

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



## **Ergothérapie et Théâtre :**

Accompagnement des enfants ayant un trouble de l'attention  
avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Mémoire d'initiation à la recherche

SABIN Lorène  
Promotion 2015-2018

PRIGENT Audrey  
Maître de mémoire





## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales 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 des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

### Article 2 :

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

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e* ..... SABIN Lorène.....

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

*Fait à* ..... EVREUX ..... *Le* ..... 22/05/2018 ..... *signature*

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.umie.ch/ses/telecharger/umie/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.







## REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnées dans l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche :

Madame Audrey Prigent, maitre de mémoire, pour m'avoir guidée tout au long de la réalisation de ce travail, mais aussi pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse pour leur accompagnement et leurs conseils sur la démarche de recherche. Je les remercie également pour ces trois années qui m'ont permis de devenir professionnel.

L'ergothérapeute ayant accepté d'accorder du temps pour me partager son expérience professionnelle.

Et surtout, ma famille, mes amis, qui m'ont soutenue, aidée et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire et bien plus encore tout au long de mes études.



*« Améliorer l'estime que l'enfant a de lui-même,  
c'est l'aider à mieux vivre son TDAH »*

CAUSSE, 2013



# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. Cadre contextuel.....	2
1.1. Constat.....	2
1.2. Émergence du sujet.....	3
1.3. La question de départ.....	6
2. Cadre conceptuel.....	6
2.1. Qu'est-ce que le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans Hyperactivité ?.....	6
2.1.1. De la description à la classification.....	6
2.1.2. L'expression clinique du TDA/H.....	8
2.1.3. L'épidémiologie.....	10
2.1.4. Les difficultés des enfants TDA/H impactant leur qualité de vie.....	12
2.1.5. Les ressources des enfants TDA/H.....	15
2.2. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?.....	16
2.2.1. Définition.....	16
2.2.2. L'activité, un concept central de l'ergothérapie.....	17
2.2.3. L'accompagnement des enfants TDA/H en ergothérapie.....	21
2.3. Le jeu théâtral : une activité groupale pertinente pour la prise en charge ergothérapique des enfants TDA/H ?.....	23
2.3.1. Qu'appelle-t-on « Théâtre » ?.....	23
2.3.2. Les techniques du jeu théâtral.....	26
2.3.3. Les bénéfices du jeu théâtral.....	27
2.3.4. Travailler ensemble : un partage de compétences.....	29
3. La Question de recherche et l'hypothèse.....	29
4. Phase expérimentale.....	30
4.1. Méthodologie de recherche.....	30

4.1.1. Outil de recherche .....	30
4.1.2. La population de l'étude.....	30
4.2. Elaboration du protocole .....	32
4.2.1. Le recrutement des participants.....	32
4.2.2. Choix et justification des évaluations .....	33
4.2.3. Le déroulement de l'activité .....	35
4.2.4. La méthode de collecte et l'analyse des données envisagées .....	37
5. Discussion.....	38
5.1. Les biais de l'étude.....	38
5.2. Les limites de l'étude.....	39
5.3. Les apports de l'étude sur le plan personnel et professionnel.....	39
5.4. Les perspectives envisagées .....	40
CONCLUSION .....	41
BIBLIOGRAPHIE	
GLOSSAIRE	
ANNEXES	

## INTRODUCTION

L'enfance est une période au cours de laquelle le développement de l'estime de soi et des interactions sociales est fondamental pour instituer une qualité de vie satisfaisante, en s'appuyant sur les expériences personnelles de l'enfant.

Lorsqu'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est diagnostiqué, la qualité de vie de l'enfant est le plus souvent altérée. En effet, les enfants ayant ce trouble sont des personnes distraites, agitées ou encore préoccupées. Et, les conséquences de ces comportements se répercutent sur leurs activités quotidiennes mais aussi dans leur milieu familial, social, scolaire...

Nous retrouvons de nombreuses références littéraires analysant la symptomatologie et la neurophysiologie, néanmoins, peu d'entre elles rapportent les répercussions quotidiennes et les difficultés d'apprentissages de ces enfants. Puisque, ce trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un syndrome complexe, mêlant difficultés comportementales et cognitives.

En ce sens, l'objectif de cette étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute à travers l'activité théâtre afin de pallier les difficultés rencontrées par ces enfants. De ce fait, comment, grâce aux compétences de l'ergothérapeute et de l'activité théâtre, l'estime de soi et les interactions sociales des enfants TDA/H peuvent être favorisées ?

Je vais dans un premier temps, présenter mes premières réflexions et l'élaboration de la question de départ. Dans un second temps, les termes clés seront explicités dans un cadre théorique menant à une question de recherche et son hypothèse. Puis dans une troisième partie, je vais développer la méthode expérimentale dans laquelle, j'aborderai l'élaboration du protocole de recherche ainsi que mes choix en lien avec le cadre théorique et plus précisément sur les concepts : TDA/H, estime de soi et relations sociales, l'ergothérapie et l'activité théâtre. Enfin, ce travail de recherche s'achèvera sur une discussion comprenant les limites et les perspectives envisagées, avant de synthétiser sur ma thématique de recherche.

## 1. Cadre contextuel

### 1.1. Constat

Ce travail de fin d'étude émane d'un constat lors d'un stage de deuxième année dans un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Ce service accueille des enfants et des adolescents âgés de 0 à 20 ans ayant une déficience motrice avec ou sans trouble associé. Ce stage m'a permis de constater que de nombreux enfants ayant des troubles des apprentissages avaient peu ou perdu confiance en eux et se dévalorisaient : « je suis nul », « je n'y arriverai jamais », « je ne suis pas comme les autres ». J'ai donc supposé que cette dévalorisation était liée à l'ensemble des difficultés rencontrées dans leurs activités de la vie quotidienne. De plus, lors des séances en ergothérapie, leur concentration et leur attention étaient très vite dissipées. De même, ces troubles étaient régulièrement rapportés par les enseignants et les parents.

Pour appuyer ces divers constats, des lectures m'ont permis de mettre en lien et d'enrichir ces observations. En effet, « *parmi les manifestations comorbides associées au trouble de l'attention (TDA), les difficultés d'apprentissage sont les plus fréquemment observées (entre 30 et 90% des cas)* » (FOURNERET et POISSANT, 2015).

De plus, les troubles des apprentissages associés ou non au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) engendreraient davantage de difficultés émotionnelles comme par exemple de l'anxiété, une mésestime de soi voire même des troubles de l'humeur et un décrochage scolaire. (FOURNERET et POISSANT, 2015).

Ayant pu rencontrer des cas concrets lors de ce stage, cela m'a interpellé. Ainsi, cette interrogation m'a incitée à approfondir et orienter mon sujet sur le secteur pédiatrique et plus particulièrement sur les troubles neurodéveloppementaux.

À la suite de ce stage, l'intérêt porté auprès de cette population persiste dans le fait que le handicap invisible de ces enfants mène à des répercussions au quotidien, qui sont parfois incomprises. L'ergothérapeute agit principalement sur les difficultés scolaires cependant, ma réflexion se porte essentiellement sur l'aspect psychologique de ces enfants. En effet, selon la littérature, les répercussions psychologiques de ces enfants restent peu évaluées dans la pratique ergothérapique. Cependant,

l'ergothérapie présente cette spécificité d'être centrée sur la personne et d'avoir une vision holistique afin de surmonter ou de compenser les situations de handicap. C'est pour ces raisons que je souhaite approfondir les recherches sur ce sujet. Toutefois, le domaine des troubles des apprentissages reste très vaste et disparate. Ce constat devait donc se préciser.

## 1.2. Émergence du sujet

Dès ma première année de formation, j'ai découvert que l'ergothérapie est la science de l'activité humaine. L'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen thérapeutique afin de favoriser l'autonomie, l'indépendance et la qualité de vie d'une personne rencontrant une ou plusieurs restrictions de sa participation dans ses habitudes de vie (MOREL, 2006).

Je me suis donc interrogée sur le lien entre l'activité et mon premier questionnement survenu au cours du stage. Pour construire ma réflexion, je me suis appuyée sur mes expériences personnelles. En effet, ayant fait partie d'une troupe de théâtre pendant 5 ans puis en tant que metteur en scène dans une troupe de jeunes, ces dernières m'ont beaucoup appris. Elles m'ont apporté et permis de développer certaines compétences qui me sont indispensables dans la vie quotidienne.

Par conséquent, j'ai souhaité rechercher une corrélation entre mes expériences personnelles et ma future profession d'ergothérapeute à travers l'activité théâtrale. Le mot théâtre englobe un sens très large. Pour ma part l'objectif de ce questionnement n'est pas de réaliser une pièce de théâtre, ni de faire du théâtre en tant que tel. Il s'agit plutôt de me questionner sur le potentiel thérapeutique et sur les bénéfices que peut apporter cette activité dans la pratique de l'ergothérapie en pédiatrie.

Pour appuyer ce questionnement, mes lectures se sont ciblées sur l'activité théâtre en ergothérapie. Ma première réflexion s'est portée sur l'exploitation par l'ergothérapeute de cet outil et ce qu'il apporte dans la pratique. Ces dernières m'ont permis de constater que cette activité a un potentiel thérapeutique en ergothérapie. En effet, j'ai pu remarquer que la pratique du théâtre était une médiation principalement utilisée en santé mentale mais également dans des lieux de vie auprès de personnes cérébrolésées notamment.

L'utilisation d'une médiation en ergothérapie permet à la personne de s'exprimer librement à travers un outil, un support ou un objet dans un espace structuré et sécurisant tout en respectant des règles définies par le thérapeute. Les objectifs de l'utilisation de l'outil théâtral dans une prise en charge thérapeutique seront centrés sur le patient en tant que personne et non en tant que comédien, à travers des exercices ciblés en fonction des objectifs (LIEVEN, 2001).

Cette activité se réalise en groupe ce qui permet de développer des compétences relationnelles. Effectivement, « *comme pour entrer en communication, l'improvisation demande d'aller vers l'autre, de s'exposer à son regard [...] d'écouter et d'utiliser le langage verbal comme le langage non verbal* » (PIRE, 2005).

Ainsi, le théâtre favorise certaines compétences relationnelles comme l'écoute, l'expression verbale à travers la parole et le langage non verbal à travers les gestes, les mouvements, les mimiques, les attitudes, les émotions... « *Elles sont des moteurs aux personnages et aux histoires* » (PIRE, 2005).

De plus, l'affirmation de soi et la confiance en soi sont des compétences que cette activité permet de développer et de favoriser. Ces dernières permettent à la personne une meilleure gestion de soi dans sa vie quotidienne. « *Oser regarder en face et supporter le regard de l'autre renforcent l'affirmation de soi et constituent un atout dans de nombreuses situations* » (PIRE, 2005).

Selon les objectifs recherchés par l'ergothérapeute, l'activité théâtre peut s'adapter à chaque situation car la liste des potentiels thérapeutiques de cette activité est non exhaustive. En effet, elle sollicite et implique de nombreuses fonctions et registres différents. « *Que cela soit au niveau corporel, cognitif mais aussi et surtout relationnel* » (TROUE et SADIGH, 2010).

Ainsi, la confiance en soi, l'estime de soi, la communication verbale et non verbale, l'attention, la concentration, l'écoute, l'imaginaire, la créativité sont des exemples de composantes pouvant être sollicitées au cours de l'activité théâtre.

Par conséquent, toutes ces données de la littérature démontrent que l'activité théâtre est utilisée en ergothérapie du fait de son potentiel thérapeutique et des différentes compétences sollicitées.

Ce premier questionnaire essentiellement orienté sur le potentiel thérapeutique de l'activité théâtre et sur le lien avec la pratique de l'ergothérapie en pédiatrie devait donc se préciser davantage et se construire.

Ainsi, pour cibler mon sujet et croiser les données scientifiques et les données littéraires avec la pratique, j'ai réalisé un entretien téléphonique avec une ergothérapeute utilisant l'activité théâtre comme moyen principal et thérapeutique lors de ses prises en charge auprès de cette population. Ce dernier m'a permis d'enrichir mon questionnaire et d'approfondir le potentiel thérapeutique de l'activité théâtre dans la pratique ergothérapique en pédiatrie. Et, plus précisément, auprès des enfants ayant des troubles des apprentissages, un trouble de l'attention ou encore des enfants à haut potentiel (Annexe I).

Grâce à cet entretien, j'ai pu cibler une population spécifique avec ses difficultés. En effet, une population m'a particulièrement interrogée : les enfants TDA/H. Cette interpellation réside dans le fait que l'ergothérapie auprès de ces enfants agit principalement sur les difficultés primaires (autonomie dans les soins personnels, les apprentissages scolaires...) mais l'aspect psychologique se lie avec ces difficultés primaires pour le développement et l'autonomie de ces enfants. D'après cet entretien, les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité « se sentent différents » de leurs camarades, ils ont une mauvaise estime de soi, des problèmes d'attention, ils n'acceptent pas l'injustice, ils se dévalorisent et ont très peu d'amis. Ils ont également très peu d'activités extra scolaires, de loisirs du fait de leurs troubles du comportement et de leurs difficultés relationnelles.

Par conséquent, ce qui m'interroge davantage, ce sont les caractéristiques secondaires de la pathologie du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, c'est-à-dire l'aspect psychologique (estime de soi), social (relations et participations sociales) et émotionnel de ces enfants dans leur vie quotidienne.

Le TDA/H sera alors l'objet de cette étude. La suite de mes réflexions sera donc principalement axée sur l'autonomie de ces enfants au quotidien. En effet, les symptômes de cette pathologie : l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention sont en lien avec le développement de l'enfant dans les diverses activités. Notamment, « *dans les jeux, cette instabilité en lien avec le déficit d'attention peut se traduire par un manque d'autonomie ; ces enfants sont souvent dans l'incapacité d'investir suffisamment leurs*

*jouets pour construire une activité structurée. Par exemple, les parents rapportent que leurs enfants ont du mal à jouer seuls, » (VIGO et FRANCO, 2012).*

Ensuite, je constate que tous les symptômes entravent le quotidien et le bien-être de l'enfant et de sa famille. Ainsi, le plaisir, le mieux-être et donc la dimension de la qualité de vie des enfants ayant un TDA/H semblent altérés. D'après JOHNSTON et MASH « *Les difficultés rencontrées impactent sévèrement la qualité de vie des enfants atteints de TDAH, ainsi que celle des personnes qui les entourent* » (GETIN et ANGENON-DELERUE, 2013). Cette dimension de la qualité de vie sera un de mes premiers questionnements.

### 1.3. La question de départ

La qualité de vie est liée au niveau de satisfaction des enfants dans les différents domaines de leurs vies. Ces domaines correspondent à la satisfaction des relations amicales, de soi, de l'école et du cadre de vie englobant plusieurs dimensions : l'estime de soi, la dimension scolaire et cognitive et donc le bien-être et l'épanouissement au cours du développement de l'enfant (COUDRONNIERE, BACRO et GUIMARD, 2016).

À la suite de ces lectures et aux cheminements de mes réflexions, j'ai abouti à la question de départ suivante :

**Comment l'ergothérapeute par l'intermédiaire de l'activité théâtre, peut accompagner les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité à une meilleure qualité de vie ?**

## 2. Cadre conceptuel

### 2.1. Qu'est-ce que le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans Hyperactivité ?

#### 2.1.1. De la description à la classification

Le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est une traduction du terme Anglais « Attention deficit hyperactivity disorder ». C'est un trouble chronique qui se manifeste cliniquement par une incapacité à porter son attention, une impulsivité et une forte distractibilité. Il se divise en trois sous types ; à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive/impulsive et de type mixte incluant à la fois des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité (APA, 2005). Afin de

comprendre l'origine de ce terme, il est nécessaire de décrire brièvement le contexte historique de ce trouble qui a notamment connu plusieurs appellations.

En effet, « *Nous pouvons remonter à la fin du XVIIIe siècle pour retrouver les premières descriptions du TDA/H* » (WODON, 2009). D'après CLEMENTS, il est décrit pour la première fois en 1902 et était nommé « *dysfonction minimale du cerveau* » car il était associé à des troubles neurologiques légers et à une dysfonction de certaines zones neurologiques (WODON, 2009).

La deuxième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1968, se focalise sur l'hyperactivité pour expliquer les comportements et apparaît ainsi de nouveaux termes : « *le syndrome de l'enfant hyperactif* » puis « *la réaction hyperkinétique de l'enfance et de l'adolescence* » (WODON, 2009).

Ensuite, c'est dans la troisième version du DSM en 1980 que le trouble est redéfini en accordant plus d'importance aux symptômes d'inattention (APA, 1980). Il est nommé « *trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* » et divisé en trois sous catégories (précédemment décrites) qui seront finalement redéfinies dans la quatrième version du DSM (APA, 2005).

Enfin, la cinquième et dernière version datant de 2013, définit actuellement cette pathologie en tant que « *trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* ». Elle fait désormais partie intégrante des troubles neurodéveloppementaux. Les trois sous-types proposés par le DSM-IV restent présents avec une terminologie légèrement différente : nous parlons de « *présentation combinée* », « *présentation inattentive prédominante* » et « *présentation hyperactive/impulsive prédominante* » (APA, 2015).

Par conséquent, l'outil d'évaluation standardisé pour établir le diagnostic n'existe pas actuellement. Ce dernier repose sur la présence des critères symptomatiques décrits dans le DSM au niveau international, par la (Classification Internationale des Maladies) CIM-10 et par la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) en France, ou encore par l'évaluation subjective des parents et/ou les enseignants.

Pour pouvoir parler d'un réel TDA/H à partir des critères du DSM-IV-TR l'enfant doit présenter soit six symptômes d'inattention, soit six symptômes d'hyperactivité et/ou d'impulsivité (APA ,2015).

Les symptômes doivent être présents dans au moins deux situations différentes, être responsables d'une gêne fonctionnelle significative, repérés avant 12 ans. Ils ne doivent pas survenir exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou par la mise en évidence de l'existence d'un trouble de la personnalité, d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur. Par la suite, un des trois sous types est défini soit avec une inattention prédominante, soit avec une hyperactivité/impulsivité prédominante ou soit avec une forme mixte (Annexe II).

Dans la classification Française des maladies établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM-10 rédigée en 1993, parle quant à elle de « *perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0)* ». Cette catégorie fait partie du groupe nommé « *trouble hyperkinétique (F90)* ». Cette classification exige donc la présence concomitante de symptômes d'inattention, d'impulsivité ou d'hyperactivité. (Annexe III) Pour information, selon l'OMS, une nouvelle version de la CIM est en cours d'élaboration et sera publiée en 2018.

Enfin, des pédopsychiatres français ont proposé une classification nommée CFTMEA. Cette dernière classe en 2012 les « *Hyperkinésies avec trouble de l'attention /Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (7.00)* » parmi les « *troubles des conduites et des comportements* ». Le diagnostic retrouve la triade symptomatique caractéristique (GARRABE et KAMMERER, 2015).

### 2.1.2. L'expression clinique du TDA/H

#### A. La triade symptomatique

Les symptômes du TDA/H varient dans le temps et selon l'enfant. En effet, nous parlons régulièrement d'enfants « agités », « turbulents », « perturbateurs » ou parfois « un peu dans la lune ». Effectivement, « *les symptômes du trouble déficit de l'attention/hyperactivité sont susceptibles de fluctuer dans le temps et de varier en intensité, en fonction du profil de l'enfant, de la sévérité du trouble, mais aussi en fonction des situations auxquelles l'enfant peut être confronté dans ses contextes de vie* » (GETIN et ANGENON-DELERUE,2013)

Les enfants porteurs d'un TDA/H se distinguent par une triade symptomatique présente au premier plan de la maladie, elle est à l'origine des critères diagnostiques cités précédemment. Ainsi, le tableau évocateur, est celui d'un enfant d'âge scolaire, le plus souvent un garçon, qui présente les 3 symptômes suivants qui seront expliqués plus en détails dans l'annexe II :

- L'inattention, ou le déficit attentionnel est caractérisée par une difficulté à se concentrer dans les diverses tâches du quotidien. Ces dernières sollicitent constamment l'attention soutenue. Cette difficulté est perçue par une incapacité à terminer une tâche, des oublis fréquents, une distractibilité, un refus ou un évitement des tâches exigeant une attention soutenue.
- L'hyperactivité motrice, constituée d'une agitation permanente, l'enfant bouge, se tortille ou tape des pieds et des mains. Elle se caractérise également par une incapacité à rester assis, rester en place notamment lors des temps scolaires ou lors des repas. La maladresse et les mises en danger sont également des symptômes visibles de cette hyperactivité. Finalement, l'hyperactivité se décrit comme une difficulté à contrôler « *son agitation, sa fébrilité motrice et son trop-plein d'énergie* » (LANDRY, GRAVEL, MARTEL et al. ,2010).
- L'impulsivité, se manifeste par une difficulté à attendre, à différer les actes, le besoin d'agir par des réponses parfois rapides et inadaptées au contexte et la tendance à interrompre les activités d'autrui.

#### B. L'approche neuropsychologique associée à la triade symptomatique

Parallèlement à cette triade symptomatique, nous retrouvons d'autres symptômes souvent associés et occupant une part importante dans la présentation clinique de l'enfant. En effet, selon le pédopsychiatre Louis VERA, « *ce qui est visible, ce sont les difficultés attentionnelles, avec agitation et impulsivité, mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg* » (MAGOS, 2015). La partie submergée non perceptible, correspond quant à elle aux dysfonctionnements exécutifs. En effet, l'attention dépend à la fois des fonctions exécutives et de la mémoire de travail.

L'essor des neurosciences cognitives au cours des trente dernières années a permis une meilleure compréhension des processus cognitifs et c'est ainsi que dans le TDA/H, plusieurs déficits cognitifs ont pu être identifiés. Par la suite, ces déficits

exécutifs des jeunes présentant un TDA/H ont été mis en relation avec leurs problèmes d'autorégulation des comportements. Ainsi, « *selon cette perspective, les problèmes de comportements observés dans le TDAH (inattention-hyperactivité-impulsivité) rendent compte des déficits cognitifs* » (GUAY et LAPORTE, 2009).

Cette observation a été ultérieurement précisée par le modèle théorique du TDA/H de Barkley en 1997. Ce dernier précise que le déficit d'attention n'est pas le symptôme primaire mais, serait le déficit d'inhibition de la réponse qui a son tour altère quatre fonctions exécutives nommées :

- La mémoire de travail non verbale qui correspond à la manipulation mentale des informations non verbales soit l'imagerie mentale.
- Le langage internalisé correspond à l'internalisation des instructions, des règles et du raisonnement.
- L'autorégulation de l'affect soit la régulation de la vigilance, de la motivation, des émotions et des pulsions.
- La reconstitution qui correspond à la capacité d'analyse et de synthèse nécessaire à la résolution de problèmes (GUAY et LAPORTE, 2009).

En précisant le déficit d'inhibition des comportements comme le trouble central du TDA/H, Barkley interprète dès lors « *le déficit d'attention comme une conséquence et non plus une cause, se dissociant en cela du DSM-IV-TR considérant le déficit d'attention comme constituant une base commune entre les trois sous-types de TDAH* » (HYPERSUPERS TDAH-FRANCE ASSOCIATION, 2005).

Or, toutes ces fonctions cognitives nous sont nécessaires au quotidien.

### 2.1.3. L'épidémiologie

#### A. La prévalence

Selon la littérature, plusieurs études épidémiologiques ont été menées dans le monde mais les résultats varient d'une étude à l'autre selon la classification utilisée. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) « *les études utilisant le DSM IV produisent des taux de prévalence pour la période d'âge scolaire le plus souvent compris entre 5 % et 10 %, à l'inverse, de celles utilisant la CIM 10, qui produisent des taux variant de 0,4 % à 4,2%* » (HAS, 2012 et 2014).

Selon une dernière enquête Française publiée en 2012, la prévalence du trouble chez les enfants âgés de 6 à 12 ans en France est de 3,5 % à 5,6 % avec un rapport de 3 garçons pour une fille. « *La répartition était de 46,5 % de type inattentif, 40 % de type hyperactif-impulsif et 13,5 % de type mixte* » (HAS, 2012 et 2014).

À la suite de la réalisation de ces études épidémiologiques, je relève que ce syndrome atteint un nombre important d'enfants en France. En effet, ce constat s'illustre selon cette citation : « *le TDA/H est le trouble neurocomportemental le plus récurrent durant l'enfance* ». Cependant, nous relevons une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles, tout comme elle est plus élevée chez les enfants de moins de 12 ans (GROSSRIEDER et STOPPA, 2016).

## B. Les comorbidités

Le TDA/H est associé dans plus de 70 % des cas à d'autres troubles, ce qui influence négativement leur fonctionnement au quotidien. Plus précisément, ce sont les troubles d'opposition, les troubles anxieux, les troubles des apprentissages et les troubles de l'humeur qui sont les plus associés au TDA/H (CLEMENT, 2013). Actuellement, l'association du TDA/H avec le Trouble du Spectre Autistique (TSA) est rendue possible par le DSM-V.

Parmi ces troubles les plus fréquemment associés au TDA/H, nous retrouvons les troubles du comportement de type agressif ou oppositionnel (60%) et les troubles des apprentissages (47%). Et les difficultés d'apprentissage associées *sont* « *les troubles DYS : dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe, dysphasie* » (VIGO et FRANCO, 2012).

Ce dernier trouble est en lien avec un des symptômes centraux du TDA/H soit l'attention qui est une fonction indispensable aux apprentissages, elle permet l'organisation de la pensée mais aussi de l'activité. De plus, si l'on se réfère aux modèles de Barkley, faisant le lien avec le déficit d'inhibition et les quatre fonctions exécutives, les apprentissages sont plus difficiles pour ces enfants. En effet, « *à la suite des problèmes attentionnels tant au niveau de l'attention sélective que soutenue, l'enfant TDA/H est en difficulté dès les premières étapes du processus d'apprentissage. Le déficit des fonctions exécutives accentue les problèmes d'apprentissage* » (WODON, 2009).

#### 2.1.4. Les difficultés des enfants TDA/H impactant leur qualité de vie

La qualité de vie est une notion définie par l'OMS en 1994 comme étant « *La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (BACQUE, 1996).

En effet, les « *difficultés impactent sévèrement la qualité de vie des enfants atteints de TDA/H* » (GETIN et ANGENON-DELERUE, 2013). Les troubles caractérisés par la triade symptomatique associés à un déficit des fonctions cognitives ont de nombreuses répercussions dans la vie sociale, affective, scolaire et familiale de l'enfant. De nombreuses lectures évoquent également des difficultés de gestion des émotions, de l'anxiété, de l'impulsivité et surtout une mauvaise et faible estime de soi.

Par conséquent, le trouble a un retentissement sur tous les domaines de la vie (GETIN et ANGENON-DELERUE, 2013). Il est donc important de ne pas séparer tous les symptômes mais de les associer pour aider ces enfants à mieux vivre au quotidien, d'où la nécessité d'une approche multidimensionnelle et holistique. Ainsi, nous relatons de nombreuses souffrances au quotidien, cependant cette étude s'orientera principalement autour de deux difficultés rencontrées par l'enfant TDA/H dans son quotidien : l'estime de soi et les interactions sociales. En effet, « *les enfants manifestent une faible estime de soi et une très mauvaise adaptation sociale* » (WODON, 2009).

L'estime de soi et les relations sociales influencent donc la qualité de vie des enfants ayant un TDA/H.

##### A. L'estime de soi

En abordant le concept de l'estime de soi dans la littérature, nous remarquons l'utilisation d'une multitude de termes plus ou moins synonymes, soit la conscience de soi, la perception de soi, l'image de soi, la confiance en soi pour ne citer que les plus courants (JENDOUBI, 2002). « *L'estime de soi et la confiance en soi sont deux concepts souvent confondus* ». La confiance en soi se rapporte aux capacités de la personne à réussir et donc la capacité qu'elle a de faire face à un échec. Elle résulte

donc de l'évaluation de nos capacités et de nos ressources personnelles pour affronter une situation (LAROCQUE, 2007), (GEORGE et VILLEMONTAIX, 2015).

Or, l'estime de soi se définit comme « *la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitudes et de croyances qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, de ses difficultés et de ses limites personnelles. Elle représente une valeur positive où l'on se reconnaît globalement en tant qu'individu et dans chacun des domaines importants de la vie. L'estime de soi est cyclique, parfois instable et toujours variable, à l'image de la vie* » (DUCLOS, 2010).

Ainsi, l'estime de soi renvoie à la représentation et à la perception de soi dans divers domaines notamment la scolarité, les relations sociales interpersonnelles, le comportement et le contrôle émotionnel de l'enfant (HUYNH MAZET, 2011).

Par conséquent, elle accompagne et guide les enfants et adolescents dans leur vie affective, sociale, intellectuelle et morale tout en se développant selon un processus continu (DUCLOS, 2010).

L'estime de soi est d'une part, l'un des fondements de l'image de soi, et d'autre part, le résultat d'une construction psychique ainsi que le produit d'une activité cognitive et sociale.

En se référant à l'apport de recherches empiriques, nous constatons l'existence d'une atteinte de l'estime de soi, importante chez les enfants ayant un TDA/H (HUYNH MAZET, 2011). En effet, selon ASPEDAH « *Une des conséquences les plus importantes chez un élève TDA/H est la perte de l'estime de soi. Il se perçoit de plus en plus incapable, se décourage, s'épuise, se révolte* » (CENTRE LAUSANNOIS D'ERGOTHERAPIE, 2018). Ils sont souvent insécures face à leur environnement et à leurs relations sociales (GIROUX et VEZEAU, 2013).

De plus, l'enfant a une mauvaise image de soi et toutes ces difficultés et ces conséquences de son comportement au quotidien aboutissent à une souffrance. En effet, « *L'enfant subit des échecs à tous les niveaux (scolaire, affectif et social)* » (WODON, 2009). Ces derniers sont le plus souvent répétitifs et mènent à une dévalorisation de soi.

L'enfant TDA/H peine à adapter son comportement et ses attitudes et souffre du rejet social en subissant des punitions régulières et donc à une importante mésestime de soi (WODON,2009).

De plus selon Duclos, la base de la motivation est l'estime de soi. « *La motivation, l'engagement et la persévérance dans une activité et le sentiment d'efficacité et de fierté sont étroitement reliés* » (GIROUX et VEZEAU, 2013).

En effet, lors de réussite, le sentiment d'efficacité et de fierté s'opère chez l'enfant et se transforme en une estime de soi positive. Il pourra donc plus facilement surmonter ses difficultés.

## B. Les interactions sociales

D'après une étude menée en 2011 par l'association HyperSupers-TDAH France auprès des familles, 70 % d'entre elles évoquent des difficultés d'intégration sociale (HAS, 2012).

L'enfant TDA/H est très maladroit car il est intrusif, impulsif dans son comportement avec les autres. L'inattention provoque des difficultés sociales et conduit au rejet, il a peu d'amis, se retrouve seul à la récréation... D'après FRANKEL et FEINBERG, « *Le problème n'est pas lié à leur intérêt ou envie d'entrer en contact, mais bien à leur incapacité d'adapter leur comportement aux autres* » (WODON, 2009).

Ces enfants ne se rendent pas compte des conséquences possibles de leurs actions sur les autres. « *Le modèle de Barkley (2006) considère le TDA/H comme un déficit dans l'inhibition comportementale, menant à un dysfonctionnement dans la régulation émotionnelle.* » (WODON,2009). Prendre l'autre individu en considération pour un enfant TDA/H est difficile.

Ce processus de socialisation aura pour objectif de développer des compétences sociales qui se présentent comme un répertoire de comportements verbaux et non-verbaux et rendent des individus socialement compétents, c'est-à-dire capables de produire les effets désirés sur d'autres individus. Les différentes dimensions de ces compétences sociales impliquent la communication verbale et non-verbale, l'assurance, l'empathie, la coopération, la capacité d'anticipation, ainsi que l'estime de soi (JENDOUBI, 2002).

Par conséquent, l'estime de soi et les relations interpersonnelles de l'enfant TDA/H sont étroitement liées. La mauvaise adaptation de son comportement envers autrui ne donne pas confiance à l'enfant. Ces deux notions sont également liées à l'altération des fonctions exécutives précédemment citées. Le déficit d'inhibition comportemental a pour conséquence un déficit de l'attention et ainsi, une altération des quatre fonctions exécutives. L'ensemble de ces déficits a donc pour conséquence de pauvres relations sociales et donc une mésestime de soi pour l'enfant TDA/H.

#### 2.1.5. Les ressources des enfants TDA/H

En général, lorsque nous parlons du trouble de l'attention, nous décrivons et associons généralement tout ce qui ne va pas. Or, les enfants ayant un TDA/H ont de nombreuses qualités parfois effacées par leurs difficultés et leurs souffrances au quotidien.

Les enfants TDA/H en lien avec leur déficit d'attention ont un potentiel créatif et imaginaire développé, une imagination débordante, certains ont également une curiosité nécessaire à leur soif de découverte. Par conséquent, les activités de création seront recherchées et appréciées par ces enfants.

Leur hyperactivité est une qualité et un atout pour certaines activités car ces enfants sont souvent serviables et ont un dynamisme débordant. De plus, une des ressources sur laquelle les enfants TDA/H se raccrochent sont leurs aptitudes sportives. En effet, « *Ils ont un goût prononcé pour les activités physiques et se débrouillent toujours très bien quel que soit le sport* » (VIGO et FRANC, 2012).

L'impulsivité peut également devenir une force notamment en classe. Ces enfants seront des éléments clés dans les échanges d'idées du fait de leur spontanéité. Enfin, ils ont un humour et une jovialité masquant leur souffrance et leur difficulté par une grande sensibilité (LANDRY, GRAVEL, MARTEL et al., 2010). « *Ces qualités peuvent être recherchées dans certaines activités (équipe sportive, théâtre) et éventuellement par certains employeurs* » (LANDRY, GRAVEL, MARTEL et al., 2010).

Ainsi, toutes les prises en charge de l'enfant ne doivent pas uniquement se centrer sur l'échec ou sur l'incapacité. Au contraire, nous devons nous appuyer sur les compétences existantes en redonnant et en favorisant la confiance de l'enfant (HUYNH MAZET, 2011). L'ergothérapie doit donc accompagner les enfants TDA/H en s'appuyant sur l'ensemble des potentiels qu'ils possèdent.

## 2.2. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

### 2.2.1. Définition

L'ergothérapie est une profession paramédicale, qui prend en compte la personne, l'activité et l'environnement. L'ergothérapeute, agit sur prescription médicale. Du Grec *Ergon*, qui signifie travail, activité, l'ergothérapie est la thérapie de l'activité par l'activité. D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». « *Elle s'adresse à des enfants, adultes ou personnes âgées, atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, à des personnes qui présentent des incapacités ou qui sont en situation de handicap temporaire ou définitif* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

L'objectif est de permettre aux personnes rencontrant des difficultés dans leur vie quotidiennes de développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle à travers un processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale en ayant l'activité comme moyen thérapeutique. (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010). L'intervention de l'ergothérapeute a donc, pour but, d'optimiser la participation d'un individu aux activités, dans l'optique de favoriser le retour à une qualité de vie satisfaisante.

La pratique de l'ergothérapie est règlementée dans un référentiel de compétences et d'activités incluant les différents champs d'intervention de l'ergothérapeute. Ces derniers précisent que l'ergothérapeute « *collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents* » (ARRETE DU DIPLOME D'ETAT, 2010).

Pour améliorer l'autonomie des personnes, l'ergothérapeute « *met en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation sociale* ». Les mises en situation d'activités à visée thérapeutique peuvent être réalisées en individuel ou en groupe « *visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication* » (ARRETE DU DIPLOME D'ETAT, 2010).

Les moyens utilisés sont divers et variés et peuvent être des activités manuelles et artisanales, de jeux, d'expression, de loisirs, de travail mais surtout de la vie quotidienne. Par conséquent, l'activité est au cœur de la pratique de l'ergothérapie.

### 2.2.2. L'activité, un concept central de l'ergothérapie

Selon PIBAROT, « *l'activité est l'outil de l'ergothérapie* ». En effet, elle « *peut être un but et un moyen thérapeutique* » (MOREL, 2006).

L'activité caractérise l'être humain, elle est un besoin fondamental pour l'homme. Elle nous permet de développer des habiletés, des connaissances et des compétences. L'activité contribue à construire l'identité. En effet, pour WILCOCK, « *l'occupation ne se limite pas au « faire », elle est aussi « être » et « devenir », non pas pour les autres, mais pour soi-même* » (MEYER, 2013).

Ainsi, les activités sont des actions qui sont indispensables pour satisfaire les besoins fondamentaux de l'être humain, des soins personnels au bonheur jusqu'à la participation sociale. « *Les occupations ont des fonctions, à savoir qu'elles servent l'adaptation, le développement, la santé ou la qualité de vie* » (MEYER, 2013).

Ce besoin s'inscrit par un engagement tout au long de la vie dans des activités répondant à des défis, apportant de la satisfaction et surtout permettant la réalisation de soi. Cet engagement est réalisé que si l'activité a du sens pour l'individu.

L'activité en ergothérapie et son engagement ont donc pour objectif de promouvoir la santé et la qualité de vie à travers des activités significatives (MOREL, 2011).

Comme cité précédemment, les types d'activités pouvant être utilisés en ergothérapie sont très divers : manuelles, ludiques, de jeu, d'expression... Afin de proposer des activités à visée thérapeutique et pertinente, il est indispensable d'analyser celles-ci et d'identifier leurs potentiels thérapeutiques pour une personne dans un contexte précis.

#### A. L'activité significative et signifiante

Dans les Pays anglo-Saxons, le terme Occupation est privilégié. Le Réseau Européen d'Ergothérapie dans l'Enseignement Supérieur (ENOTHE) le définit par « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs* » (MEYER, 2013). Mais le terme occupation tel qu'il est entendu en Français ne correspond pas au terme

précédemment définit, dont « *le sens commun est associé aux loisirs en français* » (MEYER, 2013).

Par conséquent, le terme occupation a été traduit par activités signifiantes et significatives. Ces dernières sont définies ainsi selon Léontiev, « *les activités signifiantes ont du sens pour la personne, tandis que les activités significatives sont porteuses de sens pour son environnement social* » (MOREL, TROUVE, OFFENSTEIN et al., 2015).

Les ergothérapeutes par ces activités, considèrent qu'elles permettent un engagement optimal de la personne dans sa thérapie, de retrouver ou de conserver ses capacités, de donner du sens à sa vie et donc d'améliorer sa qualité de vie. (MOREL, 2011).

L'activité signifiante peut être utilisée en ergothérapie comme moyen thérapeutique ou comme objectif. C'est donc par l'une des compétences que possède l'ergothérapeute que la mise en œuvre d'une activité sera pertinente pour identifier le potentiel thérapeutique de l'activité en lien avec les capacités et le projet de la personne. En effet, « *c'est l'adaptation de l'activité aux besoins du patient [...] qui permettra d'avoir une action thérapeutique et d'engager le patient dans un processus de changement* » (MOREL, 2006).

## B. Le potentiel thérapeutique

La qualité de vie d'une personne peut donc être améliorée en fonction des activités proposées et du contexte dans lequel, elles se déroulent. Et, plus précisément grâce au développement du potentiel thérapeutique de ces dernières.

Durant l'activité, l'analyse d'activité constitue l'outil primordial de l'ergothérapeute afin de mettre en perspective les composantes motrices, sensorielles, psychiques et cognitives mises en jeu durant l'activité. Ainsi, cet outil permet de développer le potentiel thérapeutique de l'activité. En effet, l'analyse d'activité va permettre de déterminer si une activité est thérapeutique. Selon M-. C. MOREL, « *cette analyse cherche à mettre en évidence les interactions entre la personne, l'activité et l'environnement et les relations entre l'activité et la santé ainsi que le potentiel thérapeutique* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

Analyser une activité va ainsi permettre à l'ergothérapeute de « *connaître les fonctions sensori-motrices, cognitives et sociales mises en jeu par une activité* »,

« *d'adapter le jeu aux capacités de l'enfant avec qui nous travaillons* », « *de rééduquer le plus efficacement des fonctions spécifiquement atteintes* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

Selon M.- C. MOREL, les ergothérapeutes peuvent également s'appuyer sur la théorie du Flow développée par CSIKSZENTMIHALYI, pour ainsi ajuster les activités proposées aux patients. Cependant, cette théorie ne définit pas la qualité thérapeutique d'une activité.

Le Flow ou expérience optimale désigne un engagement total dans une activité que la personne apprécie et représente pour cette dernière un défi surmontable toujours dans un processus de réussite. De ce fait, « *la réussite de l'activité nous procure alors un sentiment de bien-être et de revalorisation : c'est l'expérience optimale* » (MOREL, 2011).

Ainsi, l'engagement d'une personne dans une activité signifiante et appréciée a une influence sur l'image qu'elle a de ses compétences. Dans la pratique ergothérapique, nous pouvons nous appuyer sur cette théorie afin d'améliorer l'engagement de la personne dans sa thérapie mais aussi dans le but de lui procurer une réelle satisfaction.

Selon les travaux de PIERCE, le développement du potentiel thérapeutique d'une activité repose sur trois critères : les dimensions subjectives, les dimensions contextuelles et les éléments du processus de mise en place de l'activité (Annexe IV).

La dimension subjective correspond à la productivité, au plaisir et aux ressources que peut apporter l'action. Ces trois aspects apportent une satisfaction personnelle envers une activité. En effet, une activité a un potentiel thérapeutique élevé si elle demande une production finale. Le sentiment d'utilité est donc en lien avec le potentiel de productivité. De plus, le plaisir est la composante de l'activité qui permet à la personne de s'engager et de rester motivée pour réaliser cette activité comme pour les jeux et les loisirs. Enfin, les ressources telles que la communication avec les proches permettent d'augmenter l'énergie physique et psychique afin de mieux surmonter les difficultés quotidiennes (MOREL, 2011).

La dimension contextuelle de l'activité comprend la dimension spatiale, temporelle et socioculturelle. Elles correspondent donc à la situation écologique de l'activité. En effet, toute activité est réalisée dans un espace donné à un moment

précis, le facteur temps est quant à lui variable. La cohérence de l'activité selon les habitudes de vie et les origines socio culturelles permettront d'augmenter le potentiel thérapeutique de l'activité (MOREL, 2011).

Le processus de mise en place de l'activité correspond aux compétences de l'ergothérapeute, de sa collaboration avec la personne afin d'identifier les objectifs thérapeutiques et de l'ajustement de ces derniers au cours de l'intervention. Il est donc indispensable d'adapter les séances au fur et à mesure de l'intervention afin d'être toujours en cohérence avec les objectifs établis (MOREL, 2011).

L'ergothérapeute propose des activités signifiantes et significatives en agissant sur les divers facteurs précédemment cités. Ces derniers permettent donc de développer le potentiel thérapeutique des activités ainsi que le développement des capacités de la personne afin d'améliorer sa qualité de vie face aux situations de handicap.

Concernant la pratique ergothérapique auprès d'enfants, nous constatons que le jeu « *est le comportement occupationnel prédominant* ». Il peut donc être perçu comme « *l'activité significative par excellence permettant de répondre au besoin occupationnel de l'enfant* » (FERLAND, 1994).

L'ergothérapeute n'est pas un animateur, ni un éducateur car il ne donne pas une activité à un enfant uniquement pour qu'il joue, s'amuse, s'occupe. Il « *peut ainsi négocier un équilibre entre le « jeu » et le but à atteindre* ». Pour cela, l'ergothérapeute réalise une analyse d'activité « *pour ne proposer que des activités qui vont correspondre aux besoins de l'enfant* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

### 2.2.3. L'accompagnement des enfants TDA/H en ergothérapie

#### A. La place de l'ergothérapie auprès des enfants TDA/H

L'enfant TDA/H rencontre des difficultés sensorielles, motrices et cognitives. Ainsi, par des évaluations, l'ergothérapeute va mettre en place des activités de rééducation de la motricité globale et fine, identifier des exercices et des stratégies sensorielles pour les tâches du quotidien. De plus, l'ergothérapeute va adapter, recommander et mettre en place des stratégies de compensations pour l'apprentissage scolaire et ainsi permettre le potentiel maximum de l'enfant à l'école.

Par conséquent, l'accompagnement des enfants TDA/H en ergothérapie s'axe prioritairement sur l'aspect sensoriel, moteur et cognitif pour leur autonomie quotidienne. En effet « *Pour les enfants TDAH âgés de 6 à 12 ans, les services ergothérapeutiques visent plus particulièrement à améliorer leur rendement et engagement occupationnel dans les tâches scolaires, qui font partie de leur occupation de productivité et ce, dans leur environnement naturel* » (CORBEIL, 2012).

L'ergothérapeute a donc une place dans la prise en charge thérapeutique et relationnelle auprès des enfants TDA/H. Effectivement, l'ergothérapie va viser l'autonomie dans toutes les sphères de la vie de l'enfant. Les activités de soins personnels comme se laver, s'habiller, les déplacements et l'autonomie d'un enfant relève aussi de sa capacité à entrer en relation avec ses pairs, réaliser des apprentissages scolaires notamment.

Effectivement, les difficultés au quotidien qui entravent la qualité de vie de l'enfant TDA/H sont multiples : sentiment d'incompétence, diminution de l'estime de soi qui s'accroissent par les échecs fréquents, difficultés sociales parce qu'il ne peut pas maîtriser son impulsivité, ses émotions, ses agitations dans les relations avec autrui, respect difficile des règles ce qui freine à son développement affectif par exemple (ZLOTEANU, 2007).

En outre, si l'on se réfère aux définitions de l'ergothérapie, nous pouvons établir et retrouver le lien et la place de l'ergothérapie auprès des enfants TDA/H. En effet, l'amélioration de l'estime de soi des enfants TDA/H et de ses relations sociales, lors de l'accompagnement en ergothérapie, concourt à leur autonomie et à leur bien-être au quotidien.

## B. L'approche ludique de l'ergothérapie en pédiatrie

Le jeu en pédiatrie est l'élément de base de la pratique auprès des enfants en ergothérapie puisqu'il constitue l'activité significative de l'enfant (FERLAND, 1994). « *Il est perçu comme le médium privilégié de l'ergothérapeute* » (FERLAND, 1994), c'est donc le moyen thérapeutique prioritaire.

L'ergothérapeute peut s'appuyer sur un modèle nommé « modèle ludique ». Dans ce dernier, « *le jeu y est conçu à la fois comme une modalité privilégiée et comme le but de l'intervention* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010). Il se définit par trois concepts : l'intérêt, l'attitude et l'action (Annexe V).

Le modèle est défini par l'attitude ludique favorisant « *l'émergence du plaisir de l'action et le développement de la capacité d'agir de l'enfant* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010). Cette capacité d'agir associée au plaisir de l'action, amène l'enfant vers une meilleure autonomie et un sentiment de bien-être.

Le jeu représente une source de plaisir. De ce fait, « *en l'absence de plaisir, l'activité n'est plus un jeu* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010). De plus, « *Le jeu est également un lieu d'expression* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010). Le plaisir est une notion essentielle à prendre en compte lors des prises en soins d'enfants en ergothérapie. De cette notion découle la diminution de la peur de l'échec et la finalité de cette approche cherche à rendre l'enfant acteur de la thérapie.

En effet, avec ce modèle, l'ergothérapeute « *visé l'agir de l'enfant au quotidien en développant les habiletés de jeu et une attitude positive chez l'enfant, en puisant dans ses ressources et intérêts pour l'amener à être actif dans son quotidien et à en retirer du plaisir et de la satisfaction* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

L'activité ludique permet à l'enfant de prendre du plaisir tout en réalisant une activité de rééducation et donc de s'y investir pleinement. « *Le modèle ludique propose une approche positive de l'enfant, considérant à la fois ses habiletés et ses difficultés ; ses forces sont d'ailleurs sollicitées pour surmonter ses difficultés et pour développer son autonomie dans sa vie quotidienne* » (ALEXANDRE, LEFEVERE, PALU et al., 2010).

L'activité théâtre est une approche ludique, nous pouvons donc nous appuyer sur ce modèle. Cette approche peut entraîner chez l'enfant TDA/H une certaine motivation et un plaisir d'agir menant à un engagement dans cette activité. De plus,

l'attitude positive de cette dernière influence l'estime de soi de l'enfant. Ainsi, « *en jouant, l'enfant expérimente des sentiments de plaisir et de maîtrise ; il découvre le monde qui l'entoure, il crée et s'exprime* » (FERLAND, 1994).

## 2.3. Le jeu théâtral : une activité groupale pertinente pour la prise en charge ergothérapeutique des enfants TDA/H ?

### 2.3.1. Qu'appelle-t-on « Théâtre » ?

Le terme « théâtre » vient du grec *theatron* et signifie « le lieu où l'on regarde ». Le théâtre est donc un espace dédié au spectacle. D'après le dictionnaire, le théâtre est un « *Art visant à représenter devant un public, selon des conventions qui ont varié avec les époques et les civilisations, une suite d'évènements où sont engagés des êtres humains agissant et parlant.* ».

En se référant à cette définition, le théâtre est ainsi défini par le jeu au travers de scènes intégrant des personnes. Lors de sa pratique, il intègre généralement des concepts essentiels : la représentation, le jeu, la communication, l'espace scénique et le groupe.

- La représentation :

La représentation théâtrale est une imitation, interprétation, créativité, elle donne à voir une réalité singulière. « *Le théâtre est à la fois une fiction, car il s'affranchit du réel grâce à la création, mais il est aussi la manifestation d'une réalité* » (CHIRON, 2012).

« *Faire du théâtre c'est puiser dans les connaissances et la perception que l'on a du monde et de soi mais aussi faire appel à son imagination et à ses capacités d'expression pour composer un univers singulier sans chercher à imiter.* » (CHIRON, 2012).

- Le jeu :

Dans le langage courant, « faire du théâtre signifie jouer ». Lorsqu'une personne se produit dans une pièce de théâtre, elle joue un rôle, joue avec le public et avec les autres acteurs. Par conséquent, le terme jouer à toute sa place dans la pratique théâtrale. En jouant au théâtre, l'individu a l'opportunité de s'auto-observer en train d'agir, et de réagir à cette observation en appréhendant, créant, essayant d'autres manières de faire.

L'acteur joue un personnage au théâtre, il emploie ses propres ressources pour soutenir ce personnage tout en étant en interaction étroite avec les autres participants et le public. Ce jeu se réalise en fonction de la structure définie par divers éléments du cadre théâtral (FLEURY, H. MARAZZANI et SAUCIER, 2004).

Le jeu développe l'imaginaire, le plaisir, voire même le partage, lorsqu'il est collectif. C'est un moyen d'expression, qui peut favoriser l'entrée en relation avec autrui. « *Bien utiliser, le sens du jeu peut amener l'enfant à comprendre les structures de la vie sociale. Il est aussi un facteur essentiel à la communication* » (REYNAUD, 2002).

- La communication :

Lorsque les acteurs jouent, ils communiquent. Au théâtre, ce langage comprend une multitude de symboles et de signes permettant de véhiculer du sens. Notamment à travers, « *la voix avec ses silences, ses intonations, ses modifications de rythme, de hauteur, ou d'intensité* », les mots, les mimiques, les déplacements, les mouvements du corps... « *Toutes ces formes de langage se conjuguent sur la scène pour donner vie au spectacle* » (CHIRON, 2012).

- L'espace scénique et le cadre :

En veillant sur le cadre, l'ergothérapeute est en mesure d'étayer les participants et de faire émerger une relation thérapeutique sécurisante au sein du groupe. En effet, la mise en place d'un cadre solide, précis et contenant est nécessaire. Cet espace-temps sera une enveloppe structurante qui permettra aux participants de mieux s'exprimer (CHEVRIER, 2008). Le cadre théâtral définit un espace scénique qui favorise le lâcher prise et l'expression des émotions. Effectivement, au théâtre la pièce se joue dans un cadre spatial et temporel clairement défini, sur une scène qui rassemble les acteurs. Enfin, la pièce a un début et une fin, et elle est marquée par des actes. Autant d'aspects que nous allons retrouver dans le cadre du soin (GUENOUN et PLAUDET, 2017).

Selon D.W. Winnicott, « *à la représentation, il faut un cadre* » ; l'espace scénique offre cette réelle possibilité d'organisation. Chacun pouvant se laisser aller à son personnage sans courir le risque de la dépersonnalisation (CHIMISANAS, 2007).

Ainsi, le thérapeute est le garant de l'espace et de la continuité. Il doit donc établir un cadre singulier dont les règles seront énoncées dès la première séance et

périodiquement rappelées. L'ergothérapeute par ses compétences en matière d'observations, de connaissances théoriques de la pathologie, définit des objectifs thérapeutiques adaptés ainsi qu'un cadre de l'activité approprié au groupe. « *Sa connaissance des patients et de leur histoire lui permet de limiter les différents risques liés au jeu théâtral (identification trop importante, mise à vif d'émotions non cicatrisées, distanciation avec la réalité trop faible, mise en situation d'échec...)* » (BOUDET, 2014).

Pour créer, l'enfant doit faire preuve d'imagination mais il doit y accéder sans danger. Lorsque l'imaginaire est symbolisé, il peut devenir créatif. L'ergothérapeute doit donc indiquer le début du jeu par un espace ou un signe. Au théâtre, il ne s'agit pas d'imiter la réalité mais d'inventer. On rappellera à l'enfant qu'il peut imiter bien sûr le jeu d'un autre, ainsi son jeu ne sera jamais vraiment identique car il jouera avec son corps. Imiter au théâtre n'est pas « *copier les apparences mais reproduire les forces créatrices intérieures qui produisent ces apparences* » (MEGRIER, 2004).

Les thérapeutes doivent alors instaurer des rituels pour baliser le cadre de liberté. Ceux-ci sont effectivement nécessaires pour mettre fin au vécu des participants lors de la séance et donner un point de repère. Entre les rituels de début et de fin, nous assistons à une mise en acte.

- Le groupe :

La notion de groupe est aussi une notion essentielle au théâtre. Nous ne pouvons pas jouer seul, il faut toujours la présence d'autrui pour nous regarder et pour jouer. Le groupe prend alors une place primordiale (GUENOUN et PLAUDET, 2017). Son étymologie vient de l'allemand « *krop* » qui signifie cordage, puis est transformé par l'italien « *gropo* » désignant « *plusieurs individus formant un sujet* ». C'est un travail collectif qui s'inscrit à travers des composantes individuelles harmonisées. L'élément relationnel est donc central (BOAL, 2004).

Pour Anzieu, sociologue, la notion de lien prédomine dans sa définition du groupe qu'il entend comme « *un ensemble de personnes qui ont le même intérêt, les mêmes besoins, ils affrontent ensemble la même situation* ». Il ajoute également que « *le groupe devient un lieu de processus d'ajustement de soi, de soi à l'autre, de soi dans le groupe. Il favorise l'accès à l'ambivalence, à la tolérance au paradoxe en apprenant à être ensemble et supporter grâce à une aire de jeu.* » (SATTI, 2015).

Le travail de groupe est une activité collective stimulante pour les enfants TDA/H car il offre « *un climat de convivialité avec un caractère ludique. [...] Il permet par son rôle miroir une certaine prise de conscience de ses limitations d'activité mais aussi celles des autres.* » (ALLÉE, BAZIN, LOPEZ PARRA, & TERZI, 2009, SATTI, 2015).

Par conséquent, le théâtre implique de nombreux concepts généraux. Mais, pour ce travail de fin d'étude j'emploierai dorénavant le terme « jeu théâtral » pour désigner les techniques, les exercices inclus dans l'activité théâtre. Le terme théâtre comme observé précédemment, est très vaste et véhicule l'idée de spectacle qui a pour but une représentation finale. Or, le jeu théâtral pour l'enfant implique diverses techniques notamment des exercices d'échauffement, de l'improvisation sans pour autant donner lieu à un spectacle. En ce sens, le résultat final importe moins que le processus mis en jeu. Néanmoins, le jeu théâtral n'exclut pas la présence d'un public puisqu'en effet, les participants, lorsqu'ils ne sont pas acteurs, deviennent spectateurs pour le reste du groupe.

### 2.3.2. Les techniques du jeu théâtral

Le jeu théâtral comporte diverses techniques apportant de multiples bénéfices. Ainsi, trois techniques seront présentées ; les exercices et les jeux d'entraînement, les jeux de rôles et l'improvisation.

- Les exercices et les jeux :

Les exercices d'entraînement et d'échauffement sont très nombreux, ils ont pour but de faire découvrir le jeu théâtral aux participants. Ils permettent notamment de s'échauffer, de se dynamiser, de partir à la découverte de l'espace scénique et de ses partenaires, d'apprendre à articuler, à se concentrer, à mémoriser, à travailler sa voix, son souffle, son expression corporelle... Chaque exercice va ainsi aider les comédiens à progresser pour ensuite participer à des jeux de rôles et improviser sur un thème (ALIX et RENARD, 2014).

Par exemple, la relaxation représente un type d'exercice utilisé dans la pratique théâtrale. En effet, son objectif est double car d'une part, elle permet de faciliter la concentration de l'enfant, en focalisant son attention sur ce qui est demandé par le thérapeute. Et d'autre part, elle permet à l'enfant de se recentrer sur son corps (PUYJARINET, 2015).

- Le jeu de rôle :

« *Le jeu de rôle est un jeu où chaque participant interprète un personnage et participe à la création d'une fiction collective. Le jeu de rôle est une activité de loisirs et de divertissement dont le but principal est d'endosser l'identité d'un personnage fictif le temps d'une partie* » (FEDERATION FRANCAISE DE JEU DE ROLE, 2014).

Il est un outil de prévention, de rééducation ou de réadaptation sociale car il favorise, pour des personnes en situation de handicap « *les apprentissages et les acquisitions de comportements jugés facilitateurs pour la réinsertion à la vie sociale* ». Enfin, le jeu de rôle, est perçu comme un outil d'expression (OBIN, 1980).

- L'improvisation :

Dans l'improvisation théâtrale, la créativité prime car il n'y a pas de texte « *Les joueurs sont à la fois scénaristes, metteurs en scène et interprètes* » (PIRE, 2009).

L'improvisation est « *une technique théâtrale visant à faire exécuter par l'acteur, dans l'instant même, quelque chose d'imprévu* » (SATTI, 2015). Elle nécessite donc un état de disponibilité et une grande capacité d'écoute et de concentration pour ajuster son discours et ses réactions à son partenaire de jeu dans la situation.

« *L'improvisation ne devient-elle pas un moyen ludique pour expérimenter l'entrée en relation avec l'autre ?* » (PIRE, 2005). Effectivement, comme pour entrer en communication avec autrui, l'improvisation nécessite les mêmes aptitudes : « *Aller vers l'autre, de s'exposer à son regard, d'assumer ses positions mais également de les remettre en question, de s'ouvrir à l'interactivité, de développer sa spontanéité, d'écouter et d'utiliser le langage verbal comme le langage non verbal* » (PIRE, 2005).

### 2.3.3. Les bénéfices du jeu théâtral

Le jeu théâtral met en évidence de nombreuses compétences motrices, cognitives et sociales notamment par l'ensemble de ces techniques théâtrales. « Jouer » est un verbe employé dans le théâtre et dans le langage des enfants. Par conséquent, il existe « *une corrélation entre le jeu, l'enfant et ce qu'apporte le théâtre à l'enfant* ». Cependant, le jeu théâtral intègre discipline avec plaisir, « *il favorise l'explosion de l'individu en permettant aux enfants de se découvrir, de découvrir le monde qui les entoure, tout simplement de s'exprimer* » (MEGRIER, 2004).

« *Le but de la thérapie par le théâtre est de développer individuellement et en groupe les atouts de chaque enfant présentant un trouble de l'attention, de l'hyperactivité, de l'impulsivité par le biais d'une approche ludique et artistique* » (HYPERSUPERS TDAH-FRANCE ASSOCIATION, 2005).

Les séances ont l'apparence d'un cours de théâtre mais l'ensemble des activités est adapté et structuré. Cette structuration permet l'émergence de processus de changement attendu dans toute activité thérapeutique. Cette approche présente l'intérêt de ne pas stigmatiser l'enfant, en considérant ses difficultés et en valorisant son potentiel humain.

L'objectif de la thérapie par le théâtre consiste, à travers différents exercices et jeux théâtraux, à permettre aux enfants de prendre conscience de leur corps, de leurs sens, de leurs émotions et de leur personnalité.

Selon une analyse d'activités et notamment par ses composantes physiques, cognitives et sociales, le jeu théâtral sollicite :

- La découverte de l'espace scénique (environnement) et corporelle (coordination, agitation motrice...),
- La gestion de ses comportements,
- L'écoute,
- L'attention et la concentration,
- La communication verbale et non verbale,
- L'imaginaire et la créativité,
- Les relations et les interactions sociales,
- Le respect des autres,
- La collaboration dans le groupe,
- La gestion émotionnelle (impulsivité, échec, réussite...),
- L'estime de soi incluant l'affirmation, la confiance en soi et envers le groupe (revalorisation, réassurance),
- Le respect des règles,
- Le plaisir,
- ...

En résumé, le jeu théâtral favorise « *la connaissance de soi, des autres et de l'environnement* ». Selon BOAL, « *il comprend ainsi ce qu'il est, découvre ce qu'il n'est pas, et imagine ce qu'il peut devenir.* » (SATTI, 2015).

### 2.3.4. Travailler ensemble : un partage de compétences

L'activité peut être exercée en collaboration avec les autres professionnels de la santé et/ou avec des intervenants extérieurs. En effet, « *L'équipe fonctionne en complémentarité et s'enrichit des observations et expériences de chacun.* » (SATTI, 2015).

Les observations seront donc multiples et chaque thérapeute « *avec son regard propre et sa spécificité professionnelle, remarquera des éléments différents et complémentaires, ce qui peut permettre de meilleurs réajustements durant la séance* » De plus, « *être deux permet de concevoir le groupe, le penser, le mettre en place, le soutenir et l'animer ensemble* » (TROUE et SADIGH, 2010). Ainsi, cela permet d'assurer le cadre thérapeutique de l'activité.

Enfin, « *au-delà de l'envie, il est important d'avoir des valeurs communes, c'est-à-dire une certaine conception du soin sur laquelle on se retrouve et s'entend* » (TROUE et SADIGH, 2010).

## 3. La Question de recherche et l'hypothèse

Au regard de ces concepts, l'enfant TDA/H rencontre des difficultés scolaires, sociales et dans de nombreux actes de la vie quotidienne. L'estime de soi et les relations sociales sont les difficultés centrales de mon questionnement. L'ergothérapeute utilise l'activité pour atteindre des objectifs thérapeutiques. Par conséquent, ma problématique est la suivante :

***En quoi l'activité théâtre en ergothérapie peut-elle favoriser une meilleure estime de soi, et ainsi développer la maîtrise de soi dans les relations sociales pour les enfants TDA/H ?***

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai émis l'hypothèse suivante :

- ➔ La mise en place d'une activité théâtre en ergothérapie crée des conditions favorables au développement de l'estime de soi et des relations sociales des enfants ayant un TDA/H.

## 4. Phase expérimentale

### 4.1. Méthodologie de recherche

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche est de mettre en évidence ou non un intérêt quant à l'utilisation de l'activité théâtre et plus particulièrement du jeu théâtral. Ainsi, l'objectif principal est d'étudier si l'estime de soi et les relations sociales de l'enfant TDA/H âgé entre 6 et 12 ans, sont favorisées et améliorées par le jeu théâtral dans sa vie quotidienne. Ces deux concepts influencent la qualité de vie de l'enfant. Afin de répondre à cet objectif et donc à ce questionnement, une méthode expérimentale hypothético-déductive a été employée. Pour cela, la création d'un outil ayant pour but de valider ou de rejeter l'hypothèse définie a été élaborée.

#### 4.1.1. Outil de recherche

Au regard du nombre limité d'ergothérapeutes pratiquant ce type d'activité auprès de cette population, le choix de l'outil de recherche s'est porté sur l'élaboration d'un protocole (Annexe VI). Selon la littérature, « *le protocole de recherche est un document rédigé par le chercheur où il décrit les différentes phases d'une étude de recherche [...]. Ainsi, le protocole de recherche est un engagement, un cahier des charges, une convention, un guide qui dicte les règles de conduite du chercheur pendant tout le processus du travail de recherche* » (BOSSALI, NDZIESSI, PARAISSO et al., 2015).

Par conséquent, j'ai décidé d'élaborer un guide de passation du protocole expliquant un atelier de jeux théâtraux auprès d'un groupe d'enfants. Cet atelier s'intitule « Jeux théâtraux en ergothérapie ». Pour réaliser ce guide, je me suis appuyée sur les concepts théoriques cités dans la partie conceptuelle, sur mon expérience personnelle quant à l'utilisation du jeu théâtral ainsi que sur le guide de rédaction d'un protocole de recherche clinique (JENNIFER ST et LAURENT MSC, 2011). Cependant, l'expérimentation de ce protocole n'a pas été réalisée. (Annexe VI).

#### 4.1.2. La population de l'étude

La population à laquelle s'adresse la recherche sont les enfants ayant été diagnostiqués TDA/H selon les critères du DSM-V et de la CIM-10. Ce diagnostic a été au préalable, réalisé par le pédopsychiatre et/ou le pédiatre. En effet, de nombreux enfants d'âge scolaire sont hyperactifs sans pour autant avoir été diagnostiqués TDA/H. Il est donc important que le diagnostic soit posé pour inclure cette recherche.

Les enfants TDA/H présentent des déficits des fonctions exécutives décrits selon Barkley. Ainsi, pour éviter de multiplier les biais et donc d'écarter les comorbidités, ils doivent avoir au préalable réalisé un bilan neuropsychologique des fonctions exécutives et du potentiel intellectuel. Ce bilan est systématiquement réalisé pour appuyer le diagnostic du TDA/H par le médecin. Cependant, les enfants présentant des troubles cognitifs associés et/ou secondaires légers peuvent être inclus.

J'ai également choisi de travailler avec des enfants âgés de 6 à 12 ans. Cette tranche d'âge concorde avec les concepts théoriques précédemment cités. En effet, les critères diagnostiques précisent que les symptômes doivent apparaître avant l'âge de 12 ans et selon les études, la prévalence la plus élevée concerne les enfants âgés de 6 à 12 ans. De plus, les sujets inclus dans mon étude sont des filles et des garçons, avec une prédominance masculine, contenu du sex-ratio habituel.

La communication est l'outil essentiel aux relations sociales. Par conséquent, savoir communiquer et comprendre le français est donc indispensable pour inclure cette étude.

Enfin, l'engagement des parents et de l'enfant est à prendre en compte, ainsi un formulaire de consentement rempli et signé est également un des critères d'inclusion à l'étude.

Parallèlement avec le diagnostic du TDA/H, les sujets ont bénéficié d'une consultation hospitalière au préalable (pédiatrique ou pédopsychiatrique) ne révélant pas d'indicateurs de troubles psychiatriques : trouble anxieux, trouble de l'humeur. En effet, le TDA/H présente de nombreuses comorbidités et comme le précise le DSM, le trouble ne doit pas apparaître en présence de pathologies psychiatriques. Il en est de même pour le trouble envahissant du développement. Par conséquent, ces troubles associés peuvent modifier les interactions sociales actuelles du sujet en dehors de toute considération de la présence d'un TDA/H. Enfin, un bilan orthophonique est obligatoire afin d'intégrer cette étude.

L'ensemble de ces critères permettent de s'assurer que cet outil de recherche s'adresse à la population visée et d'éviter autant que possible d'insérer des biais. Ces critères d'inclusion et d'exclusion sont synthétisés ci-dessous :

<b>CRITERES D'INCLUSION</b>		
<b>Age</b>	6 à 12 ans inclus	
<b>Sexe</b>	Fille et Garçon	
<b>Profil attentionnel</b>	Avoir reçu un diagnostic de TDA/H selon les critères du DSM-V et de la CIM- 10	Bilan pédiatre, pédopsychiatre
<b>Langues et communication</b>	Parler et comprendre le français	
<b>Profil cognitif</b>	Potentiel intellectuel normal sans exclusion des troubles cognitifs associés	Bilan neuropsychologique : échelle d'intelligence de Wechsler (WISC)...
<b>Consentement</b>	Accord des parents et de l'enfant	Feuille de consentement en Annexe

<b>CRITERES D'EXCLUSION</b>		
<b>Age</b>	Adolescents, Adultes et Personnes âgées	
<b>Profil langagier</b>	Troubles du langage et de la communication	Bilan orthophonique
<b>Profil psychiatrique, autistique</b>	Trouble anxieux, Trouble de l'humeur, Trouble Envahissant du Développement (TED) associé	

## 4.2. Elaboration du protocole

### 4.2.1. Le recrutement des participants

Pour mobiliser l'ensemble des participants, j'ai décidé de recruter la population par l'intermédiaire des médecins (pédopsychiatres, psychiatres). La raison de ce choix s'explique par le fait que ce sont les premiers professionnels ayant rencontré et établi une relation de confiance avec l'enfant et ses parents. De plus, au regard des critères d'inclusion et d'exclusion, les enfants recrutés par le médecin répondent déjà à certains de ces critères : profil attentionnel, profil psychiatrique, autistique. Par conséquent, lors de la rencontre avec l'ergothérapeute, nous savons déjà que

l'enfant est diagnostiqué TDA/H. De plus, L'ergothérapeute agit sur prescription médicale ainsi, le médecin a un rôle capital au début de ce protocole. Enfin, toujours en lien avec un des concepts, la collaboration entre les professionnels est primordiale et indispensable.

Ensuite, l'ergothérapeute accueille l'enfant et ses parents informés par le médecin de l'étude, afin de recruter douze enfants répondant aux critères définis. C'est donc l'ergothérapeute qui effectue la sélection des enfants car c'est l'intervenant principal de l'étude. En effet, l'ergothérapeute va réaliser aléatoirement deux groupes avec les douze enfants recrutés.

#### 4.2.2. Choix et justification des évaluations

Les évaluations se déroulent en trois temps. Pour cela, les enfants du groupe expérimental et du groupe témoin, sont évalués une semaine avant le début du protocole dans un premier temps. Cette première évaluation permet d'identifier la qualité de vie, les difficultés relationnelles et comportementales ainsi que l'estime de l'enfant. Par la suite, le groupe expérimental participe à l'activité pendant huit semaines. Ensuite, les enfants des deux groupes sont réévalués avec les mêmes épreuves, une semaine après la dernière séance du protocole afin d'objectiver l'évolution des paramètres.

Premièrement, j'ai décidé d'utiliser le questionnaire de AUQUEI mesurant la qualité de vie de l'enfant (Annexe V du protocole). En effet, la qualité de vie est une variable essentielle à cette étude. J'ai choisi un auto-questionnaire car « *la qualité de vie de l'enfant est un concept multidimensionnel, dont l'évaluation ne peut, sur un plan théorique, être réalisée que par le sujet lui-même, étant donné le caractère très subjectif de cette mesure* » (MANIFICAT et DAZORD, 2002).

Il s'agit d'un questionnaire validé par MANIFICAT et al. en 1997 et s'adresse aux enfants de 4 à 12 ans. Il recueille le point de vue de l'enfant à propos de divers domaines de la vie à travers 26 items : les relations familiales, l'activité, la santé, les fonctions (sommeil, alimentation) et la séparation. L'enfant doit répondre aux questions sur une échelle de Likert à quatre paliers (pas content du tout ; pas content ; content ; très content), accompagnée par quatre visages exprimant ces états émotionnels différents. L'examen débutera toujours par la présentation à l'enfant de la question initiale qui est une question ouverte permettant à l'enfant d'apprécier et de se familiariser avec la méthode d'examen (MANIFICAT et DAZORD, 2002).

Ces 26 questions nous permettent d'obtenir le niveau de satisfaction subjectif de l'enfant sur sa vie et ces activités de vie quotidienne.

Par la suite, afin d'évaluer, l'estime de soi et les relations sociales, j'ai choisi l'échelle Toulousaine d'Estime de Soi et l'évaluation des Hâbiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles.

- Echelle Toulousaine d'Estime de Soi (ETES) version enfant (Annexe V du protocole) :

Elle a été élaborée par OUBRAYRIE DE LEONARDIS et SAFONT en 1994 et s'adresse à des enfants âgés de 4 à 12 ans. Cette échelle d'attitude permet d'obtenir un score d'estime de soi qui témoigne de la perception plus ou moins positive que le sujet a de lui-même. Elle se compose de 60 affirmations auxquelles l'enfant doit répondre sur une échelle de type Likert en 5 points : de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ». L'ensemble des items renvoie à quatre dimensions de l'estime de soi : le soi scolaire, social, physique et émotionnel. Ces composantes sont testées par 12 items chacune rangées de façon aléatoire. *« C'est la somme des scores obtenus à chacun des items qui permet de calculer le Score général d'estime de soi. Celui-ci peut donc s'analyser en 5 scores partiels suivant les totaux obtenus pour le soi émotionnel, le soi social, le soi physique et le soi scolaire. Chaque sous-dimension est comptabilisée sur 60 et le Score Général est donné sur 300. »*. *« Pour faciliter l'analyse du questionnaire, un fichier EXCEL « grille de codage pour E.T.E.S » a été créer ce qui permet de calculer et de visualiser rapidement les résultats individuels »* (ASH 82 DSDEN TARN ET GARONNE, 2005).

Au cours de mes recherches, j'ai pu constater qu'il existait plusieurs évaluations de l'estime de soi, cependant, peu sont élaborées pour les enfants. J'ai choisi l'ETES car elle évalue notamment le soi social et émotionnel puisqu'ils s'inscrivent davantage dans ma recherche. De plus, elle s'adresse à des enfants âgés de 4 à 12 ans, ce qui concorde avec le critère d'inclusion de l'étude. Enfin, les affirmations et les réponses de l'évaluation me paraissent conciliantes et donc adaptées aux enfants TDA/H.

- Evaluation des Hâbiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (EHSRI) (Annexe VI du protocole) :

Elle a été élaborée en 2004 par GATTEGNO et DE FENOYL dans le cadre de leur étude sur les groupes d'entraînement aux habiletés sociales de personnes atteintes

du syndrome d'Asperger. « *L'EHSRI a été conçue de manière purement empirique et n'a fait l'objet d'aucun étalonnage. Ce n'est donc pas un outil diagnostique mais plutôt une aide à l'observation clinique qui permet d'objectiver des progrès éventuels* » (POINSIGNON,2010).

N'ayant pas trouvé de bilan spécifiquement dédié aux enfants TDA/H pour évaluer les habiletés sociales, j'ai décidé d'utiliser ce bilan spécifique aux enfants ayant le syndrome d'Asperger. En effet, les items abordés correspondent aux variables à évaluer. Ce bilan permet de recueillir l'avis des parents et des enfants sur leurs interactions sociales.

La grille de l'EHSRI est composée de 24 items décrivant les comportements mis en jeu dans les interactions sociales : « engage une conversation », « exprime un désaccord ». L'ensemble de ces items est réparti en huit grands domaines de compétences qui abordent à la fois les plans réceptifs et expressifs : « Converser » ; « Communication ». Plus le comportement est adapté, plus le score est important. Lorsque les vingt- quatre habiletés sociales sont cotées, l'examineur peut calculer le total des points et le sous-total de chaque grand domaine de compétence. Il peut ainsi avoir un bref aperçu des points forts et/ou des points faibles du sujet ainsi que de ses progrès (POINSIGNON,2010).

#### 4.2.3. Le déroulement de l'activité

Au regard de mes lectures et de mes expériences personnelles antérieures, j'ai élaboré un atelier en reprenant des exercices d'expression s'appuyant sur les diverses techniques de jeu théâtral : exercices ludiques, jeux de rôles, improvisation. Même si certains exercices sont repris d'une séance à l'autre avec parfois une progression, de nouveaux exercices sont proposés aux enfants à chaque séance. L'activité est conçue de manière que les enfants se familiarisent progressivement aux jeux théâtraux proposés et au groupe. Au départ, les exercices se réalisent en groupe puis progressivement à 2 puis seul face au groupe. Le choix des exercices dépend des objectifs de la séance et s'inscrivent dans une continuité de ce qui est abordé dans la séance précédente.

En effet, selon les concepts précédemment citées, l'activité jeu théâtral sollicite les fonctions motrices, sensorielles et cognitives des enfants. Ainsi, les exercices n'ont pas été choisis par hasard. L'enchaînement et l'adaptation des exercices à la population permettent de solliciter des objectifs précis pour chaque séance notamment

l'attention, l'écoute, la gestion de son comportement, l'imagination, les interactions sociales, la gestion émotionnelle, l'estime de soi...

Mise à part la première séance, consacrée à la présentation de l'atelier, du groupe, aux objectifs et à l'organisation du travail, chaque séance dure quarante-cinq minutes et se décompose en six temps :

- Temps 1 : 5 min de contextualisation de la séance
- Temps 2 : 15 min de jeux : exercice ritualisé
- Temps 3 : une pause de 5 min permettait de couper la séance afin de respecter la fatigabilité et le niveau d'attention des enfants
- Temps 4 : 10 min de jeux
- Temps 5 : 5 min de relaxation
- Temps 6 : 5 min de temps d'échange pour conclure la séance, exprimer son ressenti, offrir ses impressions à l'ensemble du groupe.

La mise en place d'une durée constante de l'activité ainsi que d'un déroulement précis de la séance consistent à mettre un cadre. Il permet donc aux enfants TDA/H de se repérer au cours de la séance du fait de leurs difficultés de concentration et d'attention.

En effet, chaque début de séance débute par une recontextualisation. De plus, l'exercice « MON NOM » est repris systématiquement en début de séance. Cet exercice permet de se familiariser avec son groupe et la répétitivité permet à l'enfant TDA/H de mémoriser les prénoms de ses camarades et donc d'établir une relation de confiance avec le groupe. La séance se termine également systématiquement par un exercice de relaxation et un temps de verbalisation. Ce rituel de fin de séance a pour objectif d'apprendre aux enfants TDA/H à canaliser leur énergie, à se concentrer quelques instants. Le but de la ritualisation est la maîtrise de l'exercice par les enfants pour qu'ils puissent le réutiliser au quotidien. De plus, il permet aux enfants d'acquiescer leurs propres progrès au fur et à mesure des séances.

Le choix d'une séance par semaine de quarante-cinq minutes résulte de plusieurs raisons. En effet, les enfants TDA/H ont des emplois du temps chargés car ils sont scolarisés pour la plupart, et ont d'autres prises en charge. De plus, des difficultés liées à leurs syndromes leur demandent des efforts plus importants au cours de leurs journées. Toutes ces raisons ont donc été prises en compte pour élaborer la durée et la répétitivité des séances au cours des deux mois.

Enfin, la suite du cadre de l'activité a également été adaptée aux enfant TDA/H.

- Les principes d'accompagnement établis visent à garantir les meilleures conditions de passation du protocole pour le thérapeute et l'enfant.
- Le groupe se compose de six enfants : j'ai choisi un nombre limité afin de favoriser une dynamique au sein d'un petit groupe du fait des difficultés relationnelles des enfants TDA/H. Un petit groupe permet également de réaliser un suivi personnel de chaque enfant par l'ergothérapeute. Et j'ai choisi un chiffre pair afin de former trois binômes lors de l'activité. De plus, le professionnel et les six enfants constituent un groupe fermé afin de favoriser la dynamique de groupe.
- Lors de cette activité, un seul intervenant est présent afin de promouvoir une relation de confiance avec les enfants.
- J'ai décidé d'établir des consignes claires, courtes et précises. Ce choix réside dans le fait que les enfants TDA/H ont une attention limitée et des troubles des fonctions exécutives. Les consignes sont donc adaptées à leurs difficultés.
- La séance se déroule en fin de matinée. En effet, j'ai préféré placer la séance en fin de matinée afin que l'ensemble des enfants focalisent leur attention au maximum et se montre disponible pour réaliser l'activité. Ce temps de travail est donc placé à un moment approprié de la journée. En effet, en fin de journée les enfants sont fatigués et donc inattentifs.
- L'ensemble du matériel (sonnette et timer) a été choisi afin de donner un repère aux enfants du début et de la fin de l'atelier. De plus, le timer permet à l'enfant d'être autonome en ayant un repère temporel au cours de la séance.

#### 4.2.4. La méthode de collecte et l'analyse des données envisagées

Pour rappel les variables étudiées dans le protocole sont les relations sociales et l'estime de soi au cours d'une activité de jeu théâtral. L'ensemble des outils de mesure est donné et recueilli par l'ergothérapeute au début et à la fin des huit séances. Puis, ils sont classés dans les dossiers des enfants dans la structure où exerce l'ergothérapeute. Après avoir collecté les trois bilans réalisés au début et à la fin de l'activité des deux groupes, j'envisage d'analyser statistiquement et par comparaison l'évolution de l'estime de soi et des relations sociales avant et après l'activité sous forme de tableaux. En effet, l'objectif est de connaître l'évolution des variables mesurées auprès des deux groupes pour ensuite valider ou rejeter l'hypothèse définie.

## 5. Discussion

### 5.1. Les biais de l'étude

L'élaboration de ce protocole comporte quelques biais qui influencent les résultats de l'étude. En effet, malgré la non expérimentation, certains biais sont à prendre en compte.

Tout d'abord, le premier biais concerne la subjectivité de l'appropriation et de la passation du protocole. En contrepartie des consignes, chaque ergothérapeute proposera et aura une méthode différente pour réaliser l'ensemble des ateliers auprès des enfants. Puis, l'expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute est également un biais à prendre en compte puisqu'ils auront des connaissances plus élaborées contrairement aux ergothérapeutes n'ayant peu ou pas exercé auprès des enfants TDA/H.

Ensuite, le critère d'inclusion concernant l'âge peut également être un biais à prendre en compte. En effet, certaines tranches d'âge peuvent être plus faiblement ou plus fortement représentées dans le groupe expérimental. De plus, les capacités liées à l'âge de l'enfant évolueront différemment, ainsi, il faut différencier les progrès liés à l'activité dans un premier temps puis à l'âge de développement dans un second temps.

Par ailleurs, le choix des tests peut influencer les résultats de l'étude, du fait, de l'absence d'évaluation spécifique évaluant l'estime de soi et les habiletés sociales auprès des enfants TDA/H. De plus, en raison des difficultés d'attention et de concentration des enfants TDA/H, le temps de passation de certains tests pourra être plus long malgré le temps défini dans l'étude. Enfin, l'évaluation ESHRI est réalisée au domicile avec les parents et l'enfant. Un biais peut donc être envisagé car l'environnement et les conditions de passation varieront d'une famille à l'autre.

Pour finir, les enfants TDA/H ont de nombreux suivis médicaux et paramédicaux. Donc, nous pouvons supposer que l'atelier auquel participe l'enfant ne sera pas le seul responsable de son évolution. Par conséquent, l'ensemble des prises en charge pourront influencer les résultats de l'étude.

## 5.2. Les limites de l'étude

Au cours de l'élaboration de ce travail de fin d'étude, quelques limites ont été rencontrées. D'abord, les écrits concernant le théâtre comme activité thérapeutique surtout en ergothérapie sont rares car il s'agit d'une pratique peu commune auprès des enfants.

De même, n'ayant réalisé qu'un entretien exploratoire dès le début de mon questionnement, il me manquait des données de « terrain » pour l'élaboration du protocole. Ainsi, plusieurs limites sont donc à prendre en compte notamment la faisabilité, la validité, l'adaptation, la compréhension... liés aux contraintes de la pratique.

De plus, la taille de l'échantillon (n=12) est faible pour que les résultats de cette étude puissent être généralisés à toute la population des enfants TDA/H. Et, je prends en compte que la constitution d'un groupe composé de six enfants TDA/H peut être difficile à établir. En effet, plusieurs contraintes sont à envisager : des contraintes scolaires, médicales et de temps. Par conséquent, des absences au cours du protocole influenceront la dynamique de groupe et les résultats.

Enfin, une des dernières limites de cette étude concerne la non expérimentation du protocole de recherche.

## 5.3. Les apports de l'étude sur le plan personnel et professionnel

L'ensemble de mes recherches théoriques m'a permis d'affiner mes connaissances sur le syndrome du TDA/H et plus précisément sur les répercussions quotidiennes. Et, toutes ces connaissances me sont et me seront précieuses pour ma future pratique professionnelle. De plus, ce travail de fin d'étude permet de réfléchir par soi-même, d'assumer et de défendre une problématique, un projet. En effet, cela permet de structurer ma réflexion et d'établir des liens avec les données théoriques. Il apporte également des bases de la recherche, qui sont essentielles à la formation professionnelle tout au long de la pratique.

Enfin, la création d'un protocole de mise en place d'une activité (cadre thérapeutique, objectifs...) m'a permis de mettre en application les compétences de l'ergothérapeute acquises aux cours de ces trois années de formation. Et, il m'a permis d'en apporter de nouvelles qui me seront indispensables pour ma future pratique professionnelle. Enfin, ce travail d'initiation à la recherche et notamment par

l'élaboration d'un protocole m'a permis de prendre conscience que l'ergothérapie continue d'évoluer et s'ouvre vers de nouvelles pistes d'intervention.

#### 5.4. Les perspectives envisagées

Afin d'assurer la continuité de ce travail qui s'est pour l'instant consacré à la création du protocole, l'objectif serait de l'expérimenter pour obtenir des données qualitatives. Ce dernier me permettra, par la suite, d'être en mesure de valider ou de rejeter l'hypothèse de ma recherche : la mise en place d'une activité théâtre en ergothérapie crée des conditions favorables au développement de l'estime de soi et des relations sociales des enfants ayant un TDA/H. Pour cela, il serait intéressant de contacter des ergothérapeutes prenant en charge des enfants TDA/H en libéral, SESSAD, structures hospitalières ou encore contacter l'association Hypersupers enfants TDA/H... afin de leur présenter l'objectif de mon étude ainsi que le guide de passation de l'activité. Cela me permettrait d'obtenir un retour objectif sur le protocole : la faisabilité, les limites, les ajustements...

De plus, afin d'obtenir de plus amples données de terrain, il serait intéressant d'interroger des ergothérapeutes utilisant l'activité théâtre auprès d'une autre population. Cette perspective permettrait de recueillir les limites, les contraintes, les difficultés rencontrées dans la pratique de cette activité mais également de connaître son impact sur les variables étudiées dans mon étude. Ces données pourront être par la suite comparées afin d'ajuster et de faire évoluer le protocole.

## CONCLUSION

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est une pathologie complexe, associant des difficultés comportementales et cognitives. En effet, l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont les trois symptômes centraux de cette pathologie. Par conséquent, ces difficultés impactent la qualité de vie des enfants porteurs de ce trouble.

L'estime de soi et les relations sociales des enfants TDA/H sont le plus souvent altérées, toutefois ce sont deux composantes essentielles au développement de l'enfant et à sa qualité de vie. Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner ces enfants afin d'améliorer leur estime de soi et leurs relations sociales dans le but de favoriser l'autonomie et le bien-être au quotidien. Le moyen fondamental de la pratique en ergothérapie est l'activité. Cette dernière se focalise sur l'approche ludique auprès des enfants. En ce sens, cette étude vise à dévoiler le potentiel thérapeutique de l'activité théâtre auprès des enfants TDA/H, à travers une analyse d'activité et les compétences de l'ergothérapeute.

La problématique de ce travail d'initiation à la recherche a pu être formulée : En quoi l'activité théâtre en ergothérapie peut-elle favoriser une meilleure estime de soi, et ainsi développer la maîtrise de soi dans les relations sociales pour les enfants TDA/H ?

Une méthode expérimentale hypothético-déductive a conduit à l'élaboration d'un protocole de passation de l'activité théâtre en ergothérapie, afin de répondre à la problématique. L'objectif de cet outil est d'observer l'évolution de l'estime de soi et des relations sociales de ces enfants afin de valider ou de rejeter l'hypothèse définie. Ainsi, l'expérimentation de ce protocole permettra d'y répondre.

Enfin, cette étude s'est intéressée aux enfants TDA/H âgés de 6 à 12 ans. Or, ce trouble persiste à l'adolescence et à l'âge adulte. En effet, les symptômes évoluent et s'expriment autrement, les répercussions au quotidien seront donc différentes. De ce fait, la littérature précise un risque plus élevé pour les adolescents TDA/H de développer une dépression, des troubles des conduites... Ainsi, en agissant le plus précocement possible, l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la prévention de ces troubles ? La prise en charge précoce a-t-elle une influence dans le devenir des enfants TDA/H ?



## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

ALEXANDRE Aude, LEFEVERE Gwenaëlle, PALU Marie et al. *Ergothérapie en pédiatrie*. Marseille : Solal, 2010, 459 p. (consulté le 15/02/2018)

ALIX Céline et RENARD Isabelle. *100 exercices d'entraînement au théâtre* [en ligne]. Éditions Retz, 2014, p1-14. Disponible sur : <http://extranet.editis.com/it-yonixweb/images/322/art/doc/2/2f2096c37d3134303839373138303034313137.pdf> (consulté le 03/05/2018)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM 5, *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, 1114p. (Consulté le 27/02/2018)

BOAL Augusto. *Jeux pour acteurs et non-acteurs*. Paris : La découverte, 2004, 312p.

CAUSSE Céline. *Les enfants hyperactifs : le guide indispensable aux parents et aux enseignants confrontés à l'hyperactivité*. Italie : Alpen, 2013 (Coll. Remèdes), 128p. (consulté le 25/02/2018)

CLEMENT Céline. *Le TDA/H chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck, 2013, 255p. (consulté le 23/01/2018)

CROCQ Marc-Antoine, GUELFY Julien-Daniel. *Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance* [en ligne]. In American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual IV-TR. France: Masson, 2005, 4<sup>ème</sup> Ed, p 99-109. Disponible sur : <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>. (consulté le 25/02/2018)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual III* [en ligne]. Washington, 1980. Disponible sur <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf> (consulté le 25/02/2018)

DUCLOS Germain. *L'estime de soi, un passeport pour la vie* [en ligne]. 3<sup>ème</sup> Edition. Québec : CHU Sainte-Justine, 2010, 22p. Disponible sur : [www.entrepotnumerique.com/o/13/p/5609/excerpt](http://www.entrepotnumerique.com/o/13/p/5609/excerpt). (consulté le 20/12/2017)

FERLAND Francine. *Le modèle ludique Le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*. Canada : Les presses de l'université de Montréal, 1994, 114p. (consulté le 15/02/2018)

GARRABE Jean et KAMMERER François. *Classification française des troubles mentaux R-2015 correspondance et transcodage CIM 10*. Rennes : presses de l'école des hautes études en santé publique, 2015, 245 p. (consulté le 25/02/2018)

GETIN Christine, ANGENON-DELERUE. *Les élèves présentant un TDAH*. In ROMANO Hélène. *La santé à l'école*. Dunod. Paris : 2013, p.217-232. (Consulté le 27/12/2018)

GEORGE et VILLEMONTAIX. *Confiance en soi, estime de soi, anxiété sociale. Soigner l'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent*. Retz. Paris :2015, p40-45. (Consulté le 12/02/2018)

GUAY Marie Claude et LAPORTE Pierre. *Profil cognitif des jeunes avec un TDAH*. In CHEVALIER Nicole, GUAY M-C, ACHIM André et al. *TDAH Soigner, éduquer, surtout valoriser*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2009, p37-56. (Consulté le 12/02/2018)

MEGRIER Dominique. *100 jeux de théâtre à l'école maternelle*. France : Retz, 2004,144p. (consulté le 07/04/2018)

MEYER Sylvie. *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal, 2013, (Collection Ergothérapies), 247p. (consulté le 25/03/2018)

MOREL-BRACQ Marie-Chantal, TROUVE Éric, OFFENSTEIN Emeric et al. *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris : De Boeck-Solal, 2015, 342p. (consulté le 25/03/2018)

VIGO Sylvie, FRANC Nathalie. *Mon enfant est hyperactif (TDAH). Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre* [en ligne]. Belgique : De Boeck Supérieur,2012. (Coll. Parentalités).156p. Disponible sur <https://www.cairn.info/mon-enfant-est-hyperactif--9782804171148.htm> (Consulté le 27/12/2017)

WODON Isabelle. *Déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent. Comprendre et soigner le TDAH chez les jeunes* [en ligne] Belgique : Mardaga, 2009. (Coll PSY-Émotion, intervention, santé). 232p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/deficit-de-l-attention-et-de-l-hyperactivite-chez-9782804700287.htm> (consulté le 25/11/2017).

## Articles

BADER Michel. *La remédiation cognitive : une nouvelle approche du TDAH*. Le Journal des psychologues. 2014, volume 7, n° 320, p. 41-44. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-7-page-41.htm>. (Consulté le 05/01/2018)

BOSSALI, NDZIESSI, PARAISSO et al., *Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats*. Hegel. 2015,5, n°1, p.23-28.

CHIMISANAS Gérard. *L'atelier théâtre* [en ligne]. Empan. 2007,2, n°66, p157-162. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2007-2-page-157.htm>. (Consulté le 15/04/2018)

COUDRONNIERE C, BACRO F et GUIMARD P. Les relations entre la qualité de vie et le contexte de la scolarisation d'élèves âgés de 5 à 11 ans présentant une déficience intellectuelle. *Psychologie française*, France, 2016p (consulté le :

FLEURY France H. MARAZZANI Micheline et SAUCIER Jean-François. Le jeu théâtral comme médium thérapeutique en réadaptation psychosociale : le point de vue des participants [en ligne]. *Revue canadienne d'ergothérapie*.2004,71, n°2, p 108-115. Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/buadistant.univ-angers.fr/doi/pdf/10.1177/000841740407100206> (consulté le : 08/04/2018)

FOURNERET P., POISSANT H., Troubles d'apprentissage dans le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : quelle est la nature du lien ? 2016,23, n°12 p.1-8. Disponible sur : [sciedirect.com](http://sciedirect.com) (consulté le 09/09/2017)

GETIN Christine. Déficit de l'attention/hyperactivité : le point de vue des familles. *L'information psychiatrique* [en ligne]. 2011, volume 87, n°5, p.375-378. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-5-page-375.htm>.(consulté le 27/12/2017)

GIROUX Maryse et VEZEAU Nathalie. L'estime de soi à la base de la motivation scolaire [en ligne]. Disponible sur <http://www.occe.coop/~ad67/EstimeDeSoi/pdf/4.CPS/1er/at/008.pdf> (consulté le 27/12/2017)

GUENOUN Tamara et PLAUDET Vanessa. Enyo, enfant du tumulte. Perspectives sur la prise en charge d'enfants à troubles du comportement en groupe théâtre. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*.2014,1, n°89, p. 139-151 Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2014-1-page-139.htm> (consulté le 15/04/2018)

HUYNH Christophe et MAZET Philippe. L'estime de soi chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité [en ligne]. *Perspectives Psy*, 2011, volume 50, n°1, p. 86-93. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-1-page-86.htm>. (Consulté le 26/11/2017)

JENDOUBI Verena. Estime de soi et éducation scolaire, Evaluation de la rénovation de l'enseignement primaire, Document de travail n°3 [en ligne]. 2002. Disponible sur : <http://www.comportement.net/publications/estime/estime04.PDF>. (Consulté le 27/02/2017)

LANDRY Lison, GRAVEL Mijanou, MARTEL Caty et al. Le TDAH et l'adolescence, TDAH, c'est quoi ? Version enseignants, intervenants scolaires et parents [en ligne]. 2010.Disponible sur :

[https://www.cssamares.qc.ca/trousse\\_TDAH/documents/TDAH,%20c%27est%20quoi%20version%20enseignants.pdf](https://www.cssamares.qc.ca/trousse_TDAH/documents/TDAH,%20c%27est%20quoi%20version%20enseignants.pdf) (consulté le 01/03/2018)

LECENDREUX Michel, KONOFAL Éric et V. FARANOE Stephen. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France [en ligne] *Journal of Attention Disorders*. 2011,15, n°6, p.516-524.

Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054710372491>  
(Consulté le 27/12/2017)

LIEVEN Astrid. Théâtre, psychiatrie, ergothérapie. *Ergothérapie*. Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale [en ligne] 2001, 105 pages.  
Disponible sur : <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/theatre.pdf>. (Consulté le 12/04/2017)

MAGOS Isabelle, un trouble très subtil [en ligne]. *L'école des parents*. 2015, n°614, p 17-21. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2015-3-page-17.htm>. (Consulté le 25/02/2018)

MANIFICAT et DAZORD. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant : validation d'un questionnaire, premiers résultats. [en ligne] *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. 1997,3, 45,106-114.

Disponible sur : [http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EchellePed1\\_10.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EchellePed1_10.pdf)  
(Consulté le : 03/05/2018)

MANIFICAT et DAZORD. La qualité de vie des enfants et des adolescents : analyse à partir d'enquêtes [en ligne]. *Recherches en soins infirmiers*.2002,70, p 13-22. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/70/13.pdf>. (Consulté le :03/05/2018)

MOREL-BRACQ Marie Chantal, RANDLOV Birgit, MAY Gabriele et al. Evolution de l'enseignement de l'analyse d'activité en ergothérapie en France et en Europe. *ErgOTHérapies*. 2006, n°21, p.21-31. (Consulté le 15/02/2018)

MOREL-BRACQ Marie-Chantal. Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. In IZARD MH. *Expériences en ergothérapie*. Montpellier : Suramps medical, 2011, p.22-30. (Consulté le 17/03/2018)

PIERCE Doris. Occupation by Design: Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process [en ligne]. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2001,55, p2049-259.

Disponible sur: <http://ajot.aota.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/ajot/930135/>  
(Consulté le : 15/02/2018).

PUYJARINET F. Intérêt de l'imagerie motrice dans la rééducation de la dysgraphie chez l'enfant [en ligne]. Les Entretiens de Psychomotricité 2015. 2015, p.1-17 Disponible sur : <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Puyjarinet2015.pdf> (consulté le 03/05/2018)

REYNAUD Michel. *Pratiquer le théâtre avec des personnes en difficulté*. France : Chronique sociale,2002,205p. (Consulté le 15/04/2018)

TROUE A. et SADIGH M. De l'interdisciplinarité ou comment travailler ensemble : exemple d'une activité théâtre d'improvisation en coanimation ergothérapeute et psychomotricienne. *Expériences en ergothérapie*. 2010, n°23, p.246-254. (Consulté le 02/03/2018)

VERRET C., MASSE L. et PICHER M-J. Habiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2016, n°64, p. 445-454. Disponible sur : [sciedirect.com](http://sciedirect.com) (consulté le 09/09/2017)

### Autres références

ANFE. Définition [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 10/03/2018)

ASH 82 DSDEN TARN ET GARONNE. Outil d'évaluation, ETES [en ligne]. Disponible sur : <http://pedagogie.ac-toulouse.fr/ash82/spip.php?article121> (consulté le 25/04/2018)

BACQUE M-F, *Qualité de la vie et éthique du soin* [en ligne]. Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/530QualiteVie.pdf> (Consulté le 15/04/2018)

BOUDET Alexandra. *Ergothérapie et théâtre : accompagner le patient phobique social vers le processus de résilience* [en ligne]. *Ergothérapie*. Rennes : IFPEK,2014, 85p. Disponible sur : [https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/BOUDET\\_alexandra.pdf](https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/BOUDET_alexandra.pdf) (consulté le 15/01/2018)

CENTRE LAUSANNOIS D'ERGOTHERAPIE. *Le TDAH, quelques conseils et aides pour les enfants TDAH en classe* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ergotherapeute.ch/media/documents/tdah%20brochure%20conseil.pdf> (consulté le 10/03/2018)

CHEVRIER Marion. *L'atelier théâtre au C.M.P. ou comment sensibiliser les enfants aux émotions* [en ligne]. *Orthophonie*. Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté De Médecine, Ecole D'orthophonie De Lorraine, 2008, 208 pages. Disponible sur : [http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED\\_MORT\\_2008\\_CHEVRIER\\_MARION.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2008_CHEVRIER_MARION.pdf) (consulté le 03/05/2018).

CHIRON Delphine. *Le bégaiement en scène : intérêt de la pratique théâtrale chez des adolescents qui bégaiant* [en ligne]. Orthophonie. Strasbourg : Université Strasbourg UdS Ecole d'Orthophonie, 2012, 99 pages. Disponible sur : <https://www.begaiement.org/wp-content/uploads/memoire-pratique-theatrale-chez-les-adolescents.pdf> (consulté le 27/04/2018)

CORBEIL Vanessa. *Le TDAH chez les enfants de 6 à 12 ans : l'ergothérapie en milieu scolaire. Maîtrise en ergothérapie* [en ligne] L'université du Québec des trois rivières, 2012, 63p. Disponible sur <http://depot-e.uqtr.ca/4486/1/030314279.pdf>. (Consulté le 12/03/2018)

DRAMACTION, enseignement du théâtre. Catégorie : Tous les exercices de théâtre [en ligne]. Disponible sur : <http://www.dramaction.qc.ca/fr/ressources/exercices/> (consulté le 03/05/2018).

FEDERATION FRANÇAISE DE JEU DE RÔLE (FFJdR). Définitions du Jeu de Rôle [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ffjdr.org/ce-devez-savoir-jeu-role/definitions-du-jeu-role/> (Consulté le :03/05/2018).

GROSSRIEDER Armelle et STOPPA Laure. *L'impact du Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) sur le poids corporel et le comportement alimentaire des enfants* [en ligne]. Diététicien. Genève : Haute école de santé, 2016, 94p. Disponible sur : <https://core.ac.uk/download/pdf/79426851.pdf> (consulté le 06/05/2018)

HAS. *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* [en ligne]. Disponible sur : [https://www.tdahfrance.fr/IMG/pdf/tdah\\_synthese.pdf?822/82e016cf92678fb1ac6bd93d950a2fe364032886](https://www.tdahfrance.fr/IMG/pdf/tdah_synthese.pdf?822/82e016cf92678fb1ac6bd93d950a2fe364032886). [https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/trouble-de-lattention-de-lenfant\\_note\\_de\\_cadrage.pdf?683/c366599cf657c4f2d0d3c3f1d1af7854716093ee](https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/trouble-de-lattention-de-lenfant_note_de_cadrage.pdf?683/c366599cf657c4f2d0d3c3f1d1af7854716093ee) (consulté le 10/12/2017)

HAS. *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 Méthode, Recommandations pour la pratique clinique argumentaire scientifique* [en ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf). (consulté le 27/12/2017)

HYPERSUPERS TDAH FRANCE ASSOCIATION. *Vers une conception neuropsychologique* [en ligne] 2005. Disponible sur : <https://www.tdah-france.fr/Vers-une-conception.html> (Consulté le 20/03/2018).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE. CIM-11[en ligne]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees/codification-et-classification/cim-11>(consulté le 15/12/2017).

JENNIFER ST et LAURENT MSC. Guide rédaction d'un protocole de recherche clinique. Centre de recherche clinique Etienne-Le-Bel. 2011.

LALANCETTE Vanessa. Les qualités insoupçonnées d'un TDAH [en ligne]. Disponible sur <http://parfaitemamancinglante.com/2017/01/04/les-qualites-insoupconnees-dun-tdah/>. (Consulté le 04/01/2018)

LAROUSSE. Histoire du théâtre [en ligne]. Disponible sur : [http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire\\_du\\_th%C3%A9%C3%A2tre/96913](http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_du_th%C3%A9%C3%A2tre/96913) (Consulté le 20/04/2018).

LAROCQUE Karène. L'estime de soi ça se mérite, La confiance en soi ça se développe. Disponible sur : <http://www.infopsy.com/estimeconf1.html> (consulté le : 09/11/2018)

LEGER Marion. Étude des habiletés sociales dans le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : observation et comparaison avec les Troubles du Spectre de l'Autisme [en ligne]. Docteur en médecine. Université Bordeaux,2016,137 pages. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01356328/document> (consulté le 04/01/2018)

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>. (Consulté le : 15/03/2018)

MOREL-BRACQ Marie-Chantal. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. [En ligne] Master Conseil pédagogique en formation d'enseignant. Bordeaux : université Victor Segalen,2006,78 p. Disponible sur : <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>. (Consulté le

PIRE. Improvisation théâtrale, un outil pour développer des compétences relationnelles [en ligne] Disponible sur : <http://www.dramaction.qc.ca/fr/wp-content/files/ImproArticle.pdf>. (Consulté le 12/04/2017).

PIRE. L'improvisation théâtrale, Construction d'histoires, construction de relations [en ligne]. Disponible sur : [http://communaute-francaise.lire-et-ecrire.be/images/documents/pdf/analyses2009/l\\_improvisation\\_theatrale\\_construction\\_d\\_histoires\\_theatre.pdf](http://communaute-francaise.lire-et-ecrire.be/images/documents/pdf/analyses2009/l_improvisation_theatrale_construction_d_histoires_theatre.pdf). (Consulté le : 04/04/2018)

POINSIGNON Marine. *Evaluation des habiletés sociales d'enfants intellectuellement précoces huit à douze ans*. [En ligne] Orthophonie. Bordeaux : Université Victor Segalen, Bordeaux 2, 2010, 218p.

Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_MORT\\_2010\\_POINSIGNON\\_MARINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2010_POINSIGNON_MARINE.pdf) (consulté le 8/05/2018)

OBIN Jean-Pierre. Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation [en ligne]. Disponible sur : [www.2d2e.fr/app/download/5467951/1980objectifsettechniques.pdf](http://www.2d2e.fr/app/download/5467951/1980objectifsettechniques.pdf) (consulté le 05/05/2018)

OMS. CIM 10-version 2008 [en ligne]. Disponible sur : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F90-F98> (consulté le 27/02/2018)

OMS. CIM-11[en ligne]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees/codification-et-classification/cim-11> (consulté le 27/02/2018)

REPertoire NATIONAL DES CERTIFICATIONS PROFESSIONNELLES (RNCP). Résumé descriptif de la certification [en ligne]. Disponible sur : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=18363> (Consulté le 10/03/2018).

SATTI Christelle. Le jeu scénique : médiateur favorable à la socialisation du patient cérébrolésé ? [En ligne]. Ergothérapie. Créteil : UPC Créteil, 2015, 98 p. Disponible sur : [http://www.anfe.fr/components/com\\_gestionmemoire/files/SATTI%20Christelle%20M%C3%A9moire%202015\\_08a98d1cb7dd1ba05cfd6970249649bc.pdf](http://www.anfe.fr/components/com_gestionmemoire/files/SATTI%20Christelle%20M%C3%A9moire%202015_08a98d1cb7dd1ba05cfd6970249649bc.pdf) (Consulté le 15/10/2017)

UNION FEDERATIVE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DES FAMILLES D'ACCUEIL ET ASSISTANTS MATERNELS(UFNAFAAM). Les difficultés rencontrées par l'enfant souffrant d'un Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité [en ligne]. Disponible sur : [http://www.reseau-canope.fr/atelier\\_Yvelines/IMG/pdf/difficultes\\_enfant\\_tdah.pdf..](http://www.reseau-canope.fr/atelier_Yvelines/IMG/pdf/difficultes_enfant_tdah.pdf..) (Consulté le 28/12/2017)

ZLOTEANU Rodica Revue de la littérature sur les outils d'évaluation et les meilleures pratiques d'intervention auprès du trouble de Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité [en ligne]. Disponible sur : [http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/gai\\_attach/peg-153\\_final\\_outcomes\\_report.pdf](http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/gai_attach/peg-153_final_outcomes_report.pdf) (consulté le 30/04/2018)

## GLOSSAIRE

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

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

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

**CIM** : Classification Internationale des Maladies.

**CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**TSA** : Trouble du Spectre Autistique.

**TED** : Trouble Envahissant du Développement.

**ENOTHE** : European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Réseau Européen d'Ergothérapie dans l'Enseignement Supérieur).

**WISC** : Echelle d'intelligence de Wechsler.



## ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.....	1
ANNEXE II : DSM-V, MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, 2015.....	2
ANNEXE III : CIM-10, DIXIEME CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES, 2008.....	5
ANNEXE IV : OUTILS CONCEPTUELS POUR CONSTRUIRE UNE PRATIQUE FONDEE SUR L'ACTIVITE, 2011.....	6
ANNEXE V : LE MODELE LUDIQUE ET L'ENFANT CADRE CONCEPTUEL, 2003...	7
ANNEXE VI : LE PROTOCOLE.....	9



## ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

- 1) Qu'entendez-vous par théâtre thérapeutique ?
  - 2) Avec quelle tranche d'âge travaillez-vous ?
  - 3) Par qui sont orientés les enfants ?
  - 4) Quelles sont les pathologies les plus rencontrées dans votre pratique ?
  - 5) Quelles sont les principales souffrances rencontrées par les enfants ayant des troubles des apprentissages et TDAH ?
  - 6) Quelle est LA souffrance la plus rencontrée ?
  - 7) Avec quel(s) trouble(s) cette activité est la plus pertinente ? Y a-t-il un exercice en particulier ?
  - 8) Comment travaillez-vous avec ces enfants ? Séance individuelle/collective/à l'école/au cabinet...
  - 9) Comment estimez-vous que l'enfant ait besoin d'une prise en charge avec cette activité ? (Bilans utilisés ?) Avez-vous des critères ?
  - 10) Comment jugez-vous la pertinence de cette activité avec les enfants car même s'ils ont la même pathologie, ils sont tous différents ?
  - 11) Pouvez-vous me décrire une séance type ?
  - 12) Lors de la 1ère séance, les enfants ont-ils une représentation de l'activité théâtre ? jeu, loisirs, appréhension...
- Font-ils le lien avec l'ergothérapie et leurs pathologies ou est-ce uniquement, une séance ludique pour eux ?
- 13) Selon vous, qu'apporte le théâtre ? (Bénéfices, changements perçus)
  - 14) Pourquoi avez-vous suivi une formation de comédienne ?
  - 15) Sur quelles compétences d'ergothérapeute pouvez-vous vous appuyer par rapport à votre formation de comédienne ?
  - 16) Travaillez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui lesquels
  - 17) Pour vous, quelles sont les différences et les complémentarités en tant qu'ergothérapeute par rapport à un art-thérapeute ?

## ANNEXE II : DSM-V. MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, 2015

A. Un mode persistant d'inattention et /ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

**1. Inattention** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).

h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

**2. Hyperactivité et impulsivité :** Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice).
- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruptions dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

**Spécifier le type :**

Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les derniers mois.

Présentation inattentive dominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité).

Présentation hyperactive/impulsive dominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité impulsivité) est rempli mais pas le critère A1 (inattention).

**Source** : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM 5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, 1114p.

## ANNEXE III : CIM-10, DIXIEME CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES, 2008

### Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

F90-F98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

#### F90 : Troubles hyperkinétiques

Groupe de troubles caractérisé par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

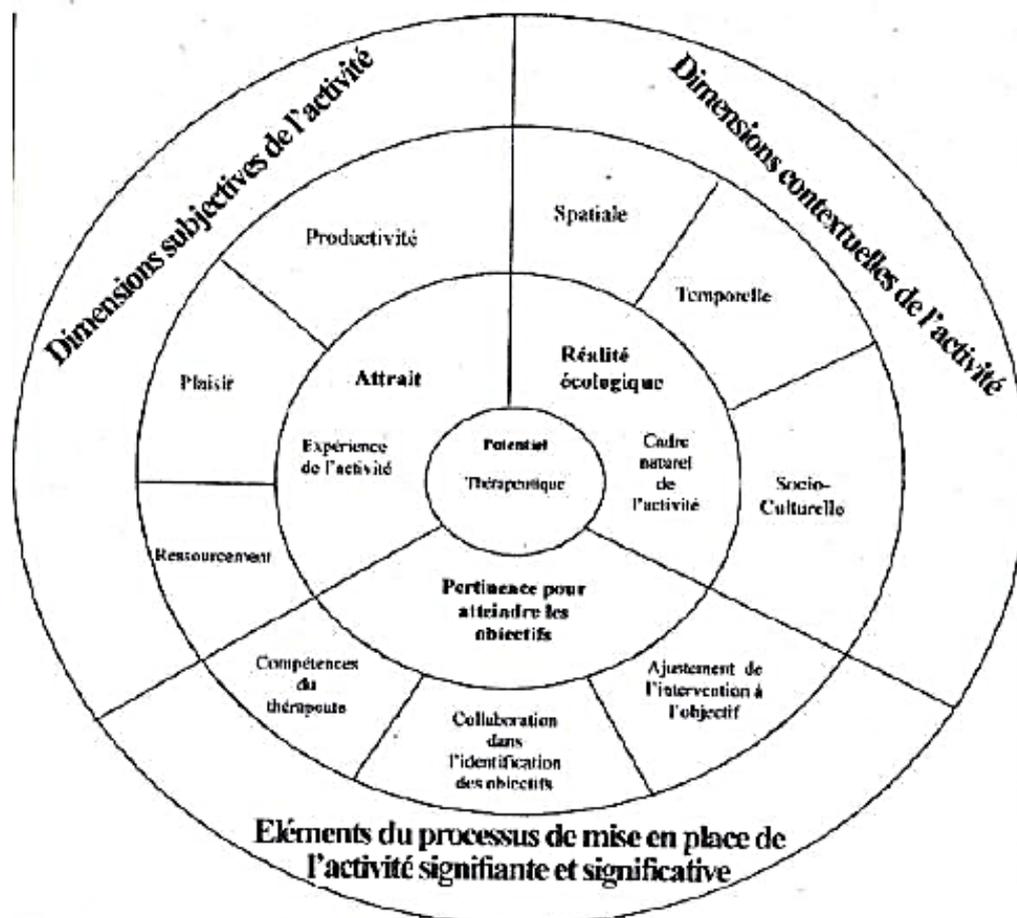
A l'exclusion de : La schizophrénie (F20.-), Des troubles (de) : anxieux (F41.-), des troubles envahissants du développement (F84.-), des troubles de l'humeur (F30-F39)

F90.0 : Perturbation de l'activité et de l'attention Incluant l'altération de l'attention :

- Syndrome avec hyperactivité
- Trouble avec hyperactivité

**Source** : OMS. CIM 10-version 2008. Disponible sur :  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F90-F98>

ANNEXE IV : OUTILS CONCEPTUELS POUR CONSTRUIRE UHNE PRATIQUE  
FONDEE SUR L'ACTIVITE, 2011

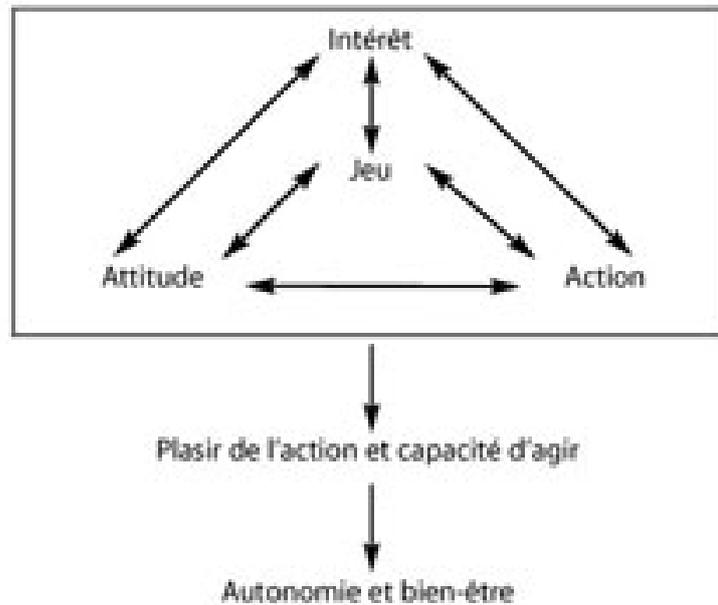


Source : MOREL-BRACQ Marie-Chantal.  
Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité.

---

FIGURE 1.  
Le modèle ludique (Ferland, 1998, p. 67)

---



**Source :** ALEXANDRE Aude, LEFEVERE Gwenaelle, PALU Marie et al. Ergothérapie en pédiatrie. Marseille : Solal, 2010, 459 p.



## ANNEXE VI : LE PROTOCOLE

### **Guide de passation de l'activité théâtre auprès des enfants TDA/H**

## SOMMAIRE DU PROTOCOLE

1. Population de l'étude .....	11
2. Le recrutement.....	12
3. Les bilans.....	13
4. Le déroulement de l'activité .....	16
Atelier 1 : .....	16
Atelier 2 : .....	20
Atelier 3 : .....	22
Atelier 4 : .....	23
Atelier 5 : .....	24
Atelier 6 : .....	25
Atelier 7 : .....	26
Atelier 8 : .....	27

## ANNEXES

## 1. Population de l'étude

La réalisation de cette étude concerne une population spécifique : les enfants présentant un TDA/H. Huit enfants devront être recrutés pour participer à l'étude et doivent répondre à des critères d'inclusion et d'exclusion.

<b>CRITERES D'INCLUSION</b>		
<b>Age</b>	6 à 12 ans inclus	
<b>Sexe</b>	Fille et Garçon	
<b>Profil attentionnel</b>	Avoir reçu un diagnostic de TDA/H selon les critères du DSM-V et de la CIM- 10	Bilan pédiatre, pédopsychiatre
<b>Langues et communication</b>	Parler et comprendre le français	
<b>Profil cognitif</b>	Potentiel intellectuel normal sans exclusion des troubles cognitifs associés	Bilan neuropsychologique : échelle d'intelligence de Wechsler (WISC)...
<b>Consentement</b>	Accord des parents et de l'enfant	Feuille de consentement en Annexe

<b>CRITERES D'EXCLUSION</b>		
<b>Age</b>	Adolescents, Adultes et Personnes Agées	
<b>Profil langagier</b>	Troubles du langage et de la communication	Bilan orthophonique
<b>Profil psychiatrique, autistique</b>	Trouble anxieux, Trouble de l'humeur, Trouble Envahissant du Développement (TED) associé	

## 2. Le recrutement

Envoyer la lettre d'information au pédopsychiatre, pédiatre, le spécialiste prenant en charge l'enfant TDA/H, dans le but de lui présenter l'étude et les objectifs. À la suite de cette lettre, le médecin prévoit une consultation avec l'enfant et ses parents. Au cours de celle-ci, le médecin informe et propose à la famille et à l'enfant de participer à cette étude. De plus, une prescription médicale est rédigée pour effectuer les séances d'ergothérapie. Le premier recrutement s'effectue donc à travers la proposition du médecin lors de la consultation. Ce dernier les oriente ensuite vers l'ergothérapeute. (Annexe I).

Présentation de l'étude par l'ergothérapeute, aux enfants et à leurs parents ayant été informés par le médecin au préalable.

**Où ?** salle d'entretien fermée dans la structure où exerce l'ergothérapeute

**Par qui ?** l'ergothérapeute

**Avec qui ?** les parents et leur enfant

**But :** Présentation de l'étude et du formulaire de consentement (Annexe II)

❖ Présentation du thérapeute, des parents et de l'enfant :

« *Bonjour, je m'appelle..., je suis .....* (statut professionnel)

Demander le prénom de l'enfant : « *Et toi, Comment t'appelles-tu ?* (Prénom et nom de famille)

❖ Présentation de l'étude :

« *Dans le cadre d'un travail de fin de formation en Ergothérapie, une étude est réalisée auprès d'enfants ayant un TDA/H. Vous avez été informés par le pédopsychiatre/pédiatre/autres afin que votre enfant puisse participer à une étude, visant à favoriser l'estime de soi et les relations sociales à travers une activité théâtre en Ergothérapie. Etes-vous intéressés par cette proposition ?*

*Pour ce faire, je vais vous présenter les objectifs de l'étude, le déroulement, les dispositifs et un recueil de votre engagement ainsi que de celui de votre enfant. »*

PRESENTATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE : « *L'objectif de cette recherche est de déterminer si la mise en place d'une activité théâtre en Ergothérapie favorise*

*L'estime de soi et les relations sociales des enfants TDA/H et ce dans le but d'améliorer leur qualité de vie. »*

**DEROULEMENT DE L'ETUDE :** *« L'étude est réalisée en trois temps : une évaluation initiale, des séances de jeux théâtraux, et une évaluation à la fin de l'activité. Le planning prévisionnel est organisé sous forme de 8 séances, 1 fois par semaine. 8 enfants vont participer à l'étude. Les séances seront réalisées au sein du service d'ergothérapie. »*

**PARTICIPATION :** *« La participation à cette étude est libre et gratuite »*

**CONFIDENTIALITE :** *« Les données concernant votre enfant et celles contenues dans le dossier médical, telles que les informations sur sa santé et les résultats des tests réalisés pendant l'étude, resteront strictement confidentielles et ne seront pas rendues publiques. Les informations provenant des données du dossier de votre enfant ne seront utilisées que pour cette étude et les publications qui en découleront à partir des résultats obtenus. Son identité sera protégée dans tous les cas ».*

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :** *« Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser que votre enfant participe à cette recherche. Si vous acceptez, que votre enfant y participe, mais que vous changez d'avis au cours de celle-ci, vous pouvez interrompre sa participation. Vous aurez accès aux résultats globaux de cette étude lorsqu'ils seront disponibles. Le thérapeute peut interrompre à tout moment la participation de votre enfant à l'étude ou arrêter cette dernière dans sa globalité pour X raisons ».*

*« Si vous souhaitez que votre enfant participe à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-joint » (Annexe II et III)*

### **3. Les bilans**

Lorsque les douze enfants TDA/H sont recrutés, ils sont alors séparés aléatoirement en deux groupes de six :

- Un groupe témoin composé de 6 enfants qui seront suivi en Ergothérapie
- Un groupe expérimental composé de 6 enfants qui participeront à l'activité

Les deux variables de l'étude à évaluer sont l'estime de soi et les habiletés sociales nécessaires aux relations sociales liées à la qualité de vie.

Trois bilans initiaux sont administrés une semaine avant le début de l'activité :

- Auto-questionnaire de AUQUEI sur la qualité de vie (Annexe IV)
- Bilan ETES : Echelle Toulousaine d'Estime de Soi (Annexe V)
- Bilan EHSRI : Evaluation des Hâbiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (Annexe VI).

❖ **Auto-questionnaire de AUQUEI (Auto-questionnaire qualité de vie-enfant-imagé)**

Informations pour le thérapeute :

Administrer l'auto-questionnaire de la qualité de vie aux douze enfants (annexe n° 4) à la suite de l'entretien avec les parents. L'enfant se retrouve seul avec l'ergothérapeute pour réaliser l'auto-questionnaire.

Lorsque l'enfant est bien installé, l'ergothérapeute lui énonce la consigne suivante :  
*« je vais te donner des feuilles présentant des questions et des visages exprimant une émotion.*

Expliquer les visages et leurs représentations en exemple : *« le premier tu n'es pas du tout content, le second tu n'es pas content, le troisième tu es content et le 4<sup>ème</sup> tu es très content »* *As-tu des questions, je te laisse entourer le visage qui exprime ton ressenti selon la question ».*

Une fois que l'ergothérapeute s'est assuré que l'enfant a bien compris la consigne, il lance la série des vingt-six items.

➔ Temps de passation de l'auto-questionnaire un par un des douze enfants.

Cotation et Analyse des résultats : plus l'enfant a entouré de visage « tu n'es pas du tout content » et plus son niveau de satisfaction de sa qualité de vie est faible. Le groupe expérimental doit donc inclure les quatre enfants estimant avoir une mauvaise qualité de vie donc ayant entouré le plus de visage « tu n'es pas du tout content ».

## ❖ Echelle Toulousaine d'Estime de Soi version enfants et adolescents

**Temps : 15 min**

Informations pour le thérapeute :

L'ETES est fondée sur une théorie multidimensionnelle de l'estime de soi et est construite de manière à en évaluer trois grandes dimensions : Soi socio-émotionnel, scolaire et physique. L'échelle se compose de 60 affirmations et permet d'obtenir un score général d'estime de soi, et 3 scores en relation avec ces 3 dimensions.

**Consigne :** *« Nous aimerions connaître la façon dont tu te perçois en ce moment. On te propose maintenant de lire attentivement une série de phrases. Une seule réponse est possible par proposition. Pour chacune d'elles, il faut répondre en entourant le chiffre qui te correspond le mieux : (1) si tu es « Pas du tout d'accord », (2) si tu es « Un peu d'accord », (3) si tu es « Moyennement d'accord », (4) si tu es « D'accord » et (5) si tu es « Tout à fait d'accord ».*

## ❖ Evaluation des habiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles

**Temps : 20 min**

Informations pour l'évaluateur : La grille de l'EHSRI est composée de vingt-quatre items décrivant des comportements mis en jeu dans les interactions sociales. Cette évaluation est proposée aux parents. L'enfant remplit cette grille à domicile accompagné de ses parents.

**Consigne :** *« je vous transmets une grille permettant d'évaluer les habiletés sociales de votre enfant nécessaires à ses relations sociales »*

Lire avec les parents les questions et la cotation pour s'assurer de leurs compréhensions. *« Vous avez des questions ? », si non je vous laisse la feuille vous me la rapportez lors de la 1<sup>ère</sup> séance de groupe la semaine prochaine ».*

**Consigne :** Le thérapeute communique la date de la première séance et transmets un calendrier prévisionnel aux parents et à l'enfant.

#### 4. Le déroulement de l'activité

##### ❖ **Le Cadre de l'activité :**

- Lieu : salle fermée, lumineuse dans la structure où exerce l'ergothérapeute
- Temps : 1 fois par semaine pendant 8 semaines de 10h à 10h45
- Nombre total de séance : 8 séances
- Nombres de participants : 6
- Nombre d'intervenants : 1 (l'ergothérapeute)
- Règles : les règles sont fixées au début de chaque séance
- Déroulement de l'activité en 4 temps :
  - Temps d'entrée : exercice ritualisé
  - Pause
  - Jeux
  - Temps de sortie : relaxation et verbalisation
- Les principes d'accompagnement pour l'intervenant :
  - Donner du sens aux séances
  - Fixer un cadre thérapeutique aux séances
  - Favoriser la réussite et la prise de plaisir
  - Favoriser les encouragements et les félicitations
  - Fixer des objectifs
  - Utiliser un vocabulaire adapté à l'enfant

#### **Atelier 1 :**

##### ❖ **Cadre de l'atelier :**

Durée : 45 min

Nombre de participants : 6 (groupe fermé)

Nombre de Professionnel : 1

Préparation de la salle : délimiter matériellement l'aire de jeu, mettre des chaises à disposition pour les spectateurs

Matériel : sonnette, horloge (timer)

## 1) Introduire l'atelier

Durée : 10 min

### ❖ Informations suivantes à donner : durée : 5 min

« Bonjour à tous, installez-vous en cercle puis asseyez-vous. Tout d'abord, nous allons nous présenter (l'ergothérapeute a déjà rencontré les enfants individuellement avec ses parents) je suis ....., ergothérapeute, nous allons donc réaliser les séances ensemble pendant 8 semaines. Et vous comment vous appelez vous ?

→ Tour de parole des enfants

« Au cours de ces séances, il y a des règles à respecter : c'est moi qui décide des exercices, du temps et qui annonce les consignes. Si quelqu'un ne va pas bien, il vient me voir. Si vous souhaitez sortir de la salle, il faut me demander ».

« Lorsque le groupe est « spectateur » des comédiens qui sont sur l'aire de jeu, il doit se comporter comme s'il assistait à un spectacle, se taire, écouter, se concentrer, respecter celui (ou ceux) qui joue(nt).

Pendant 8 séances, nous allons faire des jeux et des exercices de théâtre ensemble. Il y a des jeux de groupe, des jeux de rôles...

Dans chaque séance il y a 6 temps :

- Temps 1 : contextualisation de la séance de 5 min (1<sup>ère</sup> séance : 10 min de présentation)
- Temps 2 : des jeux pendant 15 min (1<sup>ère</sup> séance : 10 min de jeux)
- Temps 3 : une pause de 5 min
- Temps 4 : d'autres jeux pendant 10 min
- Temps 5 : 5 min de relaxation pour finir la séance
- Temps 6 : 5 min de verbalisation du déroulé de la séance

« Je vais poser ma petite horloge (timer) à côté pour me rappeler quand on a fini et quand on doit faire une pause. Avez-vous des questions ? Dans chaque jeu, on va utiliser cette petite sonnette. Elle permet de signaler le début et la fin du jeu ».

❖ **Echange interactif sur le théâtre : durée : 10 min**

« Pour poursuivre cette introduction, nous allons échanger à propos du théâtre.

*Question : Que pouvez-vous me dire sur le théâtre ? Avez-vous déjà vu des pièces de théâtre, fait du théâtre ?*

Concept, mot à aborder : comédiens, spectateurs, s'exprimer, communiquer, texte, histoire, corps, costumes, émotion, humour....

« Après avoir parlé de théâtre, le temps est venu d'en faire à notre tour.

**1) Exercice ritualisé : MON NOM**

Dispositif : groupe avec l'intervenant

Durée : 10 min

Objectifs : Ecoute, attention et connaissance de soi et de l'autre, concentration de l'ensemble du groupe, observation, travail du tour de parole.

Déroulement de l'exercice : les participants sont en cercle assis. Il déclenche le jeu : main sur la poitrine, le professionnel prononce son prénom et le « passe » en tendant le bras dans un geste d'offrande en direction d'un enfant. L'enfant qui vient de recevoir le prénom pose à son tour sa main sur sa poitrine, dit son prénom et le lance à un autre enfant. Ainsi de suite jusqu'à ce que tous les enfants se soient présentés même plusieurs fois.

**Consigne** : « *Toujours assis en cercle (le professionnel également), nous allons tous prononcer notre prénom un par un en effectuant un geste avec notre main (montrer le geste) afin de lancer notre prénom à un de ses camarades* ». Celui qui le reçoit énonce à son tour son prénom à un de ses camarades... »

Le professionnel s'assure de la compréhension de tous et déclenche le jeu avec le timer et la sonnette.

Le jeu ne doit pas suivre l'ordre du cercle

Progression dans l'exercice :

**Consigne** :\_« *Chacun annonce son prénom à nouveau et, y ajoute un geste selon l'humeur du jour et un son* ».

**2) PAUSE de 5 min**

### 3) Exercice : HOP !

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Ecoute, attention, expulsion des tensions et du « trop plein d'énergie », dynamisation du corps, du groupe et de la concentration, communication verbale et corporelle.

Déroulement de l'exercice : les enfants courent légèrement dans toute l'aire de jeu délimitée. Au signal de l'intervenant : « Courez ! ils se mettent à accélérer sur place comme pour un sprint ; les bras et les jambes étant très en mouvement ».

Au second signal : « Hop ! les enfants sautent un talus imaginaire en criant « hop ! », une flaque d'eau imaginaire à éviter en criant HOP...

**Consigne** : *« vous allez courir légèrement dans l'aire de jeu et à mon signal (HOP), vous accélérerez sur place comme pour un sprint. A mon second signal (HOP), vous allez sauter un talus imaginaire en criant HOP. A chaque signal HOP, vous allez réaliser et imaginer l'action que je vais vous énoncer ».*

→ Sonnette et timer

HOP : attention une flaque d'eau (en criant HOP)

HOP : attention un arbre (en criant HOP)

HOP : attention un écureuil (en criant HOP)

HOP : attention une tomate (en criant HOP)

HOP : attention un escalier (en criant HOP)

HOP : attention le sol est glissant : ils marchent donc doucement et ne court plus en silence

HOP : vous pouvez vous asseoir

### 2) Relaxation

Dispositif : groupe

Durée : 5 min

Objectifs : Ecoute, concentration, attention, recentration sur soi, relaxation, détente

Déroulement de l'exercice : les enfants sont debout en cercle et se donnent la main, ; l'adulte fait partie du groupe. Les pieds sont légèrement écartés, bien posés sur le sol, le visage, les épaules sont détendues, la tête est bien droite. Inviter les enfants à fermer les yeux, à sentir la main de l'autre, la leur, le toucher doit être agréable, les

mains ne se serrent pas mais s'effleurent, une légère chaleur doit se sentir. Après quelques instants, demander aux enfants de se lâcher les mains très doucement, puis ouvrir les yeux tout aussi doucement.

### **3) Temps de Verbalisation**

Durée : 5 min

Objectifs : demander le ressenti des enfants

« *Comment s'est passée cette première séance ?* »

« *Très bien la séance est terminée pour aujourd'hui, je vous remercie pour votre participation et à la semaine prochaine pour continuer les ateliers* ».

## **Atelier 2 :**

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

### **1) Contextualisation de la séance**

Durée : 5 min

« *Bonjour à tous, comment allez-vous aujourd'hui ?*

*Concernant la séance, elle va se dérouler comme la dernière fois en 6 temps : la présentation des jeux pendant 15 min, une pause de 5 min, des jeux pendant 10 min, un temps de relaxation pendant 5 min puis un temps de verbalisation de 5 min pour finir la séance. Avez-vous des questions ?* »

### **2) Exercice ritualisé : MON NOM**

Dispositif : groupe avec l'intervenant

Durée : 15 min

Objectifs : Ecoute, attention et connaissance de soi et l'autre, concentration de l'ensemble du groupe, observation, travail du tour de parole.

Déroulement de l'exercice : les participants sont en cercle assis. Il déclenche le jeu : main sur la poitrine, le professionnel prononce son prénom et le « passe » en tendant le bras dans un geste d'offrande en direction d'un enfant. L'enfant qui vient de recevoir le prénom pose à son tour sa main sur sa poitrine, dit son prénom et le lance à un autre enfant. Ainsi de suite jusqu'à ce que tous les enfants se soient présentés même plusieurs fois.

**Consigne** : « *Toujours assis en cercle (le professionnel également), nous allons tous prononcer notre prénom en effectuant un geste avec notre main (montrer le geste) afin de lancer notre prénom à un de ses camarades* »

Le professionnel s'assure de la compréhension de tous et déclenche le jeu avec le timer et la sonnette.

Le jeu ne doit pas suivre l'ordre du cercle

Progression dans l'exercice :

**Consigne** : « Chacun annonce son prénom à nouveau et, y ajoute un geste selon l'humeur du jour et un son ».

**Consigne** : « maintenant, je vais changer les consignes : en effectuant toujours un geste d'offrande comme au début en disant son prénom, cette fois-ci vous allez diriger votre bras vers un de vos camarades du cercle en disant son prénom »

### **3) PAUSE de 5 min**

### **4) Exercice : PROMENONS-NOUS**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Ecoute, attention, communication verbale et gestuelle, imagination, regard de l'autre, confiance en soi,

Déroulement : les enfants investissent l'espace de l'aire de jeu à leur rythme, en mouvement de marche neutre. Des modifications en rapport avec le rythme, l'état, l'émotion, l'environnement sont proposés.

**Consigne** : « je vais vous dicter une promenade dans lequel vous devez jouer, imaginer l'histoire et représenter à travers votre marche, corps, émotion, l'histoire » par exemple : marcher rapidement, sur la pointe des pieds car le sable est brûlant...

➔ Sonnette pour débiter l'exercice

« Vous marchez sur une pelouse, il fait très beau. Puis il fait de plus en plus chaud. Vous arrivez sur du sable qui devient de plus en plus brûlant. Quelques gouttes de pluie commencent à tomber. Puis il pleut beaucoup, des flaques d'eau se forment sur le sol. Elles grossissent et, maintenant vous avez de l'eau jusqu'aux chevilles. Vous

êtes fatigués. Puis, l'eau cesse de tomber et vous marchez dans la boue. Le soleil réapparaît timidement. Il fait à nouveau très beau et vous marchez sur l'herbe tendre et fraîche ».

→ Sonnette pour indiquer la fin de l'exercice.

**5) Relaxation :** Même exercice que l'atelier 1

## **6) Temps de verbalisation**

**Consigne :**

« Comment s'est passée la séance ? »

« Très bien la séance est terminée pour aujourd'hui, je vous remercie pour votre participation et à la semaine prochaine pour continuer les ateliers ».

## **Atelier 3 :**

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

**1) Contextualisation de la séance :** Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé : MON NOM :** identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : LA BALLE DE COULEUR**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Ecoute, attention, communication verbale et gestuelle, imagination, confiance en soi, mémoire, l'observation du groupe, accepter les propositions des autres

Déroulement : Les joueurs forment un cercle. Le premier joueur fait comme s'il avait une balle imaginaire (il la matérialise avec ses mains et la montre aux autres). Il annonce sa couleur en regardant quelqu'un en particulier, et la lui lance. Ce dernier doit la rattraper et répéter sa couleur. La balle ne doit ni changer de couleur, ni de taille. Chaque personne qui attrape la balle doit redire sa couleur après l'avoir attrapée, puis, avant de la lancer à une autre personne, en s'assurant bien que cette dernière a vu et compris.

**Consigne :** « nous allons se mettre en cercle debout. Dans ma main j'ai une balle imaginaire de couleur jaune. Je vais dire jaune en regardant (prénom d'un enfant) et je lui lance. (Prénom de l'enfant) doit la rattraper et répéter sa couleur. La balle ne doit pas changer de couleur ni de taille. Chaque personne qui attrape la balle doit redire sa couleur après l'avoir attrapée avant de la relancer à un de ses camarades ».

Progression : rajouter une 2<sup>ème</sup> balle d'une autre couleur et d'une autre dimension.

→ Sonnette pour annoncer le début et la fin de l'exercice

**5) Relaxation :** Même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation**

**Consigne :**

« Comment s'est passée la séance ? »

« Très bien la séance est terminée pour aujourd'hui, je vous remercie pour votre participation et à la semaine prochaine pour continuer les ateliers ».

## Atelier 4 :

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

**1) Contextualisation de la séance :** Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé : MON NOM :** identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : LE MIROIR**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Attention, concentration, écoute de l'autre, sens de l'observation, communication gestuelle, maîtrise de son corps dans l'espace, synchronisation, acceptation des propositions de l'autre

Déroulement : les enfants forment des binômes dans l'aire de jeu. Les deux enfants sont face à face et se regardent les yeux dans les yeux. Une personne représente le « sujet », l'autre personne se retrouve « miroir ». Le sujet effectue avec lenteur une série de mouvement et des expressions de visage que le miroir doit imiter parfaitement. Il ne s'agit pas faire des mouvements brusques ni impossibles car il faut

rechercher une synchronisation la plus parfaite. Les binômes inverseront les rôles ensuite.

Progression : un enfant devient le sujet et le reste du groupe deviennent les miroirs.

**Consigne** : « vous allez vous mettre par 2 face à face. Un des 2 devient le miroir et l'autre devient le sujet. Le sujet effectue des mouvements lents et des expressions avec le visage que le miroir doit imiter. Le but est d'aller doucement pour que le miroir reproduit parfaitement le mouvement ».

**Consigne pour la progression** : « Maintenant, il y a un sujet et plusieurs miroirs. Le but est de réaliser ensemble les gestes que le sujet réalise. »

**5) Relaxation** : Même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation** : Même consigne atelier 3

## Atelier 5 :

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

**1) Contextualisation de la séance** : Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé : MON NOM** : identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : LA STATUE ET LES EMOTIONS**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Attention, concentration, expression corporelle, expression des émotions, spontanéité, Reconnaissance de l'expression faciale ou corporelle, maîtrise du message social, confiance en soi.

Déroulement : les enfants évoluent dans l'aire de jeu en marchant ; au signal (mot donnant l'état de la statue), ils s'arrêtent parfaitement immobiles, dans l'état demandé, et restent ainsi environ une minute.

**Consigne** : « vous allez marcher dans l'aire de jeu et à mon signal (frappe des mains) je vais vous donner une émotion à faire. Vous allez donc vous arrêter, devenir immobile selon l'émotion que je vous aurai demandé. A mon second signal, vous pourrez remarquer dans l'espace en étant neutre »

Liste des état/émotions : joyeuse, triste, colère, malade, énervé, la peur, l'impatience....

Progression : un enfant devient acteur et le reste du groupe devient spectateur. L'acteur entre dans l'aire de jeu et exprime corporellement (sans parole) une humeur, une émotion à l'ensemble des spectateurs et revenir neutre. Ces derniers doivent deviner l'humeur réalisée par l'acteur.

**5) Relaxation** : Même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation** : même consigne que l'atelier 2

## Atelier 6 :

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

**1) Contextualisation de la séance** : Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé MON NOM** : identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : ARRET SUR IMAGE**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Attention, développement de l'écoute, concentration, expression corporelle, reconnaissance de l'expression faciale ou corporelle, confiance en soi, spontanéité, Suite des objectifs entrepris dans l'atelier 5

Déroulement : Le groupe d'enfants évolue dans l'aire de jeu en marchant. A la proposition verbale qui leur est faite, les enfants s'arrêtent et se figent en statue. Ici, les propositions seront des verbes tels que prendre, donner, ramasser, cueillir... Pui, très lentement, les statues se mettent en mouvement et prolongent ainsi l'action amorcée et qui a été interrompue. Tout se passe comme s'il y avait un « arrêt sur image » et que le film reprenait au ralenti. A un nouveau signal donné, le groupe reprend sa marche neutre.

**Consigne** : « vous allez marcher dans l'aire de jeu. Je vais vous dire une action, vous devrez vous arrêter et vous figer en statue. Par exemple cueillir des fraises. Puis, très lentement, vous vous remettrez en mouvement selon l'action donnée. A mon signal (frappe des mains), vous reprenez votre marche neutre dans l'aire de jeu ».

Les Actions :

- S'habiller
- Se laver
- Mettre la table
- Ranger sa chambre
- Mettre ses chaussures

Progression : acteur et spectateur comme dans l'atelier 5. L'acteur choisit une action et la mime devant le groupe. Ces derniers doivent la deviner.

**5) Relaxation** : Même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation** : même consigne que l'atelier 2

## Atelier 7 :

❖ Cadre de l'activité identique à l'atelier 1

**1) Contextualisation de la séance** : Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé : MON NOM** : identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : LES MACHINES INFERNALES**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : Concentration commune, acceptation des propositions des autres et s'en servir, expression corporelle et verbale, confiance en soi, imagination

Déroulement : Tous les enfants sont assis dans l'aire de jeu. Le thérapeute explique le travail : un à un, les enfants vont devoir aller dans l'aire de jeu et faire un mouvement accompagné d'un son ou d'un bruit, chacun devenant la pièce d'une machine. Un premier enfant va venir proposer un son et un mouvement puis au signal du thérapeute (frappe des mains), un second enfant propose à son tour un son et un mouvement. Ils peuvent travailler en contact physique ou non, mais toujours en contact rythmique. Chaque enfant doit avoir à l'esprit que sans lui la pièce voisine ne peut pas fonctionner.

Quand les 6 enfants sont en place, la machine est construite et le thérapeute peut à l'aide de signes, demander d'accélérer ou de ralentir.

**Consigne** : « un par un vous devrez aller sur l'aire de jeu en réalisant un mouvement accompagné d'un son ou d'un bruit pour que chacun devienne une pièce d'une machine imaginaire. Le but est que chaque mouvement entre vous soit lié et que cela représente une machine. Sans vous, votre pièce voisine ne peut pas fonctionner ».

→ Faire une démonstration avant de débiter

**5) Relaxation** : même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation** : idem atelier 2

## Atelier 8 :

❖ Cadre de l'activité

Durée : 45 min

Nombre de participants : 6

Nombre de Professionnel : 2 (accompagnement d'un autre professionnel)

Préparation de la salle : délimiter matériellement l'aire de jeu, mettre des chaises à disposition pour les spectateurs

Matériel : sonnette, horloge (timer), thème écrit sur papier, questionnaires, grille EHSRI

**1) Contextualisation de la séance** : Consigne identique à l'atelier 2

**2) Exercice ritualisé MON NOM** : identique à l'atelier 2

**3) PAUSE de 5 min**

**4) Exercice : JEUX DE ROLES/IMPROVISATION**

Dispositif : groupe

Durée : 10 min

Objectifs : mise en situation, attention, concentration, imagination, estime de soi, interaction, identification des réactions et des comportements, expression corporelle et verbale

Déroulement : Les enfants ont le choix de travailler seul, à 2 ou à plusieurs. Les thèmes sont dits à l'oral aux acteurs et ils sont ensuite jouer par ces derniers. Les thèmes sont des situations de vie quotidienne.

**Consigne** : « *vous allez faire des jeux de rôle selon des thèmes que je vais vous donner, le but est de jouer selon le thème pendant 5 min. Qui veut piocher un thème ?* »

### Les Thèmes :

- La récréation
- Au supermarché
- Les vacances
- A la cantine
- En classe....

**5) Relaxation :** Même exercice que l'atelier 1

**6) Temps de verbalisation**

« Comment s'est passée la dernière séance ? »

→ Rencontre à la sortie de la séance avec les parents :

**Consigne :** « je vous transmets la grille de l'EHSRI, à remplir avec votre enfant. Vous me la rapporterez au prochain rendez-vous, la semaine prochaine ».

Lors du prochain rendez-vous avec l'enfant et ses parents, l'ergothérapeute refait passer l'auto-questionnaire de AUQUEI sur la qualité de vie et l'échelle ETES une semaine après la fin de la dernière séance.

## *ANNEXE N° 1 : LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX MEDECINS*

Madame, Monsieur,

Par cette lettre, je vous informe qu'une étude sera conduite auprès d'enfants TDA/H dans le cadre du suivi en Ergothérapie. Cette recherche est menée dans le cadre d'un travail de fin d'étude d'Ergothérapie.

L'objectif est d'évaluer l'impact d'une activité théâtre en Ergothérapie sur l'estime de soi et les relations sociales des enfants TDA/H dans le but d'améliorer leur qualité de vie. Il est donc proposé à vos patients plus spécifiquement les enfants ayant un TDA/H de bénéficier de séances d'ergothérapie dans le cadre de cette étude dont la participation est entièrement libre et gratuite. L'accès à ce protocole repose sur des critères d'inclusion.

Cette étude est réalisée en trois temps : une évaluation initiale, des séances de jeux théâtraux, et une évaluation post activité. Le planning prévisionnel est organisé sous forme de huit séances, une fois par semaine. Douze enfants vont être inclus dans l'étude. Elle comprend un groupe expérimental et un groupe contrôle, afin de déterminer si l'activité théâtre permet d'améliorer l'estime de soi et les relations sociales des enfants TDA/H.

J'ai besoin de votre accord ainsi que d'une prescription pour que vos patients puissent participer à cette étude. Je compte sur vous pour informer les parents et leurs enfants de celle-ci. Si vous souhaitez de plus amples informations, merci de me contacter au XXXXXXXX.

Veillez agréer de mes salutations distinguées.

## ANNEXE N° 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS

Nom du participant :

Prénom du participant :

Adresse du participant :

Dr.....et l'ergothérapeute.....nous ont proposé ainsi qu'à notre enfant de participer à une étude menée par l'ergothérapeute intitulée :

### **JEUX THEATRAUX EN ERGOTHERAPIE**

L'ergothérapeute nous a informé(e) oralement et par écrit de ce projet. Nous avons pu poser toutes les questions que nous souhaitons et avons reçu des réponses claires. Nous avons eu un temps de réflexion pour prendre notre décision.

En conséquence, nous soussigné(e)s.....que notre enfant.....né(e) le ....., déclarons avoir entièrement lu les informations relatives à cette étude et c'est librement et volontairement que nous acceptons que notre enfant y participe.

Signatures :

Père\* :

Date :

Mère\* :

Date :

Ergothérapeute :

Date :

*\*Titulaire de l'autorité parentale*

*ANNEXE N° 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ENFANT*

Tu as des difficultés pour te concentrer, pour te faire des amis, tu n'as pas confiance en toi. Cela s'appelle le trouble déficitaire de l'attention qui t'empêche de bien te concentrer en classe, de bien écouter les consignes et de contrôler ton comportement.

Pour t'aider à mieux gérer ce trouble, nous te proposons de venir faire des jeux de théâtre 1 fois par semaine en Ergothérapie avec d'autres enfants.

Tu pourras poser toutes les questions que tu veux. C'est toi qui décides si tu veux participer. Tu peux même changer d'avis.

Si tu es d'accord pour participer, tu peux écrire ton nom et signer sur le papier.

## ANNEXE N°4 : AUTO-QUESTIONNAIRE DE LA QUALITE DE VIE AUQUEI, 1997

Nom du patient : ..... Date de naissance : .../.../.....  
 Prénom : ..... Date de l'examen : .../.../.....

### Auto Questionnaire de Qualité de vie Enfant Imagé (AUQUEI)

Ce questionnaire est imagé, il propose un item par page (parmi les 26 items), chaque page contient un dessin se rapportant à la question, les paliers de réponse sont au nombre de 4, et sont représentés par des visages (figure 2 : question type). L'enfant devra, pour chaque item, cocher le visage correspondant le mieux à son ressenti. L'examen débutera toujours par la présentation à l'enfant de la question initiale (figure 1)

#### QUESTION INITIALE (figure 1)

- Quelque fois  
tu n'es pas  
content du tout
- Quelque fois  
tu n'es pas  
content
- Quelque fois  
tu es content
- Quelque fois  
tu es très  
content



Dis pourquoi : .....
Dis pourquoi : .....
Dis pourquoi : .....
Dis pourquoi : .....

Quelques fois...	Tu n'es pas content du tout	Tu n'es pas content	Tu es content	Tu es très content
<b>Item 1 : à table</b>				
A table avec ta famille				
<b>Item 2 : le soir</b>				
Le soir quand tu vas te coucher				
<b>Item 3 : frères et sœurs</b>				
Quand tu joues avec tes frères et sœurs				
<b>Item 4 : la nuit</b>				
La nuit quand tu dors				
<b>Item 5 : classe</b>				
En classe				
<b>Item 6 : photo</b>				
Quand tu te vois en photo				
<b>Item 7 : récréation</b>				
A la récréation				
<b>Item 8 : consultation</b>				
Quand tu viens voir le docteur en consultation				
<b>Item 9 : sport</b>				
Quand tu fais du sport				
<b>Item 10 : papa</b>				
Quand tu penses à ton papa				
<b>Item 11 : anniversaire</b>				
Le jour de ton anniversaire				
<b>Item 12 : devoirs</b>				
Quand tu fais tes devoirs à la maison				
<b>Item 13 : maman</b>				
Quand tu penses à ta maman				
<b>Item 14 : hôpital</b>				
Quand tu restes à l'hôpital				
<b>Item 15 : jouer seul(e)</b>				
Quand tu joues seul(e)				

Nom du patient : ..... Date de naissance : .../.../.....  
 Prénom : ..... Date de l'examen : .../.../.....

<b>Item 16 : parents parlent</b>				
Quand ta maman et ton papa parlent de toi				
<b>Item 17 : dors ailleurs</b>				
Quand tu dors ailleurs que chez toi				
<b>Item 18 : sais faire</b>				
Quand on te demande de montrer ce que tu sais faire				
<b>Item 19 : copains parlent</b>				
Quand tes copains parlent de toi				
<b>Item 20 : médicaments</b>				
Quand tu prends tes médicaments				
<b>Item 21 : vacances</b>				
Pendant les vacances				
<b>Item 22 : grand</b>				
Quand tu penses à l'âge où tu seras grand				
<b>Item 23 : loin</b>				
Quand tu es loin de ta famille				
<b>Item 24 : notes</b>				
Quand tu reçois tes notes à l'école				
<b>Item 25 : grands-parents</b>				
Quand tu es avec tes grands-parents				
<b>Item 26 : télévision</b>				
Quand tu regardes la télévision				

Nom du patient : ..... Date de naissance : .../.../.....  
 Prénom : ..... Date de l'examen : .../.../.....

Item 1



Item 2



Item 3



Item 4



Source : [http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EchellePed1\\_10.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EchellePed1_10.pdf)

ANNEXE N°5 : ECHELLE TOULOUSAINNE D'ESTIME DE SOI, 1994

## QUESTIONNAIRE E.T.E.S. Enfant

**Consignes :**  
 Dans les pages qui suivent, vous trouverez une série d'affirmations.  
**Vous lirez attentivement chacune des phrases.**  
 Vous préciserez pour chacune d'elles si ce qui est demandé correspond à votre façon d'être et de réagir.  
 C'est à dire si c'est tout à fait vous ou pas du tout vous.

**Vous trouverez 5 chiffres :**

1 : Pas du tout d'accord	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2 : Un peu d'accord	Age : .....
3 : Moyennement d'accord	Nombre de frères : .....
4 : D'accord	Nombre de sœurs : .....
5 : Tout à fait d'accord	

Pour chacune des phrases, **entourez le chiffre** qui vous correspond le mieux.

**Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases.**

	Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	Tout à fait d'accord
<b>Items</b>							
1. Je me mets facilement en colère.	1	2	3	4	5		
2. Quand je discute avec mes parents, en général, ils me comprennent.	1	2	3	4	5		
3. Je me décourage facilement en classe.	1	2	3	4	5		
4. Mon visage et mon corps plaisent facilement.	1	2	3	4	5		
5. J'arriverais à être bien moi-même si plus tard je fais ce qu'il me plaît.	1	2	3	4	5		
6. Je me sens bien dans ma peau.	1	2	3	4	5		
7. Les autres doutent de moi.	1	2	3	4	5		
8. Je serai content(e) de moi si j'arrive à faire de grandes choses dans ma vie.	1	2	3	4	5		
9. Je me sens maladroit(e) et je ne sais pas quoi faire de mes mains.	1	2	3	4	5		
10. Mes professeurs sont satisfaits de moi.	1	2	3	4	5		
11. Je me trouve énervé(e) et tendu(e).	1	2	3	4	5		
12. Je suis très attaché(e) à mes amis.	1	2	3	4	5		
13. J'ai du mal à m'organiser pour faire mes devoirs d'école.	1	2	3	4	5		
14. Je suis fier(e) de mon corps.	1	2	3	4	5		
15. La seule chose qui compte dans la vie c'est de gagner beaucoup d'argent.	1	2	3	4	5		

	Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	Tout à fait d'accord
<b>Items</b>							
16. Je suis rarement intimidé(e).	1	2	3	4	5		
17. J'évite de penser à ce que je ferais plus tard.	1	2	3	4	5		
18. Je suis souvent inquiet(e).	1	2	3	4	5		
19. Je trouve que mon corps est bien fait.	1	2	3	4	5		
20. Je ne réussis pas en classe parce que je ne travaille pas assez.	1	2	3	4	5		
21. En général, je suis sûr(e) de moi.	1	2	3	4	5		
22. Je fais attention à ce que les autres me disent, en bien et en mal.	1	2	3	4	5		
23. Pour me sentir mieux, il m'arrive de prendre quelque chose qui me donne de l'énergie comme du chocolat, du café, des boissons fortes...	1	2	3	4	5		
24. En classe, je comprends vite.	1	2	3	4	5		
25. Je voudrais être le(la) plus fort(e) et le(la) plus apprécié(e).	1	2	3	4	5		
26. J'aime être interrogé(e) en classe.	1	2	3	4	5		
27. Je me trouve trop gros(se).	1	2	3	4	5		
28. J'aime les activités de groupe.	1	2	3	4	5		
29. Les mauvais résultats scolaires me découragent facilement.	1	2	3	4	5		
30. J'accorde de l'importance à ma présentation et aux habits que je porte.	1	2	3	4	5		
31. Je suis content(e) de moi.	1	2	3	4	5		
32. On s'ennuie en ma compagnie.	1	2	3	4	5		
33. J'ai assez de capacités physiques pour m'adapter rapidement à n'importe quel sport.	1	2	3	4	5		
34. Je me débrouillerais tout(e) seul(e) le plus tard possible.	1	2	3	4	5		
35. Le plus souvent, je pense ce que je dois faire avant d'agir.	1	2	3	4	5		
36. Je me dispute souvent avec les autres.	1	2	3	4	5		
37. Je pense que tout le monde devrait s'inscrire à un club ou un groupe de son choix.	1	2	3	4	5		
38. En classe, quand je ne comprends pas je n'ose pas le dire.	1	2	3	4	5		
39. Je voudrais faire partie d'un groupe qui aide les personnes malheureuses et en difficulté.	1	2	3	4	5		
40. Je passe facilement du rire aux larmes.	1	2	3	4	5		
41. Je suis gêné(e) quand on me regarde lorsque je fais du sport.	1	2	3	4	5		

	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord
<b>Items</b>					
42. Je retiens bien ce que j'apprends.	1	2	3	4	5
43. Il m'est difficile de croire en quelque chose ou en quelqu'un.	1	2	3	4	5
44. Je suis une personne qui voit les choses de façon heureuse.	1	2	3	4	5
45. Je me sens bien uniquement quand je suis seul(e).	1	2	3	4	5
46. J'ai confiance en mon avenir.	1	2	3	4	5
47. J'ai tendance à me faire trop de souci pour ma santé.	1	2	3	4	5
48. En classe, les autres aiment être tout le temps avec moi.	1	2	3	4	5
49. J'ai l'impression de faire moins bien les choses que les autres.	1	2	3	4	5
50. J'aime qu'on me remarque et qu'on me félicite dans un groupe.	1	2	3	4	5
51. Je fais peu d'efforts pour mieux travailler.	1	2	3	4	5
52. Mon visage et mon corps ne plaisent pas beaucoup.	1	2	3	4	5
53. Il me semble que les autres écoutent et font ce que je dis.	1	2	3	4	5
54. J'ai peur et je pleure quand on me fait des reproches.	1	2	3	4	5
55. Mon but principal est de faire un métier qui me plaise.	1	2	3	4	5
56. J'attends que les autres décident et agissent en premier dans un groupe.	1	2	3	4	5
57. Je suis content(e) de la façon dont mon corps se développe.	1	2	3	4	5
58. Dans un groupe, je me sens seul(e).	1	2	3	4	5
59. Construire une vie de famille est un but pour moi.	1	2	3	4	5
60. Je suis fier de mes résultats scolaires.	1	2	3	4	5

Source : <http://pedagogie.ac-toulouse.fr/ash82/spip.php?article121>

ANNEXE N°6 : BILAN ESHRI, 2004

<b>Converser</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Engage une conversation					
2. Maintient une conversation					
3. Termine une conversation					
<b>Communication non verbale</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. Regarde l'interlocuteur dans les yeux quand il parle					
5. Exprime oralement une émotion					
6. Serre la main et regarde l'interlocuteur pour dire bonjour et au revoir					
<b>Exprimer des pensées et des sentiments neutres</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. Donne une information sur un évènement passé					
8. Demande une information supplémentaire					
9. Fait une demande d'aide					
<b>Exprimer des pensées et des sentiments positifs</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10. Fait des compliments					
11. Exprime des émotions positives (joie, surprise)					
<b>Exprimer des pensées et des sentiments négatifs</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12. Exprime un sentiment négatif (tristesse, surprise)					
13. Exprime un désaccord					
14. Demande un changement de comportement					
15. Résout un conflit avec les autres participants					
<b>Répondre à quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments neutres</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
16. Fait un commentaire sur une information donnée par autrui					
17. Répond à autrui qui donne une information supplémentaire					
18. Répond à la demande d'aide					
<b>Répondre à quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments positifs</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
19. Reçoit des compliments mérités					
20. Répond à des flatteries					
21. Partage une émotion					
<b>Répondre à quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments négatifs</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
22. Répond aux critiques vraies					
23. Répond aux critiques fausses					
24. Réagit devant quelqu'un qui est en colère					

**0** = comportement sévèrement inadapté  
**1** = comportement moyennement inadapté  
**2** = comportement légèrement inadapté  
**3** = comportement adapté mais variable  
**4** = comportement adapté et constant

**Source** : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_MORT\\_2010\\_POINSIGNON\\_MARINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2010_POINSIGNON_MARINE.pdf)



**Ergothérapie et Théâtre :**  
**Accompagnement des enfants ayant un trouble de l'attention**  
**avec ou sans hyperactivité**

SABIN Lorène

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble chronique qui touche environ 5 à 10% des enfants d'âge scolaire. Il se caractérise par une triade symptomatique impactant toutes les sphères de l'enfant et donc sa qualité de vie. L'ergothérapeute utilise l'activité pour atteindre des objectifs thérapeutiques. Par conséquent, le but de cette étude est de mettre en évidence un intérêt quant à l'utilisation par l'ergothérapeute du jeu théâtral dans le but d'améliorer l'estime de soi et les relations sociales des enfants TDA/H. Pour cela, les concepts clés théoriques fondés par les recherches littéraires ont permis de réaliser un protocole de recherche. Ce dernier inclut un guide de passation de l'activité théâtre auprès d'un groupe expérimental composé de six enfants TDA/H pendant huit semaines. La perspective envisagée est donc la mise en pratique de ce protocole en ergothérapie pour enrichir et faire évoluer la pratique professionnelle de l'ergothérapeute.

**Mots clés :** TDA/H, Estime de soi, Relations sociales, Activité Théâtre, Ergothérapie

**Occupational Therapy and Drama:**  
**Support of children with an attention deficit disorder**  
**with or without hyperactivity**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a chronic disorder that affects approximately 5 to 10% of school-aged children with this symptomatic triangle impacting all spheres of the child's quality of life.

The aim of this study is to show how using dramatic activity in occupational therapy will improve self-esteem and social relationships of ADHD children.

The main concepts, based on literature, have enabled execution of experimental protocols, which include dramatic activity, with a group of six ADHD children for eight weeks. A joint aim also being an enrichment and development of the therapist's professional competence.

**Keywords:** ADHD, self-esteem, social relationship, drama activity, occupational therapy