

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation**
Troisième année d'ergothérapie

La médiation animale en ergothérapie

Perspective sur l'amélioration de l'engagement occupationnel des
enfants porteurs de TDAH

Mémoire présenté et soutenu par

GANES Coline

En juin 2022



Mémoire dirigé par

Mme DEVANNEAUX Brigitte

Cadre de santé au centre hospitalier Larochefoucauld et ergothérapeute D.E

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce long travail :

A Madame **DEVANNEAUX Brigitte**, cadre de santé au CH de la Rochefoucauld et ergothérapeute. Merci d'avoir accepté depuis plus d'une année de me suivre et de vous être rendue disponible, à l'écoute et rassurante dans ce travail de longue haleine. Votre accompagnement m'aura été précieux.

A Monsieur **MANDIGOUT Stéphane**, référent universitaire, pour ces moments de pédagogie autour de l'initiation à la recherche.

A Messieurs **SOMBARDIER** et **TOFFIN**, référents pédagogiques de la filière ergothérapie de l'ILFOMER pour leurs nombreuses transmissions théoriques et pratiques autour de la sphère ergothérapique.

A Madame **COURBET Céline**, infirmière au CH Esquirol et intervenante en médiation animale, pour m'avoir accueilli une journée afin de partager son quotidien de soignant autour de cette stratégie d'intervention.

A Madame **Perrine X**, ergothérapeute en SESSAD et en exercice libéral, pour sa disponibilité et les connaissances qu'elle a bien voulu me transmettre de sa vie professionnelle, qui m'ont été précieuses pour la réalisation de mon travail.

A l'ensemble des **ergothérapeutes intervenant en pédiatrie** et ayant accepté de prendre de temps pour répondre à mon questionnaire, sans votre participation, mon travail n'aurait pas pu aboutir.

A mes amis et futurs collègues de promotion : Lisa, Daphné, Laura et Kaitlin pour leurs présences inestimables dans les bons comme dans les mauvais moments. Tous ces moments partagés entre les rires, les pleurs et les remises en question n'auront été que meilleurs avec vous.

A **Julien**, pour son amour considérable, tous ces conseils éclairés dans la réalisation de ce travail, ainsi que sa présence au quotidien à mes côtés.

A **Milo**, pour le bonheur qu'a été ton entrée dans ma vie et la confirmation que tu m'as transmise dans le projet de réaliser à mon tour des séances de médiation animale.

"Si vous passez du temps avec les animaux, vous risquez de devenir une meilleure personne"
Oscar Wilde

"Tout comme l'homme, les animaux ressentent le plaisir et la douleur, le bonheur et le malheur"
Charles Darwin

" Les animaux sont des amis tellement agréables, ils ne posent jamais de questions, ils ne font aucune critique. "
Georges Eliot

"Je me sers des animaux pour instruire les hommes"
Jean de la Fontaine

" On pourrait reconnaître aisément cette vérité à peine entrevue par le penseur, que, depuis l'huître jusqu'à l'aigle, depuis le porc jusqu'au tigre, tous les animaux sont dans l'homme et que chacun d'eux est dans un homme. "
Victor Hugo

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, soussigné GANES Coline

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

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

Fait à Limoges, Le mercredi 25 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(e) GANES Coline

Etudiant.e de 3ème année

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

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

Fait à :Limoges

Le : mercredi 25 mai 2022

Signature de l'étudiante :

A handwritten signature in black ink, consisting of the name 'GANES' in a stylized, slightly slanted font, with a horizontal line underneath it.

Glossaire

AAA : Activité Associant l'Animal

ACACED : Attestation de Connaissances pour les Animaux de Compagnie d'Espèces Domestiques

ANSM : Agence Nationale de Sécurité et du Médicament

AOTA : American Occupational Therapy Association (Association Américaine d'Ergothérapie)

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

EO : Engagement Occupationnel

HAS : Haute Autorité de Santé

MA : Médiation animale

MCREO : Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

PECRAM : Programme d'Éducation à la Connaissance du Chien et au Risque d'Accident par Morsure

SESSAD : Service d'Education et de Soins à Domicile

TAA : Thérapie Assistée par l'Animal

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

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

Table des matières

Introduction	12
Cadre théorique.....	14
1. Le TDA/H.....	14
1.1. Généralités.....	14
1.2. Description clinique	14
1.2.1. Le déficit attentionnel	14
1.2.2. Impulsivité.....	16
1.2.3. Hyperactivité	16
1.3. Physiopathologie du TDA/H.....	16
1.4. Identification des facteurs de risques.....	17
1.5. Comorbidités	17
1.6. Les conséquences sur la vie quotidienne	18
2. Les différents axes de prises en soins	19
2.1.1. Traitement médicamenteux :.....	19
2.1.2. Traitements non-médicamenteux :	20
2.2. L'accompagnement en ergothérapie	21
2.2.1. Définition de l'ergothérapie.....	21
2.2.2. Les interventions ergothérapeutiques auprès d'enfants porteurs de TDA/H	21
2.3. Point spécifique sur le déficit d'engagement occupationnel	23
2.3.1. Le concept de l'engagement occupationnel	23
2.3.2. Le cadre conceptuel de l'engagement occupationnel selon le MCREO.....	23
2.3.2.1. L'outil dérivé du MCREO : la MCRO.....	24
2.3.3. Les facteurs favorables à l'engagement occupationnel	24
2.3.4. La médiation animale en faveur de l'engagement occupationnel	25
3. L'animal, partenaire de la relation de soins	26
3.1. Les évolutions dans l'histoire.....	26
3.2. De multiples appellations.....	26
3.3. La médiation par l'animal.....	27
3.4. La réglementation actuelle.....	28
3.5. La particularité des interactions entre l'enfant et l'animal.....	29
3.5.1. La représentation de l'animal auprès des enfants	29
3.5.2. Impacts de la médiation animale auprès des enfants porteurs de TDA/H.....	30
3.5.2.1. Sphère sensori-motrice.....	30
3.5.2.2. Sphère cognitive.....	31
3.5.2.3. Sphère sociale.....	31
3.5.2.4. Sphère psycho-comportementale	32
Problématique et hypothèses	33
Méthodologie.....	34
1. Objectifs de la recherche	34
2. Constitution des groupes	34
3. Description de la population étudiée	35
4. Démarche expérimentale	35
4.1. Choix de l'outil méthodologique.....	35
4.2. Conception et contenu du questionnaire.....	36
4.2.1. Etapes de la création du questionnaire	36

4.2.2. Description du questionnaire.....	36
4.2.3. Informations générales.....	37
4.2.4. Focus sur les séances de médiation animale.....	37
4.2.5. Objectifs et bénéfices des séances de médiation animale avec les enfants porteurs de TDA/H.....	37
4.2.6. L'engagement occupationnel des enfants porteurs de TDA/H au cours des séances en ergothérapie.....	38
4.3. Méthode de diffusion.....	38
4.3.1. Dates de diffusion.....	38
Résultats.....	39
1. Présentation de l'échantillon.....	39
1.1. Groupe 1 : Ergothérapeutes n'effectuant pas de séances de MA.....	39
1.1.1. Les causes de la non-utilisation de la MA.....	39
1.2. Groupe 2 : Ergothérapeutes effectuant des séances de MA.....	40
2. Les séances de médiation animale.....	40
3. Objectifs et bénéfices des séances de MA avec les enfants porteurs de TDA/H.....	44
4. L'engagement occupationnel des enfants atteints de TDA/H.....	45
Discussion.....	47
1. La proportion d'ergothérapeutes utilisant la MA dans la prise en soins de l'enfant TDA/H.....	47
2. La pratique de la médiation animale selon les ergothérapeutes.....	48
3. L'animal, vecteur positif de l'engagement occupationnel de l'enfant porteur de TDA/H.....	50
4. Limites et perspectives de l'étude.....	52
Conclusion.....	54
Références bibliographiques.....	55
Annexes.....	59

Table des illustrations

Figure 1 : proportion d'ergothérapeutes réalisant (en bleu) et ne réalisant pas (en rouge) des séances de MA.....	39
Figure 2 : Raisons de la non-utilisation de cette stratégie d'intervention	40
Figure 3 : Les animaux les plus sollicités au cours des séances de MA	41
Figure 4 : Critères d'exclusion des enfants aux séances de MA	42
Figure 5 : Objectifs thérapeutiques des séances de MA avec les enfants TDA/H	44
Figure 6 : Les difficultés évoquées par les ergothérapeutes à la mise en place des séances de MA (l'échelle en ordonné correspond au nombre d'ergothérapeutes).....	45
Figure 7 : Eléments essentiels de l'engagement occupationnel selon les ergothérapeutes..	45

Table des tableaux

Tableau 1 : Exemples d'interventions non médicamenteuses	20
Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion à l'enquête	35
Tableau 3 : Synthèse du cadre thérapeutique instaurée par les ergothérapeutes	42

Introduction

Durant ma formation en ergothérapie, j'ai pu m'intéresser aux particularités de la médiation animale, une stratégie d'intervention non médicamenteuse pouvant être utilisée dans ce domaine. Cet intérêt pour les animaux est né bien avant mon arrivée au sein de cette filière paramédicale, en effet, mon environnement englobe depuis ma plus jeune enfance des animaux de compagnie mais également d'élevage. Pour recentrer le contexte, ayant vécu à la campagne durant toute ma jeunesse et ayant eu des parents très absents pour raison de travail, j'ai eu l'opportunité de passer de nombreuses heures en présence d'animaux pour mon plus grand bonheur. Avec du recul, j'ai donc pu générer une forte sensibilité et affection face ces relations particulières. Il était donc inéluctable selon moi d'orienter mon choix de thématique sur les interactions entre l'homme et l'animal dans un contexte de soins.

En France, plus d'un foyer sur deux possède au moins un animal de compagnie, ce qui correspond à une proportion majoritaire de familles accompagnées d'êtres à quatre pattes. Les animaux nécessitent des soins quotidiens et sont souvent appréciés pour leurs côtés affectifs, non jugeant et fidèles selon leurs propriétaires. L'Humain peut également démontrer un attachement à un animal aussi important que celui qu'il a envers ses proches. Les occupations menées avec les animaux font généralement partie intégrante des habitudes car sont effectuées de manière journalière et, même si des contraintes liées aux besoins de ces êtres peuvent être observées, il en ressort des atouts supplémentaires de la présence de ceux-ci, étant considérés comme de véritables compagnons de vie. Nous pourrions dire que les activités réalisées quotidiennement auprès de l'animal sont occupationnelles, utilitaires et peuvent être assimilées comme ludiques et signifiantes pour la personne. Mais, ne pourraient-elles pas devenir l'objet d'une médiation à visée thérapeutique dès lors que des objectifs soient fixés ? Prendre soin de l'animal ne permettrait-il pas de soigner aussi en quelque sorte les humains ?

Ainsi, au vu de ces constatations, je me suis questionnée sur les intérêts de l'introduction d'un animal au sein d'un accompagnement d'une personne en situation de handicap afin de faire le lien avec ma future profession. En aval de plusieurs lectures, il en ressort que bien que cette modalité d'intervention puisse prendre de plus en plus d'ampleur dans le champ du secteur de la santé, celle-ci reste encore méconnue et controversée. Les principales études sont réalisées auprès d'une population gériatrique avec des troubles neurodégénératifs tels que la pathologie d'Alzheimer par exemple. Je me suis alors demandée si la médiation animale ne pourrait-elle pas avoir encore autant de bénéfices sur une population pédiatrique.

Ayant effectué mes deux derniers stages en structure pédiatrique, j'ai pu observer, intervenir et accompagner différents profils d'enfants porteurs de handicap. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) m'a très rapidement interpellé au vu des multiples difficultés pouvant être générées dans le quotidien de l'enfant. En particulier, l'enfant porteur de ce trouble pouvait en séance se montrer désintéressé des activités proposées voir à refuser de participer à certaines tâches : ces faits pouvaient donc amener à une certaine forme de rupture dans l'accompagnement aux soins. Ces indications sont à

prendre en considération car les observations mènent à penser que les difficultés pour l'enfant à s'engager dans les tâches impactent fortement leurs performances quotidiennes dans les loisirs, apprentissages scolaires ou encore les soins personnels. Malgré ces constatations, la plupart du temps, les ergothérapeutes que j'ai pu suivre réalisaient des séances traditionnelles sans nécessairement utiliser de médiums thérapeutiques spécifiques reliés aux intérêts de l'enfant dans l'objectif de faciliter l'adhésion aux soins. Cependant, l'ergothérapeute est un professionnel de santé ayant la particularité de s'appuyer sur le potentiel thérapeutique d'une activité pour permettre à la personne de s'engager au mieux dans les occupations qui lui sont signifiantes et significatives. De plus, comme la participation active de l'enfant est essentielle à la réalisation des objectifs, il est fondamental que les interventions thérapeutiques soient en mesure d'investir l'enfant dans les tâches à réaliser avec le thérapeute.

Nous verrons que pour pallier les nombreuses complications manifestes, des traitements médicamenteux agissent sur les symptômes de ce trouble. Toutefois, ces derniers ne sont préconisés qu'en seconde intention et présentent des limites notables telle que la présence de plusieurs effets indésirables à leurs prises et n'agissent que sur les symptômes principaux du TDA/H et non sur son éventail associé de comorbidités. D'autre part, les interventions non médicamenteuses, approches complémentaires peuvent être judicieuses à utiliser pour soulager et améliorer la qualité de vie de l'enfant.

Ces constatations dans la pratique m'ont amenée à m'intéresser au lien entre la médiation animale, intervention non médicamenteuse et l'enfant porteur de TDA/H dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche. L'objectif de ce mémoire sera de comprendre le positionnement de l'ergothérapeute dans l'exploitation de ce médium en tant qu'outil thérapeutique aux séances. Nous verrons que la médiation animale peut être particulièrement perspicace à utiliser en ergothérapie dans l'état où celle-ci représente un intérêt et peut être intégrée dans des activités signifiantes pour l'enfant TDA/H.

Cadre théorique

1. Le TDA/H

1.1. Généralités

Le TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) est défini par le DSM-5¹ comme un trouble neurodéveloppemental caractérisé par « un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement ». Pour que l'enfant puisse être diagnostiqué TDA/H, la CIM-10 et la DSM-V exigent que les symptômes de son trouble doivent être présents dans au minimum deux lieux de vie de l'enfant, par exemple à l'école et à la maison (voir annexe 1). De plus, l'apparition des symptômes doit obligatoirement se manifester avant l'âge de 12 ans afin de pouvoir établir un diagnostic. (1)

La prévalence de ce trouble est comprise entre 2,4 et 4,7 % des enfants avec un ratio de deux garçons pour une fille. Selon les recherches menées par Lecendreux et al., 45,5 % des enfants présentent une forme inattentive, 35,9 % développent une hyperactivité – impulsivité et 17,6 % ont une forme combinée (inattention – hyperactivité – impulsivité). (2)

Ce trouble est très hétérogène et particulièrement difficile à repérer en raison de l'absence de signe neurologique ou physique propre au TDA/H, de la présence de comorbidités associées ou encore dû au manque de formation suffisante des professionnels de santé quant à cette pathologie. Les premiers signes peuvent apparaître dès la grossesse de la mère de l'enfant avec des phases d'hypermobilité fœtale, cependant, ils restent peu stables avant l'âge de 4 ans. (3) Le diagnostic se réalise le plus souvent à partir de 5 ans et en moyenne s'effectue vers l'âge de 6-7 ans. (4)

1.2. Description clinique

1.2.1. Le déficit attentionnel

L'attention n'est pas un terme simple à définir puisque chacun des auteurs argumente son expression de manière distincte. En préambule, l'attention intègre une organisation multidimensionnelle qui est mobilisée de façon coordonnée par le système attentionnel superviseur, constituant des fonctions exécutives. Les fonctions attentionnelles permettent d'orienter et d'alimenter l'ensemble des fonctions cognitives et sont considérées comme un fonctionnement « puzzle » au vu de l'ensemble des sous systèmes existants. (2)

De nombreux modèles de l'attention existent, nous prendrons le choix d'utiliser ici la théorie clinique de Van Zomeren & Brouwer. (5) Selon ce concept théorique, cinq types d'attention existent et sont inclus au sein de deux grands domaines attentionnels : l'axe de l'intensité et de la sélectivité.

¹ Constitue la dernière et cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques

- **L'axe de l'intensité est composé de trois éléments :**

L'alerte est la capacité à pouvoir réagir rapidement à un stimulus, elle peut être considérée comme une forme de « rapidité » attentionnelle. *La vigilance* est la capacité à maintenir son attention dans la durée au cours de situations peu stimulantes, voir, monotones. Enfin, *l'attention soutenue* est la capacité à maintenir sa concentration dans le temps lorsque l'on fournit un effort cognitif prolongé dans des tâches continues.

- **L'Axe de la sélectivité est composé de deux éléments :**

L'attention sélective est l'habileté à filtrer une information pertinente parmi d'autres stimulus appelés plus communément distracteurs, elle peut être considérée comme un filtre attentionnel. Sur un autre plan, l'attention divisée est la capacité à répartir ses ressources attentionnelles dans la réalisation de plusieurs tâches à effectuer simultanément.

Selon Mazeau et al., (2) un lien de causalité existerait entre la motivation et l'attention. Effectivement, la motivation est un processus permettant d'initier, de sélectionner et de maintenir un comportement orienté vers un objectif, une finalité. L'anticipation d'une récompense qu'elle soit affective ou matérielle entraîne le déclenchement du système dopaminergique méso-cortico-limbique et permet de maintenir les fonctions attentionnelles sur l'ensemble de la durée d'une tâche. Ainsi, si le sujet prend du plaisir dans une activité ou s'il est performant, il présentera une motivation à caractéristique intrinsèque². Autrement, si la contrainte augmente ou qu'il est moins compétent, il devra déclencher une motivation extrinsèque³ pour conserver un niveau attentionnel suffisant à la tâche. La motivation serait donc un facteur fondamental dans le maintien des capacités attentionnelles.

Sur le plan comportemental, l'inattention peut entraîner chez l'enfant porteur de TDA/H une forme de distractibilité, une désorganisation, un manque de persévérance ou encore des oublis quotidiens. Le déficit de l'attention est omniprésent dans ce trouble et reste le marqueur principal responsable de l'échec scolaire de l'enfant. (2) Dans le cadre de cette pathologie, il est important de souligner que les difficultés d'attention soutenue ne sont pas présentes dans toutes les situations car elles se manifestent principalement lors de tâches répétitives, familières ou lorsque le rythme s'avère lent. D'autre part, le déficit d'attention sélective peut également être impacté dans la reconnaissance de ce qui est essentiel dans la tâche, surtout quand l'information est ambiguë, subtile, abondante ou lorsque des éléments de détails superflus sont présents.

Selon Gabriel Walh, le déficit de l'attention peut se distinguer par la présence de deux types d'excès (6) : d'une part, on peut retrouver une distraction excessive qui se manifeste lorsque l'enfant se laisse envahir, distraire par de multiples événements. Par illustration, on peut donner l'exemple d'un enfant qui est rapidement attiré par l'oiseau qu'il aperçoit à l'extérieur de la fenêtre de la classe. D'un autre côté, l'enfant peut être intensément absorbé par une activité ou par ses propres pensées. Une intervention de l'entourage est alors

² La **motivation intrinsèque** représente un engagement par intérêt et par plaisir. Elle intègre le plus haut niveau d'autodétermination de la personne.

³ La **motivation extrinsèque** survient quand l'activité est réalisée pour obtenir une finalité, souvent dissociée de l'action et externe à l'individu.

nécessaire pour que l'enfant se désengage de l'activité en question ou de ses pensées, par exemple en élevant la voix.

1.2.2. Impulsivité

L'impulsivité peut se manifester par une incapacité à attendre son tour, à émettre de la précipitation, ou encore prendre des risques au cours de certaines situations. Ce symptôme est surtout présent chez les personnes qui ont un TDA/H mixte ou avec une forme impulsivité/hyperactivité prédominante. Ce symptôme traduit généralement des difficultés à l'autocontrôle, à une faible tolérance au délai de gratification (tendance très forte à rechercher des plaisirs immédiats), une faible inhibition comportementale (difficultés à inhiber les réponses spontanées, qu'il s'agisse de comportements verbaux ou physiques) ainsi qu'une prise de décision rapide. (7)

1.2.3. Hyperactivité

L'hyperactivité peut se manifester tant sur le plan physique que sur le plan verbal. Elle se définit par une activité incessante, intense et incontrôlée. Elle relève d'une agitation motrice qui impacte la réalisation de tâches cognitives. Les ressources scientifiques montrent que comparativement aux pairs, ceux ayant un TDAH remuent la tête 2,3 fois plus que les autres, bougent leurs corps 3,4 fois plus et lorsqu'ils se déplacent occupent environ 3,8 fois d'espace.(8) Elle tend à diminuer voire à disparaître à l'âge adulte mais peut tout de même rester perceptible par une énergie inépuisable et un besoin constant d'être dans l'action. Toutefois, il est nécessaire d'être vigilant à distinguer le simple symptôme de l'hyperactivité présent chez de nombreux enfants au véritable syndrome de ce trouble neurodéveloppemental qui doit obligatoirement être associé à un déficit attentionnel. Par illustration, un enfant turbulent n'est pas forcément atteint de TDA/H s'il présente seulement une hyperactivité.

1.3. Physiopathologie du TDA/H

Sonugar-Barke et al. (9) ont proposé un modèle à deux voies, l'une correspondant à un déficit du contrôle inhibiteur et l'autre traduisant une altération du circuit motivationnel (voir annexe 2). Le déficit du contrôle inhibiteur correspondrait à un dysfonctionnement exécutif et aurait pour finalité une dérégulation cognitive et comportementale, modulée par l'engagement dans la tâche. Les principales conséquences liées à cette boucle engendreraient un manque d'attention sélective, une difficulté à inhiber les réponses, un défaut de flexibilité mentale avec une tendance à la persévération ainsi qu'un déficit de la mémoire de travail. D'autre part, la voie correspondant au circuit motivationnel tente d'expliquer que les enfants souffrant de TDA/H ont tendance à éviter toute forme de délai, c'est-à-dire toute forme d'attente. Ainsi, les comportements inadaptés, désorganisés et non orientés de ces enfants ne seraient que la résultante fonctionnelle de leur aversion à l'égard du délai. Cette intolérance émanerait d'une dérégulation des mécanismes de récompense (système méso-cortico-limbique) en lien avec la libération de neurotransmetteurs dopaminergique. Cette hormone aurait pour fonction de réguler les comportements orientés vers un but et aiderait à générer de la motivation. D'après

les hypothèses de ce modèle, et dans des situations où l'enfant aurait le choix, le caractère impulsif des prises de décision aurait pour but de minimiser l'attente. Dans des situations où l'enfant n'aurait pas de choix à effectuer, son attention se porterait vers d'autres éléments environnementaux, ce qui traduirait un comportement à versant inattentif. Enfin, s'il n'y avait aucun choix à faire dans une situation où l'attention de l'enfant ne pourrait pas se détourner, l'enfant TDA/H se stimulerait lui-même, ce qui se traduirait par l'apparition d'une agitation motrice excessive ou une hyperactivité. (10)

1.4. Identification des facteurs de risques

Le TDA/H constitue un trouble aux étiologies multiples et la combinaison de facteurs environnementaux, génétiques et neurologiques contribuerait à sa pathogénèse. Toutefois, notons que le développement de ce trouble résulterait de l'association de plusieurs facteurs de risques et non pas d'un seul facteur isolé.

Plus spécifiquement, *la transmission génétique* serait responsable à environ 70% des cas d'apparition du TDA/H. En effet, les études portant sur les jumeaux montrent que le taux d'héritabilité de ce trouble est de 75 %, ce qui correspond à l'un des plus élevés parmi l'ensemble des troubles psychiatriques existants. D'autre part, les facteurs *neurologiques non héréditaires* relèvent l'apparition de ce trouble pour environ 30% des cas. Ces derniers intègrent les facteurs de risques prénataux comme la consommation de substances et de tabac ou encore les facteurs de risques périnataux comme un petit poids à la naissance ou une prématurité. De plus, les toxines *environnementales* telles que les pesticides, le plomb et les biphényles seraient également considérées comme des vecteurs de risques favorables au développement de ce trouble. Enfin, une association entre la *vulnérabilité socio-économique* et l'augmentation du risque de TDA/H a été confirmée : les difficultés financières étant le principal facteur prédictif de l'augmentation du taux de ce trouble. (11)

1.5. Comorbidités

Les comorbidités sont nombreuses étant donné que près de 80 % des enfants souffrant de TDA/H manifestent d'autres affections psychiatriques et neurodéveloppementales. Il est important de noter que ces comorbidités peuvent grandement complexifier le diagnostic et le traitement du TDA/H.

En effet, on retrouve régulièrement chez les enfants souffrants de TDA/H d'autres *troubles neurodéveloppementaux* tels que des troubles spécifiques des apprentissages correspondant aux principales affections comorbides du TDA/H avec une proportion d'environ un tiers des enfants atteints. (11) Plus spécifiquement, on peut nommer dans cette catégorie les troubles « dys » : dyslexies, dyspraxies, dyscalculies, dysorthographies et dysphasies. D'autre part, il est aussi récurrent d'observer des *troubles psychiatriques variés* auprès de ces enfants : des troubles oppositionnels avec provocation chez environ 80 % des formes mixtes de TDA/H ; des troubles des conduites ; des troubles anxieux pour environ 30 % des cas pouvant entraîner une dépression majeure ; un risque accru de devenir dépendant aux substances ainsi que des troubles des conduites alimentaires plus importants chez les filles. (7) Aussi, entre 25 et 50 % des enfants souffrent de *troubles du sommeil*, or, il est maintenant

avéré que ce paramètre présente un rôle primordial dans l'apprentissage, la fonction cognitive et la consolidation de la mémoire. (12) Enfin, le trouble du spectre de l'autisme constitue une comorbidité très présente car jusqu'à 85% des personnes diagnostiquées sur continuum des troubles du TSA ont également tendance à répondre à l'ensemble des critères pour le TDA/H. (4)

1.6. Les conséquences sur la vie quotidienne

L'étude Lifetime Impairment Survey (LIS) a évalué les symptômes décrits par 215 parents d'enfants avec ou sans TDA/H (107 et 108 respectivement) afin de pouvoir analyser les différents impacts de ce trouble sur leur quotidien. Les résultats indiquent que les problématiques de scolarité (dont l'échec scolaire), les difficultés relationnelles avec les pairs et/ou adultes ou encore la baisse de l'estime de soi de l'enfant sont rapportées par de nombreux parents et s'avèrent significativement plus présents chez les enfants atteints de TDA/H en comparaison au groupe témoin d'enfants à développement neurotypique. Aussi, la majorité des parents pensent que les expériences vécues durant l'enfance ou l'adolescence de leurs enfants porteurs du trouble entraînera des répercussions négatives à l'âge adulte. En effet, il a été confirmé que les retentissements sur la vie quotidienne des individus présentant ce trouble persistent souvent à l'âge adulte car d'après les études, près de la moitié des adolescents et adultes présenteraient encore des symptômes tels que de l'agitation, de l'inattention, des difficultés dans la planification ainsi que la présence d'une impulsivité (1) (13).

L'école représente un élément central dans le développement de l'enfant car c'est un lieu d'apprentissage et de sociabilisation important. Au stade scolaire, les élèves doivent répondre à des compétences cognitives et physiques déterminées pour chaque âge. Cependant, les enfants présentant un TDA/H s'épuisent plus rapidement que les autres élèves sans troubles. A ce sujet, une recherche menée en 2017 a tenté d'analyser les impacts des symptômes du TDA/H sur les comportements d'apprentissage en comparaison à un groupe témoin. Les résultats indiquent que les enfants porteurs de ce trouble ont moins de motivation à s'engager dans les tâches difficiles, à travailler en autonomie et présentent des capacités attentionnelles en dessous de la moyenne. En outre, un engagement plus important dans les activités pourrait conduire à réduire le risque de troubles d'apprentissage dans l'enseignement primaire et secondaire. (14) En pratique, il est donc récurrent d'observer chez ces enfants des difficultés sur l'ensemble des domaines d'apprentissages comme la lecture, l'écriture ou encore le calcul et les mathématiques. Par exemple, pour ce qui concerne l'écriture, les résultats de plusieurs études d'observation démontrent que les enfants présentant un TDA/H ont de faibles performances engendrant une illisibilité ou vitesse inappropriée, soit en raison d'un déficit attentionnel, une faible motricité visuelle, une hyperactivité ou un déficit de motricité fine sous-jacente. (15) Ainsi, à moyen et long terme, les enfants porteurs de ce trouble risquent d'avoir un rendement scolaire ainsi qu'un nombre d'années d'études significativement plus faibles générant un statut socio-économique inférieur à celui de leurs pairs. (6)

Le domicile constitue également un environnement fondamental pour l'enfant car c'est un lieu de vie où il est amené à passer beaucoup de son temps. A la maison, de nombreuses difficultés à s'engager suffisamment dans les AVQ se manifestent : « *Par exemple, les parents rapportent que leurs enfants ont du mal à jouer seuls* », « *La présence du parent à leurs côtés*

reste nécessaire pour être guidé dans le jeu, sinon le sens de l'activité peut échapper à ces enfants et l'ennui les gagne vite ».(16) Dans le TDA/H, le déficit attentionnel est systématiquement présent au cœur du trouble. De ce fait, les enfants n'arrivent généralement pas à mener une activité à son terme, ils peuvent se montrer rêveurs et oublier les informations à retenir ou encore ne pas être suffisamment vigilants à leurs environnements. (2) Les devoirs par exemple, s'avèrent complexes pour ces enfants car ils peuvent rencontrer des difficultés à se concentrer, à assister ou à aller jusqu'au bout de la tâche. De plus, comme les parents sont en général impliqués dans le processus des devoirs, cela peut affecter à long terme les interactions sociales entre ces derniers. Aussi, il est important de souligner que selon Vigo et al., (16) le trouble développemental de la coordination est souvent une comorbidité associée impactant l'indépendance de l'enfant car peut se manifester par des difficultés dans les gestes précis du quotidien tel que l'utilisation des couverts pendant les repas, l'habillage ou encore lors de la toilette.

Enfin, l'instabilité motrice présente chez certains enfants porteurs de TDAH peut générer une augmentation des conduites à risque et la survenue d'accidents. Un des événements quotidiens les plus difficiles à gérer correspond aux temps de la prise des repas : l'enfant se lève et bouge constamment de la chaise, il s'agite et peut donner des coups de pieds. Dans cette thématique, une étude menée par Taiwan et al. auprès de 18 200 enfants a démontré que les enfants avec TDAH présentent entre 2 et 5 fois plus de risques de présenter des blessures de type fractures, luxations et brûlures en comparaison aux enfants à développement neurotypique. Ces constatations appellent donc à une vigilance extrême pour l'entourage de l'enfant puisque certaines mises en danger peuvent entraîner des conséquences graves à moyen et long terme. (16) (17)

2. Les différents axes de prises en soins

Comme nous avons pu le découvrir, un excès d'impulsivité, d'hyperactivité et d'inattention oriente vers un profil de TDA/H. Une fois que le diagnostic est posé par le spécialiste⁴, l'accompagnement thérapeutique doit être précoce, global et adapté à la sévérité des symptômes de l'enfant. Dans le cadre de ce trouble, il est recommandé que le médecin référent informe régulièrement le médecin spécialiste de l'évolution, des éventuels effets secondaires constatés et des événements intercurrents. Les modalités de prises en soins comprennent deux objectifs d'intervention principaux qui sont l'action au niveau des symptômes d'une part et des comorbidités d'autre part. (12)

2.1.1. Traitement médicamenteux :

Le méthylphénidate est actuellement le seul médicament psychostimulant disponible en France qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché, sa structure chimique s'apparente à celle de l'amphétamine. La question du bénéfice/risque est délicate car malgré l'efficacité de ce traitement pour 70% des cas diagnostiqués et soignés sur de courtes périodes, nous ignorons les effets à long terme des médicaments sur le neurodéveloppement. Ce traitement peut être indiqué chez un enfant porteur du TDA/H dès lors qu'il est âgé de 6

⁴ Pédiatre, neurologue, psychiatre, pédopsychiatre

ans. Son action pharmacologique consiste à libérer de la noradrénaline et de la dopamine dans l'espace synaptique et a pour objectif d'améliorer les fonctions cognitives (telles que les capacités attentionnelles) ainsi qu'une diminution de l'impulsivité. (18)

Selon l'HAS, ce traitement médicamenteux n'est recommandé qu'en seconde intention lorsque que la prise en soins psychologique, éducative et sociale se montre insuffisante. Selon une enquête menée en France auprès de médecins généralistes assurant le suivi d'enfants TDA/H traités par méthylphénidate, la prévalence des principaux effets secondaires représenterait une perte d'appétit et de poids, des céphalées ainsi que des troubles du sommeil. Il est important de noter que seulement 24 % des enfants n'ont présenté aucun effet secondaire après la prise du traitement. L'ANSM indique également que l'administration du méthylphénidate peut exposer à des effets indésirables graves pouvant induire une augmentation des risques neuropsychiatriques, cardio et cérébrovasculaires de même qu'un retentissement de la courbe staturale-pondérale. Enfin, alors que près de la moitié des enfants présentent des comorbidités psychiatriques et neurodéveloppementales, on sait que ce traitement agit seulement sur les symptômes principaux du TDA/H. (12)

2.1.2. Traitements non-médicamenteux :

Au vu des multiples retentissements dans le quotidien de l'enfant TDA/H, les recommandations nationales signalent la nécessité d'une prise en soins multimodale. Afin d'améliorer la visibilité des différents types d'interventions possibles, nous mettrons en œuvre un tableau récapitulatif d'exemples d'accompagnements non médicamenteux possibles selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. (12)

Tableau 1 : Exemples d'interventions non médicamenteuses

Modalités de suivis	Objectifs
<p><u>Psychothérapies</u> Ex : Thérapies cognitivo-comportementales</p>	<p>Accompagner et informer l'enfant et son entourage en mettant en place des stratégies adaptées pour faire face aux situations complexes</p>
<p><u>Formation parentale</u> Ex : méthode de Barkley</p>	<p>Technique d'entraînement et d'encadrement propre aux enfants TDA/H. Des conseils sont proposés aux parents afin de faire comprendre les difficultés ressenties par l'enfant et comment interagir positivement avec eux</p>
<p><u>Formation aux habiletés sociales</u></p>	<p>Enseigner des capacités d'interactions sociales telles que le sourire, la posture ou le contact visuel tout en augmentant l'estime de soi de l'enfant</p>
<p><u>Rééducation et compensation des troubles des apprentissages</u> Ex : intervention en ergothérapie pour les troubles attentionnels</p>	<p>Améliorer les capacités d'apprentissages</p>

<p align="center"><u>Programmes d'intervention scolaire</u></p>	<p align="center">Interventions comportementales ou éducatives personnalisées</p>
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Nous l'aurons compris, les recommandations de bonnes pratiques favorisent et soutiennent les interventions multimodales. La HAS, dans ses préconisations intègre les compétences de certains professionnels de santé tel que l'ergothérapeute, mentionné à de nombreuses reprises. Ainsi, nous nous intéresserons par la suite à la spécificité d'accompagnement qu'il peut proposer auprès d'enfants porteurs de TDA/H.

2.2. L'accompagnement en ergothérapie

2.2.1. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé inscrit au code de la santé publique, il fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Ce professionnel a pour rôle de maintenir, restaurer et permettre les AVQ de chacun tout en prévenant, réduisant ou supprimant les situations de handicap visible ou invisible. Le spectre d'intervention en ergothérapie est très large étant donné que les accompagnements peuvent se réaliser à tout âge (du nouveau-né à la personne âgée) ainsi que sur toute problématique impactant la réalisation des occupations. L'ergothérapeute tient compte des habitudes de vie et de l'environnement de la personne afin de trouver des solutions optimales et adaptées à l'ensemble de ses besoins. (19)

Ce professionnel peut intervenir dès l'expression d'une plainte occupationnelle de l'individu dans l'ensemble des domaines de la vie quotidienne : le travail, les loisirs et les soins personnels. Le thérapeute évalue l'ensemble des sphères cognitives, socio-affectives, motrices, sensorielles et environnementales puis se doit de poser un diagnostic ergothérapeutique. A posteriori, il met en œuvre des soins et des interventions de « prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale » pour favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne. L'ergothérapie a la particularité de s'appuyer sur le potentiel thérapeutique d'une activité pour permettre à la personne de s'engager au mieux dans les occupations qui lui sont significatives et significatives. (20)

2.2.2. Les interventions ergothérapeutiques auprès d'enfants porteurs de TDA/H

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS mentionnent l'intérêt et l'efficacité d'être accompagné par un ergothérapeute lorsque des troubles du tonus ou de la posture, de l'oralité alimentaire et verbale, de la coordination isolée (maladresse), de l'attention et des fonctions exécutives, de la motricité fine, des difficultés graphiques ou encore lorsque des complexités d'installation dans l'environnement sont constatées.(4) La HAS indique également que l'approche de l'ergothérapeute permettra à l'enfant de prendre conscience de ses difficultés, de développer ses capacités d'autocontrôle afin de pouvoir transférer et généraliser ses acquisitions dans l'ensemble des lieux de vie.(12)

Plus spécifiquement, une étude menée par Iani et al. (15) en 2020 a permis de faire un état des lieux des missions de l'ergothérapeute auprès des enfants atteints de TDA/H au sein du Canada. Ces professionnels ont déclaré que la proportion de ces enfants représentait entre 26 et 75 % de leurs taux d'accompagnement dans le secteur pédiatrique. Les résultats de l'étude indiquent en majorité que les ergothérapeutes sont le plus sollicités dans les domaines de la motricité fine, des habiletés de traitement sensoriel ainsi que du fonctionnement scolaire. Aussi, bien que ces professionnels interviennent directement auprès de l'enfant porteur du trouble, la littérature montre qu'ils collaborent étroitement avec son entourage pour améliorer les compétences parentales ou encore à enseigner des stratégies d'adaptation.

Selon Chu et Reynolds, les ergothérapeutes ont des compétences pour faciliter la réussite dans l'engagement et la participation aux différentes activités des enfants souffrant de TDA/H. Selon les auteurs, ce professionnel doit dans un premier temps adopter une approche évaluative multidimensionnelle afin de détecter la façon dont le trouble peut influencer le rendement des AVQ de l'enfant. Plus spécifiquement, les différents domaines d'évaluation concernent l'environnement, le niveau neurologique, psychologique, comportemental de l'enfant ainsi que les performances dans les tâches afin de déterminer le levier de participation dans les différentes occupations (21).

Lorsque les évaluations sont réalisées et interprétées, il est nécessaire que l'ergothérapeute intervienne auprès de l'enfant pour rééduquer ou compenser les différents déficits présents. L'accompagnement comporte un spectre très large d'interventions possibles qui doit être individualisé et adapté aux besoins de chaque enfant. Par illustration, nous pouvons introduire au sein des missions de ce professionnel :

- L'adaptation de l'environnement sensoriel et physique de l'enfant en mettant en place des routines quotidiennes (exemple : installer un timer pour anticiper les événements)
- L'accompagnement sur le plan neurologique par des concepts et techniques de modulation sensorielle (exemple : installation d'un coussin d'assise à picot ou d'un gilet lesté pour favoriser l'auto-régulation de l'enfant)
- L'accompagnement sur le plan comportemental par le biais d'entraînement aux habiletés sociales ou à la mise en place de stratégies particulières
- L'accompagnement sur le plan cognitif par un entraînement à l'attention et au contrôle des inhibitions ou encore par des techniques d'amélioration des fonctions exécutives

L'objectif ultime de l'ensemble de ces interventions est d'optimiser l'engagement de l'enfant dans ses différentes AVQ afin que son rendement et sa performance soient meilleurs. Ainsi, à la lecture de ces éléments, nous pouvons affirmer le rôle fondamental que peut apporter l'ergothérapeute dans l'accompagnement sur l'ensemble des sphères environnantes de l'enfant présentant un TDA/H. Comme nous avons pu le découvrir précédemment, les activités quotidiennes de l'enfant peuvent régulièrement être impactées par un déficit d'engagement marqué par un manque important de motivation de l'enfant. Les difficultés à s'engager sont à prendre en considération dans le suivi car elles peuvent lourdement impacter la performance des soins personnels, des loisirs ou encore des tâches scolaires. (22) Au vu de ces constatations, nous tenterons par la suite de nous attacher à comprendre comment et par quel moyen l'ergothérapeute peut améliorer l'engagement de l'enfant au cours des séances.

2.3. Point spécifique sur le déficit d'engagement occupationnel

2.3.1. Le concept de l'engagement occupationnel

L'engagement occupationnel est un concept fondamental en ergothérapie, il incarne le niveau d'investissement d'une personne au sein même d'une occupation. La notion d'engagement présente une perspective plus large que le rendement occupationnel car une personne pourrait être complètement investie dans une occupation sans pour autant la réaliser de façon indépendante (ex : une personne qui participe à un marathon alors qu'elle est en fauteuil roulant). Ce concept possède certaines caractéristiques comme la nature de l'engagement qui peut être actif ou passif, son intensité, le degré d'établissement, l'étendue de l'implication et la compétence du rendement (être novice, amateur ou expert). Plus précisément, l'engagement de la personne assimile les interactions possibles entre l'ensemble de ses dimensions (psychique, cognitive, physique, affective et spirituelle), son occupation et le contexte environnemental dans laquelle elle se trouve. La motivation, comme nous avons pu le voir est un élément essentiel qui produit l'engagement en poussant inconsciemment la personne à agir. Nous pouvons donc considérer que soutenir la motivation constitue un moyen de favoriser l'engagement de l'enfant dans ses activités. (23)

2.3.2. Le cadre conceptuel de l'engagement occupationnel selon le MCREO

Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) dans un souci de clarification du rôle de cette profession. Le MCREO considère que s'investir et s'engager dans des occupations répond à un besoin fondamental de l'individu qui est perçu comme un être occupationnel. Selon Townsend et Polatajko, l'occupation correspond à un déterminant du bien-être et de la santé en permettant de donner un sens à la vie de l'individu. Aussi, en plus de donner lieu à une structuration du temps et de déterminer une organisation dans le quotidien, il est notable de souligner que certaines occupations possèdent un réel potentiel thérapeutique. Le MCREO s'avère judicieux à employer car il présente un portrait holistique du fonctionnement et des caractéristiques de la personne dans un contexte de vie global puis permet d'analyser les différentes sphères du patient sur la participation à des occupations significatives. Ce modèle est centré sur les priorités et les difficultés occupationnelles de l'individu et facilite l'établissement des objectifs et moyens d'intervention précis à court, moyen et long terme. (24)

D'après ce modèle (voir annexe 3), l'individu est considéré selon trois dimensions principales, et, l'ergothérapeute peut agir sur ces trois axes afin d'optimiser au mieux l'engagement occupationnel des bénéficiaires de soins.

- Les dimensions de la personne (affective, cognitive et physique)
- L'occupation (soins personnels, productivité et loisirs)
- L'environnement (culturel, institutionnel, physique et social)

2.3.2.1. L'outil dérivé du MCREO : la MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel est un instrument d'évaluation qui prépare l'analyse perceptive du bénéficiaire à l'égard de son rendement occupationnel dans les différents domaines de la vie quotidienne. La MCRO se présente comme une auto-évaluation dont la passation de cette mesure suit cinq étapes qui se déroulent successivement au cours de l'accompagnement en ergothérapie. La première étape correspond à l'identification des problèmes déterminés par la personne dans ses AVQ (soins personnels, productivité et loisirs). Sur la deuxième période, il est demandé à l'individu de coter sur une échelle de un à dix l'importance qu'elle accorde à chaque occupation sélectionnée. En troisième et quatrième temps, la personne est amenée à choisir les cinq activités considérées comme les plus importantes en évaluant la façon dont elle pense être capable de participer à l'ensemble des actions et en exprimant son degré de satisfaction par rapport à son rendement. Enfin, la cinquième étape correspond à la réévaluation de la personne afin qu'elle puisse se repositionner quant à son rendement et sa satisfaction pour les activités sélectionnées. (25) L'utilisation de cet outil permet de donner un sens particulier aux problématiques singulières de l'enfant en lui permettant d'être accompagné au travers d'un processus participatif et actif.

2.3.3. Les facteurs favorables à l'engagement occupationnel

En tant qu'ergothérapeute, la compréhension et la connaissance des facteurs favorables à l'engagement de l'enfant permettront de proposer en aval une intervention efficace soutenant les bonnes acquisitions. L'un des moyens de favoriser l'engagement de l'enfant dans sa thérapie est de soutenir sa motivation qui est la base de l'action dans les activités : elle correspondrait ainsi à la partie de l'iceberg visible de l'engagement. Une revue de littérature menée en 2018 s'est intéressée aux impacts des déficits de motivation chez les jeunes porteurs de TDA/H. Les recherches effectuées auprès de 20 études ont fourni des preuves satisfaisantes sur le fait que les enfants atteints de ce trouble ont des niveaux de motivation significativement plus faibles en comparaison aux enfants à développement neurotypiques. De plus, cette revue mentionne que les déficits d'engagement les plus observables se déroulent généralement dans le cadre des performances scolaires. (26) Plus spécifiquement, les études de Douglas et al. (27) mentionnent que les enfants TDA/H présentent un déficit plus important dans la motivation intrinsèque. De ces constatations, il semblerait donc fondamental de développer une motivation extrinsèque, en particulier lors de tâches longues ou difficiles.

La motivation est un état sur lequel l'ergothérapeute peut agir afin de favoriser l'engagement de l'enfant dans les activités thérapeutiques. Pour cela, différentes techniques et outils existent pour améliorer ce facteur en séance d'ergothérapie. En prérequis, le professionnel doit toujours penser à individualiser les sessions et à s'adapter au maximum en fonction de l'âge et aux capacités de chacun. Les paramètres fondamentaux sur lesquels l'ergothérapeute peut œuvrer pour soutenir l'engagement de l'enfant sont regroupés en trois catégories principales : le cadre des séances, la relation thérapeutique ainsi que l'activité mise en place. (23)

Tout d'abord, la mise en place d'un **cadre thérapeutique spécifique** peut être un soutien à l'engagement. En outre, la littérature indique qu'il peut être motivant pour l'enfant de

participer à la programmation du planning de la séance et qu'il est plus efficace de débiter la session par une activité facile et de la terminer par une tâche plus complexe. De plus, l'intégration ponctuelle de renforçateurs peut être un vecteur motivationnel pour permettre la valorisation de comportements positifs de l'enfant. En effet, Morsink et al. (27) démontrent que les renforçateurs pourraient améliorer les performances scolaires ainsi que permettre un meilleur contrôle inhibiteur. Aussi, le contexte environnemental des thérapies est à prendre en considération quel que soit le lieu d'intervention de l'ergothérapeute pour favoriser l'entraîn de l'enfant : un matériel attrayant, ludique est un élément important au bon déroulement de la séance. Enfin, les sessions réalisées en groupe peuvent déclencher des activités encourageantes pour les enfants car elles se rapprochent davantage de leurs réalités sociales. Il a été montré que l'engagement de la personne était optimisé lorsque les tâches sont rendues plus saillantes, nouvelles, intéressantes ou stimulantes.

D'autre part, **la relation** que les ergothérapeutes vont établir avec les enfants pris en soins est également un facteur important dans ce processus. L'alliance thérapeutique et l'empathie sont des points clés pour que l'approche soit centrée sur la personne. Enfin, le thérapeute peut adopter une attitude ludique pour favoriser l'adhésion aux soins de l'enfant et peut pour cela utiliser un langage verbal spécifique : imagination, fantaisie et humour.

Enfin, au centre **des activités thérapeutiques** menées, de multiples moyens peuvent être utilisés pour stimuler la sphère motivationnelle. D'une part, le jeu intègre une place importante au cours des séances d'ergothérapie, il constitue un moyen thérapeutique étant donné qu'il permet le développement de toutes les dimensions de l'enfant et favorise l'émergence du plaisir et de la capacité d'agir. En dehors des techniques ludiques, certaines approches peuvent avoir du sens pour l'enfant comme la participation à des activités de vie quotidienne, les approches neurosensorielles ou encore l'utilisation de médiations spécifiques.

La *médiation animale*, par ses caractéristiques, peut regrouper l'ensemble de ces points. A travers son aspect ludique et signifiant pour l'enfant, elle présente l'intérêt de pouvoir intégrer au sein même de ces activités différentes approches en fonction des objectifs de soins établis.

2.3.4. La médiation animale en faveur de l'engagement occupationnel

L'AOTA (American Occupational Therapy Association) a constaté que la relation entre les individus et leurs animaux de compagnie est si importante que chaque soin peut être considéré comme une activité instrumentale de la vie quotidienne. En effet, d'un point de vue occupationnel, l'animal familial modifie la routine de vie de l'individu, il permet de donner un sentiment d'utilité à la personne et participe à façonner une sensation de bien-être physique et psycho-affectif. De ces constatations, des auteurs ont recommandé entre autres que les occupations relatives au fait de posséder un animal familial devraient davantage être considérées en ergothérapie, pratique centrée sur les occupations.

Les ergothérapeutes, par leurs capacités d'analyse des activités humaines peuvent évaluer les compétences reliées au fait de prendre soin d'un animal et établissent généralement des critères facilitateurs et obstacles à la réalisation des séances afin de prévenir au mieux les facteurs de risques. Ainsi, les allergies, phobies, comportements agressifs envers les animaux ou encore certaines comorbidités telle que l'épilepsie pourraient constituer des éléments d'exclusions aux séances selon les thérapeutes interrogés. (28) Par ailleurs, les professionnels réalisant de la MA le font en parallèle des interventions

ergothérapeutiques standards. Parce que les enfants sont généralement très motivés pour interagir avec les animaux, ces professionnels peuvent être en mesure d'utiliser la MA comme moyen thérapeutique pour favoriser l'engagement et la participation occupationnelle. Les enfants sont naturellement curieux, stimulés par les expériences nouvelles et désireux d'interagir avec leur environnement. (29)

En ergothérapie, la MA peut s'envisager comme un outil judicieux à utiliser pour soutenir le développement des habiletés de l'enfant qu'elles soient cognitives, motrices ou sensorielles. Concernant les séances, Goddard et Gilmer ont indiqué que la MA pouvait facilement être intégrée dans un plan de traitement en ergothérapie car les objectifs d'interventions peuvent être communs. Par ailleurs, une enquête menée en 2010 auprès d'ergothérapeutes a pu établir que 98% ont déclaré que la MA pouvait être utilisée pour motiver les individus à s'engager dans des occupations thérapeutiques afin d'améliorer leurs performances et leurs capacités à participer à des activités qui ont un sens. (29) (30)

3. L'animal, partenaire de la relation de soins

3.1. Les évolutions dans l'histoire

Les relations existantes entre l'être humain et le monde animal ne sont pas récentes, car, en effet, ces interactions existent déjà depuis des millénaires. Cependant, les premiers préambules de la MA apparaissent véritablement à partir du XVIII^{ème} siècle dans le nord de l'Angleterre au sein de l'institut York Retreat avec William Tuke, humaniste. Celui-ci confie des lapins et volailles aux résidents atteints de maladies mentales dans le but de réduire leurs angoisses et désordres psychiques. (31)

A partir des années 1950, c'est Boris Levinson qui sera considéré comme l'investigateur de la MA en y intégrant la théorie de la « pet-oriented child psychotherapy⁵ ». Ce pédopsychiatre américain sera le premier à parler du rôle catalyseur social que peut jouer l'animal envers l'Humain. Ses expériences seront par la suite reprises et étudiées par les deux psychiatres américains Elisabeth et Samuel Corson intervenant dans un centre pour adolescents porteurs de troubles mentaux. Ils mettront le premier programme de zoothérapie au sein de l'université d'Etat d'Ohio en 1977. (31)

A l'heure actuelle, la MA est une pratique de plus en plus utilisée et approuvée en France par un large panel de professionnels de santé mais reste encore peu connue par le grand public. Le manque de validation scientifique ainsi que la crainte sanitaire sont autant d'éléments qui peuvent justifier le ralentissement au bon développement de cette modalité interventionnelle.

3.2. De multiples appellations

Dans une revue de littérature menée en 2003, Lajoie a déclaré avoir trouvé pas moins de vingt définitions différentes qui s'intègrent dans une démarche de soins entre l'Homme et l'animal. Ainsi, qu'on les nomme « zoothérapie », « thérapie assistée par l'animal », « activité associant l'animal » ou encore « médiation par l'animal », les pratiques de soins par le contact

⁵ Théorie que l'on peut traduire par « relation enfant – animal dans le domaine de la psychothérapie »

animalier ont en commun de mettre en relation des animaux et des êtres humains en situation de souffrance, de handicap. L'évolution chronologique des pratiques vise à définir la place de l'animal, de l'humain mais également de leurs relations dans la production d'un effet thérapeutique. (32) Cependant, cette multiplicité de termes est à la source d'une confusion importante au sein même de cette stratégie interventionnelle.

De ces faits, la Delta Society⁶ a établi des critères spécifiques permettant de distinguer deux formes principales applicables aux pratiques de soins par l'animal :

D'une part, la *thérapie assistée ou facilitée par l'animal* qui représente une intervention orientée vers un objectif, dans laquelle un animal répondant à des critères spécifiques fait partie intégrante d'un processus de traitement. Les séances peuvent s'effectuer individuellement ou en groupe et se basent sur les interactions entre le thérapeute, le patient et l'animal dans le but d'apporter des améliorations cognitives, physiques, comportementales et/ou socio-affectives chez le bénéficiaire. Les séances doivent être dispensées par un professionnel de santé ou de la relation d'aide et l'animal occupera une place d'adjoint thérapeutique, de facilitateur à l'adhésion aux soins. (33)

D'autre part, l'*activité associant l'animal* a pour dessein principal d'améliorer la qualité de vie de la personne dans la réalisation de séances à visée récréatives, éducatives ou motivationnelles. Les activités proposées ne comportent pas d'objectifs préalablement fixés, cependant, il est tout de même possible d'observer indirectement certains effets thérapeutiques. (33)

Ainsi, malgré le fait que les dénominations de thérapie et d'activité assistée par l'animal soient les plus utilisées à travers le monde, leurs expressions sont le fruit de nombreuses controverses et leurs pertinences, constamment remises en question. Ainsi, nous ferons le choix au sein de ce travail de privilégier le terme de médiation par l'animal dans l'intention de ne pas exclure certaines pratiques de soins et aussi dans l'objectif de simplifier la terminologie employée.

3.3. La médiation par l'animal

La médiation par l'animal est un terme générique qui recouvre un ensemble de pratiques aux diverses appellations, elle peut être définie selon la fondation Apsommer comme « une méthode d'intervention basée sur les liens bienfaisants entre les animaux et les humains, à des fins préventives, éducatives ou thérapeutiques. » (34). Jérôme Michalon, auteur de la thèse « *L'animal thérapeute* » : *Socio-anthropologie de l'émergence du soin par le contact animalier* énonce des faits intéressants à ce propos. Depuis 2005, l'utilisation du terme de « médiation animale » fait l'objet d'un consensus très large et constitue sans doute le terme le plus utilisé dans le milieu francophone du soin par le contact animalier. Cette terminologie permet d'accorder une qualité spécifique à l'animal sans pourtant le considérer comme un « thérapeute ». En effet, l'intervention de l'animal est dans le meilleur des possibles une participation à un regroupement d'activités à visée thérapeutique mais il ne peut s'agir de proposer une prise en soins entièrement centrée autour de l'animal. (35)

⁶ La Delta Society est l'une des plus grandes organisations responsables de la certification des animaux dans le domaine du soin aux Etats-Unis

Cette pratique s'adresse à un public de tous âges : enfants, adultes et personnes âgées pouvant être en situation de souffrance associée à une maladie et/ou un handicap. Lors des séances, les mises en interaction avec les animaux peuvent s'établir à des degrés divers allant de la simple situation de co-présence à des contacts physiques prolongés en passant par des mises en relation uniquement verbales.

La médiation par l'animal vise à intégrer une relation triangulaire entre l'intervenant, l'animal et le bénéficiaire afin d'apporter des bienfaits à tout un chacun. (35). Effectivement, au sein de cette triade, les effets positifs peuvent être partagés et ne sont pas uniquement bénéfiques pour le patient ou l'utilisateur tel que nous pourrions le présumer. En effet, pour favoriser l'alliance thérapeutique avec le bénéficiaire, l'intervenant doit être en mesure de créer une atmosphère de sécurité adéquate. En présence de l'animal, le thérapeute peut être vu comme moins menaçant, notamment pour les personnes réticentes à un accompagnement thérapeutique. La présence de l'animal va permettre de dédramatiser la thérapie, créer une atmosphère plus légère et apporter un soutien émotionnel important. Selon Servais et al. (36), l'animal prolonge, fortifie et amplifie l'action du thérapeute. Il va permettre de faciliter le contact et peut donc être considéré comme un véritable adjoint thérapeutique à la séance. Ce dernier présente la capacité de démultiplier les zones de contact possibles entre les individus et participe donc activement à la mise en place d'un environnement sécurisé.

Aussi, comme nous l'avons indiqué auparavant, les interactions inter-espèces peuvent s'avérer bénéfiques autant pour l'humain que pour l'animal. A ce sujet, une étude menée en 2003 auprès de dix-huit sujets adultes a permis d'établir un état des lieux des effets neurophysiologiques sur les interactions entre les humains et des animaux (chiens). Les résultats de la recherche démontrent chez les deux espèces une diminution significative de la pression artérielle moyenne après une interaction sociale de 5 à 24 minutes. De plus, une augmentation de la sécrétion de certains neurotransmetteurs chez le chien et l'Humain comme l'ocytocine, la prolactine et la dopamine responsables du bien-être a pu être relevée. Enfin, une baisse du taux de cortisol (hormone glucocorticoïde intervenant dans la gestion du stress) est constatée chez les sujets humains. (37)

Malgré les effets bénéfiques indéniables que peuvent procurer les interactions entre l'homme et l'animal, qu'en est-il de la réglementation actuelle dans le domaine du soin ? Quels sont les critères à respecter pour que la séance se déroule dans de bonnes conditions ? La notion de bien-être ne doit-elle pas rentrer en considération pour optimiser la qualité de cette stratégie d'intervention ?

3.4. La réglementation actuelle

A l'heure actuelle, il est nécessaire de comprendre que l'approche juridique diffère selon les secteurs d'interventions :

- Dans le cadre du secteur hospitalier, l'article R1112-48 du code de la santé publique interdit la présence d'animaux domestiques à l'exception des chiens guides d'aveugles qui eux, sont seulement autorisés à entrer dans la salle d'attente et le hall d'accueil de l'hôpital.
- Dans le cadre du secteur social et médico-social, la réglementation est plus vague étant donné qu'aucune loi n'est actuellement promulguée. La circulaire Franchesci de 1986 indique que « les personnes âgées qui ont un animal familier doivent être

autorisées à le garder avec elles, dans la mesure où il ne créera pas une contrainte anormale pour le personnel et où il ne gênera pas la tranquillité des autres résidents ». Ainsi, l'acceptation d'intégration d'animaux au sein des établissements sociaux et médico-sociaux relève généralement de la décision des directeurs d'établissements.

Annie Treyve déclare au sein d'une lettre d'information destinée aux acteurs de la lutte contre les infections nosocomiales qu'il n'y a pas de preuves scientifiques sur les risques présentés par la présence d'animaux qui soient supérieurs aux bénéfices apportés auprès de personnes fragiles. (38)

Aussi, pour assurer le bien être des animaux assurant des ateliers de MA, L'IAHAIO⁷ a publié en 2014 une déclaration de recommandation de bonnes pratiques. En synthèse, la charte appuie l'importance d'impliquer des animaux domestiques au cours des interventions car ils sont plus adaptés aux interactions sociales en comparaison à des espèces sauvages et exotiques. Toutefois, les animaux domestiques doivent répondre à certaines caractéristiques reconnues par des organismes nationaux ou internationaux afin d'être le plus adaptés au contexte de soins. Aussi, un suivi régulier (vaccinations à jour et prévention des zoonoses) réalisé par un vétérinaire est fortement recommandé de même qu'une expertise comportementale fréquente de l'animal pour limiter certains risques (ex : morsures). Enfin, il est indiqué que les professionnels et intervenants doivent si possible avoir reçu une formation appropriée sur les besoins fondamentaux et le bien-être des animaux afin d'acquérir les ressources nécessaires pour détecter au mieux les potentiels signes de stress et d'inconfort. (39)

Après avoir eu l'occasion de définir la MA et d'analyser les différents aspects pratiques, éthiques et déontologiques de cette stratégie d'intervention, il s'avère à présent judicieux de se rapprocher de notre cible de recherche. En aval de ces faits, l'objectif sera de cerner la particularité des interactions existantes entre l'enfant et l'animal et plus précisément du jeune porteur de TDAH.

3.5. La particularité des interactions entre l'enfant et l'animal

3.5.1. La représentation de l'animal auprès des enfants

Très tôt, l'animal joue un rôle primordial dans chaque étape du développement de l'enfant en se constituant comme une véritable figure d'attachement et support d'identification. Qu'il soit fantasmé ou réel, l'animal fait partie intégrante de l'environnement de l'enfant et va faciliter le développement de certaines habiletés. Par exemple, jusqu'à l'âge de trois ans de l'enfant, l'animal de compagnie se présente comme un modèle pour favoriser la progression de la motricité et du langage. Si l'animal détient une place si importante dès le plus jeune âge, c'est notamment en raison de la richesse de signification dont il est porteur et de l'accessibilité immédiate qu'il manifeste envers l'enfant. Entre autres, l'une des similarités entre le jeune et l'animal réside dans le fait qu'ils ne communiquent pas verbalement de la même façon que les adultes. Ils vont donc avoir l'opportunité d'être des interlocuteurs privilégiés en mettant en place un langage émotionnel et postural mutualisé. D'autre part, au sein du cercle familial, l'animal a la capacité de jouer le rôle de « parent » en protégeant et tenant compagnie à l'enfant mais s'intègre aussi dans une démarche relationnelle fraternelle par l'intermédiaire de

⁷ International Association of Human-Animal Interaction Organizations

la confiance et du jeu. Plus globalement, le professeur Montagner indique que les interactions avec les animaux favorisent le développement global de l'enfant dans son processus de détachement, sa construction corporelle, psychique et intellectuelle. (40)

La représentation de la société actuelle met en avant l'importance des bienfaits relationnels entre l'enfant et l'animal. Ces constatations seront confirmées par la population générale puisque selon une enquête menée par l'institut Opinion Way pour la fondation Adrienne et Pierre SOMMER en 2016 sur un échantillon de 1078 sujets français, les résultats indiquent que 91 % des personnes pensent que la présence d'un animal familial a un impact positif sur le développement des enfants et 96 % concernant les enfants associés à des difficultés particulières. (41)

Ainsi, comme nous avons pu le découvrir, la représentation personnelle des individus manifeste grandement les bienfaits que peuvent générer la présence d'animaux au sein même du cercle familial auprès d'enfants à développement typique et davantage sur le développement neurotypique. Cependant, quand est-il de la littérature scientifique ? Existe-t-il réellement des bénéfices à réaliser des séances de MA auprès d'enfants porteurs du TDA/H ?

3.5.2. Impacts de la médiation animale auprès des enfants porteurs de TDA/H

Dans la pratique clinique, il est parfois complexe de différencier le TDA/H et le TSA en partie à cause de l'enchevêtrement des symptômes de ces deux troubles. En effet, comme indiqué précédemment, jusqu'à 85% des personnes diagnostiquées sur le continuum du TSA ont également tendance à répondre à l'ensemble des critères du TDAH. (12) A ce sujet, des études récentes ont démontré que plusieurs déficits communs aux deux troubles en plus des symptômes principaux apparaissent tels que la coordination motrice, le traitement sensoriel, les interactions sociales ainsi que le contrôle de l'attention et des fonctions exécutives. (42) Ainsi, le manque d'études qui se préoccupent des effets bénéfiques de la MA auprès d'enfants atteints de TDA/H nous engage donc à se rapprocher des recherches effectuées auprès d'enfants atteints de TSA pour compléter notre description clinique.

3.5.2.1. Sphère sensori-motrice

Tout d'abord, une certaine proportion d'enfants porteurs de TDA/H peuvent éprouver des difficultés sur le plan physique telles qu'une agitation ou encore des altérations dans la réalisation de tâches motrices fines ou globales. En corrélation avec ces faits, une revue systématique réalisée par White et al. (43) en 2020 a recensé les effets de la thérapie assistée par le cheval sur les conséquences physiques des enfants porteurs de ce troubles auprès de six études retenues. Une amélioration générale de l'équilibre à la marche, de la force musculaire, de l'aptitude cardiorespiratoire, du schéma corporel et de la performance motrice a été identifiée.

En corroboration à ces indications, une étude menée en 2020 par Portela et al. (44) auprès de sujets atteints de TSA sur une période de 9 mois a permis de certifier que le développement de la fonction motrice en équitérapie s'avère bénéfique. Les résultats de cette expérimentation démontrent une augmentation des capacités de renforcement et de relaxation musculaire de plus de 60 % avec une meilleure coordination visuo-motrice, dissociation et coordination, ainsi qu'une orientation et structuration spatiale davantage efficiente. De plus,

on peut observer une optimisation de près de 62 % des attitudes posturales intégrant un contrôle tonico-postural, un équilibre ainsi qu'une latéralisation plus efficace. (Voir annexe 4.1)

3.5.2.2. Sphère cognitive

A l'heure actuelle, peu d'études se sont penchées sur l'influence des animaux à l'égard du développement cognitif des enfants. Toutefois, les recherches ont suggéré que les animaux de compagnie pouvaient contribuer à une progression plus rapide des quatre grandes périodes du développement cognitif de l'enfant : stade sensori-moteur, préopératoire, opérations concrètes et formelles (45). Plus spécifiquement, selon Edunburg et al.,(46) la possession d'animaux familiers permettrait d'améliorer les compétences verbales et l'acquisition du langage de l'enfant. L'amélioration de la fonction langagière pourrait s'expliquer par le fait que l'animal fonctionne à la fois comme un récepteur des échanges avec l'enfant mais se présente également comme un stimuli verbal attrayant suscitant de la communication en permettant un enrichissement du vocabulaire.

De plus, il a été également indiqué que les animaux pouvaient favoriser les différents apprentissages des enfants. Par exemple, les études menées par Leroux et al. ont investigué les effets de la MA sur les capacités de lecture des enfants. Les résultats montrent que les habiletés de lecture étaient significativement plus élevées dans le groupe d'enfants accompagné de chiens que dans celui où seules des peluches étaient présentes. Pour beaucoup d'enfants, la présence d'animaux est un facteur de puissante motivation et permettrait d'encourager les efforts fournis durant la réalisation de tâches longues et difficiles. D'autres séries d'expérimentations ont permis de mettre en évidence l'amélioration des capacités attentionnelles, la limitation des distractions environnementales lors de tâches cognitives et plus généralement une augmentation des fonctions exécutives. (47)

3.5.2.3. Sphère sociale

Comme nous avons pu le découvrir précédemment, les troubles du TDA/H sont communément associés à des difficultés de relations avec les parents de l'enfant, les professeurs ou avec ses pairs. Dans cette composante, une étude menée par Alvarez et al. (48) en 2016 a permis d'étudier les effets de la MA sur la participation sociale et la communication de 19 enfants atteints de TSA. A noter que quatre sur dix-neuf de ces enfants avaient également reçu un diagnostic secondaire de TDA/H, ce qui est d'autant plus intéressant pour notre recherche. Les séances ont été réalisées sur neuf sessions individuelles, d'une durée moyenne de vingt minutes et dirigées par des ergothérapeutes ayant eu recours à des formations spécifiques de MA. Les résultats finaux matérialisés par l'ACIS⁸ fournissent des changements significatifs entre les pré et post évaluations où les capacités de communication et d'interactions sociales, deux éléments essentiels à la participation sociale se sont améliorés et ont augmenté de près de 30%. En pratique, cette étude révèle de meilleures compétences dans l'utilisation des gestes du corps liés aux relations à autrui, un maintien favorable de l'attention au cours des interactions ainsi qu'un plus grand respect des normes sociales.

Par la relation de confiance établie avec l'animal, les comportements prosociaux qui fondent le processus de socialisation sont stimulés. Les enfants arrivent davantage à

⁸ Assessment of Communication and Interaction Skills

développer des compétences de communication, d'ajustement et de coopération dans les différents comportements à adopter. Ainsi, à l'école, les enfants présentent moins de craintes, n'évitent pas les interactions avec leurs pairs et canalisent mieux leurs émotions. (49) Les recherches ont également montré que les enfants ayant établi une attitude positive auprès d'animaux ont tendance à présenter des capacités d'empathies supérieures en comparaison aux autres enfants, l'empathie étant un facteur favorable au développement des interactions sociales. (46) La présence de l'animal va apporter un soutien émotionnel auprès de l'enfant et limiter la peur de l'échec, ce qui participe à l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant.

3.5.2.4. Sphère psycho-comportementale

Une étude a été menée par Schuck et al. (50) en 2015 auprès de 24 enfants atteints de TDA/H répartis en deux groupes : un groupe participant à des séances de thérapie cognitivo-comportementale en complémentarité à la MA et l'autre groupe sans MA pendant 12 semaines. Les résultats démontrent que pour l'ensemble des enfants présents au sein des deux groupes confondus, la sévérité de leurs troubles comportementaux a diminué de façon linéaire au cours de l'étude. Cependant, les enfants qui ont bénéficié de la MA ont présenté des réductions plus importantes (voir annexe 4.2) dans le contrôle inhibiteur et le maintien attentionnel, deux systèmes essentiels dans le fonctionnement exécutif.

De plus, une étude menée par Juríčková (51) en 2020 auprès de deux élèves porteurs de TDA/H a démontré le rôle positif de la MA au sein d'une classe de primaire. Durant un an, un chien de thérapie a été intégré à la totalité des activités scolaires, et, un enseignant a évalué la progression des symptômes du TDA/H à l'aide de l'échelle de Connors. Les comportements problématiques en classe des deux enfants ont été trois fois moins présents passant d'une échelle de 31 à 9,5 après une année de MA. En ce qui concerne les comportements en groupe et les attitudes autoritaires de ces deux enfants, les résultats vont dans le même sens par une diminution notable des scores. Pour un enfant TDA/H du groupe d'étude, des complications étaient perçues pour s'engager dans une activité en classe car elle nécessitait en permanence l'aide d'un enseignant ou d'un pair pour maintenir suffisamment haut son seuil de motivation. L'intégration d'un chien au sein de la classe a pu démontrer que cette enfant avait déplacé son besoin de contact physique de l'enseignant vers l'animal. Ce dernier est devenu un remarquable partenaire qui acceptait de recevoir ses manifestations émotionnelles.

Selon Montagner, l'animal participe à la sécurité affective de l'enfant. Lorsqu'elles sont réalisées dans de bonnes conditions, les interactions auprès de l'animal peuvent avoir des effets rassurants, apaisants et anxiolytiques. L'enfant qui établit une relation avec l'animal familier manifeste essentiellement des comportements affiliatifs (sourires, rires, caresses), tandis que les comportements dits hyperactifs et agressifs tendent à diminuer. Ainsi, la relation quotidienne avec un animal familier, qui ne trahit pas et ne juge pas, apaise et rassure, présente une forte probabilité d'installer un enfant sur le versant de la sécurité affective. (49)

Enfin, nous pouvons conclure ce chapitre en indiquant que la littérature confirme les bienfaits générés par les interactions menées entre l'animal et l'enfant porteur de TDA/H. La médiation animale pourrait ainsi constituer une méthode alternative efficace aux risques de présence d'un contexte d'échec scolaire corrélé à une démotivation, et plus généralement dans la diminution de la sévérité et la variété des difficultés causées par la symptomatologie de ce trouble.

Problématique et hypothèses

Au vu des multiples éléments que nous apporte la littérature, il semble effectif que le TDA/H soit un trouble hétérogène, durable et retentissant sur l'ensemble des AVQ. L'accompagnement de ces enfants peut intégrer des prises en soins médicamenteuses et non médicamenteuses afin de limiter au mieux les conséquences négatives de ce trouble. L'ergothérapie, approche thérapeutique non médicamenteuse peut être proposée dès lors que des plaintes occupationnelles sont repérées. Comme vu précédemment, le déficit d'engagement de l'enfant est un élément particulièrement observable, notamment dans le domaine des apprentissages scolaires. En pratique, l'ergothérapeute est amené à être éminemment sollicité à œuvrer auprès de l'enfant sur ses performances dans des les activités perturbées, toutefois, le rendement peut être limité dès lors que son engagement est déficitaire. En partant de ce fait, il s'avère perspicace de trouver des approches d'accompagnement adaptées pour pallier le manque d'engagement occupationnel de ces enfants au cours des séances de prise en soins en ergothérapie.

Les animaux de compagnie font très souvent partie du quotidien des foyers français car sont présents dans plus d'un foyer sur deux (52). Selon l'AOTA, les soins menés auprès des animaux sont considérés comme des activités instrumentales de la vie quotidienne de l'individu au vu de son intensité et de son importance.(29) Aussi, plusieurs études ont démontré l'intérêt bénéfique des interactions menées auprès des animaux sur les différents plans de développement de l'enfant : sensori-moteur, cognitif, social, et psycho-comportemental. De plus, les recherches indiquent que les activités menées avec l'animal peuvent être bénéfiques et peuvent constituer un puissant facteur de motivation de l'enfant au cours des séances de prises en soin en ergothérapie. (22)

Dans ce cadre, la MA comme moyen thérapeutique peut être considérée comme perspicace et judicieuse pour améliorer l'engagement de l'enfant TDA/H lors des séances. Cependant, qu'en est-il de la pratique actuelle des ergothérapeutes ? Comment la MA est-elle employée au cours des séances ? Quels sont les objectifs et moyens thérapeutiques mis à profit ? De quelle manière les ergothérapeutes observent-ils les améliorations de leurs patients ?

Ces différents questionnements nous amènent à la problématique suivante : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute intègre la médiation animale afin de favoriser l'engagement occupationnel des enfants avec TDA/H au cours des séances de prise en soins ?**

Pour y répondre, nous allons faire émerger les hypothèses suivantes :

Hypothèse n°1 : Le contexte d'exercice professionnel de l'ergothérapeute influence sa pratique de médiation animale (libéral ou salarié, choix de l'espèce animalière, intervention seule ou en collaboration).

Hypothèse n°2 : Les ergothérapeutes peuvent utiliser l'animal dans leurs thérapies de deux façons différentes : par des activités directes ou indirectes (simple co-présence).

Hypothèse n°3 : Les ergothérapeutes observent une augmentation de l'engagement occupationnel des enfants présentant un TDA/H lors de la réalisation des séances de MA.

Méthodologie

Pour répondre à notre problématique, nous avons mis en œuvre une méthodologie de recherche spécifique que nous tâcherons de décrire dans les paragraphes suivants.

1. Objectifs de la recherche

L'objectif global de cette étude était de réaliser un état des lieux actuel de l'utilisation de la MA comme outil thérapeutique au cours des séances de prises en soins ergothérapeutiques d'enfants porteurs de TDA/H.

Plus spécifiquement, les objectifs spécifiques de cette recherche étaient d'investiguer les éléments suivants :

- Collecter le point de vue des professionnels quant à cette stratégie d'intervention
- Comprendre les éléments facilitateurs et obstacles à la mise en place de cette pratique
- Exposer les objectifs et les bénéfices de la MA auprès d'enfants présentant des difficultés s'apparentant à un TDA/H
- Démontrer la place considérable de l'ergothérapeute en tant qu'accompagnateur et vecteur de l'engagement occupationnel (EO) de l'enfant
- Souligner les impacts positifs de la MA sur l'investissement des enfants porteurs de TDA/H au cours des séances ergothérapeutiques

2. Constitution des groupes

Nous avons souhaité constituer notre étude par l'utilisation de deux groupes afin de recueillir une population significativement représentative et homogène de la réalité.

- Le **groupe 1** était constitué d'ergothérapeutes n'utilisant pas la médiation animale dans la prise en soins des enfants TDA/H. L'intérêt principal de ce groupe était de comprendre les raisons pour lesquelles ces professionnels ne pratiquaient pas cette stratégie d'intervention et permettait de compléter notre analyse.
- Le **groupe 2** était constitué d'ergothérapeutes usant de la médiation animale dans la prise en soins des enfants TDA/H. Cette population correspondait à notre centre d'intérêt prioritaire étant donné que notre problématique et nos hypothèses de recherche étaient destinés à ce groupe de professionnels.

3. Description de la population étudiée

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion à l'enquête

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">▪ Ergothérapeute diplômé d'état▪ Effectuer des séances auprès d'enfants atteints de TDA/H diagnostiqués ou en cours de diagnostic▪ Les séances peuvent s'effectuer dans tous types de secteur d'intervention pédiatrique (libéral ou structure)▪ Pour le groupe 1 : ne pas pratiquer de MA▪ Pour le groupe 2 : pratiquer de la MA	<ul style="list-style-type: none">▪ Ne pas être ergothérapeute D.E▪ Ne pas prendre en soins des enfants atteints de TDA/H diagnostiqués ou en cours de diagnostic

4. Démarche expérimentale

4.1. Choix de l'outil méthodologique

Peu de littérature scientifique était disponible en ce qui concerne la thématique de MA, ce qui nous a orienté directement vers l'utilisation de deux possibilités d'outils méthodologiques pour collecter nos données : l'emploi d'un entretien ou d'un questionnaire.

Les informations que nous souhaitons recueillir étaient majoritairement à visée quantitative, ce qui a axé prioritairement notre choix vers l'emploi d'un questionnaire. A contrario, l'entretien constitue à lui seul une méthode plus qualitative qui n'était donc pas suffisamment adaptée à nos besoins. Aussi, au moment où nous avons effectué l'étude, peu d'ergothérapeutes en France recouraient à la MA au cours des séances de prises en soins et encore moins dans notre région d'implantation. Ces circonstances nous ont donc fait prendre en considération l'atout supplémentaire d'utiliser le questionnaire comme outil méthodologique et convenait le plus à notre cadre de recherche.

Cette procédure avait l'avantage de ne pas présenter de limites géographiques permettant ainsi d'optimiser et d'augmenter le nombre de réponses obtenues. Aussi, les ergothérapeutes participant à cette enquête ont pu répondre à notre questionnaire en fonction de leurs propres disponibilités contrairement à un entretien qui nécessite de prévoir au préalable un temps de rencontre. Enfin, l'emploi d'un questionnaire était perspicace pour obtenir des données à la fois quantitatives et qualitatives au vu de notre analyse de pratique professionnelle.

4.2. Conception et contenu du questionnaire

4.2.1. Etapes de la création du questionnaire

Au cours de la réalisation de notre questionnaire, nous nous sommes référés à l'ouvrage « Guide pratique de recherche en réadaptation » (53) afin de nous aider à structurer les questions de façon cohérente.

Dans un premier temps, nous avons créé une ébauche de plusieurs questionnements et de mots clés sur une Mind Mapping⁹ avec au centre de la carte notre problématique et nos différentes hypothèses de recherches. Par la suite, nous avons commencé à structurer nos questionnements en les associant aux thématiques que l'on souhaitait aborder et in fine, avons créé quatre domaines principaux.

Plus spécifiquement, notre enquête se compose de différents choix de format de questions en fonction des données nécessaires à recueillir :

- a. Questions numériques avec des réponses chiffrées attendues afin de pouvoir recueillir des variables quantitatives
- b. Questions fermées (dichotomiques / choix multiples) permettant d'obtenir des réponses directement quantifiables
- c. Questions ouvertes à court ou moyen développement afin d'apporter des réponses personnalisées et de recueillir les opinions de chacun

L'élaboration finale de ce questionnaire s'est effectuée à l'aide du logiciel « Sphinx Online », facilitant ainsi la procédure claire et limpide de mise en page du déroulé de notre enquête. Une fois que l'ensemble du questionnaire était ordonné, nous l'avons envoyé et fait expérimenter auprès de cinq personnes de notre entourage afin d'évaluer le temps que cela pourrait prendre et de recueillir leurs expériences. Ensuite, nous avons effectué les modifications nécessaires pour optimiser le temps de remplissage et changer certaines terminologies entraînant ainsi une meilleure compréhension de la part des lecteurs. A présent, nous verrons ci-dessous la manière dans laquelle est structurée notre questionnaire.

4.2.2. Description du questionnaire

L'enquête débute par une présentation rapide et une exposition de notre objet de recherche, et, la dernière partie est composée de remerciements destinés aux ergothérapeutes ayant répondu à ce questionnaire. Au total, notre trame comptabilise 41 questions (obligatoires et facultatives). Toutefois, le nombre de réponses entre les deux groupes diffère significativement puisqu'il est constitué de 8 questions obligatoires pour le groupe d'ergothérapeutes n'effectuant pas de MA et de 32 questions obligatoires pour les professionnels employant cette stratégie d'intervention. (Voir annexe 5)

Lors de l'élaboration de ce questionnaire, il était nécessaire d'envisager instaurer un temps limité de façon à ne pas décourager certains répondants. Pour remplir entièrement l'enquête, il faut donc compter en moyenne un temps de 8 minutes pour les ergothérapeutes effectuant de la MA et environ 3 minutes pour le groupe d'ergothérapeutes n'effectuant pas de MA, ce qui reste relativement court et accessible face aux disponibilités de ces professionnels. Nous verrons ci-dessous que notre questionnaire se scinde en quatre thématiques principales.

⁹ Carte mentale

4.2.3. Informations générales

Cette première partie a pour volonté d'explorer les différents profils d'ergothérapeutes répondant à cette enquête. Elle a également pour intérêt de filtrer et visualiser si les critères d'inclusions préétablis sont bien respectés avant de poursuivre le questionnaire, soit :

- Être ergothérapeute diplômé d'état
- Travailler au sein d'une organisation pédiatrique
- Prendre en soins des enfants présentant des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité

Lors de la constitution du questionnaire, nous avons veillé à ce que les personnes indiquant qu'elles ne sont pas ergothérapeutes et/ou n'accompagnant pas d'enfants atteints de TDA/H soient exclues directement de l'enquête et ne puissent pas poursuivre l'enquête.

Enfin, une question supplémentaire réservée aux ergothérapeutes n'effectuant pas de MA est formulée à la fin des informations générales et permet de connaître les raisons de la non-utilisation de cette stratégie d'intervention.

4.2.4. Focus sur les séances de médiation animale

Cette deuxième partie est constituée de 14 questions et de 13 rendues obligatoires, elle permet de mettre en analyse les modalités d'interventions de ces séances. Pour se faire, nous avons recouru à des questions fermées (dichotomique / choix multiples) et à réponses courtes. Par le biais de ces réponses, nous pourrions explorer et recueillir les informations suivantes :

- Les espèces ainsi que le nombre d'animaux intégrés
- Le type d'éducation reçue par l'animal
- La fréquence de sollicitation de l'animal et la durée moyenne des séances
- La façon dont est conduite la séance (seule ou en coanimation avec d'autres professionnels)
- Le cadre thérapeutique mis en place
- L'évaluation des progrès de l'enfant en présence de l'animal

4.2.5. Objectifs et bénéfices des séances de médiation animale avec les enfants porteurs de TDA/H

Cette troisième partie constituée de 7 questions a pour dessein de spécifier les relations établies entre les enfants porteurs de ce trouble et les animaux au cours des séances ergothérapeutiques. A propos de cette section, nous cherchons donc à connaître :

- Les objectifs principaux des séances de MA
- Le type d'activité instaurée pour atteindre les objectifs de prises en soins
- L'estimation du niveau bénéfique que l'animal apporte à l'adhésion aux soins de l'enfant
- Connaître les potentielles difficultés rencontrées à la mise en place des séances de MA
- S'il y a eu, recenser le type d'accidents des séances

4.2.6. L'engagement occupationnel des enfants porteurs de TDA/H au cours des séances en ergothérapie

Cette quatrième partie constituée de 9 questions a pour volonté d'intégrer la thématique de l'engagement occupationnel au centre des séances. Ainsi, nous cherchons à savoir au sein de cette section :

- Le niveau de connaissance et d'intégration de l'EO par les ergothérapeutes répondant à l'enquête
- Savoir si les enfants pris en soins souffrent de difficultés d'engagement et connaître les domaines dans lesquels les complications sont les plus observées
- Analyser si le niveau d'engagement de l'enfant est modifié en présence de l'animal et si oui, de quelle façon (augmentation, diminution, stabilisation)
- Recueillir des éléments supplémentaires que les ergothérapeutes auraient pu remarquer au cours des séances

4.3. Méthode de diffusion

La diffusion de ce questionnaire s'est entièrement réalisée sur Internet. Pour se faire, nous avons utilisé des groupes Facebook privés pour transmettre notre questionnaire et optimiser le nombre de réponses, l'objectif étant que les résultats soient les plus représentatifs possibles. En outre, les groupes « Médiation animale : échanger pour mieux s'exercer », « L'ergothérapie et la médiation animale » ainsi que « Ergothérapie en pédiatrie » correspondent aux réseaux que l'on a sollicité en priorité. Aussi, nous nous sommes également appuyés sur l'annuaire du SYNTEL ergolib¹⁰ pour transmettre notre enquête aux ergothérapeutes adhérents à ce groupe.

4.3.1. Dates de diffusion

Nous avons commencé à diffuser notre enquête par questionnaire le 17 février 2022 et l'avons clôturé le 17 mars 2022. Cette période d'un mois nous a ainsi permis d'établir un rappel à l'ensemble des ergothérapeutes en milieu de diffusion pour favoriser la visibilité de notre enquête.

¹⁰ **SYNFEL** ergolib est un réseau national regroupant les ergothérapeutes exerçant en libéral en France

Résultats

1. Présentation de l'échantillon

La méthodologie mise en œuvre nous a permis de collecter 67 réponses au total. Parmi ces 67 réponses, 2 répondants n'étaient pas ergothérapeutes, ce qui a engendré une exclusion à l'étude de ces derniers. De plus, il est important de souligner que la totalité des professionnels participant à l'enquête sont des femmes.

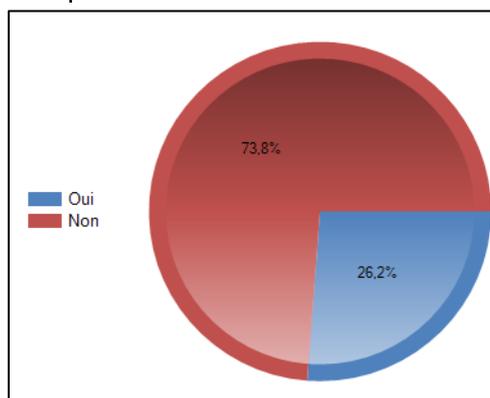


Figure 1 : proportion d'ergothérapeutes réalisant (en bleu) et ne réalisant pas (en rouge) des séances de MA

1.1. Groupe 1 : Ergothérapeutes n'effectuant pas de séances de MA

Ce groupe se composait de 45 personnes parmi lesquelles se trouvaient exclusivement des femmes. L'année moyenne d'obtention du diplôme des répondants était 2011 (min : 1986 et max : 2021). En ce qui concerne le lieu de travail des ergothérapeutes inclus dans ce groupe, nous pouvons observer que la plupart intègrent le milieu libéral (93,3 %) puis, le travail en SESSAD se situe en deuxième position avec un taux de 11,1 % de répondants. Enfin, la totalité des ergothérapeutes de ce groupe accompagnaient des enfants présentant un TDA/H avec un pourcentage de suivi moyen d'environ 39% (min : 1% et max : 80%).

1.1.1. Les causes de la non-utilisation de la MA

Les causes principales de la non-utilisation de cette stratégie d'intervention sont le manque de formation à hauteur de 60% et le manque de connaissances sur cette pratique mentionnée à 48,9%. Les réponses de la catégorie « autre(s) » étaient : « pas de cabinet car interventions à domicile », « contraintes institutionnelles », « éducation de mon animal pas encore arrivée à son terme », « en cours de formation », « je n'ai pas d'animaux », « paraît complexe à mettre en place en libéral » ainsi que des « difficultés logistiques : je rêve d'avoir un chien pendant les séances mais manque de temps, de place et de disponibilité pour accueillir un animal dans mon foyer ».

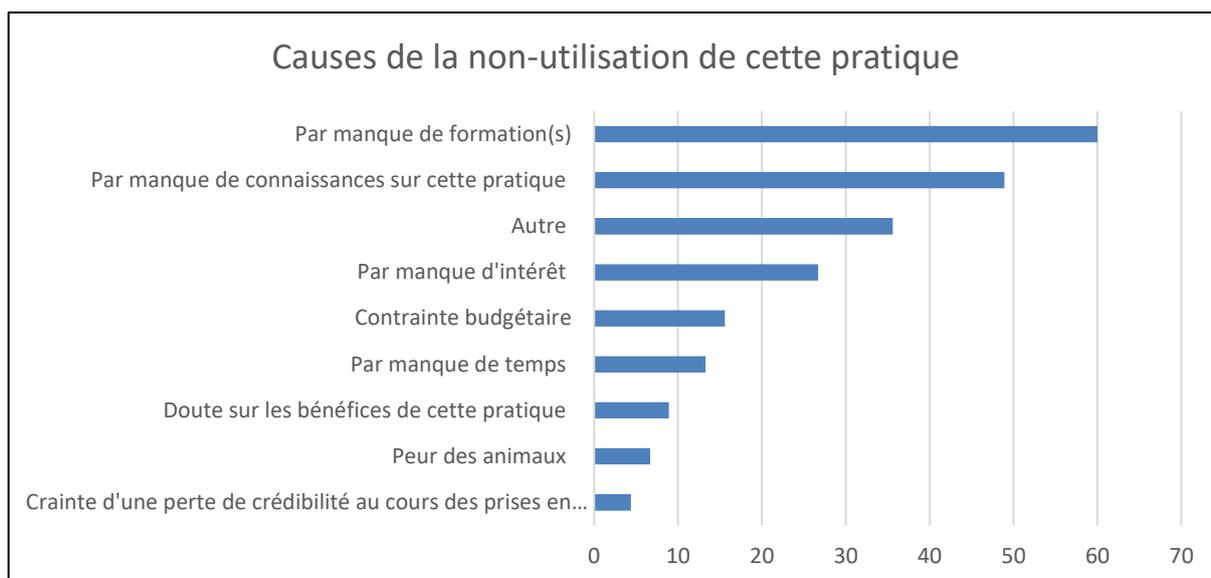


Figure 2 : Raisons de la non-utilisation de cette stratégie d'intervention

1.2. Groupe 2 : Ergothérapeutes effectuant des séances de MA

Ce groupe se composait de 16 ergothérapeutes qui étaient exclusivement des femmes. L'année moyenne d'obtention du diplôme des répondants était 2013 (min : 1999 et max : 2021). En ce qui concerne le lieu de travail des ergothérapeutes de ce groupe, nous pouvons observer que la plupart intègrent le milieu libéral (87,7 %) et les IME/IEM se situent en deuxième place avec 12,5 % des répondants. Enfin, la totalité des ergothérapeutes de ce groupe accompagnaient également des enfants présentant un TDA/H avec un taux de suivi moyen de ces enfants d'environ 29 % (min : 1% et max : 85%).

En ce qui concerne la durée d'exercice de cette pratique, on peut observer que la majorité des ergothérapeutes effectuant de la médiation par l'animal présentent en moyenne entre 1 et 5 ans d'expériences (56,2 %). Toutefois, pour 43,8 % des répondants, la durée d'exercice de cette pratique est relativement courte car elle est inférieure à une année.

2. Les séances de médiation animale

En ce qui concerne la nomenclature utilisée par les professionnels pour définir leurs pratiques, nous pouvons constater que les retours de notre enquête démontrent que la majorité des ergothérapeutes utilisent le terme de médiation par l'animal (56,2%) et thérapie assistée/facilitée par l'animal (43,8%). Aussi, une autre dénomination utilisée par un des professionnels était : « ergothérapie accompagnée par l'animal ». A contrario, la zoothérapie est une formule relativement peu utilisée par les ergothérapeutes pour définir leurs pratiques. Sur l'ensemble de ce groupe, 62,5% des ergothérapeutes ont réalisé des formations spécifiques à la MA. Les types de formation les plus cités correspondent aux certificats d'intervenant en médiation animale (50%), l'ACACED (40%), le PECRAM (30%) et le diplôme universitaire relatif à la relation d'aide par la médiation animale (20%).

Les formations « autre(s) » étaient : « Unap », « Formation interne en hôpital psychiatrique », « Initiation à la médiation animale » ainsi que « participation à des

colloques ».

En pratique, lors des séances ergothérapeutiques, les intervenants ont recours en moyenne à l'utilisation de deux animaux (min : 1 et max : 10) et la majorité des professionnels (93,8 %) ont un animal qui est utilisé à la fois pour le travail et la vie personnelle. En moyenne, la plupart des séances de MA se réalisent en 45 minutes mais peuvent osciller généralement entre 30 minutes (au minimum) et 1h30 (au maximum). Aussi, nous pouvons constater que les animaux sont sollicités sur une fréquence assez importante car la plupart des ergothérapeutes les intègrent plusieurs fois par semaine, voir par jour. De plus, la majorité des ergothérapeutes (87,5%) réalisent des séances individuelles avec les enfants. Dans ce même sens, la plupart des répondants indiquent aussi ne pas effectuer de coanimation avec d'autres professionnels que ce soit dans le cadre de séances individuelles ou de groupe.

En séance d'ergothérapie, la plus grande majorité des espèces animales utilisées sont visibles sur la figure 3. Pour 87,7% de répondants, l'utilisation du chien correspond à l'animal le plus sollicité en thérapie. Les espèces « autre(s) » étaient des : « Ânes, vaches, poules », et « poneys, boucs ». De plus, rajoutons à ces indications le fait que la plupart des animaux (62,5 %) utilisés par les ergothérapeutes ont reçu une éducation spécifique afin d'être au mieux préparés aux séances de médiation animale. Enfin, de nombreux professionnels indiquent recenser certains critères d'exclusions d'enfants à ce type de séance (Figure 4).

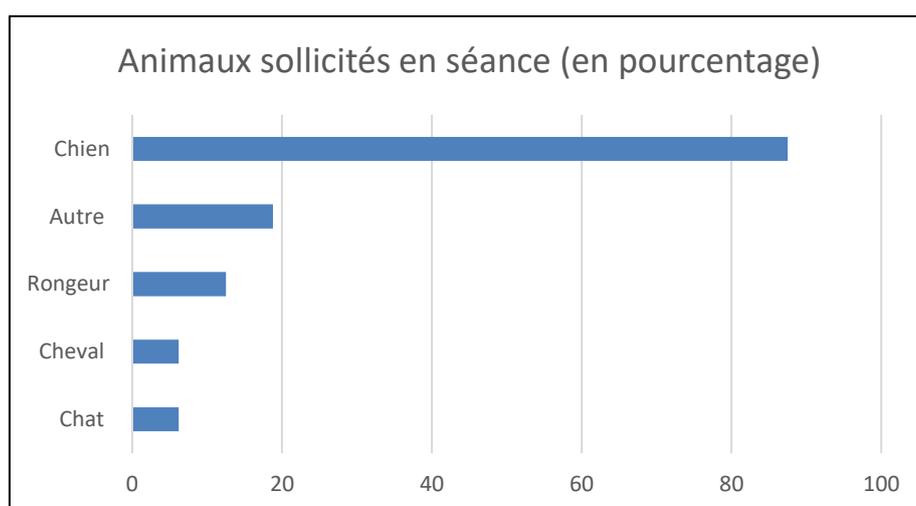


Figure 3 : Les animaux les plus sollicités au cours des séances de MA

Concernant le **chien**, plusieurs raisons ont été citées concernant son utilisation comme le fait que cet espèce puisse se préposer à la conjonction de « meilleur ami de l'homme, qu'il puisse s'éduquer, apprendre facilement et s'avère particulièrement empathique », « ont un lien relationnel fort et permettent de favoriser les interactions sociales », « une race sociable et sans difficulté avec les enfants », « utilisation de cette espèce pour des choix personnels mais également pour la variabilité d'activités qu'il est possible de proposer en MA », « le chien s'adapte facilement pour le transport en comparaison à un autre animal », « par opportunité et affinité avec le chien », « par connaissance sur l'animal », « pour l'apaisement naturel que les chiens apportent », « pour l'appréciation tant au niveau personnel que professionnel de l'impact de cette espèce sur les Hommes », « parce que c'est beaucoup plus simple de mettre

en place des séances de MA avec mon chien dans ma pratique libérale que des séances avec mes chevaux ».

Les **lapins** sont quant à eux davantage utilisés pour leurs côtés plutôt « sensoriels, calmes et discrets ».

Le **cheval** va être amené à constituer selon les répondants le « miroir des émotions de l'humain ».

Les **poneys et les boucs** peuvent être plus facilement utilisés selon un ergothérapeute car son environnement de travail dispose d'une « d'une ferme thérapeutique sur le site de la clinique ».

L'utilisation des **rongeurs ou âne** par le biais d'un ergothérapeute s'explique par le fait que ces animaux soient déjà présents sur la ferme de son conjoint. De plus, « ces animaux se prêtent bien à l'accompagnement des enfants ».

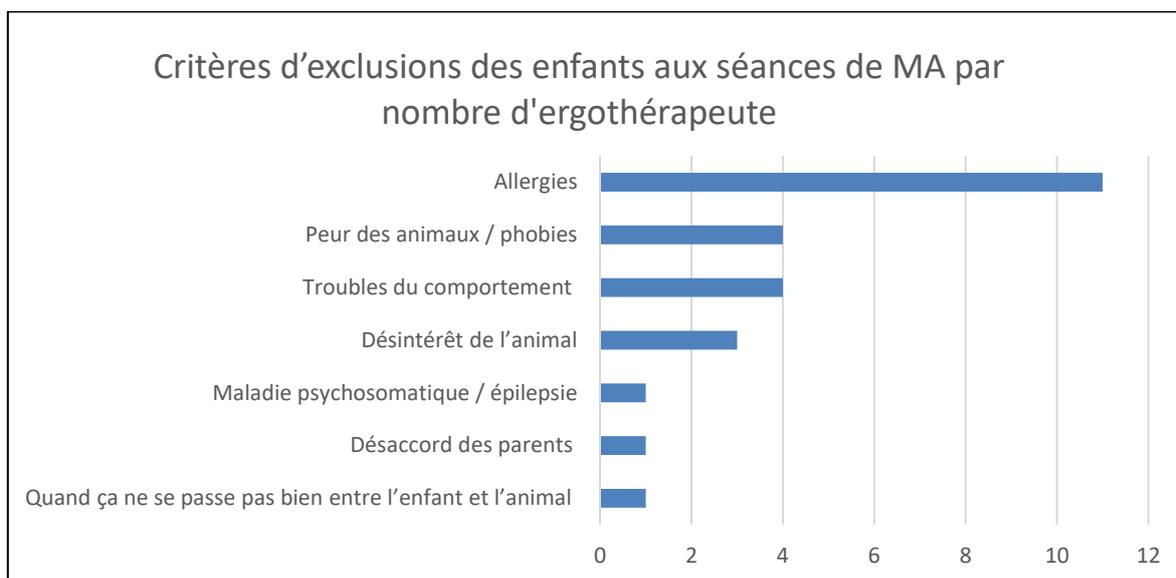


Figure 4 : Critères d'exclusion des enfants aux séances de MA

Tableau 3 : Synthèse du cadre thérapeutique instaurée par les ergothérapeutes

Fonctionnement de la séance	<p>« Commencer par un rappel des règles et des consignes de sécurité Explication du déroulé de la séance Préciser dès le début de la séance ce qu'il sera possible de faire avec l'animal Donner « l'état d'esprit » de l'animal à l'enfant Temps d'accueil libre Temps ritualisés (mise au contact, rangement, temps d'échange) Activités réalisées en fonction des objectifs thérapeutiques et des capacités Dernière activité sélectionnée par l'enfant Organisation des séances pour que les animaux aient des temps de repos Les animaux peuvent faire simplement acte de présence Importance de « l'au revoir » pour l'enfant et l'animal »</p>
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Valeurs pour un bon déroulement de séance</u></p>	<p>« Respect du chien et de ses besoins avant tout Bienveillance, confidentialité, ponctualité exigée »</p>
<p><u>Outils utilisés</u></p>	<p>« Matériel parfois fait maison Croquettes pour la récompense qui va agir comme un renforçateur pour l'enfant Mise en place d'un planning des activités / timer pour la notion de temps / renforçateurs (ex : Fidgets toys) Utilisation du matériel de base de la salle (ballon de gym par exemple) Matériel minimaliste et facile à installer pour rendre l'enfant autonome Matériel utilitaire : laisse / harnais »</p>
<p><u>Environnement</u></p>	<p><u>Cheval :</u> Espace de pansage, séance à la campagne dans les prés / Séances réalisées à la ferme</p> <p><u>Chien :</u> Salle d'ergothérapie spacieuse Séance en extérieur ou intérieur Local prévu pour les séances Tapis réservé pour l'animal où les enfants n'ont pas le droit de se rendre Les animaux ont à disposition gamelle et de quoi jouer Jardin en plus du cabinet pour les animaux Possibilité d'être amenés à travailler en hauteur sur une table en fonction des objectifs de travail »</p>
<p><u>Organisation du temps</u></p>	<p>« Plus ou moins 25 minutes d'exercices, de "drills", de renforcement positif et de conditionnement puis 25 minutes de balades avec discussions sur la séance</p> <p>Les chiens peuvent intervenir parfois juste pendant 5 minutes comme pendant 20 minutes, tout dépend du contexte et des objectifs</p> <p>Intégration du chien dans une partie des séances hebdomadaires (10/15min sur une heure de séance)</p> <p>Sollicitation du chien à des moments clés de la séance</p> <p>Pause entre les activités pour l'équilibre de l'animal »</p>

3. Objectifs et bénéfices des séances de MA avec les enfants porteurs de TDA/H

Les objectifs principaux des séances de MA les plus cités par les ergothérapeutes sont de favoriser l'alliance thérapeutique, améliorer l'estime de soi, diminuer l'anxiété, le stress puis l'angoisse et enfin de limiter les troubles comportementaux. L'amélioration de la sphère cognitive, motrice, sensorielle et de la communication reste mentionnée dans les objectifs mais s'avère moins sollicitée par les ergothérapeutes.

Les réponses « autre(s) » étaient : « meta cognition de stratégie liée au trouble de l'enfant », « amélioration des performances dans les activités scolaires », « objectifs ergothérapeutiques en lien avec l'autonomie dans les AVQ », « facilitation de l'intégration des habiletés sociales », « maintien de l'attention en déchargeant le surplus d'énergie » et « responsabiliser l'enfant ».

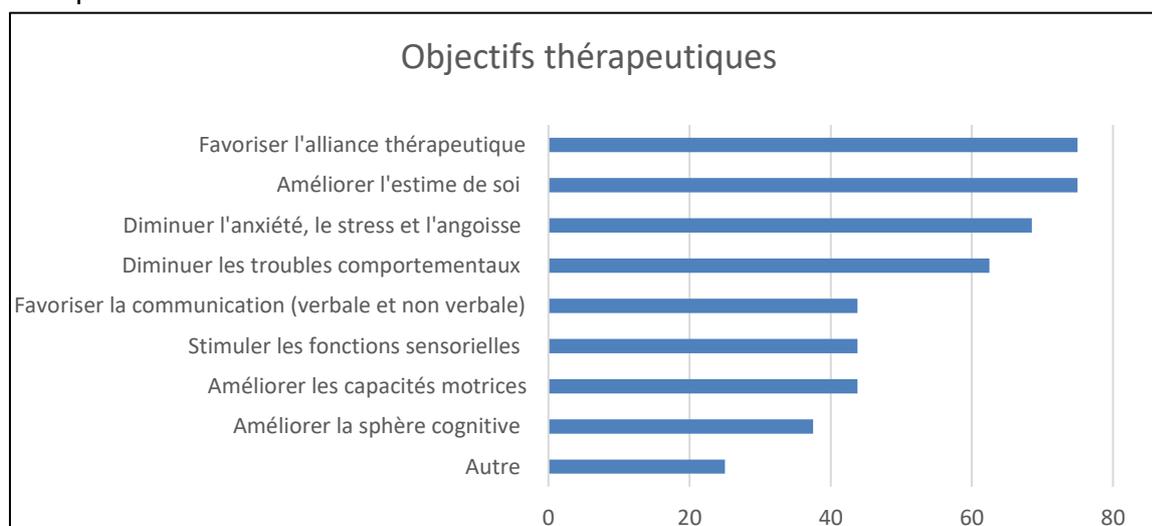


Figure 5 : Objectifs thérapeutiques des séances de MA avec les enfants TDA/H

Sur une échelle allant de 1 à 10, les ergothérapeutes de ce groupe ont indiqué en moyenne à 8 l'aide que pouvait apporter l'intégration de leurs animaux au sein des séances (min : 2 et max : 10). Aussi, la grande majorité des ergothérapeutes (75%) soulignent le fait d'évaluer les progrès de l'enfant en présence de l'animal. Les deux modalités les plus citées en ce qui concerne la forme sont les traces écrites libres ou encore la mise en place de photos ou vidéos de la séance effectuée.

Dans les activités instaurées au cours des séances ergothérapeutiques, nous pouvons observer le fait que la simple co-présence de l'animal constitue le cadre d'activité le plus employé par les professionnels de ce groupe (81,2% de réponse). D'autre part, caresser et jouer avec l'animal est également très utilisé par les ergothérapeutes au cours des accompagnements. Enfin, donner à manger / boire, promener l'animal ou encore user de jeux du commerce pour enfants restent plus occasionnels. (2)

D'autre part, le plus grand nombre d'ergothérapeutes (68,8%) ayant répondu à ce questionnaire indiquent ne pas avoir fait face à des difficultés dans la mise en place des séances de MA. Pour les autres professionnels (31,2%) ayant eu des complications, les raisons principales sont inscrites sur la figure 6.

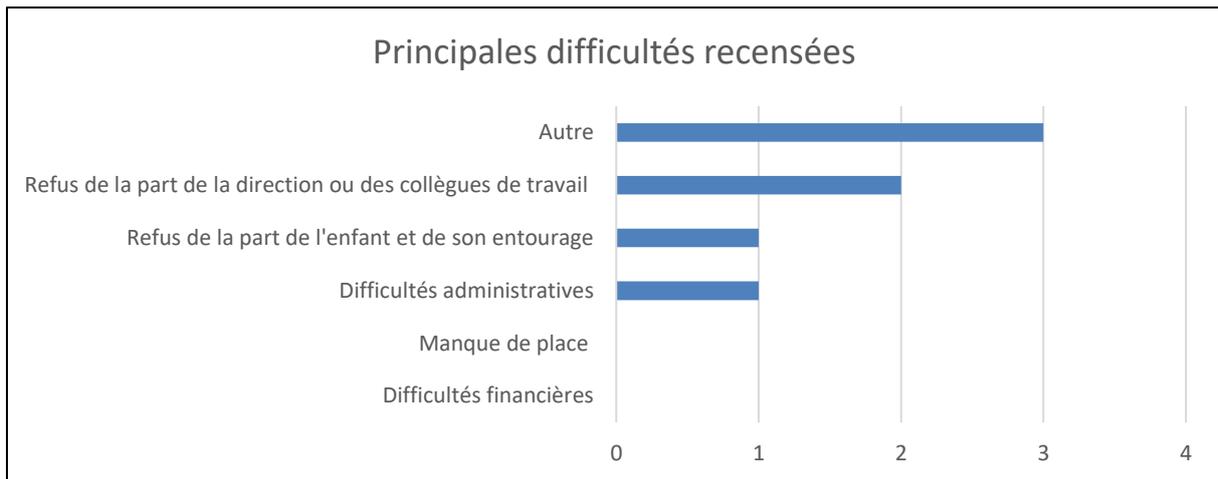


Figure 6 : Les difficultés évoquées par les ergothérapeutes à la mise en place des séances de MA (l'échelle en ordonné correspond au nombre d'ergothérapeutes)

Les indications « autre(s) » représentaient : « un manque de temps et de personnel pour gérer suffisamment les soins des animaux », « une ferme inadaptée à l'hiver avec des risques de chutes importants » ainsi que « si les parents ne souhaitent pas réaliser des séances avec l'animal, des "accompagnements classiques" sont réalisés »

En outre, il a également été relevé que la majorité des ergothérapeutes (75%) n'ont rencontré aucun accident lors de leurs séances de MA. Les seuls éléments rapportés par deux ergothérapeutes du groupe sont d'avoir été confrontés à des grognements, griffures, phobie du chien de la part de l'enfant et un « besoin de protéger l'animal des gestes brusques involontaires au cours du jeu ».

4. L'engagement occupationnel des enfants atteints de TDA/H

Au vu des résultats, nous pouvons constater que la signification de la notion d'EO est hétérogène pour chacun des ergothérapeutes ayant répondu à cette enquête. Les éléments les plus sollicités inscrits sur la figure 7 démontrent que la motivation et l'investissement sont majoritairement présents dans les représentations personnelles.

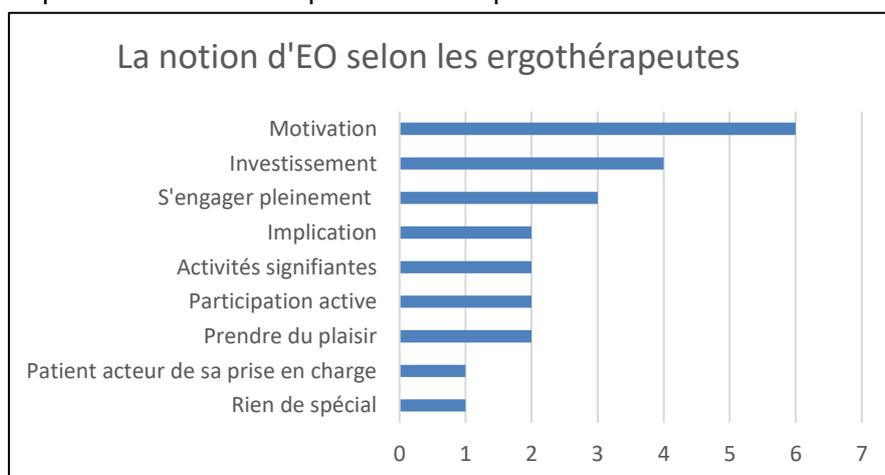


Figure 7 : Éléments essentiels de l'engagement occupationnel selon les ergothérapeutes

Nous pouvons également constater que la majorité des ergothérapeutes (87,6 %) intègrent soit souvent ou systématiquement la notion d'EO au cours de leurs séances de prises en soins. En effet, seulement deux thérapeutes ont notifié le fait de ne jamais inclure ou ponctuellement ce principe.

Pour 93,8% des répondants, les enfants présentant un TDA/H et bénéficiant de prises en soins ergothérapeutiques rencontrent des difficultés d'EO au quotidien. Le domaine dans lequel le déficit d'engagement serait très souvent constaté correspond en premier plan aux apprentissages scolaires. Les loisirs et les activités de soins personnels entraînent quant à eux un déficit d'EO plus occasionnel selon ce groupe de professionnels.

Pour favoriser l'EO des enfants présentant un TDA/H, les ergothérapeutes mentionnent l'existence de différents éléments vecteurs positifs tel que le fait de toujours « partir des centres d'intérêts de l'enfant » en proposant « beaucoup de renforçateurs au début pour qu'il adhère jusqu'à ce que les progrès soient si importants qu'il adhère de lui-même et prenne plaisir à participer ». Aussi, l'approche ludique par l'utilisation de « jeux » est un élément régulièrement distingué et employé par les ergothérapeutes de ce groupe. Il est également ressorti le fait que permettre de « choisir et de tester des activités inconnues et diverses » s'avère être également une technique utile pour tendre vers une amélioration de l'engagement occupationnel des enfants avec TDA/H. Enfin, choisir une médiation en fonction des centres d'intérêt de l'enfant telle que la MA est tout à fait judicieuse à intégrer pour ces professionnels.

Par ailleurs, au cours des séances de MA, la majorité des professionnels (93,8%) ont mentionné avoir observé au cours de leurs pratiques un changement d'EO des enfants avec TDA/H. Un seul participant a mentionné ne pas avoir d'opinion à ce sujet. Plus spécifiquement, les professionnels ont pu apercevoir une augmentation de l'engagement de ces enfants au cours des exercices réalisés se manifestant en pratique par une envie plus importante de venir d'une séance à l'autre (93,3%), une motivation plus forte (86,7%), un effort prolongé ainsi qu'une persistance dans la réalisation des tâches (53,3%), une concentration plus forte (40%) ainsi qu'une minimisation de la peur de l'échec (26,7%).

Discussion

Les résultats obtenus à la suite de la diffusion de notre questionnaire apportent des données permettant de répondre à notre problématique de départ correspondant à : **Dans quelle mesure l'ergothérapeute intègre la médiation animale afin de favoriser l'engagement occupationnel des enfants porteurs de TDA/H au cours des séances de prise en soins ?**

En préambule, il semble important de rapporter que durant notre étude, la pratique de la MA était relativement peu utilisée par les ergothérapeutes de notre groupe. De multiples causes de non-utilisation de cette stratégie ont été mentionnées (voir figure 2). On peut également relever le fait que pour les professionnels usant de cette méthode, la pratique libérale est largement présente en comparaison à un contexte de salariat. Plus spécifiquement, le cadre thérapeutique instauré ainsi que les activités employées en séance mettent en évidence une certaine hétérogénéité des pratiques. Toutefois, pour la plupart, l'animal est utilisé comme un outil thérapeutique sans pour autant en faire le centre de leur accompagnement : la MA se place ainsi comme un complément à l'ergothérapie. Enfin, la totalité des professionnels ont pu établir une causalité positive entre l'engagement occupationnel de l'enfant et les impacts bénéfiques de la présence de l'animal.

En corroboration avec nos données, l'échantillon de cette étude est manifestement représentatif de la population générale des ergothérapeutes français en ce qui concerne le sexe mais diffère pour le mode d'exercice. Selon les statistiques nationales du répertoire, l'âge moyen des ergothérapeutes en 2021 est de 39 ans avec un taux majoritaire de femmes (87%) ainsi qu'un mode d'exercice salarié pour environ 84% des professionnels (54). Le constat de nos données se rapproche fortement de la réalité car au sein de notre échantillon, la totalité des ergothérapeutes sont des femmes et cette population présente en moyenne seulement 11 années de diplôme ce qui en fait une population jeune. Toutefois, notre groupe de professionnels présente une pratique majoritairement libérale pour 92,3% des répondants, ce qui ne rend pas le groupe d'étude significativement comparable à la moyenne nationale sur ce point. En comparant les tranches d'âge de diplôme des répondants du groupe 1 et du groupe 2, nous constatons qu'il n'y a pas de différence notable entre l'âge de diplôme des ergothérapeutes des deux groupes. Ces résultats mettent en évidence que l'âge ne semble pas être un facteur pouvant impacter l'utilisation de cette stratégie d'intervention.

1. La proportion d'ergothérapeutes utilisant la MA dans la prise en soins de l'enfant TDA/H

Les résultats exposés sur la figure 1 apportent comme information le fait que seulement **26,2% des ergothérapeutes participant à cette enquête usent de cette stratégie** d'intervention au cours des prises en soins de l'enfant porteur de TDA/H. Ces constatations confirment ainsi que la MA reste une **méthode d'intervention relativement peu utilisée** actuellement en France. Comme nous avons pu le voir précédemment, les principales raisons de la non-utilisation de cette stratégie correspondent à un **manque de connaissance important ainsi qu'un déficit en formation**. Ces constatations sont renforcées par les données de la littérature qui confirment que le cursus universitaire des ergothérapeutes

actuels n'aborde peu ou pas la thématique des interactions positives entre l'Homme et l'animal dans le secteur du soin, ce qui nécessite en général des formations supplémentaires pouvant générer des découragements de la part des professionnels malgré un attrait initial pour la MA. (28) Aussi, selon plusieurs thérapeutes de notre enquête, les difficultés logistiques telles qu'un manque d'espace, de temps ou de finance constitue des obstacles importants au développement de cette pratique. Aussi, une partie des répondants ont indiqué présenter des doutes sur les bénéfices de la MA, ne pas ressentir d'intérêt ou encore manifester de la peur envers les animaux. Ainsi, nous pouvons conclure ces faits en précisant que bien que cette modalité d'intervention puisse prendre de plus en plus d'ampleur au fur et à mesure des années par les ergothérapeutes, la sollicitation des animaux au sein des thérapies reste encore méconnue et controversée par les professionnels de santé.

2. La pratique de la médiation animale selon les ergothérapeutes

A travers la lecture et l'interprétation de nos résultats, il semble évident que les professionnels concernés présentent **une expérience relativement récente de la MA** pour la plupart qui oscille entre 0 et 5 ans, en sachant que près de la moitié détiennent une pratique inférieure à une année. Toutefois, il ressort de ces mêmes professionnels une volonté de prendre grandement en considération cette stratégie d'intervention. En effet, il est notable d'observer un niveau de participation à des formations continues (en dehors du diplôme d'état) effectuées pour plus de la moitié des répondants. Aussi, pour la plupart, il semblait essentiel de proposer une **éducation spécifique des animaux** utilisés en séance afin d'optimiser la qualité de l'accompagnement proposé. Dans cette même thématique, la plupart des professionnels mentionnent également **évaluer les progrès de l'enfant** en présence de l'animal. L'importance de l'évaluation corrobore ainsi avec les missions de l'ergothérapeute, expert de l'occupation dans lequel il se doit « d'adopter une approche d'évaluation multidimensionnelle afin de voir comment le TDA/H affecte le développement de l'enfant et son rendement dans les différents domaines d'activité ». (21)

Rajoutons que ces thérapeutes semblent unanimes en s'appuyant principalement sur deux connotations pour définir leurs pratiques : **médiation par l'animal ainsi que thérapie assistée/facilitée par l'animal**. Cette catégorie de professionnels reste tout de même vigilante dans ses propos en indiquant à plusieurs reprises le fait de réaliser en premier abord des séances d'ergothérapie en y incluant l'animal plutôt comme un support ponctuel ou systématique qui sera considéré comme un adjoint thérapeutique. Ces terminologies permettent d'accorder une **qualité spécifique à l'animal sans pourtant le considérer comme un « thérapeute »**. (35) Aussi, comme l'indique Boisvert et al., il ne s'agit pas de formuler des objectifs en fonction de l'animal mais plutôt de considérer l'animal comme un intermédiaire afin d'atteindre les objectifs occupationnels de l'enfant. (28)

Par ailleurs, nous verrons à présent que les interprétations mènent à penser que le **contexte d'intervention de l'ergothérapeute peut influencer sa pratique de MA**. Pour comprendre cela, nous tâcherons d'analyser les caractéristiques des séances et les raisons pouvant expliciter la présence plus importante de cette stratégie d'intervention dans un milieu professionnel particulier correspondant au secteur libéral.

Tout d'abord, la majorité des ergothérapeutes (87,5%) **réalisent des séances individuelles** de MA avec les enfants porteurs de TDA/H. Dans cette même lignée, la plupart

des répondants indiquent aussi **ne pas effectuer de coanimation** avec d'autres professionnels que ce soit dans le cadre de séances individuelles ou de groupes. Ces faits sont cohérents avec la pratique d'ergothérapie libérale en France car, selon Séraphin et al. (55), la majorité des cabinets sont généralement gérés par un seul professionnel et même si une collaboration existe entre plusieurs ergothérapeutes, ces derniers se coordonnent généralement très peu du fait de leurs agendas très différents. De même, l'ergothérapeute libéral peut être amené à ressentir un manque d'échanges et de collaborations avec d'autres professionnels qui diffèrent du domaine ergothérapeutique.

Toutefois, à la vue de ces indications, nous pouvons nous questionner sur les causes pouvant justifier d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes pratiquant cette méthode dans le secteur libéral. En fait, nos données confirment la présence de certaines difficultés pour les professionnels à mettre en place des séances de MA et vont dans le sens d'affirmer que le **contexte d'exercice en salariat peut engendrer certains obstacles**. En exemple, le refus de la part de la direction ou des collègues de travail pour près de 40% des répondants ayant ressenti des difficultés montre que l'intégration d'animaux au cours des séances est plus facilement réalisable dans le contexte libéral au vu de l'absence de supérieur hiérarchique et par la présence d'une liberté plus importante en termes d'organisation de travail.

Cependant, pour les ergothérapeutes libéraux, la MA peut aussi se confronter à une moindre mesure à certaines formes de barrières puisque cette modalité d'intervention reste principalement possible dès lors que les professionnels **possèdent un cabinet ou un local destiné aux séances**. Ainsi, pour ceux qui se déplaceraient sur les lieux de vie tel que le domicile ou l'école, la réalisation de ce projet présenterait davantage de freins. Aussi l'absence de moyen de transport personnel tel qu'une voiture représente aussi une conséquence de la non-possibilité de réaliser ce type de séances.

Dans un autre temps, nous avons pu constater que **le choix de l'animal** au cours des séances se faisait en majorité pour les atouts que possède l'espèce mais pas seulement, il se réalisait aussi en raison du **contexte logistique et environnemental dans lequel travaille l'ergothérapeute**. Selon nos données, le chien correspondrait à l'espèce animalière la plus sollicitée au cours des accompagnements thérapeutiques et présenterait le plus de bénéfices. En effet, en comparaison au cheval qui est imposant, le chien serait manifestement plus facilement transportable ou à intégrer dans le cadre du déroulement des séances. Ces indications confirment en partie les articles scientifiques dénotant que les ergothérapeutes utilisent principalement au cours de leurs pratiques le chien. Toutefois, le cheval est également mentionné dans les données et reste peu utilisé dans le cadre de notre groupe. (28) Cela confirme donc que le contexte environnemental et logistique de l'ergothérapeute est pris en compte dans le choix de l'espèce.

Ainsi, en aval de tous ces arguments, il convient de **confirmer l'hypothèse 1** indiquant que le contexte d'exercice professionnel de l'ergothérapeute influence sa pratique de MA. En effet, la mise en place de séances individuelles quasiment systématique, le choix du chien en partie pour sa facilité à être transporté ou utilisé en cabinet ainsi que l'accessibilité plus aisée en libéral par l'absence de hiérarchie sont des contextes d'exercices influents.

En complément à la pratique professionnelle de notre groupe d'étude, il n'y a actuellement pas de preuve que les risques présentés par la présence d'animaux de compagnie soient supérieurs aux bénéfices apportés par leur assistance auprès de personnes fragilisées, comme le souligne Annie Treive dans ses recommandations (38). Ces éléments sont également relevés dans nos données car près de 75% des ergothérapeutes mentionnent n'avoir fait face à aucune complication lors des séances de MA. Le reste des professionnels

indiquent de légers accidents et imprévus tels que des grognements ou griffures. Cependant, comme le met en évidence une des ergothérapeutes, il peut arriver que les enfants TDA/H soient une population qui ait du mal « à se canaliser, à respecter les limites de l'animal et peut le blesser sans le vouloir » ce qui rend nécessaire l'importance d'être vigilant aux signes physiques de l'animal telle que la fatigue ou la colère afin de s'assurer de respecter le bien-être de l'animal et in fine à une qualité des soins la plus optimale possible.

3. L'animal, vecteur positif de l'engagement occupationnel de l'enfant porteur de TDA/H

Tout d'abord, la représentation des ergothérapeutes (citée sur la figure 7) en ce qui concerne la notion d'EO rejoint de près la définition de Sylvie Meyer mentionnant qu'elle correspond au sentiment de participer, choisir, trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation (56). En outre, les observations de notre enquête dénotent que pour 93,8% des répondants, les enfants présentant un TDA/H et bénéficiant de prises en soins en ergothérapie rencontraient des **difficultés d'EO au quotidien**. Plus spécifiquement, ce sont les **apprentissages scolaires** qui étaient les plus touchés, ce qui confirme la revue de littérature menée en 2018 par Smith et al. (26) indiquant que les jeunes porteurs de TDA/H ont une motivation scolaire plus faible en comparaison à leurs pairs sans troubles neurodéveloppementaux.

La motivation, comme nous avons pu l'analyser est un élément essentiel qui produit l'engagement en poussant inconsciemment la personne à agir. Ainsi, Fortenbach a pu exposer que pour favoriser l'engagement de l'enfant au sein des accompagnements thérapeutiques, la **motivation était un état sur lequel l'ergothérapeute pouvait agir**.(23) Les trois paramètres fondamentaux influençables correspondent au cadre thérapeutique mis en place, la relation instaurée ainsi que l'activité sélectionnée. A propos du cadre d'intervention, les ergothérapeutes de cette enquête indiquent à plusieurs reprises mettre en place des temps ritualisés, adapter les séances en fonction des capacités de l'enfant et des objectifs thérapeutiques, proposer un planning en explicitant le déroulé, laisser le choix de certains jeux ou encore utiliser des renforçateurs pour favoriser au mieux le vecteur motivationnel. Pour ce qui appartient à la relation thérapeutique établie avec l'enfant, les ergothérapeutes de ce groupe n'ont pas été très exhaustifs mais indiquent principalement qu'il est important de se montrer disponible pour eux, d'être bienveillant, que le professionnel soit en forme cognitivement parlant, de mettre dès le départ des règles ou encore de respecter les propos de l'enfant. Enfin, les activités utilisées par les ergothérapeutes incluent régulièrement une approche ludique par l'utilisation de jeux variés. Aussi, laisser choisir et faire tester des activités nouvelles et attrayantes peut constituer une bonne alternative pour améliorer l'adhésion de l'enfant aux séances. Pour finir, la majorité des répondants ont pu mentionner le fait que partir des centres d'intérêt et sélectionner un médium thérapeutique adapté était essentiel afin de favoriser au mieux son engagement dans les activités.

La médiation animale, thématique se situant au cœur de notre recherche est perçue selon les ergothérapeutes comme un réel outil thérapeutique **permettant d'optimiser l'EO de l'enfant porteur de TDA/H au cours de sa prise en soins**. Effectivement, la présence de l'animal va pouvoir alimenter chez l'enfant une forme de motivation « extrinsèque » en se présentant comme un renforçateur entre deux exercices par exemple. Cependant, il peut aussi se manifester comme un élément vecteur de motivation « intrinsèque » lorsque celui-ci est

inclu au sein même de l'activité car l'enfant va pouvoir prendre du plaisir à partager un moment avec l'animal, à interagir avec lui et à se sentir dans un environnement sécurisé.

De plus, cette médiation dénote un intérêt particulier pour les ergothérapeutes car, selon eux, l'absence de jugement et l'apport du côté affectif de l'animal **facilite l'entrée en relation avec le thérapeute** qui a contrario émet du fait de sa posture une certaine distance professionnelle. En fait, les caresses et les interactions avec l'animal vont permettre à l'enfant de mieux « apaiser, canaliser le surplus d'énergie et maintenir davantage son attention ». Or, ce dernier élément est très important puisque selon le DSM-5, « *l'insuffisance et les problèmes scolaires ainsi que la négligence par les pairs ont tendance à être plus associés à des symptômes élevés d'inattention* » (1). La MA, comme nous avons pu l'analyser présente la **capacité d'agir sur la motivation qui peut à son tour améliorer le maintien attentionnel** de l'enfant et in fine les performances scolaires. Ainsi, cette méthode interventionnelle présente un avantage à être intégrée dans le plan de traitement en ergothérapie car elle permettra de **favoriser l'efficacité des objectifs pré-établis**.

Aussi, travailler autour de la sphère animale va engendrer une forme de responsabilisation positive de l'enfant et favoriser une meilleure autonomie dans ses AVQ entraînant une plus grande estime de l'enfant envers ses propres capacités d'agir. Ces constatations nous permettent donc d'affirmer **l'hypothèse 3** indiquant que les ergothérapeutes observent une augmentation de l'engagement occupationnel des enfants présentant un TDA/H lors de la réalisation des séances de médiation animale.

Enfin, il est observable de constater en pratique l'utilisation de différentes techniques d'intégration de l'animal au cours des séances par les ergothérapeutes. En effet, des activités directes peuvent être mises en place comme jouer avec l'animal ou encore lui donner à manger. Cependant, il est notable d'observer que sa simple **co-présence avec le thérapeute reste la stratégie d'intervention la plus utilisée par les professionnels** de ce groupe. Pour appuyer ces propos, des retours indiquent même que « les effets de la simple présence de l'animal en séance sont impressionnants pour ce qui est de la motivation des enfants à vouloir venir et participer aux exercices ». Aussi, celle-ci manifeste des atouts que nous n'imaginions pas initialement comme le fait qu'elle puisse permettre à l'enfant TDA/H d'être **moins agité et de parler moins fort** car ce dernier « va respecter la sieste du chien », la mise en place du cadre thérapeutique de la séance est ainsi de fait, facilité. Les consultations d'expert affirment également ces faits en répertoriant deux principales façons d'intégrer les animaux en séance, soit en tant que **médium au sein d'une activité thérapeutique** ou apparaît comme un **facilitateur dans les interactions sociales** par le biais de sa simple présence. (28) Nous pouvons adjoindre à ces propos le fait qu'il s'avérerait complexe pour les intervenants d'utiliser seulement des activités à titre directe, car, il est difficile d'adapter la totalité des exercices de rééducation et de réadaptation à réaliser dans des ateliers de MA. D'où l'intérêt d'alterner des sessions où l'animal est davantage au centre des exercices et d'autres où sa simple présence permet à l'enfant de se sentir suffisamment en sécurité pour s'engager.

Ces indications nous amènent donc à confirmer **l'hypothèse 2** relatant que les ergothérapeutes peuvent utiliser l'animal dans leurs thérapies de deux façons différentes : par des activités directes ou indirectes (simple co-présence).

4. Limites et perspectives de l'étude

Malgré les résultats positifs et encourageants qui se révèlent dans l'interprétation de nos résultats, plusieurs limites apparaissent également dans notre travail.

Tout d'abord, l'échantillon de cette étude est constitué de 67 personnes, un nombre important mais qui reste tout de même insuffisant pour représenter réellement la population-mère d'ergothérapeutes en France. Aussi, une proportion plus importante dans l'échantillon du groupe 1 aurait également été souhaitable car ceci nous aurait permis d'obtenir un meilleur équilibre et in fine une analyse plus juste et précise. Bien qu'une véritable considération ait été prise sur cet aspect, nous ne pouvons en conclure que les seize ergothérapeutes représentent à eux seuls une généralisation des pratiques de la MA en ergothérapie. Toutefois, comme nous avons pu l'indiquer en amont, la MA reste une stratégie d'intervention encore peu développée par ces professionnels, élément pouvant expliquer cette faible proportion de répondants.

D'autre part, des biais potentiels liés à la diffusion du questionnaire ont pu impacter nos résultats. Effectivement, nous avons utilisé entre autres le groupe privé Facebook « L'ergothérapie et la médiation animale » qui est entièrement dédié à la thématique de la MA dans les accompagnements proposés en ergothérapie. Il existait donc un risque d'obtenir, dans l'échantillon des participants, davantage de réponses de professionnels pratiquant cette modalité d'intervention par rapport à la population générale d'ergothérapeutes en France. Aussi, pour diffuser et obtenir davantage de réponses, nous avons fait le choix d'utiliser l'annuaire SYNTEL ergolib composé en grande majorité d'ergothérapeutes exerçant en pratique libérale ce qui pourrait expliciter le nombre important de professionnels dans ce contexte d'intervention. Afin d'amener un meilleur équilibre, il pourrait être perspicace de contacter par courriel davantage de structures médico-sociales dans l'objectif de recevoir plus de retours d'ergothérapeutes salariés.

Un autre biais méthodologique pouvait être le fait de ne pas avoir suffisamment explicité et défini certains termes évoqués dans l'étude auprès des répondants. En effet, nous n'avons pas précisé ce que nous entendions par le terme « enfants » en n'indiquant pas de tranche d'âge spécifique. Il est donc possible que les ergothérapeutes aient interprété cet élément soit en y intégrant des jeunes adultes ou au contraire en y excluant des adolescents. Or, l'organisation mondiale de la santé définit l'enfance comme la période de la vie humaine allant de la naissance à l'âge de dix-huit ans. Pour éviter tout risque d'incompréhension, il serait donc judicieux de rajouter en critère d'inclusion une tranche d'âge définie de la population étudiée.

D'autre part, l'utilisation de questions ouvertes a présenté des avantages tels que recueillir des informations qualitatives intéressantes de la part des répondants mais aussi des inconvénients liés à la présence de difficultés d'interprétation de celles-ci. En effet, l'hétérogénéité de l'ensemble des retours rendait l'analyse quelque peu complexe notamment en ce qui concernait le cadre thérapeutique mis en place et les techniques d'amélioration de l'engagement selon la pratique des ergothérapeutes. Cependant, malgré ces constatations, il me semblait essentiel de ne pas synthétiser notre enquête uniquement par des questionnements fermés puisque les questions ouvertes m'ont enrichie dans l'analyse et la compréhension de certains points. Ainsi, il aurait été intéressant de cibler plus précisément ces deux questionnements par des critères ou sous-titres.

Aussi, au vu de l'enquête initiale assez conséquente et pour éviter de décourager certains répondants avec davantage de questions, nous avons pris le choix de ne pas rajouter de questions pour les profils d'ergothérapeutes travaillant au sein de deux mi-temps (exemple : mi-temps libéral et SESSAD). De ce fait, nous n'avons pas eu l'opportunité de savoir dans quel cadre d'intervention ils effectuaient leurs séances de MA. Dans cette même lignée, nous n'avons pas non plus connaissance du lieu des interventions des professionnels (domicile, cabinet ou autre) même si un nombre important l'ont indiqué dans le cadre thérapeutique instauré.

Enfin, nous pouvons mettre fin à notre discussion en indiquant que ce mémoire s'appuie sur le point de vue des ergothérapeutes à propos de leurs propres pratiques de MA. Ce point de vue est certes empreint de vérité mais peut être entaché par la subjectivité des représentations personnelles de chacun. Ainsi, nous n'avons pas eu l'occasion de réaliser d'observations quantifiables et objectives, ce qui pourrait constituer une complémentarité judicieuse pour un prochain travail.

En ouverture, il semblerait que les activités réalisées en séance de MA puissent constituer pour de nombreux enfants un puissant vecteur d'engagement aux séances ergothérapeutiques du fait que chaque nouvelle interaction instaurée avec l'animal est nouvelle, attrayante, stimulante et apaisante. Un des objectifs de l'ergothérapeute est bien évidemment d'inciter à engager au mieux l'enfant qu'il accompagne par des médiations adaptées à ces centres d'intérêts, motivations et capacités pour tendre au mieux vers une position d'acteur. Toutefois, une telle méthode interventionnelle nécessite un investissement important (en disponibilité, logistique, finances) de la part du thérapeute comme nous avons pu le découvrir en comparaison à un accompagnement plus traditionnel. Ainsi, il semble incontournable que pour utiliser cette stratégie non médicamenteuse en séance, il soit nécessaire que le thérapeute présente au préalable lui-même un intérêt, une certaine sensibilité ainsi qu'une conviction aux impacts bénéfiques de la présence d'animaux. En ce sens, le travail de l'ergothérapeute ne se résume pas uniquement à de simples compétences techniques mais qu'en plus il existe un investissement personnel que chacun des professionnels nourrit dans son accompagnement.

Se pose alors la question de notre positionnement thérapeutique au sein de cette pratique qui se marque inéluctablement d'une personnalisation de la forme d'accompagnement que l'on souhaite mettre en place.

Conclusion

La littérature met en évidence les difficultés hétérogènes qui impactent le quotidien des enfants porteurs de TDA/H. Les multiples conséquences au sein de la sphère des performances scolaires, des loisirs ou encore des soins personnels génèrent le plus souvent un besoin d'accompagnement en ergothérapie afin de rééduquer ou compenser les troubles liés aux symptômes ainsi que les comorbidités présentes. Cependant, la prise en soins d'enfants TDA/H se marque par la mise en évidence de complications pour le professionnel à soutenir au mieux la qualité de son accompagnement au vu de la difficulté à maintenir un seuil minimal d'engagement dans les exercices à réaliser en séance. Il est ainsi primordial pour l'ergothérapeute de réfléchir à des stratégies interventionnelles perspicaces afin de favoriser au mieux la motivation, état sur lequel il peut agir auprès de l'enfant pour optimiser l'engagement.

Dans cette optique, nous avons pour objectif de questionner la pratique actuelle des ergothérapeutes afin de connaître le rapport qu'entretiennent les professionnels pratiquant la MA auprès de cette population. Plus spécifiquement, nous souhaitons connaître la mesure dans laquelle était mise en place ces séances pour favoriser au mieux l'engagement de l'enfant auprès du thérapeute. En préambule, nous avons pu interpréter le fait que le contexte d'intervention dans lequel travaille l'ergothérapeute pouvait influencer grandement son mode d'exercice. La pratique libérale apparaît grandement facilitante en comparaison au salariat pour ce qui concerne le déploiement des séances de MA. Toutefois, cette constatation génère peu de travail en collaboration avec d'autres professionnels car ces thérapeutes effectuent généralement leurs séances seuls. Aussi, le choix de l'espèce animale la plus sollicitée correspond la plupart du temps au chien pour des raisons liées aux atouts directs de ce dernier mais aussi pour sa facilité à être transporté ou laissé au sein du cabinet. Enfin, les activités réalisées avec l'animal peuvent être directes (jouer, donner à manger ou encore caresser l'animal), cependant, la simple co-présence reste la stratégie la plus observée puisqu'elle présente de nombreux bénéfices selon les ergothérapeutes : amélioration de la relation et de l'adhésion aux soins, favorise le cadre thérapeutique et plus généralement la motivation de l'enfant.

Ainsi, la médiation animale, comme nous avons pu l'analyser correspond à une méthode d'intervention non médicamenteuse pouvant être judicieuse pour l'enfant présentant au préalable un intérêt et une certaine forme de curiosité pour les animaux. L'intervention de l'animal est dans le meilleur des possibles une participation à un regroupement d'activités à visée thérapeutique mais il ne peut s'agir de proposer une prise en soins entièrement centrée autour de l'animal. Nous aurons pu également constater que cette technique est selon les professionnels un vecteur positif dans l'amélioration de l'engagement occupationnel de l'enfant qui peut s'apercevoir par une envie plus importante de venir d'une séance à l'autre, un effort prolongé aux tâches, une motivation plus grande ainsi qu'une minimisation de la peur de l'échec. Toutefois, bien que ces résultats mettent en lumière une grande partie du potentiel thérapeutique de cette stratégie d'intervention auprès de cette population, il semble essentiel de garder en vigilance qu'elle nécessite de l'intégrer seulement si les intérêts, motivations et capacités de l'enfant sont présents pour participer à cette thérapie. Par illustration, la majorité des ergothérapeutes ne conçoivent pas des séances sous cette disposition si l'enfant présente des allergies, des phobies ou encore des troubles du comportement.

Références bibliographiques

1. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
2. Mazeau M, Pouhet A. Chapitre 5 - Attention et fonctions exécutives. In: Mazeau M, Pouhet A, éditeurs. Neuropsychologie et troubles des apprentissages (Deuxième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2014 [cité 19 juill 2021]. p. 219-89. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294734076000057>
3. pédiatrie S canadienne de. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/tdah-etiology-le-diagnostic-et-la-comorbidite>
4. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. 2020;226.
5. Slama H, Schmitz R. Fonctions attentionnelles et exécutives dans le TDAH. In 2016. p. 110-30.
6. Wahl G. Les enfants hyperactifs (TDAH) [Internet]. 2019 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/les-enfants-hyperactifs-tdah-2019--9782130815587.htm>
7. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
8. Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2014). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention (2e éd., p. 5-18). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
9. Habib M. Le cerveau de l'hyperactif : entre cognition et comportement. *Developpements*. 2011;n° 9 (3) :26-40.
10. Puyjarinet F. Pédopsychiatrie et psychomotricité : apports spécifiques, complémentarité thérapeutique et réflexions communes autour de la prise en charge des enfants TDA/H et de leur famille. In 2012.
11. Société Canadienne de Pédiatrie. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/tdah-le-traitement>
12. 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. 2014;199.
13. Caci H, Paillé S. Retentissements au quotidien du trouble déficit de l'attention/hyperactivité durant l'enfance et l'adolescence : données françaises issues de l'enquête européenne LIS. *Archives de Pédiatrie*. 1 déc 2014;21(12):1283-92.

14. Colomer C, Berenguer C, Roselló B, Baixauli I, Miranda A. The Impact of Inattention, Hyperactivity/Impulsivity Symptoms, and Executive Functions on Learning Behaviors of Children with ADHD. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2017 [cité 28 janv 2022];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00540>
15. 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, & Early Intervention*. 3 avr 2021;14(2):162-83.
16. Vigo S, Franc N. Chapitre 2. Le Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité (TDAH). *Parentalites*. 2012;47-63.
17. Michel G, Salla J, Grondin O, Teymoori A, Salamon R, Galera C. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et conduites à risques chez l'enfant et l'adolescent : cas particulier des accidents et des blessures non intentionnelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 nov 2017;65(7):429-35.
18. 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;Volume 94(6):460-7.
19. Qu'est ce que l'ergothérapie – ANFE [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
20. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. 2010;14.
21. Chu S, Reynolds F. Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: a Delineation Model of Practice. :12.
22. Hill J, Ziviani J, Cawdell-Smith J, Driscoll C. Canine Assisted Occupational Therapy: Protocol of a Pilot Randomised Control Trial for Children on the Autism Spectrum. *Open Journal of Pediatrics*. 17 juill 2019;09(03):199.
23. Fortenbach N. Soutenir la motivation des enfants en ergothérapie Exploration des techniques de soutien et d'évaluation de la motivation pour favoriser l'engagement des enfants dans les activités. :104.
24. Obradović N. Prendre soin d'un animal de compagnie: une étude de cas pour comprendre comment cette occupation influence le rendement et l'engagement occupationnels des aînés fragiles vivant à domicile. 2021;105.
25. Faure H, Martinen A, Maury M. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). 2013.
26. Smith ZR, Langberg JM. Review of the Evidence for Motivation Deficits in Youth with ADHD and Their Association with Functional Outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1 déc 2018;21(4):500-26.
27. Morsink S, Van der Oord S, Antrop I, Danckaerts M, Scheres A. Étudier la motivation dans le TDAH: le rôle des motifs internes et la pertinence de la théorie de l'autodétermination. *J Atten Disord*. 19 nov 2021;10870547211050948.
28. Boisvert A. L'utilisation des animaux en ergothérapie : qu'en est-il ? Québec à trois-rivières; 2018.

29. Andreasen G, Stella T, Wilkison M, Szczech Moser C, Hoelzel A, Hendricks L. Animal-assisted therapy and occupational therapy. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*. 2 janv 2017;10(1):1-17.
30. Hightower RM. *Attitudes and Knowledge of Animal-Assisted Therapy*. University of Toledo; 2010.
31. Beiger F. 1. Quelques repères chronologiques. *Enfances*. 2016;2:1-9.
32. Michalon J. VI. Les animaux pensent-ils? Comment rendre compte des effets thérapeutiques du contact animalier [Internet]. Hermann; 2014 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-animaux-deux-ou-trois-choses-que-nous-savons--9782705688561-page-121.htm>
33. Katherine G, Serpell J. *Animal-Assisted Interventions in Mental Health: Definitions and Theoretical Foundations*. 2006;Chapitre 2.
34. La médiation animale, c'est quoi ? [Internet]. Fondation Adrienne et Pierre Sommer. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://fondation-apsommer.org/la-mediation-animale-cest-quoi/>
35. Michalon J. "L'animal thérapeute". : *Socio-anthropologie de l'émergence du soin par le contact animalier*. Jean Monnet - Saint Etienne; 2011.
36. Villers B de, Servais V. Chapitre 4. La médiation animale comme dispositif technique [Internet]. De Boeck Supérieur; 2016 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-mediation--9782807305410-page-81.htm>
37. Odendaal JSJ, Meintjes RA. Neurophysiological Correlates of Affiliative Behaviour between Humans and Dogs. *The Veterinary Journal*. 1 mai 2003;165(3):296-301.
38. Treyve DA. *Les animaux de compagnie dans les établissements de santé et médicosociaux*. :3.
39. Association française pour la médiation animale. Livre blanc de l'IAHAIO. 2014 [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://journeemediationanimale.files.wordpress.com/2018/11/iahaio-white-paper-2014-french.pdf>
40. Lerner C. Animal d'accordage, y es-tu ? *Spirale*. 2 mai 2016;N° 77(1):75-91.
41. *Les cahiers de la fondation Adrienne et Pierre SOMMER*. Développement de l'enfant et présence animale. 2018;(Chapitre 3).
42. Grzadzinski R, Di Martino A, Brady E, Mairena MA, O'Neale M, Petkova E, et al. Examining Autistic Traits in Children with ADHD: Does the Autism Spectrum Extend to ADHD? *J Autism Dev Disord*. 1 sept 2011;41(9):1178-91.
43. White E, Zippel J, Kumar S. The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 1 mai 2020;39:101101.
44. PORTELA-PINO I. Evaluation of an equine therapy program in students with autism spectrum disorder. 2020;15.

45. Purewal R, Christley R, Kordas K, Joinson C, Meints K, Gee N, et al. Companion Animals and Child/Adolescent Development: A Systematic Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. mars 2017;14(3):234.
46. Endenburg N, van Lith HA. The influence of animals on the development of children. *The Veterinary Journal*. 1 nov 2011;190(2):208-14.
47. Busch C, Tucha L, Talarovicova A, Fuermaier ABM, Lewis-Evans B, Tucha O. Animal-Assisted Interventions for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Theoretical Review and Consideration of Future Research Directions. *Psychological Reports*. févr 2016;118(1):292-331.
48. Ávila-Álvarez A, Alonso-Bidegain M, De-Rosende-Celeiro I, Vizcaíno-Cela M, Larrañeta-Alcalde L, Torres-Tobío G. Improving social participation of children with autism spectrum disorder: Pilot testing of an early animal-assisted intervention in Spain. *Health Soc Care Community*. juill 2020;28(4):1220-9.
49. Montagner H. Les relations entre les enfants et leurs animaux familiers. *L'école des parents*. 22 août 2017;623(5):11-49.
50. Schuck SEB, Emmerson NA, Fine AH, Lakes KD. Canine-Assisted Therapy for Children With ADHD: Preliminary Findings From The Positive Assertive Cooperative Kids Study. *J Atten Disord*. 1 févr 2015;19(2):125-37.
51. Juríčková V, Bozděchová A, Machová K, Vadroňová M. Effect of Animal Assisted Education with a Dog Within Children with ADHD in the Classroom: A Case Study. *Child Adolesc Soc Work J*. 1 déc 2020;37(6):677-84.
52. La population animale en France : les chiffres - FACCO, bien être animal [Internet]. Facco. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.facco.fr/population-animale/>
53. Tétreault S, Guillez P. Guide pratique de recherche en réadaptation. 2014.
54. Ergothérapeute : chiffres clés [Internet]. STAFFSANTÉ. 2020 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.staffsante.fr/contenu/ergotherapeute-chiffres-cles/>
55. Seraphin O, Greppo M, Faska F, Bobes J. Ergothérapeute libéral, son quotidien : Témoignage sur 19 ans de pratique. mars 2021;(45).
56. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur; 2013. 291 p.

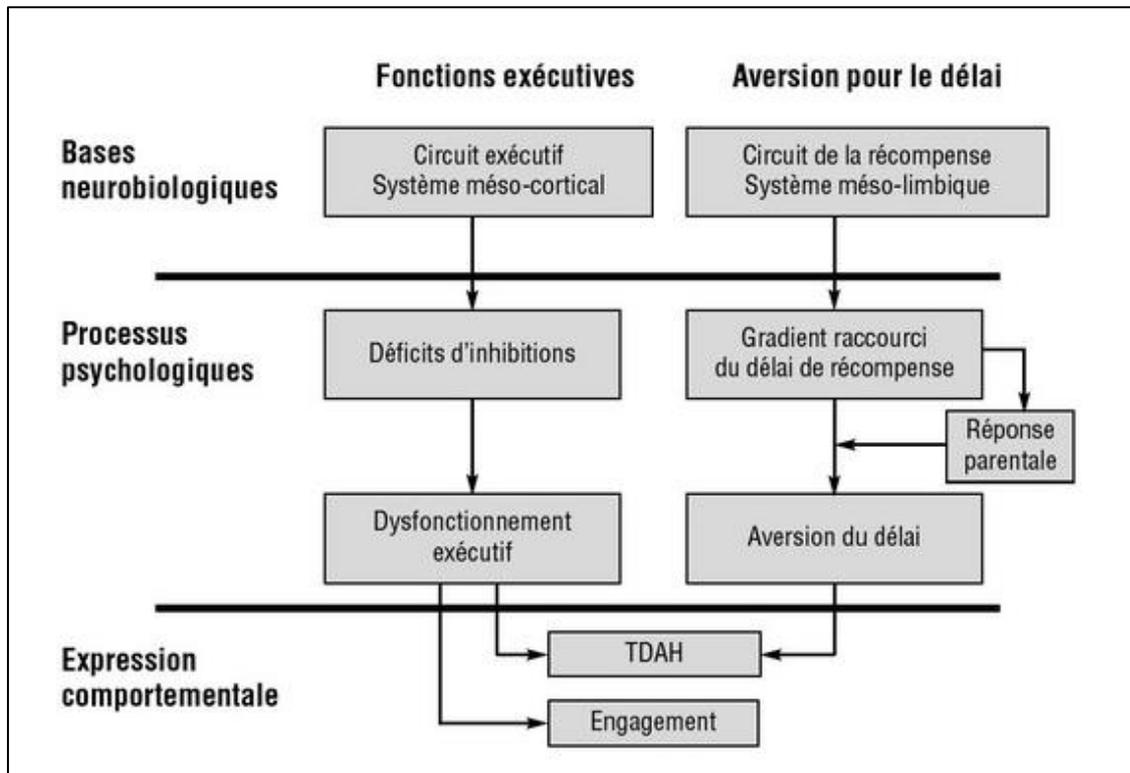
Annexes

Annexe I. Exemples de difficultés pouvant être à l'origine du repérage du TDA/H	60
Annexe II. Modèle neurophysiologique à deux voies du TDA/H	61
Annexe III. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	62
Annexe IV. Données chiffrées.....	63
Annexe 4.1 : Amélioration du développement moteur par le biais de l'équithérapie selon l'étude menée par Portela-Pino et al.....	63
Annexe 4.2 : Effets de la médiation animale sur les comportements problèmes selon l'étude menée par Schuck et al.....	63
Annexe V. Questionnaire	64

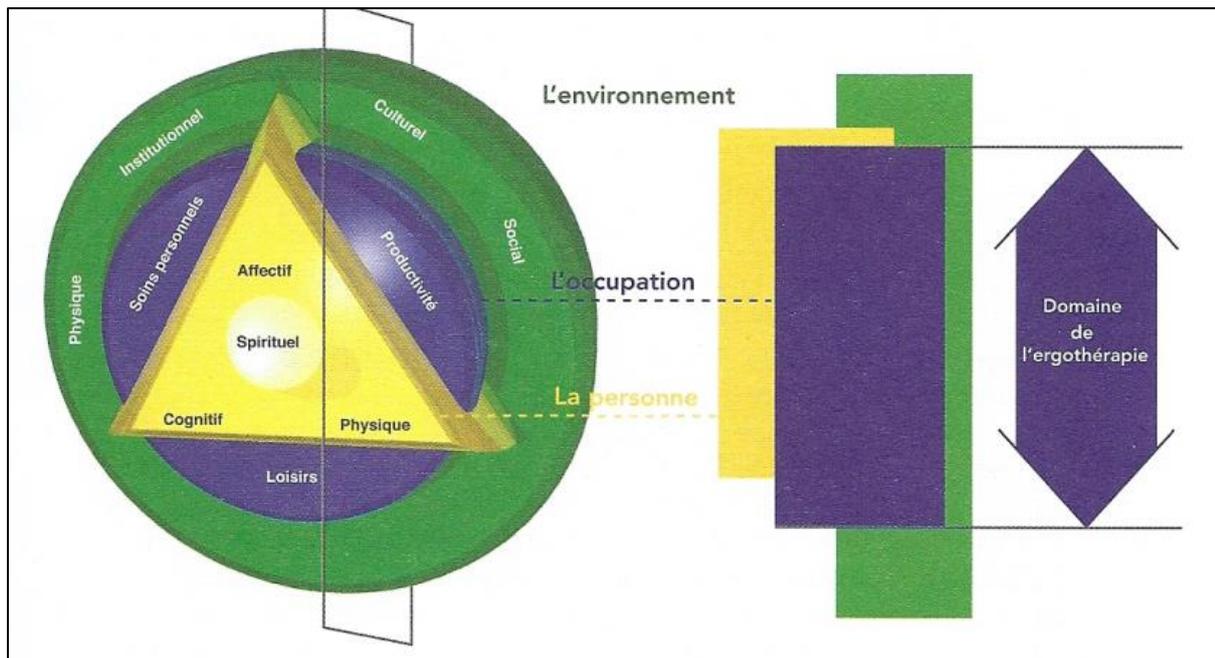
Annexe I. Exemples de difficultés pouvant être à l'origine du repérage du TDA/H

Problèmes repérés par les parents
Évocateurs d'un trouble de l'attention
<ul style="list-style-type: none">• Se laisse distraire facilement.• Donne l'impression de ne pas écouter, oblige l'entourage à lui répéter un grand nombre de fois les consignes.• A des difficultés à maintenir son attention dans son travail scolaire ou les jeux, se lasse très vite.• A des difficultés à s'organiser seul, pour son travail, à gérer son matériel de classe, a des oublis fréquents et nombreux (matériel, cahier, livre, travail à faire, etc.), pouvant nécessiter de refaire le stock de fournitures scolaires fréquemment.• A des difficultés à trier et à hiérarchiser les demandes (il ne sait pas par où commencer...).• A des difficultés à planifier son temps (nécessité de séquencer la consigne afin qu'elle puisse être réalisée complètement par l'enfant).
Évocateurs d'une hyperactivité
<ul style="list-style-type: none">• Est agité, ne reste pas assis, gigote, manipule ses affaires en permanence, ne tient pas en place.• A tendance à perturber les autres (camarades, frères, sœurs).• Se met en danger (accidents multiples, fractures, points de suture à répétition, enfant qui échappe souvent à la surveillance des parents dans les lieux publics, se perd, ou qui requiert de la part des parents une surveillance continuelle inhabituelle...).
Évocateurs d'une impulsivité
<ul style="list-style-type: none">• Agit ou répond sans réfléchir.• Ne prend pas le temps de sélectionner la réponse (comportementale ou verbale) adaptée.• Ne contrôle pas ses gestes, ses paroles, ses émotions.• Se montre impatient, n'aime pas attendre, s'impatiente dans la salle d'attente, se sent facilement frustré.• Coupe la parole de manière inappropriée, ou intervient de manière impromptue.
Autres plaintes des parents
<ul style="list-style-type: none">• L'enfant a des capacités mais a tendance à « bâcler » son travail (impatience, distraction, difficulté du maintien de l'attention vont le pousser à aller vite).• Enfant moteur dans un groupe mais dont le comportement est difficile à supporter par les autres.• Enfant très spontané, parfois un peu trop, se rendant compte après coup de ce qu'il n'aurait pas dû faire ou dire, ce qui entretient sa mauvaise estime de lui.
Autres signes évocateurs de comorbidités
<ul style="list-style-type: none">• Enfant « hypersensible », d'humeur instable.• Difficultés d'endormissement, a du mal à se réveiller, semble fatigué au réveil...• Troubles spécifiques des apprentissages associés : dyslexie, dyscalculie, trouble d'acquisition des coordinations, dysgraphie.• Difficultés scolaires ou relationnelles liées à un haut potentiel intellectuel.

Annexe II. Modèle neurophysiologique à deux voies du TDA/H



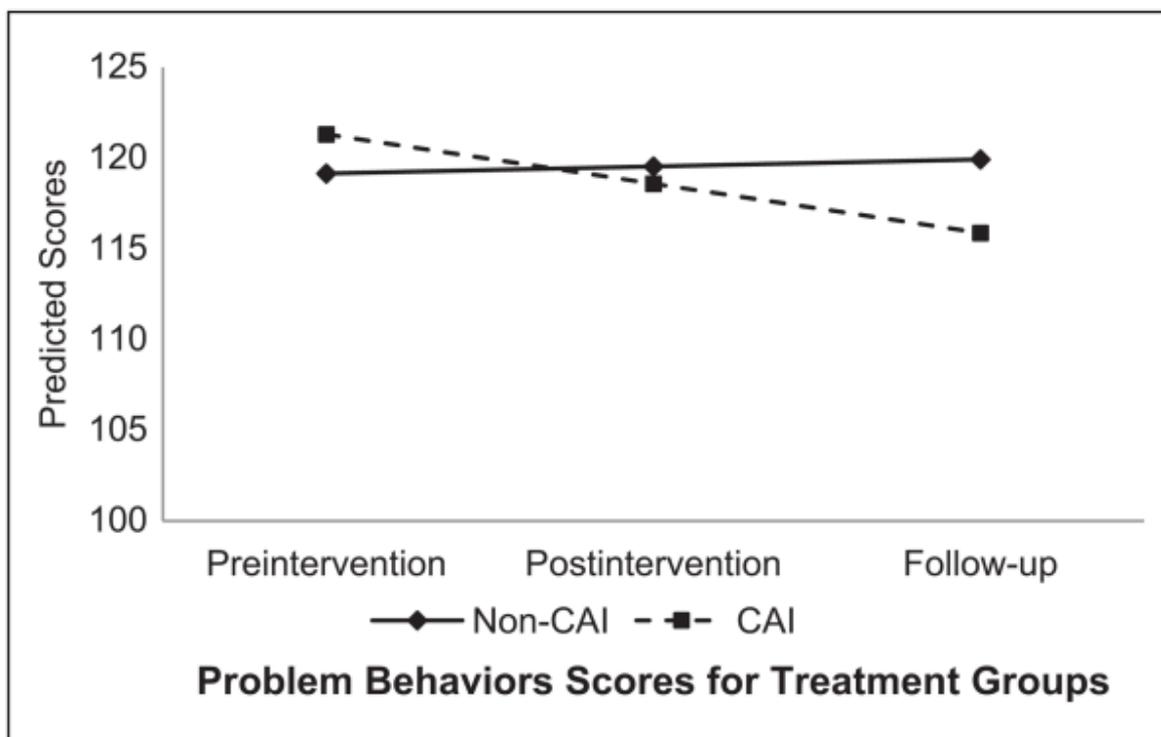
Annexe III. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel



Annexe IV. Données chiffrées

RELAXATION	Mean Pre	Mean Post
Dynamic coordination	1.8	2.6
Motor dissociation	1.8	2.6
Visuomotor coordination	1.2	2.6
Spatial orientation	1.4	2.4
Time structure	1.6	2.6
Total	1.56	2.56
POSTURAL ATTITUDES	Mean Pre	Mean Post
Tonic-postural control	1.4	2.4
Balance	1.8	2.4
Lateralization	1	2
Total	1.4	2.27

Annexe 4.1 : Amélioration du développement moteur par le biais de l'équithérapie selon l'étude menée par Portela-Pino et al.



Annexe 4.2 : Effets de la médiation animale sur les comportements problèmes selon l'étude menée par Schuck et al.

Annexe V. Questionnaire

Préambule

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Limoges (ILFOMER). Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite explorer l'apport de la médiation animale (MA) sur l'engagement occupationnel des enfants atteints de TDA/H. Ce travail a pour objectif d'aborder les questions de l'impact de la MA sur l'enfant et du positionnement de l'ergothérapeute face à cette méthode d'intervention.

Le questionnaire sera constitué de 4 parties : votre profil, le focus sur les séances de médiation animale, les objectifs et bénéfices des séances pour finir par l'engagement occupationnel au cours des sessions ergothérapeutiques. Le temps de réponse moyen est de **8 minutes**. Vous le complétez de façon **anonyme**.

Votre expertise m'est indispensable dans la réalisation de cette étude. Je vous remercie donc par avance pour le temps que vous pourrez consacrer à ce questionnaire.

Voici mes coordonnées si besoin de votre part :
coline.ganes@etu.unilim.fr
GANES Coline

Informations générales

1. Etes vous ergothérapeute ?

- Oui
 Non

2. Vous êtes

- Un homme
 Une femme

3. En quelle année avez vous obtenu votre diplôme ?

1970 2021

4. Dans quelle structure travaillez-vous ?

- libéral
 IME / IEM
 SESSAD
 EEP
 ITEP
 CAMSP
 CMPP
 Autre

5. Intervenez-vous auprès d'enfants avec troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (diagnostiqués ou en cours de diagnostic) ?

- Oui
 - Non
-

6. Quel est approximativement le pourcentage d'enfants présentant un TDA/H sur l'ensemble de vos suivis quotidien ?

A horizontal slider scale ranging from 0 to 100. The slider is currently positioned at 0. Above the slider is a small, empty rectangular box for entering a value.

7. Effectuez vous des séances de médiation animale avec ces enfants ?

- Oui
 - Non
-

8. Si non, pour quelles raisons ?

- Par manque d'intérêt
- Par manque de temps
- Contrainte budgétaire
- Par crainte d'une perte de crédibilité au cours des prises en soins
- Par manque de formation(s)
- Par manque de connaissances sur cette pratique
- Doutes sur les bénéfices de cette pratique
- Peur des animaux
- Autre

9. Si oui, depuis combien de temps exercez vous cette pratique ?

- Moins de 1 an
 - Entre 1 et 5 ans
 - Entre 6 et 10 ans
 - Plus de 10 ans
-

10. Avez vous effectué des formations spécifiques à la médiation animale ?

- Oui
- Non

11. Si oui, indiquez le type de formation

- ACACED (Attestation de Connaissances pour les Animaux de Compagnie d'Espèces Domestiques)
- PECCRAM (Programme d'Education à la Connaissance du Chien et au Risque d'Accidents par Morsures)
- Certificat d'intervenant en médiation animale
- Diplôme universitaire relation d'aide par la médiation animale
- Autre

Focus sur les séances de médiation animale

12. Vous intervenez avec un ou plusieurs animaux ?

1 10

13. L'animal avec lequel vous intervenez est :

- Un animal utilisé exclusivement pour le travail
- Un animal utilisé pour le travail et la vie personnelle

14. Avec quelle espèce d'animaux intervenez-vous ?

- Chien
- Cheval
- Chat
- Rongeur
- Autre

15. Pour quelles raisons intervenez vous avec cette espèce ?

16. Le ou les animaux utilisés en séance a / ont-ils suivi une éducation spécifique ?

- Oui
 - Non
-

17. Sur quelle fréquence l'animal est-il sollicité ?

- Une séance par jour
 - Plusieurs fois par jour
 - Une fois par semaine
 - Plusieurs fois par semaine
 - Une fois par mois
-

18. En moyenne, combien de temps durent les séances avec l'animal ?

- 30 minutes
 - 45 minutes
 - 1 heure
 - 1 heure 30
 - 2 heures
 - Plus de 2 heures
-

19. En général, vous utilisez le terme suivant pour définir votre pratique :

- Médiation par l'animal
 - Activité associant l'animal
 - Thérapie assistée / facilitée par l'animal
 - Zoothérapie
 - Autre
-

20. Les séances avec l'enfant sont-elles individuelles ou collectives (avec d'autres enfants) ?

- Séances individuelles
 - Séances collectives
-
-

21. Avez vous des critères d'exclusions spécifiques aux séances de médiation animale ?

22. Réalisez vous vos séances de prise en soins seul ou en co-animation avec d'autres professionnels ?

- Seul en séance individuelle
 - Seul en séance de groupe
 - Seul dans toutes les séances
 - En co-animation en séance individuelle
 - En co-animation en séance de groupe
 - En co-animation dans toutes les séances
-

23. Quel type de cadre thérapeutique mettez-vous en place durant les séances ? (environnement, organisation de la séance, matériel, etc)

24. Évaluez vous les progrès de l'enfant en présence de l'animal ?

- Oui
- Non

25. Si oui, par quelle forme ?

- Auto-évaluation de l'enfant
- Grilles d'observations avec points précis
- Traces écrites avec trame
- Traces écrites libre
- Vidéos / photos de la séance
- Autre

Objectifs et bénéfices des séances de médiation animale avec les enfants atteints de TDA/H

26. Quels sont les objectifs principaux des séances de médiation animale auprès d'enfants atteints de TDA/H ?

- Favoriser l'alliance thérapeutique
- Améliorer la sphère cognitive
- Améliorer les capacités motrices
- Stimuler les fonctions sensorielles
- Favoriser la communication (verbale et non verbale)
- Améliorer l'estime de soi
- Diminuer l'anxiété, le stress et l'angoisse
- Diminuer les troubles comportementaux
- Autre

27. Sur une échelle de 0 à 10, combien estimeriez vous l'aide que peut apporter l'animal dans l'adhésion aux soins d'un enfant TDA/H aux séances ergothérapeutiques ? (engagement, motivation, etc)

0 10

28. Quelles activités instaurez vous avec l'animal pour réaliser vos objectifs de prise en soins ?

					
Simple co-présence de l'animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caresser l'animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jouer avec l'animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donner à manger / boire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promener l'animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activités indirectes (jeux du commerce pour enfant, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Avez vous rencontré dans le passé ou actuellement des difficultés à mettre en place des séances de médiation animale ?

- Oui
- Non

30. Si oui, précisez le type de difficultés :

- Refus de la part de l'enfant ou de son entourage
- Refus de la part de la direction ou des collègues de travail
- Difficultés financières
- Difficultés administratives
- Manque de place
- Autre

31. Si vous avez rencontré des refus de la part de l'enfant ou de l'entourage, précisez la raison

32. Avez vous déjà fait face à des accidents lors des séances de médiation animale ?

- Aucun problème rencontré
- morsures
- griffures
- grognements
- réactions allergiques
- Autre

L'engagement occupationnel des enfants atteints de TDA/H au cours des séances ergothérapeutiques

33. Que signifie pour vous la notion d'engagement occupationnel ?

34. Au cours de vos prises en soins, intégrez vous la notion d'engagement occupationnel ?

- Jamais
 - Ponctuellement
 - Souvent
 - Systématiquement
-

35. Selon vous, les enfants bénéficiant de prises en soins ergothérapeutiques présentent-ils au quotidien des difficultés d'engagement ?

- Oui
 - Non
-

36. Si oui, dans quel domaine se manifeste le manque d'engagement de l'enfant ?

	Pas du tout	Occasionnellement	Très souvent
Ecole / apprentissages	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Loisirs / activités extrascolaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soins personnels	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. Selon votre expérience, qu'est-ce qui permet de favoriser l'engagement des enfants TDA/H pendant les séances d'ergothérapie ? (jeux, renforçateurs, médiation spécifique, etc)

38. Avez vous observé des changements d'engagement lors des séances de médiation animale avec l'enfant ?

- Oui
 - Non
 - Pas d'opinion
-

39. Si changements perçus, de quelle manière a évolué l'engagement de l'enfant ?

- Augmentation
- Diminution
- Stabilisation

40. L'augmentation de l'engagement de l'enfant au cours des séances s'est manifesté de la manière suivante :

- Concentration plus forte
- Motivation plus forte
- Effort prolongé / persistance dans les activités
- Minimisation de la peur de l'échec
- Envie plus importante de venir d'une séance à l'autre
- Autre

41. Avez vous des éléments à rajouter que nous n'aurions pas évoqué auparavant concernant la particularité des séances de médiation animale avec les enfants TDA/H ?

La médiation animale en ergothérapie : perspective sur l'amélioration de l'engagement occupationnel des enfants porteurs de TDA/H

Contexte : La médiation animale est une stratégie d'intervention pouvant être utilisée par les ergothérapeutes car elle peut intégrer une variété d'approches, élément sur lequel ce professionnel peut agir pour transformer une simple activité en potentiel thérapeutique.

Objectif : Réaliser un état des lieux de l'utilisation de cette méthode interventionnelle dans la prise en soins de l'enfant porteur de TDA/H par les ergothérapeutes intervenant en pédiatrie.

Méthode : Un questionnaire a été diffusé aux ergothérapeutes (salariés ou libéraux) prenant en soins une population d'enfants TDA/H.

Résultats : Sur un échantillon de 67 personnes : 26,2% ont déclaré utiliser la médiation animale et 73,8% ont déclaré ne pas utiliser cette stratégie d'intervention pour plusieurs raisons. La majorité des ergothérapeutes répondants étaient en exercice libéral, ce qui génère un manque de collaboration important avec d'autres professionnels. Le chien correspond à l'espèce animale la plus utilisée en séance et la simple co-présence de l'animal se réfère au cadre majoritairement instauré.

Conclusion : Les résultats de notre mémoire mettent en lumière le potentiel thérapeutique de la médiation animale. Les ergothérapeutes peuvent utiliser plusieurs techniques d'intégration de l'animal de façon plus ou moins directes. La totalité des professionnels ont pu remarquer une augmentation de l'engagement occupationnel des enfants TDA/H au cours des prises en soins par une plus grande motivation et concentration, une envie majorée de venir d'une séance à l'autre ainsi qu'un effort prolongé à la réalisation des tâches. Cependant, cet outil thérapeutique n'est pas choisi par la majorité des ergothérapeutes. Un manque de formation et de connaissances sur cette pratique, des difficultés institutionnelles ou logistiques ainsi qu'un doute sur ses bénéfices sont autant de facteurs limitants leurs utilisations dans la prise en soins des enfants porteurs de TDA/H.

Mots-clés : TDAH, enfant, ergothérapie, médiation animale, engagement occupationnel, motivation

Animal mediation in occupational therapy: a perspective on improving occupational engagement in children with ADHD

Context: Animal mediation is an intervention strategy that can be used by occupational therapists because it can integrate a variety of approaches, an element on which this professional can act to transform a simple activity into therapeutic potential.

Objective: To carry out an inventory of the use of this interventional method in children with ADHD's care by occupational therapists working in paediatrics.

Method: A questionnaire was distributed to occupational therapists (salaried or independent) caring for a population of children with ADHD.

Results: Out of a sample of 67 persons: 26.2% declared using animal mediation and 73.8% declared not using this intervention strategy for several reasons. The majority of the occupational therapists who responded are liberal professionals, which results in a significant lack of collaboration with other professionals. A dog is one of the most often used animal species in sessions and its simple presence is the most often used framework.

Conclusion: Results of our thesis highlight the therapeutic potential of animal mediation. Occupational therapists can use several integration's techniques of the animal in a more or less direct way. All the professionals have noticed an increase in the occupational engagement of the ADHD children during the treatment by a greater motivation and concentration, an increased desire to come from one session to another as well as a prolonged effort to carry out the tasks. However, this therapeutic tool is not chosen by most



occupational therapists. A lack of training and knowledge about this practice, institutional or logistical difficulties as well as doubts about its benefits are all factors limiting its use in the care of children with ADH/D.

Keywords : ADH/D, child, occupationnal therapist, animal mediation, engagement, motivation

