

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation**
Ergothérapie

**Estime de soi et performances occupationnelles chez les enfants
atteints de TDA/H : Un regard approfondi sur l'impact de
l'intervention ergothérapique**

État des lieux de la pratique des ergothérapeutes auprès des enfants TDA/H

Mémoire présenté et soutenu par
LEVALLOIS Océane

En 2023



Mémoire dirigé par
POIGNET Corentin
Ergothérapeute DE

Membres du jury

M. TOFFIN Patrick, Ergothérapeute, Responsable Pédagogique adjoint, ILFOMER

M. POIGNET Corentin, Ergothérapeute DE, cabinet libéral

Remerciements

Ce travail de recherche marque la fin de ces trois années de mon cursus en ergothérapie. Par son achèvement, il marque la fin d'un chapitre mais me laisse en entrevoir de nombreux autres pour la suite.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur **Corentin POIGNET**, qui a su m'aider dans l'élaboration de ce mémoire en m'apportant des conseils plus pertinents les uns que les autres tout au long de l'année malgré les moments plus compliqués que j'ai pu rencontrer.

Un remerciement tout particulier à Monsieur **Stéphane MANDIGOUT**, qui nous a guidé petit à petit dans la construction de ce travail de longue haleine et qui a su être attentif à nos difficultés en veillant toujours à nous pousser vers le haut.

Je tiens également à remercier Monsieur **Thierry SOMBARDIER** et Monsieur **Patrick TOFFIN**, qui nous ont accompagnés durant nos trois années de formation et nous ont transmis leurs connaissances pour faire de nous des étudiants accomplis.

Ensuite, il est important pour moi de remercier les **ergothérapeutes** m'ayant accueilli en stage tout au long de ma formation en ergothérapie. Ils m'ont tous énormément apportés et m'ont permis de forger la future professionnelle que je m'appête à devenir ; et tout particulièrement Madame Sandrine TOURNIER qui m'a énormément inspiré.

Enfin, je souhaite remercier mes camarades de promotion, nous nous sommes rencontrés et avons appris à nous connaître à distance mais nous avons su créer de véritables liens et nous nous sommes toujours poussés vers le haut les uns, les autres.

Un grand merci également à mes ami(e)s et ma famille pour leur soutien sans faille et pour la motivation qu'ils me donnent au quotidien pour toujours me surpasser.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

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

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

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée LEVALLOIS Océane

**Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra
être cité sans respect des principes de cette charte.**

Fait à LIMOGES, Le vendredi 26 mai 2023

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapie

Session de juin 2023

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) LEVALLOIS Océane

Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : LIMOGES

Le : vendredi 26 mai 2023

Signature de l'étudiante



Glossaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

SPPC : Self Perception Profile for Children

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TDA/H : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TND : Trouble du Neuro-Développement

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

Table des matières

Introduction	1
Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité	2
1. Généralités sur les troubles du neurodéveloppement	2
2. Focus sur le TDA/H	3
3. Triade symptomatique	4
3.1. L'inattention	4
3.2. L'hyperactivité	6
3.3. L'impulsivité	6
4. Formes cliniques du TDA/H	7
5. Données épidémiologiques	7
5.1. Prévalence	7
5.2. Étiologie	7
6. Diagnostic	8
7. Comorbidités	9
8. Retentissements dans la vie quotidienne	9
9. Recommandations de bonnes pratiques	10
9.1. Thérapies médicamenteuses	10
9.2. Thérapies non médicamenteuses	11
Intervention	13
1. Ergothérapie	13
1.1. Définition de l'ergothérapie	13
1.2. Sciences de l'occupation	13
1.3. Ergothérapie en pédiatrie	14
1.4. L'activité	14
1.5. Performances occupationnelles	15
1.5.1. Performances et TDA/H	16
1.6. Modèle de l'Occupation Humaine	16
2. Intervention de l'ergothérapeute auprès d'enfants TDA/H	18
3. L'estime de soi	18
3.1. Définition et développement	18
3.2. Fonctions de l'estime de soi	19
3.3. Estime de soi et TDA/H	20
Problématique	21
Méthodologie	22
1. Objectifs	22
2. Population	22
3. Outil méthodologique	22
3.1. Choix de l'outil : le questionnaire	22
3.2. Création de l'outil	23
3.2.1. Informations générales sur le professionnel	23
3.2.2. Accompagnement des enfants TDA/H	23
3.2.3. Modalités de l'intervention en ergothérapie	23
3.2.4. Devenir des enfants TDA/H	23
4. Moyens de diffusion	24
5. Procédure d'analyse des résultats	24

Résultats	25
1. Informations générales sur le professionnel	25
2. Accompagnement des enfants TDA/H	26
3. Modalités de l'intervention en ergothérapie	29
4. Le Devenir des enfants TDA/H.....	31
Discussion.....	32
1. Objectifs de recherche	32
2. Réponse à la problématique	32
3. L'ergothérapie en première intention	32
4. L'impact de l'engagement occupationnel sur l'estime de soi de l'enfant : Une approche valorisante	35
5. Limites et perspectives.....	37
Conclusion	38
Références bibliographiques	39
Annexes	51

Table des illustrations

Figure 1 : Les troubles associés	3
Figure 2 : Organisation des concepts de la performance occupationnelle	15
Figure 3 : Reproduction du schéma du MOH	17
Figure 4 : Lieu d'exercice des ergothérapeutes.....	25
Figure 5 : Âge du début de suivi en ergothérapie.....	26
Figure 6 : Âge moyen de prédilection pour un début de prise en charge en ergothérapie....	27
Figure 7 : Difficultés les plus rencontrées par les enfants TDA/H.....	28
Figure 8 : Impact du sentiment d'efficacité sur la façon d'agir des enfants TDA/H.....	29
Figure 9 : Troubles associés au TDA/H les plus fréquents.....	29
Figure 10 : Procédés utilisés face aux troubles de l'enfant TDA/H.....	30
Figure 11 : Principes réassurants utilisés par les ergothérapeutes	30
Figure 12 : Impact d'une mauvaise perception de soi sur les domaines du Devenir.....	31

Introduction

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble neuro-développemental qui affecte les fonctions exécutives, telles que l'attention et l'organisation mais peut également générer des symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité. Ce trouble relève d'un enjeu de santé publique ; en effet, il apparaît de façon précoce et peut induire l'apparition de nombreux troubles associés lors du développement de l'enfant. De plus, le TDA/H et ses symptômes perdurent très souvent dans le temps, jusqu'à l'âge adulte et le nombre de diagnostique ne cesse de s'accroître. Ce trouble est donc très important à prendre en compte et surtout à prendre en charge.

Il est vrai que les enfants atteints de TDA/H peuvent rencontrer des difficultés à exécuter des tâches quotidiennes, notamment en lien avec leurs performances occupationnelles telles que les activités scolaires, sociales et familiales. De plus, ils rencontrent des difficultés à interagir socialement avec les autres et à maintenir une estime de soi positive.

En effet, les enfants TDA/H peuvent avoir une estime d'eux-mêmes impactée car ils sont régulièrement confrontés à des difficultés importantes dans les différents domaines du quotidien. Cela peut donc avoir un impact négatif sur leur motivation et leur capacité à participer à des activités occupationnelles.

L'ergothérapie est une approche thérapeutique non médicamenteuse qui vise à améliorer la capacité d'une personne à participer à des activités significatives de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes travaillent souvent avec des enfants atteints de TDA/H pour les aider à améliorer leurs performances occupationnelles en utilisant une approche centrée sur l'enfant. De plus, ce professionnel peut aider la personne à développer des compétences adaptatives pour surmonter les difficultés rencontrées dans les activités occupationnelles et ainsi tenter de renforcer l'estime qu'ils se portent.

Cet attrait pour la population pédiatrique découle des divers cours théoriques que nous avons pu avoir lors de notre formation ; mais surtout à la suite d'un stage en cabinet libéral où j'ai pu réellement appréhender les interventions en ergothérapie auprès d'enfants ayant des troubles du Neuro-développement. De plus, le TDA/H et les biais de prise en charge m'ont énormément questionné à travers leurs singularités et leurs complexités.

C'est pour ces raisons que j'ai décidé d'orienter mon travail de recherche sur le TDA/H en y incluant un aspect plus psychologique lié à l'estime de soi. Je vais donc tenter d'entreprendre une analyse de pratique professionnelle afin d'appréhender les différentes stratégies mise en place, leurs intérêts et bénéfices pour les enfants au quotidien.

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

1. Généralités sur les troubles du neurodéveloppement

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) traduit de l'anglais « Attention Deficit Hyperactivity Disorder » est intégré dans la famille des Troubles du Neuro-développement (TND) selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) édité par l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013).

Les Troubles du Neuro-développement sont caractérisés par un défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et socio-affectif de l'enfant (Des Portes, 2020). Ceci entraîne un retentissement important sur le fonctionnement et les capacités d'adaptation de la personne dans sa vie quotidienne au sein de l'environnement scolaire, professionnel, familial ainsi que sur l'aspect social.

Ces troubles ne sont pas uniquement qualifiés de « retards » ou de « difficultés scolaires » puisqu'ils durent dans le temps et sont parfois résistants aux accompagnements et prises en charges précoces.

Ils sont, effectivement, liés à un développement cérébral anormal. Le cerveau de l'être humain est très complexe dans son organisation et son fonctionnement. En ce sens, il requiert un processus de croissance, de maturation et de structuration permettant la mise en place de réseaux impliqués dans la motricité, la vision, l'audition, le langage, les interactions sociales et les processus cognitifs.

La manifestation de ces troubles est majoritairement observée durant l'enfance, avant-même l'entrée à l'école primaire par le biais d'un décalage, une régression ou une non-progression des acquisitions par rapport à la population générale (de Courson-Fournerie et al., 2021). Ils peuvent concerner des fonctions dites implicites ; qui n'impliquent pas de volonté d'apprentissage ou également explicites ; plutôt révélées lors des apprentissages scolaires comme la lecture ou l'écriture.

Certains individus sont plus susceptibles d'en développer en lien avec des facteurs génétiques ou environnementaux ; nous pourrions citer la prématurité, la malnutrition maternelle, l'exposition in utéro à des toxines ou bien les accidents ischémiques néonataux pour illustrer ceci.

Les troubles du Neuro-développement sont fréquemment associés à d'autres troubles ; qu'ils soient cognitifs, neurologiques ou psychiatriques.

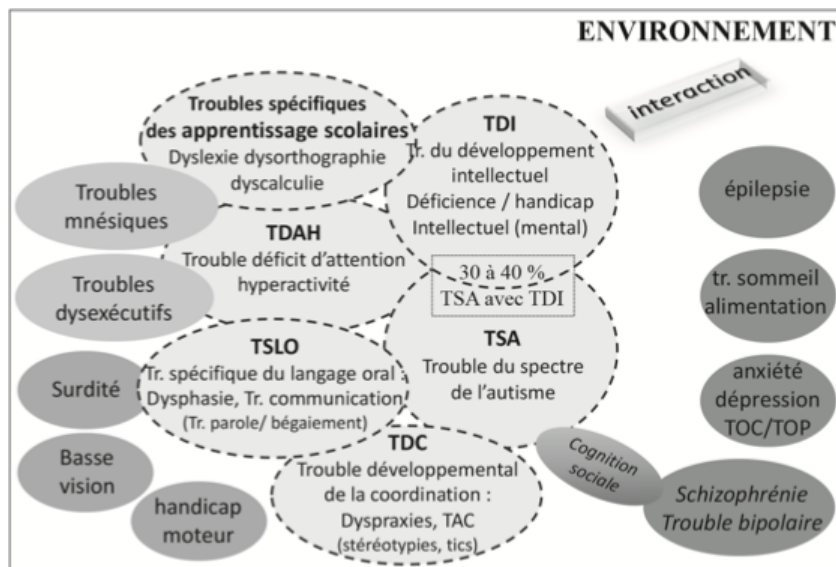


Figure 1 : Les troubles associés

2. Focus sur le TDA/H

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, est lui, plus particulièrement, défini comme une atteinte des processus attentionnels ; avec un potentiel comportement hyperactif associé interférant dans le fonctionnement ou bien le développement. Il est également possible d'observer une altération des fonctions ex cutes de façon plus générale avec un dysfonctionnement de la mémoire de travail, des capacités d'inhibition, de flexibilité ou de planification.

Cependant, ce trouble n'a pas toujours été défini de la sorte. Nous parvenons à retrouver les premières traces scientifiques à ce sujet en 1902 où il était qualifié de « dysfonctionnement minimal du cerveau » (Wodon, 2009) et ainsi associé à des troubles de certaines zones neurologiques.

Dans la deuxième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-II) paru en 1968, les troubles de l'enfance ont été introduits pour la première fois et ont tous été décrits comme des « réactions » (Matthews et al., 2014). Nous remarquons que l'hyperactivité est centrale pour décrire les comportements ; comme le montre notamment les termes tels que « réactions hyperkinétique d'enfance » ou « syndrome de l'enfant hyperactif ».

Quelques années plus tard, les progrès de la psychologie cognitive et expérimentale ont permis de mettre l'accent sur les difficultés liées à l'attention soutenue ainsi qu'au contrôle de l'impulsion en plus de l'hyperactivité (Douglas, 1972). En conséquence, la description du TDA/H n'a cessé d'évoluer dans les  ditions du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) afin de laisser entrevoir deux dimensions de comportements distincts mais corrélés ; c'est-à-dire un ensemble de symptômes d'inattention et de comportement hyperactif et impulsif (Matthews et al., 2014).

Depuis 2013, la dernière version du DSM (DSM-V) défini cette pathologie comme « un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » faisant à ce stade, partie intégrante des troubles neurodéveloppementaux.

3. Triade symptomatique

D'un point de vue clinique, les principaux symptômes du TDA/H se déclinent en trois dimensions : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité ; c'est pourquoi nous parlons de triade symptomatique.

Ces derniers sont susceptibles de fluctuer dans le temps et de varier en intensité, en fonction du profil de l'enfant, de la sévérité du trouble, mais aussi en fonction des situations auxquelles l'enfant peut être confronté dans ses contextes de vie (Gétin & Angenon-Delerue, 2013a).

Selon le DSM-5, ces manifestations doivent être présentes depuis au moins six mois et présenter un caractère excessif par rapport à l'âge, en comparaison avec des enfants de même âge et de même niveau de fonctionnement. Elles doivent être présentes dans au moins deux environnements et contextes de vie différents ; que cela soit dans le cadre scolaire, familiale ou dans les activités de loisirs tout en ayant un retentissement négatif direct (Alcaraz & Ayanoglou, 2020).

3.1. L'inattention

L'attention, selon les définitions les plus fréquemment rencontrées, est considérée comme un état mental mais également comme une capacité à augmenter l'efficacité de certains processus cognitifs et les moyens d'y parvenir. Cela renvoie au fait de réaliser un tri dans les informations, et aboutit à garder certains éléments et à ne pas tenir compte d'autres composantes (Léger, 2016).

Les processus de contrôle attentionnels sont considérés comme des concepts multidimensionnels incluant une dimension liée à l'intensité et une seconde liée à la sélectivité. Selon le modèle de Van Zomeren et Brouwer, l'axe d'intensité rassemble les éléments quantitatifs retrouvés de façon prédominante dans l'attention soutenue, la vigilance et l'alerte. Tandis que la sélectivité regroupe les mécanismes de sélection et de discrimination des différentes informations ; plutôt retrouvées au niveau de l'attention sélective et divisée (Zomeren & Brouwer, 1994).

L'attention soutenue permet de maintenir un niveau d'efficacité élevé et stable au cours d'une activité cognitive sur une longue durée et de façon continue. Elle est donc particulièrement impliquée dans les activités où il y a un flux continu, rapide et important d'informations à traiter (Lithfous, 2018).

La vigilance est quant à elle, déclenchée comme un réflexe de manière instinctive lorsqu'un événement attire l'attention. Elle peut être plus ou moins importante en fonction du moment de la journée ou des sources motivationnelles liées (Drouin & Huppé, 2005).

L'alerte est assimilable à l'état général d'éveil d'une personne et impacte donc les conditions de traitement des stimulations externes. Il en existe deux types ; une première appelée alerte

tonique et correspond aux oscillations lentes et normales au cours d'une journée correspondant à l'état de veille. Puis une deuxième, l'alerte phasique, caractérisée par une modification rapide de cet état à la suite d'un signal avertisseur permettant une accélération de la réponse au stimulus donné (Bastin & Deroux, 2007).

L'attention sélective, elle, permet à un individu de favoriser le traitement d'une caractéristique pertinente d'un stimulus, tout en inhibant les éléments distracteurs. C'est la capacité à distinguer, interpréter et se concentrer sur un son particulier en présence d'autres sons qui lui « font concurrence » au sein d'un environnement ; c'est ce qu'on appelle l'effet « Cocktail Party » (Bronkhorst, 2015).

L'attention divisée, aussi appelée attention partagée, permet de traiter plusieurs informations pertinentes, elle est essentielle à la réalisation simultanée de plusieurs tâches. Cela nécessite de répartir logiquement ses ressources attentionnelles en fonction des exigences de chaque activité (Maquestiaux, 2017). De plus, elle permet de déplacer son attention entre différentes activités ; toutefois, on ne peut la partager entre deux stimuli nécessitant la même entrée sensorielle.

D'une autre part, la concentration fait référence à l'action de maintenir son attention soutenue tout en étant capable d'ignorer les stimuli non pertinents et de déplacer son attention entre différentes tâches. Ainsi, il s'agit d'une combinaison entre l'attention soutenue et l'attention sélective (Drouin & Huppé, 2005).

Le TDA/H a un impact sur les trois composantes attentionnelles citées ci-dessus. En effet, un déficit attentionnel est caractérisé par des difficultés à fournir ou maintenir une attention dans des activités de la vie quotidienne, des difficultés à terminer une tâche, des oublis fréquents, une distractibilité importante ou encore des refus fréquents d'entreprendre des tâches exigeantes en termes d'attention (Gramond et al., 2016).

Chez des enfants, le trouble attentionnel est repérable spontanément dans des situations de jeu libre où l'enfant semble s'intéresser peu de temps à un jouet et passe très vite d'un jeu à l'autre. Il est encore plus apparent dans les situations exigeant une attention soutenue : tâches répétitives, ennuyeuses, rébarbatives pour l'enfant, comme les devoirs ou les tâches ménagères (Le Heuzey, 2020). Il est également fréquent que les parents indiquent une facilité de distraction de leurs enfants aux stimulus externes ainsi qu'une rupture attentionnelle. Au niveau de la vie sociale, ils rencontrent des difficultés à participer de façon adéquate aux conversations ou à intégrer les règles d'un jeu proposé par exemple. Tout ceci s'extériorise davantage en situation de groupe, que cela soit la famille, les amis ou en milieu scolaire (Vera, 2015). Pour une meilleure compréhension, le DSM-5 a résumé les principaux symptômes d'inattention (Annexe I).

3.2. L'hyperactivité

L'hyperactivité motrice se rattache à une importante agitation pouvant entraîner des maladroites gestuelles et retrouvée dans la plupart des activités de la vie quotidienne. L'activité motrice est inappropriée par rapport au niveau de développement, elle peut s'observer chez l'enfant par des difficultés à tenir la station assise de façon prolongée ou à agiter les membres inférieurs et supérieurs de manière inadéquate. Il est également possible de remarquer une tendance à vouloir manipuler de nombreux objets dans l'environnement sans lien direct avec la nécessité de la situation, faire des bruitages ou des commentaires à voix haute (Le Heuzey, 2020).

Les personnes proches peuvent aussi être fréquemment sollicitées sans que la moindre forme d'agacement puisse mettre fin à ces situations. Néanmoins, l'instabilité motrice peut varier en fonction du contexte environnemental ; certains jeunes ont la capacité d'exercer temporairement un contrôle volontaire sur cette dernière. Il est tout de même important de rappeler que cette action de contrôle est très énergivore et ne peut donc durer dans le temps. (Purper-Ouakil, 2020).

3.3. L'impulsivité

L'impulsivité est caractérisée par une tendance à agir avant d'avoir pris le temps de réfléchir. Elle peut s'illustrer de différentes façons ; au niveau comportemental et moteur avec notamment une intolérance à la frustration pouvant mener à des réactions difficiles à gérer et disproportionnées. Il est ainsi possible d'entrevoir des comportements perçus comme « insolents » voire « agressifs » envers les autres pouvant parfois mener à une exclusion sociale (Vera, 2015). Ces enfants peuvent donc prendre des risques inconsidérés et n'ont pas conscience des répercussions de leurs actions aboutissant parfois à des destructions d'objets, des accidents de la voie publique ou domestiques.

Cette impulsivité peut également se retrouver au niveau de la lecture des énoncés ou au niveau des gestes graphiques. Tout ceci provoque des conséquences et influence la qualité des travaux scolaires.

Elle est également retrouvée au niveau cognitif et verbal car l'enfant a tendance à se précipiter sur les tâches à réaliser, à avoir du mal à patienter, à couper la parole, à répondre rapidement aux sollicitations ou avant d'y avoir été invité. Cela peut donc se traduire par une incapacité à différer les besoins ou à prendre en compte les conséquences émotionnelles (Purper-Ouakil, 2020).

Ces « interventions intempestives conduisent à de nombreuses punitions et remontrances, et aboutissent à un rejet par les pairs et les adultes » (Le Heuzey, 2020). En effet, les situations requérant une certaine coopération, ou un temps d'attente lors d'un jeu avec d'autres enfants sont vécues comme complexes

Néanmoins, cette impulsivité peut également être aperçue au niveau alimentaire ; en somme, elle peut être retrouvée dans toutes les situations de vie. C'est pourquoi le DSM-V a recensé les neuf symptômes suivants (Annexe II).

4. Formes cliniques du TDA/H

Nous distinguons trois formes de présentations cliniques du TDA/H (Le Heuzey, 2020) :

- La forme de type **hyperactivité / impulsivité prédominante** est caractérisé par des difficultés pour l'enfant à se soumettre aux règles, par une importante instabilité motrice perturbant les tâches quotidiennes.
- La forme de type **inattention prédominante** est quant à elle caractérisée par une incapacité à fixer l'attention de façon soutenue ainsi qu'une distractibilité majeure. Ces enfants sont perçus comme étant plus en retrait et introvertis socialement.
- La forme de type **mixte** est caractérisée par l'association des critères symptomatiques de l'inattention ainsi que ceux de l'hyperactivité / impulsivité.

5. Données épidémiologiques

5.1. Prévalence

Le TDA/H fait partie des TND les plus fréquents, avec une prévalence de 5 à 7% chez l'enfant et de 3 à 4% chez l'adulte (Purper-Ouakil, 2020) avec peu de variations en terme de géographie ou de culture (Franke et al., 2018). Toutefois, elle tend à diminuer avec l'âge et entraîne une évolution ou une atténuation des différents symptômes.

En outre, nous remarquons que ce trouble touche un nombre important d'individus, et qu'il est plus répertorié chez les garçons ; avec une prévalence de deux à quatre pour une fille (Tricaud & Vermande, 2017). C'est un trouble hétérogène, qui le rend donc plus difficile à repérer notamment chez les filles. En effet, il existe des différences significatives impliquant une manifestation du trouble moins extériorisée et plus silencieuse chez celles-ci ; expliquant certains diagnostics erronés ou tardifs. Ainsi, elles présenteraient des symptômes distinctifs plutôt liés à l'inattention, aux émotions et aux difficultés sur le plan scolaire (Quinn & Wigal, 2004).

5.2. Étiologie

Le TDA/H est un trouble d'origine multifactorielle ; en effet, nous pouvons retrouver des facteurs de vulnérabilité au niveau génétique et neurobiologique, des facteurs environnementaux ou psychoaffectifs.

Selon la littérature, il est considéré comme ayant une forte héritabilité estimée à environ 76% (Benito, 2022) (Faraone et al., 2005). Certaines études ont également analysées des

anomalies au niveau des systèmes de neurotransmission (dopaminergique et noradrénergique) (Tricaud & Vermande, 2017).

Néanmoins sur le versant de l'environnement, il existe de nombreux facteurs prénataux et périnataux établis sans qu'ils soient uniquement liés au TDA/H (Nigg et al., 2020). Nous pourrions, entre autres, citer la consommation d'alcool, de tabac et l'exposition à des substances toxiques ou neurotoxiques tel que le plomb durant la grossesse. La prématurité, un faible poids à la naissance ou une carence en fer sont des éléments également renseignés. De plus, le stress, le cadre familial ou divers traumatismes jouent un rôle dans le développement de ce trouble puisque les parents et les enfants ne sont pas « seulement des récepteurs passifs d'expositions environnementales, mais façonnent activement leur environnement familial » (Agnew-Blais et al., 2022).

En somme, de multiples facteurs impactent la sphère individuelle et augmentent la possibilité d'apparition du TDA/H ; tout ceci coïncide donc avec l'aspect clinique hétérogène de ce dernier (Faraone et al., 2015).

6. Diagnostic

Le diagnostic du TDA/H est « essentiellement clinique et suit une approche dimensionnelle » (Tricaud & Vermande, 2017). En effet, il n'existe, à l'heure actuelle d'évaluations standardisées permettant d'établir un diagnostic avec précision.

Néanmoins, afin de tout de même parvenir à un diagnostic, le DSM-V et la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) se reposent sur des critères symptomatiques. Ces derniers se basent sur la sévérité et la répercussion dans le quotidien ainsi que l'intensité selon trois degrés allant de « léger » à « sévère ». Cependant ces symptômes évoluent dans le temps, et varient donc également en terme d'intensité en fonction de l'individu et de l'environnement (Gétin & Angenon-Delerue, 2013b).

Ces ouvrages nous expliquent alors, que les symptômes doivent être présents et associés à un retentissement dans, au minimum, deux lieux de vie de la personne avant l'âge de douze ans. De plus, l'enfant doit présenter au minimum six des neuf symptômes d'inattention ou d'impulsivité / hyperactivité précédemment énumérés (Alcaraz & Ayanoglou, 2020). Néanmoins, à partir de dix-sept ans, seul cinq symptômes suffisent puisqu'ils ont effectivement tendance à s'amoindrir avec le temps.

Toutefois, il est également possible de se baser sur l'évaluation subjective des parents et des enseignants gravitant autour de l'enfant (Austerman, 2015).

7. Comorbidités

Selon la littérature, d'autres troubles sont fréquemment associées au TDA/H à hauteur de 70 à 80% ; c'est ce qu'on appelle des comorbidités (Vigo & Franc, 2012). Elles touchent donc près d'un quart des enfants TDA/H et viennent s'ajouter aux problématiques déjà présentes et ainsi impacter davantage le quotidien ; c'est pourquoi Galanter nous dit « la comorbidité est la règle, bien plus que l'exception » (Galanter et al., 2005).

Parmi ces troubles, il est aisé de citer en premier lieu les troubles spécifiques des apprentissages comprenant les troubles « dys » (dyspraxie, dysorthographe, dyscalculie, dyslexie, dysphasie) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) majoritairement retrouvés (Clements, 2013). Ensuite, il peut coexister des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles des conduites ou du sommeil (Wodon, 2009).

Toutefois, la présence de ces comorbidités peut avoir une certaine incidence sur la symptomatologie et ainsi rendre plus complexe le diagnostic (MI et al., 2019). En effet, certains troubles vont amplifier la difficulté de gestion des symptômes ou modifier les traitements. C'est pourquoi il reste important de bien les identifier et de les prendre en compte.

8. Retentissements dans la vie quotidienne

La qualité de vie ainsi que l'équilibre occupationnel des enfants ayant un TDA/H est fortement impactée dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Tout d'abord, une étude nous montre que les enfants ayant un trouble du déficit de l'attention possèdent une perception pour les attitudes comportementales ainsi qu'une estime d'eux-mêmes plus faible sur l'échelle du Self Perception Profile for Children (SPPC) (Muris et al., 2003). En effet, ces enfants sont exposés de manière récurrente à des interactions négatives pouvant altérer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Ces interactions sont estimées à une par minute avec les parents et une voire deux par minute à l'école ; ce qui représente un demi-million d'interférences négatives sur une année (Purper-Ouakil & Franc, 2011).

Les enfants TDA/H sont également soumis à des situations d'échecs fréquentes et une stigmatisation conséquente ; cette dernière est liée aux perceptions erronées sur la validité du trouble. De plus, ils sont souvent jugés comme étant responsable de leurs symptômes ou de leur comportement et peuvent donc être qualifiés de personnes « stupides », « négligentes » ... (Law et al., 2007).

C'est pourquoi les enfants peuvent finir par intégrer de façon durable ce sentiment de dévalorisation, de culpabilité, ainsi qu'une représentation de leur comportement comme étant défavorable par rapport à leurs pairs (Surig & Purper-Ouakil, 2016).

Les individus déficitaires sur le plan attentionnel, rencontrent également des difficultés dans la gestion des émotions ; surtout lorsque celles-ci sont liées à des sentiments négatifs comme la

frustration, la colère ou l'irritabilité. De même, le contrôle de l'inhibition comportemental est un processus altéré qui impact grandement les capacités d'adaptation et les interactions sociales avec autrui.

Au niveau scolaire ; il existe également certaines problématiques pouvant affecter les apprentissages dans les divers domaines existants. Nous pouvons, d'ores et déjà noter une motivation à s'engager dans les activités complexes amoindrie de façon significative. De plus, l'épuisement de l'enfant transparait plus rapidement notamment dans les activités nécessitant une double tâche, de façon générale, et les champs liés à la lecture, l'écriture (rapidité, lisibilité) ainsi que les mathématiques.

Nous pouvons donc rapidement faire un lien avec l'échec scolaire et par la suite, dans le milieu professionnel, un statut socio-économique diminué (Galéra & Bouvard, 2014).

En somme, tous ces éléments vont demander une vigilance soutenue de la part des aidants et ainsi majorer un sentiment d'anxiété de leur part. En effet, les difficultés scolaires, le repli sur soi de l'enfant ou encore les difficultés de prise en charge peuvent accroître la dégradation des relations au sein de la famille. L'état dépressif est observé régulièrement chez les patients TDA/H mais il l'est également chez les parents (Ianni et al., 2021).

Par conséquent, le TDA/H a effectivement un retentissement sur tous les domaines de la vie ; il faut donc appréhender tous les troubles liés dans leur globalité, de façon holistique pour parvenir à une approche efficiente.

9. Recommandations de bonnes pratiques

Une fois le diagnostic établi, la Haute Autorité de Santé recommande un suivi régulier de l'enfant ainsi que de ses proches. Ces prises en charge se veulent globales et précoces tout en étant adaptées aux symptômes présents. En effet, tout ceci permet d'accroître l'efficacité en menant des actions préventives en parallèle. Pour autant, les prises en charge n'ont pas pour but d'agir uniquement sur les symptômes mais également sur les divers retentissements fonctionnels et les comorbidités associées. Elles se veulent être non médicamenteuses en première intention et parfois associées à un traitement médicamenteux (Haute Autorité de Santé, 2015).

9.1. Thérapies médicamenteuses

Selon les données, le Méthylphénidate, connu par le plus grand nombre sous le nom de Ritaline, est le seul médicament psychostimulant agissant sur la réduction des symptômes du TDA/H commercialisé en France (Haute Autorité de Santé, 2015). Ce dernier est apparenté chimiquement à l'amphétamine et augmente la biodisponibilité de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du cerveau (MI et al., 2019).

En somme ce traitement permet une amélioration de l'attention, de la concentration et du contrôle des impulsions en stimulant la vigilance et les diverses activités intellectuelles chez

environ 80% des individus. D'importants bénéfices sur les fonctions exécutives (Emond et al., 2009) peuvent donc être aperçus que cela soit dans les tâches scolaire ou encore au niveau des interactions sociales (Tricaud & Vermande, 2017). Le traitement reste globalement bien accepté malgré la présence d'effets secondaires tels que la perte d'appétit, les difficultés de sommeil, l'irritabilité, les céphalées ou encore les douleurs gastriques. Cependant, il est important de notifier qu'il ne crée aucune dépendance (Wilens & Spencer, 2010).

Toutefois, les bénéfices ne perdurent pas après l'arrêt du traitement. C'est pourquoi, il reste non négligeable de recommander la mise en place d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

9.2. Thérapies non médicamenteuses

De nombreuses thérapies non médicamenteuses ont vu le jour ; elles permettent du fait de leur diversité d'offrir aux personnes un traitement optimal en fonction de leurs besoins.

Tout d'abord, nous allons aborder les **thérapies cognitives et comportementales** (TCC) ; elles sont qualifiées de brèves dans le temps et ont l'avantage d'être interactives, pédagogiques et collaboratives (Alcaraz & Ayanougrou, 2020). Elles vont consister à traiter les comportements problématiques en parvenant à les dépasser tout en renforçant les comportements les plus adaptés. C'est pourquoi ces thérapies se concentrent principalement sur les interactions entre les cognitions, les émotions et les comportements mais nécessitent une certaine implication de l'enfant, du thérapeute et des proches (Tricaud & Vermande, 2017). De plus, elles œuvrent dans le développement de compétences d'auto-contrôle, de résolution de problèmes ou sur des aspects liés au fonctionnement sociale et à l'attention (Surig & Purper-Ouakil, 2016).

D'une autre part, il existe des méthodes de **psychoéducation** à destination des enfants mais également de la famille voire du corps enseignant. Cette dernière permet une meilleure compréhension des symptômes, des troubles et des traitements de la part de tous les protagonistes. Néanmoins, elle aide aussi à vaincre les fausses croyances et lutte pour l'amélioration de l'estime de soi des enfants (Vera, 2015).

Les **interventions psychosociales** jouent un rôle sur la gestion de l'environnement, entre autres, pour limiter les distracteurs au quotidien ou organiser et ranger les affaires quelle qu'elles soient ; mais également sur l'hygiène de vie comme la gestion du temps d'écran et de sommeil, l'activité physique ainsi que l'alimentation. De plus, elles vont mener un travail orienté sur les potentielles carences sociales (création de liens avec autrui, communication, adaptation, gestion de conflits familiaux...) et les différentes stratégies d'apprentissages permettant à l'enfant d'acquérir d'autres méthodes et une vision plus globale des éléments (Antshel & Olszewski, 2014). D'une autre part, des programmes d'entraînement aux habiletés parentales peuvent être proposés afin de les déculpabiliser tout en les conseillant sur les attitudes propices aux comportements positifs ainsi qu'à l'amélioration du soutien (Guillon et al., 2020a).

De plus, il existe des **entraînements cognitifs** tels que la remédiation ou le neurofeedback visant à accroître l'efficacité des fonctions exécutives en se basant sur la plasticité cérébrale (Vera, 2015).

Enfin, la **rééducation** détient tout de même une part importante au sein des thérapies non médicamenteuses. En effet, elle peut être réalisée avec bon nombre de professionnels tels qu'un ergothérapeute, un psychomotricien, un orthophoniste ou un psychologue en fonction des attentes et des objectifs (Haute Autorité de Santé, 2015).

Intervention

1. Ergothérapie

1.1. Définition de l'ergothérapie

Dans un premier temps, il est important de rappeler que le mot « ergothérapie » provient du grec « ergon » et « therapia » signifiant ainsi le traitement par l'activité (Pibarot, 2016). L'activité est le concept central du métier d'ergothérapeute ; en effet, l'humain est un être d'agir et de mouvement, c'est un besoin fondamental qui apparaît comme nécessaire pour lui (Charret & Thiébaud Samson, 2017). C'est une profession de santé intervenant dans les domaines de la rééducation, réadaptation et réhabilitation. Elle a pour objectif d'aider des personnes à maintenir ou développer un niveau d'indépendance et d'autonomie satisfaisant dans les champs souhaités (Détraz et al., 2012).

Selon l'arrêté du Diplôme d'État de 2010, la pratique de l'ergothérapie est réglementée au sein d'un référentiel de compétences et d'activités prenant en compte les différents champs d'intervention de la profession. Ils précisent, à juste titre, que ce praticien collabore d'une part avec la personne, mais également avec ses proches aidants, les équipes médicales et paramédicales concernées, tout comme les intervenants agissant dans le champ du social, de l'éducatif ou de l'économie.

Toutefois, la profession ne cesse d'évoluer ; les ergothérapeutes exercent à présent sur prescription médicale selon l'arrêté du 5 juillet 2010, lorsque la nature des activités l'exige (Arrêté du 5 juillet 2010, 2010). De plus, leurs zones d'activités ne cessent de s'accroître grâce à une approche systémique des éléments permettant d'incorporer en globalité les environnements. Néanmoins, ils doivent également maintenir une veille scientifique et technologique afin de prendre en compte toutes ces évolutions.

1.2. Sciences de l'occupation

L'ergothérapie se fonde sur les « Sciences de l'Occupation » ; sciences appliquées fondamentales naissantes aux États-Unis. Elles ont pour but de soutenir la pratique avec des méthodes qualitatives et quantitatives afin d'améliorer la compréhension sur l'occupation humaine dans la société (Meyer, 2018b) ainsi que les relations existantes avec la santé.

De plus, elles ont permis d'influencer positivement les divers modèles et cadres conceptuels tout en permettant l'essor d'instruments d'évaluations validés, affinés et parfois renouvelés. Elles ont donc été à l'instar de nouvelles approches et méthodes d'interventions thérapeutiques. Par ailleurs, cette science « produit des savoirs disciplinaires et interdisciplinaires pour soutenir l'exercice de l'ergothérapie » (Duncan, 2011) tout en améliorant les pratiques en dehors des frontières traditionnelles de la santé et du social (Molineux & Whiteford, 2021).

Cette science aura donc impacté la légitimité sur le plan scientifique de la pratique de l'ergothérapie autour des notions d'engagement, de participation et de justice occupationnelle mais également la crédibilité et par conséquent, la promotion de l'occupation et ses bienfaits.

1.3. Ergothérapie en pédiatrie

D'origine l'ergothérapeute est rattaché à des locaux plutôt sanitaires ; cependant, sa pratique tendant à évoluer, il s'approprie d'autres environnements comme les établissements médico-sociaux, les structures éducatives, sociales, le domicile ou le libéral. L'éventail des personnes suivies en devient donc de plus en plus large ; les enfants ayant des troubles du neurodéveloppement en font notamment partis (Charret & Thiébaud Samson, 2017).

L'ergothérapeute accompagne des enfants de tout âge possédant des limitations ou des restrictions de participation dans tous les domaines de l'ordre du quotidien et de la vie sociale (ANFE, 2020). En effet, son approche holistique lui permet de les prendre en charge tout au long de leur développement et d'agir sur les sphères familiales, scolaires, ainsi qu'au niveau des problématiques au domicile, liées à l'environnement ou aux habiletés personnelles de l'enfant (Campagna, 2019).

Toutefois, le développement de l'enfant n'est pas uniquement psychomoteur, social ou encore intellectuel mais il est également occupationnel. Il reste donc primordial de s'y intéresser, de définir les activités dans lesquelles il s'engage afin de l'accompagner dans la diversification de son « répertoire occupationnel » (Rodger & Kennedy-Behr, 2017), tout en veillant à sa satisfaction et celle de ses proches ainsi que son gain en autonomie.

1.4. L'activité

Comme énoncé précédemment, l'activité est au cœur de bons nombres de pratiques en ergothérapie ; il en existe deux types documentés de façon majoritaires :

- Les **activités significantes** étant caractérisées par leur importance dans la vie d'une personne et sont en étroites relation avec ses intérêts (Meyer, 2013).
- Les **activités significatives** sont définies par un sens social attribué le plus souvent par l'entourage de la personne.

Selon les définitions littéraires, ces dernières sont rassemblées en un groupe d'activités intentionnelles ayant des valeurs personnelles et socioculturelles permettant la création d'un support de participation et d'engagement. Elles comprennent donc les activités de la vie quotidiennes (soins personnels, productivité, loisirs) ainsi que les habitudes de vie.

L'ergothérapeute, du fait de ses compétences, utilise ou adapte ces activités comme moyen ou comme objectif afin de les rendre thérapeutiques. Il est ainsi capable d'identifier le potentiel

thérapeutique en lien avec le projet et les besoins du protagoniste ciblé et lui permettre d'améliorer sa qualité de vie (Morel-Bracq, 2011).

En effet, l'activité n'a plus uniquement pour but de solliciter des segments corporels, elle est perçue comme un but à atteindre et à promouvoir (Charret & Thiébaud Samson, 2017).

Un lien se fait donc facilement entre la personne et les activités, mais l'ergothérapeute joue également un rôle au niveau de l'environnement et des performances.

1.5. Performances occupationnelles

La performance occupationnelle est représentée par ce que la personne entreprend à un moment précis et s'accompagne de comportements observables (Fisher et al., 2023). Elle « se décline en différents indicateurs (quand, où, quoi et comment) qui la qualifient, tout en étant influencée par celui qui la réalise et l'environnement dans lequel elle se déroule » (Margot-Cattin, 2017).

Selon Sylvie Meyer, la performance est caractérisée par la capacité à choisir, organiser et mener des occupations. Cette dernière permet la participation et l'engagement dans des contextes de la vie courante, et représente donc un objectif en ergothérapie (Meyer, 2018a). Ces diverses notions sont donc étroitement liées et se retrouvent dans de nombreux modèles conceptuels. En effet, le sentiment d'engagement ressenti par une personne lors d'une occupation demandant une performance élevée favorise d'une part la participation mais également cette dite performance. Un rapprochement est également établi avec la notion de bien-être ; effectivement, la manière dont l'individu interagit avec son environnement va façonner sa performance occupationnelle (Bass et al., 2015).

En somme, il est donc nécessaire que l'environnement et la personne soient en adéquation, comme représenté sur la « Figure 2 » pour que la performance entraîne la participation et le bien-être dans un objectif de soutien des occupations (Margot-Cattin, 2017).

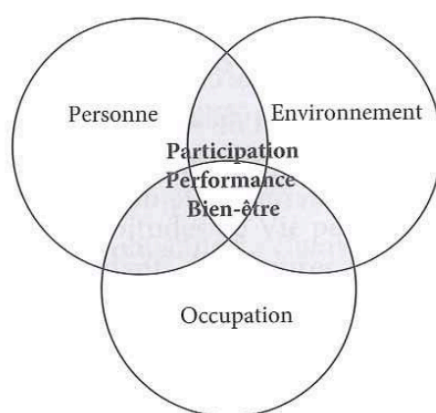


Figure 2 : Organisation des concepts de la performance occupationnelle

1.5.1. Performances et TDA/H

Les enfants atteints de TDA/H rencontrent régulièrement des difficultés au niveau de leurs performances occupationnelles ; ils présentent des résultats diminués en comparaison à des enfants non porteur de ce trouble. Toutefois, les scores s'améliorent à la suite de différentes médiations ; c'est pourquoi les interventions autour des performances occupationnelles ressortent en tant que cible des ergothérapeutes pour les enfants TDA/H (Fisher et al., 2023).

Cela peut se retrouver dans différentes composantes comme la gestion du temps, la gestion des symptômes ou bien les habitudes de vie. En réalité, le fait d'apprendre à maîtriser convenablement son temps sur une journée permet de mettre en place des activités routinières, des habitudes comme outils pour donner lieu à une réalisation efficiente des occupations et ainsi impacter positivement les performances (Wennberg et al., 2021).

De plus, des retentissements sont observés dans de multiples environnements ; au domicile, à l'école, lors des activités en communauté ou durant les loisirs. L'ergothérapeute peut donc mener une prise en charge holistique dans un objectif d'améliorations des performances dans les activités déficitaires sur ce plan, et cela dans différents contextes de vie (Kreider et al., 2021).

1.6. Modèle de l'Occupation Humaine

Nous pourrions donc aisément faire un lien avec un des modèles conceptuels en ergothérapie centré sur l'occupation ; le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner. En effet, ce dernier permet notamment une approche holistique et prend en compte la performance occupationnelle de la personne.

Les outils d'évaluation qui découlent de ce modèle sont adaptés aux enfants et permettent d'appréhender les situations où la performance est limitée afin que l'ergothérapeute puisse agir sur les besoins spécifiques de la personne et de son entourage.

Le MOH peut être schématisé en trois grandes parties où **l'Être** reprend les composantes liées à la personne et vont ainsi soutenir la façon **d'Agir**. Le **Devenir** quant à lui, est le résultat des deux premiers éléments et s'exprime par le degré d'adaptation de l'individu à ses occupations (Morel, 2017). Ces principes sont également en interdépendance avec l'environnement et évoluent au fur et à mesure du temps et des expériences.

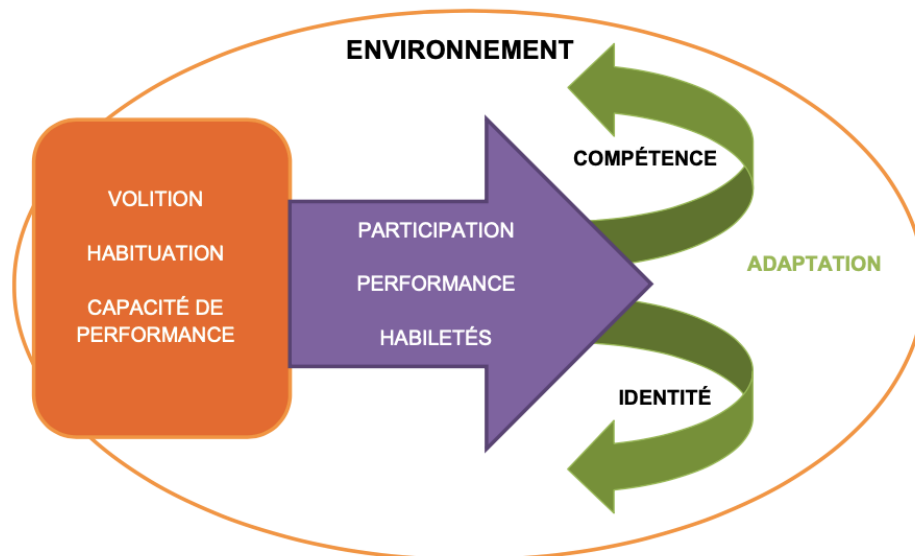


Figure 3 : Reproduction du schéma du MOH

Afin d'apporter plus de clarté, **l'Être** est composé de :

- La volition ; correspondant à la motivation à agir au niveau de l'environnement en réalisant des activités et comprenant les valeurs, les centres d'intérêts ainsi que la causalité personnelle.
- L'habituatation, comprend les habitudes de vie et leur importance dans le quotidien et les rôles sociaux de la personne.
- La capacité de **performance** (ou de rendement), correspond aux aptitudes physiques et mentales tout comme aux expériences subjectives du corps (douleur, bien-être, anxiété...).

L'Agir est caractérisé par sa dynamique et se subdivise en trois niveaux d'actions :

- La participation occupationnelle ; faisant référence à l'engagement d'une personne dans des activités productives, de loisirs ou de soins personnels.
- La **performance occupationnelle**, est caractérisée par la réalisation d'un ensemble de tâches ou d'activités variées soutenant la participation.
- Les habiletés pouvant être motrices, de communication ou d'interaction sont définies par des actions observables orientées vers un but précis.

Enfin, le **Devenir** se fonde autour du façonnement de l'identité et des compétences occupationnelles de la personne. Il va faire émerger des capacités d'instauration et de maintien de routines d'occupations cohérentes.

Le MOH reprend la notion clé de performance occupationnelle, c'est pourquoi nous allons à présent nous servir de ce modèle pour expliciter les interventions de l'ergothérapeute auprès des enfants TDA/H.

2. Intervention de l'ergothérapeute auprès d'enfants TDA/H

La HAS répertorie l'ergothérapie comme un élément primordial d'accompagnement de l'enfant ayant un TDA/H ainsi qu'auprès de sa famille ; en lien, notamment, avec les troubles de coordination, d'attention, des fonctions exécutives, de motricité fine ou des difficultés liés au graphisme et à la mémoire de travail par exemple (Adamou et al., 2021).

L'ergothérapeute, par son approche, peut aider l'enfant à prendre conscience de ses difficultés, à planifier et à développer ses capacités d'autocontrôle afin de généraliser et transférer les acquis dans les actes de sa vie quotidienne aussi bien à l'école qu'au domicile, et dans les loisirs (Haute Autorité de Santé, 2015). Il est vrai que la pratique de l'ergothérapie a été jugée très positive par les bénéficiaires, notamment par rapport à son utilité sur le quotidien et au niveau de l'amélioration des capacités attentionnelles et exécutives (Benito, 2022).

En effet, il est fréquent que les compétences scolaires soient le premier signal vers une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant. A ce niveau, selon Corbeil, l'ergothérapie vise à améliorer le rendement, la **performance** et l'engagement occupationnel dans les activités liées à la scolarisation ; faisant partie intégrante d'une occupation de productivité (Corbeil, 2012).

Nous avons vu précédemment que les symptômes du TDA/H ont de nombreuses répercussions sur le quotidien ainsi que sur les interactions sociales. L'ergothérapeute va pouvoir agir sur tous les domaines de la vie quotidienne, et cela dans n'importe quel environnement ; au domicile, à l'école ou au sein d'une structure. De là, il va tenter d'apporter les meilleures stratégies, personnalisées et individualisées (Coster, 2023) afin d'améliorer les aspects de la qualité de vie déficitaires. Ces derniers peuvent être nombreux ; gestion des émotions, diminution de **l'estime de soi** ou bien maîtrise des comportements impulsifs. Il utilise régulièrement des méthodes ludiques via des jeux ou des activités du quotidien détournées pour permettre la participation et la motivation (Hahn-Markowitz et al., 2020).

De plus, ce professionnel n'œuvre pas seul ; afin d'améliorer l'engagement dans les occupations ainsi que la performance, il s'appuie sur la participation active des proches aidants (Guillon et al., 2020b).

3. L'estime de soi

3.1. Définition et développement

L'estime de soi est un concept abstrait ; elle est tout de même définie dans le dictionnaire Larousse comme : « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la

manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine ».

Elle peut être apparentée à un jugement ou une évaluation plutôt intime de sa propre personne en lien avec ses valeurs, le soi réel et le soi idéal (James, 1890). L'estime de soi représente « l'essence de l'individu » (Doré, 2017), elle s'attache aux rapports existants entre les réussites, les échecs, les aspirations ; en somme, toutes les expériences. Tout ceci lui donne son caractère fluctuant. De plus, l'individu parvient à s'estimer selon son propre point de vue et son sentiment d'importance ; ce qui implique qu'elle est également influencée par les expériences vécues avec autrui. L'estime de soi est un concept mouvant, en constante construction depuis la naissance tout en ayant un développement dynamique et continu (Jendoubi, 2002). De fait, elle se construit donc aussi bien par le biais des interactions sociales (Cooley, 1922).

L'estime de soi, requiert donc un certain équilibre entre la sùr et la sous-estimation, malgré les variations induites par les épreuves du quotidien, ainsi qu'un jugement le plus objectif possible sur sa propre personne (Duclos, 2010). Elle renvoie donc à la nécessité d'un sentiment de compétence et à la reconnaissance d'autrui (Guerrin, 2012). De plus elle peut être évaluée par les professionnels à travers l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et la Self Perception Profile for Children.

3.2. Fonctions de l'estime de soi

L'estime de soi joue un rôle dans la capacité des individus à s'engager de manière efficace dans une activité quelconque (André, 2005). En effet, ce concept influence directement le sentiment de perception d'une personne et induit ainsi des conséquences sur la façon **d'Agir** face aux différentes situations (Doré, 2017).

En ce sens, l'estime de soi aurait un lien avec la motivation, la **performance** et la considération de la satisfaction durant la réalisation d'activités (Pierce & Gardner, 2004) ; si cette dernière est faible, il sera alors d'autant plus complexe de construire un projet de vie. C'est pourquoi, il est non négligeable de la prendre en compte afin d'augmenter l'engagement occupationnelle et les composantes qui s'en suivent.

L'estime de soi joue un rôle prépondérant au niveau de la santé mentale ; elle favorise le bien-être émotionnel et permet une réduction des déviations comportementales des personnes (Rosenberg, 1965). D'une autre part, elle peut permettre une protection face à l'adversité des défis quotidien et face à l'anxiété générée par ces situations difficiles (Kernis, 2003).

Enfin, l'estime de soi modifie le traitement et le stockage des informations ; ceci implique une tendance accrue à se focaliser sur les éléments négatifs lié à sa personne ou à rapidement renoncer en cas de difficultés par crainte de l'échec (André, 2005). Cette diminution de l'estime de soi fait partie des troubles « invisibles » et touche de nombreuses pathologies ; cependant, nous allons ici nous focaliser sur les retentissements impactants les enfants ayant un TDA/H. Il est vrai qu'il est très fréquent de retrouver une atteinte à ce niveau chez ces jeunes individus.

3.3. Estime de soi et TDA/H

L'enfant atteint de TDA/H a une estime de lui-même très fréquemment fragilisée depuis sa petite enfance. Cette dernière peut également faire apparaître un sentiment d'infériorité et une sensibilité majorée. Les symptômes de son trouble lui donne le sentiment de s'éloigner de la norme (Vera, 2015), tout en lui incombant des difficultés à se rendre compte de ses capacités.

Premièrement, la phase de diagnostic représente une étape charnière en termes de représentations ; de nombreux enseignants et de proches rapportent qu'elle impacte fortement l'estime que les enfants ont d'eux-mêmes (Quinn & Wigal, 2004).

De plus, les diverses maladroresses comportementales ou verbales incombent très régulièrement des réprimandes ou des commentaires négatifs des individus gravitant autour des enfants et provoquent donc une baisse de l'estime qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes (Gétin & Angenon-Delerue, 2013a). Une étude datant de 2011, confirme une tendance à l'appréciation plutôt négative chez les jeunes TDA/H, notamment au niveau « des compétences scolaires, de l'acceptation sociale et des conduites comportementales » (Huynh & Mazet, 2011). En effet, il est très fréquent que ces enfants soient face à une stigmatisation sociale liée au TDA/H et à la répercussion des troubles.

Les difficultés liées à une estime détériorée doivent être pris en compte de façon précoce afin d'offrir un traitement efficace, adapté et personnalisé à ces enfants (Molavi et al., 2020). En effet, elle peut donner lieu à une augmentation de l'anxiété au quotidien (Dan & Raz, 2015) et jouer un rôle dans les facteurs de risque de délinquance juvénile (Chung et al., 2020).

Toutefois, l'estime de soi et le TDA/H sont des éléments clefs à considérer conjointement en ergothérapie afin de parvenir à diminuer les impacts des symptômes sur le long terme (Mazzone et al., 2013). C'est pourquoi ils doivent être inclus au sein des pratique quotidienne (Newark et al., 2016) car tout enfant possède des ressources que l'ergothérapeute peut exploiter afin de parvenir à une prise de conscience des aptitudes, des capacités de performance dans un but d'amélioration de l'estime de soi (Morel-Bracq, 2015). En ce sens, la thérapie non médicamenteuse que représente l'ergothérapie semble avoir un impact positif, et en effet, permettre une amélioration de l'estime de soi (Harpin et al., 2016).

Problématique

Au travers de nombreux écrits nous avons pu constater que le TDA/H touche de multiples enfants ; c'est pourquoi il en devient un sujet de santé publique. Les symptômes qui en découlent impactent de façon significative l'estime de soi de ses enfants.

Les difficultés liées à l'inattention, à l'impulsivité et à l'hyperactivité entraînent de façon récurrente des sentiments d'inefficacité, de frustration et de désarroi pour les enfants et leur famille. Toutefois, ces sentiments n'affectent pas uniquement la sphère sociale et émotionnelle mais touchent également le fonctionnel en impactant les performances occupationnelles ; éléments clefs pour la participation, l'engagement, les activités scolaires et de vie quotidienne.

L'ergothérapeute, en tant que professionnel de santé, peut aider à renforcer l'estime de soi des enfants ayant un TDA/H en utilisant des stratégies et des méthodes d'intervention appropriées.

Tous ces constats nous ont amenés à une question de recherche et des hypothèses, qui sont les suivantes :

Comment l'ergothérapeute peut agir sur l'estime de soi d'un enfant atteint de TDA/H pour améliorer ses performances occupationnelles ?

Hypothèse 1 :

- L'ergothérapeute peut agir au sein du milieu scolaire de l'enfant TDA/H afin de limiter l'impact sur l'estime de soi.

Hypothèse 2 :

- La valorisation de l'engagement occupationnel dans toutes les sphères de la vie de l'enfant favorise le développement de l'estime de soi.

1. Objectifs

Ce travail de recherche vise à identifier et analyser les actions mises en place par les ergothérapeutes pour améliorer les performances occupationnelles des enfants atteints d'un TDA/H en agissant sur l'estime de soi. Le but étant également d'appréhender les pratiques des professionnels ainsi que leur vision sur les répercussions engendrées dans le quotidien et le Devenir de l'enfant.

2. Population

L'étude s'adresse à des ergothérapeutes Diplômés d'État en France exerçant ou ayant exercés par le passé auprès d'enfants TDA/H. Le lieu de leur pratique n'a pas été retenu comme un critère de non-inclusion ; ils peuvent donc être salariés au sein d'un établissement, entreprendre un exercice libéral voire les deux à la fois.

En effet, il a été choisi de ne pas mettre en place de critères d'exclusion durant cette étude afin de recenser un large panel de résultats axés sur les différentes pratiques et les diverses perceptions des professionnels.

3. Outil méthodologique

3.1. Choix de l'outil : le questionnaire

L'outil le plus adéquat semble être le questionnaire auto-administré réalisé avec le logiciel Sphinx. Puisqu'en effet, le but est de réaliser un relevé de la pratique professionnelle des ergothérapeutes.

Le questionnaire se veut simple et épuré, il ne contient pas de questions ouvertes à proprement parler mais les réponses « Autres » permettent aux répondants d'ajouter des informations et ainsi leur laisser une certaine liberté de réponse. De fait, les questions étaient fermées et proposaient parfois des réponses à choix multiples.

Afin de parvenir à un outil clair et compréhensible, autant dans sa construction que dans sa finalité, il a été choisi de le découper en quatre parties distinctes. Le nombre de questions, s'élevant à 34, a été pensé pour permettre aux professionnels de n'y accorder que peu de temps ; il a été estimé à dix minutes maximum. La grande majorité d'entre elles, possédaient l'option de « réponses obligatoires » afin de nous aider par la suite à effectuer une analyse correcte et complète.

3.2. Création de l'outil

3.2.1. Informations générales sur le professionnel

Les premières questions étaient plus axées sur l'identité personnelle des personnes ; afin d'en apprendre davantage sur eux. Il leur a donc été demandé leur sexe, leur âge, leur année d'obtention du diplôme ainsi que la durée depuis laquelle ils côtoient des enfants TDA/H dans leur pratique.

Par la suite, nous nous sommes attachés aux informations plutôt liées au domaine professionnel ; c'est-à-dire, leur lieu d'exercice tout comme leur organisation et localisation habituelle pour ces prises en charge.

3.2.2. Accompagnement des enfants TDA/H

Dans cette deuxième partie, nous avons commencés par questionner les participants sur l'orientation, sur le début du suivi de ces enfants, et nous avons également recueilli leurs perceptions quant à la précocité de celui-ci. Par la suite, les questions étaient plus orientées sur les séances (durée et fréquence) puis sur les difficultés rencontrées par les enfants TDA/H. En ce sens, ils ont été interrogés sur la capacité d'expression de leur qualité, sur les interactions négatives qu'ils perçoivent ainsi que sur leur sentiment d'efficacité.

Cette partie a pour but d'introduire la notion d'estime de soi tout en recueillant les représentations des professionnels.

3.2.3. Modalités de l'intervention en ergothérapie

A ce niveau, la notion de troubles associés a été introduite ainsi que les méthodes utilisées par les répondants pour palier certains comportements pouvant être envahissants ou lutter contre la perte d'assurance et de motivation. Il était ici, intéressant d'entrevoir comment chaque professionnel tente d'agir, et ce qui fonctionne pour lui.

De plus, il leur a été demandé d'exposer leur fonctionnement vis-à-vis de la passation d'évaluations spécifiques et la rédaction des objectifs des plans de traitement en lien avec l'estime de soi.

3.2.4. Devenir des enfants TDA/H

Enfin, dans cette dernière partie, la focalisation s'est faite sur une projection de l'avenir de ces enfants en abordant les répercussions d'une faible estime de soi tout en faisant un lien avec les différentes composantes du MOH.

4. Moyens de diffusion

Afin d'obtenir le maximum de réponses possibles et ainsi procéder à une analyse des plus juste ; de nombreux canaux de diffusion ont été empruntés.

Tout d'abord, des mails ont été envoyés à des contacts exerçants en tant qu'ergothérapeute, obtenus lors de périodes de stages ou de formation. De plus, nous avons pris contact avec les associations prédominantes traitants du TDA/H.

Nous sommes ensuite passés par les réseaux sociaux afin de toucher un nombre important de personnes ; notamment via différents groupes Facebook (« Ilfomer-ergos », « Ergothérapie en Pédiatrie » et « Mémoire en ergothérapie »). Nous avons donc publié un court récit expliquant les grandes lignes du sujet de recherche accompagné d'un lien allant vers le questionnaire en question. Ces publications ont été associées à de multiples relances à intervalles réguliers.

Enfin, une multitude de mails ont pu être envoyés à des professionnels exerçant en libéral ainsi qu'à des structures sanitaires et sociales accueillants des enfants. Pour la plupart les adresses électroniques ont pu être recensées via les sites en ligne des établissements ou des professionnels directement.

Le questionnaire a pu être diffusé du 20 mars au 25 avril 2023 ; ce qui nous a permis un temps suffisant pour diffuser le lien du questionnaire au plus grand nombre et ainsi garder un temps approprié pour traiter les données recueillies.

5. Procédure d'analyse des résultats

Durant cette dernière étape, nous avons recensés et analysés l'intégralité des réponses grâce au logiciel Sphinx. A la suite de ceci, une analyse plus poussée a pu être entrepris sous Excel et nous a ainsi permis de faire ressortir bon nombre de résultats.

Ce recueil a donné lieu à des diagrammes en barres ou circulaires, des pourcentages et des effectifs chiffrés pour chaque réponse.

L'analyse des résultats se fera donc dans la même dynamique, puisque nous reprendrons à nouveau les diverses parties du questionnaire pour plus de clarté. Nous illustrerons nos propos à travers les diagrammes pour les questions les plus complexes ou pertinentes. Pour les questions plus simples, les données seront sous format rédactionnel. Enfin, les réponses « Autres » seront également décrites à l'écrit.

Résultats

1. Informations générales sur le professionnel

Nous sommes parvenus à recenser 39 réponses d'ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants TDA/H au total. Parmi celles-ci, nous nous apercevons que **9** d'entre eux prennent en charge des enfants porteur de ce trouble depuis moins de **2 ans**, et que la majorité, représentée par un effectif de **15** ergothérapeutes, interviennent depuis **2 à 5 ans**. Concernant le reste de l'échantillon, **9** professionnels interviennent depuis **5 à 10 ans** et **6** depuis **plus de 10 ans**.

Nous avons ensuite interrogé les ergothérapeutes sur leur lieu d'exercice. D'après la « Figure 4 », la grande majorité des répondants prennent leurs fonctions dans un **cabinet libéral (37/39)**. Cependant, sur cet effectif, seulement **18** travaillent exclusivement dans une ce type de structure ; ce qui implique qu'ils évoluent également au sein d'un autre établissement sur un temps particulier de la semaine. Parmi ces derniers, **7** sont employés dans un Service d'Éducation Spécialisé et de Soins À Domicile (SESSAD), **5** dans un Institut Médico-Éducatif ou un Institut d'Éducation Motrice (IME / IEM). Enfin, **2** ergothérapeutes exercent également dans un Centre Hospitalier (CH) et **3** au sein d'un centre d'action médico-social précoce (CAMSP).

Concernant les **2** personnes restantes, une exerce en Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP) et l'autre en Services d'Éducation Spécialisé et de Soins À Domicile (SESSAD). Enfin, parmi les **3** personnes ayant répondu « *Autres* » nous retrouvons le Dispositif d'AutoRégulation (DAR) ainsi qu'une équipe mobile autisme et un centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR) pédiatrique.

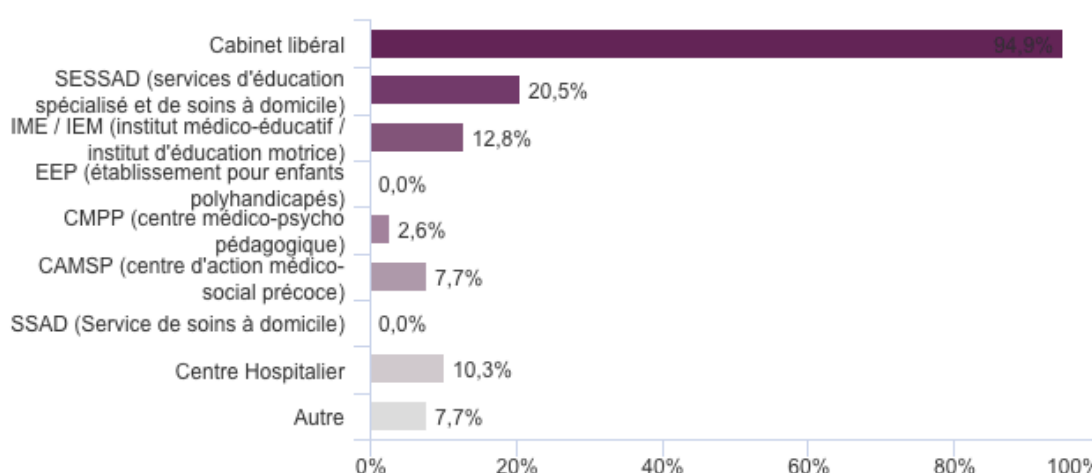


Figure 4 : Lieu d'exercice des ergothérapeutes

Vingt-quatre des professionnels interrogés expliquent réaliser leurs accompagnements en majorité au sein du cabinet ou de la structure directement, tandis

qu'**11** privilégient une intervention en milieu scolaire. L'effectif restant (**4/39**) expliquent réaliser un mélange plutôt homogène au niveau des prise en charge entre le milieu scolaire, la structure et le domicile.

Cependant, tous les ergothérapeutes semble en accord sur leur méthode d'intervention puisqu'ils réalisent leurs séances en **individuel** avec ces enfants.

2. Accompagnement des enfants TDA/H

Tout d'abord, dans cette partie nous avons commencé par questionner les professionnels sur la précocité des prises en charge auprès des enfants TDA/H. Selon la « Figure 5 », pour **23** des personnes ayant répondu, le suivi en ergothérapie commence entre **8 et 10 ans** et pour **11** d'entre eux entre **6 et 8 ans**.

Le suivi a également pu être entamé entre **4 et 6 ans** pour une minorité de professionnels (**3/39**) ; à l'opposé, nous retrouvons seulement **2** ergothérapeutes qui initie une première approche au-delà de **10 ans**.

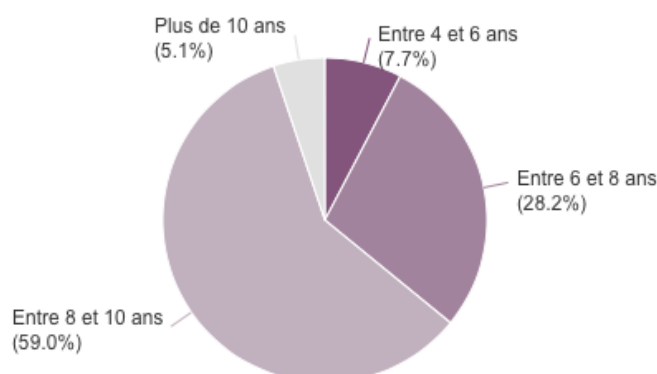


Figure 5 : Âge du début de suivi en ergothérapie

Les professionnels sont une majorité (**33/39**) à estimer que le suivi n'est pas amorcé suffisamment tôt dans le parcours de l'enfant.

En se basant sur la « Figure 6 », **37** des intervenants interrogés semblent être en faveur d'une prise en charge avant **8 ans** dans l'idéal. En effet, **6** suggèrent un démarrage avant **4 ans**, **20** entre **4 et 6 ans** puis **10** entre **6 et 8 ans**.

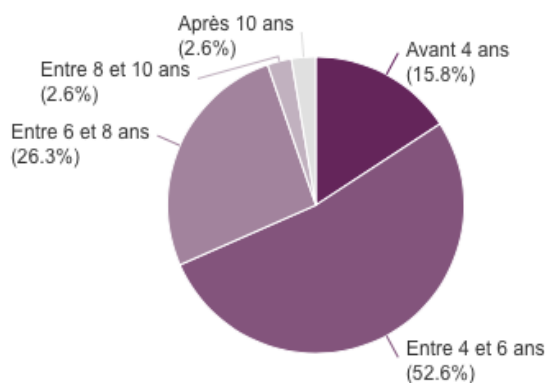


Figure 6 : Âge moyen de prédilection pour un début de prise en charge en ergothérapie

Les enfants atteints d'un TDA/H représentent une part importante de la clientèle des ergothérapeutes ; comme représenté sur la « Figure 7 » ci-dessous. En effet, **76,9 %** des répondants estiment qu'ils prennent en charge plus de **3** enfants sur 10 dans leur pratique.

Ces enfants sont fréquemment orientés vers des ergothérapeutes par leurs écoles respectives (**16/39**) ou par d'autres professionnels de santé intervenants au préalable (**14/39**). Il ressort à plus faible échelle, une orientation par le médecin, par les professionnels médicaux et paramédicaux des structures scolaires. Cependant, il est également possible, de façon très rare (**1/39**), d'entrevoir des venues spontanées des enfants accompagnés par leur famille.

Les individus atteints de ce trouble sont pour **27** des ergothérapeutes suivis de façon hebdomadaire, mais nous voyons également que **7** de ces derniers réalisent **3** séances par mois en moyenne. De plus, certains ne les voient qu'à hauteur de **2** fois (**2/39**) ou **1** fois par mois (**3/39**).

Nous avons par la suite questionné les ergothérapeutes sur les difficultés majoritairement rencontrées par ces enfants. D'après la « Figure 8 », les trois problématiques **prédominantes** sont les apprentissages scolaires, les activités productives du domicile comprenant la réalisation des devoirs et les diverses tâches de la vie quotidienne, ainsi que la gestion des émotions.

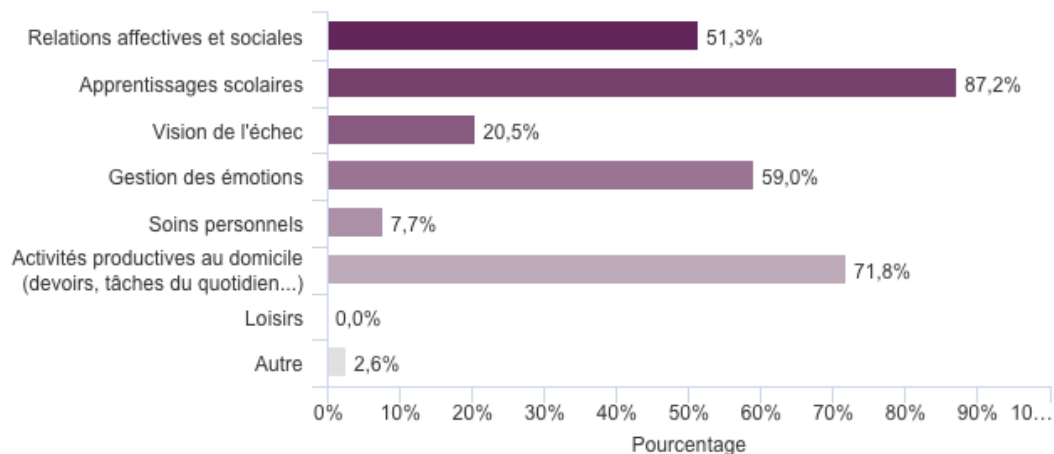


Figure 7 : Difficultés les plus rencontrées par les enfants TDA/H

Les enfants TDA/H, selon **33** ergothérapeutes interrogés, parviennent à exprimer leurs qualités de façon **inférieure** à ce qui peut être perçu par l'entourage.

Nous avons poursuivi en abordant les interactions négatives auxquelles peuvent être confrontés les enfants TDA/H. Selon **2** ergothérapeutes, ils ne sont **pas** plus exposés à ces dernières que d'autres enfants. A contrario, les autres personnes ayant répondu sont tout à fait d'accord à **38,5%** et d'accord à **56,4%** pour dire que les enfants TDA/H sont soumis davantage aux interactions de type négatives.

Enfin, nous en sommes venus à demander si le sentiment d'efficacité peut avoir un impact sur la façon d'agir des enfants. D'après la « Figure 8 » pour la **majorité**, soit **18** personnes de l'effectif total, le sentiment d'efficacité influe **énormément** sur la manière dont peut agir un enfant porteur du trouble. Pour **17** autres professionnels concernés, cela a tendance à beaucoup jouer également.

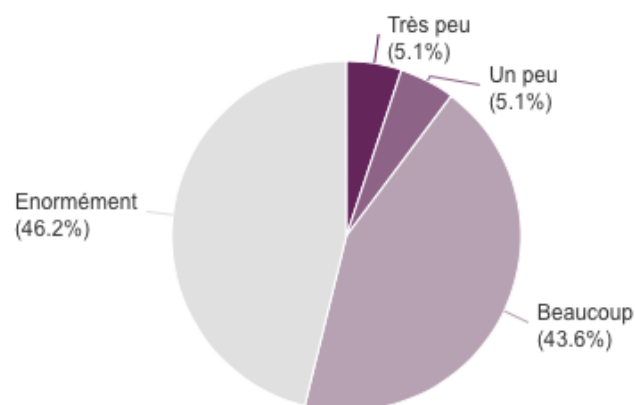


Figure 8 : Impact du sentiment d'efficacité sur la façon d'agir des enfants TDA/H

3. Modalités de l'intervention en ergothérapie

Dans cette partie nous avons questionnés les ergothérapeutes sur les modalités liées à la prise en charge en ergothérapie des enfants TDA/H.

Seule **1 personne sur 39** pense qu'une estime de soi altérée ne provoque ou ne majore pas de troubles associés.

Pour les 38 autres répondants, les troubles associés les plus fréquemment rencontrés sont les troubles **anxieux**, les troubles du **comportement**, les troubles de **l'apprentissage** ainsi que les troubles de l'opposition avec provocation (**TOP**).

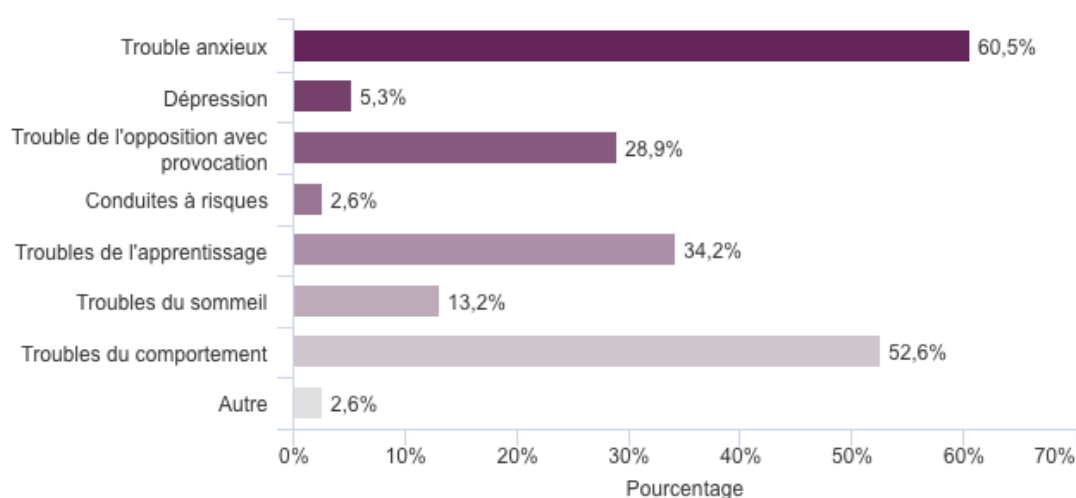


Figure 9 : Troubles associés au TDA/H les plus fréquents

Afin de faire face à ces troubles, les ergothérapeutes utilisent différents procédés ; il leur a été proposé de choisir trois réponses parmi celles proposées. Selon la « *Figure 10* », la

majorité de ceux-ci mettent en place des activités gratifiantes (**87,2%**), des activités ludiques (**82,1%**) ainsi que la mise en place de temps calme (**69,2%**).

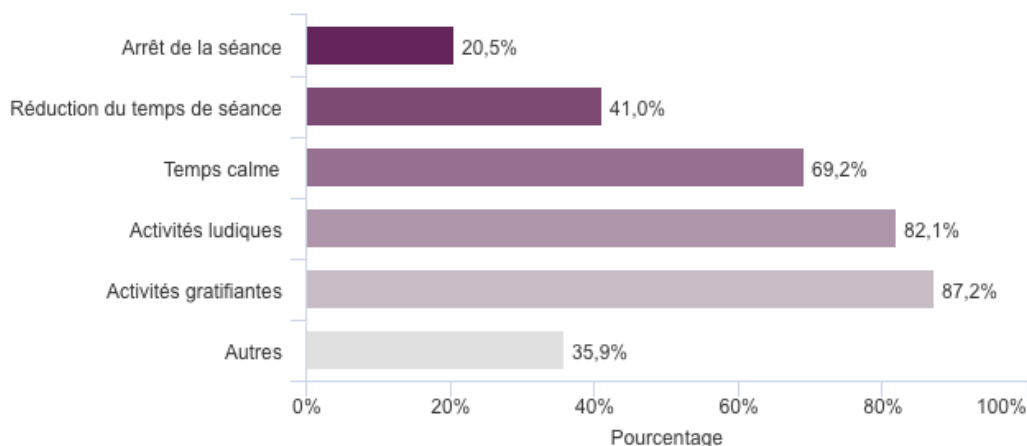


Figure 10 : Procédés utilisés face aux troubles de l'enfant TDA/H

Néanmoins, il est important de noter que plusieurs répondants ont choisi d'inclure davantage d'éléments dans la proposition « *Autres* » ; comme l'utilisation de Timer, de fidjet, de régulation sensorielle ou encore de stratégies visuelles (contrat, planning...) ainsi que l'utilisation de la médiation animale.

D'après la « *Figure 11* », les ergothérapeutes interrogés s'accordent sur trois principes de réassurance majoritairement utilisés lors des séances quotidiennes afin d'aider les enfants TDA/H. En effet, ils sont **89,7%** à **valoriser** les **réussites** des patients et **79,5%** à utiliser des **feedbacks positifs** de façon récurrente. De plus, les **encouragements** ressortent également à **71,8%** selon les réponses des professionnels.

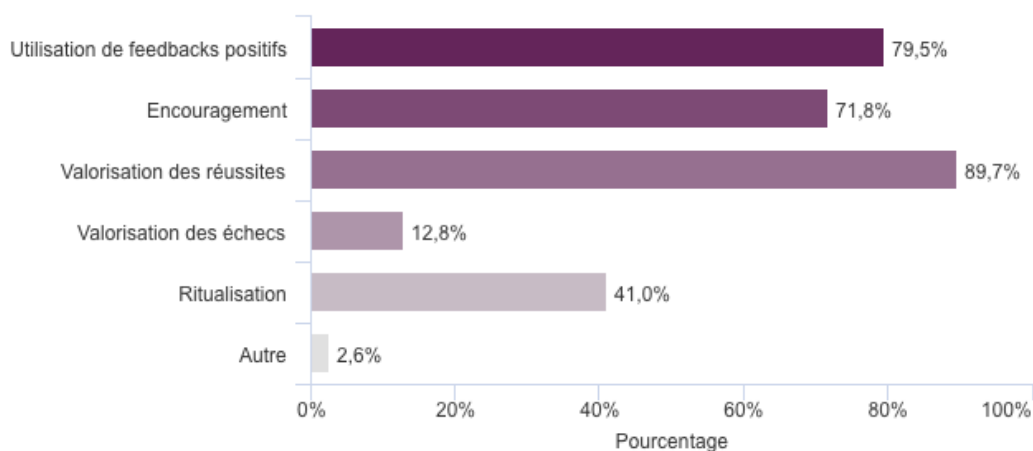


Figure 11 : Principes réassurants utilisés par les ergothérapeutes

Selon les réponses apportées, très peu d'ergothérapeutes utilisent des évaluations liées à l'estime de soi (3/39). Cependant, ils intègrent pour la plupart des actions basées sur l'estime de soi dans les objectifs généraux de prise en charge des enfants. En effet, ils sont **11** à estimer incorporer l'estime de soi **assez souvent** dans les plans de traitement. De plus, **12** autres professionnels paramédicaux expliquent entreprendre cette action **très souvent** (9/12) voire **tout le temps** (3/12).

4. Le Devenir des enfants TDA/H

Dans cette dernière partie, les ergothérapeutes ont été interrogés sur les domaines dans lesquels les enfants TDA/H ont le plus de difficultés en lien avec leur Devenir. Pour chacune des réponses proposées, c'est-à-dire ; l'engagement occupationnel, la performance occupationnelle et la participation occupationnelle, les ergothérapeutes ont été **13** à répondre, représentant donc **1/3**.

Les ergothérapeutes ont été plus partagés pour la prochaine question. Effectivement, ils sont **24** à estimer que **l'engagement occupationnel** est le domaine le plus impacté par une mauvaise perception chez les enfants porteurs du trouble. Arrive ensuite la **participation** (13/39), suivi de la **performance** occupationnelle (2/39).

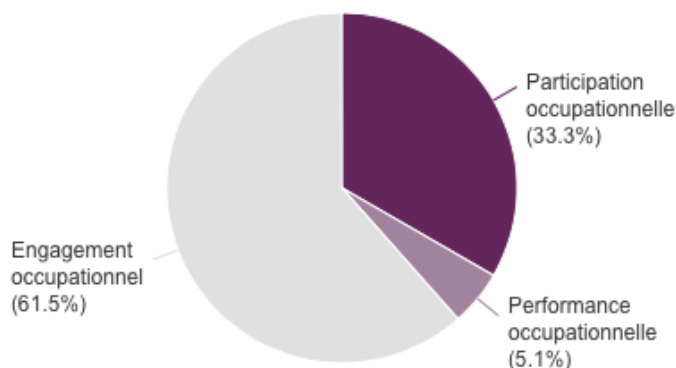


Figure 12 : Impact d'une mauvaise perception de soi sur les domaines du Devenir

Enfin, ils se rejoignent à **71,8%** pour dire qu'ils sont **tout à fait d'accord** avec le fait que ces difficultés de ressentis et de perceptions peuvent avoir un impact dans l'avenir de l'enfant.

Discussion

Les informations théoriques recueillies tout au long de la conception de cet écrit ainsi que les éléments pratiques récoltés nous permettent d'apporter une réponse à notre problématique de départ. De plus, nous pouvons parvenir à mettre en avant des éléments de réponses à nos différentes hypothèses à travers l'analyse de nos résultats de recherche.

1. Objectifs de recherche

L'analyse de pratique professionnelle dans laquelle nous nous sommes lancées avait différents objectifs ; d'une part elle cherchait à mettre en avant les diverses pratiques et méthodes des ergothérapeutes pour pallier et améliorer les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité du TDA/H.

De plus, nous souhaitions entrevoir les perceptions de ces professionnels quant aux difficultés liées à l'estime de soi des enfants tout en appréciant les bénéfices des prises en charge en ergothérapie sur ce biais précis ainsi que les conséquences sur l'avenir des enfants.

2. Réponse à la problématique

Notre travail d'analyse semble avoir porté ses fruits puisque nous avons à présent la capacité de répondre à la problématique ; pour rappel là-voici :

Comment l'ergothérapeute peut agir sur l'estime de soi d'un enfant atteint de TDA/H pour améliorer ses performances occupationnelles ?

En effet, l'ergothérapie requiert de nombreux atouts pour intégrer l'estime de soi comme objectif et en tant que moyen dans sa pratique, permettant ainsi de l'accroître tout en jouant un rôle sur l'amélioration des performances au quotidien. Nous allons donc expliciter les résultats de l'étude dans cette partie afin de répondre à nos hypothèses de recherche.

3. L'ergothérapie en première intention

- **Hypothèse 1** : L'ergothérapeute peut agir au sein du milieu scolaire de l'enfant TDA/H afin de limiter l'impact sur l'estime de soi.

La Haute Autorité de Santé nous explique que l'école est fréquemment en première ligne dans le repérage des troubles pouvant impacter les apprentissages. Effectivement, les enfants, passent une grande majorité de leur temps sur les bancs scolaires. Ils y font d'importantes expériences de vie et construisent une part de leur identité en son sein (Bélanger et al., 2010). Lorsque des difficultés apparaissent ; les enseignants sont en effet très souvent les premiers protagonistes à enclencher une détection accrue.

En ce qui concerne notre trouble spécifique, le TDA/H, les problématiques scolaires ne sont pas à négliger. Les enfants voient apparaître des difficultés à la lecture, à l'écriture, pour comprendre et suivre des consignes ou encore au niveau de la gestion du temps et des délais imposés. Il peut leur arriver d'oublier de façon répétée leurs effets scolaires ou encore être dans l'incapacité d'anticiper et de s'organiser sur du court à moyen terme (Corbeil, 2012).

En réalité, l'impact au niveau scolaire n'est pas une surprise puisque les textes et critères du DSM-V exigent que les symptômes soient associés à une altération du fonctionnement scolaire ou social. De plus, le cadre imposé par l'école est un élément très péjoratif pour ces enfants, il leur est imposé une certaine stabilité motrice, des capacités organisationnelles et d'attention élevées. En effet, ils doivent rester assis sur des durées conséquentes, écouter attentivement leur professeur des écoles, suivre des instructions et, entre autres, attendre leur tour pour participer (DuPaul et al., 2014). Cet environnement en collectivité exacerbe généralement les symptômes préexistants et est susceptible d'engendrer des stratégies d'opposition et de refus des apprentissages ; c'est pourquoi leur capacité d'adaptation sont jugées précaires (Purper-Ouakil et al., 2006).

L'orientation vers un ergothérapeute est enclenchée dans un premier temps par les professionnels du secteur scolaire selon les personnes interrogées dans notre étude. Ils avertissent donc les proches des difficultés observées et ainsi, ils peuvent conseiller une prise de contact avec des professionnels de la santé et du paramédical appropriés. Toutefois, il reste important de communiquer de façon adéquate avec la famille afin qu'ils aient toutes les clefs en main pour une bonne compréhension des troubles de leur enfant.

Il est vrai que les principales difficultés recensées par les répondants sont les troubles des apprentissages (**87,2%**) ; ces difficultés impactent donc forcément les résultats scolaires et l'enfant peut se sentir en marge de la norme. Ces dernières résonnent comme un signal d'alarme pour consulter un professionnel adapté (Rushton et al., 2020).

Tous ces facteurs amènent les enseignants à craindre une baisse de **l'estime de soi** de ces enfants, qui sont, en plus, souvent moqués et réprimandés (Brault et al., 2022).

Cette augmentation significative de la dépréciation de soi est toutefois en corrélation avec les relations interpersonnelles ; les ergothérapeutes interrogés recensent l'incidence sur les relations sociales et affectives avec les pairs à **51,3%**. Les enfants TDA/H reçoivent un faible soutien de la part de leurs compères d'école et sont plus souvent victime d'un rejet social (Lee et al., 2021). Les difficultés sociales jouent un rôle sur le statut, les relations d'amitiés et

les capacités d'adaptation ; ce sont des partenaires de jeux moins recherchés (Verret et al., 2016).

De fait, tout ceci entraîne une exacerbation des symptômes et n'agit pas en faveur de l'estime de soi ressentie.

En somme, en se référant au MOH, l'**Agir** de l'enfant est fortement altéré ; que cela soit au niveau de ses performances sur le plan scolaire, au niveau de sa participation aux activités en classe (Brault et al., 2022), au niveau de ses relations sociales et amicales. En effet, il voit ses résultats ainsi que son estime de lui-même diminuer et ne s'engage plus de la même manière au quotidien ; cependant, un retard peut se cumuler sur le temps et ainsi impacter également le **Devenir**. Un enfant peut se confronter à de nombreux échecs scolaires voire de possibles décrochages, redoublements ou exclusions. C'est pourquoi nous pouvons mettre en avant un lien avec le statut socio-économique futur, la recherche et le maintien d'un emploi sur le long terme.

De plus, des comorbidités peuvent venir s'ajouter et rendre la vie quotidienne davantage délétère tel que des conduites à risque, des troubles oppositionnels, anxieux ou encore dépressif.

L'identification et l'intervention précoce de professionnels adaptés transparaît comme crucial pour les enfants TDA/H (May et al., 2021). La « *Figure 6* » de nos résultats montre que les enfants entament leur suivi en ergothérapie entre 8 et 10 ans pour la plupart. Pourtant, les professionnels souhaiteraient un début plus précoce ; c'est-à-dire avant 8 ans pour la majorité.

Nous avons illustré précédemment les répercussions liées à une prise en charge tardive ou absente ; les symptômes ne font que s'aggraver dans toutes les sphères qu'elles soient psychologiques, sociales, scolaires ou familiales. Par ailleurs, nous savons à quel point le diagnostic est complexe puisque l'expression de ce trouble reste très variable et les nombreuses comorbidités associées peuvent venir biaiser l'aspect clinique. De plus, les professionnels proches de l'enfant ne sont pas toujours bien ou suffisamment formés et rencontrent des difficultés pour orienter les aidants vers les professionnels adéquats.

Nous voulions tout de même davantage mettre l'accent sur l'aspect psychologique et l'estime de soi ; son instabilité découle de multiples facteurs et difficultés évoqués et peut être largement amélioré à travers une intervention en ergothérapie ciblée. Cependant, nous savons de façon certaine qu'elle est fortement impactée chez les enfants TDA/H et cela dès le plus jeune âge, c'est pourquoi la prise en charge précoce dans le milieu scolaire semble être une solution efficace et permettrait d'éviter que des troubles associés apparaissent et que l'estime de soi de ces enfants soit impactée sur le long terme.

4. L'impact de l'engagement occupationnel sur l'estime de soi de l'enfant : Une approche valorisante

- **Hypothèse 2** : La valorisation de l'engagement occupationnel dans toutes les sphères de la vie de l'enfant favorise le développement de l'estime de soi

L'engagement occupationnel représente un axe important de réflexion ; il est significativement touché chez les enfants TDA/H et induit des retentissements non négligeables sur toutes les activités du quotidien (DuPaul et al., 2014).

Tout d'abord, l'engagement scolaire peut être impacté ; il se réfère aux conduites bénéfiques de l'enfant dans l'optique d'une réussite et d'un ajustement psychologique et social. L'enfant peut donc voir son adhésion aux normes de la classe diminuer ainsi que son engagement dans les différentes tâches scolaires liées à l'attention, la participation aux conversations ou la persévérance. De plus, cela peut réduire sa participation aux loisirs entrepris en parallèle de la classe comme les compétitions sportives ou les sorties culturelles.

Sur le plan des émotions ; l'intérêt pour les activités, le plaisir pouvant être ressenti et le sentiment d'anxiété sont des éléments régulièrement pointés du doigt par ces enfants. En effet, l'engagement émotionnel permet la création d'un lien avec l'école et influence automatiquement l'exécution des diverses tâches demandées.

Néanmoins, l'enfant est à même d'utiliser des stratégies d'autorégulation ; mais celles-ci peuvent être délétères quand la personne rencontre des difficultés de flexibilité cognitive, de gestion de la perception de l'échec ou de l'estime de soi. Tout ceci est directement lié aux fonctions exécutives ; c'est pourquoi, l'engagement cognitif se retrouve dans de nombreux domaines (Girard Lapointe, 2015).

En somme, « l'engagement occupationnel peut être considéré comme la participation dans une occupation à laquelle est attachée une valeur personnelle positive ». C'est un processus, un état fluctuant en fonction de divers facteurs externes et internes tel que la motivation, la notion de défi, le contexte environnemental ou encore social. Le niveau d'engagement est un phénomène dynamique, plus il est élevé plus il renvoie à la personne un sentiment de bien-être positif (Bertrand et al., 2018).

En ce sens, les interventions autour des notions d'engagement occupationnel avec les enfants TDA/H représentent un axe de travail clé en ergothérapie.

De plus, l'engagement est étroitement lié à l'estime de soi. Cette dernière, lorsqu'elle est suffisamment élevée, permet aux enfants non seulement d'améliorer leur bien-être mais surtout d'augmenter leur participation. En effet, si l'individu n'entreprend que peu d'actions, les doutes et interrogations présents vont avoir tendance à persister et s'accroître et ainsi impacter négativement l'estime de soi. Plus la perception de soi est faible et moins la personne parviendra à réaliser des activités, par peur de l'échec ; cela peut donc s'associer à un cercle vicieux. C'est pourquoi il est important de corréliser ces deux éléments pour intervenir de façon efficiente auprès des enfants.

En somme, l'estime de soi se retrouve au sein des composantes de l'**Être** du MOH à travers la causalité personnelle de la volition. Celle-ci est primordiale afin de parvenir à un engagement occupationnel efficace. L'estime de soi est donc également considérée comme un moyen permettant d'aider l'enfant à s'engager dans des activités et ainsi retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant (Townsend et al., 2013).

En effet, les ergothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire estiment à **61,5%** que l'engagement occupationnel est la sphère du MOH la plus impactée par une faible estime de soi.

L'ergothérapeute peut donc entreprendre différentes stratégies ciblées dès le commencement des interventions (Sibley et al., 2022) en veillant à les adapter au parcours et aux objectifs tout au long de la prise en charge.

Les ergothérapeutes interrogés expliquent, à la **question 2 et 3** de la **troisième partie** du questionnaire, utiliser de nombreux principes comme les activités **gratifiantes** ou les activités **ludiques** lors des séances avec les enfants porteurs de ce trouble. De plus, ils semblent, pour beaucoup, valoriser les réussites, encourager autant que possible et réaliser des retours positifs. Toutes ces stratégies visent à améliorer l'engagement occupationnel dans les activités proposées et cela semble avoir un impact sur l'estime de soi ainsi que sur les bénéfices généraux des interventions (Johansson et al., 2023).

Effectivement lorsque des enfants sont encouragés à s'engager dans différentes activités, ils parviennent de façon plus aisée à entrevoir l'intérêt et leurs capacités. De plus, en concluant sur une réussite à travers des activités **gratifiantes** notamment, les enfants développent leur sentiment d'efficacité et de compétence et contribuent ainsi à l'amélioration de l'estime de soi. L'engagement permet également à l'enfant de se sentir valorisé et reconnu, cela contribue à accroître son sentiment d'appartenance et de valeur personnelle.

L'engagement occupationnel représente également une opportunité pour l'enfant de développer des compétences sociales et émotionnelles. En effet, l'engagement est un élément pouvant être touché dans de multiples sphères de la vie de l'enfant, en outre le milieu scolaire (Rushton et al., 2020).

Les ergothérapeutes peuvent ainsi mettre en place des activités faisant émerger un aspect collaboratif tout en gardant notamment une forme **ludique**. En ce sens, elles vont permettre d'intervenir sur les notions d'interactions, de communication et de résolution de problème. Ces compétences peuvent se retranscrire au niveau social et ainsi renforcer l'estime de soi des enfants en leur permettant de se sentir compétent dans leurs relations avec les autres.

En outre, la valorisation de l'engagement occupationnel dans toutes les sphères de la vie de l'enfant joue un rôle significatif dans le développement de son estime de soi. Encourager et reconnaître ses efforts et ses accomplissements dans diverses activités contribue à renforcer son estime de lui, à favoriser une perception positive de ses compétences et à nourrir son développement social et émotionnel. Il est donc essentiel de créer un environnement favorable à l'engagement occupationnel des enfants pour soutenir leur développement global.

5. Limites et perspectives

Il est évident qu'il existe des limites à notre étude ; premièrement, en analysant les résultats, il nous a semblé évident que certaines questions auraient pu être associées voire supprimées afin d'éviter une redondance et ainsi diminuer le temps de passation pour les professionnels. D'autres questions sont surement apparues comme étant mal formulées et ont pu potentiellement rendre complexe la compréhension.

De plus, nous avons fait le choix de ne pas mettre en place de critères d'exclusion ; ce qui implique que les ergothérapeutes répondants n'exercent pas tous dans des établissements semblables et n'ont guère les mêmes moyens matériels et temporels à leur disposition et cela a donc pu également impacter les résultats. Néanmoins, cette étude pourrait être davantage représentative avec un effectif total de répondants plus élevé.

Cependant nos hypothèses sont en corrélation avec les différentes recherches effectuées dans la partie théorique. La pratique des ergothérapeutes permet donc effectivement d'améliorer les performances occupationnelles des enfants TDA/H en agissant sur l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

Ils peuvent donc agir en première intention dans le milieu scolaire qui est la sphère du quotidien en première ligne et où l'enfant passe le plus clair de son temps durant son jeune âge. Nous avons donc pu appréhender l'importance de la précocité de la prise en charge afin d'éviter aux mauvais mécanismes de s'ancrer dans une routine quotidienne mais également à l'estime de soi de s'amoindrir.

De plus, l'intervention axée sur l'engagement occupationnel de l'enfant lui permet également d'améliorer son estime de soi. De fait, le Modèle de l'Occupation Humaine nous montre que l'estime de soi, l'engagement et la performance sont des notions interdépendantes ; c'est pourquoi il ne faut pas les prendre de façon séparée mais bien les prendre sous une même unité jointe sur laquelle il est possible d'intervenir.

En somme, nos hypothèses de recherche se confirment et répondent à notre problématique de départ. Cependant, pour une intervention efficiente sur la durée, l'une ne va pas sans l'autre. Il est donc primordial de mener un travail en ergothérapie sur ces deux différents axes afin de parvenir à l'objectif final de revalorisation de l'estime de soi et de l'efficacité des performances.

Toutefois, nous nous sommes ici axés sur des domaines précis de l'environnement de l'enfant ; il serait judicieux de mener un travail de recherche plus approfondi sur les autres sphères environnementales telles que le domicile puisque nous savons que l'environnement familial peut jouer un rôle important dans le développement de l'estime de soi de l'enfant atteint de TDA/H. Les ergothérapeutes peuvent ainsi oeuvrer avec les parents pour leur offrir des stratégies afin aider leur enfant à renforcer leur estime de soi à la maison ou lors de loisirs.

Conclusion

Le TDA/H représente un réel enjeu de santé publique, et ces enfants sont très lourdement stigmatisés. La recherche menée dans ce mémoire a mis en évidence que les enfants atteints de TDA/H sont particulièrement vulnérables à des niveaux d'estime de soi plus faibles en raison des défis auxquels ils sont confrontés sur le plan cognitif, émotionnel et social. Ces enfants peuvent éprouver des difficultés dans leurs performances occupationnelles, telles que les activités scolaires, les interactions sociales et les tâches quotidiennes, ce qui peut entraîner un cercle vicieux de frustrations et d'échecs. C'est pourquoi un des objectifs de cette étude était d'apporter des clés pour permettre à ces enfants une amélioration de leurs capacités qu'elles soient fonctionnelles ou plutôt psychologiques et sociales.

Il est important de souligner que les approches thérapeutiques ne sont pas antagonistes et doivent s'envisager aujourd'hui sous l'angle de la complémentarité, qu'il s'agisse d'un éventuel traitement médicamenteux dont l'efficacité est réelle chez un certain nombre d'enfants ou qu'il s'agisse de l'approche ergothérapique. Cette dernière prend en compte de nombreuses autres approches grâce à sa pratique globale et holistique ; elle peut ainsi intégrer entre autres l'aspect pédagogique, éducatif et sociale. Nous savons que l'enfant atteint de TDA/H nécessite l'aide de ses proches ; familles ou professionnels du milieu scolaire, pour entrevoir une vision positive de ses actions et non basées sur les incapacités ou les échecs.

En outre, l'ergothérapeute encourage l'enfant à développer et à exploiter ses talents, ses intérêts et ses compétences spécifiques. Cette approche centrée sur les forces favorise un sentiment de réussite et d'accomplissement, renforçant ainsi l'estime de soi de l'enfant.

Enfin, une approche intégrée et multidisciplinaire est préconisée pour maximiser les résultats de l'intervention ergothérapique. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé, tels que les psychologues, les enseignants et les parents, permet de créer un environnement de soutien cohérent et cohésif pour l'enfant, favorisant ainsi une amélioration globale de son estime de soi et de ses performances occupationnelles.

En somme, ce mémoire d'initiation à la recherche a démontré que l'ergothérapeute peut jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de l'estime de soi d'un enfant atteint de TDA/H et dans l'amélioration de ses performances occupationnelles. En utilisant des approches basées sur les forces, en fournissant un soutien émotionnel et social, et en adoptant une approche intégrée et pluridisciplinaire, l'ergothérapeute peut aider l'enfant à surmonter les défis liés au TDA/H et à développer une estime de soi positive et durable. Ce mémoire offre une base solide pour continuer à explorer cette problématique complexe et pour développer des interventions encore plus efficaces dans le domaine de l'ergothérapie auprès des enfants atteints de TDA/H.

Références bibliographiques

- Adamou, M., Asherson, P., Arif, M., Buckenham, L., Cubbin, S., Dancza, K., Gorman, K., Gudjonsson, G., Gutman, S., Kustow, J., Mabbott, K., May-Benson, T., Muller-Sedgwick, U., Pell, E., Pitts, M., Rastrick, S., Sedgwick, J., Smith, K., Taylor, C., ... Young, S. (2021). Recommendations for occupational therapy interventions for adults with ADHD : A consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC Psychiatry*, 21, 72. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03070-z>
- Agnew-Blais, J. C., Wertz, J., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., Pingault, J.-B., Polanczyk, G. V., Sugden, K., Williams, B., & Moffitt, T. E. (2022). Mother's and children's ADHD genetic risk, household chaos and children's ADHD symptoms : A gene–environment correlation study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(10), 1153-1163. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13659>
- Alcaraz, C., & Ayanoglou, F. (2020). *TDH des enfants et adolescents : L'apport des thérapies cognitives et comportementales*. <https://www.decitre.fr/livres/tdah-des-enfants-et-adolescents-l-apport-des-therapies-cognitives-et-comportementales-9782353452194.html>
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- ANFE. (2020, mars 2). Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. *Réseau Lucioles*. <https://www.reseau-lucioles.org/comprendre-lergotherapie-aupres-des-enfants-guide-anfe/>
- Antshel, K. M., & Olszewski, A. K. (2014). Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 825-842. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.001>
- Arrêté du 5 juillet 2010, (2010).

- Austerman, J. (2015). ADHD and behavioral disorders : Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(11 suppl 1), S2-S7.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.82.s1.01>
- Bass, J., Baum, C., & Christiansen, C. (2015). *Baum, C., Christiansen, C., & Bass, J. (2015). Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Model. In C. Christiansen, C. Baum, J. Bass, Occupational Therapy : Performance, Participation, Well-being. (4th ed.). Thorofare, NJ: Slack.*
- Bastin, L., & Deroux, C. (2007). Chapitre 4 : Évaluation des capacités attentionnelles chez l'enfant. In *Bilan neuropsychologique de l'enfant* (p. 97-115). Mardaga.
<https://www.cairn.info/bilan-neuropsychologique-de-l-enfant--9782870099643-p-97.htm>
- Bélanger, S., Vanasse, M., Béliveau, M.-C., Jamouille, O., Lippé, S., Pâquet, H., & Pelletier, G. (2010). Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 790-791. <https://doi.org/10.7202/1006259ar>
- Benito, M. R. (2022). Le Trouble de Déficit de l'Attention et d'Hyperactivité (TDAH) de l'adulte : Quand certains symptômes en cachent d'autres. *Cortica*, 1(2), Article 2.
<https://doi.org/10.26034/cortica.2022.3131>
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S. (Éds.). (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie.*
- Brault, M.-C., Degroote, E., & Van Houtte, M. (2022). Le rôle de l'école dans l'identification des élèves sous la catégorie TDAH au Québec et en Flandre. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 89, Article 89. <https://doi.org/10.4000/ries.12438>
- Bronkhorst, A. W. (2015). The cocktail-party problem revisited : Early processing and selection of multi-talker speech. *Attention, Perception & Psychophysics*, 77(5), 1465-1487. <https://doi.org/10.3758/s13414-015-0882-9>

- Campagna, M. (2019). *L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE – UNE PRATIQUE QUI ÉVOLUE AVEC L'ENFANT*.
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Chung, Y.-R., Hong, J.-W., Kim, B.-B., Kim, J.-S., Noh, I. S., Wee, J. H., Kim, N. H., Bae, S. M., & Lim, M. H. (2020). ADHD, suicidal ideation, depression, anxiety, self-esteem, and alcohol problem in Korean juvenile delinquency. *Medicine*, 99(11), e19423. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019423>
- Clements, C. (2013). *Le TDAH chez l'enfant et l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Cooley, C. H. (1922). *Human nature and the social order*. New York, Chicago [etc.] C. Scribner's sons. <http://archive.org/details/cu31924002409104>
- Corbeil, V. (2012). *Le TDHA chez les enfants de 6 à 12 ans l'ergothérapie en milieu scolaire* [Essai]. Université du Québec à Trois-Rivières. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4486/>
- Coster, P. D. (2023). *Le TDA/H chez l'enfant : Aider mon enfant à déployer son plein potentiel*. Mardaga.
- Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 231-239. <https://doi.org/10.1177/1087054712454571>
- de Courson-Fournerie, F., Layouni, I., Palis, G., Larnaudie, P., & Dugravier, R. (2021). Prise en charge précoce pédiatrique et pédopsychiatrique des enfants présentant ou à risque de présenter des troubles du neurodéveloppement : L'histoire de l'Institut Paris Brune, exemple de collaboration des services médicosocial et sanitaire : le Centre d'Action MédicoSociale Précoce (CAMSP) Paris Brune et le Centre de Psychopathologie périnatale du Boulevard Brune CPBB (CMP Petite Enfance 0-3 ans). *Perfectionnement en Pédiatrie*, 4(1), 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2021.01.007>
- Des Portes, V. (2020). Troubles du neurodéveloppement : Aspects cliniques. *Contraste*, 51(1), 21-53. <https://doi.org/10.3917/cont.051.0021>

- Détraz, M.-C., Eiberle, F., Moreau, A., Pibarot, I., & Turlan, N. (2012). Chapitre 5. Définition de l'ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 127-133). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0127>
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen : The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 4(4), 259-282.
<https://doi.org/10.1037/h0082313>
- Drouin, C., & Huppé, A. (2005). *Plan d'intervention pour les difficultés d'attention* (Chenelière Education). <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/plan-d-intervention-pour-les-difficultes-d-attention-9782765103783/>
- Duclos, G. (2010). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*.
<https://emprunt.bibliothequedesameriques.com/resources/5b7725df23579442d0beb258>
- Duncan, E. A. S. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy—E-BOOK*. Elsevier Health Sciences.
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014). School-Based Interventions for Elementary School Students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 687-697. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.003>
- Emond, V., Joyal, C., & Poissant, H. (2009). Neuroanatomie structurelle et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'Encéphale*, 35(2), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.01.005>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>

- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Fisher, O., Berger, I., Grossman, E. S., & Maeir, A. (2023). Mediated Online Awareness Among Adolescents With and Without ADHD : Using the Occupational Performance Experience Analysis (OPEA). *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 15394492231154196. <https://doi.org/10.1177/15394492231154197>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K.-P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Galanter, C. A., Pagar, D. L., Davies, M., Li, W., Carlson, G. A., Abikoff, H. B., Eugene Arnold, L., Bukstein, O. G., Pelham, W., Elliott, G. R., Hinshaw, S., Epstein, J. N., Wells, K., Hechtman, L., Newcorn, J. H., Greenhill, L., Wigal, T., Swanson, J. M., & Jensen, P. S. (2005). ADHD and manic symptoms : Diagnostic and treatment implications. *Clinical Neuroscience Research*, 5(5), 283-294.
<https://doi.org/10.1016/j.cnr.2005.09.008>
- Galéra, C., & Bouvard, M. (2014). 42. Retentissement socio-économique chez l'adulte. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 334-337). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0334>
- Gétin, C., & Angenon-Delerue, K. (2013a). Chapitre 19—Les élèves présentant un TDHA. In *La santé à l'école* (p. 217-232). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.afps.2013.01.0217>

- Gétin, C., & Angenon-Delerue, K. (2013b). Chapitre 19—Les élèves présentant un TDHA. In *La santé à l'école* (p. 217-232). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.afps.2013.01.0217>
- Girard Lapointe, J. (2015). *Effet de la participation au projet TRANSITION sur l'engagement et le rendement scolaires des jeunes ayant un TDAH à la fin de la première année du secondaire*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11519>
- Gramond, A., Rebattel, M., & Jourdain, M. (2016). Séance 2 : Psychoéducation du TDA/H. In *Troubles de l'attention, hyperactivité. Prise en charge du TDA/H chez l'enfant* (p. 31-46). Lavoisier. <https://www.cairn.info/prise-en-charge-du-tda-h-chez-l-enfant--9782257206626-p-31.htm>
- Guerrin, B. (2012). Estime de soi. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 185-186). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0185>
- Guillon, M.-S., Meneguze-Bleuse, C., Ertle, S., & Dossios, C. (2020a). Déficit de l'attention-hyperactivité (TDAH) : Repérage précoce en psychiatrie de liaison. *L'information psychiatrique*, 96(10), 739-744. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2185>
- Guillon, M.-S., Meneguze-Bleuse, C., Ertle, S., & Dossios, C. (2020b). Déficit de l'attention-hyperactivité (TDAH) : Repérage précoce en psychiatrie de liaison. *L'information psychiatrique*, 96(10), 739-744. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2185>
- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I., & Maeir, A. (2020). Efficacy of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention Among Children With ADHD : An RCT. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 655-666.
<https://doi.org/10.1177/1087054716666955>
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD : A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295-305.
<https://doi.org/10.1177/1087054713486516>

- Haute Autorité de Santé. (2015). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite
- Huynh, C., & Mazet, P. (2011). L'estime de soi chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité. *Perspectives Psy*, Vol .50(1), 86-93.
- Ianni, L., Mazer, B., Thomas, A., & Snider, L. (2021). The Role of Occupational Therapy with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) : A Canadian National Survey. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 14(2), 162-183. <https://doi.org/10.1080/19411243.2020.1822259>
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York : H. Holt.
<http://archive.org/details/principlesofpsyc1890jame>
- Jendoubi, V. (2002). *ESTIME DE SOI ET EDUCATION SCOLAIRE*.
- Johansson, M., Greenwood, L., Torres Antunez, G., Link, K., & Sibley, M. H. (2023). Predictors of Engagement Barriers for Adolescent ADHD Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 27(5), 499-509. <https://doi.org/10.1177/10870547231153876>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kreider, C. M., Medina, S., & Koedam, H. M. (2021). (Dis)Ability-informed Mentors Support Occupational Performance for College Students with Learning Disabilities and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders through Problem Solving and a Focus on Strengths. *The British journal of occupational therapy*, 84(5), 263-270.
<https://doi.org/10.1177/0308022620937636>
- Law, G. U., Sinclair, S., & Fraser, N. (2007). Children's attitudes and behavioural intentions towards a peer with symptoms of ADHD : Does the addition of a diagnostic label

- make a difference? *Journal of Child Health Care*, 11(2), 98-111.
<https://doi.org/10.1177/1367493507076061>
- Le Heuzey, M. F. (2020). Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant : Approche médicale. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 33(3), 101-108.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2019.10.002>
- Lee, Y., Mikami, A. Y., & Owens, J. S. (2021). Children's ADHD Symptoms and Friendship Patterns across a School Year. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(5), 643-656. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00771-7>
- Léger, L. (2016). Chapitre 1. Définitions. In *L'attention* (p. 11-22). Dunod.
<https://www.cairn.info/l-attention--9782100729968-p-11.htm>
- Lithfous, S. (2018). L'attention : Définition et quelques concepts, Les tests d'attention spatiale. In *Le vieillissement neurodégénératif : Méthodes de diagnostic différentiel* (Elsevier Masson). <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/lattention-definition-et-quelques-concepts,-les-tests-dattention-spatiale>
- Maquestiaux, F. (2017). Chapitre 1. Attention divisée. In *Psychologie de l'attention: Vol. 2e éd.* (p. 23-44). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.maque.2017.01.0021>
- Margot-Cattin, I. (2017). *Les modèles écologiques de la performance occupationnelle.* (p. 52-63).
- Matthews, M., Nigg, J. T., & Fair, D. A. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 235-266.
https://doi.org/10.1007/7854_2013_249
- May, F., Ford, T., Janssens, A., Newlove-Delgado, T., Emma Russell, A., Salim, J., Ukoumunne, O. C., & Hayes, R. (2021). Attainment, attendance, and school difficulties in UK primary schoolchildren with probable ADHD. *The British Journal of Educational Psychology*, 91(1), 442-462. <https://doi.org/10.1111/bjep.12375>
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., De Peppo, L., & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents

- suffering from ADHD. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 9, 96-102. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (Éd.). (2018a). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*.
- Meyer, S. (2018b). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- MI, W., Jf, H., C, A., E, C., D, D., M, E., Sw, E., Sk, F., T, F., J, F., Jr, H., Cu, L., Hr, L., K, O., KI, P., Jd, W., & W, Z. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- Molavi, P., Nadermohammadi, M., Salvat Ghojehbeiglou, H., Vicario, C. M., Nitsche, M. A., & Salehinejad, M. A. (2020). ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem : A quantitative difference. *BMC Psychiatry*, 20(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02887-4>
- Molineux, M., & Whiteford, G. E. (2021). Occupational science : Genesis, evolution and future contribution. In E. A. S. Duncan (Éd.), *Foundations for practice in occupational therapy* (Vol. 1, p. 198-207). Elsevier. <https://www.elsevierhealth.com.au/foundations-for-practice-in-occupational-therapy-9780702054471.html>
- Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2011). *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité...*
- Morel-Bracq, M.-C. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?* De Boeck.
- Muris, P., Meesters, C., & Fijen, P. (2003). The Self-Perception Profile for Children : Further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1791-1802. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00004-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00004-7)

- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R.-D. (2016). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279-290.
<https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD : Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559-583. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413>
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. In *Ergothérapie en psychiatrie: Vol. 2e éd.* (p. 27-36). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.herna.2016.01.0025>
- Pierce, J. L., & Gardner, D. G. (2004). Self-Esteem Within the Work and Organizational Context : A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature. *Journal of Management*, 30(5), 591-622. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2003.10.001>
- Purper-Ouakil, D. (2020). Le trouble déficit d'attention hyperactivité (TDAH) dans les troubles du neurodéveloppement (TND). *Contraste*, 51(1), 189-202.
<https://doi.org/10.3917/cont.051.0189>
- Purper-Ouakil, D., & Franc, N. (2011). Dysfonctionnements émotionnels dans le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). *Archives de Pédiatrie*, 18(6), 679-685.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.03.003>
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G., & Mouren, M.-C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention–hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Medico-psychologiques - ANN MEDICO-PSYCHOL*, 164, 63-72.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.11.003>
- Quinn, P., & Wigal, S. (2004). Perceptions of Girls and ADHD : Results From a National Survey. *Medscape General Medicine*, 6(2), 2.
- Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-Centred Practice with Children : A Practical Guide for Occupational Therapists*. John Wiley & Sons.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
<https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>

- Rushton, S., Giallo, R., & Efron, D. (2020). ADHD and emotional engagement with school in the primary years : Investigating the role of student-teacher relationships. *The British Journal of Educational Psychology*, 90 Suppl 1, 193-209.
<https://doi.org/10.1111/bjep.12316>
- Sibley, M. H., Link, K., Torres Antunez, G., & Greenwood, L. (2022). Engagement Barriers to Behavior Therapy for Adolescent ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2025597>
- Surig, L., & Purper-Ouakil, D. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), self esteem and the impact of treatment. *Medecine Therapeutique Pediatrie*, 19, 209-215.
<https://doi.org/10.1684/mtp.2016.0610>
- Townsend, E., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition). CAOT Publications ACE.
- Tricaud, K., & Vermande, C. (2017). Chapitre 1. Le TDAH. In *Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 1-38). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/trouble-deficit-de-l-attention-hyperactivite--9782353273287-p-1.htm>
- Vera, L. (2015). *TDA/H chez l'enfant et l'adolescent : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité*. Dunod.
- Verret, C., Massé, L., & Picher, M.-J. (2016). Habiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH : État des connaissances et perspectives d'intervention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 445-454.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.08.004>
- Vigo, S., & Franc, N. (2012). Chapitre 2. Le Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité (TDAH). Symptômes et diagnostic. In *Mon enfant est hyperactif (TDAH)* (p. 47-63). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/mon-enfant-est-hyperactif--9782804171148-p-47.htm>

- Wennberg, B., Janeslätt, G., Gustafsson, P. A., & Kjellberg, A. (2021). Occupational performance goals and outcomes of time-related interventions for children with ADHD. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(2), 158-170.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1820570>
- Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 97-109.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>
- Wodon, I. (2009). *Déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent* (Mardaga). <https://www.librairiegerard.fr/livre/1134448-deficit-de-l-attention-et-de-l-hyperactivite-ch--isabelle-wodon-mardaga>
- Zomerén, A. H., & Brouwer, W. H. (1994). *Clinical Neuropsychology of Attention*. Oxford University Press.

Annexes

Annexe I. Symptômes d'inattention du DSM-V	52
Annexe II. Symptômes d'hyperactivité / impulsivité du DSM-V	53
Annexe III. Questionnaire	54

Annexe I. Symptômes d'inattention du DSM-V

Symptômes d'inattention du DSM-V
1. Souvent, il ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou commet des fautes d'étourderies dans les activités scolaires, dans son travail ou d'autres activités de la vie quotidienne (<i>par exemple : il néglige ou oublie des détails, son travail n'est pas précis</i>).
2. Il a souvent des difficultés pour soutenir son attention au travail ou dans les jeux (<i>par exemple : il a du mal à rester concentré pendant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long</i>).
3. Il semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (<i>par exemple : son esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste</i>).
4. Souvent, il ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (<i>par exemple : il commence un travail, mais perd vite le fil et il est facilement distrait</i>).
5. Il a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (<i>par exemple : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; il complique et désorganise le travail ; il gère mal le temps ; il ne respecte pas les délais fixés</i>).
6. Souvent, il évite ou il a en aversion ou il fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (<i>par exemple : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez l'adolescent ou l'adulte : préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article</i>).
7. Il perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
8. Souvent, il se laisse facilement distraire par des stimuli externes (chez l'adolescent et l'adulte, cela peut inclure : passer du « coq à l'âne »).
9. Il a des oublis fréquents dans sa vie quotidienne (<i>par exemple : lorsqu'il effectue des tâches ménagères ou quand il fait les courses ; ou (chez les grands adolescents et les adultes), pour rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous...</i>)

Annexe II. Symptômes d'hyperactivité / impulsivité du DSM-V

Symptômes d'hyperactivité - impulsivité du DSM-V
1. Il remue souvent ses mains ou ses pieds, se tortille sur son siège
2. Il se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (<i>par exemple : il se lève de sa place en classe, au bureau ou au travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester assis</i>)
3. Souvent, il court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (<i>remarque : chez l'adolescent ou l'adulte, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation</i>)
4. Il a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs
5. Il est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts » (<i>par exemple : il est incapable ou il lui est très pénible de rester immobile pendant un long moment, comme au restaurant, dans une réunion... Il peut souvent être perçu par les autres comme agité ou difficile à suivre</i>)
6. Souvent, il parle trop
7. Il laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (<i>par exemple : il termine la phrase de ses interlocuteurs, il ne peut pas attendre son tour dans une conversation</i>)
8. Il a souvent du mal à attendre son tour (<i>par exemple : lorsqu'il fait la queue</i>)
9. Il interrompt souvent les autres ou impose sa présence (<i>par exemple : il fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités d'autrui ; il peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur autorisation ; adolescent ou adulte, il peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font</i>).

Annexe III. Questionnaire

Présentation

Bonjour,

Je m'appelle Océane LEVALLOIS et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut du Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation (ILFOMER). Je me permets de faire appel à vous pour répondre à cette enquête dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Je souhaite entreprendre une analyse de pratique professionnelle des ergothérapeutes exerçants auprès des enfants ayant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) en lien avec les difficultés de performances occupationnelles.

Ce questionnaire s'adresse aux ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillants actuellement auprès d'enfants TDA/H. Il est anonyme, et son temps de passation est estimé de 5 à 10 minutes environ.

Je vous remercie de prendre du temps pour m'aider dans ma recherche. De plus, n'hésitez pas à transmettre ce questionnaire autour de vous, aux professionnels concernés.

Voici mes coordonnées si besoin :

Oceane.levallois@etu.unilim.fr

Partie 1/4 : Informations générales sur le professionnel

1. Êtes-vous ?

Un homme

Une femme

Sans genre

2. Quel est votre âge ?

3. En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état en ergothérapie ?

4. Êtes-vous intervenu ou intervenez-vous auprès d'enfants TDA/H ?

☐ Oui

☐ Non

4.1. Depuis combien de temps ?

Moins de 2 ans

Entre 2 et 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 10 ans

4.2. Souhaiteriez-vous, dans votre future pratique, intervenir auprès des ces enfants ?

Oui

Non

5. Dans quelle(s) structure(s) travaillez-vous ?

- ☐ Cabinet libéral
- ☐ SESSAD (services d'éducation spécialisé et de soins à domicile)
- ☐ IME / IEM (institut médico-éducatif / institut d'éducation motrice)
- ☐ EEP (établissement pour enfants polyhandicapés)
- ☐ CMPP (centre médico-psycho pédagogique)
- ☐ CAMSP (centre d'action médico-social précoce)
- ☐ SSAD (Service de soins à domicile)
- ☐ Centre Hospitalier
- ☐ Autre

Autre :

6. La majorité des accompagnements se déroulent :

- ☐ Au cabinet / dans la structure
- ☐ Au domicile
- ☐ En milieu scolaire
- ☐ Autre

Autre :

7. Les séances sont plutôt réalisées :

☐ En individuel

☐ En collectif

☐ Autre

Autre :

Partie 2/4 : Accompagnement des enfants TDA/H

1. En moyenne, vers quel âge a commencé le suivi en ergothérapie ?

2. Selon vous, à quel âge moyen serait-il préférable de commencer la prise en charge en ergothérapie ?

Avant 4 ans

Entre 4 et 6 ans

Entre 6 et 8 ans

Entre 8 et 10 ans

Après 10 ans

3. Pensez-vous que la prise en charge est suffisamment précoce ?

Oui

Non

4. En moyenne, quel est le temps de prise en charge ?

Moins de 2 ans

Entre 2 et 4 ans

Entre 4 et 6 ans

Plus de 6 ans

5. Quelle part représente les enfants TDA/H dans votre patientèle ?

Moins de 3 sur 10

Entre 3 et 5 sur 10

Entre 5 et 7 sur 10

Plus de 7 sur 10

Tous les enfants suivis ont un TDA/H

6. Par qui les enfants sont-ils fréquemment orientés ?

Médecin

Autres professionnels de santé

Venue spontanée

École

Autre

Autre :

7. Quelle est la fréquence moyenne des séances ?

1 fois par mois

2 fois par mois

3 fois par mois

4 fois par mois

Plus de 4 fois par mois

8. Selon vous, quelles sont les difficultés les plus rencontrées par ces enfants ? (3 réponses classées dans l'ordre sont attendues)

Relations affectives et sociales



Apprentissages scolaires



Vision de l'échec



Gestion des émotions



Soins personnels



Activités productives au domicile (devoirs, tâches du quotidien...)



Loisirs



Autre



Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez-les

Autre :

9. De manière générale, un enfant TDA/H parvient à exprimer ses qualités de manière :

Similaire à son entourage

En-dessous de ce qui est perçu par l'entourage

Au-dessus de ce qui est perçu par l'entourage

* Entourage = parents, aidants, amis, maîtresse

10. Pensez-vous qu'un enfant TDAH a tendance à subir plus d'interactions négatives que les autres enfants ?

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

11. Pensez-vous que le sentiment d'efficacité d'un enfant peut impacter sa façon d'agir ?

Très peu

Un peu

Beaucoup

Enormément

Partie 3/4 : Modalités de l'intervention en ergothérapie

1. Pensez-vous qu'une estime de soi altérée peut provoquer ou majorer des troubles associés ?

Oui

Non

1.1. Lesquels vous semblent les plus fréquents ? (2 réponses maximum)

- ☐ Trouble anxieux
- ☐ Dépression
- ☐ Trouble de l'opposition avec provocation
- ☐ Conduites à risques
- ☐ Troubles de l'apprentissage
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Autre

Autre :

2. Lors des séances, avez-vous déjà utilisé un ou plusieurs procédés ci-dessous afin de répondre aux troubles de l'enfant ? (impulsivité, agressivité, inattention...)

Arrêt de la séance

Réduction du temps de séance

Temps calme

Activités ludiques

Activités gratifiantes

Autres

Autres :

3. Utilisez-vous certains de ces principes liés à la réassurance dans vos pratiques quotidiennes avec ces enfants ? (3 réponses maximum)

Utilisation de feedbacks positifs

Encouragement

Valorisation des réussites

Valorisation des échecs

Ritualisation

Autre

Autre :

4. Vous basez-vous régulièrement sur des évaluations liées à l'estime de soi ?

Oui

Non

4.1. Si oui, lesquelles.

4.2. A quel moment ces évaluations sont-elles administrées ?

En début de prise en charge

En milieu de prise en charge

En fin de prise en charge

Durant toute la prise en charge

5. Les objectifs généraux de prise en charge comprennent-ils des actions sur l'estime de soi ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

Tout le temps

5.1. En moyenne, à quelle fréquence ces objectifs sont-ils réévalués ?

Tous les mois

Tous les 6 mois

Tous les ans

6. Les procédés motivationnels vous semblent-ils essentiels dans votre pratique auprès de ces enfants ?

Sans importance

Peu important

Assez important

Très important

6.1. Utilisez-vous un ou plusieurs de ces procédés ?

Compétition / défi

Activités de groupe

Changement d'environnement

Matériel / jeux appréciés

Jeux

Mises en situation

Renforcements positifs

Autres

Autres :

Partie 4/4 : Devenir des enfants TDA/H

Participation occupationnelle : fait référence au fait d'agir au sens le plus large ; c'est-à-dire à l'**engagement** effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidiennes au sein de contextes socioculturels spécifiques.

Performance occupationnelle (rendement occupationnel) : fait référence à la **réalisation** de l'ensemble des tâches et occupations qui soutiennent la participation.

Engagement occupationnel : correspond au niveau **d'investissement** qu'une personne met dans l'accomplissement d'une activité.

Selon vous, dans quel domaine les enfants présentent-ils le plus de difficultés ?

Participation occupationnelle

Performance occupationnelle

Engagement occupationnel

Pensez-vous qu'une mauvaise perception de lui-même peut impacter :

Participation occupationnelle

Performance occupationnelle

Engagement occupationnel

Selon vous, ces difficultés peuvent-elles avoir un impact dans l'avenir de l'enfant ?

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Estime de soi et performances occupationnelles chez les enfants atteints de TDA/H : Un regard approfondi sur l'impact de l'intervention ergothérapique

Contexte : Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) est un trouble neuro-développemental fréquent chez les enfants, caractérisé par des difficultés d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Ces symptômes peuvent avoir un impact significatif sur les performances occupationnelles de l'enfant, y compris ses activités scolaires, sociales et domestiques. L'estime de soi est un facteur clé qui influence la motivation, l'engagement et les résultats de ces activités. **Méthode** : Notre étude vise à recenser les pratiques qu'effectuent les ergothérapeutes dans un objectif d'amélioration de l'estime de soi auprès d'enfants TDA/H. Pour ce faire, nous avons diffusé un questionnaire permettant d'entreprendre un état des lieux des actions et des perceptions tout en parvenant à une réponse à notre problématique. **Résultats** : Les résultats de cette étude démontrent que l'estime de soi est souvent affectée chez les enfants TDA/H. Cependant, l'intervention de l'ergothérapeute montre des effets positifs sur l'estime de soi. Les interventions axées sur le renforcement des compétences, la valorisation des réussites, l'adaptation de l'environnement et de la temporalité ont contribué à améliorer l'estime de soi des enfants, ce qui s'est traduit par une amélioration de leurs performances occupationnelles dans divers domaines. **Conclusion** : Cette recherche souligne l'importance de l'intervention de l'ergothérapeute pour améliorer l'estime de soi des enfants atteints de TDA/H et leurs performances occupationnelles. Les résultats suggèrent que des interventions visant à renforcer l'estime de soi peuvent être bénéfiques pour favoriser le bien-être, la réussite occupationnelle ainsi que l'engagement.

Mots-clés : TDA/H ; estime de soi ; performance occupationnelle

Self-esteem and occupational performance in children with ADHD: A comprehensive examination of the impact of occupational therapy intervention

Context: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder in children characterized by difficulties with attention, hyperactivity, and impulsivity. These symptoms can significantly impact a child's occupational performance, including their academic, social, and domestic activities. Self-esteem is a key factor that influences motivation, engagement, and outcomes in these activities. **Method:** Our study aims to identify the practices employed by occupational therapists to improve self-esteem in children with ADHD. To achieve this, we distributed a questionnaire to assess current actions and perceptions while addressing our research question. **Results:** The results of this study demonstrate that self-esteem is often affected in children with ADHD. However, occupational therapy interventions show positive effects on self-esteem. Interventions focused on skill-building, acknowledging achievements, environmental adaptations, and time management have contributed to improving the self-esteem of children, resulting in enhanced occupational performance across various domains. **Conclusion:** This research highlights the importance of occupational therapy intervention in improving self-esteem and occupational performance in children with ADHD. The results suggest that interventions targeting self-esteem can be beneficial in promoting well-being, occupational success, and engagement.

Keywords: ADHD ; self-esteem ; occupational performance

