



HAL
open science

L'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension psychoaffective des enfants et les intérêts de l'intervention en ergothérapie

Emma Lefroy

► To cite this version:

Emma Lefroy. L'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension psychoaffective des enfants et les intérêts de l'intervention en ergothérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04129631

HAL Id: dumas-04129631

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04129631v1>

Submitted on 15 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation d'Ergothérapie

Emma Lefroy

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche

22 MAI 2023

L'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension
psychoaffective des enfants et les intérêts de l'intervention en
ergothérapie

Sous la direction de M. PAVE Julien, référent méthodologique et Mme.
PRADURAT Caroline, référente professionnelle

Diplôme d'État d'Ergothérapie

Remerciements

Je souhaite remercier Monsieur Julien Pavé, mon directeur de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité, sa bienveillance, son accompagnement et ses conseils sans limite. Merci pour l'investissement dont vous avez fait preuve tout au long de l'élaboration de ce mémoire et durant les trois années de formation.

Merci à Madame Caroline Pradurat, ma référente professionnelle, pour son accompagnement durant la réalisation de ce mémoire. Merci pour le soutien, la confiance et les savoirs transmis pendant le stage effectué dans son cabinet.

Je souhaite apporter un remerciement général aux formatrices de l'institut de formation de Marseille, Madame Géraldine Despres, Madame Catheline Blanc et Madame Anais Giraudier, sans oublier Madame Sophie Albuquerque pour leur bienveillance et leur soutien tout au long de la formation.

Merci à l'ensemble des promotions 2020-2023 aux côtés desquelles j'ai évolué et avec qui j'ai pu partager cette expérience.

Je souhaite remercier tout particulièrement ma famille, Rafael, Graziella, Prune et David pour le temps passé à me soutenir, à me corriger. Merci pour les encouragements sans failles et l'amour au quotidien. Je suis certaine que sans eux, cette expérience n'aurait pas été bien vécue.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes ayant pris les temps de participer à la recherche, sans qui elle n'aurait jamais pu aboutir.

Introduction	5
1 Contexte	5
1.1 Émergence du thème et point de rupture	5
1.2 Thème	97
1.3 Champs disciplinaires et terminologie :	97
1.4 Résonance	99
1.4.1 Utilité de la recherche	99
1.4.2 Question socialement vive	100
1.4.3 Les enjeux et impacts :	101
1.5 La revue de littérature	102
1.5.1 Équation de recherche	102
1.5.2 Filtres, critère d'inclusion et d'exclusion et base de données	103
1.6 Présentation de la revue de littérature	104
1.6.1 Dimension psycho-affective et estime de soi des enfants avec des Troubles Spécifiques des Apprentissages	104
1.6.2 Répercussion des troubles des apprentissages dans la vie scolaire	105
1.6.3 Intérêts de la prise en charge en ergothérapie et adaptations réalisables :	106
1.7 Problématisation pratique	107
1.8 Enquête exploratoire	108
1.8.1 Objectifs généraux et spécifiques de l'enquête exploratoire	108
1.8.2 La population et les sites d'exploration	109
1.8.3 Outil de recueil de données	110
1.8.4 Élaboration de la matrice de questionnement	111
1.8.5 Le test de l'outil de recueil de données	112
1.8.6 Les biais du questionnaire	112
1.9 Les résultats de l'enquête exploratoire	113
1.9.1 Analyse descriptive	113
1.9.2 Analyse des résultats	114
1.9.3 Discussion des résultats	118
1.10 Question initiale de recherche	120
1.11 Cadre thérico-conceptuel	120
1.11.1 L'Estime de soi	120
1.11.2 La volition :	123

1.12	Problématisation théorique et recontextualisation	127
1.12.1	Problématisation théorique.....	127
1.12.2	Recontextualisation	127
2	Matériel et Méthode	128
2.1	Choix de la méthode de recherche	128
2.2	Sites d'exploration de la recherche	129
2.3	La population cible et les critères d'inclusion/exclusion	129
2.4	Recrutement de la population.....	130
2.5	Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données	130
2.5.1	Choix de l'outil théorisé de recueil de données	130
2.5.2	Avantages et inconvénients de l'entretien semi-directif	132
2.5.3	Biais de l'outil théorique de recueil de données et stratégies de compensation	132
2.5.4	Construction de l'outil théorisé de recueil de données	133
2.6	Législation.....	134
2.7	Déroulement de la recherche.....	134
2.7.1	Test de faisabilité et de la validité du dispositif de recherche.....	134
2.7.2	Choix de l'outil de traitement des données	135
3	Résultats	135
3.1	Présentation des personnes interrogées	135
3.2	Analyse thématique	136
3.3	Analyse verticale	136
3.3.1	L'estime de soi	136
3.3.2	La volition	139
3.4	Analyse horizontale.....	140
3.4.1	Ergothérapeute 1	140
3.4.2	Ergothérapeute 2	142
3.5	Cas clinique	143
4	Discussion	144
4.1	Interprétation des résultats	144
4.1.1	Selon la revue de littérature.....	144
4.1.2	Selon le cadre théorico-conceptuel	145
4.2	Éléments de réponse à la question de recherche	146
4.3	Critique du dispositif de recherche.....	147

4.4	Pratique professionnelle (intérêts, limites, transférabilité).....	148
4.5	Perspective de recherche et ouverture	149
5	Conclusion.....	149
	Bibliographie	150
	Annexes	156
	Résumé et mots clefs.....	95

Introduction

1 Contexte

1.1 Émergence du thème et point de rupture

Lors de mon parcours scolaire (du collège à aujourd’hui) je me suis aperçue que certains de mes camarades de classe présentaient des difficultés d’apprentissages. Ces troubles sont reconnus et classés par le DSM IV (Diagnostic and statistic manual – 4ème édition) et la CIM 10 (classification internationale des maladies – 10ème édition) (1)(2). En effet, selon ces différentes classifications ces troubles peuvent s’exprimer de diverse manière. Pour donner quelques exemples, cela peut être : des difficultés à la lecture, à l’écriture, la compréhension de consignes ou encore à la résolution d’exercice et de problèmes.

Une inégalité était ressentie entre les enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages (TSA) et les autres enfants. J’ai pu constater des moqueries venant des autres élèves, une démotivation de ceux présentant des troubles et dans certains cas un décrochage scolaire. J’ai aussi pu constater parfois un manque de considération par certains professeurs et un refus de venir en aide, de réaliser des adaptations pour améliorer la scolarité de ces enfants.

De plus, ma mère étant AESH (Accompagnante d’Elèves en Situation de Handicap) j’ai été sensibilisée très tôt à la différence, aux handicaps, aux troubles des apprentissages. Il m’a été inculqué de venir en aide à mes camarades et ne pas me moquer lorsqu’ils rencontraient des difficultés.

Quelques années plus tard, ma petite sœur a été diagnostiquée “multi-dys”, elle a pour cela été suivie par de nombreux spécialistes afin d’adapter au mieux sa scolarité mais aussi son quotidien. Elle a notamment été prise en charge par un ergothérapeute afin d’apprendre à utiliser les outils informatiques (ordinateurs et divers logiciels). En plus des difficultés scolaires, je me suis aperçue à cette occasion que les troubles pouvaient aussi impacter la vie quotidienne. Cela

25 peut s'exprimer par de la maladresse, un manque de coordination bimannuelle ou encore un manque de coordination oculo-manuelle...

Cependant malgré les nombreux signes pouvant évoquer ces troubles des apprentissages, la pose d'un diagnostic par un médecin est souvent longue. Le diagnostic ne peut pas être posé officiellement avant l'âge de 6-7 ans et doit être posé après la réalisation de nombreuses
30 évaluations (3). En effet, le diagnostic ne peut être pose qu'en fin de CP ou début de CE1 une fois que l'apprentissage de la lecture et de l'écriture est censé être acquise. Les évaluations sont analysées en fonctions des niveaux d'exigences requises et un retard est recherché (4).

En grandissant dans un milieu où les troubles des apprentissages étaient bien présents je me suis rendu compte que les enfants présentant ces troubles avaient une faible estime d'eux même.
35 Ils semblent avoir peu confiance en eux et cela peut impacter leur construction personnelle et diverses facettes de leur vie. En effet, dans certains cas les enfants n'osent pas faire certaines activités ou changent leur orientation car ils se sentent moins capables que les autres. Ils ont tendance à se comparer aux autres enfants et se dévaloriser.

L'ensemble de ces expériences personnelles viennent se confronter aux attendues sociales. En
40 effet, au niveau scolaire les enfants doivent être considérés de la même manière. Cependant malgré la loi de 2005 en faveur de l'inclusion scolaire, certains enseignants refusent de venir en aide à ces élèves pendant que d'autres réalisent de nombreuses adaptations afin de maximiser les chances de réussites des élèves. De plus, les élèves présentant des troubles des apprentissages seront plus facilement orientés vers des sections professionnelles jugées plus
45 adaptées pour eux même si cela ne correspond pas à leurs attentes.

Au niveau du quotidien les élèves présentant des TSA sont souvent stigmatisés et refusent d'eux même de réaliser certaines nouvelles expériences par peur de ne pas être à la hauteur. Le manque de confiance en eux influence les choix qu'ils réalisent dans les activités de la vie quotidienne. La société actuelle, bien qu'elle prône l'égalité et les mêmes chances pour chacun
50 constitue une limite.

Je me suis donc demandé comment les troubles des apprentissages pouvaient impacter le développement de la dimension psycho-affective chez les enfants ? Pour poursuivre, comment les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès de ses enfants ?

1.2 Thème

55 A la suite de ce contexte nous pouvons voir émerger une thématique générale qui sera l'axe principal de ce travail : L'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension psychoaffective des enfants et les intérêts de l'intervention en ergothérapie.

La réflexion autour de cet axe fait surgir plusieurs questions : Nous nous sommes demandé quels peuvent être les impacts des troubles des apprentissages sur le développement de la
60 dimension psycho-affective des enfants ? De la même façon, comment les enfants présentant des TSA se définissent-ils ? D'un autre côté nous pouvons nous demander si les enfants présentant des TSA sont conscients de leurs capacités ? Puis comment ces mêmes enfants compensent-ils leurs difficultés au niveau scolaire et au quotidien ? Néanmoins, quelles sont les difficultés rencontrées par ces enfants dans leur vie quotidienne, à l'école et en dehors ?

65 Pour compenser les difficultés rencontrées dans les différents domaines quelles pourraient être les interventions et les approches en ergothérapie pour des enfants présentant des troubles spécifiques de l'apprentissage ? Et quels outils peuvent être proposés pour aider ces enfants durant une prise en charge en ergothérapie ? Pour donner suite aux interventions, quels peuvent être les intérêts lors d'une prise en charge en ergothérapie ? Et quelles peuvent être les limites
70 d'une prise en charge en ergothérapie ? Cependant, pouvons-nous définir une prise en charge type pour des enfants présentant de TSA ? De ce fait, quel rythme de prise en charge reste le plus intéressant et optimal pour ces enfants ? Et existe-t-il un recul assez important pour voir les effets d'une prise en charge en ergothérapie ?

De ce questionnement, il ressort une problématique professionnelle que les professionnels
75 pourraient se poser :

Comment la dimension psycho-affective des enfants, en France, peut-elle être influencée par les troubles spécifiques des apprentissages et quelles seraient les interventions en ergothérapie ?

1.3 Champs disciplinaires et terminologie :

En lien avec les éléments précédents, la recherche présentée peut s'inscrire dans plusieurs
80 champs disciplinaires. En effet, l'explication des différents champs disciplinaires et de la terminologie est nécessaire afin d'appréhender au mieux le thème de la recherche :

Psychologie : « La psychologie est selon le Larousse, une discipline qui vise la connaissance des activités mentales, des comportements, des sentiments humains en fonction des conditions de l'environnement. » (5). Ce domaine de recherche est utile pour la réalisation du travail

85 principalement pour la compréhension de la dimension psycho-affective, le développement et la construction de l'enfant.

Sociologie : « Selon, le département de sociologie de l'université de Montréal, la sociologie est l'étude des relations, actions et représentations sociales par lesquelles se constituent les sociétés. » (6). Ce domaine va permettre d'explicitier les comportements et les réactions
90 humaines dans leur globalité. Elle permettra de comprendre les variations possibles entre les différentes populations.

Pédiatrie : « Selon le Larousse, la pédiatrie est une spécialité de la médecine qui traite de l'enfant » (7). Cette discipline permettra d'aborder les troubles de l'apprentissages chez les enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage, d'identifier les impacts sur leur vie
95 quotidienne et de comprendre comment est élaboré leur diagnostic.

Pédagogie : « Selon le Larousse, la pédagogie est l'ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents, différents domaines peuvent être déterminés (scolaire, périscolaire.) » (8). Cette disciplinaire va permettre la compréhension des attentes scolaires pour des élèves d'un certain âge et mettra en évidence le décalage avec les enfants présentant
100 des TSA.

Science de l'occupation : « La science de l'occupation est l'étude des occupations humaines. C'est une science dédiée à la compréhension de l'occupation humaine qui utilise des méthodes d'enquête qualitatives et quantitatives » (9). Les sciences de l'occupation vont permettre de comprendre la mise en place des actions d'intervention des ergothérapeutes
105 auprès des élèves avec des TSA ainsi que les buts et les objectifs des prises en charge proposées par les professionnels.

Selon l'INS HEA (institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés), les TSA correspondent à une perturbation neurodéveloppementale, durable et structurelle. Les troubles spécifiques des apprentissages
110 sont communément appelés « trouble dys » et évoquent une incapacité durable et sévère dans l'acquisition d'une fonction cognitive précise :

- Dysphasie : trouble spécifique durable du développement du langage oral ;
- Dyslexie/dysorthographe : trouble spécifique durable d'acquisition du langage écrit ;
- Dyscalculie : trouble spécifique durable du calcul ;

- 115
- Dyspraxies ou trouble développemental de la coordination (TDC) : trouble du développement moteur ou de l'activité gestuelle ;
 - Il existe également le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) qui est un trouble du développement de l'attention et des fonctions exécutives » (10)

120 La dimension psycho-affective représente la sphère qui renvoie l'être humain à la relation qu'il a avec lui et à celle qu'il a avec les autres (11).

Selon l'OMS, « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe des personnes dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel. » (13).

125 1.4 Résonance

1.4.1 Utilité de la recherche

Selon l'INSERM, 15 à 20% des enfants et plus précisément 5 à 8% d'enfants par classe d'âge présentent des TSA. Ce qui implique que jusqu'à 7 millions de personnes pourraient en présenter en France (14). Cependant, les différents sondages et études précisent que cet échantillonnage reste compliqué car les diagnostics sont difficiles à poser et les chiffres sont peu fiables. Selon une autre étude de l'INSERM, un à deux enfants par classe seraient touchés (15).

Les différents troubles des apprentissages (Dyslexie, Dyscalculie, Dysorthographe...) peuvent se combiner chez une même personne. En effet 40% des enfants avec un TSA en ont en réalité plusieurs associés selon l'INSERM (14). Cela complique la pose des diagnostics par les professionnels.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé de janvier 2018, les parcours de diagnostic et de prise en charge doivent être adaptés aux types de difficultés des apprentissages, à leur sévérité, à leur pronostic évolutif ainsi qu'à l'environnement de l'enfant.

140 Ces recommandations définissent une organisation sur trois niveaux en fonction de la complexité des interventions :

Le niveau 1, « de proximité », correspond au diagnostic, à la prise en charge et au suivi des troubles par le médecin traitant et le rééducateur adapté au type de trouble.

Un niveau 2, pluridisciplinaire, plus spécialisé, vient en complément pour les enfants dont
 145 l'évolution reste insuffisante avec la réponse de niveau 1, ou lorsque les troubles sont plus complexes.

Un niveau 3 existe au sein de centres hospitaliers universitaires, permettant des bilans multidisciplinaires pour les patients présentant les cas les plus complexes. (16)

L'ensemble de ces informations montre l'utilité de traiter de ce thème en effectuant un travail
 150 de recherche. En effet, les différentes études, les recommandations de prise en charge par l'HAS prouvent qu'il existe une réelle demande de prise en charge des enfants avec des TSA. Les besoins des enfants sont exposés et de plus en plus souvent reconnus par les différentes autorités. Néanmoins, les résultats sur les modalités de prise en charge et les résultats en découlant sont difficiles à trouver. De ce fait, la recherche pourrait éclairer sur différents points
 155 comme les conditions de prise en soin et les résultats identifiables.

1.4.2 Question socialement vive

Les troubles des apprentissages sont un thème régulièrement abordé dans la société. Ils suscitent des questionnements et sont étudiés par la législation, sous forme de plusieurs lois, recommandations et circulaires :

160 L'article 2 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (17) reconnaît les Troubles Spécifiques de L'Apprentissage comme un handicap. « Elle ouvre ainsi droit à une compensation par des aides matérielles et pédagogiques, via un projet personnalisé de scolarisation ».

Pour poursuivre, le 31 janvier 2018, la haute autorité de santé établit des recommandations sur
 165 un meilleur parcours scolaire pour les personnes présentant des troubles dys, « accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire ». Et le 12 juin 2019, des modifications et mises à jour de ces recommandations sont effectuées (18).

La circulaire du 22 novembre 2018 permet la mise en place de Plateforme de Coordination et d'Orientation pour suspicion des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants (19). « Elles
 170 sont pour objectifs de permettre aux familles d'avoir accès à des soins et rééducation de professionnels le plus tôt possible » (20).

De plus, le décret du 1^{er} Avril 2021 (21) modifiant le parcours de bilans et d'intervention pour la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement. Ces modifications permettent

aux enfants de 7 à 12 ans de bénéficier de bilan et d'intervention précoce même avant la pose
175 d'un diagnostic d'un trouble.

De plus, plusieurs revues et articles français et internationaux ont été publiés sur l'impact des troubles des apprentissages sur l'estime de soi :

- L'article anglais "Is dyslexia necessarily associated with negative feelings of self-worth" datant de 2008, montre l'association entre la dyslexie et la mauvaise estime de
180 soi (22).
- L'étude anglaise suivante "Social and Emotional Learning for Children with Learning Disability: Implications for Inclusion" datant de 2017, identifie l'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la construction sociale et émotionnelle des enfants (23).
- 185 ○ L'étude anglaise "Perceptions of quality of life in children with learning disabilities" datant de 2018, met en évidence la perception de la qualité de vie des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages (24).
- Pour finir, l'article nommé "More Than Words: Anxiety, Self-Esteem and Behavioral Problems in Children and Adolescents With Dyslexia" datant de 2021, met en relation
190 la dyslexie et les caractéristiques personnelles comme : l'anxiété et l'estime de soi (25).

L'ensemble de ces données font de ce sujet une question socialement vive car de nombreuses recherches sont effectuées depuis des années en France et à l'internationale (texte en anglais). Le sujet continue d'être alimenté par de nouvelles publications ces dernière années.

1.4.3 Les enjeux et impacts :

195 La prise en charge en ergothérapie est intéressante pour travailler sur les différentes difficultés que les enfants peuvent rencontrer dans les domaines de la productivité, des loisirs et des soins personnels. Nous savons que les prises en charge en ergothérapie sont principalement basées sur les adaptations qui peuvent être mises en place afin qu'ils prennent conscience de leurs difficultés et de leurs capacités de compensation. Le thème étudié est donc un problème de santé
200 et de vie quotidienne.

L'ergothérapeute interviendra en préconisant des adaptations pour la prise de note, des outils informatiques et des aides techniques diverses.

Les TSA sont un enjeu de santé publique. En effet, ils sont reconnus comme un handicap invisible depuis la loi du 11 février 2005 (17). C'est un sujet qui est de plus en plus reconnu et

205 ceux, notamment ces dernières années avec la pose de diagnostic de plus en plus régulière bien que les connaissances scientifiques soient encore peu nombreuses.

Cependant les moyens mis en place pour venir en aide à ces personnes sont moindres même s'il y a une nette amélioration depuis les années 2000. Par exemple, nous pouvons voir la création de centre de référence, des stratégies d'adaptations mises en place par la MDPH (de
210 remboursement dans certaines conditions, de certains outils ou matériel) (21). Il y a aussi la mise en place de Plateforme de Coordination et Orientation depuis 2018 pour orienter les familles vers les meilleurs parcours de soins pour leurs enfants (19). Les TSA sont aussi un enjeu économique car des stratégies sont mises en œuvre afin d'améliorer les prises en charge de ces personnes.

215 1.5 La revue de littérature

Les recherches effectuées dans le cadre de la revue de littérature ont pour objectif de faire un état des lieux de l'ensemble des savoirs sur le thème : L'impact des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension psychoaffective des enfants et les intérêts de l'intervention en ergothérapie.

220 1.5.1 Équation de recherche

Afin de réaliser les recherches sur le thème nous nous sommes demandé quels étaient les mots clefs. Nous avons utilisé le site internet « Hetop » afin de trouver quels étaient les mots les plus retrouver dans les textes et articles pouvant alimenter nos recherches sur le thème choisi. Nous avons donc choisi les mots suivants : En français : Ergothérapie, troubles des

225 apprentissages, dimension psycho-affective, dys et enfants.

Puis pour faciliter les recherches et trouver plus de données probantes nous avons utilisé les mesh terms afin d'avoir une vue à l'internationale des documents : Occupational therapy, learning disabilities, psycho affective dimension, child, dys.

Pour finir et pour pouvoir élaborer l'équation de recherche finale nous avons assemblée les
230 mots choisis à l'aide des opérateurs booléens suivant : ET / AND / *

Les équations suivantes en sont ressorties :

En anglais : « Occupational therap* and learning disabilities and self-esteem and dys»

En français : « Troubles des apprentissages et estime de soi et enfants et ergothérap* et dys »

1.5.2 Filtres, critère d'inclusion et d'exclusion et base de données

235 Pour effectuer les recherches nous avons utilisé des filtres au début de nos recherches : Dans un premier temps nous avons utilisé « Entre 2015 et 2022 » car nous trouvions qu'avant les documents étaient trop anciens. Nous avons dû agrandir la fenêtre de recherche en retirant ce filtre car nous ne trouvions pas assez de documents qui nous convenaient. Nous avons quand même utilisé le filtre « ergothérapie » pour être sûr de ne pas faire de hors sujet et de cibler les
240 bons documents.

En ce qui concerne les critères d'inclusion nous avons décidé de nous pencher sur tous les documents sur la dimension psychoaffective, sur les TSA chez les enfants et plus précisément sur les troubles dys dans leur globalité.

Pour les critères d'exclusion, nous avons retiré les documents sur les adultes et qui traitent
245 d'autres pathologies pouvant impacter la dimension psychoaffective. Nous retirons aussi les documents non disponibles en version intégrale afin de pouvoir consulter uniquement des documents en entier.

Afin de vérifier la scientificité des documents sélectionnés nous avons vérifié s'ils étaient structurés selon le modèle « IMRed » (ou « IMRaD » en anglais) : Introduction, Méthode,
250 Résultats et Discussions (26). Nous avons donc majoritairement sélectionné les documents utilisant cette méthode.

Les recherches réalisées pour alimenter la revue de littérature sont issues de bases de données propres aux champs disciplinaires évoqués plus tôt :

- Les sciences médiacales : PubMed, Sagejournals, Sciencedirect
- 255 - Sociologie : Cairn, isidor
- Psychologie : psychinfo,
- Ergothérapie : OTDbase, Otseeker,
- Nous avons aussi utilisé la base de données : Summon afin d'obtenir des informations plus générales si nécessaire

260 L'ensemble des bases de données et des documents sélectionnés sont rassemblés dans des tableaux en annexe (annexe 1 et 2)

Les articles sélectionnés pour réaliser la revue de littérature sont regroupés en deux tableaux. Un tableau avec les documents en français et un second avec les documents en anglais. Voir en

annexe 3 (tableau de synthèse des documents en français) et 4 (tableau de synthèse des
265 documents en anglais).

1.6 Présentation de la revue de littérature

La revue de littérature s'organise autour de trois sous-thématiques différentes qui constituent le
thème général. Dans un premier temps cette critique se centrera sur la dimension psycho-
affective et l'estime de soi des enfants avec des Troubles Spécifiques des Apprentissages. Puis
270 seront étudiées les répercussions des TSA dans la vie quotidienne et scolaire. Pour finir les
intérêts d'une prise en charge en ergothérapie et les outils utilisés seront abordés.

La revue de littérature se compose de huit documents internationaux. Il y a six documents
rédigés en français et les deux autres documents sont en anglais. Nous retrouvons des études
réalisées dans différents pays : Hongrie, France, Angleterre....

275 Le niveau de scientificité est hétérogène, en effet, nous retrouvons de la littérature scientifique,
de la littérature grise ainsi que de la littérature opportuniste. En ce qui concerne la littérature
scientifique nous retrouvons des niveaux plus ou moins important de scientificité. Ainsi les
données recueillies sont à prendre avec parcimonie. Elles donnent des indications sur l'état
actuel des recherches qui seront complétées à l'aide de l'élaboration de nos enquêtes.

280 Le tableau de synthèse des résultats est présenté en annexe 1

1.6.1 Dimension psycho-affective et estime de soi des enfants avec des Troubles Spécifiques des Apprentissages

Deux psychologues français ont réalisé une étude en 2009 sur l'estime de soi des enfants
présentant des TSA (27). Cette étude se base sur un questionnaire complété par deux groupes
285 d'élèves, un groupe constitué avec des enfants dyslexiques et un groupe de contrôle sans
troubles. Pour donner suite aux réponses à ce questionnaire nous constatons que la moitié des
élèves dyslexiques présentent une faible estime d'eux-mêmes sur de nombreux aspects.
Cependant l'aspect physique de la dimension psycho-affective ne semble pas affecté. Les
résultats finaux de cette étude montrent que la dyslexie n'est pas forcément associée à une faible
290 estime de soi. Elle constitue néanmoins un risque important d'une diminution d'estime de soi,
principalement au niveau scolaire.

Une faible estime de soi chez des enfants peut-elle engendrer des difficultés dans l'acquisition
de certaines compétences (sociales, relationnelles, scolaires) ?

Selon Harter (1999), « La valeur de soi se construit entre la perception de l'écart qui existe entre
 295 la compétence du sujet, ses idéaux et la perception qu'à le sujet du regard des autres sur ses
 compétences et l'aide qu'ils peuvent lui apporter ». Une étude épidémiologique française datant
 de 2015, réalisée auprès d'enfants avec des TSA montre que chez ces enfants présentant des
 TSA il existe un risque accru de difficultés psychopathologiques comme de l'anxiété et des
 dépressions du fait de la faible estime qu'ils ont d'eux. Les informations recueillies dans cette
 300 étude complètent et corroborent celles de l'étude précédente. En effet les TSA impactent
 des façon significative la dimension psychoaffective chez les enfants. L'estime de soi et la
 perception que les enfants ont d'eux même constitue des facteurs influençant de façon
 importante la construction psycho-affective (28).

Comment les personnes présentant des troubles spécifiques des apprentissages se perçoivent-
 305 elles vraiment ?

Un psychologue anglais, Steven D Stagg et un évêque ont réalisé une étude en 2018, auprès
 d'étudiants tous âgés entre 18 et 32 ans. Deux groupes sont constitués, chacun des groupes deux
 compte 22 personnes. Un groupe de contrôle avec des non dyslexiques et un autre groupe avec
 des étudiants dyslexiques. Les résultats montrent que les élèves dyslexiques souffrent de faibles
 310 croyances sur leur efficacité et leurs capacités du fait de mauvais résultats scolaires. Cette étude
 corrobore les deux précédentes en laissant apparaitre un lien entre les troubles spécifiques des
 apprentissages et l'estime des capacités (29).

Pour donner suite aux analyses des différents articles nous pouvons constater que les TSA ont
 des impacts sur l'état émotif des enfants. En effet, les enfants avec des troubles des
 315 apprentissages présentent une faible estime d'eux même, cette information est évoquée dans les
 différentes études. De plus, il est montré qu'ils ont tendance à avoir une mauvaise idée sur leurs
 capacités. De ce fait, quelles sont les répercussions d'une faible estime de soi sur la vie
 scolaire ?

1.6.2 Répercussion des troubles des apprentissages dans la vie scolaire

320 Une étude hongroise de 2010 vise à mesurer l'écart de motivation entre deux groupes d'élèves
 dans les activités d'apprentissage, ils sont tous âgés entre 13 et 14 ans. Il y a un groupe avec
 des enfants dyslexiques et un deuxième groupe avec des enfants non dyslexiques. Cette étude
 est basée sur un questionnaire rempli par les professeurs des élèves. Les résultats de cette étude
 montrent que selon les représentations des professeurs, les enfants avec des TSA ont une
 325 motivation moins importante pour apprendre une nouvelle langue. L'engagement des personnes

présentant une dyslexie dans les activités d'apprentissages est moins important que chez leur pair. Les résultats exposent aussi que les élèves ont un besoin beaucoup plus important d'être valorisés par leurs professeurs (30).

Un doctorant en psychologie évolutive et éducative de Valence a réalisé une étude en 2017 sur
 330 des enfants dyslexiques qui corrobore les informations issues de l'étude précédente. Le but était de mesurer les différences de motivation dans les activités de lecture entre des enfants dyslexiques et un groupe de contrôle. L'étude est réalisée à l'aide d'un questionnaire complété par les professeurs des élèves. Les résultats montrent que selon les professeurs les enfants dyslexiques laissent percevoir un engagement et une motivation moins importants que leurs
 335 pairs (31).

Quelles peuvent être les conséquences d'un manque de motivation sur la scolarité des enfants?

Géraldine Despres, ergothérapeute en pédiatrie et directrice d'un institut de formation en ergothérapie en France écrit un livre en 2012, sur les prises en charge des enfants avec des TSA
 (30). Les informations exposées complètent celles des études précédentes en énonçant des
 340 critères supplémentaires sur les personnes présentant des TSA. En effet, les enfants avec des TSA semblent plus lents, fournissent plus d'efforts d'attention et de concentration lors des tâches demandées. Ils sont moins autonomes et ont besoin d'être motivés par leurs proches.

Quelles peuvent être les interventions en ergothérapie ? Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir afin d'améliorer le quotidien des enfants ?

345 **1.6.3 Intérêts de la prise en charge en ergothérapie et adaptations réalisables :**

Une étude française, de Catherine Billard et Frédérique Barbe réalisée en 2016 sur un programme de prise en charge des TSA, montre l'intérêt d'une prise en charge précoce. En effet, les résultats montrent que les enfants avec des troubles de la lecture pris en charge de façon précoce ont à la fin l'enquête une amélioration de la lecture plus importante que ceux pris
 350 en charge tardivement (32).

Florence Marchal, médecin membre de la fédération française des troubles dys a réalisé une étude en 2016, qui porte sur la prise en charge des enfants avec des troubles du geste. Les résultats de cette étude laissent apparaître deux points importants et complètent ceux de l'étude précédente. Les objectifs de prise en soin doivent être individuels et personnalisés pour chaque
 355 enfant. Cette étude énonce que la prise en charge serait potentiellement plus efficace si elle est précoce. Néanmoins, il vaut mieux qu'elle soit réalisée tardivement si elle n'a pas pu être faite

avant. Les séances ont plus d'intérêts lorsqu'elles sont individuelles afin d'éviter la comparaison avec des membres du groupe et limiter la baisse de l'estime de soi. Tout au long de cette étude, l'auteur énonce l'utilité d'une prise en charge pluridisciplinaire en mentionnant
 360 les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Cette étude montre l'importance d'une prise en charge en ergothérapie (33). Mais quels sont les outils utilisés par les ergothérapeutes auprès des enfants ? Et quelles peuvent être les adaptations mise en place par ces ergothérapeutes pour les enfants ?

En ce qui concerne les interventions en ergothérapie, Géraldine Despres écrit un livre traitant
 365 de l'intervention des ergothérapeutes dans un collège auprès d'enfants avec des TSA. Les préconisations de l'auteur corroborent celles des articles précédents, en effet, elle préconise des séances individuelles, en classe ou au domicile de l'enfant. De plus, ce livre complète les informations issues des études précédentes car elle présente divers outils. Les outils apportés sont divers, ce sont des aides techniques comme un ordinateur et différents logiciels ou des
 370 adaptations de l'environnement (34).

Valéry Barry, écrit un ouvrage en 2013 sur les interventions en ergothérapie auprès d'enfants avec des difficultés en mathématiques qui enrichit les informations données dans le livre évoqué précédemment. Les différentes prises en charge doivent être adaptées aux enfants avec des TSA. Ces adaptations peuvent être diverses, par exemple des outils informatiques ou des aides
 375 techniques ou encore la mise en place de l'intervention d'un enseignant spécialisé et une collaboration étroite avec les différents thérapeutes (35).

Comment sont acceptées par les enfants les adaptations préconisées par les professionnels ? La prise en charge en ergothérapie peut-elle avoir un impact sur l'estime de soi des enfants avec des trouble des apprentissages ?

380 1.7 Problématisation pratique

Pour donner suite aux recherches de documents et aux analyses réalisées des questionnements persistant. Quels sont les réels impacts des troubles spécifiques des apprentissages sur la dimension psycho-affective des enfants ? Et dans quelles mesures pouvons-nous dire qu'il existe un lien entre la dimension psycho-affective et les troubles des apprentissages ? Or nous
 385 nous demandons aussi si les enfants font-ils réellement un lien important entre l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et leur niveau scolaire ?

D'un autre côté, nous nous demandons comment l'ergothérapie peut être mise au service de des prise en charge des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage. De ce fait,

comment l'ergothérapeute peut-il agir sur ces impacts ? Afin d'agir sur les impacts quelles
 390 seraient donc les interventions en ergothérapie utiles pour les enfants avec des troubles
 spécifiques des apprentissages ? Donc quels sont les avantages et les inconvénients d'une telle
 prise en charge ? Et quelles sont les limites que nous pouvons identifier lors d'une prise en
 charge en ergothérapie ? Nous nous demandons s'il existe une prise en charge type pour des
 enfants avec des troubles spécifique des apprentissages ? Les ergothérapeutes identifient-ils un
 395 moment propice pour débiter une prise en charge en ergothérapie ? Et quels seraient les critères
 d'un accompagnement adaptés aux enfants avec des troubles spécifique des apprentissages ?

De ce fait, comment la prise en charge en ergothérapie peut-elle influencer la dimension
 psycho-affective des enfants avec des troubles des apprentissages ?

1.8 Enquête exploratoire

400 Afin de répondre à la problématisation pratique et aux question issues de la revue de littérature,
 nous allons réaliser une enquête exploratoire. De ce fait, elle sera exposée dans les pages
 suivantes.

1.8.1 Objectifs généraux et spécifiques de l'enquête exploratoire

Pour concevoir et mettre en place cette enquête exploratoire, nous avons réfléchi au but que
 405 nous souhaitons donner à notre recherche. Le but étant le suivant : Connaitre les différentes
 interventions en ergothérapie auprès des enfants avec des TSA et l'impact de ces TSA sur leur
 dimension psycho-affective.

Pour répondre au mieux à cette enquête, nous avons élaborés les deux objectifs généraux ci-
 dessous :

- 410
- Confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques.
 - Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche.

Par la suite, pour cibler plus précisément notre enquête nous avons élaboré des objectifs
 spécifiques qui ont pour but d'orienter l'enquête, ce sont les suivants :

- 415
- Identifier comment la dimension psycho-affective est prise en compte par les ergothérapeutes lors de leurs interventions auprès des enfants avec des TSA.

- Identifier les impacts des troubles spécifiques de l'apprentissage sur lesquels les ergothérapeutes travaillent et les outils d'intervention utilisés lors de leurs interventions auprès de enfants avec des TSA.

420 • Identifier la perception des ergothérapeutes sur les résultats pouvant découler des PEC.

L'ensemble de ces objectifs seront étudié au travers d'un questionnaire. L'ordre des objectifs est établi afin d'obtenir une vision globale de la prise en soin par les ergothérapeutes qui s'oriente par la suite sur une vision plus précise des outils utilisés et des résultats perçus.

1.8.2 La population et les sites d'exploration

425 Afin de répondre aux différents objectifs définis précédemment nous avons dû cibler une population. La population concernée par l'enquête exploratoire est constituée d'ergothérapeutes diplômés d'état travaillant auprès d'enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. Nous avons donc défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin de pouvoir sélectionner les participant et avoir des résultats exploitables.

430

Les critères d'inclusions sont :

-Les ergothérapeutes diplômés d'état prenant en charge de façon régulière des enfants (entre 6 et 18 ans) avec des troubles spécifiques de l'apprentissage. Cela permet d'observer si les actions
435 menées auront des effets.

-Les ergothérapeutes travaillant en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM afin d'avoir suffisamment de réponses et de comparer les différentes pratiques.

Les critères d'exclusions sont :

-Les ergothérapeutes dans les pays étrangers

440 En ce qui concerne les sites d'exploration, l'enquête exploratoire sera faite sur différents sites. Cela permettra d'observer les différentes pratiques mise en place en fonction des lieux d'exercice. Les sites d'exploration sont don les suivants : Les cabinets d'ergothérapie libéraux, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les instituts médicoéducatifs (IME), les écoles élémentaires et secondaires et le domicile des enfants. La prise en compte de

445 l'ensemble de ces différents sites permettra d'identifier s'il existe un lien entre les conditions de prise en charge/ l'environnement de prise en charge et la réalisation de celle-ci.

1.8.3 Outil de recueil de données

Pour réaliser cette enquête exploratoire et répondre aux objectifs que nous avons défini précédemment nous avons donc choisi d'utiliser un questionnaire afin de récolter les données
450 dont nous avons besoin. En effet, selon Singly F. le questionnaire est un outil utilisé afin de connaître un pratique, les raisons objectives des actions, la compréhension d'une conduite ou encore comment des individus vivent leur propre situation(36). De plus, Ghiglione R. et Matalon B. répertorient les objectifs généraux d'un questionnaire en quatre catégories(37) :

-L'estimation d'une grandeur « absolue », par un certain pourcentage de personne ayant une
455 opinion ou une action ;

-L'estimation d'une grandeur « relative », lorsqu'une typologie est définie ;

-La description d'une population ou des sous-populations, par l'annonce de certaines caractéristiques pour un sujet d'étude ;

-La vérification d'une hypothèse, par la relation entre deux ou plusieurs variables.

460 Dans notre recherche, les objectifs visés sont l'estimation d'une grandeur absolue, en cherchant un pourcentage d'ergothérapeute ayant une action auprès des enfants avec des TSA. Nous avons aussi la description d'une population, en cherchant à savoir quels ergothérapeutes prennent en compte la dimension-psychoaffective des enfants dans leurs accompagnements. Pour finir nous pouvons aussi vérifier une hypothèse, en analysant si l'intervention en ergothérapie à un impact
465 sur la dimension psycho-affective des enfants.

Selon Chabal S. et Panisse G.(38), les outils de recueils présentent tous leurs avantages et leurs inconvénients. Nous avons donc les suivants pour le questionnaire :

Les avantage du questionnaire :

-Diffusion rapide, notamment pour un questionnaire électronique. Dans notre cas, nous
470 utiliserons un logiciel en ligne permettant l'envoi simple et rapide aux professionnels.

-Un grand nombre de destinataire. Ici nous enverrons le questionnaire à l'aide d'un lien transmit par mail aux adresses électroniques des professionnels. L'ensemble de la liste des destinataires est éditée grâce aux contacts de Mme PRADURAT Caroline, référente professionnelle de la

recherche et à l'annuaire des ergothérapeutes disponibles sur internet. Ainsi cela permet la
475 récolte de nombreuses données simultanément sur une population importante ;

-Pas besoin de déplacements ;

-L'anonymat des participants est respecté. Lors de la distribution du questionnaire il est énoncé
aux participants que la réponse au questionnaire est anonyme ;

-Les biais induits par la présence de l'enquêteur sont limité car il n'est pas présent lors des
480 réponses des participants.

Les inconvénients du questionnaire :

-Un recueil qualitatif limité. L'enquêteur oriente ses questions sur l'aspect qu'il recherche ce
qui limite la qualité de la réponse des participants.

-La formulation des questions doit être travaillée. En effet, si les questions ne sont pas
485 correctement formulées ou ne sont pas claires, les participants ne vont pas pouvoir répondre dû
à un manque de compréhension ;

-Nous ne pouvons pas savoir si la personne répond seule aux questions posées. Il se peut que
plusieurs personnes répondent ensemble aux questions.

1.8.4 Élaboration de la matrice de questionnement

490 Dans son ouvrage, Singly (36) expose la nécessité de suivre trois étapes primordiales afin de
construire un questionnaire cohérent. L'auteur met un point d'honneur sur la nécessité de
choisir des termes généraux afin de faciliter la compréhension de tous. De plus, Lazarsfeld
explique qu'il est important de faire un ensemble de questions afin d'aborder de façon la plus
complète possible une notion (39).

495 Le questionnaire transmis aux participants est composé de vingt et une questions. Elles sont
sept questions de type semi-ouvertes permettant l'expression plus libre et complète des
participants (Cf annexe 2).

Il y a six questions de type ouvertes afin que les ergothérapeutes puissent définir la dimension-
psycho-affective, citer les impacts des TSA sur la dimension-psycho-affective qu'ils identifient
500 chez les enfants ainsi que citer leurs méthodes de travail, les outils qu'ils utilisent et les résultats
qu'ils perçoivent après leurs interventions. Le reste des questions sont des questions binaires
avec comme choix de réponse « oui » ou « non ».

Le temps de réponse au questionnaire est compris entre 15 et 20 minutes. C'est un lien transmis par mail qui renvoie vers le questionnaire construit sur GoogleForm.

505 Dans cette matrice nous pouvons observer différentes parties. Dans un premier temps nous pouvons voir une première partie permettant de s'assurer du consentement, d'identifier le public qui répond au questionnaire et de vérifier s'ils correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion afin de prendre ou non leurs réponses en compte lors de l'analyse des résultats. Pour poursuivre nous pouvons identifier une deuxième partie permettant d'identifier le public
510 auprès duquel les ergothérapeutes interviennent dans leurs activités quotidiennes. Plus précisément s'il s'agit bien d'enfants atteints de TSA et quels sont ces troubles plus précisément. La suite du questionnaire sera basé sur la reconnaissance de la dimension psycho-affective par les ergothérapeutes, la définition qu'ils peuvent en donner, ce qu'ils pensent que ça concerne, les impacts qu'ils peuvent identifier sur les enfants et s'ils la prennent en compte
515 lors de leurs interventions. La partie suivante explorera les modalités d'intervention : le nombre de séance, la durée, le rythme, le lieu et les outils et méthodes utilisées. Pour finir, le questionnaire récoltera les représentations des ergothérapeutes sur leurs interventions : les avantages et inconvénients et les résultats qu'ils pensent observer sur la dimension psycho-affective. La matrice du questionnement est visible à l'annexe 3.

520 **1.8.5 Le test de l'outil de recueil de données**

Avant d'envoyer le questionnaire (Cf Annexe 3) à l'ensemble de la population ciblée, un test est réalisé sur 7 ergothérapeutes. Ces participants rentrent tous dans les critères d'inclusion et d'exclusion afin de tester au mieux l'outil élaboré. Cet essai permet de voir si le questionnaire est compréhensible et si des modifications sont à apporter.

525 Pour donner suite aux résultats obtenus, certaines modifications sont apportées. En effet, des questions nécessitent une reformulation afin d'éviter les biais cognitifs. Les questions seront alors mieux comprises par le public. Cela permet d'éviter que l'on s'éloigne du sujet.

Il y a aussi des modifications sur les formes de réponses acceptées, les modalités sont modifiées afin que les participants puissent cocher une ou plusieurs cases lors de leurs réponses.

530 **1.8.6 Les biais du questionnaire**

L'ensemble des outils méthodologiques présentent des biais pouvant être induits par l'examineur. Le centre ministériel de valorisation des ressources humaines a répertorié les biais existants en recherche(40). Nous avons ici analysé se pouvant être présent dans notre recherche :

535 -Les biais méthodologiques : liés à une erreur de méthode. Pour limiter ce biais, il faut établir correctement les objectifs en amont de la recherche.

-Les biais cognitifs : liés à une incompréhension des termes employés. Pour limiter ce biais il faut réaliser un test du questionnaire pour s'assurer de la bonne compréhension des questions. Ici nous avons décidé d'ajouter des définitions pour les termes complexe afin que les
540 participants aient une vision commune du terme.

-Le biais de sélection : liés à la sélection de la population. Dans le cadre de notre recherche nous devons bien identifier les ergothérapeutes qui travaillent auprès d'enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage et vérifier qu'ils répondent aux critères d'inclusion du questionnaire.

545 -Les biais de subjectivité : liés aux attentes du chercheur et réponses du participant. En effet, pour limiter ce biais, il faudra construire des questions semi-ouvertes afin que les personnes puissent rajouter des réponses auxquelles on n'aurait pas pensé.

-Le biais de désirabilité sociale est évité car il est expliqué aux participants que les réponses apportées sont anonymes et qu'il n'y a pas de jugement.

550 **1.9 Les résultats de l'enquête exploratoire**

Le questionnaire sera envoyé au reste des participants de la liste préétablies à l'aide des contacts de Mme Pradurat Caroline ainsi que l'annuaire des ergothérapeutes disponible sur internet. Il sera laissé ouvert et à disposition des participant pendant trois semaines afin que les personnes puissent avoir le temps de répondre. A la fin des trois semaines, trente-deux réponses sont
555 récoltées et elles sont analysées si dessous (Cf Annexe 4).

1.9.1 Analyse descriptive

L'échantillon de population étudié est représenté par trente-deux ergothérapeutes travaillant dans diverses structures. L'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire respectent les critères d'inclusion et d'exclusion ce qui permet l'analyse des 32 réponses.

560 Les ergothérapeutes travaillent tous avec des enfants dont l'âge est compris entre 0 et 18 ans mais au sein de divers établissements. Selon les réponses analysées nous pouvons dire que la majorité travaille dans des cabinets libéraux (25/32). Pour les participants restants, ils exercent dans d'autres structures comme les SESSAD (7/32), les IME, dans les écoles et au domicile des personnes. Il arrive parfois que les ergothérapeutes répartissent leur temps de travail entre
565 différentes structures en fonction des demandes et des besoins de leur patientèle.

L'ensemble des trente-deux professionnels exercent auprès d'enfants ayant de TSA. Nous notons que les TSA peuvent être diagnostiqués seuls ou combinés les uns aux autres. Les troubles identifiés que les ergothérapeutes accompagnent lors des interventions sont divers. Nous pouvons retenir les suivants pour donner suite à l'analyse des réponses obtenues :

570 Les troubles identifiés par les ergothérapeutes sont les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (27/32), la dyspraxie (26/32), la dyslexie (24/32), la dysorthographe (23/32), les troubles du spectre de l'autisme (21/32) et la dyscalculie (13/32).

1.9.2 Analyse des résultats

Nous pouvons répartir les différentes données récoltées suivant les différents objectifs
575 spécifiques que nous avons établis pour cette enquête.

Prise en compte de la dimension psycho-affective par les ergothérapeutes

En ce qui concerne la connaissance de la dimension psycho-affective, trente ergothérapeutes pensent connaître cette dimension, tandis que deux autres ergothérapeutes ne pensent pas la connaître. Ils définissent la dimension psycho-affective de plusieurs manières, avec des mots
580 différents et des interprétations différentes.

En effet, la dimension psycho-affective est perçue pour 28/32 ergothérapeutes comme « la charge émotionnelle comprenant toutes ses composantes propres à chaque enfant et sa capacité à réguler ses émotions »

La dimension psycho-affective est à prendre en compte selon 2/32 des ergothérapeutes afin
585 d'atteindre les objectifs qu'ils se sont visés avec les enfants. Elle peut être liée aux capacités des personnes.

La dimension psycho-affective est aussi perçue par la totalité des participants comme « un ensemble de caractéristiques : l'engagement, la motivation, les croyances, l'estime de soi et les limites des enfants ».

590 Les ergothérapeutes associent grandement cette dimension aux versants psychique et psychologique des enfants. En effet, « les dimensions psychique et psychologique de l'enfant » a été cité 19 fois sur 32 dans les réponses obtenues. Ils identifient la dimension psycho-affective comme « l'ensemble des composantes qui impacte le niveau psychique et psychologique de l'enfant, comme la motivation, le bien-être, son intériorité, l'acceptation de son trouble, sa
595 manière d'appréhender les choses et le regard qu'il a sur lui-même et sa confiance en lui et son estime. »

Trente et un ergothérapeutes pensent déjà prendre en compte la dimension psycho-affective lors de leurs interventions auprès des enfants avec des TSA.

De plus, vingt-quatre personnes interrogées souhaiteraient prendre davantage en compte la dimension psycho-affective tandis que neuf personnes ne sont pas pour prendre plus en compte la dimension.

Pour conclure, 30/32 ergothérapeutes interrogés se représentent la dimension psycho-affective comme « les liens entre le psychologique et les affects ». Ils pensent aussi qu'elle représente « les impacts et les répercussions des émotions et de l'estime de soi sur la réalisation des activités de la vie quotidienne. »

Pour donner suite à l'analyse des réponses obtenues grâce au questionnaire nous nous demandons quels sont les réels impacts observés chez les enfants avec des TSA ? Quels sont les retentissements sur les activités de la vie quotidienne ? Et quels sont les impacts sur leur scolarité ? De plus, comment les enfants avec des TSA perçoivent-ils leurs difficultés ?

D'autres questions sur les interventions en ergothérapie ont émergé. En effet, comment les ergothérapeutes peuvent-ils évaluer les impacts sur la dimension psycho-affective ? Pour donner suite à l'évaluation, quels seraient les objectifs de prise en charge ? De plus, quels seraient les outils d'interventions en ergothérapie auprès d'enfants avec des TSA ?

➤ Les impacts de la dimension psycho-affective identifiés chez les enfants avec des TSA et les outils d'intervention utilisés par les ergothérapeutes

La totalité des trente-deux ergothérapeutes pensent que la dimension psycho-affective est impactée par les TSA. En effet, ils déclarent observer des impacts lors des différentes interventions qu'ils ont réalisés. Les ergothérapeutes identifient des impacts dans les différents domaines de la vie quotidienne des enfants comme dans la productivité surtout au niveau scolaire, les soins personnels et dans les loisirs. Ils sont analysés selon les réponses obtenues au questionnaire et nous pouvons principalement retenir les suivants : le manque de confiance en eux et en leurs capacités (19/32), l'expression de ses envies, de ses choix, de ses idées et de ses volontés peuvent être regroupées sous le terme de volition (19/32), le manque de motivation (7/32), le manque d'autonomie (4/32), la peur du regard des autres et de la stigmatisation (3/32), le manque de persévérance (2/32), les difficultés scolaires (3/32), et les difficultés d'orientation spatiales et temporelle (1/32).

Ainsi nous pouvons noter que selon les ergothérapeutes interrogés, les enfants avec des TSA présentent des impacts sur la construction de leur dimension psycho-affective. Ces difficultés se développent à des niveaux différents, sur des capacités différentes et sur des échelles plus ou moins importantes. En effet, par exemple deux ergothérapeutes disent que si la présence de la famille est importante et bienveillante alors les enfants ont tendance à faire face à leurs difficultés plus facilement.

Cette enquête nous a aussi permis de répondre à un second objectif et d'identifier les outils les plus couramment utilisés auprès des enfants lors des interventions des ergothérapeutes. Il en ressort principalement les outils suivants selon les réponses obtenues : La revalorisation des enfants aux moyens de la communication, de l'écoute, de l'empathie et de la bienveillance (8/32), l'approche CO-OP (7/32), la mise en place de l'outil informatique (6/32), les pictogrammes, les plannings d'organisation et les activités ludiques et créatives (4/32), l'expression des sentiments (2/32) et une orientation vers un psychomotricien (1/32).

Nous pouvons remarquer que la revalorisation des enfants est citée huit fois sur trente-deux, nous nous demandons alors dans quelles mesures cette approche est-elle plus intéressante qu'une autre ? Et de ce fait, comment la revalorisation est-elle mise en place lors des interventions en ergothérapie ? Pour donner suite à la mise en place de cet outil, quels seraient les avantages et les inconvénients de l'utilisation de cette approche avec les enfants avec des TSA ? De plus, que permet réellement la revalorisation des enfants lors des interventions ?

Nous pouvons aussi nous demander pourquoi un des ergothérapeutes préfère orienter les enfants vers un psychomotricien ? Et quels seraient donc nos apports en ergothérapie et quels seraient les apports en psychomotricité ?

➤ Perception des ergothérapeutes sur les résultats découlant des prises en charges :

Les ergothérapeutes interrogés ont répondu à des questions sur les modalités de leurs prises en charge, les habitudes, leurs préférences et ce qu'ils pensent le plus judicieux. En effet, certains ergothérapeutes (13/32) réalisent des prises en charge d'environ trente séances. 10 ergothérapeutes disent réaliser 50 séances ou plus. Pour le reste des participants (9/32) ils disent que le nombre de séances dépend vraiment des besoins et des objectifs des enfants.

Des ergothérapeutes (28/32) prennent en charge les enfants une fois par semaine et trente ergothérapeutes disent les prendre pendant quarante-cinq minutes. Les interventions sont réalisées sur les différents lieux d'exercice des professionnels.

Les ergothérapeutes considèrent la prise en charge en ergothérapie comme énergivore et parfois vécu comme stigmatisante (9/32). L'accompagnement pluridisciplinaire engendre de
660 nombreuses prises en charge différentes et impact donc le temps libre des enfants.

La généralisation des acquis dans les activités de la vie quotidienne est difficile selon les environnements des enfants et l'investissement des parents selon des ergothérapeutes (3/32).

De plus, le manque de remboursement des séances d'ergothérapie impact parfois la poursuite de la prise en charge car les familles ne peuvent pas payer l'ensemble des séances (4/32).

665 Cependant, l'ergothérapie permet prise en compte des différentes dimensions de l'enfant (8/32). Elle permet d'apprendre aux enfants à vivre avec leurs difficultés pour améliorer leur quotidien. L'ergothérapie permet aux enfants d'améliorer leurs capacités, leur autonomie et l'estime qu'ils ont d'eux même.

En ce qui concerne les résultats sur la dimension psycho-affective, trente ergothérapeutes disent
670 identifier des résultats des prises en charge en ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes pensent que les enfants ont une meilleure gestion de leur émotions et compréhension du monde qui l'entoure. Les enfants sont plus ouverts, ils ont une meilleure connaissance de leur fonctionnement et s'acceptent plus facilement.

Les relations sont plus simples et la communication avec leur entourage est meilleure (7/32).
675 Les enfants sont plus enclins à se valoriser et à valoriser leur travail. Les enfants s'affirment et ils reprennent goût aux différentes activités qu'ils peuvent pratiquer.

Leur motivation est plus importante dans la réalisation des activités quotidiennes. Leur engagement dans les diverses activités qui leur sont proposées est accru et ils sont plus force de proposition. Selon 4 ergothérapeutes, les enfants baissent les bras moins rapidement et moins
680 facilement lorsqu'ils rencontrent une difficulté. La volition des enfants est aussi impactée selon 4 réponses obtenues. En effet, tout comme la motivation et l'engagement, la volition des enfants dans leur vie quotidienne est augmentée.

Nous nous demandons alors quels sont les impacts d'une augmentation de leur motivation dans les activités de la vie quotidienne ? Comment pouvons-nous observer un engagement accru ?
685 Les ergothérapeutes disent que la volition des enfants est plus importante, comment une intervention en ergothérapie permet d'augmenter cette volition ? En quoi est-elle importante chez les enfants avec des TSA ?

➤ Confrontation des données obtenues avec celle de la revue de littérature

La majorité des données récoltées grâce à l'enquête exploratoire corrobore celles de la revue de
690 littérature. Les informations vont dans un même sens selon lequel la dimension psycho-
affective des enfants est impactée par les TSA. Les impacts identifiés lors de la revue de
littérature comme le manque de motivation, la mauvaise estime de soi, le manque d'autonomie
et les difficultés scolaires sont aussi identifiés dans cette enquête.

Néanmoins, certaines informations peaufinent la revue de littérature. Par exemple grâce aux
695 réponses obtenues par le questionnaire de nouvelles notions sont apportées. Les ergothérapeutes
parlent de l'expression des choix de enfants, des envies et de l'affirmation des décisions, tous
ces termes peuvent être regroupé sous la notion de volition. Lors de la revue de littérature les
notions de motivation, d'estime de soi et d'engagement étaient abordées. Nous pouvons alors
nous demander quelle est la différence entre la motivation et la volition ? Quelle est son
700 importance dans la prise en charge en ergothérapie ?

De plus, l'enquête exploratoire permet d'alimenter la revue de littérature sur les prises en charge
en ergothérapie de la dimension psycho-affective. En effet, les recherches sur l'ergothérapie
étaient peu nombreuses et ne donnaient pas beaucoup d'information. Grâce au questionnaire et
aux réponses des professionnels nous avons aujourd'hui des données sur les différentes
705 modalités de prises en charge utilisées lors des interventions, notamment sur le nombre de
séances, leur durée, leur rythme ou encore les lieux. Nous avons aussi des données sur les
différents outils et méthodes utilisés et mis en place le plus fréquemment. Il en ressort que la
revalorisation l'approche CO-OP, l'outil informatique et la communication par le biais de
l'expression des émotions sont des leviers importants de la prise en charge des enfants.

710 **1.9.3 Discussion des résultats**

Ainsi, pour synthétiser les principaux résultats obtenus nous remarquons que les
ergothérapeutes pensent connaître et prendre en compte la dimension psycho-affective lors de
leurs interventions, ils reconnaissent que celle-ci est impactée par les troubles spécifiques des
apprentissages.

715 Nous pouvons noter l'importance des impacts des TSA sur la dimension psycho-affective. Ils
sont identifiables de différentes manières selon les habitudes des ergothérapeutes et leurs
interventions. Ils restent généralement similaires d'un enfant à un autre et nous pouvons grâce
à cette enquête mieux les appréhender. Nous pouvons identifier principalement le manque de
motivation et d'autonomie des enfants dans leurs activités de la vie quotidienne. Nous pouvons

720 aussi noter la diminution de l'estime de soi et de la confiance en eux. Les ergothérapeutes parlent aussi à plusieurs reprises d'une diminution de la volition des enfants de part un manque d'expression des volontés, des choix et des idées.

Deuxièmement, selon les différentes réponses récoltées nous pouvons voir que la prise en charge en ergothérapie est prometteuse et les outils d'interventions sont variés. Les principaux 725 outils retenus sont la revalorisation de l'estime de soi citée de nombreuses fois par les ergothérapeutes et la mise en place de l'outil informatique.

Les résultats de l'enquête sont à prendre avec parcimonie, en effet des biais ont été inclus durant la réalisation de l'enquête.

En mettant en lien l'enquête réalisée avec la revue de littérature nous pouvons voir que cette 730 enquête complète et confirme les hypothèses avancées par la revue de littérature. En effet, nous pouvons voir que les études rapportées que les troubles spécifiques de l'apprentissage engendrés des impacts sur la dimension psycho-affective des enfants, les ergothérapeutes interrogés lors de la recherche confirment identifier des impacts.

Dans un second temps, les résultats de la revue de littérature ne permettaient pas d'identifier 735 l'ensemble des outils utilisés en ergothérapie. De ce fait, l'enquête exploratoire nous a permis d'identifier que les interventions en ergothérapie étaient mises en place au travers de nombreux et divers outils comme : la revalorisation de l'estime de soi, l'outil informatique, la méthode CO-OP ou encore les picogrammes.

Ainsi pour donner suite à l'analyse des résultats obtenus à l'aide du questionnaire nous nous 740 posons encore certaines questions. Dans un premier temps, nous nous demandons quels sont les impacts d'une diminution de la volition chez les enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? Pour poursuivre, comment mettre en place une intervention pour améliorer cette volition ? Et dans quelles mesures un travail en ergothérapie sur la volition peut-il permettre une amélioration de la dimension psycho-affective ?

745 Dans un second temps, quelles sont les intérêts de la revalorisation de l'estime de soi lors d'une intervention en ergothérapie ? Et comment l'utiliser auprès d'enfants avec des troubles spécifique de l'apprentissage ? De plus, comment l'utilisation de la revalorisation de l'enfant permet-elle une meilleure réalisation des activités de la vie quotidienne ?

1.10 Question initiale de recherche

750 Pour donner suite à l'analyse des résultats de l'enquête et aux questionnements qui en découlent, une question initiale de recherche en ressort. Elle est la suivante :

En quoi estime de soi et volition peuvent-elles être liées lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne de la personne ?

1.11 Cadre thérico-conceptuel

755 Face à ce questionnement, nous pouvons voir ressortir deux concepts en ressortir : L'estime de soi et la Volition. Nous allons donc étayer ces concepts au travers de quelques champs disciplinaire. (Cf Annexe 5)

1.11.1 L'Estime de soi

➤ Champ disciplinaire et choix du concept

760 Le concept de l'estime de soi que nous allons aborder, est observé selon l'angle de la psychologie. Le concept d'estime de soi a été choisi dans le cadre de la réalisation de notre recherche pour donner suite à l'analyse des résultats obtenus à notre enquête exploratoire. En effet, les réponses des ergothérapeutes interrogés ont suscité des interrogations sur cette notion et sur son importance chez les enfants avec des TSA.

765 ➤ Les fondements et définitions :

L'estime est définie par le CNRTL (Centre national des ressources textuelles et lexicales) comme « la détermination du nombre, de la valeur, du prix ou de l'importance de quelque chose. » (41). De ce fait, nous pouvons considérer que l'estime de soi représente la valeur ou l'importance que quelqu'un se donne à lui-même.

770 Selon Christophe André l'estime de soi est un mécanisme fondamental placé au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportementale, cognitive et émotionnelle (42). Puis selon Roselyne Guilloux, l'estime de soi se base sur trois piliers principaux qui sont en constante interaction (43) :

-l'amour de soi : Notion qui prend en compte l'idée de respect de soi, de prendre soin de soi et d'écouter ses besoins et désirs. L'amour de soi se construit dès le plus jeune âge, il prend en premier lieu naissance dans l'amour transmis par l'entourage lors des premières années de vie. En effet, les enfants se voient eux même comme ils croient que les parents les voient.

-la confiance en soi : notion qui prend en compte le fait de se sentir capable de surmonter ses difficultés et d'oser prendre des risques dans de nouvelles expériences. La confiance en soi

780 participe à la construction de l'estime de soi et nécessite d'expérimenter des réussites pour la faire évoluer.

-la vision de soi : notion qui prend en compte la façon dont on se voit physiquement, dont on perçoit notre personnalité, nos qualités et nos défauts, nos possibilités d'actions et nos croyances limitantes. La vision de soi prend racine dès le plus jeune âge dans la vision de l'autre,

785 en effet l'enfant se voit au travers de la vision de ses parents.

L'estime de soi est étroitement liée aux expériences subjectives d'approbation et de rejet des individus. Chacune des expériences que nous réalisons ont une action positive ou négative sur l'estime que nous avons de nous-même. L'estime de soi peut être comparée au regard que l'on porte sur nous-même et comment on se perçoit.

790 L'estime de soi est un concept dynamique en construction permanente et en évolution régulière. Elle se construit tout au cours de la vie en fonction de l'âge et des représentations de chacun. Deux personnes n'accorderont pas le même intérêt et la même importance à des domaines identiques(43).

➤ Les différentes composantes et la construction de l'estime de soi :

795 L'ensemble des psychologues ayant travaillé sur le sujet ne parviennent pas à se mettre d'accord quant aux nombres de composantes à prendre en compte dans l'estime de soi. En effet, selon les auteurs, les représentations partielles à prendre en compte peuvent être plus ou moins nombreuses et plus ou moins différentes(43).

Christophe André considère que l'estime de soi chez les enfants est la résultante des 5
800 composantes suivantes (42): l'apparence physique, la réussite scolaire, les compétences athlétiques, la conformité comportementale et la popularité. Il évoque aussi que l'importance accordée par les enfants aux différents domaines n'est pas forcément distribuée de façon homogène.

Susan Harter dans son questionnaire destiné aux adolescents définit neuf composantes (44): La
805 compétence scolaire, l'acceptation sociale, la compétence sportive, l'apparence physique, la compétence dans les jobs, l'attrait dans les relations amoureuses, la conduite, l'amitié intime et la valeur globale de soi.

Pour finir, Ross(43) ajoute une dimension motivationnelle par rapport à Susan Harter.

Néanmoins, Roselyne Guilloux réalise une synthèse des travaux des différents auteurs afin
810 d'obtenir une vision plus générale des différentes composantes de l'estime de soi (43):

Ainsi, l'estime de soi globale serait donc plutôt stable et nous nous forçons à la maintenir positive afin de nous sentir heureux. Plus notre estime sera positive et stable plus cela permettra d'accomplir des choses dans sa vie comme entreprendre, se confronter aux problèmes et trouver des solutions. En revanche, les représentations partielles sont dynamiques et instables, elles
815 évoluent positivement ou négativement tout au long de nos vies, avec plus ou moins d'impacts sur l'estime globale. Elle relève 4 représentations partielles (43):

-le sentiment de valeur de soi qui est la dimension affective, elle est instable en fonction des évènements et expériences de vie.

-l'évaluation de soi qui est la dimension cognitive. Elle est instable et basée sur les succès et le
820 sentiment d'efficacité.

-L'engagement personnel qui est la dimension motivationnelle. Elle est instable et basée sur l'influence que l'individu a sur lui-même.

-Les compétences sociales qui est la dimension sociale. Elle est instable et basée que les relations avec les autres.

825 La construction de l'estime de soi commence dès le plus jeune âge. Les auteurs énoncent qu'il existe chez les jeunes enfants une estime globale qui visent à se diviser en représentations partielle en grandissant. La construction de l'estime de soi est cruciale chez les enfants. Elle se base sur l'amour apporter par l'entourage, les attentes projetées sur nous qui permettent de se penser en termes de compétences et sur la confiance en soi véhiculée selon l'éducation. Ces
830 trois piliers sont interdépendants mais leur équilibre engendre une estime de soi plus ou moins harmonieuse (45).

➤ Les fonctions et rôles de l'estime de soi :

Selon Christophe André, l'estime de soi à plusieurs fonctions pour la personne. En effet, l'estime de soi chez l'individu à 4 fonctions principales (42):

835 - favoriser le bien-être émotionnel en stabilisant la gestion des émotions,

-favoriser et faciliter l'engagement,

-optimiser les capacités d'auto-régulation et d'autocontrôle,

- s'adapter à l'environnement en se protégeant de l'adversité.

En effet, une estime de soi positive permettra aux individus de s'adapter aux situations
840 nouvelles, de trouver des solutions adaptées et ils auront envie de résoudre leurs problèmes. Au
contraire, des individus avec une estime d'eux même négative auront tendance à avoir des
comportements inadaptés tels que : autocritique excessive, un déni des difficultés rencontrées
ou encore l'évitement de leurs problèmes (42).

L'estime de soi est défini selon Roselyne Guilloux comme « Le protecteur de l'équilibre
845 psychologique ». En effet, une estime de soi positive entrainera une bonne intégration sociale,
scolaire et professionnelle des individus. En revanche une estime de soi négative entrainera des
difficultés psychologiques chez les individus(43).

➤ L'estime de soi comme socio-mètre :

L'estime de soi est considéré comme un socio-mètre dans notre société. Plusieurs outils de
850 mesure ont été créés afin de mesurer l'estime de soi chez les personnes.

En 1967, Coopersmith réalise un questionnaire permettant de mesure l'estime de soi chez les
adultes selon trois composantes : estime générale, l'estime familiale et l'estime sociale(42).

Chez les enfants, le questionnaire étant trop compliqué à mettre en place, une alternative plus
compréhensible est utilisée : l'estimomètre. Il s'agit d'une échelle visuelle avec des émoticônes,
855 représenté à l'aide d'un dégradé de couleur allant de noir à vert permettant de d'évaluer ou
l'enfant se situe dans les différents domaines (très faible : noir, très fort : vert). Cela permet de
comprendre comment se voit l'enfant et comment il s'évalue lui-même dans les différent
domaines (ami, scolaire, général...). L'identification des représentations basses ou négatives
permettra d'orienter les prises en charges et d'aider l'enfant à « réparer » les représentations
860 défailtantes (43).

1.11.2 La volition :

➤ Champ disciplinaire et choix du concept :

Le concept de la volition que nous allons aborder est vu sous l'angle de la psychologie, de
nombreux travaux et de nombreuses recherches sont réalisées dans ce domaine. Nous allons
865 aussi analyser ce concept au travers des sciences de l'occupation. De nombreux auteurs ont
travaillé sur ce concept et l'ont fait évoluer au cours des différentes années afin de le construire
et de le modifier au fur et à mesure de nouvelles recherches et théories.

Nous avons décidé de nous concentrer et d'étayer le concept de volition pour donner suite à son
abord dans les réponses du questionnaire de l'enquête exploratoire. Cela permettra de mieux

870 comprendre son intérêt et son importance dans la vie quotidienne des enfants. De plus la compréhension de ce concept permettra aussi sa meilleure prise en charge.

➤ Émergence et définition de la volition :

Comme évoqué précédemment, de nombreux auteurs en psychologie ont étudiés et réalisés des recherches sur les concepts de motivation et de volition qui semblent très liés. En effet, Berliner 875 et Calfee veillent tous les deux à la bonne dissociation de ces termes. Selon eux, ces deux concepts sont gouvernés par des principes différents malgré qu'ils soient souvent confondus. La « motivation » est issue d'un ancien mot « motif » signifiant « qui met en mouvement », en psychologie les dimensions conscientes et inconscientes sont prises en compte. (46)

Au contraire, la « volition » est décrite de différentes manières et celles-ci ont évolué au fil des 880 années. Nous pouvons retenir les définitions suivantes (46) :

-En 1902, Ebbinghaus définit la volition « comme une tendance à l'action et un état émotionnel du sujet ». Plus tard, en 1920, Ziehen propose une théorie selon laquelle la volition serait une « association d'idées ». James définit finalement la volition comme « le processus du passage de l'intention à l'acte ».

885 La volition regroupe le pouvoir décisionnel des personnes pour atteindre un but ainsi que le maintien et l'actualisation des différents choix. James met en évidence « les liens entre le contrôle volitionnel et les mécanismes attentionnels ainsi que la difficulté à mettre une intention à exécution » (46).

Malgré les nombreuses définitions citées ci-dessus et l'évolution au cours des années, nous 890 pouvons nous rendre compte que les auteurs ne sont pas tous en accord avec leur manière de comprendre la volition. En effet, les auteurs en psychologie voient la volition selon deux courant de recherche et selon des théories différentes.

➤ Les deux courants de recherche de la volition :

Pour les différents auteurs de philosophie la volition est vue selon deux courants de recherche 895 distincts (46).

De ce fait, la première dichotomie est défendue par de nombreux auteurs, notamment par James, Kuhl et Beckmann depuis 1985. Les psychologues concernés adoptent la « théorie de la dérivation » ou « théorie dérivative », selon laquelle les évènements mentaux complexes peuvent toujours être dérivés. C'est-à-dire que les évènements mentaux complexes peuvent être 900 ramenés à une association d'évènements mentaux plus simples.

De ce postulat, la psychologie cognitive considère la motivation et la volition comme des phénomènes dont la dérivation peut être associée à un système de mécanismes cognitifs comme « la perception, la mémoire, l'attention... ». Selon Kuhl et Beckmann, ces mécanismes servent à expliquer qu'un comportement est dirigé vers un but. De plus, quelques années plus tard, 905 Norman et Shallice introduisent la notion de « système attentionnel de supervision » selon lequel il interviendra comme un système de contrôle conscient et délibéré sur les schémas d'action. Ce système en s'activant permettrait de mettre à niveau, de maintenir un but à long terme et de contrôler les stratégies données ou d'assurer les modifications nécessaires.

De ces recherches nous pouvons déduire que la volition correspond à la capacité de chaque 910 individu à mobiliser des processus cognitifs afin d'enclencher les actions nécessaires pour atteindre un but qu'il s'est donné. En d'autres termes « les personnes ont des besoins, des intérêts et des buts, ils choisissent à travers un jeu complexe d'interactions avec divers facteurs environnementaux, parmi différentes trajectoires possibles, celle qui leur paraît la plus apte à satisfaire ces motivations internes avec une marge plus ou moins grande de liberté »

915 En revanche, selon d'autres auteurs, une deuxième dichotomie est représentée. Dans celle-ci, la volition est définie « en termes de processus médiateurs de la décision ». C'est-à-dire que la volition est considérée comme un ensemble de processus post-décisionnel qui servent à maintenir les décisions et les actualisées (46).

Les recherches centrées sur les comportements procéduraux à mettre en œuvre pour atteindre 920 la fin désirée permettent de les lister de la façon suivante : Une régulation protectrice face aux obstacles qui peuvent entraver cette mise en œuvre, la planification des actions à réaliser pour atteindre le but, le déploiement d'efforts, l'établissement de priorités, l'évaluation du chemin accompli et la gestion des ressources (46).

L'analyse de ces processus poussent les auteurs à prendre la volition comme objet d'étude, 925 selon eux la volition sert de rétrocontrôle sur l'action.

Ainsi « Dans la première perspective, on s'intéresse au contenu des buts et à leur liaison à des performances déterminées ; dans la seconde, l'accent est mis sur la régulation des comportements liés à la poursuite d'un but. » (46).

➤ Modèle conceptuel de la volition

930 Les recherches anglaises en ergothérapie réalisées par G. Kielhofner montrent que le concept de « volition » est pour lui central et fondamental. En effet, en 1980, il élabore « le modèle de

l'occupation humaine » qui est un modèle conceptuel centré sur la personne qui pousse à avoir une vision holistique de celle-ci (47).

Il définit plus précisément dans celui-ci une première fois la volition comme « un ensemble de
935 composants symboliques et énergétiques qui déterminent les choix comportementaux conscients des gens ». Dans le modèle de l'occupation humaine ou MOH, Kielhofner décrit la volition comme « Ce qui pousse la personne à agir de telle ou telle manière, la motivation à entreprendre une action ». Puis en 2002, pour Kielhofner la volition devient alors « l'ensemble
940 des pensées et des sentiments qu'un individu a de lui-même en tant qu'acteur dans son environnement et qu'il éprouve lorsqu'il anticipe, choisit, expérimente et interprète ses actions.» (48).

A ce concept qu'il prend en compte dans son modèle, Kielhofner ajoute trois sous concepts qui composent la volition. (47). Les trois sous concepts sont reliées entre eux, puisque chaque personne souhaite au cours de sa vie réaliser des activités qui leur plaisent et qui sont
945 importantes pour elles et dans lesquelles elles se sentent compétentes. Ils sont les suivants (49):

-Les valeurs étants « l'ensemble des éléments qui ont du sens pour la personne », cela fait référence aux convictions personnelles. Elles sont acquises en fonction des expériences personnelles, de l'entourage familiale et le contexte culturel. Nos choix occupationnels sont cohérents avec notre système de valeurs et il influe donc ces choix.

950 -Les intérêts sont « les activités dans lesquelles la personne prend du plaisir et où elle participe volontiers ». Cela fait référence à ce qui nous semble agréable et qui nous semble satisfaisant. Ces intérêts peuvent passer par différents domaines, l'esthétique, les sensations corporelles, le contact avec les autres ou encore la stimulation intellectuelle. Les personnes ont tendance à plus apprécier certains intérêts que d'autres et ils évoluent au cours de la vie.

955 -Pour finir les déterminants personnels correspondent à « la référence au sentiment de compétence et d'efficacité personnelle ». Le sentiment de compétence correspond au fait de sentir qu'on possède les compétences et les habiletés pour réaliser une activité. Le sentiment d'efficacité lui correspond au fait de sentir qu'on a le contrôle sur ce qu'on fait (50).

Selon Kielhofner différents facteurs influent la volition des personnes : la culture, les
960 prédispositions biologiques (ex : préférences sensorielles), les expériences.

Un outil d'évaluation issu du modèle de l'occupation humaine permet dans certaines mesures d'évaluer la volition des personnes dans un temps déterminé. Il est nommé le « Volitional

Questionnaire ou VQ» (Voir annexe). Cette évaluation est cotée et permet pour chaque dimension de savoir si la personne est passive, hésitante, impliquée ou spontanée. Il permet
965 d'évaluer le niveau de volition et d'affirmation des personnes (51).

1.12 Problématisation théorique et recontextualisation

1.12.1 Problématisation théorique

Les concepts étayés dans la partie précédente ont permis de définir et de mieux comprendre les termes utilisés. En effet, dans un premier temps, la volition est une dynamique permettant aux
970 personnes d'être décisionnaires dans leur quotidien. La volition permet aux individus de mettre en œuvre les actions auxquelles ils pensent et celles qu'ils désirent. Dans un second temps, nous savons que l'estime de soi est un concept qui évolue en permanence au travers duquel les individus ont une vision d'eux même. Ils ont une opinion d'eux positive ou négative en termes de compétences, de capacités et de possibilités d'actions. Plus l'estime de soi de l'individu sera
975 positive plus elle lui permettra d'accomplir des objectifs.

De ce fait, dans quelle mesure ces deux notions peuvent-elles être complémentaires lors de la mise en place d'une intervention ? A contrario, peuvent-elles être en totale opposition lors de la mise en place d'une intervention ? S'il existe un lien entre ces deux notions, Comment une estime de soi négative peut-elle impacter la volition des personnes lors des activités de leur vie
980 quotidienne ? De même, comment une estime de soi positive peut-elle impacter cette volition lors des activités de la vie quotidienne ?

L'estime de soi est construite de différentes représentations partielles qui sont toutes unies pour former une estime globale. De ce fait, la volition peut-elle dépendre de certaines représentations ? La volition peut-elle être plus ou moins importante selon les domaines pris en
985 compte ? De même, la volition est un ensemble de trois sous compétences. Si une des trois sous compétences est défaillante alors quel peut être l'impact sur l'estime de la personne ?

1.12.2 Recontextualisation

Selon l'enquête exploratoire réalisée précédemment et les réponses apportées par les ergothérapeutes interrogés nous savons qu'ils observent des résultats sur la dimension psycho-
990 affective des enfants après les interventions ergothérapeutiques. De plus, la revalorisation de l'estime de soi chez les enfants avec des TSA est souvent utilisé en ergothérapie. De ce fait, quels sont les réels impacts observés par les ergothérapeutes sur la dimension psycho-affective lors de l'utilisation de la revalorisation de l'estime de soi pendant leurs interventions ? Nous

nous demandons quels pourraient être les bénéfices ? Et au contraire quels seraient les
995 inconvénients ?

Les réponses apportées au questionnaire ont aussi mis en évidence que la volition des enfants est améliorée à la suite des prises en charge en ergothérapie. Nous nous demandons dans quelles mesures l'amélioration de la volition peut-elle influencer l'estime de soi des enfants ?

En rapportant les éléments retenus du questionnaire aux concepts étayés d'autres questions sur
1000 la pratique en ergothérapie sont apparues. En effet, comment la prise en compte de l'estime de soi et de la volition par les ergothérapeutes lors de leurs interventions pourrait favoriser l'atteinte des objectifs de rééducation des enfants ? Ainsi, quelles seraient les actions menées par les ergothérapeutes afin de respecter et stimuler ces deux notions ? De plus, serait-il judicieux d'évaluer l'estime de soi et la volition en début de prise en charge en ergothérapie ?
1005 Pourrions-nous plus facilement noter les impacts des prises en charge sur la dimension psycho-affective des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ?

De ce fait, la question de recherche est maintenant la suivante :

Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, quels impacts l'ergothérapeutes perçoivent-ils sur la volition des enfants dans l'atteinte de
1010 leurs objectifs ?

De part cette question, l'objet de recherche est donc : l'étude des impacts sur la volition perçus par l'ergothérapeutes, lors d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfant avec des TSA.

Afin de répondre à ce nouveau questionnement il est nécessaire de choisir une méthode de
1015 recherche ainsi qu'un outil. Nous exposerons les biais qui en découle et la population que nous ciblerons.

2 Matériel et Méthode

Dans un premier temps, nous allons choisir une méthode de recherche afin de mener cette étude.

2.1 Choix de la méthode de recherche

1020 Afin de poursuivre notre investigation, nous avons donc la question de recherche suivante : « Dans le cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, quels impacts les ergothérapeutes perçoivent-ils sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs ? ». L'objectif de notre étude est donc de comprendre quels sont les impacts sur

la volition des enfants dans l'accomplissement de leurs objectifs que les ergothérapeutes
 1025 peuvent identifier lors des interventions basées sur l'estime de soi. Dans ce cas, nous cherchons
 donc à recueillir le vécu et la vision des ergothérapeutes sur le terrain. La question nous oriente
 vers une méthode de recherche clinique. En effet, selon Eymard la méthode clinique a pour but
 d'explorer afin de découvrir des savoirs d'un groupe de personne. L'autrice ajoute que la
 méthode clinique a pour objectif de recueillir des connaissances par le biais des informations
 1030 fournies par les participants (52). Cette méthode vise à comprendre le point de vue de la
 personne interviewé sur l'objet de l'étude. Avec l'ensemble des points de vue des participants
 cela permettra d'alimenter une base d'information afin de répondre à notre question de
 recherche.

Dans la méthode clinique, il existe deux types différents de recherche. En effet, Eymard expose
 1035 deux techniques qui sont les suivantes (52) : une technique qui se base sur la clinique de
 l'activité et une technique basée sur un cas clinique, appelé méthode casuistique. De ce fait, en
 analysant les deux techniques il nous semble plus judicieux d'utiliser une méthode casuistique
 pour répondre à la recherche. En effet, le but de la recherche étant de connaître comment les
 ergothérapeutes perçoivent les impacts de l'estime de soi des enfants sur leur volition dans
 1040 l'atteinte de leurs objectifs. Il s'agit d'étudier ce qui est mis en place par les ergothérapeutes
 dans leurs interventions sans modifier leurs pratiques.

2.2 Sites d'exploration de la recherche

La recherche que nous allons effectuer sera réalisée auprès d'ergothérapeutes travaillant de
 façon régulière avec des enfants qui ont des troubles spécifiques de l'apprentissage. De plus, à
 1045 la suite de l'analyse des réponses obtenues au questionnaire de l'enquête exploratoire nous
 savons que la majorité des ergothérapeutes travaillant auprès de ce public exercent dans des
 cabinets libéraux. De ce fait, il semble intéressant de viser ces lieux. Mais nous pouvons aussi
 nous orienter vers les structures comme les SESSAD ou les IME.

2.3 La population cible et les critères d'inclusion/exclusion

1050 Pour effectuer cette étude, la population choisie est composée d'ergothérapeutes travaillant de
 façon régulière avec des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage. Les critères
 d'inclusions seront alors les suivants : les ergothérapeutes diplômés d'état, travaillant avec des
 enfants TSA et prenant en compte l'estime de soi lors de leurs interventions.

A contrario, les critères d'exclusion seront les suivants : les autres professionnels de santé, les
 1055 ergothérapeutes ne possédant pas encore leur diplôme d'état, ne travaillant pas auprès d'enfants
 avec des TSA et ne travaillant pas l'estime de soi lors de leurs prises en charge.

2.4 Recrutement de la population

Afin de pouvoir interviewer la population ciblée, nous avons utilisé différents moyens pour
 contacter les ergothérapeutes et trouver des volontaires pour participer à la recherche. Dans un
 1060 premier temps nous avons diffusé une annonce sur les réseaux sociaux. Nous avons ensuite
 envoyé des mails aux ergothérapeutes à l'aide de l'annuaire des ergothérapeutes trouvé sur
 internet. Nous avons obtenu trois réponses positives.

2.5 Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données

Une présentation de l'outil de recherche sélectionné pour l'avancée de notre recherche sera
 1065 réalisée dans cette partie. Nous présenterons ses avantages, ses inconvénients ainsi que les biais
 rencontrés.

2.5.1 Choix de l'outil théorisé de recueil de données

Comme énoncé précédemment la méthode utilisée est une méthode clinique. Dans son ouvrage,
 Eymard (52) explique que cette méthode est fondée sur « l'écoute et l'interprétation des signes
 1070 recueillis et accueillis auprès d'un sujet »(52). De plus, elle expose que l'entretien permet de
 collecter des données sur les vécus des personnes. En cohérence, l'entretien semble être l'outil
 le plus adapté à notre recherche puisque nous cherchons à comprendre la perception des
 ergothérapeutes du terrain.

Ainsi, l'entretien est choisi comme outil pour la réalisation de notre recherche. L'entretien doit
 1075 permettre à l'interviewer de recueillir les expériences de la personne. Il est défini selon
 l'université de Lausanne comme « une technique de recherche indiquée pour l'exploration des
 motivations profondes des individus ainsi que pour découvrir des causes communes à leurs
 comportements »(53). Elle permet d'obtenir des informations « plus détaillées et plus fournies
 au sujet de l'expérience des personnes »(53).

1080 Des auteurs comme De Ketele et Roegiers (54) ou Bellenger et Couchaere (55) réalisent des
 ouvrages qui expliquent que l'entretien doit permettre au participant de s'exprimer librement.
 Il doit faciliter l'expression libre des différents points de vue et opinions afin de favoriser les
 échanges entre les parties. De ce fait, l'entretien va chercher à « recueillir des témoignages d'un
 ensemble de personne, en respectant leur cadre de références, leurs représentations, leurs
 1085 opinions, leurs attitudes, leurs valeurs et leurs préférences »(56).

Les auteurs Blanchet et Gotman (57) exposent dans leur ouvrage que certaines conditions peuvent influencer les réponses obtenues par les interviewés. En effet, l'environnement, le cadre contractuel de communication et le mode d'intervention sont des facteurs que le chercheur doit prendre en compte lors de la réalisation de l'entretien. L'interviewer doit donc
1090 adopter une posture adéquate afin de faciliter la mise en confiance des participants.

Selon L'université de Lausanne, il existe trois types d'entretien (53). D'autres auteurs comme Romelaer (58) décrivent ces trois types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien libre et pour finir l'entretien semi-directif. Selon les auteurs, l'entretien directif utilise majoritairement des questions fermées induisant des réponses par « oui » ou par « non ». Dans la cadre de notre
1095 question de recherche et de l'objet d'étude, l'entretien directif ne semble pas être approprié. En effet, des questions fermées ne vont pas permettre aux participants d'exprimer leurs points de vue et ainsi nous ne pourrons pas répondre de façon optimale à la question. Pour poursuivre, l'entretien libre laisse totalement la place à l'expression des participants. En effet, cette méthodologie consiste à poser une question unique et de rebondir sur les thématiques abordées
1100 par la personne. Dans notre cas, ce type d'entretien pourrait être intéressant afin de répondre à la question de recherche mais il pourrait laisser le participant s'éloigner du sujet initial. Pour finir, l'entretien semi-directif doit être préparé avec un ensemble de question pouvant orienter l'entretien au fur et à mesure de sa réalisation. Cela permettra de récolter des informations sur toutes les thématiques voulues. Ce type d'entretien est donc constitué de diverses questions
1105 pouvant être ouvertes ou fermées, précises ou plus générales, des reformulations et des relances. Le chercheur pourra alors orienter la discussion vers les thématiques dont il a besoin pour répondre à la question. De ce fait, ce type d'entretien semble aussi être intéressant.

Au vu de notre question de recherche et de l'objet de recherche l'entretien semi-directif sera utilisé. En effet cet outil semble être le plus adapté car la chercheuse élabore deux thématiques
1110 pour réaliser sa recherche : l'estime de soi et la volition. L'entretien semi-directif pourra alors orienter le discours des participants vers les thématiques recherchées tout en laissant la liberté aux interviewés d'en faire émerger d'autres. De ce fait, l'entretien libre est écarté car il ne permet pas d'aborder les thématiques souhaitées et l'entretien directif est aussi écarté car il ne laissera pas la place aux potentielles nouvelles thématiques.

1115 Les entretiens, pour des questions de commodités, pourront être réalisés en visioconférences ou par téléphone. Néanmoins, si les conditions et disponibilités le permettent, nous pourrons

réaliser les entretiens en face à face. Nous devons fixer des rendez-vous avec les participants afin de nous assurer de leur participation.

2.5.2 Avantages et inconvénients de l'entretien semi-directif

1120 L'entretien semi-directif comme tout autre outil de recueil de données possède des avantages et des inconvénients (53) :

Nous retrouvons deux principaux avantages (56): les questions sont formulées en amont et elles permettent donc l'élaboration d'un cadre qui donne des repères aux participants dans leurs discours. Cela permet aussi de contrôler et orienter les sujets que nous allons aborder. De plus,

1125 l'entretien semi-directif par l'utilisation de questions ouvertes et de relances permet au chercheur de relancer la conversation et ainsi avoir plus d'informations pour répondre à ces thématiques. Cela permet d'approfondir les connaissances apportées.

Néanmoins, l'entretien semi-directif présentent aussi des inconvénients (56). La posture à adopter durant l'entretien est délicate. Le chercheur devra laisser le participant exposer ses
1130 opinions et ses points de vue tout en contrôlant le temps et les thématiques abordées. Pour terminer, l'analyse des résultats des entretiens est complexe et nécessite du temps pour être réalisée de façon optimale.

2.5.3 Biais de l'outil théorique de recueil de données et stratégies de compensation

Des biais peuvent être introduit dans notre recherche dû à l'utilisation de l'entretien. Tout outil
1135 de recueil de donnée peut induire des biais, ils sont donc répertoriés par le centre ministériel de Valorisation des Ressources Humaines (CMVRH) (40). Nous avons identifié les suivants :

-Les biais de méthodologie sont liés à une erreur de méthode sur le recueil des données. Pour limiter ces biais nous devons préparer de façon consciencieuse les questions que nous allons poser lors de l'entretien. De plus, une préparation du recueil des informations est nécessaire
1140 afin d'en récolter le maximum et de façon conforme.

-Les biais de sélection sont liés à la sélection de la population. Afin de limiter ce biais, il faudra élaborer en amont les critères d'inclusion et d'exclusion à l'enquête. Le plus intéressant serait de réaliser un grand nombre d'entretien afin de représenter au mieux la population.

-Les biais cognitifs sont liés à la compréhension des participants. En effet, la formulation des
1145 questions doit être réfléchi en amont afin d'éviter d'inclure une hypothèse ou un fragment d'hypothèse pouvant influencer les réponses des participants. Nous devons laisser la liberté d'expression aux personnes et noter l'ensemble de leurs dires.

-Les biais de désirabilité sociale sont liés aux représentations des personnes. Chaque individu souhaite être vu sous son meilleur jour, de ce fait il sera nécessaire de réaliser un grand nombre
1150 d'entretien afin d'obtenir divers points de vue.

-Les biais affectifs sont liés à nos propres émotions et ressentis. De ce fait, il sera important de prendre du recul sur les informations obtenues durant les entretiens afin de les analyser le plus objectivement possible.

2.5.4 Construction de l'outil théorisé de recueil de données

1155 Après avoir défini l'outil théorisé de recueil de données que nous allons utiliser, il est nécessaire d'établir une grille d'entretien qui servira de support durant les entretiens (Annexe 6). Cette matrice permettra au chercheur de guider l'entretien et de récolter les informations dont il a besoin.

Au vu de l'avancé de notre recherche et de la diversité géographique des participants, la
1160 visioconférence est le moyen facilitant le plus de rendez-vous avec les professionnels. De ce fait, nous écartons donc les entretiens en face à face. Il permettra aussi beaucoup d'interactions et une qualité d'échange plus importante que les entretiens téléphoniques. De plus, ce format d'entretien peut permettre aux participants de se sentir plus écouté et le contact sera peut-être établi plus naturellement.

1165 Avant le début de l'entretien il est important que le chercheur recontextualise la recherche en rappelant par exemple la question de recherche. Afin de débiter l'entretien, des informations concernant les personnes interviewées seront demandées. Cela permettra de réaliser une analyse descriptive de la population étudiée.

La question inaugurale sera alors posée ensuite, elle vise à identifier la perception de
1170 l'ergothérapeute sur la volition et l'estime de soi lors des interventions. Cette question permettra aux ergothérapeutes interrogés de développer certaines de leurs idées abordant cette thématique. Afin de développer d'avantage et d'obtenir des informations plus précises trois questions de relances thématiques seront posées, elles concerneront plus précisément l'une ou l'autre des thématiques interrogées dans notre recherche : l'estime de soi et la volition. Les propos des
1175 ergothérapeutes pourront alors être complétés avec plus de précisions.

De plus, un cadre d'écoute est établi avant de réaliser les entretiens (Annexe 7). Ce cadre nous permettra d'imaginer les profils types des personnes que nous pourrions rencontrer. Ici, trois types de profils sont potentiellement attendus :

1180 -Les participants « favorables », qui représentent des ergothérapeutes validant les impacts de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs.

1185 -Les participants « mitigés », qui représentent des ergothérapeutes ne sachant pas exprimer réellement s'il y a des impacts lors de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. Ils auront alors des arguments en faveur et à l'encontre des impacts.

-Les participants « non-convaincus », qui représentent des ergothérapeutes ne pensant pas qu'il y ait des impacts lors de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs.

2.6 Législation

1190 D'un point de vue légal, les entretiens ne rentrent pas dans le cadre d'une recherche nécessitant un comité éthique selon la Loi Jardé. En effet cette étude vise des professionnels de santé et n'as pas pour but rechercher des données biologiques ou médicales. De plus, elle vise à observer la prise en charge des patients et ne la modifiera pas à l'issue de celle-ci (59).

1195 L'interviewer devra rappeler que le participant peut demander de se retirer de la recherche à tout moment, par respect de la Loi Jardé. Nous préviendrons les participants que les entretiens seront enregistrés afin de pouvoir analyser les résultats. Nous rappelons que cette recherche respecte le principe d'anonymat ainsi que celui de non-jugement. Il est rappelé aux participants qu'ils ont le droit de ne pas répondre à certaines questions ou de quitter l'entretien quand il le souhaite. L'ergothérapeute interviewé obtiendra des réponses claires et précises à ses questions
1200 avant et après l'entretien.

Conformément à la loi Jardé, il sera en amont de l'entretien transmet un document rappelant le cadre de la recherche, son objectif, son déroulement ainsi que les droits de la personne (Cf Annexe 8). Une fiche de consentement sera envoyée en même temps et devra être remplis par les deux parties (Cf Annexe 9).

1205 2.7 Déroulement de la recherche

2.7.1 Test de faisabilité et de la validité du dispositif de recherche

Par la suite l'outil de recherche est testé auprès d'un ergothérapeute. Ce test permet de savoir si les objectifs visés sont atteints à l'aide de ce dispositif et si des modifications sont nécessaire.

Nous avons pris contact avec un ergothérapeute et nous avons convenu d'un rendez-vous
 1210 d'environ une heure, en visioconférence car le lieu d'exercice de la professionnelle était trop
 éloigné. De ce fait, la visioconférence était le moyen permettant le plus d'interactions et une
 qualité d'échange plus importante. Ce format d'entretien peut permettre aux participants de se
 sentir plus écouté et le contact sera peut-être établi plus naturellement.

L'entretien test aura permis au chercheur de travailler et d'adapter sa posture au cours de la
 1215 réalisation. Il aura aussi permis de s'assurer de la compréhension des questions posées par le
 chercheur aux participants.

Il a été remarqué qu'il était bien nécessaire de définir le terme de volition afin que les questions
 posées soient toutes comprise de la même manière. De plus, le test aura permis au chercheur de
 se sentir plus à l'aise quant à l'ouverture et la clôture de l'entretien.

1220 **2.7.2 Choix de l'outil de traitement des données**

Les entretiens réalisés seront enregistrés à l'aide de la fonctionnalité sur l'application zoom ou
 par un téléphone afin de faciliter la retranscription. Les retranscriptions seront faites à la main
 sur le logiciel Microsoft Word (Annexe...). Nous réaliserons par la suite une analyse des
 entretiens afin de faire émerger des points de réponses à notre objet de recherche. Pour cela les
 1225 entretiens seront écoutés de nombreuses fois afin que l'on puisse s'imprégner des différents
 éléments. Par la suite les données récoltées seront rassemblées dans un tableau d'analyse
 textuelle selon les thèmes qui ressortent le plus dans les échanges. Ensuite, différentes méthodes
 d'analyses seront utilisées : une analyse thématique, une analyse verticale et une analyse
 horizontale. L'analyse thématique consiste à analyser les données afin de faire ressortir les
 1230 potentiels liens au sein d'un même thème, que les données soient en accord ou en opposition.
 L'analyse verticale servira à comparer les discours des différents participants à l'intérieur de
 chaque thème. Et pour finir, l'analyse horizontale permet de faire remonter les points clefs de
 chaque entretien pour étayer notre cadre conceptuel.

3 Résultats

1235 Les ergothérapeutes sont nommés « E », de ce fait, l'ergothérapeute interrogé en premier sera
 appelé « E1 » et le celui en deuxième « E2 ».

3.1 Présentation des personnes interrogées

Le premier ergothérapeute interrogé, nommé « E1 », est une femme de 24 ans. Elle est diplômée
 de l'institut de formation en ergothérapie d'Évreux. Elle travaille depuis 2021 dans son propre
 1240 cabinet libéral en temps complet. Elle avait antérieurement travaillé dans un hôpital de jour

psychiatrique ainsi que dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Actuellement, elle intervient auprès d'un public pédiatrique, entre 4 et 18 ans, présentant des troubles du neurodéveloppement et des troubles spécifiques des apprentissages. Elle ne prend pas en charge les enfants de moins de 4 ans car elle n'est pas formée à la petite
 1245 enfance. Elle réalise son activité dans son propre cabinet. Ses missions sont d'évaluer les besoins des personnes, assurer la mise en place d'outil de compensation et les accompagner dans leur rééducation ou réadaptation.

Le deuxième ergothérapeute est une femme âgée de 28 ans, elle est nommée « E2 ». Elle est diplômée depuis 2017. Elle exerce depuis sa sortie de l'école un mi-temps dans un service
 1250 d'éducation spécialisée et de soins à domicile et un mi-temps dans son propre cabinet libéral. Elle intervient auprès d'un public pédiatrique, entre 9 et 15 ans. Elle réalise son activité libérale essentiellement au domicile des enfants et dans leur établissement scolaire. Les enfants présentent essentiellement des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles du neurodéveloppement mais elle rencontre aussi des enfants atteints de troubles du spectre
 1255 autistique.

3.2 Analyse thématique

Lors de la réalisation des entretiens nous pouvons voir émerger deux thématiques auxquelles nous nous attendions : l'estime de soi et la volition. En effet, ce sont les thématiques que la chercheuse visait à l'aide des questions de relance afin de répondre à la question de recherche.
 1260 Cependant d'autres thématiques plus précises sont apparues : l'évaluation de l'estime de soi, l'intervention sur l'estime de soi et les facteurs influençant la volition.

3.3 Analyse verticale

Dans un premier temps nous allons réaliser une analyse thématique. Elle permet de faire ressortir les thèmes principaux exposés dans les entretiens par les différentes personnes
 1265 interrogées : l'estime de soi et la volition.

3.3.1 L'estime de soi

Le premier thème abordé est l'estime de soi, les ergothérapeutes exposent différentes importances pour cette notion.

➤ Impact de l'estime de soi

1270 L'estime que les enfants ont d'eux même influence grandement leur implication dans les activités de la vie quotidienne (E1 : L.49-51 ; E2 : L.60-61). En effet, une estime de soi forte et stable chez les enfants peut les aider dans l'accomplissement de leurs objectifs ainsi que pour

surmonter les nouvelles situations et les difficultés rencontrées (E1 : L.156-158 ; E2 : L71-72).

Au contraire, une estime de soi faible et instable entraîne des répercussions sur plusieurs
 1275 sphères, notamment les sphères scolaire et personnelle (E1 : L.161-163 ; E2 : L168-169). Dans
 ce cas, les enfants présentent des freins dans l'accomplissement de leurs activités de la vie
 quotidienne. Nous pouvons citer un manque de confiance en eux, ils peuvent se mettre
 beaucoup de pression, subir des angoisses de performance ou encore refuser d'essayer de
 nouvelles activités par peur d'un échec (E1 : L.96-98 ; E2 : L 45-49, 65-66). Ainsi les enfants
 1280 avec une faible estime d'eux même ont tendance à être moins participatifs et moins investis
 dans les activités qu'on leur propose (E1 : L.59-63 ; E2 : L168-169). La prise de décision et
 l'expression des émotions sont très compliquées pour ses enfants à cause d'une peur de
 jugement (E2 : L46-49, 60-61, 64). De plus, lorsqu'ils sont confrontés à des situations nouvelles
 ou qu'y les sort de leur zone de confort les effort fournis sont très coûteux pour ces enfants.

1285 Les ergothérapeutes énoncent par la suite les méthodes pour évaluer l'estime des enfants lors
 de leurs interventions.

➤ Évaluation de l'estime de soi

Concernant l'évaluation, les ergothérapeutes énoncent qu'elles ne connaissent pas et n'utilisent
 pas d'évaluation normée pour l'estime de soi (E2 : L49-52). Cependant l'utilisation de bilans
 1290 fait « maison », qui sont informels et composés de diverses questions et observations, semble
 être régulière (E1 : L.91-92 ; E2 : L.52-54). L'utilisation des entretiens permet d'aider l'enfant
 à verbaliser les difficultés qu'il rencontre, cependant le niveau d'estime est plus évoqué par les
 parents (E1 : L.70-72). L'ensemble des informations recueillies lors de la réalisation des bilans
 initiaux de prise en charge leur permet d'évaluer de façon subjective le niveau d'estime globale
 1295 des enfants (E1 : L.72-74 ; E2 : L.51-53). Cependant, dans les deux entretiens, il est ressorti
 que lors de la réalisation des bilans, l'attitude des enfants permet d'identifier le niveau d'estime
 (E1 : L.72-74 ; E2 : L.51-53). Durant ce temps d'entretien, une attention particulière est portée
 aux réponses données par les enfants et des observations de leur comportement seul et en
 présence des parents permettent une prise d'information importante. La réalisation des
 1300 différents exercices proposés, les réactions des enfants et la gestion de leurs émotions face à la
 difficulté sont des indicateurs. De plus, les descriptions que les parents font de leurs enfants
 ainsi que celles faites par certains professeurs dans certain cas permettent d'obtenir des
 informations sur le comportement des enfants dans leur vie quotidienne et leurs milieux
 écologiques (E1 : L.70-71, 81-84).

1305 Lors des différentes séances de la prise en charge, les réactions des enfants face aux exercices proposés sont tout autant observées (E1 : L.74-75). Cela permet d'évaluer subjectivement l'évolution de l'estime des enfants au cours des séances (E1 : L.76-77).

➤ Intervention sur l'estime de soi

L'estime de soi est un facteur à prendre en compte de façon plus ou moins importante lors des
 1310 interventions en ergothérapie. Il s'agit d'une notion permettant de faciliter l'accomplissement des objectifs mais néanmoins il ne s'agit pas d'un objectif de prise en charge en ergothérapie à proprement parler (E1 : L.106-108 ; E2 : L.214-216). Concernant les techniques de prise en charge de l'estime de soi, elles varient en fonction des ergothérapeutes. En effet, elles peuvent être plus ou moins nombreuses en fonction de l'importance que les professionnels accordent à
 1315 l'estime de soi. Certaines techniques sont ressorties dans les deux entretiens, comme les encouragements et la valorisation des efforts fournis par les patients qui sont des techniques utilisées régulièrement (E1 : L.176-179 ; E2 : L.80-83). Les deux entretiens laissent ressortir l'importance du bon développement de la relation thérapeutique avec l'enfant ainsi que l'impact que cette relation peut avoir (E1 : L.172-176 ; E2 : L.66-68). En effet, plus la relation sera
 1320 développée plus l'enfant aura confiance en son thérapeute. De ce fait, la guidance verbale du thérapeute, les aides apportées et actions menées auront d'autant plus d'impact sur l'estime des enfants.

De plus, la mise en place d'outils de compensation comme l'outil informatique ou la rééducation de l'écriture permet dans de nombreux cas d'augmenter l'estime de soi en
 1325 diminuant les situations d'échecs (E1 : L.183-187, 194-198 ; E2 : L.151-153). Les exercices sont proposés avec des difficultés adaptées et graduées au niveau de l'enfant afin de lui montrer ce dont il est capable (E1 : L.181-182 ; E2 : L.73-74).

Des formations sur l'approche CO-OP, l'accompagnement des enfants dyscalculiques ou l'intégration neurosensorielle peuvent être bénéfiques afin de favoriser l'approche avec l'enfant
 1330 et de lui permettre de gagner confiance en lui (E1 : L.200-203, 224-226 ; E2 : L.159-160). Les systèmes de récompenses servent aussi à la valorisation des enfants et à les encourager dans la poursuite de leurs efforts (E2 : L.179-186).

Nous nous intéresserons maintenant à la perception de l'ergothérapeute par rapport à la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs.

1335 3.3.2 La volition

Le second thème abordé est la volition des enfants. Nous pouvons voir que différents facteurs influent sur cette notion et qu'elle est le moteur des interventions.

➤ Facteurs influents

De nombreux facteurs influencent la volition des enfants dans l'atteinte des objectifs fixés. Au
1340 cours des deux entretiens de nombreux facteurs communs sont ressortis et peuvent être classés en différentes catégories : les facteurs environnementaux, les facteurs sociaux et les facteurs personnels.

La volition des enfants est impactée par des facteurs sociaux, les enfants portent une attention particulière au regard des autres personnes qui les entourent. Nous retrouvons notamment la
1345 vision de parents (E1 : L.126-129 ; E2 : L.92-94). En effet, lorsque les parents sont impliqués et en accord avec la prise en charge de leur enfant, ceux-ci ont tendance à être beaucoup plus investis (E1 : L.131-134). De plus les encouragements fournis par l'entourage proche des enfants ont un impact visible sur leur volition (E2 : L.97-100). En revanche, des parents ou des professeurs en désaccord avec la prise en charge des enfants engendrent une dévalorisation de
1350 ceux-ci et donc une perte des bénéfices (E2 : L.129-133). Durant les deux entretiens il est aussi ressorti que la vision des enseignants et des camarades de classe influence la volition des enfants, principalement dans la prise de l'outil informatique en classe car ils ne veulent pas être stigmatisés (E1 : L.119-123 ; E2 : L.116, 129-130, 138-139).

Les facteurs environnementaux sont aussi à prendre en compte dans la volition des enfants. En
1355 effet, la mise en place d'outil de compensation, de rééducation ou de réadaptation permet aux enfants de compenser les situations d'échec et ainsi augmenter leur envie de surmonter les difficultés (E1 : L.183-187 ; E2 : L.141-142). De plus, l'adaptation de l'environnement avec des classes inclusives ou spécialisées permet aussi d'augmenter la volition et la participation des enfants (E1 : L.144-149).

1360 Pour finir les facteurs personnels influencent grandement la volition des enfants. En effet, chaque enfant est différent et on ne pourra pas agir de la même manière avec chacun (E1 : L.135-137 ; E2 : L.92-93). Les activités dont ils ont l'habitude et qu'ils affectionnent favoriseront leur volition. En revanche, lorsque les enfants sont mis face à des situations nouvelles pouvant engendrer des difficultés, les ergothérapeutes remarquent que leur
1365 engagement et leur volition sont diminués (E2 : L.94-97).

➤ Intervention en ergothérapie

Durant les deux entretiens, il est retenu que l'intervention en ergothérapie et la mise en place de moyen de compensation permettent aux enfants d'être plus volontaire et impliqué au sein de leurs activités de la vie quotidienne. Les divers outils et méthodes utilisés en ergothérapie
1370 permettent d'augmenter la volition des enfants et ainsi les stimuler pour atteindre leurs objectifs (E1 : L187-188 ; E2 : L.56-59, 66-68).

Les ergothérapeutes interrogés mettent en avant, l'utilisation d'activités ludiques, l'élaboration de compromis avec les enfants, le séquençage des objectifs afin qu'ils paraissent plus envisageables ainsi que les systèmes de récompenses pour favoriser la volition (E1 : L.180-
1375 183 ; E2 : L151-143, 184-186).

➤ Lien avec l'estime de soi

Au cours des entretiens réalisés, les ergothérapeutes indiquent naturellement qu'il existe un lien entre la volition des enfants et l'estime qu'ils ont d'eux même. Cela s'explique par le fait que les personnes qui ont une haute estime d'eux et de ce fait qui croit en eux ont plus de faciliter à
1380 réaliser des actions (E1 : 160-163 ; E2 : L.171-172). Les enfants ayant une estime d'eux stable et positive auront tendance à plus croire en leurs capacité et donc être plus volontaires et motivés (E2 : L171-175). Au contraire, des personnes possédant une faible estime d'eux auront une vision limitée de leurs capacités, ce qui engendrera une baisse de leur volition de peur de se retrouver dans des situations d'échecs (E1 : L.161-163 ; E2 : L171-175). Lorsque les enfants
1385 sont satisfaits d'eux même alors cela se répercute sur l'ensemble de leur décision et choix (E1 : L.164-168 ; E2 : L201-203). Les enfants regagnent confiance en eux, leur estime remonte et cela impacte de façon favorable leur volition (E1 : L.98-101 ; E2 : L147-149, 210-213).

3.4 Analyse horizontale

Dans un deuxième temps nous allons réaliser une analyse horizontale qui permet d'étudier les
1390 discours de chaque personne interrogée indépendamment. Les données recueillies seront traitées en fonction des thèmes déjà établis : L'estime de soi et la volition.

3.4.1 Ergothérapeute 1

« E1 » est une femme de 24 ans. Elle travail au sein de son propre cabinet libéral dans lequel elle réalise les interventions auprès des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages.
1395 Elle explique que selon elle il existe un lien évident entre l'estime des enfants et leurs volitions lors de l'atteinte de leurs objectifs (E1 : L.47-51). Pour donner suite à sa formation initiale, madame s'est formée à différentes approches notamment « CO-OP » et « l'intégration neurosensorielle » afin de pouvoir accompagner au mieux ses enfants. Le but étant de faire

trouver aux enfants par eux même les étapes clef de leur réussite afin qu'ils se rendent compte
1400 de leurs capacités (E1 : L.200-204, 224-226).

« E1 » exprime tout au long de l'entretien qu'elle remarque que les enfants qu'elle prend en charge présentent des freins dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. En effet, elle note qu'ils manquent de confiance en eux et ont généralement une faible participation, ce qui se répercute sur leur quotidien (E1 : L.51-64). Ils ont plus de mal à se confronter aux situations
1405 d'échec, la gestion de leurs émotions est compliquée et ils se comparent souvent à leurs pairs.

Afin d'évaluer l'estime de ses patients, « E1 » n'utilise pas de bilans normés. Elle se base sur les comportements, les réponses et les attitudes des enfants pendant le bilan initial de prise en charge et pendant les séances (E1 : L.72-79). Elle évoque aussi l'utilisation de l'outil « OT'Hope » qui est un outil d'autodétermination pour les enfants. Il est composé de différentes
1410 cartes classées en 3 catégories : activité de la vie quotidienne, loisir et scolaire. Les enfants doivent déterminer pour chaque carte que le thérapeute lui présente s'il sait faire, s'il ne sait pas faire ou s'il a besoin d'aide (E1 : L.208-209, 211-216). Ainsi cet outil lui permet d'évaluer le niveau d'estime de l'enfant au travers de situation qu'il rencontre au quotidien (E1 : L.216-223). Madame, explique aussi qu'elle s'intéresse à la description que les parents et les
1415 professeurs font des enfants, cela l'aide dans l'identification de besoin de l'enfant et lui dresse un tableau plus ou moins fiable de l'estime (E1 : L.70-73).

En ce qui concerne ses prises en charge, « E1 » rapporte qu'elle accorde une grande importance à l'estime des enfants Cela impact grandement leur implication dans la prise en charge et leur progrès durant les séances (E1 : L.68-70). Madame indique qu'il est nécessaire de développer
1420 un relation thérapeutique harmonieuse afin de mettre l'enfant à l'aise durant la prise en soin pour qu'il se sente bien et ose parler de ses difficultés (E1 : L.172-176). Elle met un point d'honneur sur les encouragements, la valorisation des acquis et des progrès ainsi que sur les paroles rassurantes afin de parvenir à augmenter l'estime des patients (E1 : L.176-179).

Selon « E1 », la volition des enfants peut être impactée par de nombreux facteurs. La sphère
1425 sociale est un des facteurs principaux, la vision des parents ainsi que celle des camarades de classe et des enseignants peuvent constituer des freins ou des leviers dans la volition des enfants (E1 : L.125-129, 135-39). C'est pour cela que « E1 » essaie d'inclure au maximum les parents et les professeurs de élèves en leur donnant des conseils et astuces afin de favoriser le développement de la volition de ses patients (E1 : L.236-237). Madame évoque qu'il est

1430 nécessaire que les enfants aient un environnement adapté afin de limiter les situations d'échec pouvant diminuer la volition et l'estime des enfants (E1 : L.147-153).

3.4.2 Ergothérapeute 2

« E2 » est une femme de 28 ans. Elle exerce dans un cabinet libéral dans les Bouches-du-Rhône.

Elle explique que pour elle l'estime de soi des enfants est un facteur influençant les prises en charge (E2 : L.60-62). Néanmoins elle ne concentre pas officiellement ses prises en soins sur cet aspect (E2 : L.44-46). Elle considère que le rôle de l'ergothérapeute est de rassurer les élèves durant les séances et de ne pas les mettre face à l'échec (E2 : L.54-56).

Elle indique que les enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages ont tendance à avoir une faible estime d'eux même à cause des difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne (E2 : L.44-49). Ils sont moins participatifs et les efforts fournis leur sont très coûteux (E2 : L.168-174). Ils subissent souvent des pressions et des angoisses de performances (E2 : L.65-66). De plus, ils auront plus de mal à exprimer leurs opinions et ils éviteront les situations pouvant sortir de l'ordinaire par peur des échecs (E2 : L.46-49). La volition des enfants est impactée par cette estime d'eux instable et faible. Le rapport aux autres et notamment avec les camarades de classe peut s'avérer compliqué dû à l'importance que les enfants accordent aux regards des autres enfants (E2 : L.116). Ils peuvent parfois se sentir différents et mal vivre cette situation.

« E2 » expose que la volition des enfants peut être influencée par de nombreux facteurs comme le regard des adultes (parents, enseignants, professionnels), les adaptations scolaires et matérielles ou encore les caractéristiques personnelles (caractère, éducations) (E2 : L.92-114, 195-199).

Madame « E2 » réalise l'évaluation de l'estime de soi et de la volition au travers d'observations pendant l'entretien initial avec l'enfant et durant les différentes séances. Elle n'utilise pas de bilans précis, bien qu'elle sache que certaines échelles existent (E2 : L.49-51). Les comportements des enfants et leur aisance durant la première entrevue permet de réaliser une estimation de la confiance qu'ils ont en eux (E2 : L.52-54).

Lors de ses interventions elle met en place des systèmes de récompense pouvant améliorer la volition des enfants (E2 : L.184-186). La reconnaissance de leurs efforts et la valorisation de leurs capacités aide ces enfants à améliorer le regard qu'ils portent sur eux même (E2 : L.83-1460 85). Madame indique que la guidance verbale des enfants afin de leur faire trouver les étapes

de leur réussite par eux même est un outil intéressant permettant de leur faire prendre conscience de leurs compétences (E2 : L.169-170, L.210-213).

Elle indique que la préconisation du matériel adapté permet à l'enfant de se sentir plus en confiance dans son quotidien et ainsi d'entreprendre et de tester de nouvelles expériences (E2 : 1465 L. 138-140 ; 210-213).

De ces faits, l'ergothérapeute note un lien important entre l'estime de soi des enfants et leur volition dans l'accomplissement des objectifs. Cependant elle ne fait pas de ces notions des objectifs spécifiques de la prise en charge en ergothérapie mais des moyens de la favoriser (E2 : L.214-218).

1470 **3.5 Cas clinique**

Le cas clinique correspond à une synthèse des données récoltés auprès de la population interrogée.

Rappelons l'objet de recherche : l'étude des impacts sur la volition perçus par les ergothérapeutes, lors d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfant avec des 1475 troubles spécifiques des apprentissages.

L'ergothérapeute interrogé mettent en évidence le lien entre l'estime de soi et la volition chez les enfants TSA. En effet, l'estime de soi est une dimension importante à prendre en compte lors des interventions. En effet, une faible estime de soi entrave de façon considérable la participation dans les activités de la vie quotidienne. Le travail de l'estime de soi permet aux 1480 thérapeutes de la favoriser et de l'augmenter afin d'encourager l'investissement des enfants dans leurs activités. La revalorisation de l'estime permet aux enfants de regagner confiance en eux et donc de faire face avec plus d'aisance aux difficultés qu'ils rencontrent.

La volition des enfants dans leur vie quotidienne est influencée par de nombreux facteurs. La volition des enfants est un levier important lors de la prise en charge en ergothérapie. En effet, 1485 les variations de volition peuvent être des ressources ou des freins pour les thérapeutes. Un enfant dont la volition sera favorisée sera d'autant plus investi dans sa prise en charge et participatif dans l'ensemble des activités qui lui seront proposées.

De ce fait, les deux thématiques sont imbriquées l'une dans l'autre et sont reliées. En effet, les ergothérapeutes sont en accord pour dire qu'il existe un lien entre l'estime des enfants et leur 1490 volition pour atteindre leurs objectifs. Cependant ils prennent en compte ces dimensions de façons plus ou moins importantes et avec une intensité plus ou moins forte.

4 Discussion

Pour finir nous allons interpréter les résultats obtenus en fonction de la revue de littérature puis
 1495 du cadre théorico-conceptuel. Nous allons amener des éléments de réponses à notre question de
 recherche. Par la suite, nous établirons une critique du dispositif de recherche afin de faire
 ressortir les points forts et les limites. Pour terminer notre travail d'initiation à la méthode de
 recherche nous établirons une ouverture pour laisser émerger des nouveaux questionnements.

4.1 Interprétation des résultats

1500 4.1.1 Selon la revue de littérature

La revue de littérature nous a permis de trouver des éléments sur l'estime de soi des enfants
 avec des troubles spécifiques de l'apprentissage. Les différents documents et articles que nous
 avons étudiés ont permis d'identifier plusieurs aspects de notre thématique.

En effet, il est identifié que les enfants présentant des troubles des apprentissages ont une estime
 1505 d'eux plus faible que leurs pairs qui n'en présentent pas (29). Cela explique que les enfants ont
 tendance à se comparer grandement à leurs pairs, à se placer dans des situations d'échec et se
 soucier du regard des autres. D'où l'importance de sensibiliser et d'inclure l'entourage dans la
 prise en soin des enfants afin qu'ils les accompagnent de façon optimale.

Nous avons notamment pu constater que les enfants présentent souvent des difficultés
 1510 psychopathologiques qui peuvent s'exprimer sous différentes formes comme des angoisses de
 performances, de l'anxiété et des épisodes de dépressions du fait de la faible estime d'eux (28).
 Ces éléments sont en accord avec les résultats obtenus durant la recherche, les ergothérapeutes
 exposent que les enfants ont un esprit moins participatif, ils ont du mal à faire face aux
 difficultés rencontrées dues aux angoisses qu'elles provoquent. Ils énoncent que certains élèves
 1515 peuvent parfois jusqu'à la phobie scolaire.

Les documents et la recherche apportent aussi des éléments de réponses pouvant
 potentiellement limiter ces comportements. Il est expliqué que la prise en charge en
 ergothérapie constitue un versant bénéfique dans la prise en charge globale des enfants avec
 des TSA. En effet, les documents exposent qu'une prise en charge tardive vaut mieux que
 1520 l'absence totale de prise en charge (32). Il est aussi expliqué que la mise en place d'outils de
 compensation et d'adaptation permettent de limiter les situations d'échecs et ainsi valoriser les
 compétences des patients (33). Les données issues de la recherche complètent celles

exposées dans les références bibliographiques. Les ergothérapeutes mettent en évidence dans leur entretien que les interventions auprès de leurs patients les aident dans leur revalorisation et
1525 ils prennent conscience des leurs possibilités.

En ce qui concerne la volition, les données recueillies dans la revue de littérature montrent que les enfants avec des troubles des apprentissages ont tendance à avoir une motivation moins importante dans les activités d'apprentissage que leurs pairs ne présentant pas de troubles (30). De même, les professeurs des élèves avec des TSA notent une différence de participation avec
1530 les enfants sans TSA(31). Ces éléments sont en accords avec les données récoltées lors des entretiens des ergothérapeutes. En effet, ils exposent que les enfants sont moins enclins à participer dans les activités de la vie quotidienne, leur volition est impactée par les TSA.

4.1.2 Selon le cadre théorico-conceptuel

Pour donner suite à la revue de littérature et aux résultats obtenus lors de l'enquête exploratoire
1535 nous avons pu établir un cadre théorico-conceptuel au travers duquel nous avons développé deux concepts nous permettant d'éclairer la question de recherche. Les données obtenues dans le cadre théorico-conceptuel complémentent celles de la revue de littérature et sont enrichies par les données obtenues lors de la recherche.

Le cadre théorico-conceptuel abordant l'estime de soi énonce qu'elle doit être maintenue
1540 positive afin d'accomplir différents rôles : favoriser le bien être émotionnel et l'engagement, permettre une auto-régulation et une adaptabilité aux situations nouvelles (43). De plus, la littérature définit l'estime de soi comme un ensemble de dimensions qui sont enchevêtrées les unes aux autres afin de former une estime de soi globale, nous retrouvons plusieurs dimensions : la dimension affective, la dimension cognitive, la dimension sociale et la dimension
1545 motivationnelle (42). Lors des entretiens réalisés les ergothérapeutes sont en accord avec les différentes composantes de l'estime de soi. De plus, ils exposent que l'estime des enfants peut être influencée par des nombreux facteur comme l'entourage, l'éducation, la culture, ect...

Les ergothérapeutes disent ne pas pouvoir évaluer l'estime de leurs patients avec des outils normés, cependant ces informations sont contradictoires avec celle du cadre théorico-
1550 conceptuel dans lequel il est abordé deux outils d'évaluation de l'estime de soi : le questionnaire de Coopersmith pour les adultes et l'estimomètre pour les enfants (43).

Le concept de la volition expose que de nombreux facteurs peuvent exercer une influence sur celui-ci. Les différentes théories et modèles élaborés, notamment le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) induisent des facteurs de plusieurs catégories : les valeurs, les intérêts et les

1555 déterminants personnels (46). En complément des données soulevées par les références bibliographiques, les ergothérapeutes énoncent eux aussi des facteurs influents. Nous retrouvons par exemple le soutien et la compréhension de l'entourage, la mise en place d'outil de compensation des difficultés ou encore l'adaptation de l'environnement. La volition est un processus médiateur orienté vers un but permettant de contrôler les schémas d'action, ainsi les
 1560 personnes seront capables d'enclencher des actions, de maintenir leurs décisions et de les actualiser dans le temps (46). Les ergothérapeutes interrogés exposent des données similaires. En effet, la volition est une dimension dynamique qui permet aux enfants de s'investir plus ou moins fortement dans leur prise en charge.

4.2 Éléments de réponse à la question de recherche

1565 Rappelons la question de recherche : « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, quels impacts l'ergothérapeute perçoit-il sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs ? » Les recherches bibliographiques ainsi que les enquêtes menées ont pu éclairer les perceptions des ergothérapeutes.

Comme nous avons pu constater, les ergothérapeutes identifient et prennent en compte les
 1570 impacts de l'estime de soi sur la volition des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages. Ils identifient différentes catégories de facteurs influençant la volition des enfants : les facteurs sociaux (regard et soutien de l'entourage), les facteurs environnementaux (solution de compensations et adaptations) et les facteurs personnels (éducation, culture, caractère).

1575 Nous avons aussi pu voir que les ergothérapeutes jouent un rôle dans l'accompagnement des enfants TSA. De ce fait, ils interviennent dans l'accompagnement de ces enfants, d'une part en mettant en place des outils de compensations comme l'outil informatique, l'adaptation de l'environnement ou la rééducation de l'écriture, d'autre part, certains ergothérapeutes prennent en compte l'estime des enfants afin de s'en servir de levier pour augmenter leur
 1580 volition. Ils adaptent leurs interventions aux besoins des enfants afin de leur permettre de prendre conscience des leurs capacités et ainsi gagner confiance en eux. Lorsque ces interventions sont bien intégrées et utilisées auprès des enfants TSA, cela induit nécessairement une meilleure estime des enfants car ils se retrouvent plus souvent en situation de réussites que d'échec. Le gain d'autonomie apporté par ces outils favorise leur
 1585 participation et leur engagement dans leurs activités.

Ils utilisent donc différents moyens qui leur permettent de travailler l'estime de soi. Les ergothérapeutes énoncent qu'ils graduent et adaptent la difficulté des exercices proposés aux enfants afin de ne pas les mettre en situation d'échec. Ils utilisent aussi des stratégies de récompenses et des compromis sont négociés pour que les objectifs soient acceptables pour les enfants. Les ergothérapeutes observent qu'une estime de soi améliorée, et donc positive, ce qui permet de favoriser particulièrement la volition des enfants. Il est donc nécessaire de prendre en compte ce versant dans la prise en charge en ergothérapie afin que les enfants accomplissent leurs objectifs et progressent de façon plus importante dans leurs vie quotidienne.

1595 4.3 Critique du dispositif de recherche

Ce dispositif de recherche a laissé émerger des biais au cours de la réalisation des entretiens. Effectivement, malgré le test effectué en amont la chercheuse n'était pas à l'aise durant la passation des entretiens. Cela s'est peut-être ressenti et aurait pu influencer le comportement des participants. De plus, elle n'était pas totalement neutre et cela aurait pu influencer le discours des interviewés.

La préparation de l'entretien en amont a permis à l'interviewé de s'appropriier les questions à poser. Néanmoins, leur formulation a parfois pu influencer et orienter les réponses des participants. De plus, les thématiques de la recherche étant subjectives, leurs évaluations, la récoltes des données et leurs analyses sont à prendre avec parcimonie. Nous devons rendre du recul sur les résultats obtenus afin de ne pas se concentrer uniquement sur les réponses que nous attendions. Lors de l'analyse des résultats, la chercheuse c'est aperçu qu'elle n'avait pas posé les questions dans le même ordre aux participants. Cela a pu influencer les réponses et orienter les dialogues de façon différentes.

Du fait de la lenteur de l'avancé de la recherche, nous n'avons pu seulement réaliser que deux entretiens. Nous notons cependant que deux profils différents ont été interrogés, ce qui permet de varier et enrichir les résultats obtenus.

Les entretiens ont été réalisés par visioconférence ce qui a pu instaurer plus facilement une relation entre les deux parties et donc favoriser les échanges. Les entretiens téléphoniques ont été écartés ainsi que ceux en face à face car ils imposaient plus de contraintes aux deux parties.

1615 La réalisation de la recherche a permis d'acquérir une méthodologie de lecture scientifique ainsi qu'une capacité de synthétisation. La gestion du temps pour les différentes étapes à réaliser est

la partie ayant été la plus compliquée pour la chercheuse. Néanmoins, nous sortons de cette recherche avec une meilleure capacité d'organisation et de planification.

4.4 Pratique professionnelle (intérêts, limites, transférabilité)

1620 Concernant la pratique professionnelle, nous nous sommes rendus compte au cours de l'enquête exploratoire et des entretiens que le sujet abordé était socialement vif. Les ergothérapeutes interrogés y ont montré un certain intérêt. Ce travail de recherche nous a permis de mieux comprendre la prise en soins des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages et des notions importantes qui y sont liées. Cela permettra de faire évoluer notre pratique
1625 professionnelle en la comparant aux données obtenues.

Cette étude nous a permis de mettre en lumière le lien entre l'estime de soi des enfants et leur volition dans les activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes sont en accord sur l'existence de ce lien, cependant ils ne sont pas unanimes quant à l'importance de sa prise charge en ergothérapie.

1630 De ce fait, dans la pratique professionnelle il est primordial de garder à l'esprit que l'estime de soi et la volition des enfants sont des clefs permettant de faire levier et de favoriser l'engagement et la participation des enfants dans leur propre prise en charge. Il sera tout aussi important de sensibiliser l'entourage des élèves afin qu'il puisse les accompagner au mieux dans une démarche de revalorisation. Cela permettra aux enfants de se sentir compris davantage
1635 et soutenus dans les épreuves qu'ils rencontrent et ainsi relancer leur implication.

Après l'analyse des entretiens, il est intéressant de retenir les apports des concepts de volition et d'estime de soi pour la pratique ergothérapeutique. Néanmoins, il est normal de se questionner sur les limites de l'intervention en ergothérapie auprès de ces notions. Comme cité par un des ergothérapeutes « ne serait-il pas plus judicieux d'orienter nos patients vers des confrères
1640 psychologues ou psychomotriciens ? », Ou alors, un travail pluridisciplinaire, alliant les compétences et savoir-faire de chaque professionnel de santé autour de ces notions pourrait-il permettre une progression plus importante ?

De plus, plusieurs ergothérapeutes contactés au cours des différentes étapes de la recherche ont répondu qu'ils ne pouvaient pas participer car ils ne prenaient pas assez en compte la dimension
1645 psycho-affective dans leurs interventions. Cependant ils souhaitaient pouvoir lire le mémoire une fois qu'il serait terminé, cela montre un intérêt pour le thème et une volonté des professionnels à la considérer davantage.

4.5 Perspective de recherche et ouverture

Lors de cette recherche nous nous sommes intéressés à la perception des ergothérapeutes, 1650 cependant nous aurions pu nous questionner sur la perception des parents des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages. En réalité, ils seraient les plus à même de répondre aux questions sur la volition et l'estime des enfants dans les activités de la vie quotidienne, notamment dans leurs milieux écologiques. De ce fait, quels impacts les parents perçoivent-ils sur la volition de leurs enfants, lors d'une intervention en ergothérapie basée sur l'estime de 1655 soi ?

Dans un second temps, il est exposé dans les résultats de la recherche que le regard des pairs est important pour les enfants. De plus, le soutien des personnes de l'entourage proche influe sur les deux thématiques abordées. Nous pourrions alors nous demander aussi comment les ergothérapeutes pourraient accompagner et inclure l'entourage des enfants (parents, 1660 professeurs, AESH...) dans leur prise en charge afin de favoriser l'estime de soi et la volition en dehors des séances ?

Pour finir, l'intervention en ergothérapie comprend une phase d'évaluation, cependant les ergothérapeutes ont révélé qu'elles ne savaient pas comment évaluer l'estime de soi de façon claire et précise. Ainsi, elles se basent sur des observations et éléments de réponses apportés 1665 lors des entretiens. Il pourrait être pertinent d'approfondir les connaissances des ergothérapeutes sur des outils existants permettant d'évaluer de façon plus rigoureuse et moins subjective l'estime des enfants afin de mieux prendre en considérations ces notions

5 Conclusion

Pour conclure ce travail d'initiation à la méthode de recherche, je pense que sa réalisation m'a 1670 beaucoup servi sur plusieurs points. J'ai pu découvrir plus spécifiquement la pratique en pédiatrie autour des enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages et reconnaître les éléments clefs d'une telle prise en charge en ergothérapie. J'ai de ce fait pu approfondir les concepts d'estime de soi et de volition. Je pense être capable de m'appuyer sur différentes clefs afin de permettre aux enfants pris en charge de gagner confiance en eux et augmenter leur 1675 volition. Ces éléments sont des leviers importants dans leur accompagnement en séance et dans leur vie quotidienne. Les connaissances acquises grâce à ce travail me permettront de guider et d'adapter au mieux ma pratique professionnelle. Je pense qu'avec une meilleure organisation dès le départ mon travail aurait pu être d'une meilleure qualité et je me serais sentie réellement

experte. A l'heure actuelle je pense avoir pu me former sur ces sujets mais qu'il me reste encore
1680 des choses à approfondir afin de pouvoir trouver concrètement mon identité professionnelle.

Ce mémoire m'a quand même apporté de la rigueur et de l'organisation. J'ai dû me fixer des
objectifs à atteindre au fil de mon avancée, ce qui n'a pas toujours été simple mais je suis fière
d'avoir su gérer ces étapes. De plus, je pense que les entretiens réalisés m'ont permis de
travailler ma posture professionnelle, ma communication avec d'autres professionnels ainsi que
1685 ma capacité d'écoute. L'analyse des résultats m'aura permis d'être plus objective et
d'apprendre à laisser mes propres idées de côté pour me concentrer sur celles des autres. Pour
terminer, ce travail m'a permis de développer mes connaissances auprès d'un public qui
m'était encore inconnu et de faire le lien entre mes années d'étude et ma future carrière
professionnelle.

1690

1695

Bibliographie

1. Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. ANFE. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur:
1700 https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
2. How Mental Health Professionals Use the DSM Today [Internet]. Verywell Mind. [cité
7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.verywellmind.com/the-diagnostic-and-statistical-manual-dsm-2795758>
3. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur:
1705 <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
4. Fédération Française des DYS [Internet]. Fédération Française des DYS. [cité 16 févr

- 2022]. Disponible sur: <https://www.ffdys.com/>
5. Comment repérer une dyslexie, dysorthographe et dysgraphie ? [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/symptomes-detection-diagnostic>
- 1710
6. Définitions : psychologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychologie/64844>
7. Qu'est-ce que la sociologie? [Internet]. Département de sociologie - Université de Montréal. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>
- 1715
8. Larousse É. pédiatrie - LAROUSSE [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>
9. Définitions : pédagogie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9dagogie/58918>
- 1720
10. Qu'est-ce que la science de l'occupation? [Internet]. SCSO. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.csoscanada.org/fr/quest-ce-que-la-science-de-loccupation/>
11. TSLA : les troubles spécifiques du langage et des apprentissages | INSHEA [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inshea.fr/fr/content/tsla-les-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages>
- 1725
12. Demazure G, Huys V. Chapitre 3. La dimension psychoaffective des apprentissages. Handicap Vieil Soc. 25 juin 2020;123-57.
13. Ergothérapeute - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>
- 1730
14. Troubles spécifiques des apprentissages · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>
- 1735
15. Troubles spécifiques des apprentissages · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>

16. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
- 1740 17. Article 2 - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001871122
18. Troubles « dys » – Vers un parcours de santé gradué et coordonné [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974221/fr/troubles-dys-vers-un-parcours-de-sante-gradue-et-coordonne
19. CIRCULAIRE N° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement - Légifrance [Internet]. [cité 1750 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44137>
20. Les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) [Internet]. Enfant Différent | enfance & handicap informations & ressources. 2023 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.enfant-different.org/soins-medicaux/les-plateformes-de-coordination-et-dorientation-pco>
- 1755 21. Décret n° 2021-383 du 1er avril 2021 modifiant le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.
22. Burden R. Is dyslexia necessarily associated with negative feelings of self-worth? A review and implications for future research. *Dyslexia* Chichester Engl. août 2008;14(3):188-96.
23. Cavioni V, Grazzani I, Ornaghi V. Social and emotional learning for children with 1760 Learning Disability: Implications for inclusion. 2017;9(2):10.
24. PERCEPTIONS OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH LEARNING DISABILITIES. :164.
25. Zuppardo L, Serrano F, Pirrone C, Rodriguez-Fuentes A. More Than Words: Anxiety, Self-Esteem and Behavioral Problems in Children and Adolescents With Dyslexia. *Learn 1765 Disabil Q.* 21 août 2021;07319487211041103.

26. 8.1. Le plan IMRaD (IMReD) – MG TFE [Internet]. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/8-plan-de-redaction-du-tfe/8-1-le-plan-imrad-imred/>
27. Leonova T, Grilo G. La faible estime de soi des élèves dyslexiques : mythe ou réalité ? *L'Année Psychol.* 2009;109(3):431-62.
- 1770 28. Speranza M. Troubles des apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Bull Académie Natl Médecine.* juin 2015;199(6):869-77.
29. Stagg SD, Eaton E, Sjoblom AM. Self-efficacy in undergraduate students with dyslexia: a mixed methods investigation. *Br J Spec Educ.* 2018;45(1):26-42.
30. Kormos J, Csizér K. A comparison of the foreign language learning motivation of
1775 Hungarian dyslexic and non-dyslexic students. *Int J Appl Linguist.* 2010;20(2):232-50.
31. Soriano-Ferrer M, Morte-Soriano M. Teacher Perceptions of Reading Motivation in Children with Developmental Dyslexia and Average Readers. *Procedia - Soc Behav Sci.* 21 févr 2017;237:50-6.
32. Billard C, Barbe F. Un programme progressif de prise en charge des troubles des
1780 apprentissages : l'expérience pilote Paris Santé Réussite. *Enfances Psy.* 2016;71(3):122-37.
33. Marchal F. Quelle prise en charge pour des enfants ayant des troubles du geste ? *Rev Neuropsychol.* 2016;8(2):93-8.
34. Despres G. Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages. *Développements.* 2010;6(3):43-52.
- 1785 35. Barray V. Prise en charge des difficultés mathématiques des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages en ergothérapie. *Développements.* 2013;16-17(3-4):13-35.
36. Singly F de. Le questionnaire - 4e éd. 4e édition. Paris: Armand Colin; 2016. 128 p.
37. Les enquêtes sociologiques Théories et pratique - Rodolphe Ghiglione, Benjamin Matalon - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur:
1790 <https://www.fnac.com/a748/Rodolphe-Ghiglione-Les-enquetes-sociologiques>
38. Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf
39. Boure R. Paul Lazarsfeld (1901-1976), sociologue des médias [Internet]. *Mondes*

- 1795 Sociaux. 2019 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://sms.hypotheses.org/19820>
40. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
41. ESTIME : Définition de ESTIME [Internet]. [cité 29 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/dmf/estime>
- 1800 42. André C. L'estime de soi. *Rech Soins Infirm.* 2005;82(3):26-30.
43. Retz E. Estime de soi et troubles des apprentissages - Cycles 2 et 3 [Internet]. Les Editions Retz. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.editions-retz.com/pedagogie/domaines-transversaux/estime-de-soi-et-troubles-des-apprentissages-cycles-2-et-3-9782725639819.html>
- 1805 44. Les fondements de l'estime de soi [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: https://atelier-canope-19.canoprof.fr/eleve/Formation%20initiale%20et%20continue/Estime_de_soi_@2/activities/Estime_de_soi_2.xhtml
45. Genoud P. Pour une meilleure compréhension de l'estime de soi : liens entre la
1810 perception de soi et les indicateurs sociométriques. *Nouv Cah Rech En Éducation.* 2008;11(1):35-47.
46. Jean Paul Broonen. Le passé et l'avenir du concept de volition pour la psychologie de l'éducation et de la formation [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2007-2-page-3.htm?contenu=resume>
- 1815 47. ergopsy. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/desir-motivation-volition-a776.html>
48. Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval [Internet]. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
49. Modèle de l'occupation humaine (MOH) et ses outils validés d'entretien, d'évaluation,
1820 d'analyse : VQ, ACIS, OSA et MOHOST [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.anfemigal.fr/formation-modele-de-occupation-humaine-moh-et-ses-outils-valides-entretien-evaluation-analyse-vq-acis-osa-et-mohost/PARIS%2013-180108A>
50. Kielhofner G, Taylor RR. Kielhofner's model of human occupation: theory and

application. 5e édition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

1825 51. 220081_cm03.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur:
https://www.anfemigal.fr/datas/Progs/220081_cm03.pdf

52. C E. Initiation à la recherche en soins et santé. Approche méthodologique : comprendre et choisir une méthode de recherche. Les différentes méthodes. Projet et protocole de recherche. Techniques de recueil et traitement des données. Les notions clés et des exemples de travaux
 1830 de recherche. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2003. 243 p. (Fonction cadre de santé. Formation).

53. CSE_Guide_recueil_donnees_cursus_2011.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur:
https://www.unil.ch/cse/files/live/sites/cse/files/shared/brochures/CSE_Guide_recueil_donnees_cursus_2011.pdf

1835 54. Méthodologie du recueil d'informations [Internet]. De Boeck Supérieur. 2023 [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807300378-methodologie-du-recueil-d-informations>

55. Techniques de questionnement (Les) [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.esf-scienceshumaines.fr/vie-professionnelle/253-techniques-de-questionnement-les.html>
 1840

56. L'entretien comme technique de collecte de données | IMT Atlantique - Business Intelligence [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: http://formations.imt-atlantique.fr/bi/bi_entretien.html

57. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Malakoff, France: Armand Colin;
 1845 2015. 126 p.

58. Romelaer P. L'entretien de recherche. 2005 [cité 7 mai 2023]; Disponible sur:
<https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/795>

59. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.

1850

1855

1860

1865

1870 **Annexes**

1. Tableau de Synthèse des résultats de la revue de Littérature
2. Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire
3. Questionnaire GoogleForm R de l'enquête
5. Matrice théorico-conceptuelle

1875 6. Matrice de la grille d'entretien de l'étude

7. Cadre d'écoute

8. Fiche de consentement de l'étude

1880

1885

1890 Annexe 1 : Tableau de Synthèse des résultats de la revue de Littérature

Sources / Auteur / Date	Niveau de scientificité	Thème / objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Dimensions non abordées/limites
Bulletin de l'académie nationale de médecine, Juin 2015	Littérature scientifique +/-	Troubles des apprentissages et construction de soi chez l'enfant/adolescent.	Études épidémiologiques pour connaître l'influence des TSA sur le dvp émotionnel et l'identité des enfants	Enfants et adolescents	Construction et développement des enfants	Les enfants avec des TSA ont un risque accru de difficultés psychopathologiques de deux types : internalisés (anxiété, dépression) ou externalisé (trouble du comportement) et une fragilité de l'estime de soi	/
CAIRN, Tamara Leonova, Gaëlle Grilol, Mars 2009	Littérature scientifique +	La faible estime de soi des élèves dyslexiques : mythe ou réalité ?	Une étude de Rosenthal (famille bien informée sur la pathologie et famille mal informée) Une étude de Black qui compare aussi l'estime de soi chez des enfants dyslexiques et chez un groupe de contrôle Étude séquentielle (Thomson, suivis de l'évolution de l'estime dans un école spé) Questionnaire de MARSH (question enfants dans école normale et spé)	66 enfants, 35 dyslexiques et 31 sans dyslexie pour former un groupe de contrôle, en suisse	Estime de soi des personnes dyslexiques et trouble des apprentissages	Les enfants dyslexiques ont une plus faible estime d'eux même, surtout quand la famille est mal informée sur le trouble. L'estime de soi académique est aussi plus faible chez les enfants dyslexiques. Chez les dyslexiques forte association entre être un bon lecteur et être heureux. Selon les études l'image de soi, les caractéristiques physiques, les compétences sociales peuvent ou non être perçues comme plus faibles Écoles spécialisées augmentent l'estime de soi des enfants (pertinence des prises en charge) Bonheur plus faible te anxiété plus élevée	Pas d'info sur la prise en charge en ergothérapie Manque de comparaison avec des élèves dans des classes non spécifiques Échantillon de petite taille qui n'est donc pas représentatif
CAIRN, Géraldine Despres, Mars 2010	Lecture opportuniste	Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages		Adolescents / collégiens TSA multiples et sévères	Accompagnement des élèves dys par des ergothérapeutes afin d'améliorer et adapter leur quotidien	Les personnes avec TSA sont plus lentes, font plus d'efforts, moins autonomes, difficultés à l'école importante (lecture, écriture, manipulation d'outils, organisation, double tâche impossible, fatigabilité) et au quotidien	/

			Stratégie de mise en place de ces AT (évaluation des besoins, préconisation, accompagnement de l'élève)	Études épidémiologiques, Cas cliniques de deux enfants TSA	Enfants TSA, difficultés en mathématiques (dyscalculie),	Accompagnement des dys dans les mathématiques, différents types d'interventions	Préconisation des At par l'ergothérapeute, adaptations et compensations	Estime de soi, autres domaines que les maths non abordés
CAIRN, Valérie Barray, Mars-Avril 2013	Littérature grise, ++		Prise en charge des difficultés mathématiques des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages en ergothérapie				Chez les enfants dys on retrouve aussi des difficultés de comptage, de calculs, acquisition du lexique des nombres, dénombrement. Difficultés palliées avec des supports En ergothérapie TEDI-MATH pour évaluation du trouble, travail pour amélioration des capacités (activité ludiques, exercices oraux), évaluation post-PEC	
Wiley Online Library, Juillet 2010, Judit Kormos, Kata Csizer	Littérature scientifique +++		Apprentissage d'une langue étrangère, comparaison de la motivation entre des élèves dyslexiques et non dyslexiques en Hongrie	Étude transversale, questionnaires sur la motivation donnés aux élèves (75 questions pour les dyslexiques et 72 pour les non dyslexiques)	184 élèves dyslexiques entre 13 et 14 ans, issu de 18 écoles différentes	Apprentissage de langue étrangère, évaluation de la motivation	Les élèves dyslexiques ont plus de difficultés à avoir de la motivation pour apprendre une nouvelle langue. Ils ont moins d'aide de leur parent ce qui les démotivent plus facilement. Il est nécessaire que les enseignants prennent les temps de valoriser le travail fourni par les élèves dyslexiques afin d'améliorer leur estime d'eux	/
21 février 2017, Procedia – social and behavioral science volume – Manuel Soriano-Ferrer et	Lecture scientifique +		Perception de la motivation des enfants dyslexiques et des lecteurs	Étude réalisée à l'aide de deux instruments : l'indice d'engagement en lecture et une évaluation remplie par l'enseignant. Mesure de 6	68 enfants : 33 dyslexiques et 35 lecteurs moyens	Dyslexie, engagement et motivation pour la lecture	Les enfants dyslexiques sont moins engagés dans les activités de lecture selon la perception des enseignants	Résultats issus des avis subjectifs des professeurs

Manuel Morte-Soriano	Littérature scientifique, ++	moyens pour lire par les enseignants Un programme progressif de prise en charge des Troubles des apprentissages	éléments : l'activité, l'autonomie, le social, le sujet, l'individu et l'écriture	Test EDA : 421 enfants de CP Test Tim2 : 464 enfants de CE1	Difficultés d'apprentissage de la lecture (dyslexie), trouble de l'acquisition du langage écrit (dysphasie),	Les faibles lecteurs de janvier se normalise avec la mise en place du programme. Le pourcentage de faible lecteur en CE1 passe de 32% en janvier et 24% octobre 2012. Cependant ce pourcentage concerne uniquement les enfants ayant eu un entraînement en CP.	/
Florence Marchal, Revue de neuropsychologie, 2016	Littérature grise, +	Quelle prise en charge pour des enfants ayant des troubles du geste ? <u>Recommandation</u> de European academy for childhood disability	Recommandations issues de conférences et de consensus	Pratiques des kinésithérapeutes et de ergothérapeutes	Approche sensorimotrice, théories dynamiques de rééducation des praxies (TAC), ergothérapie, kinésithérapie	Mieux vaut une prise en charge que rien du tout, les objectifs doivent être individuels à chaque enfant. Un rythme de 3 à 5 séances par semaine est recommandé, la prise en charge en groupe est discutée car elle risque une atteinte de l'estime de soi (par comparaison entre les différents membres)	Il ne s'agit pas d'une étude mais de recommandations sur la pratique
25 janvier 2018 – Steven D, Elizabeth Eaton	Littérature scientifique +	Auto-efficacité chez les étudiants de premier cycle atteints de dyslexie	Méthode mixte : enquête en ligne d'auto-efficacité et 8 entretiens)	Deux groupes de 22 participants chacun. Un groupe avec des élèves dyslexiques et un deuxième groupe sans dyslexie.	Auto-efficacité	Les étudiants dyslexiques souffrent de faibles croyances sur leur auto-efficacité par rapport à leurs pairs non dyslexiques	Les différentes gravités de dyslexie non sont pas prise en compte et les outils servant d'évaluations sont propres au chercheur. De ce fait nous devons <u>étudier</u> ces résultats en prenant du recul car ils ne sont pas généralisables

Annexe 2 : Matrice du questionnaire de l'enquête :

Variable étudiée	Question	Modalité de réponse	Objectif
Consentement	Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?	Réponse fermée, oui ou non Si Non, arrêt du questionnaire	Connaitre le consentement des personnes interrogées
Vérification des critères de sélection	Êtes-vous ergothérapeute ?	Réponse fermée, oui ou non Si non, arrêt du questionnaire	Vérifier les critères d'inclusions
	Dans quel type de structure travaillez-vous ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : Cabinet libéral, Ecoles, A domicile chez les enfants Autre	Vérifier les critères d'inclusions
	Intervenez-vous auprès d'enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ?	Réponse fermée : oui/ non Si non, arrêt du questionnaire	Identification du public pris en charge
	Quels sont les troubles spécifiques de l'apprentissage que vous accompagnez lors de vos interventions ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : Dyslexie, Dyspraxie, Dysorthographe, Dyscalculie, Troubles du spectres autistiques, Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, Retard développemental, Autre	Précision des troubles de l'apprentissage pris en charge par les ergothérapeutes
Connaissance et définition de la dimension psycho affective	Connaissez-vous la dimension psycho-affective ?	Question fermée, oui ou non	Savoir si les ergothérapeutes connaissent

	<p>Si oui, Pouvez-vous définir ce que représente la dimension psycho-affective selon vous ?</p> <p>Les résultats ne sont pas forcément à interpréter, mettre en avant le biais mais faire attention pour ne pas fausser toutes les réponse, faire remonter que les résultats peuvent être faussées,</p> <p>Définition à faire apparaitre après pour pas fausser les réponses des ergos → permet de voir l'écart entre la vraie définition et la vision des ergos</p>	Question ouverte, donner une définition	Connaitre la représentation que les ergothérapeutes se font de cette dimension
	Pensez-vous que la dimension psycho-affective des enfants est impactée par les TSA ?	Réponse fermée, Oui ou Non	Connaitre la représentation que les ergothérapeutes se font de cette dimension
Identification des répercussions des TSA sur la dimension Psycho-Affective	Si oui, quels impacts pouvez-vous identifier chez les enfants avec des TSA (activité de la vie quotidienne, loisirs, scolarité) ?	Réponse ouverte	Identifier les différentes répercussions repérées par les ergothérapeutes lors de leurs pratiques professionnelles
Prise en compte de la dimension Psycho-A	Pensez-vous prendre en compte cette dimension psycho affective lors de vos interventions auprès des enfants avec des TSA ?	Réponse fermée, Oui ou Non	Savoir si les ergothérapeutes prennent en compte la dimension psycho-affective
	Souhaiteriez-vous prendre davantage en compte la dimension psycho-affective des enfants TSA lors de vos interventions ?	Réponse fermée, Oui ou non	Savoir si les ergothérapeutes prennent en compte la dimension psycho-affective

Outils d'intervention	De façon plus générale, Quels sont les outils d'intervention que vous utilisez auprès des enfants avec des TSA ?	Réponse ouverte	Identification des outils utilisés
Modalités d'interventions	Quel est le nombre moyen de séances que vous réalisez lors d'un suivi d'un enfant avec des TSA ? Garder en tête que c'est très variable, que cela dépend des patients rencontrés, en fonction de la difficulté,	Réponse semi ouverte à choix multiple : 10 séances 30 séances 50 séances Plus de 50 séances Autres	Identifier les modalités (temps, durée des séances, fréquence) d'interventions en ergothérapie
	Quelle est la fréquence des séances que vous réalisez ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : 1 fois par semaine 2 fois par semaine 1 fois toutes les 2 semaines Autre	Identifier les modalités (temps, durée des séances, fréquence) d'interventions en ergothérapie
	Quelle est la durée moyenne des séances ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : 30min 45min 1h Autre	Identifier les modalités (temps, durée des séances, fréquence) d'interventions en ergothérapie
	Où effectuez-vous le plus souvent vos prises en charge ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : En cabinet libéral A domicile En SESSAD A l'école Autre	Identifier les modalités (temps, durée des séances, fréquence) d'interventions en ergothérapie

	Selon vous quand devrait débiter une prise en charge en ergothérapie ?	Réponse semi ouverte à choix multiple : Avant 6 ans Entre 6 et 8 ans Après 8 ans	Identifier les modalités (temps, durée des séances, fréquence) d'interventions en ergothérapie
Perception des résultats d'une prise en charge par les ergothérapeutes	Selon vous quels sont les intérêts d'une prise en charge en ergothérapies pour des enfants avec des TSA ?	Réponse ouverte, libre	Perception des résultats des prise en charge par les ergothérapeutes
	Selon vous quels sont les inconvénients d'une prise en charge en ergothérapies pour des enfants avec des TSA ?	Réponse ouverte, libre	Perception des résultats des prise en charge par les ergothérapeutes
	Identifiez-vous des résultats sur la dimension psycho-affective des enfants avec des TSA après une prise en charge en ergothérapie ?	Réponse fermée, oui ou Non	Perception des résultats des prise en charge par les ergothérapeutes
	Si oui, pouvez-vous décrire l'impact de la prise en charge psycho-affective que vous avez pu constater sur les enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ?	Réponse ouverte	Perception des impacts des prises en charge par les ergothérapeutes

1895

1900

Annexe 3 : Questionnaire GoogleForm de l'enquête :

Enquête exploratoire : Comment la prise en charge en ergothérapie peut-elle influencer la dimension psycho-affective des enfants avec des troubles de l'apprentissage ?

Bonjour,

Dans le cadre de ma formation en ergothérapie, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche sur la thématique de la prise en charge de la dimension psycho-affective des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage par des ergothérapeutes.

L'anonymat sera respecté tout au long du questionnaire. Les données recueillies seront gardées durant cinq ans maximum et seront uniquement utilisées pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche.

La réponse à ce questionnaire prendra entre 5 et 10 minutes. Ce questionnaire s'adresse aux ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé.e.s de façon régulière avec un public enfants (moins de 18 ans) ayant des troubles spécifique de l'apprentissage.

Merci d'avance,
LEFROY Emma

Acceptez vous de répondre à ce questionnaire ? *

Oui

Non

Êtes-vous ergothérapeute ? *

Oui

Non

Dans quel type de structure travaillez vous ? *

Cabinet libéral

Ecoles

A domicile

Autre...

Intervenez-vous auprès d'enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Oui

Non

Quels sont les troubles spécifiques de l'apprentissage que vous accompagnez lors de vos interventions ?

Dyslexie

Dyspraxie

Dysorthographe

Dyscalculie

Trouble du spectre autistique

Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité

Retard développemental

1905

Connaissez-vous la dimension psycho-affective ? *

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous définir ce que représente cette dimension pour vous ? *

Réponse longue

Pensez-vous que la dimension psycho-affective des enfants est impactée par les troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Veillez considérer la définition de la dimension psycho-affective suivante pour la suite du questionnaire : On peut définir la dimension psycho-affective comme étant la capacité de chaque individu à se connaître afin de réguler ses émotions dans son apprentissage et assumer la responsabilité de ses choix (Nissen, 2007 : 133 ; 136-137).

La dimension psycho-affective englobe toutes les expériences émotionnelles, socialisantes et motivantes que votre enfant vit dans ses rapports à lui et avec les autres. Bien entendu, ces expériences sont étroitement liées aux coutumes, croyances et normes préexistantes de la vie en société.

Oui

Non

Si oui, quels sont les impacts que vous pouvez identifier chez les enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? Dans les domaines de la vie quotidienne, des loisirs et de la scolarité *

Réponse longue

Pensez-vous prendre en compte cette dimension psycho-affective lors de vos interventions auprès d'enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Oui

Non

Souhaiteriez-vous prendre davantage en compte la dimension psycho-affective des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage lors de vos interventions ? *

Oui

Non

De façon plus générale, quels sont les outils d'intervention que vous utilisez auprès des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Réponse longue

Quel est le nombre moyen de séance que vous réalisez lors d'un suivis pour des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

- 10 séances
 - 30 séances
 - 50 séances
 - Plus de 50 séances
 - Autre...
-

Quelle est la fréquence des séances que vous réalisez ? *

- 1 fois par semaine
- 2 fois par semaine
- 1 fois toutes les deux semaines
- Autre...

Quelle est la durée moyenne des séances ? *

- 30 min
 - 45 min
 - 1h
 - Autre...
-

Où effectuez vous les plus souvent vos prises en charge ? *

- Dans un cabinet libéral
- A domicile
- En SESSAD
- A l'école
- Autre...

Selon vous, quand devrait débuter une prise en charge en ergothérapie ? *

- Avant 6 ans
- Entre 6 et 8 ans
- Après 8 ans
- Autre...

Selon-vous, quels sont les intérêts d'une prise en charge en ergothérapie pour des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Réponse longue

Selon-vous, quels sont les inconvénients d'une prise en charge en ergothérapie pour des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Réponse longue

Identifiez-vous des résultats sur la dimension psycho-affective des enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage en ergothérapie ? *

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous décrire l'impact de la prise en charge psycho-affective que vous avez pu constater sur les enfants avec des troubles spécifiques de l'apprentissage ? *

Réponse longue

Annexe 5 : Matrice théorico-Conceptuelle :

Concept/théorie	Variables	Indicateurs
Estime de soi	Estime globale	Stabilité
		Positivité
		Accomplissement objectifs, solutions
	Représentations partielles	Dynamisme
		Évolution constante face aux expériences de vie
		Dimension affective
		Dimension cognitive
		Dimension sociale
		Dimension motivationnelle
	Fonctions	Bien être émotionnelle
		Engagement
		Auto-régulation
		Adaptabilité
		Affront de situations nouvelles
	Sociomètre	Questionnaire de Coopersmith
		Estimomètre pour les enfants
	Volition	Théorie de la dérivation
Comportements dirigés vers un but		
Système de contrôle et de régulation des actions		
2 ^{ème} théorie		Processus médiateurs de la décision/ rétrocontrôle

		Maintient et actualisation de décisions
	Modèle de l'occupation humaine	Modèle centré sur la personne
		Différentes composantes : valeurs, intérêts, déterminants personnels
		Différents facteurs influençant : culture, expériences, biologie

Annexe 6 : Matrice de la grille d'entretien :

<p><u>Question inaugurale :</u></p> <p>Pouvez-vous décrire les impacts que vous identifiez sur la volition des enfants TSA lorsque votre travail est basé sur l'estime de soi en ergothérapie ?</p> <p>Veillez considérer la définition de la volition suivante : La volition est l'acte par lequel se manifeste la volonté. C'est ce qui pousse les personnes à décider de leur action, à agir et à actualiser leurs décisions au cours du temps. C'est la façon dont les personnes mettent leurs intentions à exécution.</p>	Laisser libre expression aux ergothérapeutes sur les thématiques que nous souhaitons aborder
<p><u>Question 1 :</u></p> <p>Comment pensez-vous prendre en compte l'estime des enfants TSA lors de vos interventions ?</p>	Identifier comment les ergothérapeutes prennent en compte l'estime de soi
<p><u>Question 2 :</u></p> <p>De vos expériences, comment la volition des enfants TSA est impactée lors de vos interventions en ergothérapie ?</p>	Identifier les facteurs/éléments que les ergothérapeutes jugent importants dans la volition des enfants

Annexe 7 : Cadre d'écoute :

-Les participants « favorables », qui représentent des ergothérapeutes validant les impacts de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. Il aborde l'estime de soi dans leurs interventions en établissant des objectifs sur cette notion auprès des enfants et identifient des impacts positifs pour donner suite à leurs interventions.

-Les participants « mitigés », qui représentent des ergothérapeutes ne sachant pas exprimer réellement s'il y a des impacts lors de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. Ils auront alors des arguments en faveur et à l'encontre des impacts. Ils n'établissent pas d'objectifs et réalise des interventions ponctuelles lorsqu'ils ont l'occasion.

-Les participants « non-convaincus », qui représentent des ergothérapeutes ne pensant pas qu'il y ait des impacts lors de la prise en charge de l'estime de soi en ergothérapie sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. Ils ne prennent pas en compte l'estime et la volition des enfants lors de leurs interventions et ne jugent pas nécessaire de le faire.

1940

1945

Annexe 8 : Fiche de consentement des entretiens :1950 - Modèle :**Formulaire de recueil de consentement (en 2 exemplaires)**

LEFROY Emma, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie, sous la direction de Julien PAVE, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses claires et adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec le consentement déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquences.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de LEFROY Emma – lefroyemma@gmail.com.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... Le.....

Participant à la recherche

Nom Prénoms

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

En deux exemplaires originaux

Investigateur principal

LEFROY Emma

Signature :



1955

- Ergothérapeute « E1 » :

Formulaire de recueil de consentement (en 2 exemplaires)

LEFROY Emma, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie, sous la direction de Julien PAVE, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses claires et adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquences.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de LEFROY Emma – lefroymemma@gmail.com .

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée «Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à: [REDACTED]

Participant à la recherche

Nom Prénoms [REDACTED]

En deux exemplaires originaux

Investigateur principal

LEFROY Emma

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

[REDACTED]

Signature :



- Ergothérapeute « E2 »

Formulaire de recueil de consentement (en 2 exemplaires)

LEFROY Emma, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie, sous la direction de Julien PAVE, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses claires et adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquences.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de LEFROY Emma - lefroyemma@gmail.com.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « Dans la cadre d'une intervention basée sur l'estime de soi auprès d'enfants avec des TSA, étude des impacts que les ergothérapeutes perçoivent sur la volition des enfants dans l'atteinte de leurs objectifs. »

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à [REDACTED]
Participant à la recherche

Nom Prénoms [REDACTED]

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

[REDACTED]

En deux exemplaires originaux

Investigateur principal

LEFROY Emma

Signature :



Résumé et mots clefs

Résumé : Les enfants avec des troubles spécifiques des apprentissages (TSA) présentent une faible estime d'eux et une volition amoindrie. Le travail de l'ergothérapeute étant de maintenir un équilibre de vie, une recherche est menée afin d'étudier les impacts que l'ergothérapeute perçoit sur la volitions des enfants lorsqu'il inclut l'estime de soi dans ses interventions. Une méthode clinique est utilisée. Deux entretiens semi-directifs sont réalisés auprès d'ergothérapeutes en pédiatrie. Les résultats sont analysés selon une analyse thématique, horizontale et verticale. Bien que les ergothérapeutes notent que l'estime des enfants impact leur volition dans de nombreux domaines, ils ne la prennent pas forcément en compte lors de leurs interventions. De plus, la volition des enfants est une dimension dynamique pouvant être utilisée comme levier dans les activités de la vie quotidienne. En conclusion, la prise en compte de la volition et de l'estime des enfants avec des TSA en ergothérapie est encore peu pratiquée. En revanche, la recherche montre l'intérêt d'accentuer ce travail en ergothérapie et d'intégrer des outils d'évaluation à nos interventions.

Mots clefs : Ergothérapie – estime de soi – volition – impacts – intervention

Abstract: Children with specific learning disabilities (SLD) have low self-esteem and reduced volition. Since the occupational therapist's job is to maintain life balance, research is being conducted to study the impact that occupational therapists perceive on children's volition when they include self-esteem in their interventions. A clinical method is used. Two semi-structured interviews were conducted with occupational therapists. The results are analyzed thematically, horizontally, and vertically. Although the occupational therapists noted that children's esteem impacts their volition in many areas, they do not necessarily take it into account during their interventions. Furthermore, children's volition is a dynamic dimension that can be used as a lever in activities of daily living. In conclusion, considering the psycho-affective dimension of children with ASD in occupational therapy is still not widely practiced. On the other hand, the research shows the interest of accentuating this work in occupational therapy and of integrating evaluation tools into our interventions.

Key words: Occupational therapy - self-esteem - volition - impacts - interventions