

Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapie et violences intrafamiliales : favoriser la participation occupationnelle des enfants victimes.

VAST Louane

N° étudiant : E23/19

Promotion : 2023-2026

Sous la direction de MICHEL Capucine

Année Universitaire : 2025-2026

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

Fred Rogers

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CCJO : Cadre Collaboratif de la Justice Occupationnelle

CMP : Centre Médico-Psychologique

COSA : Child Occupational Self-Assessment.

DGAFP : Direction Général de l'Administration et de la Fonction Publique

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5e edition

HDJ : Hôpital de jour

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MIO : Modèles Internes Opérants

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

ONPE : Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure.

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

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

VIF : Violences Intra-Familiales

WFOT: World Federation of Occupational Therapists

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui m'ont soutenue, de près ou de loin, pendant la réalisation de ce travail de recherche.

Tout d'abord, j'adresse mes plus sincères remerciements aux personnes ayant participé aux entretiens. Merci pour votre confiance, votre accueil et le temps que vous m'avez accordé. Sans votre partage d'expérience et votre expertise de terrain, l'aboutissement de ce travail n'aurait pu être possible.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Capucine MICHEL, pour avoir été une personne ressource précieuse tout au long de cette année. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et tes retours qui m'ont permis d'avancer avec confiance. Ton accompagnement a été bien au-delà de ce que j'espérais. Merci d'avoir rendu cette aventure de recherche si enrichissante.

Je remercie nos référentes pédagogiques, Mme CAJOT, Mme LEBIGRE et Mme QUESNEY, pour leur bienveillance, leur écoute et leur soutien à chaque étape de ce parcours. Merci d'avoir fait de ces trois années ce qu'elles ont été.

Merci à Monsieur HEREDIA pour sa disponibilité et ses éclairages précieux sur la méthodologie de recherche. Vos conseils sont arrivés au bon moment, et ils ont compté bien plus que vous ne le pensez.

Un grand merci à ma famille pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ces trois années. Une pensée toute particulière pour ma maman, dont la présence à mes côtés a été bien plus qu'une chance. Tu as cru en moi quand je n'y croyais plus, et ce mémoire te doit beaucoup.

Merci à ma promotion, sans aucun doute la meilleure. Ces trois années à vos côtés m'ont appris autant que les cours eux-mêmes. Merci pour les fous rires, le soutien et tout ce qu'on a traversé ensemble. Une mention toute particulière pour Léna et Inès. Merci pour votre soutien, votre positivité, pour avoir été là dans les moments de doute comme dans les meilleurs. Vous avez rendu ces trois années infiniment plus belles.

Merci à mon copain. Merci d'avoir été là tout au long de cette année, nos moments partagés m'ont offert une légèreté précieuse et m'ont permis de souffler quand j'en avais le plus besoin.

Enfin, Merci à ma tante Caroline, à Fanny et bien évidemment à ma mère pour la relecture attentive de ce mémoire. Votre aide a été précieuse.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

Liberté
Égalité
Fraternité

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

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

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'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, 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 soussigné-e **VAST Louane** atteste **avoir pris connaissance**
de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne
puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Ouaijville Le 14/04/2026 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'Etat 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 soussigné(e) VAST Louane atteste :

NIA

Ne pas avoir eu recours

à l'IA ☐

GIA

Avoir généré ce travail

par l'IA ☐

AIA

Avoir utilisé partiellement

l'IA ☒

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

Nom du/des site(s) utilisé(s)

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

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

Le 22/05/2026

A Rouen

Signature



Table des matières

Introduction.....	1
II- Cadre conceptuel.....	3
1. L'enfance, une période clé	3
1.1 Définitions.....	3
1.2 Développement global.....	4
1.3 Les besoins fondamentaux	5
1.4 Les enjeux spécifiques à la seconde enfance.....	6
2. Les violences intra-familiales.....	7
2.1 Définitions.....	7
2.2 Les différentes typologies	7
2.3 Les conséquences à court et long terme	8
2.3.1 Neurobiologiques et physiques	9
2.3.2 Socio-affectives.....	10
2.3.3 Cognitives.....	10
3. La participation occupationnelle	11
3.1 Définitions.....	11
3.2 Le répertoire occupationnel de l'enfant.....	12
3.3 La spécificité des interactions sociales dans la participation	13
3.4 Retentissement des violences sur la participation occupationnelle des enfants victimes	13
4. Le rôle de l'ergothérapeute	14
4.1 L'ergothérapie en pédiatrie	14
4.2 Approche centrée sur l'occupation.....	15
4.3 Le modèle ludique.....	16
III- Problématisation et présentation des hypothèses de recherche.....	17
IV- Méthodologie employée.....	19

1. Le choix de la méthode	19
2. Approche	20
3. Population cible.....	21
4. Techniques et outils de recueil de données empiriques	22
4.1 Choix de la technique	22
4.2 Choix de l'outil.....	22
5. Outil d'analyse	23
6. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche.....	23
V. Terrain d'enquête : une évolution par induction	26
1. Entretien avec Amandine, éducatrice spécialisée.....	26
1.1 Analyse verticale	26
1.2 Evolutions.....	27
2. Entretien avec Bérénice, ergothérapeute	28
2.1 Analyse verticale	28
2.2 Evolutions.....	29
3. Entretien avec Camille, ergothérapeute.....	29
3.3 Analyse verticale	29
3.2 Evolutions.....	30
4. Entretien avec Déborah, éducatrice spécialisée	31
4.1 Analyse verticale	31
4.2 Evolutions.....	32
5. Entretien avec Enzo, ergothérapeute	32
5.1 Analyse verticale	32
5.2 Evolutions.....	33
6. Analyse thématique	34
6.1 Retentissements observés, participation occupationnelle et équilibre	34
6.2 Relations entre pairs et à l'adulte : interactions sociales.....	36

6.3	Types d'activités proposées, choix de la médiation et place du jeu.....	37
6.3.1	Les productions symboliques comme données cliniques.....	38
6.3.2	L'autodétermination comme marqueur de sécurisation.....	39
6.4	Effet du cadre prévisible, routine, rituels et temps de transition.....	39
6.5	Construction de l'alliance thérapeutique et besoin de sécurité	40
6.6	Evolutions des capacités relationnelles et transfert des acquis	42
6.7	Collaboration interprofessionnelles et relation famille/école.....	43
6.7.1	Le doute institutionnel sur la parole de l'enfant	43
6.7.2	L'ergothérapeute comme porte d'entrée involontaire de la révélation.....	44
VI.	Discussion	44
1.	Evolutions des hypothèses	45
1.1	Evolution de l'hypothèse 1.....	45
1.2	Evolution de l'hypothèse 2.....	45
1.3	Hypothèse transversale.....	47
2.	Mise en perspectives	47
2.1	Le repérage des violences : une compétence à développer.....	47
2.2	La déclaration : entre obligation légale et positionnement professionnel.....	48
2.3	Vers une lecture systémique de la situation de l'enfant	49
2.4	Les enfants victimes de VIF face à l'injustice occupationnelle	50
2.5	La restauration du sentiment d'efficacité personnelle.....	51
2.6	L'interprofessionnalité comme condition de l'efficacité	52
3.	Biais et limites.....	53
4.	Plus-value professionnelle.....	54
	Conclusion.....	56
	Bibliographie	
	Annexes	

Introduction

Fondée sur le lien indissociable entre l'activité humaine et la santé, l'ergothérapie se donne pour mission de soutenir l'autonomie et l'indépendance des individus au sein de leurs milieux de vie (ANFE, 2017). Au fil des évolutions de la profession, son champ d'intervention s'est largement ouvert aux problématiques sociales complexes, notamment celles qui impactent les populations les plus vulnérables. Ainsi, son intervention auprès de certaines populations est encore trop peu développée. Ce mémoire de fin d'études est orienté vers une population auprès de laquelle l'intervention en ergothérapie semble pertinente, mais aussi peu explorée dans la littérature. La question de départ apparaît suite à une situation clinique ayant eu lieu dans un centre médico-psychologique pour enfants.

Un enfant est reçu pour un bilan initial en ergothérapie dans le cadre de difficultés scolaires. Âgé de neuf ans, il vit en foyer suite à l'exposition répétée à des violences intrafamiliales. Lors de l'entretien, l'ergothérapeute explore l'ensemble des sphères de l'occupation particulièrement la productivité, les loisirs, mais aussi les soins personnels. L'éducatrice, accompagnant l'enfant, rapporte des difficultés scolaires, motif de la prescription de suivi en ergothérapie, mais aussi énormément de difficultés impactant significativement sa vie quotidienne. Suivant l'indication de la prescription médicale, l'ergothérapeute a donc centré son intervention sur la scolarité de cet enfant. «

L'OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2024) indique que « dans la région européenne, on estime qu'avant d'atteindre l'âge de 18 ans, 18 millions d'enfants ont subi des abus sexuels, 44 millions des violences physiques et 55 millions des violences émotionnelles ». Concernant la France, le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI, 2025), indique qu'en 2024, 57 311 mineurs ont subi des violences physiques dans un cadre intrafamilial. Cela englobe seulement les cas concernés par une plainte. De plus, 21 880 enfants ont été exposés à des violences conjugales la même année (Fédération nationale Solidarité Femmes, 2025). Le Gouvernement Français (2023) estime qu'un enfant par semaine meurt sous les coups de ses parents. Pour les enfants qui y survivent, ces violences entraînent des répercussions majeures sur l'ensemble de leurs sphères de vie. D'après l'INSPQ, l'Institut National de Santé publique du Québec, « les effets à court et à long terme de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants, et ce, peu importe la forme ». Il est observé davantage chez ces enfants un retrait social, l'engagement dans les interactions avec les pairs est difficile pour eux. Ils sont régulièrement mis à l'écart (Messina,

2024). Les comportements externalisés (agressivité, impulsivité, conduites à risque) ou internalisés (retrait, inhibition) se répercutent sur toutes les sphères de vie : difficultés à suivre les consignes, conflits récurrents, refus de pratiquer des activités... (Doroudchi et al., 2023)

L'ensemble de ces éléments fait émerger une question de départ qui est la suivante :

Quels rôles l'ergothérapeute peut-il jouer dans la prise en soins d'enfants victimes de violence intrafamiliales afin d'amoindrir l'impact sur le quotidien ?

I- Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel sert de base pour éclairer et interpréter les informations recueillies sur le terrain. Il joue également un rôle structurant dans l'élaboration de la réflexion et dans l'organisation du raisonnement (Formarier & Poirier-Coutansais, 1986). Dans cette démarche, les données issues du terrain sont croisées avec les connaissances issues de la littérature, afin de faire émerger du sens, en accord avec l'approche inductive choisie.

1. L'enfance, une période clé

1.1 Définitions

D'après le Larousse, l'enfance est définie comme une période de la vie allant de la naissance à l'adolescence. La littérature distingue la première et la seconde enfance. La première enfance comprend les années situées de la fin de l'âge du nourrisson jusqu'à la scolarisation. Elle représente donc la période située entre 2 et 6 ans. Concernant la seconde enfance, elle englobe les années de vie de la scolarisation jusqu'à l'adolescence incluant la période de vie située entre 6 et 12 ans (Larousse, s.d).

L'enfance ne se limite pas à une simple tranche d'âge biologique, mais constitue également une construction sociale et historique. Philippe Ariès (2014) montre que la manière dont l'enfance est perçue et définie varie selon les époques et les contextes culturels. L'enfance telle qu'elle est conçue aujourd'hui, comme une période spécifique nécessitant protection et attention, est donc le résultat d'une évolution des représentations sociales.

Par ailleurs, dans le champ de la psychologie du développement, l'enfant est considéré comme un acteur actif de son propre développement. Selon Jean Piaget (cité par Houdé, 2001), l'enfant construit progressivement ses connaissances à travers ses interactions avec son environnement, en passant par différents stades de développement cognitif. Cette approche met en évidence le caractère dynamique et évolutif de l'enfance, où les acquisitions ne sont pas uniquement liées à l'âge, mais également aux expériences vécues.

Enfin, certains travaux soulignent que l'enfance s'inscrit dans un processus global de socialisation. Ce concept se définit comme le processus par lequel l'individu intériorise les normes, les valeurs et les rôles propres à son groupe social, conditionnant ainsi son apprentissage des règles de vie en communauté (Darmon, 2023). L'enfant apprend petit à petit à interagir avec autrui et à s'approprier les normes sociales, notamment à travers des activités

telles que le jeu (Gaussot, 2016). Ainsi, l'enfance apparaît comme une période essentielle de construction de l'individu, à la fois sur les plans biologique, psychologique et social.

1.2 Développement global

D'après Benoit, en 2018 « le développement d'un enfant, d'un adolescent est multifactoriel. Certaines étapes sont relativement stables, marquées par des repères se référant à l'âge. Cependant, l'évaluation du développement d'un enfant, d'un adolescent ne peut faire abstraction de l'influence de son environnement ».

Le développement de l'enfant est souvent présenté sous différentes catégories : le développement physique et moteur, le cognitif, le langagier ainsi que le développement social et affectif. Chaque catégorie s'influence entre elle, mais ce n'est pas pour autant qu'elles évoluent simultanément (Gouvernement du Québec, 2025). En se développant, les capacités physiques et motrices permettent à l'enfant d'explorer de façon plus ou moins précise son environnement (Benoit, 2018). Au fur et à mesure du temps, les sens ainsi que les habiletés de locomotion vont s'affiner (Gouvernement du Québec, 2025). Le développement cognitif, lui, est fortement conditionné par l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Par ailleurs, l'enfant exprime dans un premier temps ses besoins grâce au non verbal. Puis, étant entouré d'adultes qui parlent, l'enfant acquiert progressivement le langage oral. Pour finir, les auteurs relient régulièrement le développement social au développement affectif, car ils ont la même base, le lien d'attachement (Gouvernement du Québec, 2025).

Ce lien d'attachement, théorisé par John Bowlby (1969), est un besoin biologique primaire. Il repose sur la capacité de la figure d'attachement à répondre de manière cohérente et rassurante aux signaux de l'enfant, lui permettant ainsi de développer une « base sécurisante » pour explorer le monde et interagir avec ses pairs (Guédeney, 2011).

De plus, le développement global repose sur une logique de co-construction entre maturation biologique et expériences vécues. Ainsi, les acquisitions ne sont pas uniquement déterminées par l'âge, mais dépendent également de la qualité des stimulations, des interactions et des opportunités d'apprentissage offertes à l'enfant (Papalia & Martorell, 2021). Cette idée fait écho aux propos développés dans la section précédente concernant le rôle actif de l'enfant dans son développement.

Par ailleurs, les personnes interrogées au cours de cette recherche constatent qu'il existe des variabilités interindividuelles importantes, ce qui implique que les trajectoires de

développement ne sont pas linéaires ni uniformes. Certains enfants peuvent présenter des décalages entre différentes sphères (par exemple entre développement moteur et langagier), sans que cela ne soit nécessairement pathologique. Cette hétérogénéité souligne l'importance d'une évaluation globale et contextualisée du développement. Enfin, les différentes sphères du développement s'influencent mutuellement dans une logique circulaire. Par exemple, un développement moteur favorise l'exploration, qui elle-même soutient le développement cognitif, tandis que les interactions sociales participent à la construction du langage et de la régulation émotionnelle. Ainsi, toute atteinte dans une sphère peut avoir des répercussions sur les autres.

1.3 Les besoins fondamentaux

Le rapport de février 2017 rédigé suite à la création de la loi de la protection de l'enfance le 14 mars 2016 indique officiellement que les enfants ont des besoins fondamentaux (Berger et al., 2020). C'est en répondant aux besoins fondamentaux des enfants que leur développement global est possible. Le non-respect de ses besoins implique des complications concernant l'ensemble des sphères du développement. Le besoin de sécurité est considéré comme un « méta besoin », cela signifie qu'il prend en compte la quasi-totalité des autres besoins. Si ce dernier n'est pas satisfait, ce qui est le cas dans les violences intrafamiliales, les autres besoins ne peuvent l'être. Les besoins fondamentaux qui découlent de ce dernier sont regroupés en trois catégories : les besoins physiologiques et de santé, les besoins de protection, les besoins affectifs et relationnels (Berger et al., 2020).

Au-delà de cette classification, les besoins fondamentaux de l'enfant doivent être envisagés dans une approche globale en lien direct avec les différentes dimensions du développement précédemment décrites. En effet, la satisfaction de ces besoins conditionne non seulement la survie de l'enfant, mais également sa capacité à explorer, apprendre et entrer en relation avec son environnement (Brazelton & Greenspan, 2002). Les travaux sur l'attachement mettent particulièrement en évidence l'importance des besoins affectifs et relationnels, qui constituent une base essentielle pour le développement de la sécurité interne. Un enfant dont les besoins de sécurité affective sont satisfaits est plus à même de s'engager dans des activités d'exploration et d'apprentissage, ce qui renforce le lien entre besoins fondamentaux et développement global (Bowlby, 1969).

Par ailleurs, l'éducatrice spécialisée de l'entretien numéro 1 insiste sur le fait que les besoins de l'enfant ne doivent pas être envisagés de manière strictement hiérarchique, mais plutôt

comme interdépendants et évolutifs. Selon elle, en fonction de l'âge, du contexte et des expériences de vie, certains besoins peuvent devenir plus saillants que d'autres, sans pour autant que les besoins dits « de base » cessent d'être essentiels.

Dans une perspective plus contemporaine, la notion de besoins fondamentaux s'élargit également aux besoins de stimulation, de participation et d'autonomie, particulièrement importants au cours de la seconde enfance. L'enfant ne se contente plus d'être protégé : il a besoin d'être acteur, reconnu et valorisé dans ses capacités, ce qui participe à la construction de son estime de soi et de son identité (Gobin, 2021).

1.4 Les enjeux spécifiques à la seconde enfance

Tout au long de la seconde enfance, les enfants étoffent des compétences fondamentales qui leur permettront par la suite de construire leur identité. Ils deviennent plus actifs et améliorent nettement leurs capacités de coordination ainsi que leur motricité, qu'elle soit fine ou globale. L'activité physique est un pilier dans cette tranche d'âge (Martin, 2022). De plus d'importants progrès sont notables sur le plan cognitif, l'enfant est capable de raisonner par lui-même et donc de résoudre des problèmes. L'amélioration de son langage lui permet aussi d'exprimer plus facilement ses idées (Toussaint & Gaugue, 2023). Le développement émotionnel apparaît comme essentiel dans cette tranche d'âge étant donné que le développement social est en plein essor. L'enfant apprend à reconnaître et à gérer ses émotions, il acquiert une estime de soi qui sera influencé par des interactions avec ses pairs (Gobin, 2021). Il commence à créer des amitiés, à coopérer.

Le début de la seconde enfance marque l'entrée en CP. Les ergothérapeutes interrogés constatent que c'est à ce moment que les exigences scolaires augmentent et que les enfants commencent à leur être adressés. C'est pour cela que l'étude se focalise sur la seconde enfance et non la première.

L'enfance apparaît donc comme une période charnière, au cours de laquelle le développement global de l'enfant repose sur la satisfaction de ses besoins fondamentaux et sur la qualité de son environnement. Or, pour certains enfants, cet environnement familial, qui devrait constituer un espace de sécurité et de soutien au développement, devient au contraire un lieu de danger. C'est précisément dans ce contexte que s'inscrivent les violences intrafamiliales, dont les répercussions viennent directement fragiliser les sphères du développement précédemment

décrites. Il convient dès lors de définir ces violences, d'en identifier les différentes formes et d'en mesurer les conséquences sur le développement de l'enfant.

2. Les violences intra-familiales

2.1 Définitions

Souvent rattachées aux violences conjugales, les violences intrafamiliales sont définies comme « tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique, économique et/ou administrative qui surviennent au sein de la famille ou du foyer. » (ONU Femmes France, 2021).

Dans une approche juridique et clinique, les violences intrafamiliales se caractérisent par leur inscription dans un espace relationnel familial, impliquant une asymétrie de pouvoir et une dynamique d'emprise pouvant être progressive et durable. Elles ne se limitent pas aux violences conjugales, mais concernent l'ensemble des relations intrafamiliales, incluant la fratrie ou d'autres figures d'autorité ou de proximité (DGAFP, 2023 ; Vasselier-Novelli & Heim, 2006).

Les travaux en psychologie et en protection de l'enfance soulignent que ces violences doivent être appréhendées comme un phénomène systémique, où le fonctionnement familial dans son ensemble peut être impacté, et non uniquement la relation conjugale. Cette approche systémique met en évidence les effets de climat de peur, de contrôle et d'insécurité sur l'ensemble des membres du foyer, et particulièrement sur les enfants exposés (Vasselier-Novelli & Heim, 2006 ; De Becker, 2019).

Dans ce mémoire, le terme de violences intrafamiliales sera privilégié afin d'intégrer l'ensemble des situations d'exposition à la violence au sein du cadre familial. Toutefois, le terme de maltraitance infantile sera utilisé lorsque les conséquences directes sur le développement de l'enfant sont abordées, dans le but de refléter la continuité entre exposition, vécu subjectif et retentissement développemental.

2.2 Les différentes typologies

Ces violences ont différentes typologies. Elles peuvent prendre une forme physique, verbale, psychologique, sexuelle, matérielle ou économique (Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine, 2019). Dans la plupart des cas, l'enfant subit diverses formes de violences simultanément, c'est pour cela que le choix a été fait de ne pas centrer cet écrit sur l'une des formes de violence en particulier.

Néanmoins, pour comprendre l'impact de ces dernières, il convient de détailler ces manifestations telles qu'elles sont documentées dans la littérature. La violence physique regroupe les actes intentionnels de force, tels que les coups, les secousses ou les brûlures, entraînant ou risquant d'entraîner des dommages corporels. Au-delà des traces visibles, elle instaure un rapport au corps marqué par la douleur et la crainte du contact physique, ce qui peut freiner l'enfant dans ses activités motrices ou sportives (Tursz, 2013). La violence psychologique ou émotionnelle, souvent la plus difficile à identifier, s'exprime par des humiliations, des menaces, des dépréciations constantes ou un rejet affectif. Selon les travaux de Coum (2010), ce climat d'insécurité psychique attaque directement l'estime de soi de l'enfant, se traduisant cliniquement par une inhibition occupationnelle ou l'enfant n'ose plus entreprendre ou explorer de peur de mal faire. Par ailleurs, la négligence ou le délaissement correspond à l'incapacité persistante des parents à répondre aux besoins fondamentaux comme l'alimentation, l'hygiène ou l'éducation. Sur le plan de l'ergothérapie, la négligence impacte l'acquisition des routines de vie quotidienne : un enfant négligé peut présenter des difficultés d'autonomie dans les soins personnels non par manque de capacité mais par manque d'apprentissage et de cadre (Santé publique France, 2019 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2022). Les violences sexuelles désignent toute activité sexuelle impliquant un enfant qui n'est pas en mesure d'y consentir, constituant une intrusion traumatique majeure qui vient briser l'intégrité de l'individu et perturber gravement son développement psychosexuel ainsi que ses futures interactions sociales (Coutanceau & Damiani, 2018). Lorsqu'elles surviennent au sein de la sphère familiale, ces violences prennent la qualification d'inceste. Enfin, l'exposition aux violences conjugales place l'enfant dans une position de co-victime. Le simple fait de vivre dans un foyer où règne la violence entre adultes est susceptible d'engendrer un traumatisme car l'enfant absorbe le climat de terreur, mobilisant ses ressources cognitives vers une hypervigilance constante au détriment de ses apprentissages (ONPE, 2022).

La littérature francophone met en évidence le concept de polymaltraitance, ou l'accumulation de ces différentes formes de violences démultiplie les risques de séquelles durables sur le développement global de l'enfant (Vasselier-Novelli & Heim, 2006).

2.3 Les conséquences à court et long terme

L'impact des violences intrafamiliales ne peut être compris qu'à travers une lecture temporelle, distinguant les réactions immédiates de survie des altérations durables du développement. Cette distinction permet de mettre en lumière comment un traumatisme vécu dans l'enfance vient

modifier durablement la trajectoire occupationnelle de l'individu (Vasselier-Novelli & Heim, 2006).

2.3.1 Neurobiologiques et physiques

L'exposition fréquente et précoce à un stress élevé causé par les violences peut provoquer un dérèglement des systèmes biologiques de réponse au stress ou encore « nuire à l'architecture du cerveau » (Salmona, 2018). La maturation du cerveau est entravée et l'enfant est plus sujet au développement de maladie psychiatrique (*INSPQ*, s. d.).

À court terme, cela se manifeste par une activation constante de l'amygdale cérébrale, plaçant l'enfant dans un état d'alerte permanent. Sur le terrain, l'un des ergothérapeutes interrogés observe des enfants dont les capacités d'attention sont saturées par cette hypervigilance : au moindre bruit dans le couloir, l'enfant interrompt son activité, incapable de maintenir sa concentration sur sa tâche. Au-delà de l'impact psychique, cet état d'alerte perturbe directement l'autonomie de l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne. Les personnes interrogées évoquent le fait que l'hypervigilance peut rendre l'habillage ou l'hygiène particulièrement complexes, l'enfant étant trop envahi par ses émotions pour planifier et réaliser seul ces séquences de soins personnels.

A long terme, ce stress toxique peut entraîner une atrophie de certaines zones cérébrales comme l'hippocampe, responsable de la mémoire, créant des difficultés d'apprentissage persistantes bien après la fin de l'exposition à des violences (Gueguen, 2015). Les conséquences physiques restent diverses et variées et sont influencées par le type de maltraitance qu'a subi l'enfant. Ces dernières peuvent entraîner des retards mentaux, des crises d'épilepsie ou encore des troubles visuels graves (Tursz, 2013).

Dans la pratique quotidienne, les éducateurs spécialisés interrogés constatent immédiatement des somatisations, c'est-à-dire l'expression physique et corporelle d'une détresse psychologique, telles que des maux de ventre ou une fatigue chronique qui limitent l'engagement moteur. Sur le long terme, deux des ergothérapeutes interrogés mettent en avant le fait que ces enfants puissent développer des troubles de la coordination ou un schéma corporel altéré, leur faible estime d'eux même entrave leur participation à des activités physiques partagées.

2.3.2 Socio-affectives

C'est dans la sphère socio-affective que les conséquences à long terme de ces violences semblent les plus fréquentes (Tursz, 2013). Dans la plupart des cas, un syndrome de stress post-traumatique complexe est retrouvé. Selon les critères de la version française du DSM-5, ce trouble se caractérise notamment par des symptômes d'intrusion. Ces manifestations se traduisent par des souvenirs involontaires et envahissants, une détresse psychologique prolongée, mais aussi par des réactions dissociatives ou des scènes rétrospectives (*flashbacks*). Chez l'enfant, ces intrusions s'expriment de façon très spécifique, s'immisçant dans sa sphère quotidienne à travers des rêves effrayants ou des thèmes traumatiques rejoués de manière répétitive au cours des activités ludiques (Crocq & Guelfi, 2015). Ces enfants ont développé des habiletés sociales très faibles et peuvent également présenter des troubles de l'humeur ou encore des difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions allant jusqu'à de l'antipathie (*INSPQ*, s. d.). Des études relatent aussi une transmission générationnelle de ces violences (Tursz, 2013). Sur le plan psychologique, ce phénomène s'articule avec l'altération des modèles internes opérants (MIO) théorisés par John Bowlby. L'enfant exposé à la maltraitance intériorise des schémas relationnels précoces basés sur l'insécurité et la loi du plus fort. Une fois devenu parent, et en l'absence d'un travail de résilience ou d'une médiation thérapeutique, l'individu tend à réactiver ces repères insécurisants, reproduisant inconsciemment les réponses comportementales dont il a lui-même été la victime (Guedeney & Guedeney, 2021).

D'après les personnes interrogées lors des entretiens, l'impact immédiat se traduit souvent par des troubles de l'attachement. Sur le terrain, l'enfant peut manifester soit un retrait massif, refusant toute interaction même avec les professionnels de santé qui l'entoure, soit au contraire une « indiscrimination sociale » où il recherche une proximité excessive avec les adultes. À long terme, l'absence de régulation émotionnelle durant la seconde enfance peut conduire à une exclusion sociale durable. L'enfant, éprouvant des difficultés à décoder les intentions d'autrui, se retrouve fréquemment mis à l'écart par ses pairs, ce qui favorise, à l'âge adulte, l'émergence de troubles de la personnalité ou de conduites addictives (Coutanceau et al., 2012).

2.3.3 Cognitives

Pour finir, les conséquences de ces violences ont aussi un retentissement sur la cognition de ces enfants. Se traduisant par un retard, voir une absence de langage ou encore des altérations concernant les fonctions cognitives et exécutives (attention, mémorisation, planification ...)

(INSPQ, s. d.). Dans l'immédiat, l'enfant présente souvent une « sidération psychique » qui donne l'illusion d'un déficit intellectuel alors qu'il s'agit d'un mécanisme de défense (Salmona, 2018).

Sur le long terme, si aucune médiation n'est proposée, ces altérations des fonctions exécutives se cristallisent, rendant la scolarité complexe. L'une des éducatrices interrogées explique qu'une activité simple comme ranger sa chambre ou préparer son cartable peut devenir irréalisable, non par manque de capacité motrice, mais parce que les fonctions exécutives sont court-circuitées par la survie émotionnelle. Le passage de la seconde enfance à l'adolescence marque alors fréquemment un décrochage scolaire lié à cette incapacité chronique à organiser sa pensée et son action de manière autonome. Comme le soulignent les professionnels rencontrés en entretien, ce décrochage scolaire est souvent le signe visible d'une désorganisation cognitive profonde.

L'ensemble de ces conséquences, qu'elles soient immédiates ou différées, vient fragmenter l'unité de la personne et entraver son développement. Au vu du lourd impact sur la sphère cognitive mais aussi socio-affective, il paraît intéressant de s'intéresser désormais à l'impact sur l'ensemble du répertoire occupationnel de l'enfant.

3. La participation occupationnelle

3.1 Définitions

Selon Leufstadius (2008), les occupations jouent un rôle essentiel dans la construction du sentiment d'identité et de continuité personnelle. De plus, elles permettent de structurer notre temps et notre quotidien. La participation occupationnelle fait référence à l'engagement de l'individu dans des activités significatives, en interaction avec l'environnement physique, social et culturel (Morel-Bracq et al., 2017). Elle est centrale en ergothérapie. Selon Morel-Bracq et al. (2017) la participation est « l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ».

Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH), initialement conceptualisé par Gary Kielhofner (2002) (cité par Morel-Bracq et al., 2017) la définit comme le niveau d'action la plus large de l'occupation humaine. Ce modèle est particulièrement pertinent pour analyser les conséquences des violences, car il permet de comprendre comment l'insécurité vient impacter la volition, c'est-à-dire la motivation et le sentiment d'efficacité de l'enfant, mais aussi l'habitation, qui regroupe les routines quotidiennes souvent désorganisées dans un foyer violent (Kielhofner, 2002, cité par Morel-Bracq et al., 2017). Gary Kielhofner (cité par Morel-Bracq et al., 2017)

souligne que la participation ne dépend pas seulement des capacités intrinsèques, mais aussi de la manière dont l'environnement soutient ou entrave l'engagement de la personne.

« La participation de l'enfant aux occupations qui font sens pour lui et sa famille est augmentée et favorise le développement des compétences motrices, sensorielles, cognitives, sociales, émotionnelles et de son développement occupationnel » (Movahe dazarhouligh, 2021 ; Graham, 2009 cités par Tanneau et Bidal, 2021). Cette affirmation souligne l'existence d'une dynamique circulaire et vertueuse : plus l'enfant s'engage dans des activités qui comptent pour lui, plus il sollicite et renforce ses fonctions biologiques et psychologiques. En agissant, l'enfant ne se contente pas de réaliser une tâche ; il « apprend à faire » tout en développant sa motricité et sa cognition. À l'inverse, cela signifie que si la participation est entravée, c'est l'ensemble du processus de développement qui risque d'être ralenti ou altéré. Pour l'enfant victime de violences, le « sens » de l'occupation est souvent biaisé par la peur, ce qui bloque ce cercle vertueux et peut mener à un désengagement occupationnel global. Les observations recueillies sur le terrain confirment ce désengagement : l'enfant, submergé par un sentiment d'insécurité, délaisse ses activités habituelles au profit de mécanismes de retrait ou de défense.

Une fois le concept de participation posé comme l'objectif ultime de l'intervention, il convient d'identifier précisément les activités concrètes qui constituent le quotidien d'un enfant. L'analyse du répertoire occupationnel permet ainsi de dresser la carte des domaines où l'enfant doit pouvoir agir pour se développer harmonieusement.

3.2 Le répertoire occupationnel de l'enfant

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), le répertoire occupationnel de l'enfant « définit l'ensemble des occupations dans lesquelles il s'engage pendant une période de sa vie. ». Il évolue tout au long de notre vie et inclut trois domaines : les soins personnels, les jeux et les interactions et vie sociale (ANFE, s. d.). Le jeu est un élément central du répertoire occupationnel d'un enfant, il est essentiel à son bien-être physique et mental (Beaulieu & Beno, 2024). Le droit de jouer est reconnu au même titre que le droit d'être protégé de la violence dans la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant (Beaulieu & Beno, 2024). Par ailleurs, Tanneau et Bidal (2021) soulignent que le jeu « est une occupation à part entière pour l'enfant dès sa naissance, il se caractérise par l'absence de finalité productive. ». Il permet à l'enfant de développer l'ensemble de ses compétences et de construire son identité. Pour finir, Kindelberger (2018) indique que durant l'enfance de nombreuses occupations sont naturellement partagées notamment avec les parents, les pairs ou encore les

éducateurs spécialisés dans le cas d'enfant placé. Cela est expliqué par le phénomène de socialisation qui est en plein développement tout au long de cette période (Kindelberger, 2018).

Ce partage d'activité introduit le concept de co-occupation. Selon Pierce (2009), la co-occupation est une occupation impliquant deux individus ou plus, où les actions de l'un influencent directement celles de l'autre de manière réciproque. Chez l'enfant, la majorité des occupations débutent sous cette forme avec le donneur de soins.

L'étude de ce répertoire montre que l'enfant n'évolue pas seul dans ses activités, mais qu'il construit ses compétences au travers du lien à l'autre. C'est pourquoi, au sein de ce répertoire, la sphère des interactions sociales doit être explorée de manière approfondie, tant elle est le moteur du développement de l'identité sociale à la seconde enfance.

3.3 La spécificité des interactions sociales dans la participation

Les interactions sociales constituent une sphère majeure de la participation au cours de la seconde enfance. A cet âge, l'enfant passe d'un jeu parallèle à un jeu coopératif, où la négociation, le respect des règles et la gestion des conflits deviennent essentiels (Gaussot, 2016). La participation sociale ne se limite pas à être présent physiquement avec d'autres enfants, mais implique la capacité à décoder les intentions d'autrui et à répondre de manière adaptée. Pour un enfant de 6 à 12 ans, s'inscrire dans un groupe de pairs est un facteur déterminant de son estime de soi. En ergothérapie, l'analyse de cette sphère permet de comprendre si l'enfant possède les habiletés sociales nécessaires pour transformer une simple activité en un moment de partage constructif. Or, la littérature montre que les enfants victimes de traumatismes précoces peinent souvent à investir ces interactions par crainte du rejet ou par difficulté à réguler leurs propres émotions face aux autres (Walsh-garcia et al., 2024).

Après avoir défini les domaines attendus de l'activité chez l'enfant, il est désormais possible de confronter ces concepts théoriques à la réalité clinique des victimes. Il s'agit de comprendre comment les traumatismes décrits précédemment viennent concrètement entraver chaque domaine du répertoire et de la participation.

3.4 Retentissement des violences sur la participation occupationnelle des enfants victimes

Les violences ont un impact significatif sur la participation occupationnelle des enfants. Le faible développement des habiletés sociales ainsi que les difficultés concernant les fonctions exécutives entraînent un isolement social. De ce fait, l'engagement dans des activités avec les

pairs est difficile pour eux (Messina, s. d.). La littérature souligne que les enfants victimes de violences présentent des limitations dans la participation à des occupations diversifiées, incluant le jeu, les loisirs et les interactions sociales (Walsh-Garcia et al., 2024) ...

Sur le terrain, ce retentissement s'observe par des ruptures de participation brutales. Par exemple, lors d'un jeu de société, un enfant peut subitement renverser le plateau d'un jeu de société ou quitter la pièce sans raison apparente : ce comportement traduit souvent une incapacité à gérer la frustration ou la proximité physique prolongée, vécue comme une menace. L'occupation, au lieu d'être source de plaisir, devient alors une source de stress insupportable.

Les enfants exposés présentent plus de troubles somatiques (maux de ventre, de tête, fatigue) et de troubles alimentaires, qui interfèrent avec le rythme de la journée, les repas, la participation aux activités et la fréquentation scolaire. Les troubles du sommeil, la fatigue et les symptômes de stress post-traumatique affectent la capacité à se lever, à s'organiser et à tenir les exigences de la journée (Taquet, 2019).

Cette fragilisation globale de la capacité à s'engager dans le quotidien place l'enfant dans une situation de handicap occupationnel. Face à ce constat, le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens en proposant des approches spécifiques visant à restaurer le pouvoir d'agir et la sécurité nécessaire à la reprise des activités.

4. Le rôle de l'ergothérapeute

4.1 L'ergothérapie en pédiatrie

L'ANFE définit l'ergothérapeute comme étant « un professionnel de santé qui accompagne des enfants de tout âge présentant des limitations dans les activités de la vie quotidienne (repas, vélo, habillage, écriture, etc.), et/ou des restrictions dans leur participation à la vie en société (école, jeux, relation aux autres, etc.) quelle qu'en soit l'origine. ». Il place la participation et l'engagement de l'enfant au centre de son intervention en prenant en compte l'interaction continue entre la personne, l'activité et l'environnement (WFOT, 2025). Ainsi, les enfants maltraités rencontrant diverses limitations dans leurs occupations, l'ergothérapeute les accompagnera de façon à ce qu'ils retrouvent une place active dans leur quotidien et qu'ils s'engagent à nouveau dans des occupations significatives.

L'intervention en pédiatrie ne se limite pas à la rééducation de fonctions isolées, mais vise à restaurer l'autonomie et l'indépendance de l'enfant dans ses milieux de vie (école, domicile, loisirs). Dans le contexte spécifique des violences, l'ergothérapeute se place comme un soutien

au pouvoir d'agir, qui renvoie à la possibilité pour une personne d'accroître sa capacité à agir sur ce qui est important pour elle (Petit, 2016), en agissant sur les leviers environnementaux et occupationnels pour permettre à l'enfant de réinvestir son statut d'acteur de sa propre vie (Meyer, 2020).

4.2 Approche centrée sur l'occupation

L'approche centrée sur l'occupation s'oppose au modèle biomédical, elle consiste à utiliser l'occupation comme élément central de la pratique (Meyer, 2020). D'après Meyer (2020) « La centration sur l'occupation consiste à comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement. ». Selon Fisher (2013) l'ergothérapeute doit distinguer deux modalités d'intervention pour structurer son raisonnement clinique :

- L'intervention basée sur l'occupation (Occupation-based) : Elle utilise l'activité concrète comme modalité de traitement. L'occupation est ici le "moyen" pour atteindre un changement. Par exemple, l'ergothérapeute utilise une activité de cuisine pour solliciter les fonctions exécutives ou la régulation émotionnelle en situation réelle (Meyer, 2020).
- L'intervention centrée sur l'occupation (Occupation-focused) : Elle place l'occupation comme finalité directe de l'intervention. L'attention du thérapeute est portée sur la performance immédiate de l'enfant dans une activité spécifique de son répertoire (comme le jeu ou l'habillage) afin d'en améliorer la réalisation (Morel-Bracq, et al 2017). Par exemple, l'ergothérapeute intervient directement au sein d'un jeu de société partagé pour guider l'enfant dans l'apprentissage du respect des règles et de la tolérance à la frustration, l'objectif recherché étant l'amélioration de sa participation à ce jeu.

Auprès des enfants victimes de violences, cette double approche permet de développer des objectifs occupationnels dans des conditions modifiables se rapprochant au maximum de celles que rencontre l'enfant, favorisant ainsi le transfert des acquis vers son milieu de vie naturel (Meyer, 2020).

L'intérêt majeur de cette démarche pour les enfants victimes de VIF réside dans sa capacité à redonner du sens à l'action. En se focalisant sur des activités réelles et motivantes, l'ergothérapeute aide l'enfant à détourner son attention de l'hypervigilance traumatique pour la

recentrer sur l'accomplissement d'une tâche concrète. Ce processus permet de restaurer progressivement le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003). Comme le souligne l'un des ergothérapeutes lors des entretiens, la réussite dans une occupation concrète permet à l'enfant de se percevoir à nouveau comme un sujet capable et compétent, contrastant avec l'image d'impuissance souvent induite par le vécu de violence.

4.3 Le modèle ludique

Ce modèle, créé en 1994 par Francine Ferland, place le jeu au centre de l'intervention ergothérapeutique (Morel-Bracq et al., 2017). « Dans le modèle ludique, le jeu est reconnu comme étant l'activité significative par excellence durant l'enfance et un processus naturel permettant à l'enfant de développer tant ses capacités d'adaptation et d'interaction avec les autres que son autonomie. » (Morel-Bracq et al., 2017). L'utilisation du jeu permet de travailler l'ensemble des sphères du développement de l'enfant. Employer ce modèle avec les enfants victimes semble pertinent. Il vise à améliorer leurs capacités d'adaptation, leurs habiletés sociales ainsi que leurs fonctions exécutives privilégiant leur participation et leur engagement dans les activités de la vie quotidienne mais aussi dans les interactions avec leurs pairs. L'utilisation du jeu comme médiateur thérapeutique amène l'enfant à développer des habiletés qui lui seront utiles pour sa vie adulte (Ferland, 2003).

Plus concrètement, le modèle ludique repose sur le développement de l'« attitude ludique » (playfulness), définie par Ferland comme un état d'esprit alliant plaisir, curiosité et sens de l'humour. Pour l'enfant victime de violences, réapprendre à jouer de manière « gratuite » (sans enjeu de survie) est une étape thérapeutique majeure. L'ergothérapeute utilise le cadre sécurisant de la séance pour que l'enfant puisse expérimenter des interactions sociales sans crainte du jugement ou de la violence. Par exemple, à travers des jeux coopératifs, l'ergothérapeute travaille sur la reconnaissance des émotions et le respect des tours de rôle, offrant ainsi un espace d'expérimentation sécurisé où l'enfant peut restaurer ses habiletés de communication. Cette dimension est abordée par les ergothérapeutes rencontrés, qui soulignent que le jeu devient l'espace privilégié pour restaurer la sécurité émotionnelle avant même d'aborder des objectifs scolaires.

La synthèse de ces éléments théoriques permet de mettre en lumière l'écart entre le développement attendu de l'enfant et la réalité fragmentée des victimes de violences intrafamiliales. Ce décalage souligne l'importance d'une intervention ergothérapeutique ciblée sur la reprise de la participation notamment sociale. C'est à partir de cette réflexion globale sur

l'impact de la violence et les moyens de médiation par l'occupation que s'est construite la suite de ce travail de recherche.

II- Problématisation et présentation des hypothèses de recherche

Dans le but de contextualiser les difficultés rencontrées par les enfants victimes de violences intrafamiliales, un cadre conceptuel a été élaboré permettant ainsi l'évolution de la question de départ en véritable question de recherche. En se basant sur la littérature à ce sujet, il est apparu que les violences intrafamiliales ont des conséquences importantes sur le développement global de l'enfant impactant significativement son fonctionnement quotidien (INSPQ, s. d. ; Tursz, 2013). Les répercussions socio-affectives et cognitives sont particulièrement mises en avant. Ces dernières peuvent entraîner des difficultés dans la gestion des émotions, les interactions sociales ou encore l'engagement dans les activités du quotidien. Ces difficultés peuvent ainsi limiter la participation occupationnelle des enfants, notamment dans les domaines du jeu, de la scolarité et des interactions sociales (Walsh Garcia et al., 2024).

Or, la participation occupationnelle constitue un élément central du développement de l'enfant. D'après Morel-Bracq (2017), elle correspond à l'engagement d'une personne dans des activités signifiantes en interaction avec l'environnement. Durant l'enfance, ces occupations comprennent principalement les soins personnels, les jeux et les interactions sociales. Lorsque l'enfant rencontre des difficultés dans ces domaines, son développement et son engagement dans la vie quotidienne peuvent être affectés.

Dans ce contexte, l'ergothérapie, dont l'objectif est de favoriser la participation aux occupations, apparaît pertinente dans l'accompagnement de ces enfants (ANFE, s. d. ; WFOT, 2025). L'utilisation d'approches centrées sur l'occupation ainsi que du jeu comme médiateur thérapeutique, notamment à travers le modèle ludique, pourrait permettre de soutenir le développement des habiletés sociales, des capacités d'adaptation et l'engagement dans les activités du quotidien (Meyer, 2020 ; Morel-Bracq et al., 2017 ; Ferland, 2003). Toutefois, la littérature reste encore peu développée concernant le rôle spécifique de l'ergothérapeute auprès des enfants victimes de violences intrafamiliales.

La rencontre entre ces différents éléments a conduit à l'élaboration de la problématique de recherche suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle des enfants victimes de violences intrafamiliales, notamment dans les sphères des interactions sociales ?
--

Pour y répondre, deux hypothèses de travail initiales ont été formulées :

H1 : l'utilisation du jeu comme médiateur thérapeutique, notamment à travers le modèle ludique, facilite l'expression émotionnelle et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de violences intrafamiliales, facilitant ainsi leur engagement dans des occupations partagées.

Cette hypothèse repose sur le fait que les conséquences socio-affectives des violences intrafamiliales sont particulièrement fréquentes et impactent directement la capacité des enfants à gérer leurs émotions et à interagir avec les autres (Tursz, 2013). Le jeu, reconnu comme activité significative dans le développement de l'enfant, permet un apprentissage progressif de la gestion émotionnelle et des interactions sociales dans un cadre motivant et sécurisant. En mobilisant le modèle ludique, l'ergothérapeute offre un environnement structuré où l'enfant peut expérimenter, échouer et réussir dans ses relations avec les pairs, favorisant ainsi une participation occupationnelle accrue.

H2 : La mise en place, par l'ergothérapeute, d'un cadre d'intervention sécurisant, s'appuyant sur des situations proches du quotidien pour l'enfant victime de violences intrafamiliales, contribue à restaurer un sentiment de sécurité et à faciliter le transfert des acquis vers les interactions sociales, soutenant ainsi une participation occupationnelle plus active et durable.

Cette hypothèse se fonde sur l'importance du besoin de sécurité dans le développement global de l'enfant (Berger et al., 2020). Les enfants exposés aux violences intrafamiliales présentent souvent des difficultés à s'engager dans des activités quotidiennes et à interagir avec leur environnement. Un cadre d'intervention prévisible et sécurisant permet à l'enfant de se sentir soutenu et d'expérimenter des situations proches de son quotidien, favorisant l'acquisition de stratégies adaptatives transférables dans différents contextes, et contribuant ainsi à renforcer sa participation occupationnelle de manière durable. Ce cadre favorise ainsi la restauration de son pouvoir d'agir dans ses différents milieux de vie.

Enfin, dans le cadre de l'approche inductive choisie, ces hypothèses demeurent provisoires et sont susceptibles d'évoluer au cours de la recherche, en fonction des données recueillies sur le terrain (d'Arripe et al., 2014).

III- Méthodologie employée

La partie méthodologie présente les choix et les étapes de la démarche de recherche afin d'assurer la compréhension, la cohérence et la rigueur du travail. Dans cette partie, je m'exprimerai à la première personne. L'emploi du « je » méthodologique, conceptualisé par Olivier de Sardan (2000) semble pertinent étant donné que « la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale joue un grand rôle ». Cela permet ainsi de souligner la réflexion menée sur l'influence possible de la subjectivité du chercheur sur les données.

1. Le choix de la méthode

Dans le cadre de la recherche, on distingue généralement deux approches méthodologiques : qualitative et quantitative. La méthode qualitative se concentre sur l'analyse des phénomènes sociaux et leurs caractéristiques, tandis que la méthode quantitative vise à mesurer ces phénomènes et à établir des relations chiffrées entre différents facteurs (Coron, 2020).

Cette recherche s'inscrit dans une méthode qualitative. Selon Aubin-Augier et al. (2008) « la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. ». Ce type de méthode apparaît particulièrement pertinent pour appréhender en profondeur comment l'ergothérapeute peut-il intervenir pour faciliter la participation occupationnelle des enfants victimes de violences. En effet, l'impact des traumatismes sur le quotidien d'un enfant ne peut pas se réduire à des données statistiques ou à des scores standardisés. Cette méthode permet donc de saisir la subjectivité des acteurs, les expériences vécues ainsi que le sens attribué aux situations, et permet donc d'éclairer les comportements observés dans leur contexte (Aubin-Augier et al., 2008). Ici, elle offre l'opportunité de comprendre finement les ajustements de terrain que déploient les professionnels face à la détresse de l'enfant. Dans le domaine de la santé, l'approche qualitative est particulièrement appropriée, car elle permet de comprendre les expériences individuelles des patients et des professionnels, ainsi que la manière dont ils perçoivent et vivent les situations de soins. Elle contribue ainsi à éclairer des pratiques adaptées et centrées sur les besoins des personnes concernées (Kohn & Christiaens, 2014).

Il existe un parallélisme étroit entre cette méthode de recherche et la pratique de l'ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute fonde son intervention sur une approche centrée sur la personne, où la compréhension du vécu singulier, des valeurs et des besoins de l'enfant est primordiale pour favoriser son engagement occupationnel (Morel-Bracq et al, 2017). Ainsi, choisir une méthode qualitative revient à adopter une posture de recherche cohérente avec les valeurs de l'ergothérapie, laquelle privilégie le sens que l'individu donne à ses occupations plutôt que la simple mesure de ses performances (Kielhofner, 2006).

2. Approche

Suite au choix de la méthode, deux possibilités d'approche se présentent à moi : l'approche hypothético-déductive et l'approche inductive. Joyeux et Borel (2022) mettent en avant le fait que « l'approche qualitative repose sur une méthode inductive ». Kauffman (2001) indique que l'utilisation de l'approche inductive « a pour avantage de permettre de ne pas tomber dans ce piège où l'on installe la théorie d'entrée de jeu et où les faits, trop aisément manipulables, se cantonnent à un rôle d'illustration ou de confirmation de la théorie énoncé ». De plus, Blais & Martineau (2022) soulignent que cette approche « se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature. ». Le sujet abordé au sein de cette recherche, encore peu documentée dans la littérature francophone, suscite une démarche visant à mieux comprendre les modalités d'accompagnement déjà existantes tout en envisageant le développement de nouvelles pistes. L'induction s'impose d'elle-même car les concepts liant l'ergothérapie aux violences intrafamiliales restent encore largement à déchiffrer. En partant de la situation d'appel pour aller vers des connaissances générales, cette approche permet d'ajuster en continu le déroulement de la recherche et les hypothèses en fonction des données collectées sur le terrain (Anadón et Guillemette, 2007).

Mon stage du quatrième semestre a constitué le point de départ de cette recherche en m'offrant une situation d'appel concrète. Ce contact direct et premier avec la population étudiée a naturellement orienté ma méthodologie vers une approche inductive. Cette immersion m'a permis d'observer et de constater diverses situations et comportements. Ces observations ont été progressivement traduites en concepts, idées et théories, qui servent désormais de guide pour explorer la littérature et mettre en lien les connaissances émergentes avec celles déjà établies. Je retourne régulièrement sur le terrain pour approfondir et préciser certaines données, puis je confronte mes observations aux références théoriques. Cette démarche de

« triangulation », croisant les observations de terrain, les écrits théoriques et les futurs entretiens, assure la validité scientifique de mon travail (Fortin & Gagnon, 2016). Ces allers retours constants entre terrain et littérature, schématiser par Cerqueira (2025) (Annexe 9) se poursuivent jusqu'à atteindre le phénomène de saturation des données, moment où les apports complémentaires n'apportent plus d'informations nouvelles (Joyeux & Borel, 2022).

3. Population cible

Afin de collecter des données correspondant à la recherche de cet écrit, il est nécessaire de sélectionner une population cible. Pour cela, divers critères ont été établis. Dans un premier temps, les critères d'inclusion qui sont définis par Ngwala & Med comme « une caractéristique ou une condition que les participants potentiels doivent posséder pour être éligibles à une étude de recherche. ». Les critères de non-inclusion permettent de définir la population qui ne pourra faire partie de l'étude (Ngwala & Med, s. d.). Pour finir les critères d'exclusion sont des éléments qui obligent la personne à se retirer au cours de l'étude (Ngwala & Med, s. d.). L'ensemble de ces critères ont été établis en fonction de cet écrit afin d'assurer la cohérence des données (Annexe 1). Le choix s'est porté sur des professionnels exerçant auprès d'enfants exposés à un climat de violence chronique. Dans le cadre de cette recherche, l'échantillon se compose en deux sous-groupes : un groupe d'ergothérapeutes et un groupe d'éducateurs spécialisés. Leurs expertises croisées au sein de structure spécialisées ou d'hôpitaux de jour garantissent la richesse des données recueillies. Cette pluralité de regards est fondamentale : elle permet de confronter la vision occupationnelle de l'ergothérapeute avec la vision éducative du quotidien. Comme le souligne Fortin (2022), Cette « triangulation des chercheurs » ou des informateurs renforce la crédibilité des résultats en offrant une compréhension multidimensionnelle de la participation de l'enfant dans ses différents milieux de vie. En recherche qualitative, d'après Joyeux et Borel (2022), « l'échantillonnage ne recherche pas la représentativité ni l'homogénéité, mais au contraire la diversité des points de vue, des comportements ou des significations ». L'échantillonnage qualitatif est intentionnel, les participants sont choisis pour leur pertinence par rapport à l'objet d'étude (Savoie-Zajc, 2007). De plus, pour qu'un échantillon soit scientifiquement valide, Savoie-Zajc (2007) indique qu'il faut que « le recrutement soit le plus transparent possible et que leur consentement soit libre et éclairé, sans qu'aucune forme de contrainte subtile ne s'exerce. ». Ainsi, en tenant compte de ces propos, un formulaire de consentement libre et éclairé a été rédigé et signé avant chaque entretien (Annexe 2).

4. Techniques et outils de recueil de données empiriques

4.1 Choix de la technique

L'approche qualitative regroupe diverses méthodes de collecte de données empiriques. Parmi les plus utilisées, je retrouve l'entretien, l'observation et le focus group (Sawadogo, s. d.). Dans cette étude, c'est l'entretien qui est choisi afin de recueillir des données car « enquêter par entretiens implique ainsi que l'on accorde un crédit au sens donné par les personnes » (Sifer-Rivière, 2023). Il existe de multiples types d'entretien, les trois plus courants sont l'entretien directif, semi-directif et ouvert. Chacun de ces entretiens nécessite une préparation (Sawadogo, s. d.) qui facilitera par la suite l'analyse de données. Utilisant la méthode inductive, l'entretien semi-directif semble être le plus adapté. Sifer Rivière (2023) indique que « ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. », permettant ainsi à l'enquêteur de rebondir sur les propos de l'interviewer et d'approfondir les termes non connus évoqués par ce dernier (Sawadogo, s. d.). Dans ma recherche, cette technique offre de la souplesse nécessaire pour laisser les professionnels détailler leur accompagnement auprès des enfants victimes de VIF. Imbert (2010) définit l'entretien semi-directif comme « un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur », mettant ainsi en évidence l'importance de l'implication et de la posture du chercheur, qui doit être pleinement présent et attentif à l'échange.

4.2 Choix de l'outil

Ce type d'entretien repose donc sur « une série de thématiques et de questions préparées à l'avance » (Chevalier & Meyer, 2018). Pour ce faire, des guides d'entretiens ont été rédigés (:s 3, 4). L'un est à destination du groupe d'ergothérapeutes et l'autre à destination du groupe d'éducateurs spécialisés. Il repose sur des questions ouvertes, complétées par des reformulations et des relances en lien avec la problématique et les hypothèses de travail. Les questions explorent notamment la construction de l'alliance thérapeutique, la mise en place du cadre et l'observation de l'enfant. Le guide d'entretien sert de fil conducteur pour structurer l'échange sans l'enfermer dans un cadre rigide. Par ailleurs, la flexibilité du chercheur reste essentielle afin de s'adapter continuellement au discours de l'enquêté et de faire émerger des éléments inattendus propres à la recherche qualitative (Chevalier & Meyer, 2018). Enfin, ces grilles sont amenées à évoluer au fil de la confrontation avec le terrain, conformément à une démarche inductive.

5. Outil d'analyse

En recherche, divers types d'analyses sont possibles notamment l'analyse de discours et l'analyse de contenu. Dans le cadre de cette recherche, je me baserais sur l'analyse de contenu défini par Abrial & Louvel (2011) comme « un ensemble de techniques permettant de passer des données à la connaissance ».

Dans un premier temps, je procède à la retranscription dite intégrale de l'entretien, c'est-à-dire « que toute la séquence de l'entretien est retranscrite sans omission de passages. ». Ce travail rigoureux de transcription garantit la fidélité aux propos des professionnels et constitue la base de la validité de l'analyse (Paillé & Mucchielli, 2012). Suite à ça, les données sont regroupées au sein d'une grille d'analyse (Annexe 5 et 6) permettant un codage thématique. Ce processus consiste à identifier des unités de sens dans les discours afin de les regrouper dans des thèmes transversaux (Paillé & Mucchielli, 2012).

Cette méthode permet de mener à la fois :

- Une analyse verticale, qui « étudie en profondeur les propos d'un participant et les différents thèmes abordés ».
- Une analyse horizontale, qui « cherchera à mettre en évidence points communs, divergences et singularités chez les participants, pour chaque thème abordé » (Joyeux & Borel, 2022). Cette double lecture est essentielle pour identifier si les défis éthiques ou les leviers comme le jeu ou la ritualisation du cadre sont partagés de la même manière par l'ensemble des soignants. L'étape de confrontation transversale est indispensable pour faire évoluer mes hypothèses de départ. Conformément à la démarche inductive, l'analyse des données de terrain permet d'ajuster, d'enrichir ou de remodeler ces hypothèses afin de faire émerger des pistes de réflexion au plus proche de la réalité du soutien au pouvoir d'agir des enfants victimes de violences (Anadon & Guillemette, 2007).

6. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche

Dans le cadre de cette recherche qualitative, les questions d'objectivité et d'éthique occupent une place centrale. En effet, comme le souligne Bateman (2006), le chercheur ne peut totalement se dissocier de son objet d'étude, même en adoptant une posture de recul. Cette réflexion est d'autant plus importante dans ce travail, dans la mesure où le sujet de recherche trouve son origine dans une situation clinique vécue, impliquant un certain degré d'implication

personnelle. Ainsi, il a été nécessaire d'engager un travail de distanciation afin de tendre vers une posture scientifique rigoureuse. Cette démarche s'inscrit dans le principe de neutralité axiologique développé par Weber en 1917(cité par Fugier, 2013), qui consiste à suspendre ses jugements de valeur afin de ne pas influencer l'analyse des données. Elle implique également de prendre conscience de ses prénotions, entendues comme des représentations préalables susceptibles de biaiser la compression du réel (Béraud, 2013), et de s'en détacher progressivement (travail de rupture).

Cependant, dans une approche qualitative, la subjectivité ne peut être totalement éliminée. Elle intervient à différents niveaux de la recherche, du choix du sujet, jusqu'à l'interprétation des données (Malterud, 2001). L'enjeu réside alors dans sa prise en compte à travers une posture réflexive, permettant d'analyser l'influence du chercheur sur le processus de recherche (Morrow,2005). Dans ce travail, cette réflexivité s'est traduite par des allers-retours constants entre les observations de terrain, la littérature scientifique et l'analyse des données, conformément à la démarche inductive adoptée.

Par ailleurs, l'objectivité suppose également d'accepter les résultats obtenus, y compris lorsqu'ils ne correspondent pas aux attentes initiales. À ce titre, Jacques Monod, cité par Morange (2010), associe le principe d'objectivité à une éthique de la connaissance consistant à accepter les résultats « quoiqu'il en coûte ». Cette exigence renforce la nécessité d'une posture honnête et transparente tout au long de la recherche.

En parallèle, cette étude s'inscrit dans une réflexion éthique concernant à la fois la production des connaissances et la relation aux participants. L'éthique peut être envisagée selon deux approches : normative et descriptive (Drolet & Maclure, 2016). L'éthique normative vise à définir ce qui devrait être, tandis que l'éthique descriptive cherche à comprendre et à décrire les pratiques à partir de données empiriques. Au regard de la méthodologie qualitative et inductive choisie, cette recherche s'inscrit principalement dans une démarche d'éthique descriptive, puisqu'elle vise à comprendre les pratiques professionnelles sans formuler de prescriptions.

Sur le plan procédural, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de garantir le respect des participants. Une demande d'avis a été adressée à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. De plus, un formulaire de consentement libre et éclairé a été élaboré et transmis aux participants en amont des entretiens. Ce document permet de préciser les objectifs de la recherche, les modalités de participation,

ainsi que la possibilité de se retirer à tout moment. Le consentement a été recueilli à la fois par écrit et oralement, afin de s'assurer de la bonne compréhension des participants.

Une attention particulière a également été portée à la confidentialité des données. Les éléments permettant d'identifier les participants ont été supprimés ou modifiés, et des noms d'emprunt ont été utilisés lors de l'analyse. Cette démarche vise à garantir l'anonymat des personnes interrogées et à respecter leur vie privée.

Concernant le traitement des données, les entretiens ont été retranscrits de manière fidèle, selon le principe du mot à mot, incluant les hésitations, répétitions et particularités du langage (Descamps, 2005). Cette rigueur permet de préserver l'authenticité des propos recueillis et de garantir une analyse respectueuse du discours des participants, conformément au principe de fidélité (Rioufreyt, 2016). Comme le soulignent Abrial et Louvel (2011), la qualité de la retranscription conditionne directement la qualité de l'analyse.

De plus, une vigilance particulière a été accordée à l'écriture scientifique. Le choix des mots, notamment l'usage des adverbes traduisant un jugement, a été maîtrisé afin de ne pas orienter l'interprétation des résultats. Cette attention participe à la construction d'un éthos scientifique, défini comme l'image d'un chercheur rigoureux, prudent et transparent (Grossmann, 2018). Cet ethos repose notamment sur la capacité à « laisser parler les faits » (Latour & Fabbri, 1977), tout en évitant les généralisations hâtives et en maintenant une posture critique.

Enfin, l'objectivité de cette recherche s'inscrit dans une démarche d'analyse critique globale. Celle-ci implique d'identifier les biais potentiels, de questionner la validité des résultats et de reconnaître les limites inhérentes à la méthodologie employée. Cette réflexion sera approfondie dans la partie discussion, contribuant ainsi à renforcer la rigueur et la crédibilité de ce travail de recherche.

V. Terrain d'enquête : une évolution par induction

Par souci d'anonymat, les prénoms des personnes interrogées ont été remplacés par des prénoms fictifs, choisis de manière aléatoire suivant l'ordre alphabétique des entretiens, tout en respectant le genre des participants.

1. Entretien avec Amandine, éducatrice spécialisée.

1.1 Analyse verticale

Ce premier entretien s'est déroulé avec une éducatrice spécialisée exerçant au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) et d'un Hôpital De Jour (HDJ). Son parcours professionnel, débuté en 2004 en tant que monitrice-éducatrice puis poursuivi comme éducatrice spécialisée dès 2010, s'est principalement construit dans le secteur de la protection de l'enfance notamment en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), avant son intégration en pédopsychiatrie en 2020. La population rencontrée par la professionnelle est composée d'enfants âgés de 30 mois à 12 ans présentant des troubles du neurodéveloppement ou des troubles du comportement. L'enquêtrice rapporte la présence d'enfants exposées à des violences intrafamiliales : « On fait de plus en plus d'écrits, de notes d'informations préoccupantes. Ce n'est pas forcément pour des violences, mais en tout cas pour des négligences ou des carences ».

Concernant l'impact des violences sur le quotidien, la professionnelle décrit des atteintes de l'estime de soi et un « manque de prise en soin de soi-même ». Elle observe que l'insécurité interne des enfants sature leurs capacités cognitives, illustrant un état d'hypervigilance : « au moindre bruit dans le couloir, l'enfant interrompt son activité, il n'est plus du tout dans ce qu'il fait ». Selon son analyse, les activités quotidiennes peuvent devenir irréalisables en raison d'une désorganisation liée à la survie émotionnelle : « pour certains, préparer son cartable, ranger sa chambre, c'est impossible parce qu'ils sont dans un truc de survie en fait ».

Pour l'accompagnement, l'enquêtrice utilise un cadre structuré car, d'après ses observations, les limites sécurisent l'enfant : « Il ne fait pas ce qu'il veut, il y'a des règles à respecter... et pour moi ça sécurise ». Elle précise que ces enfants « testent souvent le lien... jusqu'où il va tenir en fait » pour vérifier la stabilité de l'adulte face à des manifestations émotionnelles explosives où l'enfant peut « insulter, frapper, lancer des chaises ».

L'éducatrice privilégie la médiation, notamment par des ateliers comme la « marionnette » ou la « randonnée » : « on n'est pas en face à face, on marche à côté de l'enfant [...] ça permet de

délier un peu les langues ». Elle souligne la nécessité d'un projet global : « ce n'est pas que les soins qui font que l'enfant va mieux [...] il faut réussir à ce que le projet soit global ». De plus, elle identifie la complémentarité de l'ergothérapeute, notamment pour la « réassurance » et le « passage à l'écrit ».

Enfin, l'enquêtée soulève une problématique institutionnelle majeure en qualifiant la tranche d'âge des 9-12 ans de « population un peu invisible ». Selon son analyse, ces enfants se situent à une période charnière où ils ne bénéficient plus de l'attention prioritaire portée à la petite enfance, sans pour autant présenter les comportements d'alerte (fugues, passage à l'acte) caractéristiques de l'adolescence. Cette « invisibilité » entraîne, d'après la professionnelle, un risque de perte de bénéfice des interventions antérieures : « on ne te tire pas bénéfice de ce qu'on a fait avant ». Elle explique que sans structures relais adaptées à la fin de la seconde enfance, les acquis thérapeutiques se fragilisent face à l'augmentation des exigences scolaires et sociales.

Ce constat est accentué par l'engorgement des services éducatifs extérieurs, décrits comme « débordés », ce qui retarde les mesures de protection et peut « compromettre la scolarité » de l'enfant. Dans ce contexte de saturation des services sociaux, l'enjeu des soins en pédopsychiatrie est alors de renforcer l'autonomie pour que l'enfant puisse organiser sa pensée et son action de manière autonome. Cette observation rejoint l'idée que, face à un environnement familial ou institutionnel identifié comme « défaillant », le développement du pouvoir d'agir devient un levier pour maintenir la participation de l'enfant dans ses occupations quotidiennes.

1.2 Evolutions

Ce premier entretien a permis de faire évoluer l'hypothèse 1. En effet, l'éducatrice spécialisée met en avant les bénéfices du groupe et de situations ludiques partagées (comme la randonnée ou les jeux de société) pour « délier les langues ». L'entretien confirme ainsi que le jeu, bien qu'il soit un levier majeur pour l'accompagnement de ces enfants, ne suffit pas seul à travailler les habiletés sociales. La dimension collective apparaît comme un support essentiel pour favoriser l'expression et la participation aux occupations, ce qui permet l'évolution de l'hypothèse 1 ainsi que celle de mes guides d'entretien.

2. Entretien avec Bérénice, ergothérapeute

2.1 Analyse verticale

Ce second entretien s'est déroulé avec une ergothérapeute diplômée depuis 2013. Son parcours professionnel, marqué par six ans en santé mentale adulte et trois ans comme référente pédagogique, s'est enrichi d'une pratique de cinq ans en pédopsychiatrie. Elle exerce actuellement à mi-temps dans un hôpital de jour (HDJ) pour des enfants porteurs de Trouble du Spectre Autistique (TSA) et à mi-temps dans un centre de consultation (CMP) auprès d'enfants de 7 à 12 ans présentant des troubles des apprentissages. Bien que les demandes médicales initiales concernent souvent une dysgraphie ou une inattention, l'enquêtrice rapporte que les entretiens révèlent fréquemment des contextes de violences intrafamiliales, particulièrement chez les enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), qui sont prioritaires au sein de sa structure.

Concernant l'impact des violences sur le quotidien, la professionnelle décrit une altération profonde du « prendre soin de soi ». Elle observe que l'insécurité vécue par l'enfant s'inscrit dans son corps, rendant l'intégration des routines d'hygiène complexe : « des difficultés à la toilette... avec des process pas bien intégrés, avec des difficultés à nettoyer les parties intimes ». Selon son analyse, les capacités cognitives sont entravées par un état d'hypervigilance qui sature la mémoire et l'attention en classe. Elle identifie également un déséquilibre occupationnel majeur où les soins (ergothérapie, psychologie, psychomotricité...) « surplombent les temps d'activité » et restreignent les temps de repos indispensables.

Pour l'accompagnement, l'enquêtrice utilise un cadre « très contenant pour être rassurant », indispensable pour stabiliser l'enfant en début de prise en soin selon elle. Elle précise que ces enfants « testent les limites » et la « distance relationnelle » pour se sécuriser, allant parfois jusqu'à mettre l'activité en échec pour mobiliser l'attention du soignant. L'ergothérapeute privilégie des activités « cadrées et cadrantes » comme les LEGO ou le Diamonds Painting, tout en s'appuyant sur les centres d'intérêt de l'enfant via l'outil d'auto-évaluation OT-Hope. Elle souligne l'émergence d'une forme d'autodétermination comme indice de confiance, lorsque l'enfant se sent assez sûr pour exprimer ses propres choix ou désaccords.

Enfin, l'enquêtrice soulève l'influence déterminante de l'environnement social sur l'efficacité de l'accompagnement. Selon son analyse, l'évolution de l'enfant est intimement liée à la stabilité de son milieu de vie. Elle constate une acquisition plus rapide des occupations chez les enfants placés en famille d'accueil, alors que les progrès restent « limités » pour ceux demeurant

exposées aux violences au domicile actuel. Ce constat est accentué par le manque de communication entre les partenaires, la professionnelle estimant qu'on « ne peut pas travailler sans l'environnement social de l'enfant ». Dans ce contexte, l'enjeu est de favoriser le transfert des acquis en impliquant les adultes gravitant autour de l'enfant pour soutenir son autonomie au quotidien.

2.2 Evolutions

Cet entretien a permis d'ajuster le guide d'entretien à destination des ergothérapeutes au regard des éléments cliniques apportés par l'enquêtée. En effet, bien que l'enquêtée confirme la nécessité d'un cadre « très contenant » pour stabiliser l'enfant face à ses « tests de limites », les échanges ont révélé l'importance d'investiguer plus précisément les outils de cette contenance. A la suite de cet entretien, le guide a été complété par des questions spécifiques visant à comprendre si des routines et des repères stables sont mis en place systématiquement, et pour quelles raisons thérapeutiques.

3. Entretien avec Camille, ergothérapeute

3.3 Analyse verticale

Ce troisième entretien s'est déroulé avec une ergothérapeute exerçant depuis un peu plus d'un an, dont huit mois au sein d'un hôpital de jour (HDJ) et d'un CMP. Son activité se partage à parts égales entre ces deux structures, où elle rencontre des enfants de 3 à 12 ans présentant des troubles variés (TDAH, TSA, troubles de l'attachement). La professionnelle souligne que les situations de violences intrafamiliales sont omniprésentes dans sa pratique : « on en voit toutes les semaines, c'est presque notre quotidien en fait ». Elle précise que, bien que l'entrée en soin se fasse souvent pour un trouble neurodéveloppemental, le contexte de violence est fréquemment découvert en cours de suivi.

Concernant l'impact des violences sur le quotidien, l'enquêtée décrit une mise à mal de l'autonomie et une « désorganisation totale » des occupations. Elle observe que l'insécurité vécue par l'enfant sature ses capacités cognitives, illustrant un état d'hypervigilance : « ils sont toujours sur le qui-vive, ils regardent partout, ils ne peuvent pas se concentrer sur l'activité ». Selon son analyse, les gestes de la vie courante, comme s'habiller ou manger sont impactés par un manque de repères et une agitation motrice : « manger proprement ou rester assis à table, pour eux, c'est une montagne parce qu'ils n'ont pas ce cadre-là chez eux ». Elle note également une grande difficulté à investir le jeu symbolique, l'enfant restant souvent dans une répétition de scènes violentes ou une incapacité à se laisser aller.

Pour l'accompagnement, l'enquêtrice utilise une structure de séance très ritualisée pour offrir un contenant sécurisant : « on commence toujours de la même façon, avec un petit temps pour dire comment on se sent... ça permet de poser les choses ». Elle précise que ces enfants « testent énormément le lien et l'adulte » pour vérifier si le cadre est assez solide pour contenir leurs émotions. La professionnelle privilégie des activités qui permettent à l'enfant de « reprendre le contrôle » sur le matériel et sur l'action, tout en travaillant la reconnaissance des émotions, souvent floues ou figées chez ces enfants : « ils ont parfois un masque, ils sourient alors qu'ils parlent de choses très dures ».

L'ergothérapeute souligne la nécessité d'une collaboration étroite avec l'équipe pluriprofessionnelle (psychologues, psychiatres) et l'environnement de l'enfant. Elle identifie l'importance du lien avec les familles d'accueil pour assurer le transfert des acquis : « quand l'enfant est placé, on sent qu'il peut enfin commencer à se poser et à apprendre ». Cependant, elle évoque la difficulté de travailler avec les familles d'origine lorsque la violence persiste, ce qui peut freiner considérablement les progrès. Elle conclut sur l'importance pour le thérapeute de « se recentrer sur son rôle d'ergo » et sur l'activité pour ne pas être submergé par le vécu traumatique de l'enfant.

3.2 Evolutions

Cet entretien marque une étape structurante dans la recherche en amenant l'hypothèse 2 à se diviser en deux axes distincts. Les propos de l'ergothérapeute sur la nécessité de ritualiser les séances permettent de faire naître l'hypothèse 2a : au-delà de ce cadre global, ce sont les routines et les repères qui semblent offrir la prévisibilité nécessaire à l'apaisement de l'enfant. En parallèle, l'hypothèse 2b s'affine en intégrant une dimension environnementale. Le transfert des acquis vers le quotidien ne dépendrait pas uniquement de l'activité, elle-même, mais de la stabilité du milieu de vie, notamment lors d'un placement.

Enfin, l'analyse de ces données permet de formuler une hypothèse transversale : l'accompagnement en ergothérapie auprès des enfants exposés aux VIF semble exiger une hiérarchisation des interventions, où la sécurisation du cadre et la stabilisation de la relation constituent des préalables indispensables au travail sur les habiletés sociales et à la participation occupationnelle. Cette nouvelle perspective suggère que l'état d'hypervigilance de l'enfant impose de traiter la sécurité comme un prérequis à toute autre forme d'apprentissage ou de jeu.

4. Entretien avec Déborah, éducatrice spécialisée

4.1 Analyse verticale

Ce quatrième entretien a été mené auprès d'une éducatrice spécialisée exerçant depuis douze ans dont trois ans au sein de sa structure actuelle. Son expérience s'est essentiellement construite en hôpital de jour, où elle accompagne des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement dont des troubles du spectre de l'autisme, et parfois, des troubles relationnels et de l'attachement. Bien qu'elle ne puisse mesurer la fréquence exacte des violences en raison de la complexité du dépistage, elle note une évolution de la structure : « l'hôpital de jour est devenu un lieu où l'on accueille de plus en plus de situations de protection de l'enfance ».

Concernant l'impact des violences sur le quotidien, la professionnelle décrit des manifestations cliniques qui entravent l'engagement de l'enfant dans l'activité. Elle observe des phénomènes de déconnexion : « l'enfant est comme figé, il est là mais il n'est plus là, il ne peut plus investir ce qu'on lui propose ». Cette insécurité fondamentale se traduit par une incapacité à se concentrer, car l'enfant est « parasité par ses angoisses ». Sur le plan de la participation, l'enquêtrice souligne une pauvreté des occupations de loisirs, l'enfant étant souvent dans la répétition : « leur jeu, il est pauvre, il n'est pas investi... ils ont du mal à accéder au plaisir ». Elle rapporte également que la violence subie devient un langage : « ils reproduisent ce qu'ils connaissent... la violence devient leur seul mode de communication pour dire qu'ils ne vont pas bien ».

Pour l'accompagnement, l'éducatrice privilégie une posture visant à sécuriser l'enfant à travers un cadre « contenant mais souple ». Elle décrit son rôle comme un amortisseur émotionnel : « notre rôle, c'est de faire tampon entre l'enfant et ses émotions débordantes ». La relation est perçue comme un espace de vérification pour l'enfant, qui cherche à éprouver la solidité du soignant : « vérifier si l'adulte va tenir ou s'effondrer ». Par ailleurs, les activités proposées visent la restauration de l'estime de soi et le lien social, avec pour objectif de « redonner du sens à l'action » dans un cadre collectif.

L'enquêtrice insiste sur l'importance du travail avec les familles, postulant qu'on « ne peut pas soigner un enfant tout seul dans son coin sans regarder ce qui se passe à la maison ». Elle souligne également la nécessité d'une vision pluriprofessionnelle pour ne pas rester seul face à la complexité des situations. Elle identifie l'ergothérapeute comme un acteur clé, notamment pour son regard spécifique sur le développement et l'action de l'enfant : « On a la chance

d'avoir un ergothérapeute [...] son regard, il va être complémentaire du mien ». Elle précise que cette collaboration permet de mieux comprendre les besoins de l'enfant, en ajoutant : « l'ergothérapeute, elle, va apporter cette lecture un peu plus fine sur les capacités de l'enfant à faire, à agir ».

Enfin, la professionnelle replace son action dans un contexte sociétal de libération de la parole, ce qui transforme la vigilance de l'équipe : « ça nous oblige à changer notre regard, à être plus attentifs aux signes, même les plus ténus ». L'enjeu ultime de la prise en soin est, selon elle, de permettre à l'enfant de quitter son statut de « victime » pour redevenir un « sujet » capable de porter ses propres projets de vie.

4.2 Evolutions

Ce quatrième entretien apporte un regard interdisciplinaire qui vient étayer les réflexions en cours, tout en précisant les conditions nécessaires à l'investissement de l'enfant.

L'hypothèse 2a est confortée par le discours de l'éducatrice spécialisée. Son rôle de « tampon » face aux émotions débordantes et aux phénomènes de « figement » de l'enfant souligne l'importance des routines et des repères stables. L'entretien confirme que ce cadre structurant est un support indispensable pour permettre à l'enfant d'investir de nouveau l'activité malgré ses angoisses.

L'hypothèse 2b connaît une évolution. Les observations cliniques de l'enquêtée sur l'engagement de l'enfant permettent de préciser que le transfert des compétences ne dépend pas de la similitude des activités de séance avec le quotidien, mais de la sécurité globale du milieu de vie. L'analyse met en évidence qu'un environnement stable, comme celui d'une famille d'accueil, est un levier pour le réinvestissement des acquis et le passage du statut de « victime » à celui de « sujet ». A l'inverse, la persistance des violences au domicile agit comme un frein majeur en mobilisant l'enfant sur sa propre survie, rendant le transfert vers le quotidien particulièrement complexe.

5. Entretien avec Enzo, ergothérapeute

5.1 Analyse verticale

Ce cinquième et dernier entretien s'est déroulé avec un ergothérapeute exerçant depuis près de quatre ans. Son parcours professionnel s'est construit en hôpital de jour et en centre de consultation auprès d'enfants de 6 à 12 ans, avant de commencer récemment une activité en libéral. Le professionnel souligne que l'information concernant les violences n'est jamais

présente initialement dans le dossier : « dans mon cas, je n'ai jamais commencé un suivi avec déjà cette information-là de base. C'est toujours arrivé en cours de route ». Il précise que ces situations sont « communes » et finissent par émerger au fil de l'accompagnement.

Concernant l'impact des violences sur le quotidien, l'enquêté décrit une indisponibilité majeure de l'enfant pour ses activités. Il observe que l'insécurité environnementale sature l'espace mental : « ils sont préoccupés par ce qui se passe chez eux et donc ils ne sont pas disponibles pour les activités de la vie quotidienne ». Selon son analyse, l'état d'hypervigilance est constant, l'enfant étant « tout le temps sur le qui-vive », ce qui se manifeste par des réactions de sursaut : « au moindre bruit, ils vont sursauter, ils vont regarder la porte ». Sur le plan de la participation, il note une mise en échec des apprentissages et une difficulté à investir l'autonomie car l'enfant est « fatigué » par son contexte familial.

Pour l'accompagnement, le professionnel mise sur la ritualisation pour offrir un sentiment de sécurité : « le fait que ce soit toujours la même chose en séance, ça les pose, ils savent qu'ici il ne peut rien leur arriver ». Il précise que la relation thérapeutique demande une adaptation constante de la posture notamment pour gérer les débordements émotionnels ou, à l'inverse, le retrait massif. L'ergothérapeute privilégie le jeu comme médiateur pour valoriser l'enfant, l'objectif étant de « leur redonner goût à faire des choses, à être fiers d'eux ». Il souligne également que l'espace de la séance est un lieu où l'enfant peut reprendre une forme de contrôle : « ici, c'est un espace où ils peuvent décider, où ils ont le contrôle sur ce qu'on fait, contrairement à ce qu'ils vivent chez eux ».

L'enquêté souligne enfin la difficulté de la coordination pluriprofessionnelle en structure, souvent réduite à des échanges informels : « la plupart du temps, ça va être dans le couloir, parce que c'est le speed ». Il identifie néanmoins la nécessité d'une alliance avec les parents, tout en admettant les limites de l'intervention si le milieu reste instable : « si les parents ne sont pas partie prenante, notre action elle est quand même vachement réduite ».

5.2 Evolutions

Ce dernier entretien permet d'atteindre la saturation des données, les propos recueillis venant stabiliser les axes de réflexion sans introduire de nouvelle notion.

L'hypothèse 1 se stabilise autour de l'intérêt du groupe comme espace de rupture de l'isolement et de restauration du plaisir d'agir. L'hypothèse 2a demeure centrée sur la ritualisation du cadre, identifiée par l'ergothérapeute comme le levier de sécurité permettant à l'enfant de pallier son

hypervigilance pour s'investir en séance. Concernant l'hypothèse 2b, elle achève son évolution vers une lecture environnementale : le transfert des acquis est lié à la stabilité du milieu de vie, l'insécurité permanente agissant comme un frein à la généralisation des compétences. Enfin, l'hypothèse transversale est consolidée en tant que synthèse du cheminement : elle pose la hiérarchisation des interventions comme une nécessité, ou la sécurisation du cadre et de la relation constitue le préalable à la participation occupationnelle de l'enfant.

Cette stabilisation des hypothèses marque la fin du recueil de données et permet de débiter l'analyse thématique.

6. Analyse thématique

L'analyse thématique est réalisée suite aux entretiens décrits, au regard de la problématique suivante : En quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle des enfants victimes de violences intrafamiliales, notamment dans les sphères des interactions sociales ?

Elle s'organise autour des grands thèmes issus des grilles d'analyse construites pour les deux groupes de professionnels : éducatrices spécialisées et ergothérapeutes. Pour chaque thème, les convergences et nuances entre les cinq entretiens sont exposées, ceci avant d'identifier les questionnements nouveaux que le terrain a fait émerger.

6.1 Retentissements observés, participation occupationnelle et équilibre

L'ensemble des cinq professionnels interrogés s'accordent sur un tableau clinique commun : les enfants victimes de VIF présentent une hypervigilance permanente, une intolérance à la frustration marquée, des difficultés dans le prendre soin de soi et un répertoire de loisirs profondément appauvri. Ces retentissements sont décrits de façon convergente par les éducatrices spécialisées et les ergothérapeutes, ceci indépendamment de leur expérience ou de leur structure d'exercice.

D'un côté, les éducatrices spécialisées insistent sur la dimension comportementale et relationnelle : crises fréquentes lors des temps collectifs, estime de soi dégradée visible jusque dans l'hygiène corporelle (Amandine, éducatrice spécialisée), enfants saturés de préoccupations qui les empêchent de s'engager dans quoi que ce soit (Déborah, éducatrice spécialisée). D'un autre côté, les ergothérapeutes, eux, décrivent les retentissements à travers le prisme fonctionnel, évoquant par exemple des difficultés dans le prendre soin de soi et notamment l'hygiène intime (Bérénice, ergothérapeute) ou compétences motrices et cognitives indisponibles sous stress (Camille, ergothérapeute). Toutefois, les manifestations restent très

variables selon le profil de l'enfant, c'est-à-dire verbal ou non verbal, âge, type de violence (Enzo, ergothérapeute)

Sur la participation occupationnelle, la convergence est totale : l'école est l'occupation dominante, souvent décrite comme espace refuge hors du domicile violent, alors que les loisirs sont quasi absents. Camille formule ce constat : « ce sont des enfants qui ne savent pas réellement s'amuser, ils ne savent pas prendre plaisir à quelque chose ». Bérénice observe quant à elle une compensation par la surconsommation d'écrans, interprétée comme une stratégie de régulation : « c'est rassurant parce qu'ils savent ce qu'ils vont aller regarder ». Par ailleurs, sur l'équilibre occupationnel, Bérénice soulève un paradoxe peu anticipé : les soins eux-mêmes contribuent à appauvrir le temps libre des enfants : « les soins viennent encore surplomber les temps d'activité et du coup limiter les temps de repos ».

C'est à l'intérieur de ce thème qu'émerge une notion nouvelle : celle de l'indisponibilité psychique comme frein premier à toute participation, distincte d'un déficit de compétences. Camille la nomme directement : « je dirais leur disponibilité psychique à l'instant », tandis que Déborah la décrit autrement : des enfants « en mode survie » dont les ressources sont entièrement mobilisées par la vigilance à la menace. Teicher et al. (2016) ont montré que l'exposition chronique à la violence entraîne une hypersensibilisation de l'amygdale, rendant l'enfant neurologiquement indisponible pour l'engagement dans une activité dès qu'un stimulus est perçu comme potentiellement menaçant. Cette lecture neurobiologique de la non-participation invite à repenser l'évaluation ergothérapeutique initiale : elle doit intégrer l'état émotionnel de l'enfant au moment de l'évaluation pour ne pas confondre indisponibilité psychique et déficit stable de compétences. Face à cette réalité, Camille a ajusté sa pratique en faisant le choix de respecter le rythme de l'enfant : « quand elle n'est pas disponible, tu ne peux pas le faire, ça ne donnera rien du tout, je la laisse ».

De plus, plusieurs professionnels décrivent des difficultés concernant les activités de la vie quotidienne (AVQ) qui ne relèvent pas d'un manque de compétences motrices mais d'une désorganisation psychocorporelle liée au trauma. Déborah décrit une transformation physique significative après le placement (hygiène restaurée, vêtements adaptés, propreté acquise) signalant que les difficultés observées étaient contextuelles et non stables. En ce sens, Van der Kolk (2014) a montré que le traumatisme est d'abord une expérience du corps avant d'être une expérience de la pensée. Miller et al. (2007) ont documenté les liens entre traumatismes précoces et dysfonctionnements du traitement sensoriel. Pourtant, aucun des ergothérapeutes

interrogés ne mentionne explicitement une approche d'intégration sensorielle (Ayres, 1972). Cette approche repose sur le postulat que le système nerveux doit filtrer, organiser et interpréter les stimulations (tactiles, visuelles, sonores) pour permettre à l'individu de produire une réponse comportementale adaptée à son environnement. Or, les descriptions cliniques du terrain en appellent directement les fondements. Par exemple, les comportements d'hyper-réactivité, les colères impulsives ou les gestes brusques décrits chez certains enfants face à la frustration s'apparentent cliniquement à un système nerveux en état d'alerte permanent, qui perçoit les stimuli du quotidien comme des agressions. A l'inverse, le retrait inhibé, le mutisme ou les jeux très isolés peuvent se lire comme des stratégies d'évitement sensoriel pour se protéger d'un trop-plein d'informations. Le fait que cette approche ne soit pas formellement évoquée par les professionnels ouvre ainsi une piste de recherche particulièrement intéressante.

Dans quelle mesure l'évaluation du profil sensoriel de l'enfant victime de VIF pourrait-elle enrichir la compréhension de ses difficultés occupationnelles ? Comment intégrer la restauration du temps de loisir et de repos comme objectif de soin à part entière dans les projets individualisés ?

6.2 Relations entre pairs et à l'adulte : interactions sociales

Concernant les relations avec les pairs, les professionnels décrivent les comportements des enfants selon deux dynamiques opposés. D'un côté, certains manifestent une forte réactivité relationnelle, marquée par une intolérance à la frustration, des gestes brusques ou des crises. De l'autre, on observe un retrait inhibé, où l'enfant reste en position d'observateur, s'isole ou privilégie les jeux solitaires. Enzo résume cette dualité sur le terrain : « c'est soit l'extrême haut, soit l'extrême bas ». Ce double constat, partagé de façon identique par les éducatrices et les ergothérapeutes, met en évidence la difficulté de ces enfants à trouver une juste distance dans le lien social.

En conséquence, les difficultés au tour de rôle, au partage et à la collaboration dans les groupes sont unanimement observées par les trois ergothérapeutes. Bérénice les décrit précisément. Alors que Camille distingue deux profils : certains enfants fuyants, d'autres brusques, avec des entrées en contact maladroites mais non intentionnellement agressives. Enzo souligne la dépendance au contexte et à l'âge.

Parallèlement, sur les interactions avec les adultes, le test du lien est décrit unanimement comme une dynamique centrale et systématique par les cinq professionnels. Amandine : « l'échec des familles d'accueil souvent, c'est la personne ressource qui devient l'objet de 'est-ce que toi tu

vas être toujours là en fait ? ' »). Déborah précise sa durée : entre six mois et un an. Bérénice, elle, observe les comportements testeurs sous forme de mises en échec des activités. Puis Camille décrit l'enfant ciblant l'adulte le plus fragile sur le plan émotionnel (fatigue par exemple). Enzo précise que « ce sont des enfants qui cherchent le cadre pour être rassurés ».

C'est à l'intérieur de ce thème qu'émergent deux notions nouvelles importantes. La première est celle du besoin de contrôle comme stratégie adaptative. Bérénice, ergothérapeute de l'entretien 2, observe « une volonté de contrôle sur cet environnement social qui éventuellement les rassure ». Camille décrit une petite fille qui ne joue qu'en incarnant le rôle de l'adulte. Enzo en fait un principe directeur en laissant l'enfant moteur de sa prise en charge. Perry (2006) a théorisé ce besoin de contrôle comme une réponse adaptative à l'imprévisibilité chronique : maîtriser son environnement relationnel pour prévenir la surprise douloureuse. Cette lecture transforme la réponse professionnelle : plutôt que de réduire ce contrôle, il s'agit de lui laisser un espace légitime dans la séance.

La seconde notion nouvelle est celle des résonances identitaires liées au genre du soignant. Enzo, ergothérapeute de l'entretien 5, décrit une variabilité totale de la relation selon l'identité de l'agresseur : « soit l'enfant ne m'approche pas parce que la figure paternelle ça s'était très mal passé. Et à contrario, il n'y a pas d'homme dans la boucle, il se rapproche ». Cette observation, absente de la littérature des sciences de l'occupation, renvoie à ce que (Mazoyer & Bourdet-Loubère, 2016) ont décrit sous le terme de résonances identitaires dans le champ du trauma : le professionnel n'est jamais neutre, et son identité peut activer des dynamiques transférentielles liées à l'histoire traumatique de l'enfant.

6.3 Types d'activités proposées, choix de la médiation et place du jeu

Sur les types d'activités et la place du jeu, les cinq professionnels partagent une conviction identique : le jeu est le médiateur central et incontournable de toute intervention auprès de ces enfants. Néanmoins, une divergence porte sur la fonction qu'on lui assigne. Les éducatrices spécialisées l'utilisent principalement comme espace de symbolisation et de projection indirecte notamment avec l'atelier « Imagination » avec marionnettes et maisons de poupées (Amandine), les ateliers de psychodrame et de médiation musicale (Déborah). Les ergothérapeutes l'utilisent comme levier de motivation et d'engagement occupationnel. Il sert d'appui sur les centres d'intérêt de l'enfant (Bérénice), de fils conducteurs narratifs pour détourner l'anxiété (Camille) et conditionne l'envie ou non de l'enfant à venir en séance (Enzo).

Ainsi, ces différences reflètent des objectifs complémentaires qui s'articulent dans un projet pluriprofessionnel cohérent.

De la même manière, sur les objectifs de la médiation, les éducatrices spécialisées et les ergothérapeutes ne travaillent pas les interactions sociales de la même façon. Les éducatrices les intègrent dès le début et de façon explicite : « on ne fait que ça » (Déborah), à travers les ateliers de groupe comme prétextes à la relation sociale. Les ergothérapeutes les travaillent de façon implicite et différée : elles ne constituent pas l'objectif premier, mais émergent naturellement dans les groupes lorsque les difficultés relationnelles apparaissent (Bérénice, Camille et Enzo).

6.3.1 Les productions symboliques comme données cliniques

Le terrain fait émerger une notion nouvelle non anticipée dans le cadre conceptuel : les productions des enfants en séance (dessins, dispositions d'objets, mises en scène) constituent des données cliniques à part entière, révélant ce que la parole directe ne peut pas encore formuler. Camille, ergothérapeute de l'entretien 3, apporte un éclairage sur ce point : lors d'un collage sur l'automne, les enfants victimes disposent leurs feuilles en bas de l'arbre, « les feuilles ont abandonné leurs piliers ». Lors d'un dessin collectif représentant une maison, une enfant se dessine dans sa chambre, information cohérente avec ce qu'elle révèle trois semaines plus tard : « je reste dans ma chambre toute la journée ». Déborah décrit un enfant se dessinant cerner de choses qui débordent : « il est complètement parasité par tous ».

À ce sujet, Kramer (1998) sépare "l'art comme thérapie", où l'action de créer soigne en soi, de "l'art en thérapie", où l'œuvre sert de support à une psychothérapie. Dans le quotidien des enfants exposés aux violences familiales, cette distinction prend tout son sens à travers le jeu ou le dessin, qui deviennent de véritables espaces d'expression. L'ergothérapeute y trouve une place fine et discrète : celle de témoin. Son rôle est d'accueillir ces morceaux d'histoire que l'enfant extériorise, sans jamais chercher à interpréter ou sur-analyser face à lui. Cette posture bienveillante, construite au fil de la pratique, rejoint les mots de Camille : « on ne questionne pas, ça reste juste comme ça ».

Cependant, cette position de témoin soulève un paradoxe éthique et clinique complexe : comment recueillir ce vécu sans le trahir, tout en répondant aux obligations légales de signalement ? Transmettre à l'équipe pluridisciplinaire les signaux d'alerte observés en séance, sans briser le lien de confiance si fragile noué avec l'enfant, représente un équilibre délicat à

trouver. Pour autant, cette position de témoin passif face à l'enfant s'articule avec une autre mission du soignant : celle de transmettre les signaux d'alerte à l'équipe pluridisciplinaire. L'enjeu est alors d'intégrer ces observations cliniques dans le partage d'informations au sein du service, tout en préservant le climat de confiance indispensable au bon déroulement des séances d'ergothérapie.

6.3.2 L'autodétermination comme marqueur de sécurisation

Les trois ergothérapeutes convergent vers une observation identique qu'ils ne nomment pas de la même façon : le passage du oui systématique à l'expression de préférences authentiques comme premier signal clinique de confiance. Bérénice : « en début de prise en charge ils disent oui à tout, au fur et à mesure : ah non ça j'aime pas trop. C'est là qu'on sait qu'ils sont plus sûrs ». Quant à elle, Camille observe une prise d'initiative dans le jeu de l'autre, maladroite mais réelle. Enzo, lui, valorise la formulation d'envies pour la séance suivante. Deci et Ryan (1985) ont théorisé l'autodétermination comme la capacité à initier ses actions à partir de ses propres motivations, profondément altérée chez les enfants dont le sentiment d'agentivité a été confisqué par la violence. C'est pourquoi valoriser ces premiers signes constitue un objectif thérapeutique en soi, qui mérite d'être formalisé dans les projets de soins individualisés (Enzo).

6.4 Effet du cadre prévisible, routine, rituels et temps de transition

L'ensemble des professionnels interrogés s'appuie sur la ritualisation du quotidien comme un levier thérapeutique essentiel. En hôpital de jour, les éducatrices spécialisées structurent cet environnement rassurant à travers des repères fixes : un emploi du temps qui ne change pas, les mêmes soignants, ou encore des rituels précis comme l'accueil au porte-manteau décrit par Déborah. Les ergothérapeutes transposent cette même exigence de prévisibilité dans le déroulement de leurs séances. Qu'il s'agisse de l'annonce visuelle du planning ou du rituel du retrait des chaussures chez Camille, la régularité devient le socle sur lequel l'enfant peut commencer à s'apaiser.

Si la prévisibilité est classiquement pensée comme une adaptation pour les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux, le terrain révèle sa signification spécifique pour les victimes de VIF. Camille décrit ce besoin de repères face à l'environnement de l'enfant : « les violences c'est imprévisible, peut-être que beau-papa à 17h il est trop bien, mais dans deux heures il va péter un câble. Avoir quelque chose de prévisible c'est chouette pour eux ». En effet, Nordanger et Braarud (2017) ont montré que la répétition prévisible des expériences relationnelles contribue à recalibrer progressivement un système nerveux structurellement

orienté vers la détection de la menace, en offrant des expériences accumulées de « rien de mauvais ne se passe ».

Par ailleurs, tous les professionnels convergent pour identifier les temps de transition comme des moments de vulnérabilité spécifique. Cette notion de transition, identifiée comme critique par Amandine, peut être définie Gonin (2021) comme un processus de changement d'un état, d'une activité ou d'un lieu à un autre, nécessitant une adaptation cognitive et émotionnelle pour maintenir l'engagement occupationnel. Dès lors, pour l'enfant exposé aux VIF, quitter une activité pour une autre réactive une insécurité interne profonde. Camille l'illustre lors des échanges : « tu pars d'un milieu connu vers un inconnu ». C'est pourquoi les réponses professionnelles varient pour sécuriser ces passages : timer, supports visuels, transitions ludiques (la « chenille ») ou maintien de la présence adulte. Camille observe également le recours à des objets transitionnels, tels qu'un doudou ou un vêtement, rejoignant ce que Winnicott (cité par Bailly, 2001) a théorisé sur la fonction de l'objet pour traverser deux espaces sans perdre le sentiment de continuité de soi. En ergothérapie, l'analyse de ces transitions permet ainsi de comprendre que la difficulté réside moins dans l'exécution de la tâche que dans la charge émotionnelle liée au changement d'état.

Enfin, le terrain met en lumière une autre réalité : celle de l'environnement institutionnel comme condition du soin. Camille raconte comment l'absence prolongée d'un adulte référent a suffi à désorganiser une enfant, au point qu'il a fallu quatre séances entières pour qu'elle arrive de nouveau à s'engager dans l'activité proposée. On peut alors se demander, si le cadre est un outil thérapeutique à part entière, que se passe-t-il lorsque c'est l'institution elle-même qui le fragilise ? Amandine témoigne de la suppression des repas thérapeutiques suite à un dégâts des eaux : « ça met vraiment à mal l'hôpital de jour parce que ça fait partie des soins ». Ce qu'elle décrit dépasse l'incident matériel, c'est le soin lui-même qui est rompu. Ces situations interrogent la responsabilité des institutions. Peut-on soigner un enfant dont le système nerveux a été durablement marqué par l'imprévisibilité, dans un environnement lui-même soumis à l'instabilité ? Le soin ne se joue pas uniquement dans la relation thérapeutique ou dans les outils utilisés en séance. Il se joue aussi dans les conditions politiques, organisationnelles et matérielles qui permettent, ou empêchent, le soin de se déployer.

6.5 Construction de l'alliance thérapeutique et besoin de sécurité

C'est précisément au cœur de ce cadre sécurisé que peut se construire l'alliance thérapeutique. Sur ce point, les cinq professionnels partagent la même vision : la priorité est d'abord d'investir

du temps dans la relation avant de chercher à atteindre des objectifs de rééducation. Entrer en relation avec l'enfant et installer un climat de confiance réciproque passe ainsi bien avant le choix d'une activité précise. Cette convergence forte au sein du corpus montre que pour ces thérapeutes la réussite de l'intervention dépend avant tout de la qualité de la rencontre humaine.

Si les éducatrices décrivent l'alliance comme un processus long et non linéaire : « l'atelier en lui-même... j'attends pas de l'enfant qu'il fasse une production. L'idée c'est de pouvoir entrer en communication avec lui » (Amandine). « Pour moi, la priorité dans l'accompagnement de ces enfants c'est la rencontre, rencontrer, créer du lien. Essayer de comprendre la réalité de ce qui est vécu en face » (Déborah). Les ergothérapeutes la décrivent à travers des marqueurs plus fonctionnels : une diminution des comportements testeurs et meilleure réponse au cadre chez Bérénice, ainsi qu'une baisse de l'hypervigilance associée à une prise d'initiative dans le jeu pour Camille. Pour Enzo, ces évolutions confirment que l'installation de la confiance est le préalable indispensable à tout engagement de l'enfant dans l'activité.

Sur les besoins de sécurité, tous les professionnels s'accordent sur deux éléments : la prévisibilité de l'environnement et la cohérence des adultes. Déborah ajoute une dimension, qui fait directement écho au besoin de prévisibilité abordé précédemment, que les ergothérapeutes ne mentionnent pas explicitement : « si nos actes sont raccord avec ce qu'on dit, c'est là où j'ai senti le transfert le plus fort avec les enfants ». Pour ces enfants habitués aux discours contradictoires de l'environnement familial, l'alignement entre la parole et l'acte du professionnel devient l'un des repères sécurisants.

C'est sur ce thème qu'émerge une nouvelle notion impactant la planification des prises en soin : la durée réelle du test du lien. Déborah, éducatrice de l'entretien 4, la documente à partir de douze ans d'expérience : « il y a des enfants qui vont avoir besoin d'entre six mois et un an pour nous faire confiance ». Hughes (2006) a montré que les comportements testeurs chez les enfants présentant un attachement désorganisé sont la seule façon disponible pour vérifier si un adulte est suffisamment fiable pour être investi comme figure sécurisante. Si cette durée est rarement prise en compte lors de l'élaboration du plan de soin initial, cela soulève une question directe : quels objectifs fonctionnels peut-on raisonnablement viser avant que la relation de confiance ne soit établie ?

Par ailleurs, le clivage d'équipe autour de ces enfants constitue une autre notion nouvelle, identifiée par Bérénice : « ces enfants génèrent parfois un clivage : ceux qui vont adorer l'enfant, et à contrario d'autres soignants plutôt un agacement ». Kernberg (1975) a décrit le clivage

comme un mécanisme de défense primitif qui se rejoue dans la dynamique d'équipe, fragilisant la cohérence du cadre thérapeutique.

6.6 Evolutions des capacités relationnelles et transfert des acquis

Sur l'évolution des capacités relationnelles et les changements comportementaux, une divergence notable émerge entre les professionnels, qui mérite d'être analysée. Les observations du terrain montrent qu'on ne peut pas dissocier les progrès de l'enfant de la réalité de son environnement familial. Amandine décrit une évolution possible mais non garantie, variable d'un enfant à l'autre : « il y a des enfants qui s'enfoncent parfois, c'est pire. Il y en a pour qui vraiment les crises diminuent ». Déborah est nettement plus catégorique : « je vois le changement quand ils sont protégés. On ne peut rien faire si dans le réel de ce qu'ils vivent, ils sont maltraités quotidiennement. Systématiquement depuis 12 ans ».

Les trois ergothérapeutes confirment également cette asymétrie entre enfants placés et enfants encore exposés. Bérénice exprime : « *si c'est un enfant toujours exposé aux violences, on a très peu d'évolution quelle que soit l'occupation proposée* ». Camille, elle, compare les trajectoires de deux enfants de son groupe : celui placé à quatre jours de vie évolue régulièrement ; les deux encore dans leur foyer violent régressent d'une semaine à l'autre selon les événements à domicile. Enfin, Enzo pose la régularité du suivi comme condition : « *s'il n'y a pas de régularité, ça ne sert à rien* ».

Par conséquent, cette convergence soulève une question clinique et éthique nouvelle : peut-on soigner un enfant encore exposé à la violence, et si oui, avec quels objectifs ? (Helfrich & Aviles, 2001) ont montré que les interventions en contexte de violence persistante ont des effets limités sur les compétences fonctionnelles, mais remplissent d'autres fonctions essentielles : maintenir un lien sécurisant alternatif, documenter cliniquement la souffrance de l'enfant, préparer le terrain pour une intervention plus approfondie une fois la sécurité assurée. Redéfinir les objectifs du soin en contexte de violence persistante, non plus l'amélioration fonctionnelle, mais la présence sécurisante et la fonction de témoignage, est une nécessité clinique et institutionnelle que le terrain met en lumière.

Sur le transfert des acquis, les ergothérapeutes apportent des observations nuancées entre elles. Enzo, ergothérapeute de l'entretien 5, illustre le décalage entre compétence acquise en séance et performance en milieu naturel : « *en séance ça se passait très très bien mais à la maison elle ne veut pas* ». Bérénice identifie l'environnement coopératif comme condition première du transfert. Par ailleurs, Camille observe une généralisation spontanée chez les enfants placés en

quelques séances seulement. Ces observations illustrent ce que (Perkins & Salomon, 1992) nomme le transfert *far* : la généralisation dans des contextes éloignés de l'apprentissage, possible uniquement si le milieu de vie offre les conditions de sécurité nécessaires.

6.7 Collaboration interprofessionnelles et relation famille/école

Sur la collaboration interprofessionnelle, tous les professionnels s'accordent sur la nécessité d'un travail coordonné, mais les modalités varient selon les structures. Amandine, éducatrice de l'entretien 1, et Bérénice, ergothérapeute de l'entretien 2, bénéficient de réunions hebdomadaires structurées et d'échanges informels valorisés. Camille dispose d'un staff quotidien de 30 minutes plus une demi-journée hebdomadaire comme Déborah. Enzo fonctionne essentiellement de façon informelle : « *la plupart du temps, ça va être dans le couloir parce que c'est le speed* ». Cette disparité interroge la qualité de la coordination selon les contextes d'exercice.

Concernant l'articulation des rôles entre éducateur spécialisé et ergothérapeute, les deux groupes convergent de façon symétrique. Les éducatrices voient l'ergothérapeute comme apportant un regard ciblé et précis là où leur propre rôle est global : « *mon rôle est un peu plus global, l'ergo c'est vraiment ciblé* » (Amandine), « *l'ergo va apporter cette lecture un peu plus fine sur les capacités de l'enfant à faire, à agir* » (Déborah). Les ergothérapeutes nomment les éducateurs comme leurs piliers dans les ateliers de groupe (Camille) et valorisent les échanges pluriprofessionnels comme principal facilitateur de leur intervention (Bérénice).

Sur la relation avec les familles, les cinq professionnels s'accordent sur son caractère indispensable mais décrivent des réalités contrastées. Les familles biologiques sont parfois évitantes après un signalement (Camille), les familles d'accueil plus investies et coopératives (Bérénice et Camille), les familles venues sous pression des services sociaux peu adhérentes (Enzo). Amandine formule un principe partagé : « *si on n'a pas l'adhésion des parents pour les soins, ça ne sert à rien* ». En revanche, sur la relation avec l'école, tous soulignent son épuisement face à ces enfants et le manque de retours structurés : « *en quatre ans, je n'ai jamais reçu de mail* » (Enzo).

6.7.1 Le doute institutionnel sur la parole de l'enfant

Une zone de tension nouvelle et forte émerge du terrain : le doute sur la parole de l'enfant, non pas seulement dans les services judiciaires ou scolaires, mais au sein même des équipes soignantes. Déborah le nomme comme son principal frein professionnel : « *je ne peux plus entendre dans ma pratique, que ce soit ma hiérarchie, mes collègues, qu'on doute de la parole*

d'un enfant ». Or, Summit (1983) a théorisé ce phénomène sous le terme de syndrome d'accommodation de l'enfant maltraité : l'enfant développe des comportements (rétractation, déni, silence) qui rendent sa parole facilement invalide aux yeux des adultes non formés, non par mensonge mais par stratégie de survie.

6.7.2 L'ergothérapeute comme porte d'entrée involontaire de la révélation

Enfin, une dimension nouvelle émerge du terrain : la relation de confiance construite en séance et les médiations ludiques créent un espace dans lequel la parole de l'enfant, à travers ses dessins, ses jeux ou ses mises en scène, finit par émerger de façon indirecte. Camille décrit comment un jeu de société sur les pièces de la maison permet à un enfant de révéler qu'il reste enfermé dans sa chambre toute la journée. Amandine observe que les mises en scène de l'atelier « Imagination » projettent régulièrement des scènes du quotidien violent.

Cependant, cette fonction de révélation indirecte engage une responsabilité clinique et éthique que les ergothérapeutes interrogés estiment insuffisamment abordée dans leur formation initiale. Dumaret et Coppel (1995) ont montré que les professionnels non formés au recueil de la parole peuvent involontairement interrompre ce processus par une réaction inadaptée. Camille a développé au fil de sa pratique une posture qui lui semble juste : « on ne questionne pas, ça reste juste comme ça ». Mais comment transmettre à l'équipe ce qui a été observé sans trahir la confiance de l'enfant, en respectant les obligations légales de signalement ? Cette question reste peu formalisée dans les pratiques et dans la formation initiale en ergothérapie.

VI. Discussion

Pour rappel, ce travail de recherche s'est construit autour d'une question centrale :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle des enfants victimes de violences intrafamiliales, notamment dans la sphère des interactions sociales ?

Afin d'explorer cette problématique, deux hypothèses de travail initiales avaient été posées. Suivant la logique d'une démarche inductive (d'Arripe et al., 2014), ces dernières se sont affinées et transformées au fil des cinq entretiens semi-directifs menés sur le terrain. Le dernier entretien n'ayant pas apporté de données fondamentalement nouvelles, le phénomène de saturation a rapidement indiqué que les axes majeurs de la recherche étaient stabilisés.

1. Evolutions des hypothèses

Les deux hypothèses initiales ont évolué progressivement au fil des entretiens. L'hypothèse 1 s'est précisée en deux temps, tandis que l'hypothèse 2 s'est divisée en deux axes distincts, chacun ayant lui-même évolué. Une hypothèse transversale est venue compléter l'ensemble. Un tableau de synthèse retraçant ces cheminements est disponible en Annexe 7.

1.1 Evolution de l'hypothèse 1

L'hypothèse 1 initiale postulait que l'utilisation du jeu comme médiateur thérapeutique, notamment à travers le modèle ludique de Ferland (2003), pourrait faciliter l'expression émotionnelle et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de VIF, favorisant ainsi leur engagement dans des occupations partagées.

Dès le premier entretien, Amandine, éducatrice spécialisée, met en avant les bénéfices des situations ludiques partagées et du groupe pour délier la parole et favoriser l'engagement des enfants. Elle souligne que c'est la dimension collective du jeu, plus que le jeu seul, qui constitue le véritable support thérapeutique. Cette observation conduit à une première évolution :

H1.1 : Les situations ludiques partagées, notamment en groupe, pourraient constituer un support favorisant l'expression émotionnelle et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de VIF, facilitant ainsi leur participation aux occupations partagées.

Les entretiens avec Bérénice et Camille, ergothérapeutes, affinent encore cette hypothèse. Les deux professionnelles observent que les situations groupales permettent non seulement le développement des habiletés sociales, mais aussi la régulation des comportements, avec des bénéfices observables sur des occupations aussi bien de loisirs que scolaires. L'hypothèse retenue est donc la suivante :

H1.2 : Les situations ludiques partagées, notamment en groupe, pourraient constituer un support favorisant l'expression émotionnelle, la régulation des comportements et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de VIF, facilitant ainsi leur participation dans des occupations telles que les activités de loisirs et les situations scolaires.

1.2 Evolution de l'hypothèse 2

L'hypothèse 2 initiale postulait que la mise en place d'un cadre d'intervention sécurisant, s'appuyant sur des situations proches du quotidien de l'enfant victime de VIF, pourrait contribuer à restaurer un sentiment de sécurité et à favoriser le transfert des acquis vers le

quotidien, soutenant ainsi une participation occupationnelle plus active et durable. Le terrain a conduit à diviser cette hypothèse en deux axes distincts.

Axe H2a, Le cadre structurant et prévisible. Les entretiens avec Amandine, puis avec Bérénice et Camille, mettent unanimement en avant l'importance d'un cadre d'intervention contenant et ritualisé. Bérénice décrit le cadre comme un espace de vérification pour l'enfant : « dans un premier temps il faut avoir quelque chose de très contenant pour être rassurant ». Cette convergence conduit à la formulation suivante :

H2a : La mise en place d'un cadre d'intervention structuré et prévisible, comprenant des routines et des repères stables en séance, pourrait contribuer à renforcer le sentiment de sécurité chez les enfants victimes de VIF, favorisant ainsi leur engagement dans les activités proposées.

L'entretien avec Camille, qui décrit une structure de séance immuable comme réponse directe à l'imprévisibilité traumatique, et celui de Déborah, qui souligne que la cohérence entre paroles et actes constitue le levier de sécurisation le plus puissant, précisent encore davantage cette hypothèse :

H2a.1 : La mise en place d'un cadre d'intervention structuré, prévisible et contenant, comprenant des routines et des repères stables en séance, pourrait contribuer à renforcer le sentiment de sécurité chez les enfants victimes de VIF, en limitant les comportements de test du cadre et en favorisant leur engagement progressif dans les activités proposées.

Axe H2b, Le transfert des acquis. L'hypothèse initiale postulait que travailler sur des situations proches du quotidien de l'enfant faciliterait le transfert des compétences développées en séance vers les interactions sociales et les occupations quotidiennes. Une première formulation intermédiaire est posée :

H2b : Le travail sur des situations proches du quotidien de l'enfant pourrait faciliter le transfert des compétences développées en séance vers les interactions sociales et la participation aux occupations quotidiennes.

Les entretiens avec Déborah puis avec Enzo et Camille précisent que ce n'est pas la proximité des activités de séance avec le quotidien qui conditionne le transfert, mais la stabilité globale du milieu de vie de l'enfant. L'hypothèse évolue vers :

H2b.1 : Le transfert des compétences développées en séance vers le quotidien dépend de la sécurité globale du milieu de vie de l'enfant. Un environnement stable agit comme un levier

permettant à l'enfant de passer progressivement du statut de victime à celui de sujet, tandis que la persistance des violences au domicile l'enferme dans un mode de survie qui bloque ce réinvestissement.

1.3 Hypothèse transversale

Au fil des entretiens, une hypothèse transversale non anticipée dans le cadre conceptuel s'est progressivement stabilisée. Les données recueillies convergent vers l'idée que l'accompagnement des enfants victimes de VIF requiert une hiérarchisation des interventions. En premier lieu, la sécurisation du cadre et de la relation constitue le préalable absolu. En second lieu, les situations ludiques partagées deviennent les outils privilégiés de la reconstruction progressive des interactions sociales. Enfin, le travail avec l'environnement de vie s'impose comme la condition essentielle du transfert durable des acquis. C'est l'articulation cohérente de ces trois dimensions au sein d'un projet pluriprofessionnel qui définit l'intervention ergothérapeutique auprès de ce public.

2. Mise en perspectives

Les résultats de cette recherche invitent à dépasser le constat clinique pour interroger des enjeux plus larges, à la fois théoriques, institutionnels et professionnels. Cette partie ne revient pas sur ce que le terrain a montré, mais l'utilise comme point de départ pour ouvrir des perspectives nouvelles, en mobilisant des concepts et des cadres théoriques que les données rendent nécessaires.

2.1 Le repérage des violences : une compétence à développer

Ce travail a mis en lumière un constat structurant : les violences intrafamiliales n'apparaissent jamais dans le dossier en amont de la prise en charge ergothérapeutique. Elles émergent progressivement, de façon indirecte, au fil d'une relation de confiance construite dans la durée. Cette réalité place l'ergothérapeute dans une position de témoin clinique de premier plan, susceptible de percevoir des signaux que d'autres professionnels n'ont pas encore identifiés à travers les productions symboliques, les comportements en séance, ou les mots lâchés lors d'un jeu.

Or, savoir reconnaître ces signaux sans brusquer l'enfant est une compétence qui ne s'improvise pas. Dumaret et Coppel (1995) ont montré que les professionnels non formés à ce processus peuvent involontairement l'interrompre : une question directe, une réaction de surprise, une réassurance prématurée suffisent à fermer un espace de parole qui a mis des mois à s'ouvrir. Si la capacité d'observer de manière objective et factuelle constitue le fondement même de la

démarche clinique en ergothérapie, son application spécifique à l'approche trauma-informée reste encore largement absente des programmes de formation initiale.

La formation trauma-informée, développée dans les pays anglophones sous le terme de Trauma-Informed Care (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014), propose précisément de former les professionnels de santé à reconnaître les manifestations du trauma dans la relation clinique, à ne pas les réactiver par une approche inadaptée, et à agir de façon sécurisante pour la personne accompagnée. La figure présentée en Annexe 8 rend compte de la diversité des traumatismes vécus par les individus, en distinguant les différents niveaux d'intensité auxquels ceux-ci peuvent se manifester (Grossman et al., 2021). Intégrer ces principes dans la formation initiale des ergothérapeutes permettrait de doter la profession d'un cadre d'action clair face aux situations de VIF, en définissant précisément ce que l'ergothérapeute peut observer, comment il le recueille et dans quel cadre pluriprofessionnel il le transmet. Dans quelle mesure l'intégration d'un module dédié au repérage des violences et à la pratique trauma-informée dans le cursus de formation en ergothérapie pourrait-elle renforcer la légitimité et la précocité de l'intervention de la profession auprès de ces enfants ?

2.2 La déclaration : entre obligation légale et positionnement professionnel

Le repérage des violences ne prend son sens clinique que s'il s'articule avec une capacité à agir. En France, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance impose à tout professionnel ayant connaissance d'une situation de danger pour un enfant de transmettre une information préoccupante ou, en cas de danger grave et immédiat, de procéder à un signalement judiciaire (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007). Cette obligation s'applique à l'ergothérapeute. Or, ni les référentiels de formation, ni les recommandations de l'ANFE (2026) ne précisent à ce jour comment l'ergothérapeute doit procéder concrètement.

Cette lacune est d'autant plus préoccupante que la déclaration engage une tension éthique spécifique à la relation thérapeutique. L'ergothérapeute construit avec l'enfant un lien de confiance qui repose sur la sécurité et la confidentialité de l'espace de séance. Déclencher une procédure de signalement à partir d'informations recueillies dans cet espace soulève une question déontologique non résolue : jusqu'où la protection de l'enfant autorise-t-elle à rompre cette confidentialité, et comment le faire sans détruire le lien thérapeutique qui a permis à la parole d'émerger ? Cette tension, propre aux professions du soin, est documentée dans les travaux de Karsz (2011) sur l'éthique en travail social et éducatif : la loyauté envers la personne

accompagnée et la loyauté envers les obligations institutionnelles ne se superposent pas toujours, et leur articulation requiert une formation explicite et un cadre de référence partagé.

Par ailleurs, la déclaration n'est pas un acte individuel isolé : elle s'inscrit dans une dynamique d'équipe et engage la cohérence de l'ensemble du dispositif. La question se pose donc de savoir comment l'ergothérapeute peut contribuer à cette dynamique sans empiéter sur les rôles des autres professionnels mandatés, tout en assumant pleinement sa propre responsabilité. Définir clairement cette articulation dans les projets de service constitue un enjeu institutionnel que les structures accueillant des enfants victimes de VIF auraient intérêt à formaliser.

2.3 Vers une lecture systémique de la situation de l'enfant

Ce travail montre que les difficultés occupationnelles des enfants victimes de VIF ne peuvent pas être lues à la seule échelle de l'individu. Elles s'inscrivent dans un système familial, institutionnel et social dont la complexité conditionne non seulement les manifestations cliniques observées, mais aussi l'efficacité même des interventions proposées. Penser l'ergothérapie auprès de ce public exige donc un déplacement de regard : de la personne vers le système.

La théorie des systèmes écologiques du développement humain, développée par Bronfenbrenner (1979), offre un cadre structurant pour opérer ce déplacement. Elle décrit le développement de l'enfant comme le produit d'interactions continues entre plusieurs niveaux d'environnement emboîtés : le microsystème (famille, école, structure de soin), le mésosystème (relations entre ces environnements), l'exosystème (services sociaux, politiques de protection) et le macrosystème (normes culturelles et législation). Pour l'enfant victime de VIF, la violence agit d'abord au niveau du microsystème familial, mais ses effets se propagent à tous les autres niveaux. L'échec de la protection institutionnelle, le déni de la parole de l'enfant par certains professionnels, ou encore la désertification des dispositifs spécialisés pour les 9-12 ans sont des dysfonctionnements de l'exosystème qui conditionnent directement les possibilités d'action au niveau clinique.

Pour l'ergothérapeute, adopter une lecture systémique signifie intégrer dans son évaluation non seulement les capacités fonctionnelles de l'enfant, mais aussi la qualité de ses environnements de vie et les interactions entre eux. Le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2002) offre un cadre opérationnel cohérent avec cette perspective, en posant que la participation dépend autant des conditions environnementales que des capacités intrinsèques de la personne.

Dans cette logique, évaluer un enfant victime de VIF sans évaluer son environnement revient à construire un projet de soin sur des fondations instables.

Comment l'ergothérapeute peut-il adapter ses objectifs d'intervention en fonction du stade de protection de l'enfant, et comment cette adaptation peut-elle être formalisée dans les projets de soins individualisés ?

2.4 Les enfants victimes de VIF face à l'injustice occupationnelle

Au-delà de l'approche systémique, les données de cette recherche invitent à nommer ce que vivent les enfants victimes de VIF dans un vocabulaire spécifiquement ergothérapeutique : celui de la justice occupationnelle. Townsend et Wilcock (2004) définissent l'injustice occupationnelle comme une situation dans laquelle des personnes sont empêchées, exclues ou privées de la possibilité de s'engager dans des occupations significantes, en raison de conditions sociales, environnementales ou institutionnelles qui ne dépendent pas d'elles. Cette définition s'applique directement aux enfants victimes de VIF : ce n'est pas leurs incapacités qui les privent de jouer, d'apprendre ou d'interagir librement, c'est la violence qui leur a été infligée dans leur environnement le plus proche.

Townsend et Wilcock (2004) distinguent trois formes d'injustice occupationnelle particulièrement présentes dans le vécu de ces enfants. La privation occupationnelle désigne l'absence prolongée d'engagement dans des occupations nécessaires à la santé et au bien-être : l'enfant victime, saturé par l'hypervigilance et les soins, ne dispose ni du temps ni de l'espace psychique pour jouer, se reposer ou développer des loisirs. La marginalisation occupationnelle désigne l'exclusion des occupations partagées qui fragilise le développement identitaire et social : l'enfant mis à l'écart par ses pairs, incapable d'investir les interactions collectives, se voit progressivement exclu des espaces sociaux qui constituent pourtant le pilier de la construction de soi à la seconde enfance. Enfin, l'aliénation occupationnelle décrit une situation où l'individu s'engage dans des occupations dépourvues de sens pour lui : pour l'enfant victime, certaines activités du quotidien (l'hygiène, le rangement, la scolarité) sont investies non pas comme des occupations significantes mais comme des contraintes subies, dénuées de sens par le trauma.

Reconnaître ces trois formes d'injustice dans la situation des enfants victimes de VIF transforme la posture de l'ergothérapeute. Il ne s'agit plus seulement de rééduquer des compétences déficitaires, mais de travailler à la restauration d'un droit fondamental : celui de l'enfant à participer à des occupations significantes dans un environnement sûr. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) reconnaît explicitement le droit de l'enfant au jeu et

aux loisirs (article 31), un droit que les violences intrafamiliales confisquent directement. Le Cadre Collaboratif de la Justice Occupationnelle (CCJO), développé par Townsend et Whiteford (2004), fournit à l'ergothérapeute un outil pour penser cette dimension politique de son intervention : il l'invite à agir non seulement au niveau individuel, mais aussi à nommer les injustices dans les espaces institutionnels, à défendre les droits des enfants dans les instances pluriprofessionnelles, et à contribuer à rendre visibles des situations trop souvent invisibles.

2.5 La restauration du sentiment d'efficacité personnelle.

Un fil conducteur traverse l'ensemble des données recueillies, sans jamais être nommé explicitement par les professionnels interrogés : la restauration de l'agentivité de l'enfant. Déborah le formule comme l'objectif de tout accompagnement : « permettre à l'enfant de quitter son statut de victime pour redevenir un sujet capable de porter ses propres projets de vie ». L'ensemble des personnes interrogées converge vers cette même idée : l'enjeu n'est pas seulement de rééduquer des compétences, mais de redonner à l'enfant la conviction qu'il peut agir sur sa propre vie.

Le concept d'agentivité, ou sentiment d'efficacité personnelle, a été théorisé par Bandura (2003) comme la conviction d'un individu de pouvoir exercer une influence sur les événements qui affectent sa vie et obtenir les résultats souhaités par ses actions. Chez l'enfant victime de violence chronique, ce sentiment est profondément altéré. La répétition de situations d'impuissance installe une représentation de soi comme incapable d'agir efficacement sur son environnement. Dans le MOH, ce vécu altère directement la causalité personnelle de l'enfant, c'est-à-dire la confiance qu'il porte en ses propres capacités (Kielhofner, 2008). Sur le terrain, l'utilisation d'outils d'auto-évaluation comme le COSA (Child Occupational Self-Assessment) permet de mettre en lumière ce point, en révélant la perception négative que l'enfant a de sa propre efficacité occupationnelle (Keller & al., 2005). Cette altération ne se limite pas à la sphère émotionnelle : elle se traduit directement dans les occupations, par un enfant qui dit oui à tout, n'initie aucune action, ne formule aucune préférence et laisse l'adulte décider à sa place.

Deci et Ryan (1985) complètent cette perspective avec leur théorie de l'autodétermination : pour qu'un individu puisse s'engager dans une activité à partir de ses propres motivations, il doit avoir vécu des expériences dans lesquelles ses choix étaient respectés et ses actions produisaient des effets visibles. C'est précisément ce que l'ergothérapie peut offrir : un espace où les décisions de l'enfant comptent, où ses productions sont reconnues, où ses refus sont entendus sans sanction. En ce sens, les actes cliniques décrits par les ergothérapeutes (laisser l'enfant

choisir l'activité, valoriser le passage du oui systématique à l'expression d'un désaccord, reconnaître une prise d'initiative même maladroite) ne sont pas des adaptations pédagogiques mineures. Ce sont des interventions directes sur le sentiment d'efficacité personnelle de l'enfant, dont les effets sur la participation occupationnelle sont documentés par Bandura (2003), plus le sentiment d'efficacité est restauré, plus l'individu accepte de s'engager dans des activités nouvelles ou difficiles, ce qui déclenche un cercle vertueux d'apprentissage et de participation.

La restauration de l'agentivité mérite d'être formalisée comme objectif thérapeutique explicite dans les projets de soins individualisés, au même titre que la rééducation graphomotrice ou l'amélioration de l'autonomie dans les AVQ. Cette formalisation permettrait de rendre visible un aspect du travail ergothérapeutique qui reste aujourd'hui largement implicite, et de lui donner la légitimité institutionnelle qu'il mérite. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) reconnaît d'ailleurs le droit de l'enfant à être entendu et à voir ses opinions prises en compte dans les décisions qui le concernent (article 12). Un droit que les violences intrafamiliales confisquent, et que l'ergothérapeute a le pouvoir de restituer progressivement, séance après séance.

2.6 L'interprofessionnalité comme condition de l'efficacité

Cette recherche confirme que l'accompagnement des enfants victimes de VIF ne peut pas reposer sur une intervention isolée, quelle qu'en soit la qualité. La coordination pluriprofessionnelle est décrite par l'ensemble des professionnels interrogés comme la condition structurelle de la cohérence thérapeutique. Cette affirmation appelle une réflexion théorique sur ce que signifie réellement collaborer autour d'un enfant victime de violence.

La littérature sur l'interprofessionnalité distingue la multidisciplinarité, plusieurs professionnels travaillant en parallèle autour d'une même personne sans coordination formelle, de l'interdisciplinarité où les professionnels partagent un projet commun, confrontent leurs regards et construisent ensemble les objectifs (D'Amour et al., 2005). Ils identifient quatre dimensions structurantes de la collaboration interprofessionnelle : le partage d'objectifs communs, la clarification des rôles, la formalisation des échanges et l'ancrage institutionnel du travail collaboratif. À la lumière de ces dimensions, les structures décrites dans ce corpus présentent des niveaux très variables de collaboration réelle, allant d'une interdisciplinarité structurée (staffs quotidiens, synthèses hebdomadaires) à une simple juxtaposition d'interventions peu coordonnées. Cette variabilité n'est pas sans conséquence sur les enfants : l'efficacité des soins dépend directement de la cohérence du projet qui les porte.

La complémentarité étroite entre éducateur spécialisé et ergothérapeute est apparue comme un levier particulièrement précieux. L'éducateur apporte sa lecture fine du quotidien et de l'environnement de vie, tandis que l'ergothérapeute éclaire les capacités d'action et les dynamiques occupationnelles de l'enfant. Si cette synergie gagne à être formalisée au cœur des projets d'établissements, elle reste trop souvent tributaire des affinités personnelles et du temps disponible (Marcel et al., 2007). Sans espaces réguliers de supervision ou d'analyse des pratiques, les professionnels s'exposent à l'épuisement clinique et à la fragilisation du cadre de soin, ce qui souligne l'importance de ces temps de régulation collective.

3. Biais et limites

La validité de toute démarche scientifique suppose une distanciation critique vis-à-vis de la méthodologie employée, afin de mesurer la portée et les limites des conclusions formulées. Vorms (2021) définit les biais comme les « différentes manières dont nos croyances ou nos attentes influencent la recherche, la sélection, la conservation, l'interprétation ou encore l'évaluation des informations ». Dans le cadre de ce travail, plusieurs zones de fragilité ont été identifiées, touchant à la fois la constitution de l'échantillon, la posture des participants et le processus de recueil des données.

En premier lieu, les limites liées à l'échantillonnage et au recrutement des participants constituent un biais de sélection et de volontariat significatif. L'enquête de terrain a mobilisé cinq professionnels exerçant exclusivement dans des structures de pédopsychiatrie en Normandie. Cette homogénéité géographique et institutionnelle restreint la diversité des perspectives cliniques ; l'inclusion de contextes d'exercice variés, tels que le secteur libéral, les SESSAD, les ITEP ou les structures relevant de la protection de l'enfance, aurait sans doute permis d'enrichir l'analyse des pratiques ergothérapeutiques. De plus, le recrutement reposant sur le volontariat induit une propension des enquêtés à présenter un intérêt marqué et une réflexivité supérieure pour la problématique des VIF, rendant leurs discours peu représentatifs de l'ensemble de la profession. Enfin, la prédominance féminine au sein de l'échantillon limite la portée des réflexions sur les résonances identitaires liées au genre du soignant, variable pourtant soulignée par Enzo (E5) comme un facteur clinique déterminant dans la relation thérapeutique.

En second lieu, la nature même de l'interaction lors des entretiens semi-directifs expose les données à des biais de désirabilité sociale, de rappel et liés au mode de collecte. Compte tenu du caractère émotionnellement chargé des violences intrafamiliales et des enjeux éthiques

qu'elles soulèvent, les professionnels ont pu, de manière consciente ou non, adapter leurs propos pour se conformer aux standards professionnels valorisés ou aux attentes supposées de la chercheuse (Berthier, 2023). Ce phénomène de conformité aux discours institutionnels dominants peut se doubler d'un biais de rappel, où certains éléments cliniques significatifs sont omis ou oubliés au profit de situations jugées plus exemplaires. Par ailleurs, bien qu'indispensable à la fidélité de la retranscription, le recours à l'enregistrement audio a pu agir comme un frein, inhibant la formulation de réflexions délicates ou engageant directement la responsabilité des intervenants face à des situations de violences précises.

Enfin, la posture de la chercheuse et les contraintes matérielles de l'étude induisent des limites temporelles et un biais de confirmation inhérent à la recherche qualitative. La situation d'appel à l'origine de ce mémoire, une rencontre clinique marquante lors d'un stage, a nécessairement orienté la sensibilité initiale aux données. Pour pallier cette perception sélective, un travail rigoureux de mise à distance des prénotions (Béraud, 2013) et de triangulation systématique avec la littérature scientifique (Fortin & Gagnon, 2022) a été mené. Néanmoins, les contraintes temporelles imparties pour ce travail d'initiation à la recherche ont restreint l'investigation à un territoire et un réseau limité, empêchant une exploration plus exhaustive. En définitive, si cette recherche offre une exploration qualitative précieuse d'un champ encore peu documenté en ergothérapie francophone, elle ne saurait prétendre à une généralisation des résultats, mais invite plutôt à la formulation de nouvelles hypothèses pour des travaux ultérieurs.

4. Plus-value professionnelle

Mener ce travail d'initiation à la recherche a été l'opportunité de poser les premiers jalons d'une réflexion clinique sur un sujet encore très peu documenté dans la littérature ergothérapeutique francophone : l'accompagnement des enfants exposés aux violences intrafamiliales. Au-delà de l'apport purement théorique, cet exercice a profondément transformé ma posture en m'imposant une véritable rigueur scientifique. Apprendre à faire dialoguer les réalités du terrain avec les cadres conceptuels m'a permis de développer un réflexe de veille professionnelle indispensable, que je compte bien maintenir tout au long de ma future pratique pour nourrir mes interventions des données probantes les plus récentes.

L'immersion dans une démarche inductive a également bousculé mes certitudes de départ. Elle m'a appris l'importance de ne pas figer mes hypothèses diagnostiques à l'avance, mais d'accepter une certaine forme d'inconfort intellectuel face au terrain. Cette capacité à tolérer l'incertitude

clinique pour laisser les connaissances émerger de la rencontre réelle avec l'enfant et son histoire constitue sans doute l'une des compétences réflexives les plus précieuses que j'ai acquises au fil de ce mémoire.

Sur le plan de la pratique pure, ce travail m'invite à poser un regard beaucoup plus nuancé sur les difficultés de l'enfant. Lors de nos évaluations, il est capital de ne pas confondre une réelle incapacité motrice ou cognitive avec ce qui relève en réalité d'une indisponibilité psychique ou d'une désorganisation émotionnelle passagère liée au trauma. Cette distinction change tout : elle oriente la pertinence de nos décisions et nous évite d'imposer une rééducation fonctionnelle là où l'enfant a d'abord un besoin vital de sécurité. De la même manière, j'ai pris conscience que les productions graphiques et le jeu symbolique en séance ne sont pas anodins mais des données cliniques cruciales qu'il nous appartient de décrypter et de formaliser.

Enfin, cette étude vient conforter la place légitime de l'ergothérapeute au sein des réseaux pluriprofessionnels de la protection de l'enfance. Notre plus-value ne réside pas dans une expertise médicale du traumatisme, mais dans notre lecture singulière du « faire », des occupations et de l'environnement de vie de l'enfant. Comme le rappelait Amandine (E1) si l'on s'accroche à l'idéal théorique imposé par nos représentations, on passe nécessairement à côté de notre sujet. C'est cette exigence d'un regard humble, lucide et profondément ajusté à la réalité concrète de chaque enfant qui définit, en dernière instance, la qualité d'un accompagnement éthique auprès des populations les plus vulnérables.

Conclusion

L'exposition des enfants aux VIF constitue un enjeu de santé publique majeur, dont les traumatismes impactent durablement l'ensemble des domaines de vie. Sur le terrain, ces répercussions se traduisent fréquemment par des restrictions sévères de la participation occupationnelle et un retrait social marqué. Initié à partir d'un constat clinique en centre médico-psychologique, ce travail de recherche avait pour objectif d'interroger le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces enfants, en s'intéressant plus particulièrement aux leviers permettant de restaurer leur engagement occupationnel et leurs interactions sociales.

Pour explorer cet objet d'étude encore peu documenté dans la littérature francophone, une démarche qualitative et inductive a été mobilisée. À travers la réalisation de cinq entretiens semi-directifs menés auprès d'ergothérapeutes et d'éducatrices spécialisées, l'analyse thématique a permis de croiser les regards cliniques et éducatifs afin de dégager des repères d'intervention concrets.

Il ressort de cette étude que le jeu en groupe se positionne comme un médiateur thérapeutique fondamental. Loin d'être une simple activité de loisir, l'espace ludique partagé favorise l'expression émotionnelle, la régulation des comportements et le développement d'habiletés sociales directement transférables dans le quotidien de l'enfant. Par ailleurs, la recherche confirme qu'une intervention efficace repose sur un cadre hautement structuré et ritualisé. Cette prévisibilité environnementale est indispensable pour apaiser l'hypervigilance de l'enfant, lui redonner un sentiment de sécurité et, par extension, soutenir la reconstruction de sa causalité personnelle et de son pouvoir d'agir.

Au-delà de ces repères, deux apports majeurs et originaux émergent de ce travail. Le premier est d'ordre évaluatif : il s'agit pour le thérapeute de savoir distinguer l'indisponibilité psychique d'un enfant en mode de survie d'un réel déficit structurel de compétences. Le second met en évidence que les acquis cliniques restent tributaires de la stabilité du milieu de vie, opposant l'évolution des enfants bénéficiant d'une mesure de placement à la fragilité de ceux maintenus en milieu exposé.

Bien que cette recherche présente des limites méthodologiques liées à la taille de l'échantillon, elle offre des contributions professionnelles notables et invite à intégrer les repères du trauma complexe dans la formation des ergothérapeutes. En conclusion, ce travail ouvre une réflexion éthique essentielle pour notre discipline : Comment l'ergothérapeute peut-il adapter ses

objectifs d'intervention et préserver la justice occupationnelle lorsque l'enfant est maintenu dans un environnement de violence chronique et persistante ? Cette interrogation invite à consolider la place de l'ergothérapeute comme un acteur clé, interdisciplinaire et pleinement informé sur le trauma, au sein des réseaux de protection de l'enfance.

Bibliographie :

- Abrial, S., & Louvel, S. (2011). Chapitre 4. Analyser les entretiens. In *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* (p. 65-81). Presses universitaires de Grenoble.
<https://doi.org/10.3917/pug.abria.2011.01.0065>
- Anadón et Guillemette (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? – Érudit. <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/recherche-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales/5109co/>
- Ariès, P. (2014). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Le Seuil.
<https://shs.cairn.info/l-enfant-et-la-vie-familiale-sous-l-ancien-regime-9782020042352>
- Association nationale française des ergothérapeutes. (2026). Règles professionnelles. ANFE.
<https://anfe.fr/regles-professionnelles/>
- Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE). (s. d.). OT' hope 0—5 ans.
<https://anfe.fr/product/ot-hope-0-5-ans/>
- Association National Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2017). Evolution conceptuelle de l'ergothérapie en France. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Evolution-conceptuelle-de-lergotherapie-en-France_Janvier-2017-n%C2%B033.pdf
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84, 142-145.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & Psy*, 15(3), 41-45.
<https://doi.org/10.3917/ep.015.0041>
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, trad.). De Boeck Université. <https://journals.openedition.org/osp/741>

- Bateman, S. (2006). De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée. *Travail, genre et sociétés*, 15, pp. 169-175. <https://doi.org/10.3917/tgs.015.0169>
- 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>
- Benoit, J. (2018). Le développement de l'enfant : Quelques rappels fondamentaux. *Administration & Éducation*, 157(1), 137-142. <https://doi.org/10.3917/admed.157.0137>
- Béraud, C. (2013). Prénotion. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1994>
- Berger, M., Izard, E., Romano, H., Bonneville, E., Lassus, P., Mette, C., & Rhodes, A. (2020). *Les besoins fondamentaux de l'enfant : Les connaître pour prévenir les traumatismes*. REPPEA, Réseau de professionnels pour la protection de l'enfance et de l'adolescence.
- Berthier, N. (2023). *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.berth.2023.01>
- Blais, M., & Martineau, S. (2022). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bowlby, J. (avec Internet Archive). (1969). *Attachment and loss*. Harmondsworth, Middlesex, England : Penguin Books ; New York, N.Y.U.S.A. : Viking Penguin. <https://archive.org/details/attachmentlossvo00john/page/152/mode/2up>
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). Ce qu'un enfant doit avoir. Ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir, T. Berry Brazelton et Stanley I. Greenspan (Stock Laurence Pernoud, 2001, traduit par Isabella Morel, 317 pages Perseus publishing, 2000) (I. Morel, Trad.). *Devenir*, 14(3), 299b-303b. <https://doi.org/10.3917/dev.023.0299b>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674028845>
- Cerqueira, L. D. (2025). Habitant·e·s des quartiers prioritaires politiques de la ville et dérèglement climatique : La légitimité du métier d'ergothérapeute.

- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Coron, C. (2020). Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? *BàO La Boîte à Outils*, 12-13.
- Coum, D. (2010). *Repères pour le placement familial*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.coum.2010.01>
- Coutanceau, R., & Damiani, C. (Dir.). (2018). *Victimologie : Évaluation, traitement, résilience*. Dunod. (ISBN : 978-2-10-078466-0) <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2018.02>
- Coutanceau, R., Smith, J., & Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience*. <https://shs.cairn.info/trauma-et-resilience--9782100576548>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-P. (Dirs. trad.). (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Arripe, A., Oboeuf, A., & Routier, C. (2014). L'approche inductive : Cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 1(1), 96-124. <https://doi.org/10.7202/1025747ar>
- Darmon, M. (2023). *La socialisation* (Armand Colin). <https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-socialisation--9782200631338?lang=fr>
- De Becker, E. (2019). L'enfant exposé aux violences conjugales : Réflexions générales à partir d'une pratique pédopsychiatrique. *L'information psychiatrique*, 95(4), 261–269. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1944>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

- de Sardan, J.-P. O. (2000). Le « je » méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445. <https://doi.org/10.2307/3322540>
- Descamps, F. (2005). De l'extraction des informations à la transcription intégrale. Dans *L'historien, l'archiviste et le magnétophone : De la constitution de la source orale à son exploitation*. <https://doi.org/10.4000/books.igpde.592>
- Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP). (2023). *Violences conjugales et intrafamiliales : Comprendre, alerter, accompagner*. Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques. https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/publications-dgafp/guide_violences_conjugales.pdf
- Doroudchi, A., Zarenezhad, M., Hosseinienezhad, H., Malekpour, A., Ehsaei, Z., Kaboodkhani, R., & Valiei, M. (2023). Psychological complications of the children exposed to domestic violence: A systematic review. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 13(1), 26. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s41935-023-00343-4.pdf>
- Drolet, M. J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), pp. 166-196. <https://doi.org/10.7202/1037918ar>
- Dumaret, A.-C., & Coppel, M. (1995). *Que sont-ils devenus ? Les enfants accueillis à l'Œuvre Grancher : Analyse d'un placement familial spécialisé*. Érés.
- Fédération nationale Solidarité Femmes. (2025). *Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au 3919-Violences Femmes Info*. <https://solidaritefemmes.org/wp-content/uploads/2025/06/Rapport-ObservatoireFNSF-2024.pdf>
- 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>
- 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/10.3109/11038128.2014.952912>

- Formarier, M., & Poirier-Coutansais, G. (1986). Le cadre conceptuel dans la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, (1), pp. 71-78. <https://doi.org/10.3917/rsi.004.0071>
- Fortin, M.-F., & Côté, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (7e éd.). Chenelière Éducation.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation. <https://doi.org/10.7202/1042088ar>
- Fugier, P. (2019). Neutralité axiologique : (axiological neutrality – neutralismo axiológico). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 427-430). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0427>
- Gaussot, L. (2016). Le jeu de l'enfant et la construction sociale de la réalité. *Spirale*, 80(4), 139-151. <https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/revue-spirale-2016-4-page-139?lang=fr>
- Gobin, P. (2021). Chapitre 9. Développement des compétences émotionnelles. In *Emotions et apprentissages* (p. 249-286). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.gobin.2021.01.0247>
- Gonin, A. (2021). Transition. *Géoconfluences*.
- Gouvernement du Québec (2025). Développement global de l'enfant. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/developpement-global-enfant>
- Gouvernement Français. (2023). *Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027* | solidarites.gouv.fr. <https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2023-2027>
- Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L.-Y., & Bonne, S. (2021). Trauma-informed care : Recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma* <https://doi.org/10.1136/tsaco2021-000815>
- Grossmann, F. (2018). *Objectivité scientifique et positionnement d'auteur*. Presses de l'enssib. <https://doi.org/10.4000/books.pressesenssib.950>

- Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23(2), 129-144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2021). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson.
- Gueguen, C. (2015). *Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*. Pocket.
- Helfrich, C. A., & Aviles, A. M. (2001). Occupational therapy's role with victims of domestic violence: Assessment and intervention. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(3–4), 53–70. https://doi.org/10.1300/J004v16n03_04
- Houdé, O. (2001). Le temps du développement. *Enfances & Psy*, 13(1), 21-25. <https://doi.org/10.3917/ep.013.0021>
- Hughes, D. A. (2006). *Building the bonds of attachment: Awakening love in deeply troubled children* (2e éd.). Jason Aronson / Rowman & Littlefield.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (s. d.). Conséquences à court et à long terme de la maltraitance. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la-maltraitance>
- Joyeux, N., & Borel, S. (2022). 13. La recherche qualitative. *Le monde du verbe*, 88-97.
- Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kars.2011.01>
- Kaufmann, J.-C. (2001). *Ego : pour une sociologie de l'individu*. Paris : Nathan.
- Keller, J., Kafkes, A., Basu, S., Federico, J., & Kielhofner, G. (2005). *The Child Occupational Self Assessment (COSAS)* (version 2.1). MOHO Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application* (3e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in Occupational Therapy: Methods of Inquiry for Enhancing Practice*. F. A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and application* (4e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kindelberger, C. (2018). La socialisation parmi les pairs comme facteur de développement. *Enfance*, 3(3), 455-469. <https://doi.org/10.3917/enf2.183.0455>
- 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>
- Kramer, E. (1998). *Art as therapy: Collected papers*. Jessica Kingsley Publishers.
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : enfance, enfances - Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436>
- Latour, B., & Fabbri, P. (1977). La rhétorique de la science. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 13(1), pp. 81-95. <https://doi.org/10.3406/arss.1977.3496>
- Leufstadius, C., Erlandsson, L., Björkman, T., & Eklund, M. (2008). Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 27-35. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686604>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research : Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Marcel, J.-F., Dupriez, V., Perisset Bagnoud, D., & Tardif. (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer* (De Boeck Supérieur). <https://shs.cairn.info/coordonner-collaborer-cooperer--9782804155223>
- Martin, C. (2022). Fiche 17. Grandes étapes du développement : L'enfant de 6 à 12 ans. In *Réussir tout le semestre 1—IFSI* (Vol. 3, p. 32-33). Vuibert. <https://doi.org/10.3917/vuib.breha.2022.01.0032>

- Mazoyer, A.-V., & Bourdet-Loubère, S. (2016). Réflexions sur la répétition du trauma dans le contre-transfert en clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(5), 397-401. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.03.003>
- Messina, M. (2024). Intersections Between Childhood Maltreatment and Social Functioning in Adolescence: A Systematic Literature Review. https://scholarworks.merrimack.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=sw_studentpub
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies*, 77, 37-44.
- Miller, L. J., Coll, J. R., & Schoen, S. A. (2007). A retrospective pre-post treatment study of occupational therapy intervention for children with sensory modulation disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 161–169. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1367>
- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2007). *La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance* [PDF]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reforme_protection_enfance.pdf
- Morange, M. (2010). L'éthique de la connaissance. *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, 17(2), 147-154. <https://doi.org/10.3917/bhesv.172.0147>
- Morel-Bracq, M.-C., Meyer, S., Sorita, É., Ferland, F., Rouault, L., & Caire, J.-M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 131-166). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0131>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling*. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Ngwala, D. P. L., & Med, M. (s. d.). *Inclusion, Exclusion, Non-inclusion et d'exclusion*.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget. ISBN : 978-82-450-2049-6.
- Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). (2022). *L'enfant victime de violences conjugales : une progressive reconnaissance*. ONPE Synthèses — Repères en protection de l'enfance, n° 10. https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2023/12/bos_10web.pdf

- ONU Femmes France. (2021). *Les violences conjugales et intrafamiliales*. <https://www.onufemmes.fr/violences-conjugales-et-intrafamiliales>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2022). *Enfance – jeunesse*. Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Organisation des Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. ONU. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Feldman, R. D. (2023). *Psychologie du développement de l'enfant* (10e éd.). Montréal, QC : McGraw-Hill Éducation / Chenelière.
- Perkins, D. N., & Salomon, G. (1992). Transfer of learning. In T. N. Postlethwaite & T. Husén (Eds.), *International encyclopedia of education* (2e éd., pp. 6452–6457). Pergamon Press.
- Perry, B. D. (2006). The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/237346956_The_Neurosequential_Model_of_Therapeutics
- Petit, C. (2016). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) en ergothérapie : une pratique innovante avec les personnes vulnérables en santé. *ErgOThérapies*, 64, 5–17.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts shared by more than one profession. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Eds.), *Mothering occupations: Challenge, agency, and culture* (pp. 27-43). F. A. Davis Company.
- Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine (RPNA). (2019). *Violences intrafamiliales, Agir en Gironde*. <https://rpna.fr/wp-content/uploads/2019/12/LAVAL-guide-VIF-2019.pdf>

- Rioufreyt, T. (2016). *La transcription d'entretiens en sciences sociales : Enjeux, conseils et manières de faire*.
- Salmona, M. (2018). Les traumatismes des enfants victimes de violences : Un problème de santé publique majeur. *Rhizome*, 69-70(3), 4-6. <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0004>
- Santé publique France. (2019). *Négligence envers les enfants : état des connaissances et modalités d'action*. Santé publique France.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), pp. 99-111. http://philippe.spoljar.free.fr/Files/Other/TER/txt_Recherches_qualitatives_hors_serie_5.pdf#page=102
- Sawadogo, H. P. (s. d.). L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>
- Servie Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI). (2025). *Les victimes de violences physiques ou sexuelles enregistrées par les services de sécurité en 2024*. <file:///C:/Users/louan/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/964ddb1-f9e1-4f3a-b795-bd75bb943f10/IR47.pdf>
- Sifer-Rivière, L. (2023). Chapitre 6. Enquêter par entretien : Se saisir du discours et de l'expérience des personnes. *Collection U*, 174-194.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. SAMHSA.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177–193. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Tanneau, C., Bidal, E., & Ben Ismail, A. (2021, juin). Le développement du répertoire occupationnel des enfants entre 0-6 ans : Comment l'accompagner en ergothérapie. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 172, 0-8.

- Taquet, A. (2019). La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (26-27), 464-466. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27.pdf
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Toussaint, J., & Gaugue, J. (2023). Chapitre 5. Aspects développementaux chez l'enfant. In *Grand manuel de psycho-oncologie* (p. 91-116). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vande.2023.01.0091>
- Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice : A Dialogue in Progress. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 71, 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Tursz, A. (2013). Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : Approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales*, 1, 32-50. <https://doi.org/10.3917/rfas.125.0032>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Vasselier-Novelli, C., & Heim, C. (2006). Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 185-207. <https://doi.org/10.3917/ctf.036.0185>
- Vorms, M. (2021). Bayes et les biais. Le « biais de confirmation » en question. *Revue de métaphysique et de morale*, 112(4), 567-590. <https://doi.org/10.3917/rmm.214.0567>
- Walsh-Garcia, S., Spirtos, M., Mockler, D., & Cremin, K. (2024). The Impact of Complex Trauma on Occupations and Daily Functioning in Childhood : A Scoping Review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 44(4), 489-512. <https://doi.org/10.1080/01942638.2023.2299272>
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2025). *WFOT policy statement: Occupational therapy in pediatrics*. <https://www.wfot.org/resources>

Annexe 1 : Tableau présentant les différents critères.....	I
Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	II
Annexe 3 : Guide d’entretien à destination des ergothérapeutes	III
Annexe 4 : Guide d’entretien à destination des éducateurs spécialisés ;	XII
Annexe 5 : Grille d’analyse des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes.....	XVII
Annexe 6 : Grille d’analyse des entretiens réalisés avec les éducateurs spécialisés.....	XXIII
Annexes 7 : Tableau synthétisant l’évolution des hypothèses	XXVIII
Annexe 8 : Schéma Trauma Informed based	XXX
Annexe 9 : Schéma de l’approche inductive.....	XXXI

Annexe 1 : Tableau présentant les différents critères

	Ergothérapeute	Educateur spécialisé
Critères d'inclusion	Ergothérapeute D.E ayant accompagné ou accompagnant au moins un enfant victimes de Violences intra-familiales. Ergothérapeute D.E exerçant en France ou à l'étranger	Educateur spécialisé ayant accompagné ou accompagnant au moins un enfant victimes de violences intrafamiliales.
Critères de non inclusion	Ergothérapeute D.E n'ayant jamais accompagnée des enfants victimes de violences intra-familiales	Educateur spécialisé n'ayant jamais accompagné des enfants victimes de VIF
	Personne ne comprenant ou ne parlant ni le français ni l'anglais Personne ne souhaitant pas participer à l'étude selon les modalités définies dans le formulaire de consentement	
Critères d'exclusion	Personne souhaitant se retirer au cours de l'étude	
	Personne décédant au cours de l'étude	

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement éclairé

Je m'appelle Louane Vast, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail portant sur l'accompagnement par l'ergothérapeute auprès des enfants victimes de violences intra-familiales.

Participants concernés

Cette étude s'adresse uniquement aux professionnels de l'enfance : ergothérapeutes et éducateurs spécialisés.

Déroulement de la participation

Afin de recueillir des informations utiles à ma recherche, je vous propose un entretien d'une durée d'environ 30min à 1h.

Vous pouvez :

- Ne pas répondre à certaines questions,
- Exprimer librement vos idées, remarques ou compléments,
- Revenir sur une question précédente à tout moment,
- Interrompre l'entretien à tout moment sans justification.

Enregistrement et traitement des données

L'entretien sera enregistré, uniquement afin de garantir une retranscription fidèle et précise. Toutes les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle.

- Les données seront anonymisées dans la retranscription (aucun nom, lieu ou élément permettant de vous identifier sera conservé).
- L'enregistrement audio sera supprimé dès la finalisation de la retranscription anonymisée.
- Les données ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire.

Je soussigné(e)déclare avoir été informé(e) des objectifs, des modalités et des conditions de l'entretien ci-dessus, et consens librement à participer au recueil de données dans le cadre de mémoire d'initiation à la recherche de Louane Vast, ainsi qu'à l'enregistrement de cet entretien.

Fait à le

Signature :

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes

Les éléments figurant sur fond rouge sont les éléments permis par l'évolution inductive et ajoutés au fil des entretiens.

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
L'enquêté(e)	Profil professionnel	Années d'expérience	Depuis combien de temps exercez-vous en ergothérapie ?
		Domaines exercés	Dans quels domaines ou secteurs avez-vous travaillé ?
		Type de structure actuelle	Dans quel type de structure travaillez-vous actuellement ?
		Modalités de prise en soin	Comment s'organisent les prises en soin dans votre structure ?
Public accompagné	Description générale du public	Profil	Quels profils d'enfants rencontrez-vous dans votre pratique ?
	Public enfants victimes de violence intra-familiales	Fréquence de l'accompagnement de ce public	A quelle fréquence accompagnez-vous des enfants victimes de violences intra-familiales ?

		Retentissements observés chez ce public	S'il y'en a, quels sont les principales difficultés rencontrées par ce public ?
Les enfants victimes de violences intra-familiales	La situation occupationnelle de ces enfants	Participation occupationnelle	Dans leur quotidien, à quelles activités ces enfants participent-ils le plus selon vos observations ?
		Freins à la participation	Quels freins remarquez-vous lorsqu'il s'agit de participer à des activités ?
		Équilibre occupationnel	Comment percevez-vous l'équilibre entre les différents temps de leur journée (école, soins, loisirs, repos) ? Y a-t-il des occupations manquantes ou sur-représentées ?
		Interactions sociales avec les pairs	Comment décririez-vous leurs relations avec les autres enfants ?
		Interactions sociales avec les adultes	Comment interagissent-ils avec

			vous ou d'autres adultes ?
Pratiques professionnelles	Evaluation et recueil de données	Identification des besoins occupationnels	Comment identifiez-vous les besoins occupationnels de l'enfant au début de l'accompagnement ?
		Outils utilisés	Quels outils, grilles ou observations utilisez-vous pour soutenir cette évaluation ?
	Activités et médiations	Type d'activités proposées	Quelles activités proposez-vous en séance ?
		Choix de l'activité	Qu'est-ce qui vous guide dans le choix de ces activités ?
		Priorités d'intervention	Quelles sont, selon vous, les priorités d'intervention en début de prise en charge ?
		Place des interactions sociales	Le travail sur les interactions sociales intervient-il dès le début ou dans un second temps ?

		Articulation interactions sociales et quotidien	Comment articulez-vous le travail sur les interactions sociales et les activités du quotidien ?
		Dérouler des séances	Comment se déroule généralement une séance avec ces enfants ? Y a-t-il une organisation particulière que vous essayez de maintenir ?
		Effet du cadre prévisible	Comment la prévisibilité ou la structure des séances influence-t-elle la participation des enfants selon vous ?
		Routines	Mettez-vous en place des rituels ou des moments récurrents au début ou à la fin des séances ?
		Temps de transition	Les temps de transition entre les activités représentent-ils des

			moments particuliers pour ces enfants ?
		Structuration des transitions	Comment structurez-vous ces transitions pour favoriser leur engagement ?
	Usage du jeu	Place du jeu	Quelle place a le jeu dans votre accompagnement ? Comment cela se manifeste-t-il ?
		Effets du jeu	Qu'observez-vous chez ces enfants lorsqu'ils participent à des jeux ou activités ludiques avec d'autres enfants ?
		Objectifs de la médiation	Lorsque vous proposez une médiation ludique, quels sont les objectifs que vous visez chez l'enfant ? Certains de ces objectifs concernent-ils le champ émotionnel ? Si oui, lesquels ?" serait plus adapté ?

		Séances en groupes / compétences relationnelle	De quelle manière les séances en groupe influencent-elles, selon vous, les compétences relationnelles des enfants ?
		Séances en groupes – régulation	De quelle manière les jeux en groupe permettent-ils de travailler la régulation des comportements ?
		Évolution des capacités relationnelles	Observez-vous une évolution des capacités relationnelles des enfants au fil des séances de groupe ?
	Relation thérapeutique	Construction de l'alliance thérapeutique	Dans votre pratique, quelles particularités observez-vous dans la relation thérapeutique avec les enfants victimes de VIF ?
		Indices de confiance	Qu'est-ce qui vous montre qu'un enfant est en confiance ou non ?
		Besoin de sécurité	Quels besoins spécifiques de sécurité, de repères

			ou de contrôle percevez-vous chez ces enfants ?
	Évolutions en séances	Changements comportementaux	Au fil de l'accompagnement, quelles évolutions observez-vous dans la participation, le comportement ou les interactions de ces enfants ?
		Transfert des acquis	Comment identifiez-vous que les acquis développés en séances se transfèrent dans d'autres contextes de la vie de l'enfant ?
		Facilitateurs / obstacles	Quels éléments vous semblent favoriser ou au contraire limiter ce transfert ?
	Modalités de communication	Relation entre l'ergothérapeute et l'école	Pourriez-vous me raconter quels types de retours vous recevez de l'école concernant l'enfant ?

		Relation entre l'ergothérapeute et la famille	Quels retours recevez-vous de la famille ? Comment se passent les échanges ?
	Facteurs influents	Facilitateurs	Dans l'accompagnement des enfants victimes de violences intra-familiales, quels éléments vous semblent faciliter votre intervention en tant qu'ergothérapeute ?
		Contraintes	A l'inverse, quelles limites ou difficultés rencontrez-vous spécifiquement dans l'accompagnement de ces enfants ?
Travail interprofessionnel	Collaboration	Acteurs impliqués	Avec quels professionnels êtes-vous amené(e) à collaborer lors de la prise en soin de ces enfants ?
		Modalités d'échange	Comment se passe les échanges avec ces professionnels ?

Autres			Y'a-t-il des éléments importants auxquels vous pensez et que nous n'avons pas abordés ?
--------	--	--	---

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des éducateurs spécialisés ;

Les éléments figurant sur fond rouge sont les éléments permis par l'évolution inductive et ajoutés au fil des entretiens.

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
L'enquêté(e)	Profil professionnel	Années d'expérience	Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'éducateur spécialisé ?
		Parcours	Dans quels types de structures avez-vous travaillé ?
		Structure d'exercice actuelle	Dans quel type de structure travaillez-vous aujourd'hui ?
		Modalités d'accueil	Comment les enfants sont-ils orientés vers votre structure ?
Public accompagné	Description du public général	Profil	Quels profils d'enfants rencontrez-vous dans votre pratique ?
		Fréquence de l'accompagnement de ce public	A quelle fréquence accompagnez-vous des enfants victimes de violences intra-familiales ?
	Public enfants victimes de violence intra-familiales	Retentissements observés dans ce public	S'il y'en a, quels sont les principales difficultés rencontrées par ce public ?
		Routines	A quoi ressemble un accueil type pour ces enfants dans votre structure ? y a-t-il des routines à mettre en place si oui pouvez-vous me donner un exemple ?
		Effet de la prévisibilité	Comment la prévisibilité ou la structure des séances influence-t-elle la participation des

			enfants selon vous ?
		Implications dans les tâches	Comment ces enfants participent-ils aux activités du quotidien ?
	Interactions sociales	Relations entre pairs	Selon vous, les enfants victimes de VIF présentent-ils des difficultés relationnelles dans les interactions avec leurs pairs si oui comment cela se manifeste ?)
		Relations à l'adulte	Comment interagissent-ils avec les adultes de l'équipe ?
Pratiques professionnelles	Activités et médiations	Types d'activités	Quelles activités ou ateliers proposez-vous à ces enfants victimes de <u>VIF</u> ?
		Choix de l'activité	Qu'est-ce qui vous guide dans le choix de ces activités ?
		Observations des comportements	Qu'observez-vous chez ces enfants lors de ces activités ?
		Observations de l'expression émotionnelle	Que remarquez-vous sur leur manière d'exprimer leurs émotions ?
		Priorités d'intervention	Quelles sont, selon vous, les priorités d'intervention en début de prise en charge ?
		Place des interactions sociales	Le travail sur les interactions sociales intervient-il dès le début ou dans un second temps ?

		Articulation interaction sociales et quotidien	Comment articulez-vous le travail sur les interactions sociales et les activités du quotidien ?
		Temps de transition	Les temps de transition entre les activités représentent-ils des moments particuliers pour ces enfants ?
		Structuration des transitions	Comment structurez-vous ces transitions pour favoriser leur engagement ?
		Evolutions des capacités relationnelles	Observez-vous une évolution des capacités relationnelles des enfants au fil des séances de groupe ?
	Facteurs influençant l'accompagnement	Facilitateurs	Dans l'accompagnement des enfants victimes de violences intra-familiales, quels éléments vous semblent faciliter votre intervention en tant qu'éducateur spécialisé ?
		Obstacles	A l'inverse, quelles limites ou difficultés rencontrez-vous spécifiquement dans l'accompagnement de ces enfants ?
	Évolutions et transfert	Modifications comportementales	Au fil de l'accompagnement, quelles évolutions observez-vous

			dans la participation, le comportement ou les interactions de ces enfants ?
	Modalités de communication	Relation entre l'éducateur spécialisé et la famille	Existe-t-il des échanges ou un lien avec la famille des enfants que vous accompagnez ? Si oui, comment se manifestent-ils ?
		Relation entre l'éducateur spécialisé et l'école	Pourriez-vous me raconter quels types de retours vous recevez de l'école concernant l'enfant ?
	Travail interprofessionnel	Collaboration	Avec quels professionnels êtes-vous amené(e) à collaborer lors de la prise en soin de ces enfants ?
		Modalités d'échanges	Comment se passe les échanges avec ces professionnels ?
Rôle et coopération avec l'ergothérapeute	Connaissance du métier	Compréhension du rôle	Pouvez-vous me raconter ce que représente, selon vous, le rôle d'un ergothérapeute auprès des enfants ?
	Expérience	Collaboration	Avez-vous déjà collaboré avec un ergothérapeute ? Si oui, comment cela se passait-il ?
	Complémentarité	Articulations des rôles	Selon vous, en quoi le travail d'un ergothérapeute peut-il être complémentaire au vôtre ?
		Valeur ajoutée de l'ergothérapeute	Dans le cas des enfants victimes

			de violences intra-familiales, voyez-vous un intérêt particulier à l'intervention d'un ergothérapeute ?
Climat éducatif	Relation éducative	Confiance	Comment décririez-vous la relation que ces enfants développent avec vous ?
		Besoin de sécurité	Qu'est ce qui aide ces enfants à se sentir en sécurité dans la structure ?
Autres			Y a-t-il des éléments importants auxquels vous pensez et que nous n'avons pas évoqués ?

Annexe 5 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes

Les éléments figurant sur fond jaune sont les éléments permis par l'évolution inductive et ajoutés au fil des entretiens.

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS – ERGOTHÉRAPEUTES & ENFANTS VICTIMES DE VIF					
Thème	Critère	Indicateur	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 5
L'enquête(e)	Profil professionnel	Années d'expérience	Diplômée en 2013, 13 ans d'expérience au total.	1 an et 1 mois d'expérience (diplômée depuis 1 an environ). 6 mois en neuropsychiatrie, puis depuis septembre 2025 en pédopsychiatrie.	4 ans d'expérience (dans deux mois). Début en HDJ pédopsychiatrie (6-12 ans), puis CMP/centre de consultation, maintenant début d'activité libérale.
		Domaines exercés	6 ans en santé mentale adulte, 3 ans comme référente pédagogique, 5 ans en pédopsychiatrie.	Neuropsychiatrie (6 mois), puis HDJ et CMP pédopsychiatrie (depuis septembre 2025). Première expérience en pédopsychiatrie.	HDJ pédopsychiatrie (6-12 ans), CMP/centre de consultation (6-12 ans), début en libéral.
		Type de structure actuelle	Mi-temps HDJ (enfants TSA modéré à sévère) + mi-temps centre de consultation/CMP (troubles des apprentissages, 7-12 ans).	HDJ pédopsychiatrie (50%) + CMP (50%). Enfants 3-12 ans environ.	HDJ pédopsychiatrie + CMP/centre de consultation + début en libéral.
		Modalités de prise en soin	Indication médicale → liste d'attente (100+ enfants). Enfants ASE prioritaires. Entretien initial avec parents/famille d'accueil + auto-évaluation avec l'enfant (OT Hope) + mises en situation.	Pas encore de prises en charge individuelles formalisées à l'HDJ. Évaluation sur 8 semaines de groupe avec une trame personnelle (liste d'AVQ et d'outils scolaires). Jeu spécifique AVQ (type jeu de société : rôle des pièces de maison) utilisé comme outil d'évaluation indirect. "Je me laisse huit semaines pour évaluer à travers le groupe."	Indication médicale + bilan initial avec l'enfant (OT Hope) et entretien avec parents/éducateurs si disponibles. Dans certains cas (foyer), peu de retours disponibles lors du premier entretien. "Je fais OT Hope avec l'enfant — c'est lui qui choisit les cartes, c'est son choix à lui."
Public accompagné	Description générale du public	Profil	TDAH, TSA, enfants sans diagnostic. Principalement troubles des apprentissages (dysgraphie, dysorthographe, dyspraxie), difficultés occupationnelles au quotidien (toilette, habillage, organisation).	TDAH, TOP, TSA (verbal et non verbal), troubles de l'attachement. Profils variés, parfois sans diagnostic clair (frontière trouble attachement/TSA). "Beaucoup de troubles d'attachement aussi quand même."	TSA modéré (majoritaire à l'HDJ), TDAH, troubles neurodéveloppementaux, ex-troubles dys. Enfants 6-12 ans.
	Public enfants victimes de VIF	Fréquence de l'accompagnement	2 à 3 enfants VIF par an en ergo. Pas indiqués directement pour VIF : repéré via dossier médical, entretiens ou statut ASE. "Le seul moment où on peut se douter c'est quand c'est des enfants ASE, s'ils sont placés, c'est qu'il y a eu des soucis à domicile."	Toutes les semaines. "Oh je dirais que j'en vois toutes les semaines." Environ moitié placés / moitié encore en contexte de violence. "Je dirais moitié-moitié."	Pas le quotidien mais présent. Information souvent reçue en cours de prise en charge, jamais en entrée. "On n'a jamais commencé un suivi avec déjà cette information-là de base, c'est toujours arrivé en cours de route." Ce sont d'autres professionnels qui tirent le signal d'alarme.
		Retentissements observés	Demande initiale : dysgraphie/difficultés scolaires. À l'évaluation : difficultés au prendre soin de soi (toilette, parties intimes, hygiène), retards d'apprentissage (mémoire, attention, logique), difficultés de loisirs. "Le prendre soin de soi, des difficultés à avoir des occupations de loisirs."	Anxiété intense dès qu'on aborde le quotidien (tremblements, arrachage de cheveux, ongles mordus). Compétences motrices et cognitives non disponibles sous stress. Hypervigilance (bruits anodins perçus comme menaçants). Difficultés dans les AVQ (chambre, routines, autonomie). "La plus grande difficulté c'est surtout quand on travaille autour de l'autonomie où du coup les scènes de violence ont lieu entre guillemets."	Très cas par cas selon le profil (verbal/non verbal, type de violence, âge). Enfants non verbaux : remise en scène des violences. Enfants plus grands : verbalisation progressive via la relation de confiance. Selon la dynamique familiale : enfant mis de côté pouvant s'enfermer dans des loisirs ou subir passivement. Auto-agressivité possible. "C'est assez rare que dans les premières séances l'enfant vienne te dire ce qu'il vit."
Enfants VIF	Situation occupationnelle	Participation occupationnelle	Forte consommation d'écrans (activité rassurant). Peu d'activités de loisirs. Difficultés dans le prendre soin de soi et les activités scolaires. "Des enfants qui vont peu d'activités de loisirs qui vont beaucoup s'enfermer dans les écrans parce que je pense que c'est rassurant."	Principalement l'école (loin du domicile, lieu sécurisant). Très peu de loisirs ou de jeu à la maison. "Ce sont des enfants qui n'ont pas réellement de loisirs. Ils ont pas réellement d'activité extérieure." Certains restent confinés dans leur chambre.	Très cas par cas. Dépend de la dynamique familiale et du type de violence. Certains s'enferment dans des loisirs comme échappatoire. D'autres subissent passivement. "Ça dépend comment ils vont s'échapper de la situation."
		Freins à la participation	Freins relationnels : se mettre en échec pour obtenir l'attention de l'adulte, prolonger l'accompagnement. Volonté de contrôle sur l'environnement. "Ils nous montrent à un moment qu'ils savent faire, mais ils vont mettre les choses en échec pour nous recentrer sur eux."	Disponibilité psychique insuffisante. Hypervigilance (alertes sur bruits anodins). Anxiété contextuelle liée aux thèmes abordés. "Je dirais leur disponibilité psychique à l'instant." Les jours suivant un épisode violent, l'enfant peut refuser toute activité.	Insécurité de base. Dans les transitions : passivité totale si l'adulte disparaît (devient statue). Agitation motrice possible. "Le silence, l'inconnu redevient insécure."

		Équilibre occupationnel	Déséquilibre net : soins et école surchargent les journées au détriment des loisirs et du repos. "Il y a vraiment un déséquilibre où les soins viennent encore surplomber les temps d'activité et du coup limiter les temps de repos." Quand placés en famille d'accueil, l'équilibre s'améliore.	Manque flagrant de loisirs. "Ils n'ont pas de 'bulle' à eux où ils prennent du plaisir. Ce sont des enfants qui ne savent pas réellement s'amuser." École sur-représentée. Temps de repos et de jeu sous-représentés.	Pas abordé en détail. Implicitement : déséquilibre probable entre soins et reste.
		Interactions sociales – pairs	Relations conflictuelles : difficultés au tour de rôle, à demander de l'aide, à partager, à collaborer. Volonté de contrôle sur l'environnement social. "Il y a un peu une volonté de contrôle sur cet environnement social qui éventuellement les rassure."	Très variable. Certains fuyants, d'autres brusques/cherchant à contrôler. Jeux souvent solitaires ou de contrôle (papa-maman où l'enfant est l'adulte). "Certains sont fuyants, d'autres brusques." Entrée en contact maladroite (bousculades non intentionnelles).	Petit enfant : intolérance à la frustration, codes sociaux inadaptés, agressivité physique. Grand enfant : retrait ou escalade dans la violence. Très dépendant du contexte et du vécu. "C'est soit l'extrême haut, soit l'extrême bas, je trouve."
		Interactions sociales – adultes	En individuel : plutôt bien. En groupe : accaparement de l'attention de l'adulte, comportements limites pour attirer l'attention. "Aller s'accaparer un peu à l'attention des adultes, quitte à faire des bêtises pour avoir cette attention là." Parents d'origine : plainte de fatigue, attentes inadaptées à l'âge.	Variable selon le vécu. Enfant encore dans le foyer violent : tendance à inverser les rôles adulte/enfant, à commander, à ne pas respecter la place de l'adulte. Enfant placé précocement : relation plus adaptée mais adulte pas encore pilier de confiance. "Elle a du mal à respecter la place de l'adulte." Test du cadre quotidien, l'adulte le plus fragile du moment est ciblé.	Très influencé par le genre du professionnel et l'identité de l'agresseur. Homme ergo : enfant peut l'ignorer totalement si figure paternelle violente, ou au contraire se rapprocher si pas de père dans la boucle. "Ça va vraiment c'est un peu la loterie dans ces cas-là." Recherche de cadre pour se sécuriser.
Pratiques pro.	Évaluation et recueil de données	Identification des besoins occupationnels	Entretien hétéro-évaluation (parents ou famille d'accueil selon droits parentaux) + auto-évaluation avec l'enfant (OT Hope). Mises en situation (ex : toilette avec poupon, évaluation écriture). "On va faire une auto-évaluation des besoins occupationnels avec l'enfant, on va utiliser l'OT Hope."	Trame personnelle d'évaluation (liste AVQ + outils scolaires) complétée sur 8 séances de groupe. Jeu de société AVQ (quotidien, maison) pour évaluation indirecte et détection de la réalité de vie de l'enfant. Observation des productions (dessins, disposition des éléments). "Je me laisse environ huit semaines pour évaluer."	Entretien initial (prescription médicale + parents ou éducateurs du foyer). OT Hope avec l'enfant (auto-évaluation). Groupe vie quotidienne : évaluation intégrée sans entretien formel. "Je fais OT Hope avec l'enfant — c'est lui qui choisit, c'est son avis à lui."
		Outils utilisés	OT Hope (auto-évaluation), mises en situation (poupon pour la toilette, évaluation graphisme), observation en séance. Vérification des tâches à domicile via retour famille.	Trame personnelle (grille maison). Jeu de société AVQ (créé par ergos et éducateurs pour TSA/TOP). Observations des productions et des comportements en séance. Le jeu permet de faire émerger des informations que l'enfant ne livrerait pas en direct.	OT Hope. Prescription médicale. Observation en séance. Profil sensoriel (habituellement réalisé). Entretien avec éducateurs du foyer si peu de retours disponibles.
	Activités et médiations	Type d'activités proposées	Scolarité : entraînement graphisme, compensation informatique, compétences mathématiques, cartes mentales, lien avec enseignant, dossiers MDPH/AESH. Vie personnelle : entraînement via mises en situation (poupon), tâches à domicile. Loisirs : élargissement du panel (legos, diamond painting — activités cadrantes).	Motricité globale : parcours individuel (tour de rôle, patience) + jeux de coopération en binôme/trinôme. Motricité fine : activités sur table (contour de main, découpage, collage thématique, pré-graphisme). Dessin commun sur grande feuille (thèmes saisonniers). Jeu de société AVQ (rôle des pièces de maison). Jeu libre en salle de jeux.	Rééducation AVQ (habillage, lacets, cuisine, propreté — ex : technique d'essuyage avec papier toilette scotché). Activités scolaires (outil informatique, écriture/tenue du stylo). Conseils aux familles via profil sensoriel. Groupe jeux de société (codes sociaux, 5 ans de moyenne). Groupe vie quotidienne (plus grands, 10 ans). "Rééducation des activités quotidiennes, l'habillage, les lacets, la cuisine, la propreté."
		Choix de l'activité	Centres d'intérêt de l'enfant repérés en entretien (famille + OT Hope). Activités cadrantes choisies pour leur structure rassurante. Objectifs définis à partir des besoins identifiés en évaluation.	Approche ludique centrale. Fils conducteurs narratifs (histoire du lutin farceur) pour capter l'attention et détourner l'anxiété liée aux thèmes travaillés. Thèmes saisonniers. Objectifs moteurs + AVQ + indépendance au domicile. Respect de la disponibilité de l'enfant (ne pas forcer). "L'approche ludique, c'est vraiment mon approche de base avec les enfants."	Centres d'intérêt de l'enfant (ex : Minecraft). Objectifs issus du bilan. L'enfant moteur de ses séances. "C'est vraiment l'enfant qui doit être moteur dans sa prise en charge." Rendre les séances non aversives. Séances de 30 min entièrement en travail (pas de pause jeu libre).

		Priorités d'intervention			Relation de confiance d'abord. Travailler ce qui permet à l'enfant d'être acteur (implication, appétence). Si enfant pas prêt : commencer par suivi psychologique avant les suivis plus spécifiques. "Je pense que c'est des enfants qui ont très peu de confiance en eux — juste le fait de faire quelque chose qui est pas habituel, voir que j'y arrive, ça va tout lier après."
		Place des interactions sociales			Pas en première intention. Travaillées de façon intégrée dans les groupes (jeux de société, codes sociaux). "Ce n'est pas l'intention première pour laquelle le groupe est créé. Mais tu sais forcément qu'à un moment il faudra recadrer."
		Articulation IS / quotidien			Dans les groupes jeux de société : situations naturelles de demande d'aide, tour de rôle, interaction. Travail indirect et contextuel sur les interactions sociales. "Savoir se tenir à table, comment t'adresses aux copains — c'est tellement logique que du coup si on voit que c'est déconnant, on le retravaillera."
		Déroulement des séances		Séance en deux parties : motricité globale (parcours + jeu coopératif) puis motricité fine (table). Toujours dans le même ordre. Activité de fin : dessin commun sur grande feuille. Dès les beaux jours : motricité globale dehors. "J'ai le même rituel, la même organisation."	En groupe : décision sur l'activité de la séance suivante avec les enfants. Jeux de société (45-50 min) puis activité ergo (figuras visuo-spatiales, Kapla). En individuel : 30 min de travail, pas de pause jeu libre. Activité choisie selon objectifs + choix de l'enfant. "L'enfant qui fait la demande si il n'y en a pas — c'est vraiment lui qui doit être moteur."
		Effet du cadre prévisible		Oui, essentiel : "Du moment qu'ils se sentent en sécurité, les enfants peuvent mieux déployer leurs compétences et évoluer." Exemple : une enfant absente un mois revenue sur un groupe modifié ; 4 séances de déstabilisation avant retrouver son niveau. Les violences sont imprévisibles → la prévisibilité du cadre est un contrepoint vital. "Avoir quelque chose de prévisible c'est chouette pour eux."	Oui, probablement bénéfique : lien de confiance avec l'adulte → confiance avec les autres → meilleure participation. "Je pense que c'est des enfants qui sont quand même insécures et le fait de pouvoir faire une relation de confiance, ça va pouvoir aider."
		Routines		Oui, structure répétée de la séance. Rituel d'enlèvement des chaussures (motricité fine travaillée en dehors de l'activité principale). Même début de séance. Préparation verbale du planning de l'après-midi.	Peu de rituels formalisés explicitement. Régularité et prévisibilité des séances comme cadre implicite. Décision collective sur l'activité suivante en fin de séance.
		Temps de transition	Présents mais gérés par le cadre strict (attente sur chaise entre activités en début d'année). Non thématiques spécifiquement comme tels.	Très présents. Transitions = passage d'un connu à un inconnu, réactivant l'insécurité. "Tu sais pas si le beau-papa est dans la salle et il nous attend." Hypervigilance lors des transitions extérieures (bruits de voiture, présences inconnues).	Présents. L'absence de stimulation lors d'une transition (adulte absent, silence) crée une insécurité et une passivité totale. "Le silence, l'inconnu redevient insécure — ça peut les stresser ou même provoquer de l'agitation motrice."

		Structuration des transitions	Attente assise et cadrée entre chaque activité en groupe (chaise, interdiction de bouger). Cadre progressivement assoupli en cours d'année.	Planning visuel de la séance annoncé en début. Anticipation des changements (adulte absent annoncé la semaine précédente). Adulte dédié pour les enfants bloqués lors des transitions. Transition rendue ludique (chenille, jeu). "Des enfants qu'on prépare beaucoup à tous les changements en soi."	Non détaillé spécifiquement. Implicitement : maintenir une présence adulte et une stimulation lors des transitions pour éviter la passivité.
	Usage du jeu	Place du jeu	Oui, grande place. Support ludique systématique : s'appuyer sur les centres d'intérêt (ex : Pat' patrouille pour l'écriture). "On va toujours chercher à rendre les choses ludiques."	Place centrale. Approche ludique systématique. Fils conducteurs narratifs. "De toute façon, l'approche ludique c'est vraiment mon approche de base avec les enfants." Le jeu permet d'aborder des thèmes anxiogènes sans confrontation directe.	Place centrale et indispensable. Le jeu = principal médiateur. "Si tu n'arrives pas à rendre ça ludique, l'enfant n'aura pas envie de venir." Jeux de mime, de société, jeux choisis avec l'enfant. Médiation indirecte des interactions sociales.
		Effets du jeu	Difficulté à gérer la frustration (perdre), difficulté à attendre son tour, besoin d'accaparer l'adulte. "Des enfants qui vont avoir du mal à gérer la frustration quand ils vont perdre." Travail du tour de rôle, de l'attente, du partage de l'attention adulte.	Jeux spontanément choisis (toujours les mêmes en salle de jeux libre — objet semi-transitionnel). Jeux tendant à la domination ou au contrôle (château fort, poussette/bébé). Contacts maladroits entre enfant victime de VIF et autres enfants. Adulte médiateur indispensable. Productions révélatrices (feuilles d'automne en bas de l'arbre, bonhomme à l'extérieur de la maison).	Jeux de mime : l'enfant doit s'adresser à l'autre, adapter son mime. Jeux de société : codes sociaux, frustration, tour de rôle. "Juste ça — tu dois t'adresser à l'autre." Médiation naturelle des interactions sociales par le jeu.
		Objectifs de la médiation	Expression et reconnaissance des émotions (identification sur le visage de l'autre, théorie de l'esprit). "Comprendre les besoins de l'autre, là où l'autre veut m'amener." Régulation émotionnelle (stratégies d'autorégulation). Jeu chaise musicale/émotions : identifier et exprimer.	Objectif principal : moteur et AVQ. Émotionnel travaillé indirectement (gestion de la frustration dans les parcours). Choix délibéré de ne pas mélanger trop d'objectifs pour rester efficace. "Je peux pas avoir trop d'objectifs parce que si j'en mélange trop, j'en ai forcément qui se font moins bien."	Peu d'objectifs émotionnels formalisés. Mise en mots ponctuelle sur le moment (colère montante observée). "Quand je vais le voir monter en pression, je vais mettre un mot sur ce qu'il ressent mais c'est sur le moment donné." Pas de séance dédiée aux émotions.
		Séances en groupe – compétences rel.	Travail de la sollicitation des pairs (demander à jouer, demander de l'aide), de la collaboration, de la demande d'aide à l'adulte adaptée (sans crise). "Comment aller solliciter un autre enfant pour qu'il vienne jouer avec moi."	Travail indirect : coopération dans les jeux moteurs (se faire confiance, communiquer, se répartir les rôles). "Quand ils se retrouvent à deux, faut faire confiance à l'autre et ça c'est quelque chose qui pour eux c'est très compliqué." Progrès lents mais visibles sur l'année.	Codes sociaux travaillés dans les groupes jeux de société (demander, tour de rôle, s'adresser). S'adapter aux autres via les jeux. "Savoir comment tu t'adresses aux copains, c'est lui parles pour lui demander."
		Séances en groupe – régulation	Travail de la frustration (perdre), du tour de rôle, de l'attente, du partage de l'attention adulte. Jeux de collaboration (déplacer un ballon à deux, jeux coopératifs). "Des jeux autour des émotions, chaise musicale version émotions."	Gestion de la frustration dans les parcours (ne pas contrôler l'issue). Jeux coopératifs (confiance, communication). Cadre structuré de groupe avec règles explicites. Présence multi-adultes pour tempérer.	Régularité du groupe + professionnels stables avec limites définies en commun = régulation comportementale. "Les limites soient pour tout le monde et qu'il n'y ait pas d'injustice." Cohérence des adultes entre eux comme condition de la régulation.
		Évolution capacités relationnelles	Oui, visible sur l'année : participation plus active, engagement sur les activités, moins de test du cadre, apparition de l'autodétermination. "Au fur et à mesure de l'année on peut dire ah non ça j'aime pas trop ou on pourrait faire comme ça." Très dépendant du contexte environnemental (enfants encore exposés : évolution limitée).	Oui, observée sur des détails concrets : pré-graphisme refait à niveau d'âge, entrée dans le jeu de l'autre (prendre le ballon du copain pour jouer ensemble). "Il y a des petits détails mais il y en a." Progrès liés à l'ensemble pluridisciplinaire et non à l'ergothérapeute seule. "C'est vraiment l'aspect pluridisciplinaire qui les aide."	Sur l'HDJ (jusqu'à 3 ans) : évolution nette observée. Sur le CMP : très variable selon la régularité. "Sur l'hôpital énormément parce qu'on peut aller jusqu'à trois ans de prise en charge." Régularité = condition sine qua non. "S'il n'y a pas de régularité, ça sert à rien."

	Relation thérapeutique	Construction de l'alliance	Risque d'attachement plus important et de clivage dans l'équipe (certains soignants en surprotection, d'autres en agacement). "Ces enfants qui vont pouvoir générer parfois un clivage dans l'équipe." Enfants fatigants surtout en début de prise en charge.	Envie plus forte d'aider, implication émotionnelle plus intense. Questionnement professionnel plus fréquent. "C'est des enfants que t'as plus envie d'aider... t'imagines ce qu'ils subissent." Situations parfois lourdes à entendre → besoin de débriefing en équipe. Relationnel non identique à un suivi classique.	Lien de confiance = base absolue. Sans lien, rien n'est possible. Enfants influençant la relation par la figure professionnelle (ex : ergo homme renvoyant à figure paternelle violente). "On n'a pas lien de confiance, il n'y a rien, de manière générale."
		Indices de confiance	Diminution du comportement testeur. Meilleure réponse au cadre. Apparition de demandes précises et de l'autodétermination. "Ah non ça j'aime pas trop" montre qu'ils sont plus sûres. Dire non à une proposition inadaptée.	Diminution de l'hypervigilance. Accès aux compétences motrices et cognitives. Prise d'initiative dans le jeu (aller vers l'autre). Prise de parole autonome. "Elle a confiance et du coup elle peut avoir accès à ça."	Prise de parole autonome. Regard vers les autres pour solliciter leur tour. Formulation d'envies/préférences. "T'auras une prise de parole autonome, ils vont plus s'adresser aux autres, ils vont oser dire ce qu'ils ont envie."
		Besoin de sécurité	Besoin fort de sécurité relationnelle (tester le cadre pour se sécuriser). Besoin de contrôle sur l'environnement social. Besoin d'un cadre contenant pour ne pas déborder. "Ils ont besoin qu'on pose la limite à un moment ; de leur corps, de leur occupation, du temps de séance."	Besoin de contrôle sur le jeu et l'environnement (être celui qui a la balle, donner naissance au jeu). "C'est vraiment un enfant qui a plus besoin d'avoir le contrôle sur absolument tout ce qu'il peut faire." Insécurité face à l'imprévisible. Objet transitionnel utilisé spontanément pour gérer les transitions.	Insécurité de base. Besoin de cadre et de limites posées pour se sécuriser. "Ce sont des enfants qui cherchent le cadre pour être rassurés, une fois qu'ils voient les limites, ils sont sûres."
	Évolutions en séances	Changements comportementaux	Progression de l'engagement : moins de comportements testeurs, plus centrés sur la tâche. Plus d'autodétermination. Évolution dépendante du contexte environnemental : "Si c'est un enfant toujours exposé aux violences, on a très peu d'évolution." Placement = évolution accélérée.	Évolution motrice nette (pré-graphisme à niveau d'âge après 6-7 mois). Entrée dans le jeu de l'autre, même maladroit. "Elle peut maintenant aller chercher le jeu du copain pour l'emmener ailleurs." Enfant placé précocement : évolution nettement plus rapide que l'enfant encore en contexte violent. "Celui qui est placé, il évolue beaucoup plus vite."	Sur l'HDJ : évolution notable sur 3 ans. Sur le CMP : très dépendant de la régularité et de l'implication des adultes autour. "La régularité, c'est même pour un suivi classique, s'il n'y a pas de régularité ça sert à rien."
		Transfert des acquis		Via famille d'accueil (retours directs). Parents biologiques parfois évitants (signalements effectués). Productions et comportements en séance (dessins, disposition, jeux). Généralisation spontanée observable (même façon de découper à l'hôpital et à l'école). "Les enfants ça généralise assez rapidement, en 3, 4, 5 séances."	Retours famille/foyer (en fin de séance ou informels). ESS scolaires. Généralisation observable en séance (tâches acquises reproduites spontanément). "La fille qui est en foyer, en séance ça se passait très très bien, mais à la maison elle ne veut pas."
		Facilitateurs / obstacles		Facilitateur : école (lieu sécurisant hors violence), équipe soignante comme pilier, famille d'accueil investie. Obstacle : environnement familial violent toujours présent, parents évitants post-signalement. "L'environnement familial social c'est un obstacle clairement mais l'école c'est un endroit facilitateur pour eux."	Facilitateur : implication des adultes (famille, foyer). Obstacle : implication parentale contrainte (familles venues sous pression des services sociaux). "C'est des familles qui viennent parce qu'à chaque fois il y a une menace des services sociaux ça n'aide pas beaucoup l'enfant."
	Modalités de communication	Relation ergo – école	Difficultés attentionnelles, agitation en classe, difficultés sur les temps méridiens (interactions entre pairs), dysorthographe/lenteur d'écriture. Demandes d'AESH individualisées. Pas de spécificité VIF nommée par l'école.	Contacts en début d'année (type de scolarisation, aménagements). Réunions d'école si nécessaire (enfants référents). Pistes d'aménagement transmises (PAP). Peu de contacts réguliers faute de temps. "J'ai pas le temps de faire réellement tout ce qu'on voudrait faire."	Contacts au début (type de scolarisation). ESS avec tous les professionnels à l'école. Bilan transmis aux enseignants avec recommandations. "À l'heure actuelle en quatre ans, je n'ai jamais reçu de mail" en retour d'enseignants. Deux ou trois appels pour vérifier des observations.

		Relation ergo – famille	Échanges en début/fin de séance avec l'accompagnant présent (famille d'origine ou d'accueil selon droits parentaux). Vérification des tâches à domicile. Familles très défaillantes peu présentes. "C'est à la famille qu'on va pouvoir se référer si ils ont l'autorité parentale."	Familles biologiques parfois évitantes (signalements). Famille d'accueil : échanges directs si elle assure les trajets. Productions et comportements restent confidentiels (dessins ne quittent pas l'HDJ). Rendez-vous proposés, pas toujours honorés.	Échanges informels en fin de séance avec l'accompagnant. Entretien de bilan à mi-année et fin de groupe. Foyer : échanges si présents, sinon limités. "La plupart des temps c'est informel, c'est juste à la fin de la séance."
	Facteurs influents	Facilitateurs	Échanges pluriprofessionnels (psychologue, psychomot, éducateurs). Temps de synthèse. "Le fait vraiment d'avoir des échanges avec l'ensemble des adultes qui vont graviter autour de l'enfant." Échanges informels inter-professionnels (psychologue notamment) très soutenant.	Travail pluridisciplinaire. Éducateurs spécialisés = piliers en atelier (gestion des débordements). Infirmière = compétences sociales et relationnelles. Staffs hebdomadaires permettant l'échange et le soutien. "Clairement en fait les éducateurs, je dirais que même en général, c'est mes piliers dans mon atelier."	Lien de confiance ("ça paraît tellement logique"). Implication de l'environnement social. "La notion de confiance pour lui et pour les autres" = levier principal.
		Contraintes	Manque de communication entre professionnels. Enfants victimes pouvant être eux-mêmes violents (comportement appris). "Le manque de communication va vraiment limiter notre prise en charge et je pense va être délétère pour l'enfant."	Enfants pas disponibles psychologiquement certains jours (séance rendue inutile). Disponibilité restreinte à mi-temps (difficultés de coordination). Pas encore de prise en charge individuelle formalisée. Enfants encore en contexte de violence limitant l'évolution. "Ça m'arrive de me remettre en question tout le temps dans ma façon de faire."	Implication contrainte des familles (venues sous pression). Appétence insuffisante de l'enfant pour le suivi. Nécessité parfois de prioriser un suivi psychologique avant les autres. "Est-ce que l'enfant a cette appétence pour apprendre de nouvelles choses ou c'est trop tôt."
Travail interpro.	Collaboration	Acteurs impliqués	Psychologue, psychiatre, psychomotricienne, infirmière, éducateurs, AESH, enseignants, professionnels du CMS. En groupe : binômes ergo + infirmière ou ergo + psychomotricienne.	Éducateurs spécialisés et Educateurs Jeunes Enfants, infirmière, psychomotricienne, neuropsychologues. Médecins (visioconférence). "Beaucoup d'éduc spé, clairement ce sont mes piliers dans mon atelier."	Psychomotricienne, orthophoniste, infirmière, éducateurs/EJE, psychologues, pédopsychiatres. "Psychomotricienne, orthophoniste, infirmière, éducateur/éducatrice spécialisée ou jeunes enfants, psychologue, pédopsychiatres."
		Modalités d'échange	Temps de synthèse dédiés (hebdomadaires). Échanges informels entre collègues. Échanges par mail pour situations complexes (dossiers MDPH, urgences). "Une fois par semaine et dans les situations les plus difficiles des échanges informels par mail."	Staff quotidien (30 min avant arrivée des enfants) + demi-journée de staff hebdomadaire. Échanges informels en équipe. Ordre du jour structuré pour les staffs. "Que ce soit au CMP ou à l'hôpital de jour, on a des staffs souvent c'est une demi-journée par semaine."	Surtout informel (couloir). Une réunion officielle annuelle par groupe (bilan de groupe). Staff médecin sur demande. "La plupart va être dans le couloir parce que c'est le speed." Une seule réunion officielle obligatoire par an.
Autres			Importance centrale de l'environnement social : "L'importance de l'environnement de toute façon pour ces enfants-là." Souhait de développer les échanges interprofessionnels informels (psychologue notamment). Enjeu d'un HDJ dédié aux enfants ASE.	Importance de l'investissement pluridisciplinaire et du soutien d'équipe. Rappel de l'importance de se recentrer sur son rôle d'ergo face à des situations complexes. "Toi ton rôle c'est quoi en ergo, c'est ça — donc des fois ça m'arrive encore je me suis mis un coup de pression toute seule."	Importance de la régularité du suivi comme condition de toute évolution. Importance du lien de confiance comme préalable absolu. Intérêt d'une meilleure structuration des échanges interprofessionnels.

Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec les éducateurs spécialisés.

Les éléments figurant sur fond jaune sont les éléments permis par l'évolution inductive et ajoutés au fil des entretiens.

Thème	Critère	Indicateur	Entretien 1	Entretien 4
L'enquêté(e)	Profil professionnel	Années d'expérience	Educatrice spécialisée depuis 2010, monitrice-éducatrice depuis 2004.	Éducateur spécialisé depuis 2014, soit 12 ans d'expérience.
		Parcours	Principalement en protection de l'enfance (MECS/ Foyer) avec des ados et jeunes majeurs. Arrivée en pédopsychiatrie en 2020.	Exclusivement en hôpital de jour (HDJ).
		Structure d'exercice actuelle	CMP et HDJ enfant	HDJ pédopsychiatrique
		Modalités d'accueil	Parcours CMP/HDJ : les enfants passent d'abord par une première demande au CMP, puis sont orientés en équipe. Le médecin valide l'indication HDJ. Une semaine d'observation au vacances d'avril précède l'entrée en septembre. Pour le CMP, les médecins adressent sur liste d'attente. "Donc ils ont d'abord un parcours par le CMP parce que tous les enfants passent par tout ce qui est première demande en fait. Ensuite il y a une orientation qui est donnée en équipe avec une indication pour l'hôpital de jour puis il rencontre le médecin."	Orientation sur prescription médicale : par le médecin traitant ou un médecin pédopsychiatre consultant en CMP.
Public accompagné	Description du public général	Profil	Enfants de 30 mois à 12 ans présentant des TSA, TDAH ou troubles du comportement (impulsivité, colère).	Enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA), des troubles de l'attachement, et plus largement des troubles neurodéveloppementaux. Tranche d'âge : 3-10 ans environ.
	Public enfants victimes de VIF	Fréquence de l'accompagnement	Récurrence quotidienne : "Tous les jours"	Difficile à mesurer précisément faute de repérage systématique. Estimation : environ 1 enfant sur 5 en regroupant tous types de violences ; 1 sur 7 pour les violences sexuelles/inceste seules. "Je ne peux pas te dire la fréquence parce que je ne peux pas mesurer encore la réalité de ce que les enfants vivent."
		Retentissements observés	Enfants souvent placés (famille d'accueil ou établissement) avec des troubles importants liés à leur histoire : "Ce sont des enfants qui présentent quand même des troubles assez importants parce qu'ils ont quand même des histoires assez costauds quoi en règle générale." En CMP, les VIF émergent en creusant les entretiens de première demande : violences conjugales, alcool, toxiques. L'alcool est identifié comme une forme de violence. "Quand tu creuses un peu l'entretien, on s'aperçoit souvent quand même qu'il y a des violences."	Principale difficulté : ne pas être entendu ni cru par les adultes censés protéger. Le recueil de la parole est identifié comme l'enjeu central : "Arriver à dire déjà ce n'est pas facile, mais si en plus nous en face on n'est pas formé à entendre à recevoir et pouvoir faire remonter, on est embêté." Difficultés à s'engager dans les activités du fait d'un état de survie permanent. Déficit de disponibilité psychique pour les interactions sociales.
	Participation dans le quotidien	Accueil type	HDJ : temps d'accueil collectif, ateliers thérapeutiques en groupe, entretiens familiaux réguliers (min. 3/an), partenariats avec éducateurs, TISF, écoles. Rituels très présents : "Il y a un temps d'accueil avec tous les enfants avant qu'ils se dispatchent dans les différents ateliers." CMP : entretiens de première demande staffés en équipe, guidances individuelles ou en binôme (inf./AS), programme Barclay parents (10 séances), groupe habiletés sociales (hebdomadaire).	Accueil ritualisé demi-journée : accueil au porte-manteau → toilettes/lavage des mains → salle de jeu (temps libre médiatisé) → ateliers thérapeutiques → repas (le matin uniquement). Ateliers proposés selon le profil : thérapie de groupe/psychodrame, atelier émotions, atelier danse/mise en mouvement, médiations (marionnettes, théâtre, collage, art-thérapie pour les plus grands), atelier bien-être (soins, estime de soi), atelier médiation musicale, atelier motricité globale/fine en co-animation avec l'ergo.
		Effet de la prévisibilité		La prévisibilité est décrite comme le socle de la sécurité : "L'idée c'est que ce soit prévisible, ça fonctionne bien pour les enfants vu les pathologies, vu les symptômes." Mêmes repères, mêmes personnes, mêmes séquences. Cela permet à l'enfant de ne pas traiter d'informations anxiogènes et d'investir pleinement l'atelier. "Une fois que ça s'est traité c'est repéré on peut investir pleinement l'atelier, pleinement son espace."
		Implications dans les tâches	Participation variable selon l'état d'arrivée de l'enfant. Observation d'une faible estime de soi : "Les enfants qui ont été victimes de maltraitance de violence, ils ont souvent une estime d'eux qui est dégradée. Ça peut se voir à travers l'hygiène." Crises fréquentes lors des temps collectifs nécessitant parfois l'isolement : "Il y a des crises à chaque fois qu'on les accueille. Des crises assez importantes qui nécessitent de les sortir, de les isoler." Locaux inadaptés aggravant la situation.	Au début, le cadre est systématiquement testé (1 à 2 séances) avant que l'enfant ne s'engage réellement. Les VIF sont repérés dès l'accueil par leurs comportements (insécurité, hypervigilance, difficulté à jouer) avant même les ateliers. "On voit bien ceux qui arrivent à jouer puis ceux qui n'y arrivent pas." L'orientation vers des ateliers adaptés est décidée en amont.

	Interactions sociales	Relations entre pairs	Oui, difficultés relationnelles nettes avec les pairs. Intolérance à la frustration très marquée : "C'est quand même des enfants qui sont très intolérants à la frustration. Les crises elles sont quand même très fréquentes, c'est récurrent." Exemple concret : un enfant qui claqué sévère en sortie rando car il ne voulait pas rentrer au foyer, dont les ambulances ont refusé de le prendre. Un autre enfant hypervigile, angoissé en permanence : "Il se bouffe les mains, dès qu'il entend un bruit, c'est quoi ce bruit, il a peur de tout." Crises vers les pairs mais aussi vers les adultes.	Oui, clairement. Les enfants victimes de VIF sont "en mode survie", saturés de préoccupations qui les rendent indisponibles pour s'engager avec les pairs. "Ils ne sont pas disponibles pour s'engager de manière afin d'être en sécurité avec les autres." Ils peuvent faire des activités simples (lancer de balle) mais peinent à investir des jeux plus engageants.
		Relations à l'adulte	Test du lien à l'adulte très présent : "Beaucoup d'enfants qui sont en famille d'accueil c'est ça, l'échec des familles d'accueil souvent c'est la personne ressource elle devient l'objet de 'Est-ce que toi tu vas être toujours là en fait ?'." Comportements d'opposition, de provocation, de maternage selon les enfants. "Il y a des enfants qui ont besoin d'être dans l'opposition... il y a aussi des enfants qui ont besoin de maternage." Les adultes servent d'espace de décharge sécurisé : "Nous ici on n'a jamais eu de crise. Par contre elle va refuser de lâcher prise."	Contrairement à un profil fuyant/évitant, les enfants VIF se dirigent plutôt vers l'adulte. Le test du lien est systématique et peut durer 6 mois à un an : "Il y a des enfants qui vont avoir besoin d'entre six mois et un an pour nous faire confiance et nous tester et après pouvoir livrer de la parole." Ce comportement est lu comme la reproduction du seul modèle relationnel connu : "Ils ont qu'un modèle."
Pratiques pro.	Activités et médiations	Types d'activités	HDJ : atelier rando (groupe de 5, 3 adultes, espace de parole en mouvement), atelier imagination (marionnettes, maison de poupée, animaux, albums sans texte, mise en scène par les enfants). CMP : groupe habiletés sociales (5 enfants, 8-10 ans, hebdo, gestion émotions/résolution conflits/jeux coopératifs), guidances parentales individuelles ou en binôme, programme Barclay (groupe parents, 10 séances, tous les 15 jours).	Ateliers de thérapie de groupe (psychodrame, élaboration sur les traumatismes), atelier bien-être (massage des mains, soins, estime de soi pour les petites filles), atelier médiation musicale (instruments, scénarios, danse sur les émotions), marionnettes, théâtre, collage/art-thérapie (pour les plus grands), atelier motricité globale et fine (co-animé avec l'ergo).
		Choix de l'activité	Sensibilité personnelle et aisance avec le média. Préférence pour les ateliers de parole et de manipulation : "Moi j'aime bien les ateliers de parole. Ça c'est vraiment mon truc. Et aussi les ateliers de manipulation comme la cuisine, la pâtisserie." Valorisation de l'enfant dans ses compétences : "Des enfants qu'on peut trouver maladroit gauche, et bah ils se révèlent sur des ateliers comme ça en fait et c'est valorisant pour eux." Choix d'un espace non frontal pour libérer la parole (rando).	Le groupe est valorisé comme espace thérapeutique de médiation par l'autre : "Ce qui m'intéresse c'est le après, c'est quand on vient, on retourne s'asseoir. Bah alors qu'est-ce qui s'est passé ? Et là les projections arrivent." Les supports sont des prétextes à la relation sociale : "Tous les supports d'atelier des soignants sont des prétextes à la relation sociale." Préférence pour des médiations ludiques (marionnettes, théâtre, mouvement) pour les jeunes enfants.
		Observations des comportements	Retour récurrent à leur histoire et à la colère face à cette histoire : "Faut que ça revienne toujours focus sur leur histoire en fait souvent." Mise en scène de scènes du quotidien à travers les médiations (poupées, marionnettes) révélatrice de ce qui se joue chez l'enfant : "C'est ce qui se joue vraiment chez l'enfant. Ce qu'il retranscrit à travers ses petites poupées." Les VIF sont pris dans de multiples procédures judiciaires et éducatives : "Ils ont des audiences chez le juge, des rendez-vous avec l'éducateur, des visites médiatisées... ils n'ont pas le choix."	Les enfants VIF ramènent constamment les traumatismes dans les projections et les mises en scène. La parole se libère progressivement une fois la confiance installée. Dissociation identifiée chez les victimes d'abus sexuels, rendant la gestion émotionnelle encore plus complexe. "Sur des enfants victimes de violences sexuelles avec la dissociation c'est compliqué."
		Expression émotionnelle	Deux pôles opposés : explosion émotionnelle ou inhibition totale. "Soit c'est explosif... c'est on vide tout. Soit c'est tout le contraire, ça peut être aussi des enfants qui refusent de lâcher prise." Exemple d'une fillette de 8 ans : crises violentes chez son assistante familiale (grimpe au rideau, dégonde une porte, s'arrache les cheveux), mais image lisse au CMP par mécanisme de protection. Colère fréquente, pleurs, transgressions répétées (vol). Encoprésie comme symptôme possible. Un enfant se dessine cerné de petites choses qui débordent : "On se rend compte que ça se manifeste de cette façon-là. Il est complètement parasité par tout."	"C'est un bordel." La gestion émotionnelle dépasse les capacités de l'enfant. Les émotions arrivent sans filtre. Le rôle de l'éduc est de nommer ce qui se passe : "Notre rôle va être d'y donner du sens, d'essayer de nommer avec eux ce qui se passe en eux." Une fois la parole entendue et crue, les symptômes changent radicalement : "Derrière c'est vraiment libérateur, on n'a plus du tout les mêmes symptômes."

		Priorités d'intervention		Priorité absolue : la rencontre et la création du lien. "Pour moi, la rencontre, rencontrer, créer du lien. Essayer de comprendre la réalité de ce qui est vécu en face." Ne pas projeter sa propre réalité sur celle de l'enfant. S'approcher au plus près de ce que vit l'enfant avant toute intervention.
		Place des interactions sociales		Oui, dès le début : "On ne fait que ça." Tous les ateliers sont conçus comme des prétextes à la relation sociale. Le travail des interactions sociales est implicite et permanent, non différé.
		Articulation IS / quotidien		Le groupe est l'outil central. Les ateliers (médiation musicale, danse, marionnettes) créent des espaces de projection indirecte, permettant aux enfants de parler via l'autre : "Entre eux ils ont tellement à s'apporter, on n'est pas en direct, nous on ne donne pas de leçon de morale, on laisse juste rebondir entre EUX ce qui s'est passé."
		Temps de transition		Oui, les transitions doivent être anticipées : timer, supports visuels, annonce orale préalable. "Oui tout à fait, ils doivent être anticipés... Les moments de transition peuvent être difficiles parfois pour les enfants à gérer malgré les aménagements." L'objet transitionnel (doudou) est aussi mobilisé.
		Structuration des transitions		Cadre prévisible et ritualisé, mêmes personnes, mêmes séquences. Mais surtout : la cohérence entre paroles et actes. "Si nos actes sont raccord avec ce qu'on dit." Le moment le plus fort de sécurisation est décrit ainsi : "Je t'entends, je te crois et je vais écrire au médecin on va te protéger et que ça se passe vraiment." L'enfant protégé montre une transformation physique et psychique radicale.
		Évolution capacités relationnelles		L'évolution n'est réellement possible que si l'enfant est protégé de la violence dans son environnement réel. "Je vois le changement quand ils sont protégés. On ne peut rien faire si dans le réel de ce qu'ils vivent, ils sont maltraités quotidiennement." Une fois placé : transformation physique (hygiène, vêtements, alimentation), diminution des symptômes, accès à la propreté, libération de la parole au bout de 6 mois à 1 an. "Depuis 12 ans, systématiquement."
	Facteurs influençant l'accompagnement	Facilitateurs	La relation de confiance est le facilitateur central : "C'est ça qui permet après de travailler." Adapter ses attentes aux capacités réelles de l'enfant et de sa famille. Reconnaissance des petits progrès : "Les progrès qu'ils font ne sont peut-être pas nous ce qu'on pourrait se dire dans l'idéal, mais en tout cas c'est des progrès aussi." Partenariats solides avec les différents acteurs du projet de l'enfant.	Être entendu et cru de façon inconditionnelle : premier levier. Créer du lien avant tout. Actes en cohérence avec les paroles. Le fait que la société protège effectivement l'enfant conditionne toute évolution. "Nul ne peut aménager s'il se fait tabasser tous les soirs, ça ne sert pas à grand chose."
		Obstacles	Limite de durée de prise en charge (3 ans en HDJ, 4 ans max) créant une rupture préjudiciable : "C'est difficile de se dire qu'on va plus les avoir dans les radars alors qu'on sait qu'il y a des besoins." Sentiment de ne pas consolider les acquis : "On consolide pas ce qu'on a essayé d'améliorer." Zone d'invisibilité des 9-12 ans entre HDJ et maison de l'ado. Locaux inadaptés (dégâts des eaux) supprimant les repas thérapeutiques. Pénurie de médecins pédopsychiatres. Services éducatifs et MDPH surchargés.	Le principal frein est institutionnel/sociétal : le doute sur la parole de l'enfant, y compris de la part des collègues ou de la hiérarchie. "Je ne peux plus entendre dans ma pratique qu'on doute de la parole d'un enfant." Absence de médecin sur site (visioconférences uniquement). Durée limitée à 3 ans, avec une zone critique à la sortie (CP, pas de place en IME). Saturation des services de protection. "La société ne sait pas faire, elle ne donne pas les moyens."

	Évolutions et transfert	Modifications comportementales	Évolution non linéaire et très dépendante du projet global. Pour les VIF : trauma persistant même avec les soins : "Les soins les aident mais ils ne règlent pas tout quoi. L'enfant doit toujours composer avec ça." Liens familiaux qui perdurent malgré la violence, y compris dans des situations extrêmes (inceste). Phénomène transgénérationnel observé : des adolescentes suivies autrefois reviennent avec leurs propres enfants en difficulté. Mais aussi des parcours de résilience possibles : "On peut quand même avoir une vie normale même si on a été victime de violences."	L'évolution est conditionnée à la protection réelle. Une fois protégés, les enfants évoluent systématiquement et positivement. Sans protection, les soins sont insuffisants. Le phénomène transgénérationnel est une réalité observée. La société doit évoluer dans sa réception de la parole de l'enfant pour que des changements de fond soient possibles : "Il faut qu'ils soient reconnus victimes pour entamer une transformation de fond pour l'avenir."
	Modalités de communication	Relation éduc. spé. – famille	Entretiens familiaux réguliers : minimum 1/trimestre, plus resserrés si situation fragile. Contact lors des réunions d'école, des consultations médicales, des échanges informels. "La relation de confiance avec les parents, si on n'a pas l'adhésion des parents pour les soins ça sert à rien en fait." Posture de dédramatisation et valorisation parentale : "J'aime bien dédramatiser en fait et valoriser aussi les parents dans ce qu'ils font." Contact avec familles d'accueil et éducateurs référents de même façon.	Relations maintenues avec les familles dans tous les cas de figure : familles biologiques (même en cas de suspicion de violence), familles d'accueil, foyers. Les parents gardent l'autorité parentale : signature des projets de soins, comptes-rendus obligatoires. "On ne peut pas travailler sans eux parce que les enfants c'est le produit immédiat de l'éducation du parent." Les parents très défaillants ne se rendent pas aux rendez-vous même proposés.
		Relation éduc. spé. – école	Les enseignants expriment leur épuisement face à ces enfants : "Ils nous disent mais vous vous les avez par un groupe de 3/4 pendant trois heures, nous ils sont 25 dans la classe." L'équipe joue un rôle d'intermédiaire et d'avocat de l'enfant pour faciliter les orientations (ULIS, IME, ITEP). Bilans neuropsychologiques partagés avec l'école. Soutien aux demandes MDPH via l'assistante sociale. Inquiétude des enseignants lors des fins de prise en charge.	Participation aux ESS (équipes de suivi de scolarisation) pour les enfants avec AESH ou en classes spécialisées. Les enseignants repèrent les signes visibles (agitation, violence, inhibition, négligences physiques : poux, odeurs) mais ne sont pas formés au repérage des VIF. Parfois, les directions font barrage aux informations préoccupantes. "Ce n'est pas nommé, ils ne sont pas formés à repérer forcément les choses."
	Travail interprofessionnel	Collaboration	Équipe pluriprofessionnelle interne : médecin pédopsychiatre, psychologues, neuropsychologues, infirmiers, assistante sociale, ergothérapeute, psychomotricienne. Partenaires externes : écoles, services EMO (AEMO), IDEFI/AFR (accueil familial renforcé), CMS, CSAD, ITEP, IME. "On essaie vraiment de coordonner un maximum le projet de l'enfant quand on est référent."	Équipe pluridisciplinaire : éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, ergothérapeute, psychomotricienne, cadre de santé, secrétaire médicale, ASH, infirmière, psychologues, assistante sociale. Selon les structures : orthophonistes, enseignants spécialisés. Médecin référent à distance (visioconférence). Partenaires externes : écoles, orthos libéraux, psychomots libéraux, services de protection.
		Modalités d'échanges	Réunions hebdomadaires structurées : HDJ tous les mardis après-midi, CMP tous les jeudis matins (présentation premières demandes + staff). Visioconférences avec médecin délocalisé (Le Havre). Échanges informels fréquents, transmissions écrites. "On a souvent des enfants en commun toi comme ça machin t'as fait quoi machin ? On lit les transmissions des collègues." Rôle de débroussaillage de l'assistante sociale pour les contacts CMS avant les entretiens.	Staff quotidien de 30 minutes (informations urgentes, organisation de la journée). Réunion de synthèse hebdomadaire (tout l'après-midi). Visioconférences avec le médecin référent pour validation des projets. "On a des réunions de synthèse une fois par semaine qui durent tout l'après-midi et là qui permettent vraiment de se poser."
Rôle & coopération ergo	Connaissance du métier	Compréhension du rôle	L'ergothérapeute doit pouvoir se déplacer dans les différents milieux de vie de l'enfant (école, domicile) : "Pour moi, l'ergo elle doit pouvoir se déplacer dans les écoles. En tout cas dans tous les endroits où l'enfant évolue." Rôle centré sur le passage à l'écrit, la réassurance, l'utilisation de supports variés (tablette, jeux). "C'est de la réassurance en fait... un travail de relation de confiance." Bilans ergothérapeutiques et rééducation si nécessaire.	Rôle centré sur les aménagements (motricité globale et fine, outils adaptés, supports visuels). Apporte "un nouveau regard" et "un regard différent sur les difficultés des enfants". Souhait fort de voir l'ergo s'ouvrir vers l'extérieur (domicile, école) : "J'ai hâte de voir mes collègues s'ouvrir vers l'extérieur, vers les domiciles, si la famille le demande, de proposer des aménagements qui s'étendraient au-delà des murs."
	Expérience	Collaboration	Collaboration effective avec l'ergothérapeute Pauline sur place. Enfants en commun, échanges réguliers, lecture des transmissions croisées. "C'est quelque chose de global pour accompagner au mieux l'enfant." Complémentarité vécue concrètement dans la pratique quotidienne.	Co-animation de l'atelier motricité globale et fine avec l'ergothérapeute Pauline. Rôle de l'éducateur dans cet atelier : mettre du sens à ce que les enfants vivent, mettre en mots les apprentissages, veiller à l'applicabilité. "Moi je leur dis : vous savez quand vous venez travailler avec Pauline, vous venez aussi apprendre ça."

	Complémentarité	Articulation des rôles	Complémentarité par la spécificité des rôles : "Mon rôle est un peu plus global dans la prise en charge. L'ergothérapeute, c'est vraiment ciblé." Chaque professionnel contribue à des objectifs spécifiques dans le projet de soins individualisé : "C'est vraiment un accompagnement pluriprofessionnel." Le partage de la même population et des transmissions assure la cohérence.	Complémentarité par la différence de focale : l'éduc est garant du projet global de soin, l'ergo est sur des aspects spécifiques et précis de par sa formation. "Nous on va être garant du projet global du projet de soin global de l'enfant là où l'ergo va être sur un des aspects beaucoup plus spécifiques." L'ergo apporte de la précision là où l'éduc apporte de la globalité.
		Valeur ajoutée de l'ergothérapeute	Pas de lien direct et systématique entre VIF et besoin d'ergothérapie. C'est le projet individualisé de l'enfant qui détermine le besoin : "C'est le projet de l'enfant qui va définir s'il y a un besoin en ergothérapie. Après c'est pas spécifiquement lié aux enfants victimes de violence." Le bilan neuropsychologique, psychomoteur et ergo permet de cibler les besoins d'accompagnement, mais sans rééducation systématique derrière.	Oui, un intérêt est reconnu, mais conditionnel : l'enfant doit d'abord être protégé et suffisamment sécurisé pour que l'intervention ergo ait du sens. "Il y a tellement à faire avant. L'enfant il faut qu'il soit protégé, il faut qu'il soit en capacité d'investir un espace pour qu'on cible vraiment ses difficultés." L'ergo peut aussi contribuer au repérage via la relation tissée avec l'enfant et sa famille.
Climat éducatif	Relation éducative	Confiance	Relations multiformes selon les enfants : opposition, provocation, maternage, câlins, doigt d'honneur. "Il y a des enfants qui ont besoin d'être dans l'opposition, moi ça ne me dérange pas... Il y a aussi des enfants qui ont besoin de maternage." Exemple d'un enfant qui fait le doigt d'honneur puis vient se coller après. Relation de confiance qui se construit progressivement dans la durée. Préférence de l'éducatrice pour les enfants plus grands permettant des échanges plus riches.	Les enfants VIF se tournent vers l'adulte plutôt qu'ils ne le fuient. Test du lien long (6 mois à 1 an). Une fois la confiance établie, libération de la parole. Moment fort décrit : un enfant qui refuse de partir, la main dans la bouche, et qui repart apaisé après avoir été entendu et cru. "On lui dit, tu sais on t'a entendu, puis qu'il dit ok c'est bon je peux partir, je crois qu'on a gagné notre journée."
		Besoin de sécurité	Emploi du temps stable et ritualisé, mêmes soignants, cadre contenant et cohérent. "Le fait qu'ils aient toujours le même emploi du temps chaque semaine, les mêmes rituels quand ils arrivent, les mêmes soignants pour les accueillir." Posture professionnelle irréprochable : juste distance, pas d'induction dans le discours, tolérance aux silences. "Pour des enfants victimes de violences, il ne faut jamais essayer de faire parler un enfant, il faut jamais essayer de l'obliger." Le cadre (règles, limites) est lui-même sécurisant.	Cadre prévisible et ritualisé (mêmes personnes, mêmes séquences, mêmes repères). Cohérence absolue entre paroles et actes comme levier de sécurisation principal. La protection réelle dans l'environnement de vie de l'enfant comme condition sine qua non. "Si nos actes sont raccord avec ce qu'on dit, c'est là où j'ai senti le transfert le plus fort avec les enfants."
Autres			Augmentation des écrits de signalement (IP) et des informations préoccupantes, pas uniquement pour violences mais aussi négligences et carences. Services éducatifs saturés : "Les services, ils sont débordés, les services éducatifs. C'est inquiétant." Phénomène transgénérationnel de la violence bien présent dans la pratique. Difficulté systémique de consolider les acquis des soins faute de continuité institutionnelle après la sortie du dispositif.	Augmentation des situations de violences sexuelles et d'inceste (1/5 en psychiatrie sur public fragilisé selon chiffres évoqués). Doute persistant sur la parole des enfants dans les équipes, y compris dans les services. Saturation des services de protection, manque de médecins sur site. Déficit de formation des professionnels (enseignants, soignants) au repérage et au recueil de la parole. Urgence d'une évolution sociétale dans la réception de la parole de l'enfant.

Annexes 7 : Tableau synthétisant l'évolution des hypothèses

H1 : L'utilisation du jeu comme médiateur thérapeutique, notamment à travers le modèle ludique, pourrait faciliter l'expression émotionnelle et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de violences intrafamiliales, facilitant ainsi leur engagement dans des occupations partagées.	H1.1 : Les situations ludiques partagées, notamment en groupe, pourraient constituer un support favorisant l'expression émotionnelle et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de VIF, facilitant ainsi leur participation aux occupations partagées.	H1.2 : Les situations ludiques partagées, notamment en groupe, pourraient constituer un support favorisant l'expression émotionnelle, la régulation des comportements et le développement des habiletés sociales chez les enfants victimes de VIF, facilitant ainsi leur participation dans des occupations telles que les activités de loisirs et les situations scolaires.
H2 : La mise en place, par l'ergothérapeute, d'un cadre d'intervention sécurisant, s'appuyant sur des situations proches du quotidien de l'enfant victime de violences intrafamiliales, pourrait contribuer à restaurer un sentiment de sécurité et à favoriser le transfert des acquis vers les interactions sociales, soutenant ainsi une participation occupationnelle plus active et durable.	H2a : La mise en place d'un cadre d'intervention structuré et prévisible, comprenant des routines ou des repères stables en séance, pourrait contribuer à renforcer le sentiment de sécurité chez les enfants victimes de violences intrafamiliales favorisant ainsi leur engagement dans les activités proposées.	H2a.1 : La mise en place d'un cadre d'intervention structuré, prévisible et contenant, comprenant des routines et des repères stables en séance, pourrait contribuer à renforcer le sentiment de sécurité chez les enfants victimes de VIF, en limitant les comportements de test du cadre et en favorisant leur engagement progressif dans les activités proposées.
	H2b : Le travail sur des situations proches du quotidien de l'enfant pourrait faciliter le transfert des compétences développées en séance vers les interactions sociales et la	H2b.1 : Le transfert des compétences développées en séance vers le quotidien dépend de la sécurité globale du milieu de vie de l'enfant. Un environnement stable agit comme un levier permettant à

	participation aux occupations quotidiennes.	l'enfant de passer progressivement du statut de victime à celui de sujet, tandis que la persistance des violences au domicile l'enferme dans un mode de survie qui bloque ce réinvestissement.
--	---	--

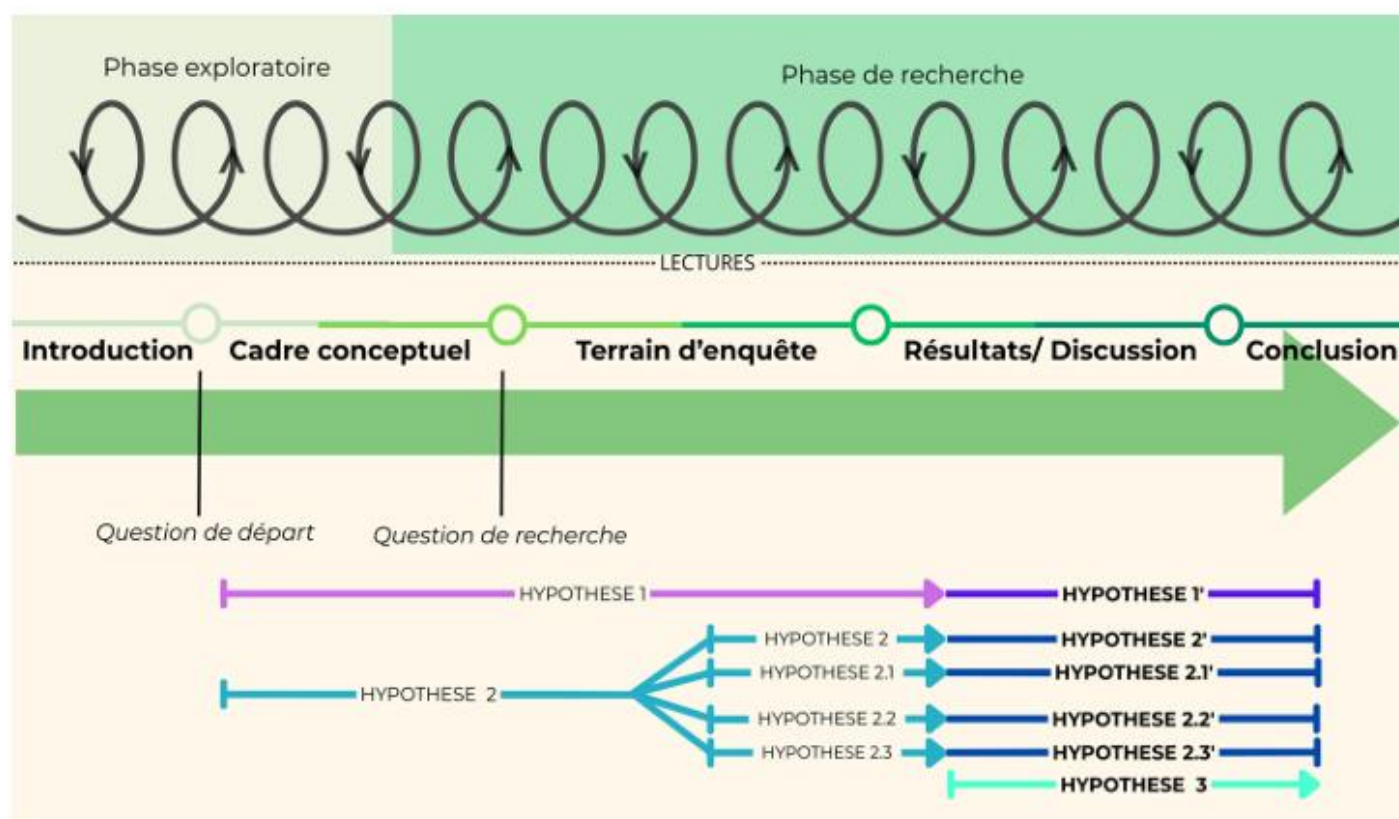
Hypothèse transversale : L'accompagnement des enfants victimes de VIF requiert une hiérarchisation des interventions : la sécurisation du cadre et de la relation constitue le préalable absolu, les situations ludiques partagées sont le levier central de reconstruction des interactions sociales, et le travail avec l'environnement de vie conditionne le transfert durable des acquis. C'est l'articulation de ces trois dimensions au sein d'un projet pluriprofessionnel qui définit l'intervention ergothérapeutique auprès de ce public.

Annexe 8 : Schéma Trauma Informed based



(Grossman et al., 2021)

Annexe 9 : Schéma de l'approche inductive



(Cerqueira, 2025)

Occupational Therapy and Domestic Violence: Promoting the Occupational Participation of Child Victims

Background: In France, over 21,000 children are exposed to domestic violence annually, leading to a state of constant hypervigilance that severely disrupts their daily autonomy and school integration.

Purpose: Focusing on the 'second childhood' (ages 6-12), this research investigates how occupational therapy can restore a child's participation in meaningful activities despite an unstable family environment. The study aims to identify clinical levers to overcome social withdrawal and hypervigilance, thereby fostering healthier peer interactions and social engagement within the child's daily life.

Methods: This study uses qualitative research with an inductive approach. Occupational therapists and specialized educators are interviewed through semi-structured interviews.

Results: Five professionals were interviewed. The results indicate that hypervigilance is the primary barrier to the child's occupational participation. Group play is the main tool to overcome this obstacle and restore social interactions within a ritualized and safe environment. Finally, the transfer of therapeutic gains is only possible if the living environment is stable and the child is no longer exposed to violence.

Conclusion: Occupational therapy addresses the disruptions caused by domestic violence by first establishing a safe environment, which is necessary before any intervention can successfully restore the child's social participation through group play. However, further research is needed to fully explore this clinical field and optimize long-term therapeutic interventions.

Keywords: Occupational therapy, domestic violence, occupational participation, hypervigilance, group play, safe environment.

Ergothérapie et les violences intrafamiliales : favoriser la participation occupationnelle des enfants victimes

Contexte : En France, plus de 21 000 enfants sont exposés chaque année aux violences conjugales, entraînant un état d'hypervigilance constante qui perturbe gravement leur autonomie quotidienne et leur intégration scolaire.

Objectifs : Se concentrant sur la « seconde enfance » (6-12 ans), cette recherche examine comment l'ergothérapie peut restaurer la participation de l'enfant à des activités signifiantes malgré un environnement familial instable. L'étude vise à identifier les leviers cliniques permettant de surmonter le retrait social et l'hypervigilance, favorisant ainsi des interactions plus saines avec les pairs et un engagement social dans la vie quotidienne de l'enfant.

Méthodologie : Cette étude utilise une recherche qualitative avec une approche inductive. Des ergothérapeutes et des éducateurs spécialisés sont interrogés à travers des entretiens semi-directifs.

Résultats : Cinq professionnels ont été interrogés. Les résultats indiquent que l'hypervigilance est le premier frein à la participation occupationnelle de l'enfant. Le jeu en groupe est le principal outil pour surmonter cet obstacle et restaurer les interactions sociales au sein d'un environnement ritualisé et sécurisant. Enfin, le transfert des acquis thérapeutiques n'est possible que si le milieu de vie est stable et que l'enfant n'est plus exposé aux violences.

Conclusion : L'ergothérapie répond aux perturbations causées par les violences conjugales en établissant d'abord un environnement sécurisant, ce qui est nécessaire avant toute intervention pour restaurer avec succès la participation sociale de l'enfant grâce au jeu en groupe. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer pleinement ce domaine clinique et optimiser les interventions thérapeutiques à l'avenir.

Mots clés : Ergothérapie, violences intrafamiliales, participation occupationnelle, hypervigilance, jeu en groupe, environnement sécurisant.