enfants présentant une suspicion de TSA, dans un contexte d'intervention précoce. À travers cette démarche qualitative menée auprès de cinq ergothérapeutes, cette étude a permis d'apporter des éléments de réponse concrets à la problématique initiale en confrontant la théorie à la réalité de la pratique clinique. Les résultats ont permis de confirmer les deux hypothèses de recherche, tout en y apportant des nuances cliniques essentielles.

Le jeu s'est révélé être le médiateur central de l'intervention précoce. En effet, il est générateur de plaisir partagé et révélateur des capacités réelles de l'enfant, il crée donc les conditions favorables à la co-occupation. Le modèle ludique de Ferland, en plaçant l'attitude ludique et le plaisir au cœur de l'intervention, offre un cadre théorique pertinent pour guider cette pratique. Toutefois, son utilisation reste limitée sur le terrain, et son efficacité varie selon la présence ou non du parent en séance ainsi que le contexte d'exercice, ce qui conduit à valider l'hypothèse 1 partiellement. La guidance parentale, quant à elle, est unanimement reconnue comme un levier essentiel pour renforcer le sentiment de compétence des parents, améliorer leur compréhension de l'enfant et fluidifier les interactions au quotidien, validant ainsi pleinement l'hypothèse 2.

Ce travail montre que l'ergothérapeute joue un rôle clé dans la préservation du lien parent-enfant, en agissant à la fois sur l'engagement de l'enfant dans le jeu et sur les ressources parentales, avant même que le diagnostic soit posé.

Au-delà de ces résultats, ce travail ouvre une perspective plus large. En effet, les ergothérapeutes interrogés témoignent unanimement d'un rôle de coordination informelle qu'ils exercent au sein du parcours précoce, sans que celui-ci ne soit formellement reconnu. Ce constat fait écho aux entretiens exploratoires menés auprès de parents, qui expriment clairement le besoin d'un interlocuteur privilégié capable de coordonner l'ensemble des professionnels intervenant autour de leur enfant. L'ergothérapeute, par sa vision globale de l'enfant et de sa famille, sa connaissance du parcours diagnostique et son positionnement au carrefour des différentes disciplines, semble naturellement placé pour endosser cette fonction. Dès lors, la place de l'ergothérapeute au sein du dispositif PCO permettrait-il de garantir une coordination plus cohérente entre tous les professionnels intervenant autour de l'enfant et de sa famille ?

Bibliographie :

Agir pour l'autisme. (2019). *Autisme : Remplacer les comportements problème*.

<https://agirpourelautisme.org/autisme-remplacer-les-comportements-probleme/>

Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie. *CAOT Publications*.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2019, décembre).

Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf

Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Driant, B. L. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, 115(1), 141-174. <https://doi.org/10.3917/anpsy.151.0141>

Beaulieu, E., & Beno, S. (2024). Le développement sain de l'enfant par le jeu risqué extérieur : Un équilibre à trouver avec la prévention des blessures. *Paediatrics & Child Health*, 29(4), 262-269. <https://doi.org/10.1093/pch/pxae017>

Bernadat, F.-A., & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale: Style d'attachement et caractéristiques sociodémographiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 64(2), 59-78. <https://doi.org/10.3917/psy.642.0059>

Biel, L., & Peske, N. (2009). *Raising A Sensory Smart Child*.

Bonnet-Brilhault, F. (2019). *Prise en charge de l'enfant autiste : De l'annonce du diagnostic au projet individualisé*. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/prise-en-charge-de-lenfant-autiste>

Boyer, L. (2009, juin). *Le Mémoire—Guide méthodologique*.

<http://lucboyer.free.fr/fichiers/methode-memoire-projet-anonyme.pdf>

Caumont, D. (2016). Chapitre 3. La construction des échantillons. *Les Topos*, 5, 52-71.

<https://doi.org/10.3917/dunod.caumo.2016.01>

- Chang, Y.-C., Shire, S., Shih, W., & Kasari, C. (2024). Developmental Play Skills as Outcomes of Early Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(12), 4369-4375. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06147-8>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Les méthodes de recherche du DBA. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Clark, G. F., & Kingsley, K. L. (2020). Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood : Birth–5 Years. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 7403397010p1-7403397010p42. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743001>
- Coron, C. (2020). Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? *BàO La Boîte à Outils*, 12-13. <https://doi.org/10.3917/dunod.coron.2020.01>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/DSM-5_Manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf
- Davis, A., & Polatajko, H. J. (2006). The occupational development of children. In *Occupational Therapy with Children : Understanding children's occupations and enabling participation* (p. 136-157). Blackwell.
<https://doi.org/10.1080/07380570802244605>
- De Mourat, R., Ocnareescu, I., Renon, A.-L., & Royer, M. (2015). Méthodologies de recherche et design : Un instantané des pratiques de recherche employées au sein d'un réseau de jeunes chercheurs: *Sciences du Design*, n° 1(1), 68-75.
<https://doi.org/10.3917/sdd.001.0068>

- De Sardan, J.-P. O. (2000). Le « je » méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417.
<https://doi.org/10.2307/3322540>
- Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Dijkstra-de Neijls, L., Boeke, D. B., Van Berckelaer-Onnes, I. A., Swaab, H., & Ester, W. A. (2024). Parental Stress and Quality of Life in Parents of Young Children with Autism. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01693-3>
- Doucet, H. (2002). La recherche qualitative. In *L'éthique de la recherche : Guide pour le chercheur en sciences de la santé* (p. 225-248). Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.13766>
- Du, X., Sun, L., & Dong, Q. (2024). A family perspective for the mechanism of parent-child conflict on maternal anxiety in Chinese children with autism. *BMC Psychology*, 12(1), 286. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01786-7>
- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 112(2), 29-42. <https://doi.org/10.3917/geco.112.0029>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families : Principles and guidelines for practice*. Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. Presses de l'Université de Montréal.

<https://doi.org/10.4000/books.pum.13812>

Ferland, F. (2012). Chapitre 8. Le jeu, tel que conçu dans le modèle ludique. *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 113-123). De Boeck Supérieur.

<https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0113>

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.

<https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>

French, L. R, B., A., Hyde, K. L., & Fombonne, E. (2013). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In M. D. L. A. Robinson-Agramonte (Éd.), *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorder* (Vol. 1-43, p. 3-24). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-391924-3.00001-6>

Gillet, P., Guet, A., & Bonnet-Brilhault, F. (2021). *Trouble du spectre de l'autisme*. Retz.

Ginsburg, K. R., and the Committee on Communications, & and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2697>

Gonthier, F. (2004). Weber et la notion de « compréhension »: *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 116(1), 35-54. <https://doi.org/10.3917/cis.116.0035>

Groupement National centres ressource autisme. (s. d.). *Autisme et Parentalité : Un guide pour les parents d'enfants autistes et pour les parents autistes*. https://www.autisme-france.fr/f/4f3f72eb79a349e65274f7c838ecddad68dd2611/Autisme-et-Parentalite_GNCRA_2021.pdf

Haute Autorité de Santé. (2018a, février). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent

Haute Autorité de Santé. (2018b, février 19). *Autisme de l'enfant : Accélérer les étapes jusqu'au diagnostic, agir sans attendre*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2829131/fr/autisme-de-l-enfant-acceler-les-etapes-jusqu-au-diagnostic-agir-sans-attendre

Haute Autorité de Santé. (2026). *Trouble du spectre de l'autisme : Interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-02/reco463_recommandation_tsa_mel.pdf

Houzel, D. (2002). IV – Les enjeux de la parentalité. In *La parentalité* (p. 61-70). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.soli.2002.01.0061>

INSERM. (2024, août 30). Autisme : Un trouble du neurodéveloppement qui affecte les relations interpersonnelles. *Inserm*. <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : Un domaine en expansion. In *Les représentations sociales* (Vol. 7, p. 53). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>

Juignet, P. (2021). *Neutralité axiologique*. Philosophie, Science et Société. <https://philosciences.com/neutralite-axiologique>

Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism : A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611-620. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x>

- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Lambert-Chan, M. (2012). Qu'est-ce que l'éthique de la recherche ? In *Petit guide de survie des étudiants* (p. 105-108). Les Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.1515/9782760627987-030>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
<https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Leroux, C. (2014). L'ergothérapie : L'apport d'une dynamique spécifique dans l'évaluation des traumatisés crâniens. *Une série du journal de médecine légale*, 57, 91-99.
- Maison de l'autisme. (s. d.). Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) dans l'autisme. <https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/pco-autisme/>
- Majnemer, A. (2009). Promoting participation in leisure activities : Expanding role for pediatric therapists. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1080/01942630802625163>
- Marquet, J., Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2022) Objectifs et démarche. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (6^e éd., p. 11-26). Armand Colin. <https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950-page-11>
- Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (s. d.). *Le plan autisme 2013—2017*. sante.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-handicap/1-autisme/le-plan-autisme-2013-2017/>

- Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2019, janvier 10). *Bilan et intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement*. handicap.gouv. <https://handicap.gouv.fr/bilan-et-intervention-precoc-pour-lautisme-et-les-troubles-du-neuro-developpement>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2025). *Des aides pour les parents : La guidance parentale* [Rapport officiel]. Gouvernement français.
<https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2025-09/Guide-Guidance-parentale-2025-FALC.pdf>
- Mon parcours handicap. (2026, janvier 20). *Troubles du neurodéveloppement autisme : Le forfait d'intervention précoce*.
<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/troubles-du-neurodeveloppement-autisme-le-forfait-dintervention-precoc>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
https://www.furet.com/media/pdf/feuillestage/9/7/8/2/3/5/3/2/9782353273775.pdf?srlt_id=AfmBOoroSfID6Mdn8rLDoqY292vzzRua-c8orEmWLbJhcxdTxH6HvBZ
- Morozini, M. (2015) Exploring the Engagement of Parents in the Co-Occupation of Parent-Child Play: An Occupational Science's Perspective. *International Journal of Prevention and Treatment* 4, 11-28.
- Naber, F. B. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., Dietz, C., Van Daalen, E., & Van Engeland, H. (2007). Play Behavior and Attachment in Toddlers with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 857-866. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0454-5>

- Ochoa-Torres, C., & Lelong, I. (2002). X – La fonction parentale : Approche sous l’angle de la théorie de l’attachement. In *La parentalité* (p. 173-192). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.soli.2002.01.0173>
- Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10* (10e révision). Organisation mondiale de la santé.
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma : A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 800-810. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w>
- Pérugien, S. (s. d.). Le syndrome d’asperger, on en parle ? *Conférence des grandes écoles*. <https://www.cge.asso.fr/syndrome-dasperger-on-parle/>
- Phoenix, M., Jack, S. M., Rosenbaum, P. L., & Missiuna, C. (2020). A grounded theory of parents’ attendance, participation and engagement in children’s developmental rehabilitation services : Part 2. The journey to child health and happiness. *Disability and Rehabilitation*, 42(15), 2151-2160. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555618>
- Pickens, N. D., & Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation : Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151-156. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686656>
- Pierce, D. (2001). Untangling Occupation and Activity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Pierce, D. (2003). *Occupation by design : Building therapeutic power*. Davis. <https://archive.org/details/occupationbydesi0000pier/page/n9/mode/2up>

- Pierce, D. (2009). Co-occupation : The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686663>
- Pierce, D., & Marshall, J. (2004). Co-occupation: A model for understanding occupational engagement. *Occupational Therapy in Health Care*, 18(3), 89-106.
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A. & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 22-36).
- Quemin, A., Beaud, S., Weber, F., Peretz, H., (1999). Guide de l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 40(2), 430. <https://doi.org/10.2307/3322778>
- Ray-Kaesler, S., & Lynch, H. (2016). 12 Occupational Therapy Perspective on Play for the Sake of Play. In S. Besio, D. Bulgarelli, & V. Stancheva-Popkostadinova (Éds.), *Play development in children with disabilities* (p. 155-165). De Gruyter Open.
<https://doi.org/10.1515/9783110522143-014>
- Rodger, S., & Keen, D. (2017). Child and family-centred service provision. In *Occupation-Centred Practice with Children*. Wiley Blackwell. <https://eurofamnet.eu/agencies-skills-standards/useful-documents/rodger-s-keen-d-2017-child-and-family-centred-service>
- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). Introduction to Occupation-centred Practice for Children. In *Occupation-Centred Practice with Children : A Practical Guide for Occupational Therapists*. <https://doi.org/10.1002/9781394323449.ch1>
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-Centred Service. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 18, 1-20.
https://doi.org/10.1300/J006v18n01_01

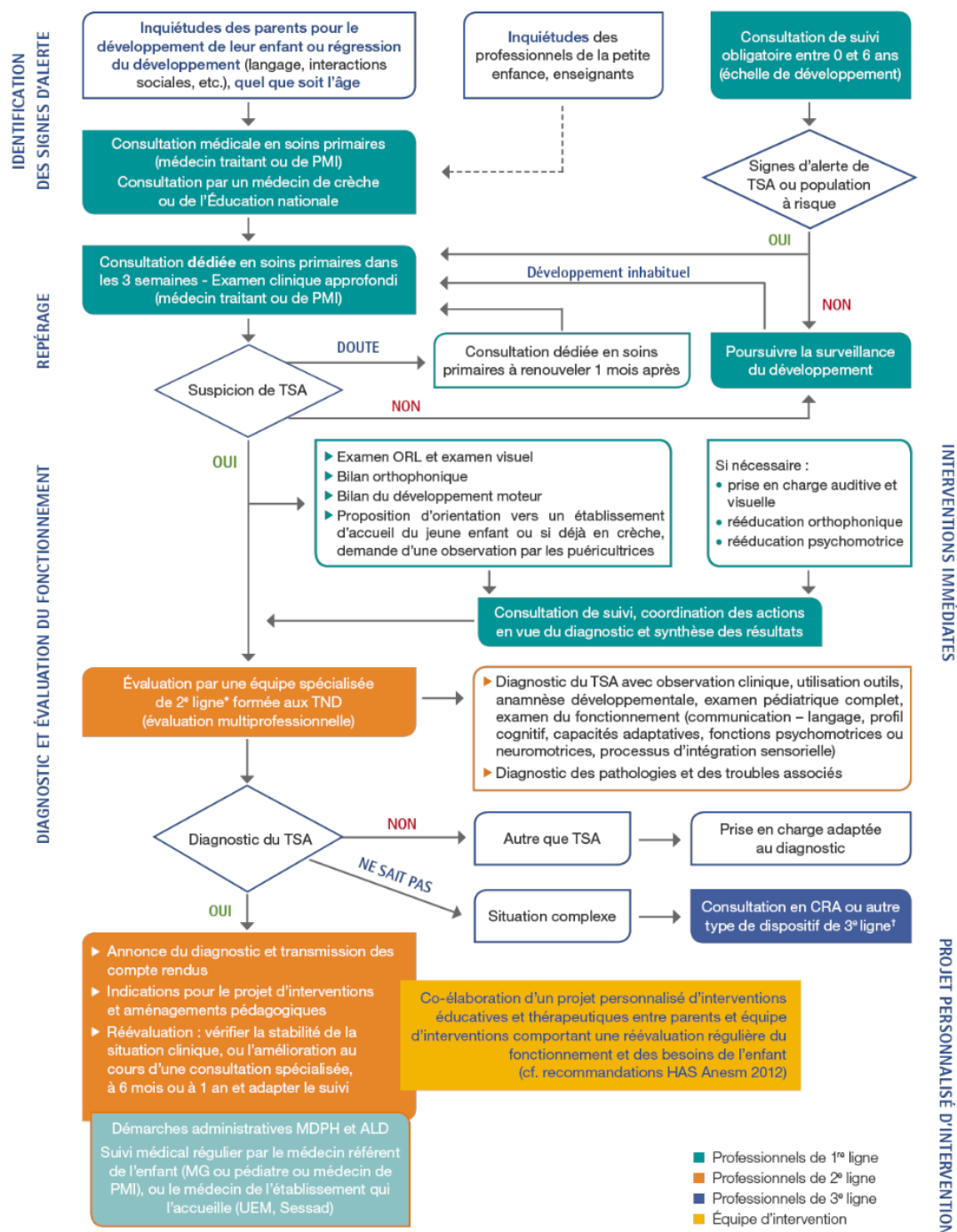
- Rossini-Drecq, E., & Tétreault, S. (Éds.). (2020). *L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans : Guide de pratique*. De Boeck Supérieur.
- Sauvayre, R. (2021). Le guide d'entretien. In *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd., p. 29-60). Armand Colin.
- Schwab, P.-N. (2022, février 9). Guide d'entretien : Exemples, méthode, conseils pour le préparer. *Conseils en marketing*. <https://www.intotheminds.com/blog/guide-entretien/>
- SIFEf. (s. d.). *Diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Référentiel de compétences*.
<https://sifef.fr/wp-content/uploads/2022/11/ERGO-Annexe-II-Competences-definitifs1.pdf>
- Tanneau, C. & Bidal, E. (2021). Le développement du répertoire occupationnel des enfants entre 0-6 ans. Comment l'accompagner en ergothérapie. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez un Enfant (A.N.A.E)*.
- The American Journal of Occupational Therapy. (2020). *Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process—Fourth Edition*. 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Tomchek, S. D., & Koenig, K. P. (2016). *Occupational therapy practice guidelines for individuals with autism spectrum disorder*. AOTA Press, The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Toth, K., Munson, J., N. Meltzoff, A., & Dawson, G. (2006). Early Predictors of Communication Development in Young Children with Autism Spectrum Disorder : Joint Attention, Imitation, and Toy Play. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 993-1005. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0137-7>
- Townsend E.A. & Polatajko H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Association canadienne des ergothérapeutes.

- Van Niekerk, K., Stancheva, V., & Smith, C. (2023). Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 29.
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2079>
- Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., & Silverman, W. (2017). Parenting a Child with ASD : Comparison of Parenting Style Between ASD, Anxiety, and Typical Development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2873-2884.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3210-5>
- Watson, D. N., & Wilson, S. A. (2003). *Task Analysis : An individual and population approach* (2nd. éd.). American Occupational Therapy Association.
- World Federation of Occupational Therapists. (2026). *Association Nationale Francaise des Ergotherapeutes (ANFE) 's definition of occupational therapy in own language*.
<https://wfot.org/member-organisations/france-association-nationale-francaise-des-ergotherapeutes-anfe>
- Yanez, I., & Joseph, V. (2012). Spécificités de l'action précoce. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 399-414). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0399>

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Parcours de diagnostic.....	I
Annexe 2 : Schéma du modèle ludique de Ferland	II
Annexe 3 : Formulaire de consentement de l’entretien exploratoire	III
Annexe 4 : Annonce réseaux sociaux.....	IV
Annexe 5 : Le guide d’entretien	V
Annexe 6 : Formulaire de consentement dans le cadre d’un travail de recherche	VIII
Annexe 7 : Le guide d’analyse.....	IX

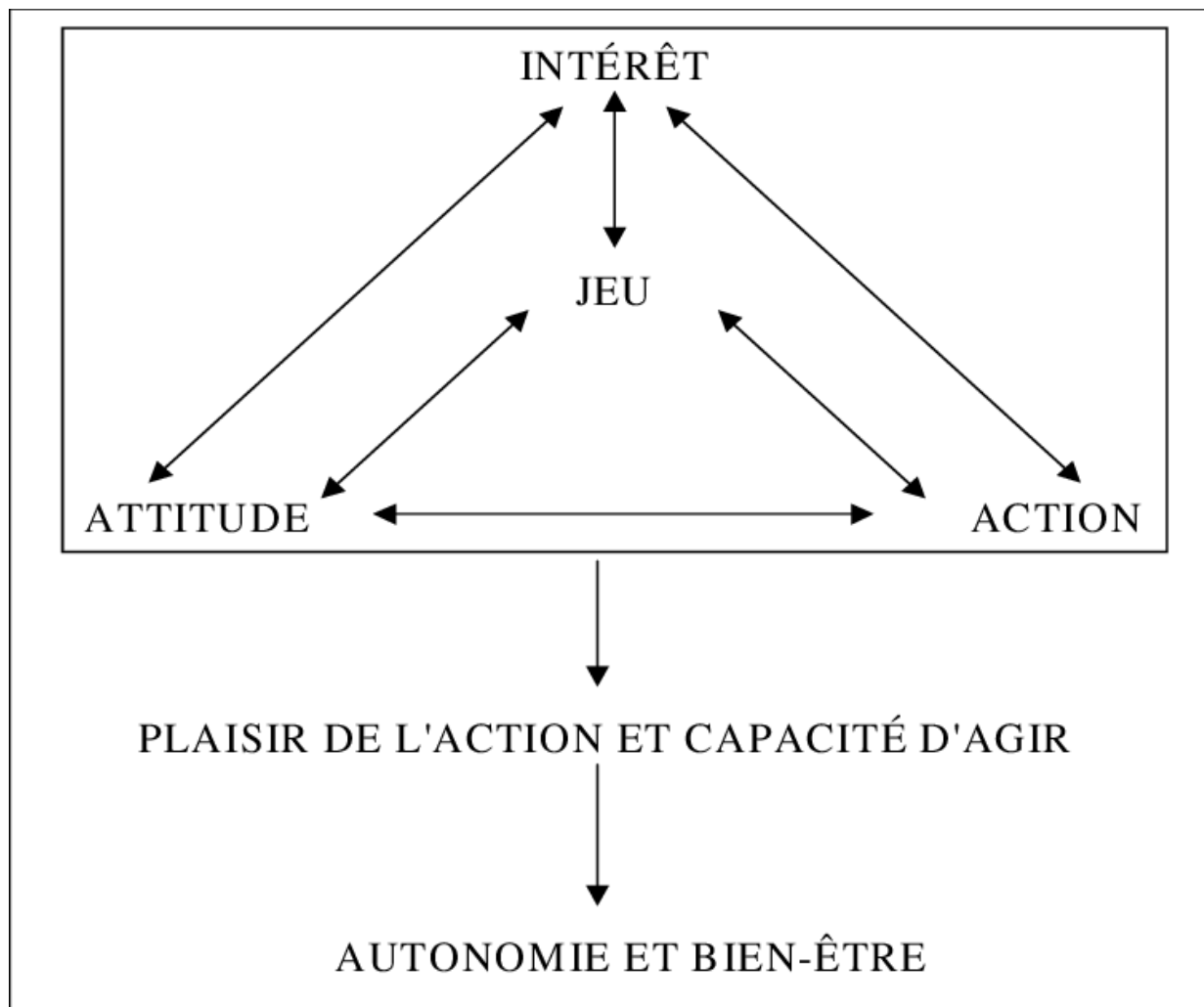
Annexe 1 : Parcours de diagnostic



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

Haute Autorité de Santé. (2018a, février). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent

Annexe 2 : Schéma du modèle ludique de Ferland



(Ferland, 1998, p.67)

Annexe 3 : Formulaire de consentement de l'entretien exploratoire

Je suis Léna ROGÉ, et je vous sollicite dans le cadre de mon travail de mémoire de fin d'étude d'ergothérapie de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Rouen.

L'objectif principal de cet entretien est d'explorer la spécificité et le vécu des parents d'enfants présentant des signes de troubles du spectre autistique, avant le diagnostic, afin de comprendre leurs expériences quotidiennes, émotionnelles et leurs interactions avec leur enfant, ainsi que les ressources et soutiens mobilisés.

Afin de recueillir des éléments de réponses, je vais vous poser des questions. Cela va durer entre 20 et 30 minutes. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions et vous pouvez mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez. Vous pouvez aussi ajouter des éléments ou faire des remarques qui pourront enrichir notre entretien. Vous pouvez revenir sur une réponse faite préalablement s'il vous semble avoir oublié un élément.

Les entretiens sont enregistrés afin de me permettre de les retranscrire sans oublis, avec précision. Je pourrai alors les analyser. Vous serez anonymisé durant ce travail.

L'enregistrement sera détruit après son analyse.

Je, soussigné.e,
accepte de participer à cet entretien exploratoire et autorise ainsi Léna ROGÉ à m'interroger dans le cadre de son mémoire de recherche, et à enregistrer cet entretien.

Le, à

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Mémoire d'initiation à la recherche



RECHERCHE ERGOTHÉRAPEUTES



Sujet: La **co-occupation** parent-enfant ayant une **suspicion de TSA** dans le cadre de l'**intervention précoce**.

Si vous:

- Correspondez aux critères d'inclusion (décrits dans le post)
 - Etes disponible pour échanger lors d'un entretien semi-directif,
- Alors, je vous remercie de me contacter par mail.

N'hésitez pas également à partager cette publication ou à la transmettre à des collègues susceptibles d'être intéressé-e-s

Léna Rogé
lenaroge5@gmail.com



Annexe 5 : Le guide d'entretien

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions principales	Questions de relance	Hypothèses
Population interrogée	Caractéristiques et parcours professionnel	Années d'expérience	Depuis combien de temps exercez-vous ?		
		Domaines exercés	Dans quels types de structures avez-vous travaillé ? Avec quels types de population ?		
	Expérience avec le TSA	Population rencontrée	Avec quels types de population avez-vous exercé ?		
		Durée d'expérience auprès de la population	Depuis combien de temps accompagnez-vous les parents et les enfants présentant une suspicion de Trouble du Spectre Autistique ?		
		Contexte d'intervention	Avec quelle tranche d'âge d'enfants travaillez-vous le plus souvent ? Dans quel contexte de prise en charge (cabinet, structure, PCO) ? En libéral : prescription par un médecin en cabinet ou via la PCO ? En structure : comment la prise en charge est-elle initiée ? Êtes-vous conventionné avec la PCO TND 0-6 ans ?		
Intervention précoce et objectifs	Priorités thérapeutiques	Développement global ; participation occupationnelle ; interaction sociale ; autonomie ; engagement dans l'activité	Lors des premières séances avec un enfant présentant une suspicion de TSA, quels sont vos objectifs principaux ? La prescription mentionne-t-elle les objectifs ou les orientations de la rééducation à mettre en place ?	Quels éléments vous semblent prioritaires au début de l'accompagnement ? Cherchez-vous à favoriser la participation de l'enfant dans certaines activités ?	
	Adaptation clinique	Incertitude diagnostique ; adaptation des objectifs ; attentes parentales	En quoi le contexte de suspicion de TSA influence-t-il votre manière d'intervenir ?	L'absence de diagnostic modifie-t-elle votre posture ou vos objectifs ?	

La co-occupation	Représentation professionnelle	Définition ; dimension relationnelle ; partage d'activité ; interaction parent-enfant	Comment définiriez-vous la co-occupation dans votre pratique en ergothérapie ?	Comment cela se manifeste concrètement en séance ? Quels signes vous montrent qu'il y a réellement une co-occupation ?	H1 et H2
	Place de la co-occupation dans l'intervention	Importance accordée ; objectifs thérapeutiques ; fréquence des situations parent-enfant	Quelle place accordez-vous aux moments partagés entre le parent et l'enfant dans votre accompagnement ?	Cherchez-vous à travailler ces moments de manière intentionnelle ? Dans quelles situations ?	H1 et H2
	Facilitation de la co-occupation	Stratégies professionnelles, adaptation de l'activité, implication parentale	Comment favorisez-vous concrètement les moments de co-occupation entre le parent et l'enfant ?	Quelles stratégies utilisez-vous pour soutenir ces moments partagés ? Quelles difficultés peuvent empêcher ces situations de co-occupation ?	
Utilisation du Modèle ludique de Ferland	Connaissance du modèle	Connaissance théorique ; formation	Quel modèle conceptuel utilisez-vous dans votre pratique ? Connaissiez-vous le modèle ludique développé par Francine Ferland ?	L'avez-vous découvert pendant votre formation ou dans votre pratique professionnelle ? Comment le définiriez-vous brièvement ?	H1
	Utilisation du modèle dans la pratique	Intégration dans les séances ; place dans l'intervention précoce	Utilisez-vous le modèle ludique de Ferland dans votre pratique avec les jeunes enfants présentant une suspicion de TSA ?	Si oui, comment l'intégrez-vous concrètement dans vos séances ? Si non, utilisez-vous d'autres approches autour du jeu ?	H1
	Engagement de l'enfant	Curiosité ; initiative ; exploration ; engagement dans l'activité	Observez-vous des changements dans l'engagement de l'enfant lorsque vous utilisez le modèle ludique ?	Quels signes vous montrent que l'enfant adopte une attitude ludique ?	H1
	Interaction parent-enfant	Plaisir partagé ; qualité des interactions, participation parentale	Selon votre expérience, l'utilisation du modèle ludique influence-t-elle la qualité des interactions entre le parent et l'enfant ?	Quels signes vous montrent qu'il y a un plaisir partagé dans l'activité ? Comment le parent réagit-il à ces moments ?	H1

	Lien avec la co-occupation	Moments partagés ; participation conjointe	Selon vous, l'utilisation modèle ludique peut-il favoriser la co-occupation entre le parent et l'enfant ?	Pouvez-vous donner un exemple de séance où l'utilisation a permis ou non ?	H1
Guidance parentale	Modalités de la guidance	Explications ; démonstrations ; modélisation ; observation partagée ; conseils	Comment accompagnez-vous les parents dans la compréhension de leur enfant ?	Comment mettez-vous en place cette guidance pendant les séances ? Pouvez-vous donner un exemple concret ?	H2
	Sentiment de compétence parentale	Confiance parentale ; initiative dans l'interaction ; reproduction des stratégies à la maison	Observez-vous une évolution du sentiment de compétence des parents au cours de l'accompagnement ?	Quels signes montrent que les parents se sentent plus à l'aise avec leur enfant ? Ont-ils tendance à reproduire certaines stratégies à la maison ?	H2
	Compréhension de l'enfant par les parents	Compréhension des signaux ; interprétation des comportements	Comment aidez-vous les parents à mieux comprendre les besoins et les comportements de leur enfant ?	Utilisez-vous des outils ou des stratégies spécifiques ? Comment vérifiez-vous que les parents comprennent ces signaux ?	H2
	Effets sur la co-occupation	Qualité émotionnelle des moments partagés ; plaisir partagé ; fluidité des interactions	Selon vous, la guidance parentale influence-t-elle les moments partagés entre le parent et l'enfant ?	Quels signes montrent que ces moments deviennent plus agréables ou plus fluides ?	H2
Ouverture		Information supplémentaires	Y a-t-il autre chose que vous souhaitez partager sur la manière dont vous facilitez la co-occupation entre le parent et l'enfant dans votre pratique ?		H1 et H2

Annexe 6 : Formulaire de consentement dans le cadre d'un travail de recherche

Je suis Léna ROGÉ, et je vous sollicite dans le cadre de mon travail de mémoire de fin d'études en ergothérapie à l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Rouen.

L'objectif principal de cet entretien est d'explorer comment l'ergothérapeute facilite les situations de co-occupation entre le parent et l'enfant présentant une suspicion de Trouble du Spectre Autistique (TSA), dans le cadre de l'intervention précoce.

Afin de recueillir des éléments de réponses, je vais vous poser des questions. L'entretien durera environ 30 et 45 minutes. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions et vous pouvez mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez. Vous pouvez également ajouter des éléments ou faire des remarques susceptibles d'enrichir notre entretien. Il vous sera aussi possible de revenir sur votre réponse précédente s'il vous semble avoir oublié un élément.

Les entretiens sont enregistrés afin de me permettre de les retranscrire avec précision et sans oubli. Les données recueillies seront analysées dans le cadre de ce travail de recherche. Votre identité sera anonymisée durant ce travail.

L'enregistrement sera supprimé après son analyse.

Je, soussigné(e),
accepte de participer à cet entretien et autorise ainsi Léna ROGÉ à m'interroger dans le cadre de son mémoire de recherche, ainsi, qu'à enregistrer cet entretien.

Le, à

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annexe 7 : Le guide d'analyse

Thèmes	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Hypothèses
Population interrogée	Années d'expérience	"J'ai été diplômée en 2019"	"J'exerce en tant qu'ergothérapeute depuis 17 ans maintenant"	"Je suis diplômée depuis juin 2023, cela va faire bientôt trois ans que j'exerce"	"J'exerce principalement [...] en libéral depuis 2011"	"Je suis ergothérapeute depuis 2017"	
	Domaines exercés	"J'ai travaillé en service de SSR à l'hôpital, en SESSAD, en libéral et au CMP"	"J'ai travaillé en réinsertion professionnelle [...] ensuite en équipe spécialisée Alzheimer et maintenant en libéral"	"J'ai déjà travaillée en service adulte (SAVS), au SESSAD, au CAMPS et en libéral."	"J'ai travaillé essentiellement en libéral"	"J'ai exercé en EHPAD, dans une MAS, et en libéral depuis 2025."	
	Population rencontrée	"Je vois globalement que des enfants avec des troubles du neurodéveloppement et des troubles du spectre de l'autisme"	"Je rencontre plutôt les enfants de primaire, entre cinq et neuf ans, même si j'en ai quand même en maternelle"	"Je vois une population exclusivement pédiatrique entre huit mois et 15 ans avec beaucoup de TND."	"Je travaille auprès d'un public adulte et pédiatrique avec des troubles du neurodéveloppement (80% de ma clientèle)"	"Je rencontre des enfants en libéral, des personnes âgées en EHPAD et des adultes polyhandicapés en MAS"	
	Durée d'expérience auprès de la population TSA et des parents	"J'accompagne ces profils depuis 2022 2023 au CMP pour le parcours diagnostic"	"Je les accompagne depuis que je suis en libéral, soit environ 10 ans"	"J'accompagne ces enfants depuis août 2023."	"J'accompagne cette population jeune entre 3-4 ans, depuis le début de mon activité en libéral donc environ 15 ans."	"J'accompagne des enfants en suspicion de TSA depuis environ 3 ou 4 années"	
	Contexte d'intervention	"Aujourd'hui j'interviens en libéral et au CMP, et je suis conventionnée avec la PCO TND 0-6 ans."	"Je travaille en libéral et je suis conventionnée avec la PCO TND 0-6 et 7-12 mais aussi avec la PCPE qui a été mis en place pour les enfant atteint de TSA."	"Je travaille avec cette population au CAMSP et en libéral via la PCO TND 0-6 ans."	"Je travaille en libéral, essentiellement dans les écoles directement ou au cabinet [...] conventionné PCO TND 0-6 ans."	"Aujourd'hui j'exerce en libéral en étant conventionnée PCO et où je rencontre les enfants suspecté TSA."	
Intervention précoce et objectifs	Développement global ; participation occupationnelle ; interaction sociale ; autonomie ; engagement	"Mes objectifs sont de tisser un bon lien de confiance avec les parents et le patient et avec tous les gens qui l'entourent. C'est aussi de faire le point sur les capacités motrices, attentionnelles, relationnelles et sensorielles en fonction de son développement grâce à des bilans. Je privilégie l'engagement du jeune. Je pars des plaintes de l'enfant et surtout de sa famille pour créer ensemble des objectifs. Sur la prescription, les objectifs ne sont pas directement inscrits, elle reste très large."	"Mes objectifs sont très variés et dépendent du bilan, mais principalement la communication et le péring pour créer un lien. Le péring c'est l'idée c'est de faire en sorte de se rendre intéressant pour l'enfant. C'est en fait de créer un lien avec l'enfant et qu'il ait envie de faire des choses avec nous."	"Je me base sur l'OT HOPE pour déterminer les objectifs avec les parents et l'enfant. Les demandes fréquentes sont la gestion de la frustration, les troubles du comportement, et les particularités sensorielles."	"Chez les tout-petits, on est vraiment plus sur la sensorialité et la mise en place d'aménagements scolaires ou l'autonomie au domicile"	"Je m'axe sur le développement de l'autonomie au quotidien, la motricité fine, la planification et la gestion des émotions comme la frustration ou échec."	
	Incertitude diagnostique ; adaptation des objectifs ; attentes parentales	"La suspicion n'influence pas ma façon d'accompagner, je m'adapte à la sensibilité des familles et où s'en sont par rapport au diagnostic de leur enfant [...] c'est après au fur et à mesure de l'accompagnement où certaines réactions ou comportements qui me font penser à de l'autisme."	"Je traite un profil de compétences plutôt qu'une pathologie, donc ça n'a pas d'impact"	"La suspicion influence mon regard et ma vigilance aux signes en libéral. Au CAMSP, l'approche est plus prudente avec une équipe pluridisciplinaire car les familles sont parfois orientées par les services de protection."	"Le mot suspicion, j'en tiens pas beaucoup compte. [...] Mon bilan vient souvent conforter la suspicion initiale"	"La suspicion n'influence pas ma manière d'agir, mais m'incite à proposer systématiquement un profil sensoriel. Et mes objectifs viendront suite à mes bilans et ce que j'ai observé."	

La co-occupation	Définition : dimension relationnelle ; partage d'activité ; interaction parent-enfant	"Pour moi, c'est pouvoir faire la même chose que son enfant, en fonction de ses capacités [...]. C'est de pouvoir réaliser quelque chose, une activité de concorde avec son enfant en relation avec son parent."	"Je la définis comme une occupation qui est partagée par deux personnes."	"Ce sont les activités qu'ils vont faire en commun avec quelque'un, comme leur parent [...]. Il va y avoir toutes les activités d'autonomie genre l'enfant il est dépendant du parent [...]. mais il va aussi y avoir le jeu où en fait quand les parents vont jouer avec l'enfant."	"C'est partager une activité entre le parent et l'enfant."	"C'est un moment ou une activité qu'un enfant réalise en interaction avec le parent"	H1 et H2
	Importance accordée ; objectifs thérapeutiques ; fréquence des situations parent-enfant	"Elle ne prend pas la majeure partie de mon accompagnement car ce n'est pas la plante des familles en premier."	"Elle a une place importante chez les jeunes enfants car le quotidien car toilette, habillage, repas, coucher est fait de co-occupations."	"Je la travaille beaucoup en libéral car si je le fais pas personne le fait, contrairement au CAMSP où c'est pluridisciplinaire. L'éducatrice la travaille aussi, donc je m'en occupe moins."	"Ce n'est pas quelque chose que je propose systématiquement en séance."	"Elle prend une grande place ; j'ai un temps d'échange systématique avant et après la séance avec le parent pour favoriser la communication autour de l'enfant. [...] Quand c'est des séance à l'école, c'est plus difficile de travailler la co-occupation parce que je ne vois pas les parents, ça se fait plutôt par des messages ou par téléphone."	H1 et H2
	Stratégies professionnelles, adaptation de l'activité, implication parentale	"J'envoie un message à la fin chaque séance aux parents pour leur dire ce qu'on a travaillé, quel objectif et ce qu'il faut mettre en place à la maison. Mais parfois aussi [...] je fais la séance en cabinet avec le parent pour observer leur interaction"	"Je propose des séances en binôme et de la guidance parentale pour adapter les stratégies aux habitudes culturelles de la famille."	"Je demande des objectifs occupationnels clairs (ex: brossage de dents). Pour travailler les co-occupations, on est soit obligé d'avoir les parents en séance, soit obligé d'avoir des temps sans l'enfant en séance pour faire des points avec les parents."	"J'essaie de leur proposer de prendre le relais à la maison en leur montrant ce qu'on a fait au cabinet, 10 minutes avant la fin de la séance. [...] C'est beaucoup d'échanges."	"J'inclus le parent dès que possible, par de la mise en situation directe en cabinet."	H1 et H2
	Connaissance théorique ; formation	"Je connais ce modèle, je sais que c'est Francine Ferland qui l'a défini. C'est une approche centrée autour du jeu."	"Je ne le connais pas suffisamment bien mais il est très proche du modèle utilisé en intégration sensorielle, qui utilise le jeu pour intervenir."	"J'utilise le jeu de manière un peu inconsciente, sans me dire que je suis ce modèle précis."	"Je n'ai pas été formée spécifiquement, mais j'utilise le jeu comme super outil."	"Je pense que ma pratique se rapproche énormément du modèle ludique de Francine Ferland, car j'utilise le jeu."	H1
	Intégration dans les séances ; place dans l'intervention précoce	"Je l'utilise pour que l'enfant travaille sans se rendre compte qu'il travaille."	"Je l'intègre via l'intégration sensorielle où l'on est dans le jeu en permanence."	"Je passe obligatoirement par le jeu pour avoir l'adhésion de l'enfant, surtout en intervention précoce."	"C'est le côté ludique qui permet d'avoir la participation de l'enfant que l'on n'aurait pas sur du scolaire, et pour les très jeunes c'est essentiel"	"Je passe beaucoup beaucoup par le jeu car c'est ce qui plaît et stimule le jeune enfant."	H1
Modèle ludique de Ferland	Curiosité ; Initiative ; exploration ; engagement dans l'activité	"Les enfants sont tout de suite plus investis et redemandent des exercices. Ça leur permet d'être vraiment engagé dans la séance, et d'avoir plus d'envie."	"Le but est que l'enfant soit toujours moteur et motivé. Je cherche le juste défi."	"Le jeu permet l'investissement. Je dis rarement aux enfants : bon allez on va travailler."	"Ils sont intéressés, engagés, ils sont investis. Le jeu permet une forme de désinhibition."	"Le jeu stimule et aide à maintenir les capacités motrices et cognitives tout en explorant l'environnement, et induire de la curiosité chez l'enfant."	H1

Guidance parentale	Plaisir partagé ; qualité des interactions, participation parentale	"Je ne pense pas que mon approche ludique modifie la relation parent-enfant même si on utilise le jeu ensemble car je ne les vois que 45 min."	"Le jeu monte aux parents ce que les enfants sont capables de faire et apporte du plaisir."	"Le renarque du plaisir partagé [...] J'oriente les parents à passer par le ludique pour éviter le frontal et ça permet de mettre en place des choses. [...] Ma guidance parentale part directement du jeu"	"Le jeu fait ressortir le vrai enfant au-delà des troubles et permet donc de trouver des stratégies pour améliorer leur interaction verbale ou même non verbale avec les personnes."	"C'est un échange assez positif où l'enfant se sent valorisé de montrer le jeu à son parent, et qui rassure le parent et l'inclut directement dans le jeu avec son enfant."	H1
	Moments partagés ; participation conjointe	"J'invite les parents en séance car il n'y a pas meilleur vecteur de réussite [...] et de les faire participer ensemble"	"Le jeu crée une atmosphère pour lever le masking et montrer le vrai fonctionnement de l'enfant, et permet donc aux parents d'avoir des stratégies pour engendrer un engagement dans des moments qu'ils partagent ensemble"	"J'essaie que le parent et l'enfant puissent partager via le jeu."	"Je questionne les parents sur les jeux faits à la maison, même si c'est souvent difficile pour les TSA [...] après je n'ai aucune idée si le fait que j'utilise le jeu agit sur la co-occupation, parce que je ne fais pas de séance complètes avec les parents."	"Le parent s'investit autant qu'il peut dans les jeux que je propose au cabinet."	H1
	Explications ; démonstrations ; modélisation ; observation partagée ; conseils	"J'utilise le coaching, c'est à dire que je leur donne des outils et des stratégies pour améliorer leur quotidien et les impliquer davantage dans le suivi de leur enfant."	"J'explique le fonctionnement de l'enfant et pourquoi il réagit ainsi. Je fais des séances en binôme."	"J'utilise tous les repères en fait pour l'enfant qui vont permettre que l'enfant il s'apaise et répète dans tout son quotidien, comme des séquentielles, des plannings et des applications comme Ben le Koaia, par exemple. [...] Je conseille les parents en leur montrant en séance comment utiliser ces outils"	"J'oriente le parent et le guide pour qu'il puisse avoir un comportement et une posture plus adapté par rapport au capacité de son enfant. J'utilise des pictogrammes, timer's et routines."	"J'ai un projet d'ateliers à destination des parents sur l'explication des troubles et les répercussions quotidiennes. Pour l'instant, j'accompagne les parents en leur donnant des conseils, en leur expliquant, comment agir dans des situations difficile pour l'enfant."	H2
	Confiance parentale ; initiative dans l'interaction ; reproduction des stratégies à la maison	"Les parents sont plus investis et se sentent plus en réussite même si le changement est lent [...] et qu'il peut y avoir une résistance au changement."	"Les parents voient que j'ai des outils qui marchent comme la méthode Cog-Itu, ou des plannings qui sont facilement transposable au quotidien et qui fonctionnent bien [...] ça réhausse leur compétence parentale, mais aussi la confiance envers le professionnel."	"On voit plus d'adhésion et d'investissement des parents quand on part de leurs besoins fonctionnels, et ça augmente leur compétence parentale"	"Les parents ont parfois du mal à poursuivre les choses mis en place dans le temps à cause du rythme quotidien et de l'épuisement, donc au début ils ont un sentiment de compétence et de confiance parentale, mais qui s'estompe peu à peu."	"La guidance installe une confiance entre le parent et le professionnel, ce qui facilite la cohésion et la reproduction à la maison."	H2
	Compréhension des signaux ; interprétation des comportements	"Elle permet aux parents de mieux comprendre la démarche et d'être acteurs. [...] Je demande aux parents comment ils pensent qu'ils peuvent faire, pour les rendre acteurs."	"Le but est que le parent reparte avec plus de connaissances sur le fonctionnement de son enfant."	"J'explique que sans communication, le cri est le seul moyen pour l'enfant d'exprimer son besoin. [...] Parfois les parents reviennent en disant j'ai réussi à utiliser tels outils pour faire cette activité, je suis contente."	"J'aide à interpréter si le déclencheur est la sensorialité ou les codes sociaux. [...] chaque enfant est vraiment différent."	"Il y a une meilleure connaissance du fonctionnement de l'enfant grâce aux explications, car quand ils reviennent vers moi ils interprète plus facilement le comportement de leur enfant."	H2
	Qualité émotionnelle des moments partagés ; plaisir partagé ; fluidité des interactions	"J'essaie de favoriser un climat plus serein possible avec le plus de plaisir des deux côtés [...] et plus dédnu."	"La guidance permet aux parents de comprendre leur enfant et donc diminue le stress, surtout quand l'enfant ne dort pas et que les parents sont épuisés."	"Cela permet que les parents soient fiers de partager un moment de jeu."	"La guidance influence positivement les moments partagés, mais surtout il permet vraiment d'améliorer l'interaction entre les deux"	"Cela influe forcément de façon positive sur le travail entre le parent et l'enfant."	H2

Ouverture	Informations supplémentaires	"Je souligne la différence entre le libéral avec des familles autonomes, et demandeuse d'amélioration du quotidien donc assez investi et le CMPP où les familles sont en difficulté sociale et c'est plus difficile d'inclure les parents qui sont résistants."	"Je préconise de ne jamais culpabiliser les parents. Si il ne mette pas en place ce qu'on leur propose ce n'est pas une absence d'effort."	"Vraiment l'adhésion des parents, le lien de confiance et partir de leurs attentes et de pourquoi ils viennent, c'est indispensable parce que si on n'a pas tout ça [...] On n'y arrive pas en tant que professionnel [...] Je rappelle aussi que l'autonomie et le lien parent-enfant sont notre bataille commune en équipe pluridisciplinaire."	"Je note que est une période de grand changement et d'épuisement pour les parents de jeunes TSA."	"Je pense qu'il faut une meilleure éducation de la population générale sur la diversité des profils TSA (formes légères vs sévères)."	H1 et H2
-----------	------------------------------	---	--	---	---	---	----------

Title: Occupational therapy and suspected autism spectrum disorder: supporting parent-child co-occupation in early intervention

Background: Autism Spectrum Disorder (ASD) affects early social communication and can impact children's daily activities, especially play with parents. In France, out of 100 000 children affected by ASD, the diagnosis is usually formalised between 3 and 5 years old, a key period for development. These difficulties can challenge parent-child interactions, raising issues regarding their co-occupation and the role of Occupational Therapy (OT) in supporting early activities.

Purpose: This study aims to explore how occupational therapists promote co-occupation between parents and young children with suspected ASD in the context of early intervention.

Methodology: This study uses qualitative research with a hypothetico-deductive approach. Data were collected through semi-structured interviews with OTs working in early intervention and paediatric settings.

Results: Five OTs were interviewed. Play emerged as the primary tool to promote co-occupation, particularly when parents were involved in the session. Indeed, it generated enjoyment, revealed children's true abilities to parents, and sustained engagement. Although not always explicitly known or named, the principles of Ferland's Ludic Model, based on interest, attitude and action, were implicitly integrated into their practices, showing a stronger impact on co-occupation when parents attended the sessions. Parental guidance strengthened parental confidence and improved shared interactions through concrete strategies.

Conclusion: OTs may effectively support parent-child co-occupation through play and parental guidance, implicitly drawing on the principles of Ferland's Ludic Model even without always naming it. Beyond these findings, OTs may also informally fulfil a coordination role within the early intervention pathway, further research would be needed to explore it.

Key words: Autism Spectrum Disorder, co-occupation, early intervention, occupational therapy, parental guidance, play, parent-child interaction.

Titre : Ergothérapie et suspicion de trouble du spectre autistique : soutenir la co-occupation parent-enfant en intervention précoce

Contexte : Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) affecte la communication sociale précoce et peut impacter les activités quotidiennes des enfants, en particulier le jeu avec leurs parents. En France, sur les 100 000 enfants touchés par le TSA, le diagnostic est généralement formalisé entre 3 et 5 ans, période clé du développement. Ces difficultés peuvent mettre à l'épreuve les interactions parent-enfant, soulevant des enjeux quant à leur co-occupation et au rôle du soutien en ergothérapie au sein des activités précoces.

Objectif : Cette étude vise à explorer comment l'ergothérapeute favorise la co-occupation entre les parents et les jeunes enfants présentant une suspicion de TSA dans le cadre de l'intervention précoce.

Méthodologie : Cette recherche utilise une méthode qualitative avec une approche hypothético-déductive. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes exerçant en intervention précoce et en contexte pédiatrique.

Résultats : Cinq ergothérapeutes ont été interrogés. Le jeu s'est imposé comme un outil pour favoriser la co-occupation, particulièrement lorsque les parents étaient impliqués dans la séance. En effet, il a généré du plaisir, a révélé aux parents les vraies capacités de leur enfant et a maintenu son engagement. Sans toujours être explicitement nommés, les principes du modèle ludique de Ferland, basé sur l'intérêt, l'attitude et l'action, étaient implicitement intégrés dans leurs pratiques, montrant un impact plus fort sur la co-occupation lorsque les parents assistaient aux séances. La guidance parentale a renforcé la confiance parentale et a amélioré les interactions partagées grâce à des stratégies concrètes.

Conclusion : Les ergothérapeutes pourraient soutenir efficacement la co-occupation parent-enfant par le jeu et la guidance parentale, en s'appuyant implicitement sur les principes du modèle ludique de Ferland, sans toujours le nommer. Au-delà de ces apports, ils pourraient également exercer de façon informelle un rôle de coordination au sein du parcours d'intervention précoce, ce qui mériterait d'être exploré dans de futures recherches.

Mots-clés : Trouble du spectre autistique, co-occupation, intervention précoce, ergothérapie, guidance parentale, jeu, interaction parent-enfant.