

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

L'Equithérapie auprès d'enfants TDAH en ergothérapie

Le Cheval : partenaire occupationnel dans la prise en soin
ergothérapique des enfants souffrants de TDAH ?

Mémoire présenté et soutenu par

Marine ROLLI

Le 13 juin 2022



Mémoire dirigé par

Agathe SALINIER

Ergothérapeute

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements sincères,

A ma directrice de mémoire **Agathe SALINIER** pour son accompagnement bienveillant, et constructif. Merci pour tes précieux conseils et les temps d'échanges toujours très riches que tu as pu m'accorder. Pour ton expertise du soin ergothérapique assisté par l'animal et la passion que tu nous transmets pendant ton intervention à ce sujet.

A **Stéphane MANDIGOUT** pour ses apports méthodologiques indispensables à la rédaction de ce travail de recherche. Merci d'avoir su nous motiver et nous rassurer lorsque le besoin s'en faisait sentir.

A Madame **Lydia DARSY**, Messieurs **Patrick TOFFIN** et **Thierry SOMBARDIER** référents pédagogiques de l'ILFOMER, pour leur accompagnement et soutien tout au long de ces trois années, ainsi que pour leurs enseignements en ergothérapie.

A mes tuteurs et tutrices de stage, en particulier **Amélie DA SILVA** pour sa gentillesse, son écoute et son soutien pendant ce stage et même après. A **Anne FAGETE** et **Lucie ALLIN** pour leur confiance, leur bienveillance et leurs apprentissages constructifs. Merci pour vos précieux conseils, qui ont contribué à la construction de mon identité ergothérapique.

A **mes parents** pour leur soutien sans faille. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir permis de réaliser tous mes projets.

A mes sœurs, **Elisa** et **Lucie** pour leur présence et leur soutien à toute épreuves.

A mes **ami(e)s** de m'avoir soutenu de près ou de loin durant ces dernières années.

A **Paul**, de me tirer vers le haut chaque jour. Merci pour ton écoute, ta patience et tes conseils toujours bienveillant.

Enfin, merci à **Paco**, mon fidèle compagnon de tous les jours. Merci d'avoir égayé et adouci mon quotidien pendant ces trois années et pour longtemps encore.

Et merci à **mes cinq chevaux** au grand cœur, en particulier à **Holly**, pour tous ces moments et ces enseignements précieux qui m'ont fait grandir. Pour leur réconfort et leur apaisement dans les moments difficiles. Pour les instants de complicité inoubliables. C'est grâce à vous et en votre honneur que j'ai tenu à réaliser ce travail de recherche.

« Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur »

Xenophon

« L'extérieur du cheval exerce une influence sur l'intérieur de l'Homme »

Sir Winston Churchill

« On ne peut pas prétendre maîtriser un cheval tant qu'on ne se maîtrise pas soi-même »

Pat Parelli

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 :

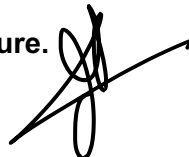
Je, soussignée Marine ROLLI

**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 BASSILLAC, Le dimanche 22 mai 2022

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 Ergothérapeute

Session de juin 2022

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Marine ROLLI

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 : BASSILLAC

Le : dimanche 22 mai 2022

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' and 'R' followed by a long horizontal stroke.

Glossaire

Approche biopsychosociale : Approche prenant en compte les facteurs psychologiques, sociaux et biologiques des pathologies.

Comorbidité : Association de pathologies ou de troubles.

Étiologie : Causes d'une pathologie ou d'un trouble.

Fonctions exécutives : Ensemble de processus cognitifs qui se trouve activé lorsque l'individu doit faire face à des situations nouvelles.

Habiletés sociales : Ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux adaptés à la situation sociale.

Inhibition : Action d'inhiber : Freiner ou empêcher un comportement.

Limitations d'activités : Désignent les difficultés qu'un individu peut rencontrer pour mener une activité.

Manège : Espace couvert dont le sol est meuble et souple qui permet de travailler les chevaux.

Médicamentation : Prise des médicaments

Neuro-développement : Construction progressive de l'architecture du système nerveux et du cerveaux.

Nosographie : Description, classification des maladies.

Opérateur booléen : Outils permettant de combiner des recherches par exemple : ET/AND, OU/OR.

Pansage : Soins du cheval par diverses actions de brossages et de nettoyage.

Pathologie psychomotrice : Pathologie qui concerne à la fois les fonctions motrices et psychiques.

Pharmacothérapie : Utilisation thérapeutique de médicaments.

Synapse neuronale : Zone de connexion située entre deux neurones.

Triade symptomatique : Groupe de trois symptômes.

Zoologie : Branche des sciences naturelles qui étudie les animaux.

Table des abréviations

DSM *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ENOTHE *European Network of Occupational Therapy in Higher Education*

HAS *Haute Autorité de Santé*

MPH *Methylphenidate*

NICE *National Institute for health and Clinical Excellence*

PEDro *Physiotherapy Evidence Database*

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

TND *Troubles neuro-développementaux*

TSA *Trouble du Spectre Autistique*

Table des matières

Introduction.....	13
Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)	14
1. Définition.....	14
1.1. Troubles du neuro-développement	14
1.2. TDAH	15
1.2.1. Le déficit d'attention ou l'inattention	15
1.2.2. L'impulsivité	16
1.2.3. L'hyperactivité motrice ou l'agitation.....	16
1.3. Données épidémiologiques.....	17
2. Retentissements du trouble dans la vie quotidienne	18
3. Diagnostic.....	20
4. Recommandation de prise en charge.....	21
4.1. Prise en charge médicamenteuse	21
4.2. Prise en charge non médicamenteuse	22
Ergothérapie.....	23
1. Définition.....	23
2. Concept occupationnel	23
2.1. Science de l'occupation	23
2.2. Participation occupationnelle	24
2.2.1. Définition.....	24
2.2.2. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	24
2.2.3. Outils de mesure de la participation occupationnelle : Le MOHOST ou le SCOPE	26
3. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de enfants TDAH	27
Le cheval dans le soin.....	28
1. Médiation animale.....	28
2. Médiation équine	28
2.1. Histoire Homme-Cheval	28
2.2. Éthologie du cheval.....	29
2.3. Le Cheval et l'enfant	29
2.4. Définition et terminologie	30
2.5. Equithérapie	31
2.5.1. Règlementation et diplômes.....	31
2.5.2. Troubles mentaux, comportementaux ou neuro-développementaux	32
Problématique	33
Méthodologie.....	34
1. Les objectifs.....	34
2. Choix de la méthodologie	34
2.1. Sources d'informations	34
2.2. Stratégie de recherche.....	34
2.2.1. Choix des mots clés	34
2.2.2. Critères d'inclusion	35
2.2.3. Critères d'exclusion	35
Résultats	37

1. Présentation des articles sélectionnés	37
2. Présentation des résultats	41
3. Résultats secondaires	42
Discussion	43
1. Réponse à la problématique et vérification des hypothèses	43
2. Influence des modalités d'intervention	44
3. L'apport du cheval dans la thérapie.....	45
4. Prise en charge complémentaire ou équivalente à la médication ?	46
5. Limites et perspectives	48
Conclusion.....	49
Références bibliographiques.....	51
Annexes	56

Table des illustrations

Figure 1 : Retentissements du TDAH.....	18
Figure 2 : Schématisation du MOH	25
Figure 3 : Diagramme de flux de la sélection des articles.....	37
Figure 4 : Présentation des résultats	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés utilisés	35
Tableau 2 : Table d'extraction	40

Introduction

Le Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) concerne une part importante des enfants d'âge scolaire, estimée à un enfant par classe (1). Sa triade symptomatique entraîne des répercussions importantes sur le quotidien de l'enfant et des personnes qui l'entourent, qui sont alors restreintes dans leur participation à certaines situations de vie.

Ainsi, les ergothérapeutes sont fréquemment amenés à rencontrer et prendre en charge ces jeunes patients, qui leurs sont orientés de prime abord pour des difficultés dans les apprentissages. L'ergothérapeute semble posséder un rôle central dans l'accompagnement de ces enfants, faisant le lien entre les différents lieux de vie de l'enfant, dans lesquels il évolue et grandit.

Par ailleurs, lors de mes expériences de stage professionnel, j'ai été interpellée par le nombre d'enfants possédant un diagnostic de TDAH et pratiquant des activités au contact des chevaux, que ce soit de l'équitation en loisir ou bien en thérapie, ou encore ayant un attrait particulier pour cet animal.

Ce fait a attiré mon attention, le cheval m'ayant moi-même accompagné dans mon développement personnel. En effet, ma propre expérience m'a toujours laissée penser que cet animal pouvait nous apporter beaucoup dans notre vie quotidienne, que nous le côtoyions le temps de quelques heures ou bien toute une vie. A mon sens, il m'a aidé à prendre confiance en moi, à m'affirmer, me responsabiliser, à considérer l'autre...

Ainsi, quels bénéfices ces enfants peuvent-ils tirer de ces moments partagés avec le cheval ? L'utilisation de ce dernier en thérapie peut-elle permettre de réduire les problématiques engendrées par ce trouble ? Et si le cheval s'avérait être un partenaire de soin favorisant l'acquisition de compétence ou encore la compréhension des relations aux autres ? Peut-il accompagner l'ergothérapeute dans sa mission visant l'amélioration de la participation de ces enfants ?

Comme vous pouvez le constater de nombreux questionnements ont émergé, nous menant à la réalisation de ce mémoire de recherche dans lequel nous tentons d'y répondre grâce à la littérature scientifique.

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

1. Définition

Il semble important de définir de manière précise le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, car il s'agit d'un trouble mental fréquemment retrouvé chez les enfants (2). Ainsi, nous tenterons d'apporter un maximum de clarté à la définition de ce trouble qualifié de « complexe » par de multiples auteurs.

Le TDAH fait partie de la famille des Troubles du Neuro-Développement (TND) décrite par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) (3).

1.1. Troubles du neuro-développement

Les Troubles du neuro-développement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant entraînant des conséquences importantes sur son fonctionnement adaptatif, et ce dans toutes les activités de la vie quotidienne (4). Ces troubles ont été regroupés dans la dernière version du DSM-V, éditée par l'Association américaine de psychiatrie en 2013. Ce dernier les définit comme « *un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel* » (5).

Chaque TND répertorié est mis en lien avec un défaut de développement ou d'acquisition d'une fonction cognitive. Nous y trouvons les troubles du développement de la communication et des interactions sociales comme par exemple l'autisme, les troubles atteignant l'attention qui correspondent au TDAH, ou encore les troubles impactant l'acquisition du langage oral ou écrit nommés dyslexie ou dysorthographe. Cette liste n'est pas exhaustive. Afin de prendre connaissance des fonctions altérées pour chaque TND un tableau est présent en **Annexe I**.

Il est important de noter que tous ces troubles se différencient des simples « retards » ou « difficultés scolaires » par leur caractère durable, et leur retentissement sur le fonctionnement de la personne dans toutes les sphères de sa vie quotidienne (6).

Ainsi, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, que nous pourrions aussi appeler trouble du développement attentionnel avec ou sans hyperactivité, implique une altération des différents processus attentionnels, éventuellement associée à un comportement hyperactif. Un dysfonctionnement plus global des fonctions exécutives est présent, touchant différentes composantes de celles-ci comme l'attention, mais aussi l'utilisation de la mémoire de travail, l'inhibition, la flexibilité, ou encore la planification (6). Ces dernières sont aujourd'hui reconnues comme un élément majeur du syndrome (7).

L'origine de ces dysfonctionnements est discutée. Après avoir mis en évidence leur dimension génétique, certains spécialistes mettent en avant plusieurs facteurs environnementaux associés à la survenue des TND. Parmi ces derniers, nous retrouvons la prématurité, les infections lors de la grossesse ou après la naissance, la malnutrition maternelle, les accidents ischémiques néonataux, la pollution, ou encore les perturbateurs endocriniens. En effet, le développement du cerveau humain est le résultat d'un long processus de maturation qui dépend des facteurs génétiques et environnementaux (8).

L'avancée des neurosciences permet de mettre en évidence des pistes concernant le mécanisme de ces troubles. D'après le Professeur de neurologie pédiatrique Pierre GRESSENS, les TND seraient le résultat d'un dysfonctionnement des synapses neuronales induisant un défaut d'échange d'information entre les neurones. Ainsi, la multiplicité des tableaux cliniques serait en corrélation avec la nature des synapses dysfonctionnant ou bien la région du cerveau concernée (8).

1.2. TDAH

Bien que le terme TDAH n'apparaisse qu'en 1984, dans le DSM-III, les premiers écrits descriptifs des caractéristiques de ce trouble remontent aux années 1798 (9).

En observant sa nomenclature nous pouvons percevoir les différentes notions intervenant dans ce trouble. Tout d'abord, il s'agit d'un **Trouble (T)** est non pas d'une pathologie. En effet, les psychiatres le décrivent comme un syndrome regroupant plusieurs symptômes, qu'ils identifient en référence à une nosographie et non à un marqueur biologique spécifique. Ensuite, elle précise le **Déficit de l'Attention (DA)**, mettant en avant les difficultés centrales qu'engendre ce trouble. Enfin, cette terminologie insiste sur le symptôme le plus visible qui est l'**Hyperactivité (H)**, auquel est associé le I de « impulsivité » sans le nommer. Pour autant, cette dimension ne constitue pas le fondement du diagnostic et peut même dans certains cas ne pas être présente (10).

Ainsi, nous pouvons d'ores et déjà observer la complexité de ce trouble qui présente deux aspects distincts : un module cognitif au niveau attentionnel et un module comportemental avec l'hyperactivité (11).

Il paraît primordial de détailler les trois symptômes constitutifs de ce trouble en fonction du DSM-V et ce, afin de mieux percevoir l'impact néfaste dans le quotidien de l'enfant.

1.2.1. Le déficit d'attention ou l'inattention

Les enfants présentent une difficulté à maintenir leur attention sur la tâche en cours, et sur la durée, ainsi, ils vont passer très vite d'une activité à une autre. De plus, il est difficile pour eux de sélectionner leur objet d'attention. De ce fait, ils sont facilement distraits par les stimuli externes, et ont souvent une moindre persévérance à l'effort. En effet, le maintien de leur concentration sur l'activité est très coûteux. Ces enfants ont aussi tendance à oublier fréquemment des choses. Ils sont par exemple décrits de façon stéréotypée comme étant des enfants « rêveurs », « ne semblant jamais écouter », « ne pouvant pas se concentrer ». Le terme « déficit d'attention » laisse entendre que ces individus n'ont pas d'attention or ce n'est pas le cas, leur attention est variable en fonction des situations mais n'est pas absente (12).

Nous distinguons 3 types d'attention. Premièrement « l'attention sélective », qui permet à un individu de se concentrer sur un stimulus particulier en inhibant les éléments distracteurs. Ensuite, il existe une attention dite « divisée » ou parfois appelé « attention partagée », qui représente la capacité à traiter deux ou plusieurs informations simultanément. Par exemple, c'est cette composante de l'attention qui est sollicitée lorsque l'enfant porte son plateau au self : il doit porter son attention sur son plateau pour ne pas le faire tomber ni renverser ce qui

se trouve dessus, et en même temps avancer et chercher une place pour s'asseoir à table. Enfin, l'attention « soutenue » est la capacité à maintenir un niveau d'attention élevé et stable au cours d'une longue activité cognitive (13). Cette dernière est grandement sollicitée dans le milieu scolaire. Dans le cas de TDAH, les trois composantes de l'attention citées ci-dessus, sont altérées.

1.2.2. L'impulsivité

L'impulsivité peut être motrice, verbale et cognitive. Les enfants présentent des difficultés à attendre pour prendre la parole, ils répondent trop vite avant même d'avoir la consigne. Ainsi, ils ont du mal à respecter les règles ou à différer une action, ils ont tendance à agir avant de réfléchir et peuvent parfois se mettre en danger (12). L'impulsivité se traduit également par une difficulté à gérer leurs émotions et à garder leur calme, ce qui peut conduire à une agressivité involontaire (10).

1.2.3. L'hyperactivité motrice ou l'agitation

Elle se traduit par un besoin de bouger sans cesse, l'enfant parle beaucoup ou fait des bruits. Il existe différents degrés d'agitation :

- Agitation motrice importante : l'enfant ne peut tenir en place sur sa chaise sans se lever régulièrement, il perturbe son environnement, trouve des excuses pour se lever (fait tomber un objet, demande à aller aux toilettes), court beaucoup, préfère manger debout.
- Agitation motrice modérée : L'enfant remue sur sa chaise, gigote, bouge en permanence les pieds ou les mains, attrape les objets qui l'entourent et les manipule, profite des moments où il n'est pas obligé d'être assis pour se dépenser.
- Agitation motrice légère : L'enfant grignote ses crayons, ses cols de chemises, se ronge les ongles, fait tourner un objet entre ses doigts quand il est assis ou doit faire un effort d'attention.
- Agitation psychique : pense énormément, une idée vient en bousculer une autre et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il perde le fil de son histoire (11).

Néanmoins, il est important de noter que l'intensité de ces symptômes est variable d'un individu à l'autre et peut évoluer au cours du temps mais aussi en fonction de l'environnement.

A ce titre, et selon plusieurs auteurs (11) (10), le DSM-V distingue plusieurs tableaux cliniques en fonction de l'expression des symptômes, nous retrouvons :

- Une forme clinique avec « inattention prédominante »
- Une forme « hyperactivité/impulsivité prédominante »
- Une forme dite « mixte », lorsqu'aucun des symptômes ne ressort plus que les autres

Par ailleurs, dans la majorité des cas le TDAH est associé à d'autres troubles, tels que des troubles spécifiques des apprentissages. Ces derniers peuvent toucher le langage oral et écrit, dont la dyslexie et la dyscalculie, ainsi que des troubles d'acquisitions des coordinations (12). Nous retrouvons aussi chez ces enfants des troubles émotionnels, troubles de l'humeur, du sommeil ou bien des troubles anxieux et dépressifs. Au niveau comportemental, des troubles oppositionnels avec provocation et des troubles des conduites accompagnent fréquemment un TDAH (10). Enfin, certains auteurs mettent en avant l'association courante du TDAH et du

Trouble du Spectre Autistique « 30 à 80 % des TSA auraient les critères du TDAH et 20 à 50 % des TDAH auraient les critères du TSA » (12).

Cependant, il est important de garder à l'esprit qu'une analyse rigoureuse et holistique est nécessaire afin de déceler les signes imputables au TDAH, à la médication et à l'environnement dans lequel évolue l'enfant (Lussier et al., 2018).

1.3. Données épidémiologiques

Selon les études épidémiologiques, le TDAH toucherait une large population d'enfant, soit environ 5% des enfants en âge scolaire, ce qui correspond à un enfant par classe. La prévalence chez l'adulte est plus faible et est estimée à 2,5%. En effet, les signes cliniques ont tendance à s'estomper avec l'âge expliquant cette diminution de la prévalence (15).

Une prédominance marquée chez les garçons est observée avec un sex-ratio variant de 2 à 4 garçons pour 1 fille. L'hyperactivité étant rarement retrouvée chez les filles, un probable manque de diagnostic pourrait expliquer cette différence importante (12).

D'après la littérature, la forme « inattention prédominante » est la plus fréquente, elle correspond à 46% des enfants diagnostiqués. Ensuite, la forme « hyperactivité/impulsivité prédominante » toucherait 36% des enfants TDAH. Tandis que la forme dite « mixte » elle, représenterait 18% des patients (11).

Cependant, certains auteurs remettent en question ces données, en mettant en avant des critères diagnostiques insuffisamment adaptés faussant la prévalence du TDAH. (16) (17).

Concernant les comorbidités fréquentes, nous pouvons constater que les troubles des apprentissages précités seraient associés au TDAH dans 40% des cas. Les troubles du comportement, tels que des troubles oppositionnels, sont retrouvés dans 65% des cas, tandis que les troubles des conduites apparaissent dans 22% de la population étudiée (18). De plus, selon certaines études (3) 30% des enfants présentant un TDAH souffrent également d'un trouble anxieux.

Le TDAH est qualifié par certaines études de problème de santé publique (19) voir même de « fardeau économique » pour la société et cela dans le monde entier (15). En effet, il engendre un coût socio-économique pour les familles qui doivent engager des frais pour les prises en charge des professionnels de santé non remboursés, le soutien scolaire ou encore le rachat de fournitures scolaires plus adaptées, etc. Le trouble est aussi coûteux pour la société car il est notamment source de nombreux échecs scolaires ou redoublements. La fédération mondiale du TDAH emploie même le terme de « fardeau économique ». Enfin, il est également corrélé à un risque accru de délits à l'âge adulte (20).

2. Retentissements du trouble dans la vie quotidienne

Les retentissements du TDAH sont nombreux et concernent tous les domaines de la vie. Ainsi, ils altèrent grandement la qualité de vie de ces enfants et celle de leurs parents (21). Ils sont en corrélation avec la sévérité des symptômes et la présence de troubles associés. Certains aspects de la vie quotidienne de la personne sont particulièrement touchés tels que la vie scolaire, familiale et sociale ainsi que l'estime de soi (4).



Figure 1 : Retentissements du TDAH

En effet, la réussite scolaire des enfants est fortement impactée, car les activités réalisées en classe sollicitent les fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire et font donc intervenir les fonctions exécutives. Ces dernières sont des fonctions cognitives permettant à l'individu d'adapter son comportement et ses actions, pour faire face à des situations nouvelles, en mettant en place des stratégies afin d'atteindre un but précis (22). Elles sont aussi responsables de la régulation du comportement. Ainsi, leur altération conduit à l'impulsivité, souvent retrouvée chez les individus présentant un TDAH. D'après la littérature, l'ensemble de ces fonctions cognitives est perturbé dans le cas du TDAH. Par voie de conséquence, il est possible d'observer des difficultés de concentration, d'organisation, de planification, d'initiation mais aussi de maintien de la tâche.

Comme précité, la mémoire à court terme semble altérée dans le cas de ce trouble, en particulier la composante mémoire de travail. De ce fait, le traitement et la manipulation d'information ainsi que la bonne compréhension des consignes ou encore le calcul mental et bien d'autres notions abordées en classe peuvent être difficiles.

Enfin, les troubles spécifiques des apprentissages souvent associés peuvent aussi impacter l'engagement de ces enfants dans les activités scolaires et aggraver le taux de redoublement et d'échec, déjà plus important pour ces derniers (10). D'après de nombreux auteurs les résultats scolaires sont affectés par la présence de TDAH, mais celui-ci a également un impact sur le comportement de l'enfant en classe et les relations avec ses pairs, semblant dégrader son bien-être au sein de l'école. Il est parfois puni ou mis de côté car son agitation perturbe la classe (23) (12).

L'estime de soi est presque toujours affectée chez les enfants présentant un TDAH. Elle correspond à « *la valeur que l'individu s'attribue* » (24). En effet, l'image d'eux-mêmes que leur renvoie leur entourage est souvent négative. De plus, ils sont fréquemment confrontés à

des situations d'échecs répétées, ou bien doivent fournir d'énormes efforts cognitifs pour arriver à un résultat. Ils culpabilisent de ne pas réussir ce qu'on attend d'eux et ont tendance à se dévaloriser. Ils peuvent se sentir « nuls », « méchants », « stupides » et « mal aimé », ce qui conduit bien souvent à une aggravation des maladroitness dans les interactions humaines. Des études confortent l'idée que *« plus les perturbations fonctionnelles sont sévères, plus l'estime de soi est affectée »* (24). Or, d'après certaines études une mauvaise estime de soi augmente le risque de trouble dépressif, anxieux et même de trouble de la personnalité (24) (11) (10).

De nombreuses études (12) (25) démontrent également l'atteinte significative des habiletés sociales. Ainsi, les enfants souffrant de TDAH présentent des difficultés de socialisation avec leurs pairs, et d'interactions sociales plus globalement avec tout leur entourage. En effet, ils présentent un déficit des compétences sociales ayant pour conséquences des difficultés à reconnaître les signaux sociaux, et intégrer les règles permettant de comprendre et d'interagir avec les autres de manière adaptée. Ce dysfonctionnement est à mettre en lien avec l'altération des fonctions exécutives, pouvant entraver l'analyse des causes et événements, et donc la prédiction des comportements d'autrui (26). De ce fait, il est possible de constater une attitude intrusive, maladroite et parfois brusque du fait de leur impulsivité. Ainsi, leur comportement est souvent inadapté : *« ils ne savent pas comment aller vers l'autre, comment se comporter en groupe, se faire des amis ; ils grandissent parfois avec l'idée fausse qu'attirer le regard les aidera à avoir des amis. Ils perturbent alors le cours, faisant le clown et interrompant l'enseignant pour faire rire leurs camarades. Ils ne perçoivent pas les regards désapprobateurs de ceux qui souhaitent suivre le cours sans être perturbé »* (11).

Des difficultés de régulation émotionnelle sont également observées chez ces enfants (27). Ce défaut d'ajustement, mettant en cause leurs difficultés d'inhibition, est particulièrement constaté lorsqu'il s'agit d'émotions négatives telles que la frustration, l'impatience, l'agressivité. Il en résulte des réponses inadaptées face aux situations sociales. Les garçons plus particulièrement peuvent avoir des comportements agressifs (26). Par conséquence, ils souffrent de difficultés à s'intégrer dans les activités de groupe, à se faire des amis et à les conserver. Ainsi, nous constatons que *« deux tiers des enfants ayant un TDAH n'ont peu ou pas d'amis »* (10). Ils sont souvent confrontés à des sentiments de rejet, de frustration pouvant entraîner des réactions émotionnelles fortes (28).

Enfin, les enfants présentant un TDAH sont plus sujets aux conduites à risques et dangereuses. Les conduites à risque se définissent par une mise en danger volontaire et répétée (consommation de produits illicites, conduites de véhicule dangereuses, etc), contrairement aux conduites dangereuses qui elles ne sont pas toujours volontaires (10). En effet, leur comportement impulsif et l'absence d'inhibition ainsi que leurs difficultés à anticiper et analyser les situations peut les amener à se mettre en danger sans en avoir conscience. Ainsi, ils présentent un risque de blessures accidentelles nettement plus élevé à la population générale (29) et semblent plus susceptibles de commettre des infractions (30).

Néanmoins, le TDAH n'impacte pas seulement l'enfant porteur du trouble. En effet, tout le système familial est mis à mal. L'impulsivité et l'agitation de ces enfants peuvent entraîner une dégradation des relations au sein de la famille, créant des tensions entre ses membres. Les disputes entre la fratrie sont alors plus fréquentes. De plus, les difficultés scolaires sont

également source de stress pour les parents, qui sont fréquemment convoqués à l'école. Ces derniers peuvent se sentir démunis face à ce phénomène. De même, les devoirs à la maison, impliquant les parents sont souvent une activité quotidienne difficile pour les enfants atteints de TDAH, et ont tendance à affecter les relations parent-enfant. La médication est un sujet qui peut déstabiliser le couple de parents lorsqu'ils ne s'accordent pas. (11). Ainsi, selon la littérature la dépression est plus fréquente chez les patients TDAH, mais elle l'est également chez leurs parents. Enfin, lorsque l'enfant est pris en charge, la famille doit adapter son emploi du temps autour des séances de rééducation (10) (23).

De même, ce syndrome peut entraîner des coûts supplémentaires pour les parents, bien que des aides financières puissent être mise en place par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) lorsque le trouble est reconnu (Dossier MDPH trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, 2021).

3. Diagnostic

L'étiologie précise de ce syndrome est inconnue et il n'existe à ce jour pas de test diagnostic unique. Son diagnostic est établi par un spécialiste, et fondé uniquement sur la clinique et l'anamnèse, car il n'existe pour l'instant aucune mesure biologique, d'imagerie, ou neuropsychologique objective.

Bien que le médecin spécialisé soit le seul à pouvoir poser le diagnostic, l'implication de l'entourage de l'enfant est nécessaire. En effet, les différents acteurs intervenant auprès de ce dernier, c'est-à-dire : ses parents, parfois la fratrie, les intervenants libéraux s'il y en a, le corps enseignant apporteront des éléments et des observations primordiales sur l'expression des symptômes et comportements recherchés (11). En outre, le diagnostic de TDAH se réfère à une approche dimensionnelle, comme c'est le cas pour d'autres pathologies psychiatriques telles que l'anxiété, la dépression. C'est-à-dire que « *le seuil de diagnostic est défini lorsque les symptômes entraînent un handicap, ont un retentissement délétère pour le patient* » (10). Ainsi, les critères diagnostiques du TDAH cherchent à évaluer la chronicité et la sévérité des signes et mesurer l'impact fonctionnel de ces derniers dans la vie quotidienne de l'enfant. Une analyse rigoureuse, pluridisciplinaire, plurimodale et pluri source est indispensable car les symptômes et comportements à observer ne sont pas spécifiques au TDAH. De ce fait, nous pouvons tous par moment avoir du mal à nous concentrer, oublier des choses, ou encore réagir de manière démesurée face à une situation émotionnelle chargée. Le diagnostic peut alors paraître complexe. Afin que la notion de trouble soit évoquée il faut analyser l'aspect chronique et le caractère handicapant de ces symptômes dans les différents domaines d'activités quotidiennes (32).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), deux critères diagnostiques sont couramment utilisés actuellement au niveau international, il s'agit des critères décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-V) et de ceux définis par la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM). Dans sa nouvelle version, la CIM-11 se rapproche des critères du DSM-V et s'accorde sur le terme TDAH. Sa version précédente, aboutissait au terme de trouble hyperkinétique.

Dans sa cinquième et dernière version le DSM introduit les critères diagnostiques du TDAH chez l'adulte. De plus, il précise que le TDAH débute dans l'enfance et qu'il est important d'avoir un tableau clinique significatif avant l'âge de 12 ans.

De manière non exhaustive, les principaux critères du DSM-V sont les suivants :

- Une forme d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité perturbant le fonctionnement ou le développement de l'enfant.
- Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention sont relevés avant l'âge de 12 ans.
- Ces symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux contextes ou plus (ex : à la maison, en milieu scolaire ; avec des amis ou avec de la famille ; dans des activités autres, de loisir par exemple).
- Les symptômes impactent clairement la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- Les symptômes ne sont pas expliqués par un autre trouble tel que la schizophrénie, un trouble psychotique ou bien un autre trouble mental (16).

La littérature traduit une évolution des critères diagnostiques au cours du temps, en concomitance avec les progrès des neurosciences et de l'imagerie cérébrale. En effet le TDAH a d'abord été défini comme un trouble comportemental puis comme un trouble cognitif pour lequel les manifestations comportementales ne sont pas toujours présentes (11).

4. Recommandation de prise en charge

Une fois le diagnostic posé par un spécialiste, la prise en charge doit être globale et adaptée à l'intensité des symptômes. Elle a pour objectif d'agir à la fois sur la triade symptomatique du TDAH, et sur les comorbidités associées afin de réduire les nombreux retentissements. En ce sens, les recommandations de l'HAS de 2014, indiquent que la prise en charge de ces enfants doit être multimodale, soit médicamenteuse et/ou non médicamenteuse. De plus, une prise en charge précoce permet d'éviter l'apparition de certains troubles associés (33).

4.1. Prise en charge médicamenteuse

En France, seul le méthylphénidate (MPH) est utilisé pour le traitement pharmacologique du TDAH, il est indiqué dans le cadre d'une prise en charge globale du TDAH et ne peut être prescrit que chez l'enfant de 6 ans et plus, en deuxième intention seulement. En effet, dans un premier temps, les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales sont à privilégier (10). Le MPH est un psychostimulant dérivé des amphétamines, ayant des effets non désirables certains, et non négligeables, tel qu'un ralentissement de la croissance lors de traitements prolongés chez l'enfant, ou de manière fréquente, des maux de tête, des vertiges, des moments de somnolence, des perturbations du système digestif et bien d'autres. Le MPH est considéré comme un stupéfiant, de ce fait il est soumis à des conditions de prescription et de délivrance particulières (34) (16). Il est commercialisé en France sous le nom de Concerta®, Quasym®, Medininet® ou Ritaline®. Son action est symptomatique, agissant sur l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité, soit les symptômes majeurs du TDAH. Cependant, son action est non curative, ce qui en fait une solution éphémère qui semble néfaste à long terme (34).

Au vu des limites que présente la médication dans le cadre de ce trouble, il est intéressant de se tourner vers des thérapies non médicamenteuses pour prendre en charge les enfants porteurs de TDAH.

4.2. Prise en charge non médicamenteuse

Selon la HAS la prise en charge non médicamenteuse est primordiale dans le cadre du TDAH, et doit être mise en place en première intention. Tout comme la médication, elle a pour but de réduire la triade symptomatique du TDAH et ses retentissements sur les activités de vie quotidienne de l'enfant. Mais elle permet également d'agir sur les comorbidités associées. Cette prise en charge peut se décliner selon différentes mesures psychologiques, éducatives et sociales (33).

La littérature fait état de nombreuses techniques non médicamenteuses utilisées auprès de cette population. Les principales interventions recensées sont les guidances parentales, les psychothérapies, la rééducation, les thérapies familiales, et les aménagements pédagogiques.

En effet, dans un premier temps, une guidance des parents est indispensable afin de les informer et les aider à comprendre le comportement de leur enfant. Pour cela, des programmes leur sont destinés dans le but de les guider dans leur quotidien.

Ensuite, des psychothérapies sont souvent proposées aux enfants souffrant de TDAH. Elles peuvent prendre différentes formes et techniques. De plus, les séances peuvent être individuelles ou en groupe en fonction des besoins de l'enfant. La thérapie comportementale et cognitive est une des techniques les plus utilisées, agissant sur la cognition, la gestion des émotions et le comportement de l'enfant.

Dans la plupart des cas, la rééducation vise plus particulièrement à prendre en charge les troubles associés induit par le TDAH tel que les troubles des apprentissages. Par exemple certains enfants bénéficieront d'une prise en charge en ergothérapie dans le cas de trouble de l'acquisition de la coordination motrice, entraînant des difficultés dans les activités scolaires, et autres activités de vie quotidienne. Dans un même temps, des aménagements pédagogiques peuvent être préconisés afin de favoriser les apprentissages de l'enfant. Une collaboration avec l'enseignant est alors indispensable. Aussi, un accompagnement en orthophonie sera pertinent dans le cas de troubles de langage écrit ou oral.

Enfin, la thérapie familiale, réalisée par un psychiatre ou un psychologue, permet de soutenir et renforcer les compétences des parents en leur proposant des stratégies adaptées à leur enfant, afin qu'ils puissent faire face à certains comportements difficiles (12) (4) (33).

Bien entendu, une collaboration entre tous les acteurs de cette prise en charge non médicamenteuse est indispensable afin que celle-ci soit optimale. De plus, l'investissement de l'entourage familial et scolaire est primordial afin que les compétences acquises par l'enfant lors des séances puissent être transférées dans son quotidien et ainsi diminuer les limitations d'activités et restrictions de participation causées par ce trouble.

Ergothérapie

1. Définition

L'ergothérapie trouve son origine dans le terme grec « *ergon* » signifiant activité. En effet, le concept initial de l'ergothérapie est l'activité. Elle part du principe que l'être humain est un être d'agir, et c'est en ce sens que les activités présentent un potentiel thérapeutique (35).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant sur prescription médicale dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Il intervient dans les parcours de rééducation, réadaptation ou même de réinsertion des personnes en situation de handicap temporaire ou permanente. Spécialiste de la relation santé-activité, il centre sa pratique sur la personne en la considérant dans sa globalité, c'est-à-dire qu'il prend en compte ses capacités, ses valeurs, ses habitudes de vie, mais aussi son environnement physique, son entourage et plus largement le contexte de vie dans lequel elle évolue. Puis, il propose des stratégies permettant de résoudre ses défis quotidiens dans le but d'améliorer, de restaurer ou de maintenir son autonomie et sa satisfaction. Dans sa démarche, l'activité est le moyen utilisé par l'ergothérapeute mais correspond aussi au but final de son intervention. Il est possible de dissocier deux types d'activité utilisées :

- Une activité signifiante étant une activité ayant un sens pour la personne dans son quotidien,
- Une activité significative qui correspond à une activité ayant un sens dans un contexte socio-culturel précis.

L'ensemble de ces activités constitue les occupations. Ainsi, le groupe d'ergothérapeutes ENOTHE définit l'occupation comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société* » (36).

2. Concept occupationnel

L'ergothérapie est centrée sur la personne et basée sur l'occupation. Ainsi, comme pour toute pratique, un fondement scientifique est nécessaire. Dans le cas de l'ergothérapie, ce dernier est explicité par la science de l'occupation.

2.1. Science de l'occupation

La science de l'occupation est au cœur de la pratique ergothérapique et vise à prouver l'impact de l'engagement dans des occupations sur la santé et le bien-être. D'après la fédération mondiale de l'ergothérapie (WFOT), l'occupation correspond à « *toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours* » (37). Elles sont habituellement catégorisées en soins personnels, productivité et loisirs.

Ainsi, en s'appuyant sur ces données scientifiques, plusieurs principes de bases guident la pratique, traduisant le besoin et la capacité de l'être humain à s'engager dans les occupations, qui sont riches, remplies de sens et permettent de structurer sa vie.

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques ou souffrant de situation de handicap nous amène à constater que l'aspect médical et l'aspect social sont étroitement liés. L'ergothérapie via la science de l'occupation fait le lien entre ces deux composantes influant la santé et le bien-être de l'individu en utilisant une approche

multidimensionnelle, une vision holistique de la situation. Ainsi, ces interventions visent à réduire les limitations d'activités des personnes se trouvant en situation de handicap pour permettre les occupations et ainsi favoriser la participation de ces personnes aux différentes situations de vie.

Cette prise en considération du retentissement sur les occupations entraînant des restrictions de participation des personnes en situation de handicap est visible dès 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Celle-ci repose sur une approche biopsychosociale du handicap et tente de rassembler le modèle médical et le modèle social. La CIF définit ainsi la participation comme « *l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle* » (38). Et introduit par ailleurs la notion de restriction de participation dont elle donne la définition suivante : « *Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle* » (38). Elle considère la situation de handicap comme le résultat de faits biologiques, individuels, sociaux et environnementaux. Cette approche interactive des situations de handicap est appuyée par la loi du 11 février 2005 qui fait de la participation une de ses priorités (39).

2.2. Participation occupationnelle

2.2.1. Définition

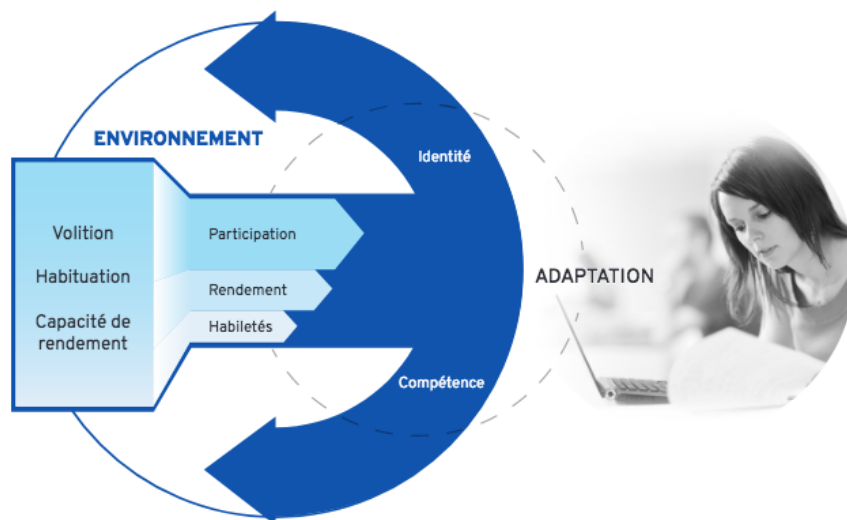
L'objectif pour les ergothérapeutes est d'accompagner les individus vers une participation satisfaisante dans leur quotidien, selon leurs capacités et besoins. La participation est définie par le groupe Terminologie du Réseau européen des écoles d'ergothérapie ENOTHE comme « *l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » (Meyer, 2013). Autrement dit, l'individu prend part au monde et lui appartient par le biais des occupations qu'il mène. Ainsi, la participation est fondamentale. Elle est modulée par le vécu de la personne lors de la réalisation de l'activité, ses habiletés et l'environnement dans lequel elle évolue. Elle s'appuie sur les performances et l'engagement de l'individu. L'engagement étant « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013).

2.2.2. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Selon Gary Kielhofner, la participation occupationnelle est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes de vies et rôles, les capacités et l'environnement. C'est sur ce fondement théorique initiale qu'il base l'élaboration du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) visant à guider la pratique ergothérapique.

A travers le MOH, l'auteur propose une vision holistique de la personne, en considérant sa singularité. Il part du principe que l'Humain est un être occupationnel, et que c'est en agissant que les personnes se construisent et deviennent ce qu'elles sont. De plus, il précise que l'occupation est évolutive et dépendante du contexte environnemental dans lequel elle se déroule.

Via ce modèle, l'auteur tente d'expliciter l'engagement de l'individu dans une activité, et ainsi, guider la compréhension du fonctionnement occupationnel des individus, quel que soit la situation. Il décompose l'individu en trois grandes parties nommées l'Être, l'Agir et le Devenir, et explique les interactions entre ces différentes sphères (40).



Le modèle de l'occupation humaine.

Adapté et traduit par Marcoux, C. (2017), Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e ed.). Wolters and Kluwer.

Figure 2 : Schématisation du MOH

L'Être se compose de :

- **La volition** de la personne, c'est-à-dire sa motivation à agir, à entreprendre une occupation. Elle résulte des valeurs de la personne, de ses centres d'intérêts et de ses déterminants personnels correspondant à l'idée que la personne se fait de ses capacités à réaliser une activité.
- **L'habitude** qui fait référence à l'organisation des occupations, en lien avec les habitudes et les rôles de chacun.
- **La capacité de rendement** (ou capacité de performance) qui fait référence aux capacités objectives du corps, mais aussi, à l'expérience subjective éprouvée par la personne lors de la réalisation d'activité. Cette dernière est nommée le « *corps vécu* ».

Ces trois composantes sont influencées par l'environnement physique et socioculturel dans lequel la personne évolue.

L'Agir est défini selon trois niveaux :

- Le premier niveau correspond à la **participation occupationnelle**, elle traduit l'engagement de l'individu dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne.
- Le **rendement occupationnel** ou performance occupationnelle fait référence à la réalisation des différentes activités qui sous-tendent la participation.
- Les **habiletés** qui correspondent aux actions observables, dirigées vers un but et exécutées par la personne pour réaliser l'activité. Trois types sont définis : les habiletés motrices, qui correspondent aux mouvements du corps. Ensuite, les habiletés

opératoires qui correspondent à l'adaptation de l'individu, à sa capacité à faire des choix, s'organiser, ou encore initier. Enfin, les habiletés de communication et d'interaction traduisent la capacité à transmettre ses besoins et ses intentions.

Le Devenir correspond à :

- L'identité occupationnelle de la personne, faisant référence à qui elle est et qui elle souhaite devenir. Elle se définit au travers des expériences occupationnelles.
- La compétence occupationnelle qui est le reflet de l'identité, traduit la capacité de la personne à mettre en place et maintenir des occupations en adéquation avec son identité et ses valeurs. Ce principe renvoie aussi aux occupations en lien avec les rôles de la personne et sa capacité à répondre aux obligations que ceux-là supposent.

Ces trois composantes de la personne sont en interaction constante entre elles mais aussi avec l'environnement physique et social. Ce dernier influence la participation de la personne en proposant des opportunités, des exigences, des contraintes particulières. (41)

Pour Kielhofner, le processus d'intervention ergothérapique vise à accompagner les personnes vers un équilibre en lui permettant de participer aux occupations ayant un sens personnel et social.

De nombreux outils ont été élaborés à partir de ce modèle conceptuel, afin d'évaluer la participation occupationnelle des personnes et les facteurs influençant cette dernière (40).

2.2.3. Outils de mesure de la participation occupationnelle : Le MOHOST ou le SCOPE

Le Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) est un outil d'évaluation basé sur le MOH et fondé sur l'observation et l'auto-évaluation dans le but de mesurer la participation occupationnelle des personnes adultes. Il peut être utilisé quel que soit la pathologie et permet de recueillir des informations sur la volition, l'habitation, les habiletés et l'environnement de la personne. Ces données serviront ensuite à l'analyse des facteurs influençant la participation occupationnelle. Cet outil permet également de mettre en avant les forces et limites à la participation de la personne (40).

Dans le cadre de prise en charge pédiatrique, un outil similaire au MOHOST est utilisé, il se nomme le Short Child Occupational Profile (SCOPE). Cet instrument est adapté aux enfants de 0 à 21 ans et permet de déterminer par le biais d'un recueil d'information comment la volition, l'habitation, les différents types d'habiletés et l'environnement impactent la participation occupationnelle. Puis, une analyse de ces facteurs permettra de définir les forces et les défis de l'enfant afin de guider l'ergothérapeute dans son intervention, en collaboration avec la famille (42)(41).

Pour les enfants porteurs de TDAH, il s'agit d'identifier les situations de vie dans lesquelles leur participation est limitée et d'analyser ensuite les facteurs limitants en considérant également leurs forces. L'ergothérapeute modulera ensuite son intervention en s'appuyant sur les besoins de l'enfant, de sa famille et les éléments mis en avant par le SCOPE.

Ainsi, par cet outil, la participation occupationnelle des enfants peut être évaluée. Elle semble modulée par la volition, l'habitation, les habiletés de communication et d'interaction, les habiletés opératoires faisant référence aux fonctions exécutives, les habiletés motrices et l'environnement.

Par ailleurs, l'ouvrage de Sylvie Meyer indique qu'une amélioration des performances occupationnelles est un moyen de soutenir la participation, de plus si celle-ci induit un engagement de la personne (Meyer, 2013).

3. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de enfants TDAH

Le TDAH entraîne des retentissements dans les apprentissages scolaires, les relations sociales et les activités de vie quotidienne. Il impacte ainsi la participation de l'enfant à l'école et à la maison. De plus, comme évoqué précédemment, toute la famille peut être mise à mal par les symptômes du TDAH : la réalisation de routine simple ou bien le déroulement des devoirs peut s'avérer être un véritable combat, épuisant tous ses membres. Par ailleurs, la vie scolaire est largement impactée et souvent le motif premier d'orientation vers une prise en charge en ergothérapie. En effet, les difficultés d'attention et les problématiques comportementales, d'opposition, de non-respect des consignes ou encore de déficit des compétences sociales sont autant d'éléments pouvant perturber l'ensemble de la classe.

Les symptômes comportementaux du TDAH sont la cible principale des médications proposées. Cependant, la littérature fait état de peu de preuves concernant leur efficacité à moyen et long terme. Ceci suggère la nécessité de mettre en place des méthodes alternatives pour prendre en charge et gérer ces symptômes. (23)

Une étude récente (23) a questionné les ergothérapeutes sur leur pratique lors de prise en charge d'enfants souffrant de TDAH. Selon les résultats obtenus, ils interviennent sur différentes sphères. On retrouve parmi-elles le traitement sensoriel, les compétences motrices, les compétences cognitives, la régulation du comportement et le développement des compétences sociales via le jeu, ou encore le conseil parental.

Ainsi, l'intervention en ergothérapie tentera de faire évoluer les capacités en lien avec les fonction exécutives, telles que les capacités de planification, d'inhibition, de maintien de l'attention. De plus, l'ergothérapeute visera à améliorer l'autonomie et la satisfaction de l'enfant et de sa famille dans diverses occupations, en se référant aux besoins évoqués par ces derniers. Le professionnel mettra en place des stratégies d'apprentissages, des outils de structurations ayant pour but d'aider l'enfant à gérer son trouble. L'ergothérapeute se rend aussi disponible pour les parents, à qui il peut proposer des stratégies et conseils pour faciliter le bon déroulement des activités quotidiennes à la maison. Il travaille en collaboration avec les professionnels entourant l'enfant, il pourra adapter les supports pédagogiques en lien avec les enseignants ou encore aménager l'environnement pour faciliter l'accès aux apprentissages et ainsi limiter les restrictions de participation de l'enfant dans son rôle d'élève. (43)

Le cheval dans le soin

1. Médiation animale

La médiation animale est reconnue dans le cadre des thérapies non-médicamenteuses par la HAS. Elle est menée par différents professionnels, tels que des psychologues, des infirmiers, des ergothérapeutes, des orthophonistes, ou bien des animateurs ou travailleurs sociaux. Ainsi, la profession initiale praticien s'avère déterminante. (44).

Ghislaine Azémard, professeur en science de l'information et de la communication définit le terme de « médiation » comme étant « *un procédé de communication et de transmission qui utilise un ou plusieurs intermédiaires, qui peuvent être de nature différente. La médiation permet de rendre accessibles des informations par différents processus de codage-décodage* ». Ainsi, la médiation semble correspondre à un processus d'interaction, d'échanges ayant pour but la mise en accord de l'individu avec lui-même et avec les autres, dans le respect de sa singularité, de ses besoins, de ses capacités et des finalités recherchées.

La fondation Adrienne et Pierre Sommer, pionnière et interlocutrice de référence dans le cadre de la médiation animale, la décrit comme une méthode d'intervention basée sur les interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle de l'homme et l'animal, dans un but éducatif, thérapeutique ou bien social (44).

La médiation animale est considérée comme une relation d'aide à visée préventive ou thérapeutique dans laquelle un professionnel qualifié introduit un animal « médiateur » auprès d'un bénéficiaire. Il y a donc au moins trois acteurs : le bénéficiaire, l'animal et le professionnel ; c'est une relation dite « triangulaire ». Elle vise la compréhension et la recherche d'interactions dans un cadre spécifique répondant à des objectifs définis. (45) (44)

2. Médiation équine

De nombreux animaux sont utilisés en médiation animale, comme par exemple le chien, le cheval, l'âne ou encore les animaux de la ferme. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons uniquement à l'utilisation du cheval médiateur. L'expression « couple » que nous entendons fréquemment dans le monde équestre pour décrire un cavalier et sa monture, laisse penser qu'une relation bien particulière peut s'établir entre l'Homme et le Cheval.

2.1. Histoire Homme-Cheval

Les Hommes et les équidés sont historiquement liés. En effet, le cheval a accompagné l'évolution humaine, répondant parfois malgré lui à ses besoins. Au fil du temps, des liens particuliers se sont établis. Après avoir longtemps travaillé à son service, contribué à ses loisirs, le cheval tient un nouveau rôle aujourd'hui : celui de « médiateur ». En effet, les équidés participent désormais à l'accompagnement des personnes en situation de handicap (47).

Déjà, Hippocrate avait constaté les bénéfices musculaires de la pratique de l'équitation en plein air. Il est suivi du philosophe grec Xenophon, qui reconnaît des vertus thérapeutiques au cheval en affirmant « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur* » (48). Enfin, au XVIII^e siècle, Diderot établit également un lien entre le Cheval et la santé et rédige un chapitre de l'encyclopédie qu'il nomme « *De l'équitation* »

et de ses compétences pour se maintenir en bonne santé et pour la retrouver ». (48) Ainsi, l'histoire permet de retracer la reconnaissance lointaine des vertus du cheval.

2.2. Éthologie du cheval

Geoffroy Saint-Hilaire a défini pour la première fois l'éthologie comme « *l'étude des mœurs* » en 1855. Dans sa version moderne, cette discipline de la zoologie correspond à la recherche scientifique dévolue à « *l'étude du comportement dans le milieu pertinent pour l'individu* ».

Dans ce cadre, l'étude du comportement des chevaux permet de cerner les caractéristiques de cette espèce et d'être ainsi en mesure de mieux comprendre l'impact de sa relation à l'Homme. L'éthologie nous aide à comprendre comment le cheval vit et perçoit son environnement. (47)

C'est notamment grâce à cette discipline que nous savons aujourd'hui que le cheval possède une réactivité très marquée aux stimuli de l'environnement, dû à son instinct de proie qui le place en état d'éveil, lui permettant de répondre immédiatement à ce qu'il reçoit de son entourage, dans un but de survie. Ainsi, il est considéré comme un expert en communication non-verbale ; il est en capacité de lire les attitudes corporelles de ceux qui l'entourent. Par la suite, il répondra à ces informations en fonction de ses besoins, en recherchant constamment un état de moindre tension. Il est centré sur ses propres sensations et n'a pas de projet sur l'autre, il est doué d'absence de jugement. Son état de confort ou d'inconfort est au centre de son processus de décision. Dans sa relation à l'Homme, le cheval fonctionne de la même manière : il réceptionne les messages corporels et sensoriels et réagit en adoptant une attitude similaire. Il est ainsi possible d'observer son comportement changer en fonction de la personne qui l'approche.

Jean-Claude BARREY, dirigeant la station de recherche pluridisciplinaire de Metz, évoque les notions d'*isopraxie* et d'*isoesthésie*, qu'il traduit comme la tendance qu'a le cheval à adopter un même mouvement (isopraxie) et une même sensibilité (ou humeur = isoesthésie) faisant de lui un expert en empathie (49).

D'après les travaux de recherches d'Isabelle Claude (50), éthologue équine, le cheval serait le miroir de nos émotions, si nous nous efforçons d'observer ses réactions sans les interpréter.

Par ailleurs, le cheval est un animal grégaire, il est de nature sociable et curieux ce qui en fait une porte d'entrée pour l'établissement de relation avec l'humain. De plus, la vie en troupeau développe ses capacités d'ajustement aux autres au sein d'une hiérarchie bien établie dans laquelle il préserve un espace personnel que nous pouvons entendre nommer « bulle ».

2.3. Le Cheval et l'enfant

De nombreuses études s'intéressent à la relation Homme-Cheval. Cependant, peu d'écrits sont disponibles sur l'interaction spécifique entre les équidés et les enfants. Néanmoins, plusieurs études démontrent que les animaux sont susceptibles d'augmenter la motivation et l'engagement des enfants (51). En effets, les chevaux attirent un grand nombre de personnes, ils impressionnent par leur taille, leur force, leur énergie. Ils plaisent également pour leur beauté et élégance.

Au contact de l'enfant, cet animal symbolique présente de multiples atouts. Tout d'abord, la guidance du cheval nécessite l'utilisation de codes afin de se faire comprendre, mais aussi une maîtrise de soi, afin d'adresser un message cohérent. Ainsi, l'agitation ou bien les comportements impulsifs n'entraînent pas l'action attendu chez le cheval. Cet animal a la particularité d'être à la fois doux et imposant. Il pose ainsi naturellement un cadre et des limites constantes facilement identifiables. À pied comme à cheval, il augmente la considération de certaines règles. De plus, il amène à des actions concrètes ayant du sens pour l'enfant (le brosser pour qu'il soit propre, le diriger pour se déplacer etc.) qui peuvent être le support d'apprentissage. À cheval, les enfants peuvent tester leurs capacités de traitement de l'information, de raisonnement et de prise d'initiative dans la troisième dimension de l'espace, en ayant un feedback immédiat sur les actions engagées (52).

Auprès du cheval, les enfants font également l'expérience de prendre soin d'un autre être, ce qui peut les valoriser, les responsabiliser, ils se sentent alors utiles. Il permet également, pour certains enfants, de rompre l'isolement. Effectivement, le pansage est aussi un moment intime où le cavalier peut se confier au cheval car il sait qu'il ne sera ni jugé, ni critiqué et peut tirer réconfort du pelage doux de ce dernier. En effet, le cheval est reconnu pour être source d'apaisement comme d'autres animaux à poils (53). Néanmoins, sa capacité de portage est un atout supplémentaire, qui renvoie inconsciemment au portage maternel, ayant un effet rassurant, sécurisant. (45)

Enfin, le cheval s'avère être vecteur de socialisation. Il semblerait que créer des relations avec ce dernier aide, dans certaines circonstances, à l'établissement de relations humaines.

2.4. Définition et terminologie

La médiation équine utilise les bienfaits qu'elle tire des liens entre l'Homme et les chevaux et ce, pour différentes finalités : éducative, pédagogique, récréative, socialisante, thérapeutique. Ces axes de travail sont définis en fonction du professionnel pratiquant cette médiation et des objectifs du bénéficiaire.

De ce fait, la littérature dénombre de multiples terminologies pour décrire cette intervention : en fonction des qualifications du professionnel (moniteur d'équitation, paramédicaux...), du profil des bénéficiaires (cavalier/patient) et de leurs problématiques. Toutes ces variables vont moduler la pratique de la médiation équine et ainsi aboutir à différents termes (Équitation adaptée, équithérapie, hippothérapie, etc.) (45)

De prime abord, la nomenclature des pratiques utilisant le cheval auprès de personnes en situation de handicap peut paraître floue et non uniforme. En effet, nous pouvons constater des dissonances entre les auteurs.

Avec le soutien de l'institut français du cheval et de l'équitation, chercheurs et professionnels ont tenté d'établir un tableau explicatif présentant les différentes dénominations, leurs principes et leurs caractéristiques propres. Cette volonté émane d'une clarification des différentes notions que nous pouvons retrouver au sein de la littérature française. Ce récapitulatif est présenté en **Annexe II**. Il est valable uniquement pour la France. En effet, les terminologies diffèrent également selon les pays, ce qui complexifie son étude. Par exemple, en Belgique comme au Québec, les activités désignées par le terme hippothérapie regroupent les activités dénommées en France par les termes d'équithérapie et d'hippothérapie. (45) (54)

2.5. Equithérapie

La médiation équine est un chemin emprunté par différents professionnels. La différenciation se fait notamment par les objectifs recherchés et donc les activités proposées et les professionnels en lien.

Nous utiliserons dans le cadre de ce mémoire le terme d'équithérapie. L'équithérapie, est une activité de soin dispensée par un professionnel du secteur sanitaire et médico-social, elle correspond à « une prise en charge psychocorporelle médiatisée par le cheval et dispensée à une personne dans ses dimensions psychique, corporelle, cognitive, sensorielle et sociale. » (55). Cette nomenclature recouvre également la thérapie avec le cheval ou thérapie assistée par le cheval (47). Cette intervention vise à diminuer les symptômes psychopathologiques, moteurs, cognitifs, sensoriels et communicationnels des individus en bénéficiant. Elle s'adresse à toutes personnes, enfants, adolescents ou adultes rencontrant des difficultés dues ou non à une pathologie mentale et/ ou psychomotrice.

L'équithérapie peut prendre des formes variées, les activités proposées ne se pratiquent pas obligatoirement sur le cheval, mais toujours avec le cheval. L'objectif n'est pas la monte. Les séances peuvent se dérouler de différentes manières allant d'une « simple coprésence dans un lieu commun, d'un contact à pied (caresse, brossage...), à un contact à pied suivi de la monte du cheval, ou bien de la monte du cheval avec une aide (ex : personne tenant le cheval à pied) ». Elle peut être réalisée en séance individuelle ou bien en petit groupe. Le choix de ces activités est fait en fonction des besoins de la personne prise en charge, et en fonction de ses objectifs. L'équithérapie offre ainsi un large panel d'outils thérapeutiques permettant un travail sensoriel, psychomoteur, cognitif ou bien axée sur la communication, la considération de l'autre, et bien d'autres aspects. Elle peut donc s'adapter à la prise en charge de nombreuses pathologies et problématiques qui peuvent être d'ordre sensori-moteur, psychique, ou bien cognitif (exemples : sclérose en plaque, paralysie cérébrale infantile, autisme, hyperactivité, dépression, anorexie...). (45)(55)

2.5.1. Règlementation et diplômes

Les ergothérapeutes en tant que professionnels paramédicaux peuvent prétendre aux diplômes d'équicien, d'équithérapeute ou bien d'hippothérapeute. Nous pouvons observer que les exigences des formations sont variables tout comme leur contenu.

En ce qui concerne la formation en équithérapie, elle s'inscrit parmi les activités de soins légalisées, elle nécessite au préalable un diplôme du médico-social, ainsi qu'un niveau équestre minimum correspondant au Galop 5 pour la formation proposée par la SFE et Galop 4 pour celle encadrée par l'institut français d'équithérapie. Ces deux institutions dispensent une formation d'environ 600 heures aboutissant à l'obtention du diplôme d'équithérapeute, qui sera délivré suite à la passation de différentes épreuves de contrôle continu et à la réussite de l'examen final (56).

La législation française ne définit pas l'équithérapie et ne protège donc pas le titre d'équithérapeute, par conséquent aucun document officiel reconnaissant les qualités d'un équithérapeute ne peut être délivré. Ainsi le diplôme obtenu n'est pas reconnu par l'État à l'heure actuelle, ce qui en fait un diplôme de droit privé uniquement. L'absence de protection du titre d'équithérapeute peut conduire à des dérives nuisant la réputation des professionnels compétents. Pourtant l'équithérapie est connue de l'État et de ses institutions. En effet, certaines structures publiques de santé y ont recours et mettent en place des séances

d'équithérapie ou même finance des formations d'équithérapeute au bénéfice de professionnels du secteur public. C'est le cas du CHRU de Tour qui utilise cette approche en complément des soins réalisés au centre de pédopsychiatrie. (57)

2.5.2. Troubles mentaux, comportementaux ou neuro-développementaux

Comme nous avons pu le voir précédemment, le TDAH est considéré comme un trouble mental, intégrant la catégorie des troubles du neuro-développement. Il paraît pertinent de définir les effets de l'équithérapie observés sur les personnes souffrant de ce type de troubles.

Selon l'état actuel des connaissances, les bénéfices de l'équithérapie auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sont nombreux et concernent les dimensions physique, psychique mais aussi sociale de l'individu. Parmi les bénéfices principalement relevés, nous retrouvons les capacités d'attention et fonctions exécutives, les capacités d'adaptation et de tolérance à la frustration, la régulation émotionnelle, la confiance en soi, les capacités motrices, ou encore les interactions sociales. Cette liste n'est pas exhaustive, un tableau plus complet est présent en **Annexe III**.

Par ailleurs, des études (58) mettent en avant la pertinence thérapeutique de cette approche auprès des individus atteints de TND. Plusieurs effets sont décrits, tels qu'une amélioration des habiletés sociales, des processus sensoriels, des aptitudes comportementales, de la cognition et de l'humeur.

Ainsi, les résultats très positifs et validés scientifiquement de l'équithérapie auprès des enfants porteurs d'autisme induisent une utilisation de plus en plus fréquente de cette approche qui est utilisée en complément des soins habituels. (57)(59)

Problématique

Le TDAH est actuellement le trouble neuro-développemental le plus répandu chez les enfants d'âge scolaire. Sa triade symptomatique impacte fortement la participation de ces derniers dans tous les domaines d'activités. Ainsi, ils sont restreints dans leur participation à de nombreuses situations de vie quotidienne et font face à de grandes difficultés dans les apprentissages.

Comme explicité ci-dessus, il existe un traitement médicamenteux, ciblant les symptômes majeurs, et plus particulièrement le comportement. Cependant, la littérature ne relève à ce jour pas de preuve de son efficacité et de son innocuité à moyen et long terme.

Une prise en charge plurimodale est recommandée, dans laquelle l'ergothérapeute semble tenir une place importante. Bien que les ressources détaillant son intervention soient peu nombreuses, il semble disposer de compétences pour prendre en soin la multiplicité des symptômes de ce trouble.

En parallèle, nous pouvons constater le développement des thérapies utilisant la médiation animale au cours de ces dernières années. En ce qui concerne le cheval, de nombreuses études sont venues consolider la pertinence de son utilisation en thérapie dans le cas de certains troubles, notamment les troubles du spectre autistique faisant partie des TND au même titre que le TDAH. La littérature recense de nombreux bénéfices thérapeutiques et ce, sur des symptômes ou déficiences que nous retrouvons dans le cas d'enfants souffrants de TDAH. De plus, la validation scientifique, de cette approche thérapeutique, pour certaines pathologies nous incitent à nous questionner sur son élargissement à d'autres populations.

Et si le cheval pouvait apporter autant de bénéfices à la prise en soin d'enfants porteur de TDAH ? Cet animal admirable a-t-il une place dans la pratique ergothérapique ? Peut-il permettre la mise en place d'un contexte favorisant l'intervention ergothérapique ?

Ce qui nous emmène à l'élaboration de notre question de recherche, à savoir :

L'équithérapie permet-elle d'améliorer la participation occupationnelle des enfants TDAH ?

Les hypothèses formulées en réponse à ce questionnement sont les suivantes :

- Le cheval utilisé en thérapie permet de réduire les principaux symptômes du TDAH
- La thérapie assistée par le cheval permet une amélioration de la performance des fonctions exécutives dans le cas de TDAH
- Cette approche favorise le développement des habiletés sociales

Méthodologie

1. Les objectifs

Cette étude vise à étudier les effets potentiels de l'équithérapie auprès des enfants TDAH. Pour cela, nous avons réalisé une exploration de la littérature afin de recenser les recherches disponibles sur le sujet. Puis, grâce à une analyse rigoureuse de ces dernières, nous souhaitons mettre en avant les effets observés par les différents chercheurs, en portant notre attention sur les modalités de ces interventions. Notre recherche a pour objectif final d'étudier l'apport de cette approche dans le cadre d'une intervention ergothérapique visant à améliorer l'autonomie et la participation des enfants TDAH.

2. Choix de la méthodologie

Afin d'explorer la littérature scientifique répondant à notre problématique, nous avons décidé de réaliser une *scoping review* ou étude de portée. Celle-ci a pour but de rendre compte de l'ampleur des publications scientifiques portant sur le thème choisit. Cette méthode est considérée comme une première étape d'analyse d'un sujet permettant de construire ensuite des questions de recherche (60).

2.1. Sources d'informations

Afin de recueillir les articles nécessaires et disponibles dans la littérature scientifique, nous avons utilisé plusieurs bases de données via internet. Trois bases de données ont été sélectionnées pour leur pertinence de contenu, il s'agit de PubMed, CINAHL et Scopus. La recherche s'est étendue sur plusieurs mois et a été clôturée le 01 mai 2022.

2.2. Stratégie de recherche

2.2.1. Choix des mots clés

Nous avons sélectionné précisément plusieurs mots clés en lien avec notre sujet de recherche. Afin de s'adapter à l'hétérogénéité des nomenclatures que nous avons constatée lors des multiples lectures concernant l'utilisation du cheval en thérapie, nous avons utilisé plusieurs mots clés pour définir cette intervention et ne pas exclure certains articles portant sur notre sujet.

Par ailleurs, l'anglais étant la langue de référence des écrits scientifiques, nous les avons traduits par le biais du Medical Subject Headings (MeSH) avant de les utiliser dans les différentes bases de données.

Tableau 1 : Mots-clés utilisés

Mots-clés en Français	Mots-clés en Anglais
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	Attention deficit and or hyperactivity disorder (ADHD)
Enfant(s)	Child or Children
Equithérapie	Equine assisted therapy / Hippotherapy

Après ajout des opérateurs booléens, notre équation de recherche finale se présente de la façon suivante :

(ADHD) AND (Child OR children) AND (equine-assisted therapy OR hippotherapy)

2.2.2. Critères d'inclusion

Les articles inclus doivent étudier notre population cible, à savoir les enfants d'âge scolaire, à partir de 6 ans, souffrant de TDAH. Ces derniers doivent bénéficier d'une thérapie faisant intervenir le cheval.

De plus, en tant qu'ergothérapeute nous souhaitons étudier les effets de cette intervention sur le quotidien de ses enfants et leur qualité de vie. Nous porterons une attention particulière sur les fonctions exécutives ainsi que les habiletés sociales des enfants qui semblent contribuer grandement aux restrictions de participation ressentie. De ce fait, les articles devront traiter d'au moins une de ces composantes.

2.2.3. Critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure les articles ne présentant pas les mots clés dans leur titre ou résumé, les doublons et ceux ne contenant pas l'ensemble des critères d'inclusions. Nous avons également exclu les études de type scoping review ou revue de littérature.

Enfin, pour plus de validité nous avons décidé d'exclure les études présentant un échantillon inférieur à 10 enfants.

Suite à cette sélection une table d'extraction sera réalisée (voir Tableau 2). Cette dernière relèvera plusieurs critères pour chacune des études recueillies, à savoir, les auteurs et l'année de réalisation de cette étude ainsi que la population observée. D'autre part, nous nous intéresserons aux modalités des interventions assistées par le cheval, c'est-à-dire à leur durée, aux professionnels animant ces séances ainsi qu'à la structuration de celles-ci. Enfin nous relèverons les tests utilisés et les résultats obtenus.

Afin d'avoir une idée de la qualité scientifique de ces études, une description brève du type d'étude sera faite, suivie de l'attribution d'une note, établie grâce à l'échelle PEDro qui vise à guider l'évaluation de la validité des études via 11 critères. Une étude répondant aux critères aura une note se rapprochant de 10, pouvant traduire une bonne validité scientifique.

Résultats

1. Présentation des articles sélectionnés

Les trois bases de données sollicitées (CINAHL, PubMed et Scopus) nous ont permis de collecter un total de 42 articles (11+18+13). Après suppression des doublons, nous disposons de 19 études (n = 23).

Puis, nous avons procédé à la lecture des titres et résumés afin d'exclure les articles ne traitant pas directement du TDAH. Ceux n'évoquant pas le trouble dans leur titre ni dans leur résumé, ne répondaient pas à notre problématique. Cette seconde phase de sélection nous a permis d'éliminer un certain nombre d'études (n = 6).

Nous avons ensuite affiné notre sélection en étudiant les 13 études restantes, afin d'exclure celles ne respectant pas tous les critères d'inclusion ou relevant des critères d'exclusion, détaillées ci-dessus.

Le diagramme de flux suivant schématise le processus de sélection des articles :

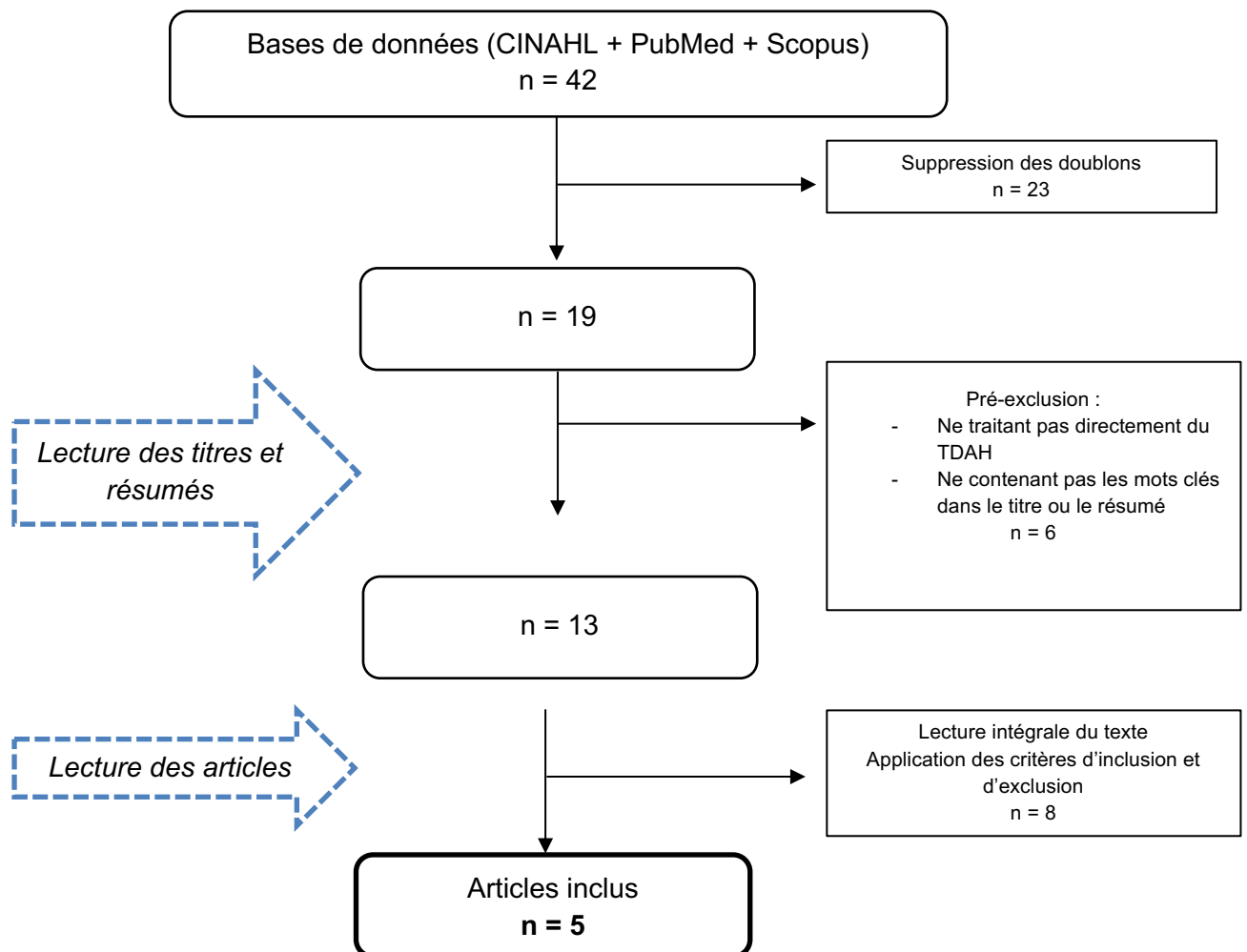


Figure 3 : Diagramme de flux de la sélection des articles

Cinq écrits scientifiques en anglais ont répondu à l'ensemble des critères. Ces derniers ont été publiés récemment, soit entre 2015 et 2021. La table d'extraction relevant les informations caractéristiques des articles sélectionnés correspond au tableau 2 ci-dessous.

N°	Auteurs et année	Population	Durée de l'intervention	Professionnel animant les séances	Structure des séances	Test utilisés	Résultats observés	Types d'études	Note PEDro
1	García-Gómez et al. 2016 (61)	18 enfants TDAH, âgés de 7 à 14 ans	12 semaines (24 séances bihebdomadaires)	Moniteurs d'équitation informés des caractéristiques de enfants TDAH par un spécialiste	Activités montées (pratique de l'équitation) et non montées (soin du cheval et gestion du matériel)	BASC-T Questionnaire de qualité de vie	Aucun effet observé par la BASC-T rempli par les enseignants Amélioration significative des relations interpersonnelles selon questionnaires des parents	Étude contrôlée randomisée	4
2	Aviv et al. 2021 (62)	123 enfants TDAH, âgés de 6 à 12 ans	20 semaines (20 séances hebdomadaires)	Instructeurs en équitation thérapeutique expérimentés	Les moniteurs incitent les enfants à analyser leurs actions en utilisant les réactions du cheval comme rétroaction et à corriger leurs comportements en conséquence. Activités montées et non montées (Soin du cheval et travail à pied)	CPRS-R (version courte) BRIEF SES	Amélioration significative de l' estime de soi et des fonctions exécutives (même 12 semaines après l'intervention)	Étude contrôlée randomisée	7
3	Oh et al. 2018 (63)	34 enfants TDAH, âgés de 6 à 12 ans	12 semaines (24 séances bihebdomadaires)	Médecins formés à l'hippothérapie	Hippothérapie basée sur un programme d'exercices psychologiques ayant pour but d'améliorer l'attention et inhiber l'impulsivité. Activités montées et non-montées. Séance par groupe de 2	ARS CBCL SES PedsQL DCDQ CGI-S Électroencéphalographie quantitative	Amélioration considérable des principaux symptômes sans différence significative entre les deux - <u>Hippothérapie</u> : amélioration significative de la qualité de vie + des relations sociales - <u>Pharmacothérapie</u> : Amélioration significative des problèmes d'extériorisation et de comportements agressifs	Étude contrôlée randomisée	7
4	Jang et al. 2015 (64)	20 enfants TDAH, âgés de 6 à 13 ans	12 semaines (24 séances bihebdomadaires)	X	Programme de psycho-exercices visant à améliorer l'attention et inhiber l'impulsivité. Activités montées et non montées (soin du cheval, seller, le conduire au manège etc.) Chaque patient montait le même cheval pendant 12 semaines	ARS CGI-S GDS CBCL SES BOT-2 Électroencéphalographie quantitative	Amélioration significative des principaux symptômes : (inattention, hyperactivité, impulsivité) + problèmes sociaux + motricité globale, dextérité et coordination	Étude pilote	2

5	Gilboa et al. 2020 (65)	25 enfants TDAH, âgés de 6 à 14 ans	12 semaines (12 séance hebdomadaires)	Ergothérapeutes formés en éducation thérapeutique	Les thérapeutes utilisent l'approche CO-OP qui vise à améliorer les capacités de résolution de problème des enfants et à la généralisation, grâce à la découverte guidée. Activités montées et non montées	BRIEF COPM	Amélioration significative des fonctions exécutives (FE) : capacités d' attention + mémoire de travail + initiation + autorégulation <i>(A la fin de l'intervention, l'échantillon ne remplit plus les critères d'un déficit des FE)</i> Amélioration significative de la performance occupationnelle et de la satisfaction	Étude pilote	2
---	-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---	--	------------	---	--------------	---

Tableau 2 : Table d'extraction

BASC-T, Behavioral Assessment System for Children – Teacher; CPRS-R, Revised Conner's Parent Rating Scale; BRIEF, Behavioral Rating Inventory of Executive Function; SES; échelle estime de soi; ARS, ADHD Rating Scale; CBCL, Achenbach Child Behavior Checklist; PedsQL, inventaire de qualité de vie pédiatrique; DCDQ, Questionnaire sur le trouble développemental de la coordination; CGI-S, Clinical Global Impressions Scale ; GDS, Gordon Diagnostic System ; BOT-2 Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency ; COPM, Canadian Occupational Performance Measure

Un bref descriptif des outils de mesures utilisés dans les différentes études est présent en **Annexe IV**.

Toutes les études intègrent dans leur intervention des activités montées et non montées, comme le pansage du cheval, la gestion du matériel, la conduite du cheval jusqu'au manège etc. Néanmoins, les modalités des séances diffèrent d'une étude à l'autre. En effet, au-delà des techniques de monte et de prise en main du cheval, certaines études utilisent des approches visant à améliorer les symptômes majeurs du TDAH qui sont l'attention et l'impulsivité (62)(63)(64)(65). Ces approches semblent reposer sur les réactions du cheval qui permettent alors une rétroaction et une analyse de la situation obligeant les cavaliers à changer de stratégie ou adapter leur comportement. Nous pouvons remarquer que les techniques varient en fonction du professionnel menant l'intervention. Dans l'étude d'Aviv et al (62), les moniteurs en équitation thérapeutique disent inciter les enfants à analyser les situations, tandis que les études (62) et (63) expliquent utiliser des psycho-exercices. L'étude (65) faisant intervenir un ergothérapeute, applique la méthode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) durant les séances, qui vise à améliorer les compétences de résolution de problèmes des enfants et à la généralisation, grâce à la découverte guidée.

2. Présentation des résultats

Le diagramme suivant, correspondant à la figure 3, synthétise les résultats observés. Il présente le nombre d'études traitant des différents critères et les résultats observés pour chacune.

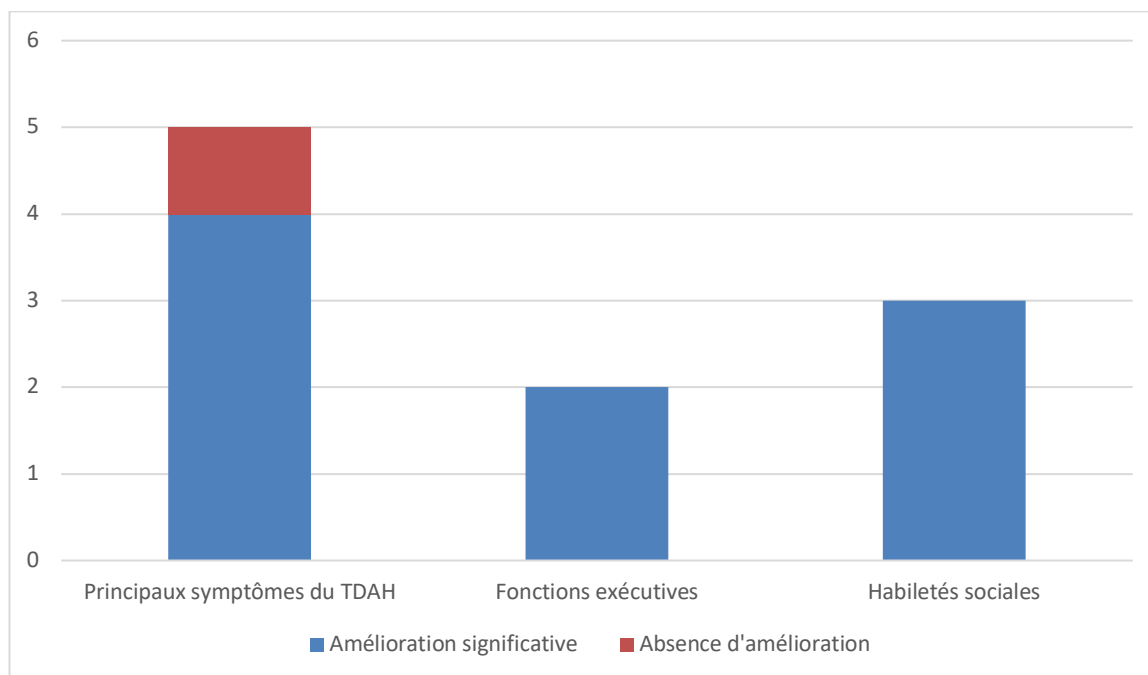


Figure 4 : Présentation des résultats

Nous observons que quatre des cinq études démontrent une amélioration significative des principaux symptômes du TDAH à la fin des interventions.

Ensuite, deux études (62) (65) évaluaient les fonctions exécutives, et ont observé une amélioration significative de ces dernières suite à l'intervention en thérapie assistée par le cheval, et ce même après douze semaines dans l'étude d'Aviv et al (62).

D'autre part, trois études (61)(63)(64) intégraient dans leur travaux l'observation et la mesure des habiletés sociales. Toutes ont retrouvé une amélioration significative de cette dimension, se traduisant par une diminution des problèmes sociaux ou une amélioration des relations interpersonnelles.

3. Résultats secondaires

Les études observées soulèvent également d'autres effets à la thérapie assistée par le cheval. En effet, les travaux d'Aviv et al (62) démontrent une majoration de l'estime de soi. De plus, une amélioration de la performance occupationnelle est observée par Gilboa et al (65). Enfin, Jang et al. (64) observent une amélioration de la motricité globale, de la dextérité et des coordinations.

Discussion

1. Réponse à la problématique et vérification des hypothèses

Les éléments recueillis dans les cinq articles sélectionnés nous permettent de répondre à la problématique, qui est pour rappel : L'équithérapie permet-elle d'améliorer la participation occupationnelle des enfants TDAH ?

D'après les résultats obtenus, la participation occupationnelle semble être améliorée par la thérapie assistée par le cheval. Bien qu'aucun article ne traite directement de cette dimension, nos résultats montrent un effet positif sur plusieurs de ses composantes nous permettant d'extrapoler ses améliorations à une augmentation de la participation occupationnelle.

Tout d'abord, une amélioration significative des symptômes majeurs du TDAH est constatée par la quasi-totalité des études, à l'exception de celle de Garcia-Gomez (61) qui n'observe aucune modification de ces derniers. Cependant, il semble important de relever les modalités d'évaluation de cette dernière qui la différencie des quatre autres. En effet, les résultats ont été obtenus uniquement par le biais de questionnaires délivrés aux parents et enseignants. Cet élément constitue une limite dans la mesure où l'enseignant peut difficilement se focaliser sur un élève et l'observer attentivement, tout en gérant sa classe. D'autre part, les études mesurant une amélioration utilisent des outils d'évaluations recommandés et spécifiques à ce trouble tel que l'ARS ou bien le CPRS-R, contrairement au BASC utilisé dans l'étude de Garcia-Gomez (61) qui est non spécifique au TDAH (10). Enfin, cette divergence de résultat peut aussi s'expliquer par l'absence de critères d'exclusions dans cette étude, ayant pu intégrer des enfants présentant de multiples comorbidités.

Néanmoins, les résultats des quatre autres études suggèrent que l'utilisation du cheval en thérapie améliore les principaux symptômes du TDAH. Cette évolution a pour effet de diminuer les retentissements du trouble dans la vie quotidienne de l'enfant, pouvant réduire de ce fait les restrictions de participation induites par ces derniers.

Par ailleurs, il est possible de constater une amélioration de certaines compétences. En effet, les travaux de Gilboa et al (65) et Aviv et al (62) vont dans le sens de notre seconde hypothèse. Ils s'accordent sur le fait que la performance des fonctions exécutives est augmentée à la fin de l'intervention, et ce même après douze semaines dans l'étude d'Aviv et al (62). Des résultats similaires sont observés dans le cas d'enfants souffrant de Trouble du Spectre Autistique (TSA) (66).

Enfin, notre dernière hypothèse suggérant que la thérapie assistée par le cheval agit sur le développement des habiletés sociales des enfants TDAH semble confirmée. En effet, les études (61), (63) et (64) constatent une amélioration significative des habiletés sociales, traduite par une diminution des problèmes sociaux et une amélioration des relations interpersonnelles. La thérapie assistée par le cheval semble avoir un impact positif sur le développement de la cognition sociale, déjà reconnu dans le cas d'enfants atteints de TSA (67).

Or, comme nous l'avons vu précédemment, la performance dans les différentes habiletés est vectrice de participation. Pour rappel, l'outil dérivé du MOH mesurant la participation occupationnelle, nommé SCOPE définit cette dernière comme étant le résultat des habiletés de l'enfant, de sa volition, de son habitude et de l'environnement. Par

conséquent, l'équithérapie semble pouvoir augmenter la participation occupationnelle des enfants souffrants de TDAH, en développant les habiletés de communication et d'interaction, ainsi que les habiletés opératoires.

2. Influence des modalités d'intervention

L'analyse de ces cinq études met en avant des points de convergence. En effet, la durée des séances est approximativement de 45 minutes dans chacune des interventions. Il est également décrit que des activités montées et non montées ont été réalisées. Ces dernières font référence aux soins apportés aux chevaux, par exemple lors du pansage, mais aussi à l'équipement du cheval et la gestion du matériel. L'étude d'Aviv et al (62) propose également des moments de travail à pied.

Pourtant, les approches diffèrent dans la réalisation de ces mêmes activités selon les études et semblent moduler le développement plus ou moins important de certaines compétences. En effet, parmi ces différents travaux, nous pouvons observer la multiplicité des professionnels intervenants ; nous retrouvons des moniteurs d'équitation, des instructeurs formés en équitation thérapeutique ou bien des médecins et ergothérapeutes formés à cette thérapie. Comme précité, la formation du professionnel animant les séances de thérapie assistée par le cheval influence grandement son utilisation, les objectifs établis et par voie de conséquence, les résultats observés.

Ainsi, nous observons que le développement des fonctions exécutives semble se produire lorsque le thérapeute incite l'enfant à analyser ses actions en proposant des stratégies de résolution de problème, comme c'est le cas dans l'approche CO-OP utilisée en ergothérapie. Le professionnel intervenant a pour rôle d'apporter une dimension thérapeutique à cette activité, en adaptant les exercices et exigences en fonction du besoin de l'enfant. Par exemple, les travaux de Garcia-Gomez et al (61) ont sollicité des moniteurs d'équitation non formés à cette thérapie, et ils ne mesurent que très peu d'effets suite à l'intervention. Cela peut être dû au fait que les moniteurs n'ont pas su adapter les séances aux spécificités de ce trouble, en ne disposant pas de moyens, de stratégies thérapeutiques pour développer les compétences de ces enfants.

En revanche, l'ergothérapeute semble avoir les compétences et outils nécessaires comme l'illustre l'étude de Gilboa et al (65). En effet, le développement des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge d'enfants présentant un TDAH fait partie intégrante de sa pratique. Pour cela, il dispose de compétences acquises en formation initiale et peut s'appuyer sur des concepts théoriques développés à cet effet. C'est le cas de l'approche CO-OP, largement utilisée par les ergothérapeutes en pédiatrie, qui vise à développer les capacités de résolution de problème de l'enfant en l'accompagnant dans la découverte de stratégies cognitives. D'ailleurs, une étude récente met en avant les bénéfices de cette approche auprès des enfants TDAH (68). Une seconde approche ergothérapique semble être tout à fait adaptée à cette population dans l'objectif d'améliorer les fonctions exécutives, il s'agit de l'approche nommée Cognitive-Functional (Cog-Fun) (69). Elle s'appuie également sur l'apprentissage de stratégies exécutives, mais intègre les parents dans l'obtention de celles-ci, afin de faciliter le transfert des acquis dans le quotidien.

Par ailleurs, l'amélioration des habiletés sociales constitue un axe de travail pour l'ergothérapeute prenant en charge un individu souffrant de TDAH (70). Les jeux de rôles peuvent être utilisés par ce dernier afin d'explicitier les normes d'interactions sociales dans des situations spécifiques.

Ainsi, nous constatons que l'ergothérapeute possède des moyens pour répondre aux problématiques de ce trouble et améliorer les compétences déficientes de ces enfants. Pour autant, les thérapeutes semblent pouvoir tirer des bénéfices à l'implication du cheval en thérapie.

3. L'apport du cheval dans la thérapie

Comme nous l'avons vu précédemment, l'impact de l'altération des fonctions exécutives est reconnu comme une déficience centrale dans le TDAH. Néanmoins, le partenariat cheval-thérapeute semble avoir un effet positif sur l'augmentation des performances de celles-ci. Plusieurs hypothèses sont faites quant aux mécanismes intervenant dans cette amélioration. Tout d'abord, le travail avec le cheval est un bon support d'apprentissage des fonctions exécutives car celles-ci sont très sollicitées, notamment la planification et l'organisation, la flexibilité, la mémoire de travail, l'attention ou bien le contrôle des émotions et des comportements (62).

Par ailleurs, les enfants TDAH souffrent fréquemment de difficultés scolaires où ils font face à de nombreux échecs réduisant souvent leur estime d'eux-mêmes. D'après plusieurs études (62), l'utilisation du cheval en thérapie a pour effet l'amélioration de l'estime de soi. De plus, le cheval offre un environnement d'apprentissage autre que l'école, sans la pression et les critiques que l'enfant souffrant de TDAH peut subir. Ainsi, ils induisent un climat favorable, d'autant plus que certaines études mettent en avant la capacité des chevaux à augmenter la motivation des enfants mais aussi leur attention et leur engagement dans les apprentissages. C'est notamment le cas d'une étude (71) portant sur des enfants souffrant de TSA, dans laquelle les ergothérapeutes ont réalisé leurs séances en présence du cheval et ont observé une amélioration significative de l'engagement des enfants.

Enfin, lors des séances de thérapie assistée par le cheval, l'enfant peut percevoir un feedback immédiat, correspondant à la réponse du cheval à l'action engagée. Ainsi, il permet à l'enfant d'expérimenter une autorégulation physique et mentale en ayant une rétroaction immédiate. Cette régulation fera intervenir les fonctions exécutives. Aussi, un des facteurs favorisant le développement de ces dernières peut être la manipulation concrète des notions, permettant à l'enfant de vivre ses expériences et ainsi, mieux les intégrer mentalement avant d'appliquer ces apprentissages à des notions plus abstraites. Cette théorie fait référence à un des principes de la pédagogie Montessori qui indique que les enfants doivent être en mesure de manipuler les objets et d'utiliser leurs cinq sens pour apprendre (72).

Les habiletés sociales constituent une autre dimension fortement impactée dans le cas de TDAH. Les enfants souffrants de ce dernier ont des difficultés dans les relations, notamment avec leurs pairs (73). Ils ont du mal à percevoir les normes sociales et intégrer les règles. Ainsi, le cheval est un bon maître, doué de remarquables capacités d'interaction, il est sensible aux émotions d'autrui et semble faciliter la création de relation. Le cheval utilise la

communication non verbale et propose une forme d'interaction plus simple, avec des codes bien précis faciles à décoder (74). En outre, il invite à s'exprimer pleinement sans crainte de jugement ou de critique et peut ainsi lutter contre l'isolement de certains jeunes qui ont des difficultés à lier des amitiés. Le cheval est perçu comme un être social par les enfants, ce qui facilite la généralisation des comportements appris, lors de ces moments d'interaction avec l'animal, à leurs relations avec leurs pairs (75). De plus, le cheval semble apporter une plus grande motivation, favorisant la modification des comportements. Par ailleurs, sa présence est apaisante et structurante, ce qui favorise l'apprentissage de certaines règles (74). Il est possible pendant les séances de discuter des comportements que l'enfant trouve acceptable ou non chez le cheval, pour ensuite les transposer à l'enfant en déterminant des moyens socialement convenables d'exprimer leurs émotions. Ainsi, le rapport avec le cheval semble favoriser le contrôle des émotions (75). L'enfant peut constater une réciprocité entre lui et le cheval : le comportement de l'un agit sur le comportement de l'autre.

Tous les mécanismes d'actions précités interviennent certainement dans l'amélioration plus générale des symptômes majeurs du TDAH, à savoir l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité pour certains cas. Cependant une autre hypothèse est émise en lien avec l'activité physique. En effet, certaines études (76) suggèrent que l'exercice physique favorise l'amélioration de cette triade symptomatique en lien avec la libération de dopamine.

D'autre part, le mouvement du cheval semble également pouvoir procurer un sentiment d'apaisement et de relaxation (74).

Ainsi, nous pouvons observer que l'intégration du cheval en thérapie influence positivement plusieurs composantes concourantes à la participation occupationnelle selon le Modèle de l'Occupation Humaine. En effet, comme précité, une augmentation des habiletés opératoires, de communication et d'interactions sont constatées. D'autre part des paramètres supplémentaires sont améliorés, tels que la volition, résultant d'une majoration de la motivation et de l'engagement, mais aussi, la performance occupationnelle, démontrée par les travaux de Gilboa et al (65). Cette dernière peut être en lien avec l'amélioration des habiletés. Enfin la relation triangulaire Cheval-patient-thérapeute semble favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique (77).

4. Prise en charge complémentaire ou équivalente à la médication ?

Après une analyse rigoureuse des cinq articles sélectionnés nous observons des variations dans les modalités d'administration de cette thérapie. En effet, certains travaux proposaient cette intervention en complément d'une prise en charge médicamenteuse (61) (62) (65), tandis que les deux autres avaient exclu tout traitement médicamenteux pour le groupe expérimental (étude 3 et 4). Pourtant des améliorations, notamment des principaux symptômes du TDAH ont été observés dans les deux cas. Ainsi, cette intervention semble pouvoir être utilisée en complément d'une prise en charge médicamenteuse, ou bien être dispensée indépendamment.

Par ailleurs, l'étude de Oh et al (63) a comparé l'efficacité de la thérapie utilisant le cheval à la pharmacothérapie. La durée des séances d'équithérapie étaient d'une heure, dispensées deux fois par semaine. Les résultats rapportés après douze semaines d'intervention ne distinguent aucune différence significative entre les deux groupes. Les deux prises en charge avaient amélioré les symptômes majeurs du TDAH. Ceci suggère que

l'efficacité de la thérapie assistée par le cheval peut avoir un effet similaire aux médicaments dans un contexte donné.

Cette piste s'avère intéressante pour la prise en charge des enfants TDAH au vu des effets indésirables pouvant être causés par la médication. D'autant plus que la prise en charge médicamenteuse est source de tension au sein du couple de parents comme nous avons pu le voir précédemment. Nous pouvons noter également que celle-ci augmente la charge mentale des parents qui doivent gérer le traitement médicamenteux de leur enfant au quotidien. Par ailleurs, ces derniers expriment souvent les difficultés d'organisation qu'engendre ce trouble dans l'emploi du temps familial, au vu des multiples rendez-vous (11). Ainsi, la prise en charge en équithérapie peut substituer une activité de loisir hebdomadaire ou bihebdomadaire, pratiquée par la majorité des enfants. De plus, une étude portant sur les parents d'enfants en situation de handicap signale qu'une partie d'entre eux ne souhaitent pas bénéficier d'aide particulière afin de pas être stigmatisé (78). En ce sens l'équithérapie peut se confondre à une activité extra-scolaire ordinaire.

Enfin, l'équithérapie semble apporter des bénéfices supplémentaires à la médication. En effet, cette dernière a pour unique but de réduire les symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. Alors que la thérapie assistée par le cheval elle, démontre également des bénéfices sur les troubles et conséquences associées au TDAH. En effet, l'étude Jang et al (64) relève une amélioration des coordinations et de la dextérité. Comme précité, les enfants TDAH peuvent souffrir également de trouble du développement des coordinations. Puis, comme évoqué précédemment, cette thérapie augmente l'estime de soi des enfants. Elle permet également une réduction de l'anxiété grâce aux particularités apaisantes et relaxantes des chevaux.

5. Limites et perspectives

Notre étude présente certaines limites. Tout d'abord, nous avons recensé une faible quantité d'articles disponibles sur ce sujet, ainsi notre travail s'est basé uniquement sur l'analyse de cinq études, ce qui semble peu.

La plupart ont étudié un faible échantillon d'enfants TDAH, soit inférieur à 35 individus. Néanmoins, l'étude d'Aviv et al (62) se distingue en ayant observé l'effet de cette thérapie chez 123 enfants TDAH réparti en un groupe contrôle et un groupe expérimental. Par ailleurs, elle obtient une note PEDro de 7 traduisant une qualité méthodologique et une validité interne plutôt correcte. C'est également le cas de l'étude Oh et al (63) qui obtient une note PEDro de 7. Cependant, les trois autres études possèdent une rigueur méthodologique assez faible se reflétant dans leurs notes PEDro. Certaines ne possèdent pas de groupe témoin (64) (65).

De plus, il n'est pas toujours précisé qui sont les évaluateurs et si ces derniers sont en aveugle ce qui peut induire des biais importants. L'étude de Gilboa et al (65) indique que l'ergothérapeute ayant évalué les enfants était celui ayant mené les séances d'équithérapie.

Ainsi, des études plus rigoureuses méthodologiquement sont attendues pour pouvoir affirmer scientifiquement l'efficacité de la thérapie assistée par le cheval. Par ailleurs, il serait intéressant de comparer cette intervention à d'autres prises en charge non médicamenteuses proposées aux enfants TDAH pour évaluer sa pertinence. Notamment celles incluant des activités sportives.

Enfin, la diversité des modalités d'intervention et la multiplicité des parcours de formation compliquent la validation scientifique. Ainsi, il serait intéressant d'établir un protocole visant à uniformiser les pratiques dans un but de reproductibilité de l'intervention.

Conclusion

L'enfant atteint de TDAH subit d'importantes restrictions dans la réalisation de ses occupations. Ce syndrome vient entacher leur avenir en impactant largement leur réussite scolaire puis professionnelle, le tout en dégradant leur estime d'eux-mêmes. Quant à leur vie sociale, elle peut être source de souffrance et d'isolement tant les relations avec leurs pairs peuvent être difficiles. Pour garantir une meilleure qualité de vie, de nombreuses prises en charge sont proposées aux enfants TDAH et leurs parents. L'ergothérapeute intervient dans le cadre des prises en charge non médicamenteuses. Par ailleurs, des preuves récentes font état des bénéfices de la thérapie intégrant le cheval dans le cas de prise en charge de certains troubles du neuro-développement tel que le TSA. Ainsi l'objectif de ce travail était d'observer les effets de la thérapie assistée par le cheval sur la participation occupationnelle des enfants TDAH.

D'après nos résultats nous pouvons conclure que cette modalité de prise en charge semble améliorer les principaux symptômes du TDAH, à savoir l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Elle favorise également l'amélioration des performances des fonctions exécutives en instaurant un environnement propice à l'exercice de ces fonctions. Enfin, les caractéristiques physiques, sensorielles et comportementales du cheval semblent faciliter le développement des habiletés sociales et peut également servir à l'explicitation de certaines règles sociales. Ainsi, l'amélioration de ces diverses dimensions contribue à améliorer la participation occupationnelle de ces enfants. Le recours à l'équithérapie s'inscrit généralement dans une prise en charge globale, soit en complément d'une médication. Cependant nos résultats montrent que l'équithérapie pourrait substituer la prise en charge médicamenteuse en ayant des effets équivalents. Cela permettrait de palier les effets indésirables des médicaments actuellement prescrits dans le cas de TDAH.

Néanmoins, l'obtention de résultats positifs semble en grande partie dû à la formation du professionnel menant les séances d'équithérapie. Le thérapeute devra se saisir des atouts du cheval pour valoriser ses propres compétences et atteindre les objectifs fixés. L'ergothérapeute semble prédisposé à cet exercice, en disposant de moyens et de stratégies pouvant être adaptés à cette intervention. Ainsi le partenariat cheval-ergothérapeute semble porteurs de nombreux bénéfices. Ce travail encourage la réalisation d'études plus précises sur ce cadre thérapeutique, en fournissant une méthodologie rigoureuse afin d'acquérir un niveau de preuve élevée.

Le cheval apporte une plus-value à la prise en charge ergothérapique des enfants TDAH en favorisant leur engagement et en facilitant la mise en place d'une alliance thérapeute avec le patient.

Je suis aujourd'hui heureuse et satisfaite d'avoir pu élaborer ce travail d'initiation à la recherche, qui m'a apporté sur plusieurs plans. Tout d'abord les connaissances et la rigueur méthodologique que j'ai pu acquérir me serviront tout au long de ma pratique, afin d'assurer une veille professionnelle de qualité en analysant les nouvelles approches, techniques ou données se rapportant à l'ergothérapie. Je possède maintenant les outils me permettant de juger ou d'estimer la validité des données scientifiques disponibles afin de pouvoir améliorer ou questionner ma pratique ergothérapique. La réalisation de ce travail de fin d'étude m'a également permis d'approfondir de nombreuses notions, notamment au sujet des sciences de l'occupation tout en venant fixer le vocabulaire ergothérapique que j'ai pu m'approprier durant ces trois années de formation.

Je me réjouis maintenant d'apporter mon aide aux personnes en besoins en mettant en pratique les principes et les valeurs de l'ergothérapie.

Références bibliographiques

1. Galéra C, Moulin F, Bouvard M. Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte. In: Chapitre 10 Épidémiologie du TDAH [Internet]. Dunod; 2016.
2. F.Gonon, J-M Guilé, D.Cohen. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine | Elsevier Enhanced Reader. 2010
3. Stacey A. Bélanger, Debbi Andrews, Clare Gray, Daphne Korczak. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. Paediatrics & Child Health. 2018.
4. REVEL DELHOM C. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents. 2021;12.
5. Delègue. Les « troubles neurodéveloppementaux » : analyse critique. pratiques. 2022.
6. Portes VD. Troubles du neurodéveloppement : aspects cliniques. 2020;51(1):21-53.
7. Slama H, Schmitz R. Chapitre 5. Fonctions attentionnelles et exécutives dans le TDAH. Dunod; 2016
8. Gressens P. Troubles du neurodéveloppement : mécanismes. 2020;51(1):11-20.
9. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord. 2010;2(4):241-55.
10. HAS. Haute Autorité de santé, 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. déc 2014;199.
11. Vera L. Chapitre 1. Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les Ateliers du praticien. 2015;8-49.
12. Le Heuzey MF. Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant : approche médicale. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Juin 2020;33(3):101-8.
13. Ségolène Lithfous, Olivier Després, André Dufour. L'attention : définition et quelques concepts, Les tests d'attention spatiale. In: Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel. 2018.
14. Lussier F, Chevrier E, Gascon L. Chapitre 5. Troubles neurodéveloppementaux. Vol. 3. Dunod; 2018
15. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 1 sept 2021;128:789-818.
16. Rita SFERRAZZA. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. éditions FABERT; 2017. 61 p.
17. Ponnou S. Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDAH en France. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 29 août 2020
18. Abdallah TA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: symptoms, assessment and diagnosis. Perspectives Psy. 27 juin 2011;50(1):49-54.
19. Bouvard M. Conclusion. La perspective développementale, un enjeu pour la compréhension des troubles. Dunod; 2016
20. Diallo FB, Rochette L, Pelletier E. Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec: Bureau d'information et d'études en santé des populations. 2019

21. Lee Y chen, Yang HJ, Chen VC hung, Lee WT, Teng MJ, Lin CH, et al. Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in Developmental Disabilities*. 1 avr 2016;51-52:160-72.
22. Er-Rafiqi M, Roukoz C, Gall DL, Roy A. Chapitre 13. Fonctions exécutives, environnement et contexte chez l'enfant. De Boeck Supérieur; 2018.
23. Ianni L, Mazer B, Thomas A, Snider L. The Role of Occupational Therapy with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Canadian National Survey. *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention*. 2021;14(2):162-83.
24. Sürig L, Purper-Ouakil D. Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH), estime de soi et impact des traitements. 2016;19:9.
25. Ros R, Graziano PA. Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 4 mars 2018;47(2):213-35.
26. Verret C, Massé L, Picher MJ. Habiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH : état des connaissances et perspectives d'intervention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 nov 2016;64(7):445-54.
27. Beheshti A, Chavanon ML, Christiansen H. Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 12 mars 2020;20(1):120.
28. Léger M, Piat N, Jean FA, Galera C, Bouvard MP, Amestoy A. Étude des altérations des habilités sociales chez des enfants ayant un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : comparatif avec des sujets contrôles et des sujets présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme. Mars 2020.
29. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallón S, Alvarez Zallo N, Luis EO, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 janv 2018;84:63-71.
30. Mohr-Jensen C, Müller Bisgaard C, Boldsen SK, Steinhausen HC. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 avr 2019;58(4):443-52.
31. Dossier MDPH trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [Internet]. dossier MDPH. 2021.
32. Aubron V, Michel, Purper-Ouakil, Cortese, Mouren. Les enjeux de l'évaluation du Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité. 2006.
33. HAS. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille. févr 2015.
34. Welniarz B, Medjdoub H. Aspects pratiques de la prescription de méthylphénidate pour les enfants présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'information psychiatrique*. 27 juill 2018.
35. Charret L, Samson ST. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*. 27 avr 2017;45(1):17-36.
36. Meyer S. De l'activité à la participation. 2013.
37. WFOT. La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client. 2010; Disponible sur: <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785>
38. Presentation-CIF-2018.pdf. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/Presentation-CIF-2018.pdf>

39. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 1re édition. 2017. 272 p. (Ergothérapie).
40. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2017.
41. Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRMOH | ULaval. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.
42. Bowyer P, Lee J, Kramer J, Taylor RR, Kielhofner G. Determining the Clinical Utility of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). *British Journal of Occupational Therapy*. janv 2012;75(1):19-28.
43. Leguinio J, Janot G. 100 idées pour développer l'autonomie des enfants grâce à l'ergothérapie. Tom Pousse. 2019.
44. Draussin J. De la relation à la médiation. In: Médiation Animale et handicaps [Internet]. Fondation Adrienne et Pierre SOMMER. 2018. (Les cahiers de la fondation Adrienne et Pierre SOMMER).
45. La médiation équine, qu'en pensent les scientifiques ? ifce Haras nationaux. 2018. 216 p. (Essentiel).
46. @Fondation-A-et-P-SOMMER-Cahier-2-Handicap-et-médiation-animale.pdf
Disponible sur: <https://documentation.fondation-apsommer.org/wp-content/uploads/sites/7/2018/12/%C2%AEFondation-A-et-P-SOMMER-Cahier-2-Handicap-et-m%C3%A9diation-animale.pdf>
47. Guy COURTOIS. Thérapie, insertion sociale, équilibre personnel. In 2010.
48. LE FLOC'H SOYE Y. L'animal médiateur dans la santé de l'homme. *bavf*. 2019;172(1):42-4.
49. Brigitte LOO, Patrick GUILMOT. Se mettre à l'écoute du cheval dans une démarche de thérapie avec le cheval. In Congrès de Budapest; 2003.
50. Claude I. Le cheval, miroir de nos émotions. 2007.
51. Fine AH. Handbook on Animal-Assisted Therapy. 2019. (Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions).
52. Montagner H. L'enfant et les animaux familiers : Un exemple de rencontre et de partage des compétences spécifiques et individuelles. *Enfances Psy*. 1 juin 2007;35(2):15-34.
53. Beiger F. L'enfant et la médiation animale. Dunod; 2016.
54. Carolyne Mainville, ergothérapeute spécialiste de la réadaptation assistée par le cheval. Hippo Reach. Disponible sur: <https://hipporeach.ca/biographie-carolyne-mainville-specialiste-de-la-readaptation-assitee-par-le-cheval/>
55. Définitions - Société Française d'Equithérapie - SFE
56. Fondation A&P Sommer. Un cheval pour vivre. In 2010. Disponible sur: http://fondation-apsommer.org/doc/wp-content/uploads/sites/7/2018/05/2010060002_BROCHURE-COLLOQUE_Un-cheval-pour-vivre.pdf
57. Hameury L. Equithérapie et Autisme. *Annales Médico Psychologiques*. sept 2010;
58. Santos FFM dos, Zamo R de S. Neuropsychological Rehabilitation of Neurodevelopmental Disorders in Equine Assisted Therapy: Systematic Review. *Revista de Psicologia da IMED*. juin 2017;9(1):104-18.
59. McDaniel Peters BC, Wood W. Autism and Equine-Assisted Interventions: A Systematic Mapping Review. *J Autism Dev Disord*. oct 2017;47(10):3220-42.
60. Rumrill PD, Fitzgerald SM, Merchant WR. Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work*. 2010;35(3):399-404.
61. García-Gómez A, Rodríguez-Jiménez M, Guerrero-Barona E, Rubio-Jiménez JC,

- García-Peña I, Moreno-Manso JM. Benefits of an experimental program of equestrian therapy for children with ADHD. *Res Dev Disabil.* déc 2016;59:176-85.
62. Aviv TLM, Katz YJ, Berant E. The Contribution of Therapeutic Horseback Riding to the Improvement of Executive Functions and Self-Esteem Among Children With ADHD. *J Atten Disord.* oct 2021;25(12):1743-53.
 63. Oh Y, Joung YS, Jang B, Yoo JH, Song J, Kim J, et al. Efficacy of Hippotherapy Versus Pharmacotherapy in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *J Altern Complement Med.* mai 2018;24(5):463-71.
 64. Jang B, Song J, Kim J, Kim S, Lee J, Shin HY, et al. Equine-Assisted Activities and Therapy for Treating Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Altern Complement Med.* sept 2015;21(9):546-53.
 65. Gilboa Y, Helmer A. Self-Management Intervention for Attention and Executive Functions Using Equine-Assisted Occupational Therapy Among Children Aged 6-14 Diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Altern Complement Med.* mars 2020;26(3):239-46.
 66. Borgi M, Loliva D, Cerino S, Chiarotti F, Venerosi A, Bramini M, et al. Effectiveness of a Standardized Equine-Assisted Therapy Program for Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* janv 2016;46(1):1-9.
 67. Gabriels RL, Pan Z, Dechant B, Agnew JA, Brim N, Mesibov G. Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2015;54(7):541-9.
 68. Gharebaghy S, Rassafiani M, Cameron D. Effect of Cognitive Intervention on Children with ADHD. *Physical & occupational therapy in pediatrics.* 2015;
 69. Hahn-Markowitz J, Berger I, Manor I, Maeir A. Efficacy of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention Among Children With ADHD: An RCT. *J Atten Disord.* mars 2020;24(5):655-66.
 70. Adamou M, Asherson P, Arif M, Buckenham L, Cubbin S, Dancza K, et al. Recommendations for occupational therapy interventions for adults with ADHD: a consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC Psychiatry.* 4 févr 2021;21:72.
 71. Llambias C, Magill-Evans J, Smith V, Warren S. Equine-Assisted Occupational Therapy: Increasing Engagement for Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther.* déc 2016;70(6):7006220040p1-9.
 72. Hainstock EG. *L'école Montessori chez soi.* 1984. 148 p.
 73. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2001;40(11):1285-92.
 74. Hameury L. *L'enfant autiste en thérapie avec le cheval: un soin complémentaire validé par la recherche.* Editions Publibook; 2017. 98 p.
 75. Granados AC, Agís IF. Why children with special needs feel better with hippotherapy sessions: a conceptual review. *J Altern Complement Med.* mars 2011;17(3):191-7.
 76. Kang KD, Choi JW, Kang SG, Han DH. Sports therapy for attention, cognitions and sociality. *Int J Sports Med.* déc 2011;32(12):953-9.
 77. Hameury L, Rossetti L. Une approche complémentaire dans le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant : la médiation équine thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 mars 2022;70(2):99-103.
 78. Perier S, Callahan S, Séjourné N. Parents d'un enfant en situation de handicap : quelles difficultés, quels besoins ? *Psychologie Française.* 1 mars 2021;66(1):55-69.

Annexes

Annexe I. Tableau TND	57
Annexe II. Nomenclatures des activités équestres pour le public spécifique	59
Annexe III. Bénéfices de l'équithérapie dans la prise en charge de troubles psychiques ou cognitifs.....	60
Annexe IV. Tableau descriptif des outils d'évaluation	61

Annexe I. Tableau TND

Tableau 1
Liste des différents TND (*)

Type de TND	Fonction cognitive altérée	Autres termes utilisés / commentaires
Troubles du développement cognitif : apprentissage implicite		
TDI : trouble du développement intellectuel	<i>Raisonnement logique</i> abstraction	DI : déficience intellectuelle handicap mental ou intellectuel (conséquence sociale du TDI)
TSA : trouble du spectre de l'autisme	<i>Cognition sociale</i> communication, socialisation	TED : trouble envahissant du développement Asperger ou autisme de haut niveau : TSA sans TDI
TSLO : trouble spécifique du langage oral	<i>Langage oral</i>	Dysphasie : terme utilisé pour les enfants sans TDI
TDC : trouble de développement de la coordination	<i>Praxies</i>	TAC : trouble d'acquisition de la coordination Dyspraxie : terme utilisé pour les enfants sans TDI
TDAH : trouble déficit d'attention hyperactivité	<i>Attention</i>	TDA : trouble déficit d'attention sans hyperactivité
Syndrome dysexécutif	<i>Fonctions exécutives (FE)</i> : mémoire de travail, inhibition, flexibilité mentale, planification	Certains enfants avec TDAH ont un déficit plus large des FE. Ce trouble n'est pas décrit dans le DSM-5
Troubles des apprentissages scolaires : apprentissage explicite		
TLE : trouble du langage écrit Dyslexie	<i>Lecture</i> Lecture incorrecte, lente et coûteuse Difficulté à comprendre le sens de ce qui est lu	Types de dyslexie selon la voie altérée : dyslexie phonologique (voie d'assemblage syllabique) Dyslexie de surface (voie lexicale, d'adressage direct) Dyslexie mixte
Dysgraphie, dysorthographe	<i>Écriture</i> Difficultés en orthographe Difficultés en expression écrite	La dysgraphie peut être liée à un trouble neurologique, une dyspraxie gestuelle, un déficit attentionnel ou exécutif

Dyscalculie	<i>Calcul</i> Maîtrise du sens des nombres Raisonnement mathématique	Un trouble du calcul peut être secondaire à l'altération de processus non spécifiques (raisonnement, attention, traitement visuo-spatial) ou à des processus spécifiques du calcul
Dysmnésie	<i>Processus mnésiques</i> (mémoire explicite : épisodique et sémantique)	Concerne la mémoire déclarative « didactique ». Ne concerne pas la mémoire procédurale ni les processus mnésiques implicites et émotionnels. Ce trouble n'est pas décrit dans le DSM-5

() La classification en deux catégories, « trouble du développement cognitif » et « troubles des apprentissages scolaires » a une vertu pédagogique mais ne constitue pas une classification. La dichotomie « apprentissage implicite et explicite » n'est pas étanche, la plupart des fonctions cognitives impliquant simultanément ces deux processus d'apprentissage.*

D'après Portes, 2020 (6)

Annexe II. Nomenclatures des activités équestres pour le public spécifique

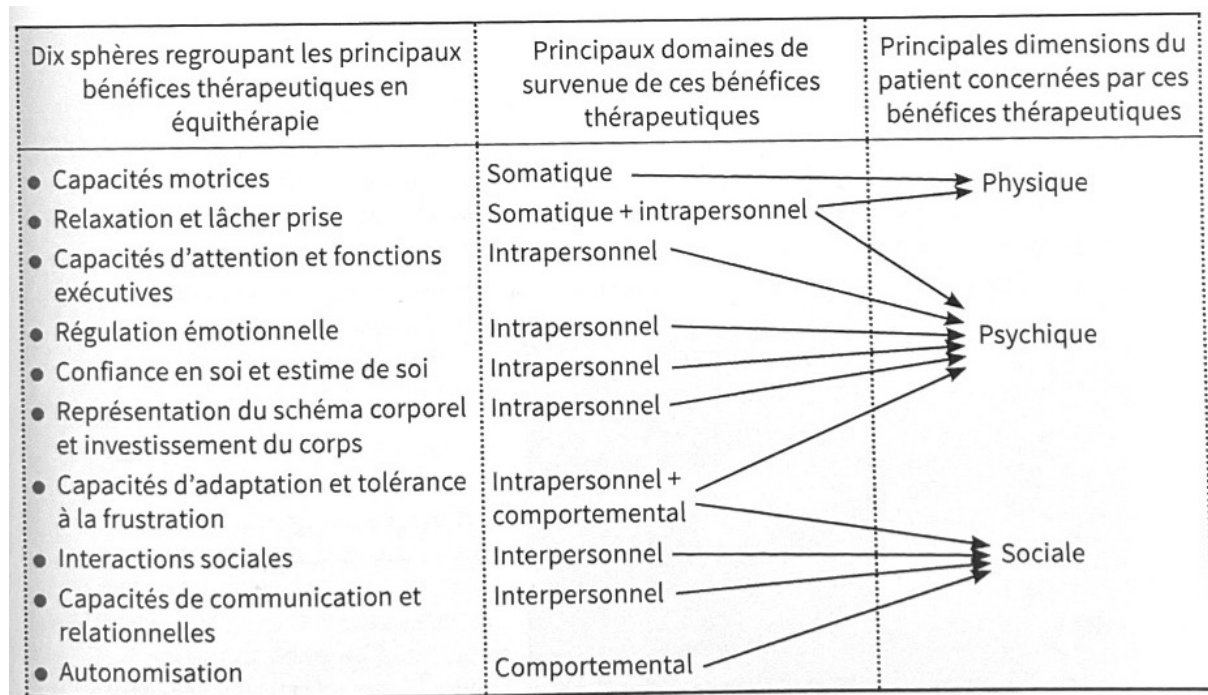
DÉNOMINATIONS		ACTIVITÉS / FINALITÉS		
Bénéficiaires	Domaines	Pratiques	Champs d'intervention	
Sport et loisirs	Para équestre	Pratique, enseignement du sport et de la compétition équestre : accompagnement, pédagogie, objectifs de loisir et de progression sportive adaptés	Activités physiques et sportives	
	Equitation adaptée			
	Equi-handi			
	Equicien			
Soins, relation d'aide et rééducation	Equithérapie	Aide dans le cadre d'action sociale, sur le plan éducatif, social, thérapeutique ou des loisirs	Aide diversifiée/ Apprentissages sociaux	
	Thérapie avec le cheval			
	Hippothérapie			Action thérapeutique médiatisée d'approche psychocorporelle s'appuyant sur des courants différents du soins et de l'accompagnement
Patient / Usager / Personne soignée	Accompagnement de personnes ou d'équipes en vue de leurs potentiels individuels ou collectifs dans le cadre d'objectifs personnels et/ou professionnels	Action thérapeutique médiatisée d'approche somatique, biomécanique et physiologique	Rééducation motrice	
				Coaching
		Pédagogique/ Management		

Paysage général des activités équestres pour le public spécifique (Fédération Française d'Equitation - Cheval et Diversité).

ACTEURS		FORMATIONS / INFORMATIONS		
Activités	Publics concernés	Professionnels (encadrement pluriprofessionnels possible)	Qualifications	Informations / Renseignements
Exercices diversifiés alliant l'apprentissage, le loisir, la pratique du sport du débutant jusqu'au haut niveau	Public en situation de handicap moteur, sensoriel, mental ou maladie psychique	Moniteurs d'équitation formés à l'accueil du public spécifique	Diplômes professionnels équestres : BPJEPs, BFEH...	FFE, FFSA, FFH, DRDJSCS (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale)
Situations permettant de mobiliser différents axes de travail : la sensori-motricité, l'attachement, la séparation, l'image de soi, la conscience de soi, la conscience de l'autre...	Public en lien avec des problématiques sociales	Selon le statut ou la profession d'origine de la personne formée (éducation/ social/soin/loisir)	Diplôme privé sans métier soignant préalable	Handi cheval
	Tout public sauf contre-indication médicale	Professionnels médico-sociaux spécialisés	Diplôme privé s'appuyant sur un diplôme soignant préalable / Diplôme universitaire / Formations privées	FENTAC / FFE / IFEQ / SFE
		Professionnels para-médicaux spécialisés		
Utiliser la locomotion équine pour une mobilisation passive et/ou active	Personnes présentant des troubles locomoteurs sauf contre-indication médicale	Masseurs-kinésithérapeutes, médecins rééducateurs, physiothérapeutes, ergothérapeutes, ostéopathes ou chiropracteurs spécialisés	Formations certifiantes privées (France, Belgique...)	Sites internet
Mise en situation, verbalisation, travail à pied exclusivement basé sur le « présent-avenir »	Public « ordinaire »	Coachs	Certification et diplôme privés	Fédération internationale de coaching / Associations et / ou fédérations de coachs professionnels

D'après l'institut français du cheval et de l'équitation, 2018 (45)

Annexe III. Bénéfices de l'équithérapie dans la prise en charge de troubles psychiques ou cognitifs



D'après l'institut français du cheval et de l'équitation (45).

Annexe IV. Tableau descriptif des outils d'évaluation

Outils d'évaluation	Description
ADHD Rating Scale (ARS)	Échelle de 18 items, basée sur les critères du DSM-IV
Behavioral Assessment System for Children (BASC)	Mesure des comportements, des pensées et des émotions de l'enfant/adolescent. Il concerne à la fois les comportements adaptatifs et les comportements inadaptés à l'école, à la maison, et dans les autres contextes sociaux où peut être impliqué l'enfant.
Bruininks-Oseretsky Test 2 nd edition (BOT-2)	Test évaluant les compétences motrices
Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)	Évaluation des manifestations comportementales des dysfonctionnements exécutifs dans la vie quotidienne (en milieu scolaire et/ou familial)
Child Behavior Checklist (CBCL)	Questionnaire destiné aux parents évaluant les problèmes émotionnels et de comportements.
Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S) Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I)	Échelle mesurant la sévérité des symptômes du TDAH (CGI-S) et l'amélioration de ces derniers suite à un traitement (CGI-I)
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Évaluation de la performance occupationnelle
Conners Parent Rating Scale revised (CPRS-R)	Plusieurs échelles évaluant les troubles des conduites, les troubles de l'apprentissage, les troubles de l'attention, l'impulsivité et l'anxiété, les problèmes de sociabilisation (version parents ou enseignant)
Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ)	Questionnaire sur le trouble développemental de la coordination, destiné aux parents pour dépister les troubles de la coordination.
Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)	Questionnaire de qualité de vie pédiatrique
Self-Esteem Scale (SES)	Questionnaire d'auto-évaluation mesurant l'estime de soi globale.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (pied de page différent)

L'Equithérapie auprès d'enfants TDAH en ergothérapie

Contexte : Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est un Trouble Neuro-développemental fréquent chez les enfants d'âge scolaire. Les symptômes majeurs sont l'inattention et l'impulsivité auxquelles peut s'ajouter l'hyperactivité. Un défaut d'habilités sociales est souvent constaté, source d'interactions et de comportements inadaptés. Dans la plupart des cas, une altération des fonctions exécutives est également notée, ces dernières étant essentielles à l'adaptation de l'individu. Ainsi, le quotidien de l'enfant et de son entourage est fortement impacté par ce trouble. La participation de l'enfant TDAH aux différentes situations de vie est drastiquement diminuée.

Méthode : L'**objectif** de l'étude est de déterminer si l'utilisation du cheval en thérapie favorise l'amélioration de la participation occupationnelle des enfants souffrant de TDAH. Afin de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une scoping-review. Trois bases de données ont été questionnées (PubMed, Scopus et CINAHL) puis une sélection des articles a été réalisée grâce à des critères précis visant à récolter les études les plus pertinentes.

Résultats : 5 articles ont été retenus pour cette étude. Les modalités des interventions divergent sur plusieurs points, cependant des améliorations significatives ont été observées concernant plusieurs dimensions influant la participation. Ainsi, l'équithérapie semble pouvoir réduire les principaux symptômes du TDAH, augmenter la performance des fonctions exécutives et améliorer le développement des habilités sociales. Néanmoins, les d'études sont peu nombreuses et la qualité méthodologique de certaines reste faible.

Conclusion : Le cheval semble pouvoir mettre ses atouts indéniables au service de la prise en charge thérapeutique des enfants souffrants de TDAH. Cette étude suggère que le partenariat Cheval-ergothérapeute peut dans une certaine mesure améliorer leur participation occupationnelle.

Mots-clés : TDAH, Equithérapie, Hippothérapie, Thérapie assistée par le cheval, Enfants, Participation occupationnelle, Fonctions exécutives, Habiletés sociales, Ergothérapie.

Equine assisted Occupational therapy among children with ADHD. The horse: An occupational partner in the occupational therapy of children with ADHD?

Background: Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder in school-aged children. The major symptoms are inattention and impulsivity to which hyperactivity may be added. A lack of social skills is often noted, leading to inappropriate interactions and behaviors. In most cases, an alteration in executive functions is also noted, as these are essential to the individual's adaptation. The daily life of the child and those around are therefore strongly impacted by this disorder. The participation of the ADHD child in different life situations is severely diminished.

Method: The objective of the study is to determine if the use of horses in therapy promotes the improvement of the occupational participation of children suffering from ADHD. To answer this question, we conducted a scoping-review. Three databases were searched (PubMed, Scopus, and CINAHL), and articles were selected according to specific criteria to identify the most relevant studies.

Results: Five articles were selected for this study. The modalities of the interventions differed on many points, but meaningful improvements were observed on a number of dimensions influencing participation. Thus, equine therapy seems to be able to reduce the main symptoms of ADHD, increase the performance of executive functions and improve the development of social skills. Nevertheless, the number of studies is small and the methodological quality of some of them is low.

Conclusion: The horse seems to be able to put its qualities at the service of the therapeutic management of children suffering from ADHD. This study suggests that the horse-occupational therapist partnership can to some extent improve their occupational participation.

Keywords: ADHD, Children, Hippotherapy, Equine-assited therapy, Occupational participation, Executive function, Social skills, Occupational therapy