



Institut de Formation



En

Ergothérapie



- TOULOUSE -

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL
CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TDAH :
L'ENJEU DE L'UTILISATION D'UN MODÈLE
CONCEPTUEL PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES**

Enquête sur l'OPM(A)

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et
en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute

Directrice méthodologique : Gaëlle RIOU

Marion GRANIER

Mai 2023

Promotion 2020 - 2023

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Marion Granier, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à Toulouse,

Le 15 mai 2023

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Granier', with a long horizontal stroke extending to the right.

NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, à la conception de ce mémoire de fin d'étude.

Merci à Gaëlle Riou, ma directrice méthodologique, qui a toujours été impliquée et disponible pour me donner des conseils, répondre à mes questions et relire mon mémoire. La pertinence et la justesse de vos retours n'ont fait que rendre ce mémoire plus complet et ont enrichi ma réflexion sur tous les points.

Merci à tous les membres de l'équipe de l'IFE de Toulouse qui ont été présents durant ma formation. Votre accompagnement m'a permis de me construire et de grandir en tant que future ergothérapeute en me transmettant votre passion pour ce métier formidable. Votre soutien et votre bienveillance pendant la création de ce mémoire m'ont beaucoup apporté et m'ont guidé sur la bonne voie. Grâce à vous, nous avons pu vivre de belles aventures que nous ne sommes pas prêts d'oublier.

Merci aux ergothérapeutes qui ont participé au *focus group* pour leur motivation, leur partage d'expérience et leur temps. Sans vous, ce mémoire n'aurait pas pu être ce qu'il est aujourd'hui. Vous avez tous été de belles rencontres.

Merci à tous mes tuteurs de stage de m'avoir transmis vos savoirs, vos connaissances, de m'avoir poussé à me questionner, à sortir de ma zone de confort et à prendre confiance en moi. Merci aux personnes que j'ai rencontrées durant ces stages. Toutes ces expériences m'ont fait découvrir concrètement le métier d'ergothérapeute et ont construit petit à petit mon identité professionnelle.

Merci à ma famille qui m'a soutenu durant ces trois ans, qui ont tout fait pour que je puisse travailler dans les meilleures conditions, qui m'ont conseillé dans mes moments de doutes et qui ont pris de temps de me relire et me corriger.

Merci à tous mes amis. Merci à ceux de la promotion 20-23 et au groupe Big Bang, je me souviendrai toujours de nos fous rires entre les cours, de nos repas au CHU, de nos travaux de groupe, de nos sorties, de notre bonne humeur sans faille,... Merci en particulier à Rachel, ma cacahuète, mon binôme de l'aventure, qui a réussi à me supporter jusqu'au bout. Et merci à ceux qui me suivent déjà depuis une bonne partie de ma vie. Vous m'avez permis de décompresser, de rire, de m'éclater et de découvrir plein de choses. Merci pour tout ce que vous m'apportez au quotidien.

« Le sommeil est la moitié de la santé. »

Proverbe français

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
I. Partie théorique	3
1. Le TDAH chez les enfants	3
1.1. Définition et épidémiologie du TDAH	3
1.2. Tableau clinique	4
1.3. Prise en charge du TDAH	6
1.3.1. Traitements non-médicamenteux	6
1.3.2. Traitements médicamenteux	7
1.4. Comorbidités	8
2. Le sommeil	9
2.1. Physiologie et rôle du sommeil	9
2.2. Les troubles du sommeil	10
2.3. Les impacts des troubles du sommeil sur la vie quotidienne	10
2.4. La prise en charge actuelle du sommeil	11
2.5. Les troubles du sommeil chez l'enfant TDAH	11
3. Ergothérapie et OPM(A)	13
3.1. Qu'est-ce que l'ergothérapie	13
3.2. Ergothérapie et TDAH	13
3.3. Les modèles conceptuels en ergothérapie	14
3.4. L'OPM(A)	15
3.5. OPM(A), sommeil et TDAH	16
II. Question de recherche et hypothèse	18
III. Partie exploratoire	19
1. Objectifs de la phase exploratoire	19
2. Choix de l'approche méthodologique de recherche	19
3. Méthodologie de recherche	20
3.1. Présentation du <i>focus group</i>	20
3.2. Sélection et présentation des participants	20
3.3. Conception de l'outil	22

3.4. Organisation du <i>focus group</i>	23
3.5. Déroulement de l'étude	23
3.6. Analyse des données	24
3.6.1. Impacts des troubles du sommeil sur les occupations d'un enfant	25
3.6.2. Accompagnement ergothérapeutique des troubles du sommeil d'un enfant TDAH	27
3.6.3. Modèles conceptuels pour la prise en charge du sommeil chez les enfants TDAH	28
3.6.4. OPM(A) et sommeil chez les enfants TDAH	30
4. Discussion	31
4.1. Interprétation des résultats	31
4.2. Apports et limites de l'étude	32
4.3. Perspectives	33
Conclusion	34
RÉFÉRENCES	36
TABLE DES ANNEXES	46

GLOSSAIRE

ANFE	: Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA	: <i>American Psychiatric Association</i> ou Association américaine de psychiatrie
APF	: Association des Paralysés de France
CAA	: Communication Alternative et Augmentée
CAMSP	: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CO-OP	: <i>Cognitive Orientation to daily Occupational Performance</i>
DSM	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DU	: Diplôme Universitaire
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENOTHE	: <i>European Network of Occupational Therapy in Higher Education</i> ou Réseau européen d'ergothérapie dans l'enseignement supérieur
EREA	: Etablissement Régional d'Enseignement Adapté
HAS	: Haute Autorité de Santé
IFE	: Institut de Formation en Ergothérapie
Inserm	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSV	: Institut National du Sommeil et de la Vigilance
MCPO	: Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle
MCREO	: Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
MCRO	: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
MDH-PPH	: Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap
MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOH	: Modèle de l'Occupation Humaine
OPM(A)	: <i>Occupational Performance Modèle (Australia)</i> ou Modèle australien de la performance occupationnelle
PEO	: Personne Environnement Occupation

- PEOP** : Personne Environnement Occupation Performance
- PhD** : *Philosophiæ Doctor* ou Doctorat
- SESSAD** : Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
- SSR** : Soins de Suite et Réadaptation
- TDAH** : Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TND** : Trouble du NeuroDéveloppement
- WFOT** : *World Federation of Occupational Therapists* ou Fédération mondiale des ergothérapeutes

Introduction

D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), nous passons près d'un tiers de notre vie à dormir. Le sommeil est un déterminant de santé et joue un rôle important dans de nombreux domaines tels que la régulation de l'humeur ou les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation. Aussi, selon une étude de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) menée en 2015, un français sur trois déclarent souffrir de troubles du sommeil, ce qui a des répercussions dans sa vie quotidienne. Cela fait du sommeil un enjeu de santé publique (Hein, 2021). Mais la prévalence et les conséquences des troubles du sommeil sur les activités de vie quotidienne sont d'autant plus importantes chez les enfants atteints de Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). De plus, la fréquence de ce trouble neurodéveloppemental est estimée, en 2015, à environ 5% des enfants par l'American Psychiatric Association (APA).

J'ai choisi de mener ce mémoire d'initiation à la recherche sur ce sujet car le champ d'intervention des ergothérapeutes sur le sommeil m'a toujours intrigué. En effet, le sommeil est la principale activité que l'on réalise dans notre vie et pourtant, elle ne semble pas encore vue par tous comme une occupation à part entière. Sa grande importance est ainsi minimisée par de nombreux professionnels, patients et aidants. Après quelques recherches, je me suis rendue à l'évidence qu'il n'y avait que très peu de littérature sur la prise en charge du sommeil par les ergothérapeutes en France et encore moins auprès des enfants TDAH. Ainsi, la pratique n'est pas grandement répandue sur le terrain français alors que l'efficacité des traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil a largement été démontrée (Lecendreux, 1997). Néanmoins, les ergothérapeutes sont les experts en sciences de l'occupation et de son lien avec la santé, et sont donc amenés à prendre en charge le sommeil. Cela a ainsi fait émerger ma question de départ qui est : « *Comment la prise en charge non-médicamenteuse des troubles du sommeil chez les enfants TDAH peut être mise en place par les ergothérapeutes via un modèle conceptuel ?* ».

L'objectif de ce mémoire est ainsi d'étudier la littérature concernant la pratique de la prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants TDAH par les ergothérapeutes et l'utilisation des modèles conceptuels, puis de recueillir des expériences de terrain sur cette pratique. Cela permettra de comparer les données et faire le point sur la pratique actuelle en France. Nous étudierons un modèle en particulier, l'*Occupational Performance Modèle (Australia)* (OPM(A)).

Ce mémoire commencera par aborder le cadre théorique de l'étude, issu de la littérature, en trois parties. La première présentera le TDAH chez les enfants et sa prise en charge. La deuxième partie fera le lien entre le TDAH et les troubles du sommeil, ainsi que leurs conséquences dans les activités de la vie quotidienne. Puis, la troisième partie explicitera la pratique ergothérapique en lien avec ce sujet et introduira l'OPM(A). Cette revue de littérature permettra, par la suite, d'énoncer la question de recherche et l'hypothèse émise à laquelle cette étude tentera de répondre. Suivra ensuite la partie exploratoire composée de la méthodologie de recherche, de l'analyse des résultats obtenus et de la discussion. Enfin, la conclusion fera une synthèse de ce mémoire.

I. Partie théorique

1. Le TDAH chez les enfants

1.1. Définition et épidémiologie du TDAH

Dès le XIX^{ème} siècle, des symptômes d'instabilité, d'agitation ou d'hyperkinésie sont décrits chez les enfants et par la suite chez les adultes. Le terme TDAH fait son apparition en 1987 dans la 3^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) de l'APA. En 1994, le DSM-IV (APA) précise le diagnostic du TDAH en établissant des critères d'inattention et d'hyperactivité - impulsivité (Welniarz, 2011). Depuis 2015, le TDAH est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux dans le DSM-V de l'APA. Ces troubles y sont décrits comme étant un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils se manifestent typiquement précocement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire. Ces troubles sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social et scolaire ou professionnel.

L'étude épidémiologique du TDAH permet de mieux comprendre la population. Le TDAH est un trouble fréquent, mais dont la prévalence fait l'objet de multiples débats sur le plan international. Les disparités sont dûes, en partie, aux critères et à la méthode diagnostique utilisée (Polanczyk et al., 2007). Le taux de prévalence du TDAH est estimé à environ 5% des enfants et 2,5% des adultes (APA, 2015), touchant en majorité les garçons. Aussi, ce taux est plus élevé chez les enfants de moins de 12 ans que chez les adolescents (Polanczyk et al., 2007). Cela peut s'expliquer par la diminution des symptômes d'hyperactivité motrice à partir de l'adolescence. Toutefois, l'agitation, l'inattention et l'impulsivité peuvent persister dans le temps (Turgay et al., 2012).

L'étiologie du TDAH est à ce jour inconnue. Aucun facteur de risque unique n'explique ce trouble (Thapar et al., 2013). D'un point de vue génétique, l'héritabilité du TDAH est significative (Stawicki et al., 2006). Au niveau environnemental, certains facteurs de risque ont été identifiés mais aucun ne peut être reconnu comme définitivement causal. On peut citer par exemple une exposition pré et postnatale au plomb, un faible poids à la naissance (Thapar et al., 2013), l'usage de tabac ou d'alcool pendant la grossesse (Thapar et al. 2009), des antécédents de sévices ou de carence de soins pendant l'enfance, des placements familiaux multiples, des maladies infectieuses ou encore des réactions à des facteurs diététiques (Nigg et al., 2012).

1.2. Tableau clinique

Le TDAH regroupe un spectre de dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels s'articulant autour de trois symptômes principaux : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité motrice (Purper-Ouakil et al., 2006) appelés triade caractéristique. L'inattention se manifeste sur le plan comportemental par une distractibilité, un manque de persévérance, des difficultés à soutenir son attention, le fait d'être désorganisé (APA, 2015), une incapacité à terminer une tâche, des oublis fréquents ou encore un refus ou un évitement de tâches exigeant une attention accrue (Haute Autorité de Santé (HAS), 2015). L'hyperactivité motrice est caractérisée par une agitation incessante, une incapacité à rester en place lorsque les conditions l'exigent (HAS, 2015), un excès de « bougeotte », de tapotements des doigts ou de bavardage. Chez les adultes, l'hyperactivité peut se manifester par une agitation extrême ou par une intensité d'activité épuisante pour les autres (APA, 2015). Enfin, l'impulsivité se réfère comme une difficulté à attendre, un besoin d'agir, une tendance à interrompre les activités des autres (HAS, 2015). Les actions sont réalisées précipitamment et sans réflexion sur leurs conséquences à court et long terme. Les personnes présentant des comportements impulsifs sont plus à risque de se mettre en danger (APA, 2015).

D'après le DSM-V (APA, 2015), les symptômes doivent être présents avant l'âge de 12 ans. Ils doivent persister 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 ou professionnelles. Aussi, ils ne doivent pas seulement être la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ni d'un manque de compréhension d'une tâche ou d'une consigne.

L'intensité des symptômes varie d'une personne à l'autre. Trois types de TDAH sont définis dans le DSM-V (APA, 2015) : la présentation inattentive prédominante, la présentation hyperactive/impulsive prédominante et la présentation combinée (ou mixte). La présentation inattentive est prédominante si lors des 6 derniers mois le critère de l'inattention est rempli mais pas le critère de l'hyperactivité-impulsivité. À l'inverse, la présentation hyperactive/impulsive est prédominante si lors des 6 derniers mois le critère de l'hyperactivité-impulsivité est rempli mais pas le critère de l'inattention. Enfin, si ces deux critères sont remplis pour les 6 derniers mois, la présentation est dite combinée.

Selon le nombre de symptômes présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic et selon l'altération du fonctionnement social et scolaire ou professionnel,

trois niveaux de sévérité du TDAH sont définis : léger, moyen et grave (APA, 2015). La sévérité n'est pas figée dans le temps. Chez la plupart des personnes TDAH, les symptômes d'hyperactivité motrice deviennent moins marqués à l'adolescence et à l'âge adulte mais les difficultés, entre autres, d'inattention et d'impulsivité persistent (Turgay et al. 2012).

Le diagnostic du TDAH est à différencier de ceux d'autres troubles ayant une symptomatologie proche. Le DSM-V (APA, 2015) cite par exemple les troubles : neurodéveloppementaux (handicap intellectuel, trouble du spectre de l'autisme, trouble spécifique des apprentissages et autres), oppositionnel avec provocation, explosif intermittent, réactionnel de l'attachement, psychotiques, anxieux, dépressifs ou bipolaires, de la personnalité, disruptif avec dysrégulation émotionnelle, de l'usage de substances et neurocognitifs. Le TDAH doit être différencié des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité liés à la prise de médicaments. Enfin, il doit également être distingué des troubles du sommeil (Bonati et al., 2015) qui présentent les mêmes symptômes que le TDAH chez les personnes qui en souffrent.

Le TDAH peut être associé à un retentissement familial, social et scolaire ou professionnel. Les retentissements sont en lien à la fois avec la sévérité des symptômes, la présence de comorbidités (National Institute for Health and Care Excellence, 2018), l'adaptation de l'entourage ou encore la présence d'une prise en charge. Les retentissements fonctionnels sont variables tout au long de la vie de la personne TDAH. En âge préscolaire, des troubles du comportement peuvent apparaître. Pendant la période du primaire, des difficultés scolaires, des interactions sociales difficiles et des problèmes d'estime de soi sont à même de s'ajouter aux troubles comportementaux. Durant l'adolescence, des conduites antisociales et des conduites à risques peuvent survenir, telles que des problèmes avec la loi, des abus de substances ainsi que des accidents entraînant des blessures. Enfin, lors de l'entrée dans la vie active, des retentissements professionnels surgissent chez certaines personnes, tels des problèmes au travail et des échecs professionnels (Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA), 2020). En effet, les adultes TDAH ont souvent de plus faibles performances professionnelles, un plus faible taux de présence et une plus forte probabilité de chômage (Kessler et al., 2006). Aussi, les adultes TDAH sont plus susceptibles que la moyenne de divorcer ou de se suicider (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013).

Toutefois, des soins adaptés permettent de limiter les problèmes de comportement et d'apprentissage du jeune, ainsi que leurs conséquences (HAS, 2015).

1.3. Prise en charge du TDAH

1.3.1. Traitements non-médicamenteux

Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (2021), la prise en charge du TDAH doit être la plus précoce possible et doit être adaptée aux symptômes, à leur sévérité et au contexte socio-familial. Les besoins de l'enfant sont définis grâce à une évaluation biopsychosociale (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013). La prise en charge doit être globale, avec dans un premier temps une approche non-médicamenteuse à laquelle s'ajoute dans certains cas un traitement médicamenteux (Gramond, 2014).

La prise en charge non médicamenteuse est essentielle et répond à de multiples objectifs thérapeutiques : « *atténuer l'intensité et la fréquence des troubles du comportement, favoriser les apprentissages et les compétences sociales, renforcer l'estime de soi et prendre en charge les comorbidités* » (Gramond, 2014, p.248). Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs moyens sont nécessaires : la thérapie familiale, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies individuelles ou de groupe, ou encore la rééducation.

Dans un premier temps, la prise en charge commence majoritairement par de la psychoéducation auprès du jeune et de sa famille. Elle vise à les informer sur le trouble afin de mieux le connaître et le comprendre (Gaillac & Vera, 2016).

La thérapie familiale peut ensuite être poursuivie par un programme de guidance parentale. Elle a pour objectif d'améliorer les compétences des parents en matière de gestion comportementale en s'appuyant sur le renforcement des comportements positifs plutôt que sur des sanctions (Le Heuzey, 2003).

Les thérapies cognitivo-comportementales, elles, s'intéressent aux facteurs qui induisent, maintiennent ou aggravent le trouble. Elles permettent à l'enfant d'identifier ses schémas de pensée sources de souffrance et de mauvaise adaptation sociale. La remédiation cognitive est également utilisée afin d'aider les enfants à développer des stratégies d'apprentissage efficaces pouvant être généralisées à différentes situations (Gramond, 2014).

En fonction des troubles associés au TDAH, des prises en charge rééducatives peuvent être nécessaires. En cas de troubles du langage écrit, oral, ou de troubles logico-mathématiques, des séances d'orthophonie sont indiquées. La prise en charge psychomotrice a pour objectif d'aider l'enfant à être capable d'apprendre et de se contrôler (inhiber une réponse, gérer le temps et les rythmes, mettre en place une organisation efficace des tâches à effectuer) (Marquet-Doléac et al., 2005). Enfin, l'ergothérapeute prend en charge les jeunes TDAH via l'adaptation de l'environnement (domicile, classe), la sélection de tâches appropriées, la résolution des problèmes fonctionnels et de développement (Reynolds, 2007a),

le travail sur l'organisation et la planification dans les activités de la vie quotidienne ou encore la mise en place de routines (Dessarps, 2021).

Des groupes d'affirmation de soi ou de gestion de l'impulsivité peuvent également être proposés selon les besoins de l'enfant. De plus, s'il présente des comorbidités psychiatriques associées au TDAH, des psychothérapies peuvent être mises en place (Gramont, 2014).

Enfin, de nombreuses autres pratiques peuvent aider à réduire les symptômes du TDAH telles que les approches de pleine conscience (Cairncross & Miller, 2016), la diversion de l'attention associée aux stratégies d'ancrage ou encore l'instauration de routines de décharge motrices. La diversion de l'attention consiste pour l'enfant à trouver une façon de se mettre en action pour vivre l'émotion et non pas la bloquer (chanter, se retirer dans un coin calme). Les stratégies d'ancrage consistent à faire une activité sensorielle ou à manipuler des objets sensoriels afin de solliciter sa proprioception et canaliser ses pensées et ses sensations (écouter la pluie, manipuler une balle anti-stress, faire des auto-massages). Une routine de décharge motrice est constituée d'activités physiques courtes et intenses permettant au jeune de diminuer ses émotions négatives en les déchargeant de façon contrôlée et non pas chaotique (sauter sur place, lancer un ballon, respirer lentement) (Verret et al., 2017).

1.3.2. Traitements médicamenteux

À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif du TDAH, mais un ensemble de mesures permettent de réduire autant que possible les symptômes et de ce fait les conséquences du TDAH sur le développement de l'enfant et sur ses relations avec son entourage (Ameli, 2021).

Selon la HAS : « *Le méthylphénidate, appartenant à la famille des psychostimulants, est le seul traitement à disposer en France d'une AMM [(Autorisation de Mise sur le Marché)] dans le TDAH, chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes* » (2021, p.3). Son efficacité sur la triade symptomatologique a été mise en évidence chez les enfants de 7 à 12 ans. Les effets spécifiques du méthylphénidate sont observés dans les domaines moteurs, sociaux et cognitifs. Cependant, ce stimulant fait partie du groupe des stupéfiants. De ce fait, la prescription doit être effectuée sur une ordonnance sécurisée. De plus, elle doit être adaptée aux conditions de vie familiale et sociale de l'enfant (Le Heuzey, 2015).

En effet, il existe des formes à libération immédiate qui nécessitent deux voire trois prises par jour et des formes à libération prolongée nécessitant une prise unique dont la durée

d'action est d'environ 8 heures. Ainsi, les effets cliniques du traitement varient selon l'horaire de la prise : ils augmentent après la prise, atteignent un pic puis diminuent progressivement (Le Heuzey, 2015). Le plus souvent, les effets s'estompent vers 16h, moment où les enfants avec ou sans TDAH sont le plus agités et impulsifs. Dans certains cas, l'agitation et l'impulsivité sont encore plus fortes que le comportement habituel de l'enfant à la même heure sans prise de médicament, c'est ce que l'on appelle l'effet rebond (Khoury et al., 2020). Ainsi, le choix des occupations de l'enfant durant toute la journée est impacté.

Lors d'une prise médicamenteuse, les effets secondaires sont à surveiller. En effet, le manque d'appétit, les troubles du sommeil, les sauts d'humeur, l'irritabilité et les tics, qui font partie des principaux effets indésirables des stimulants, sont également des symptômes courants chez les enfants et les adolescents ayant un TDAH non traité. Il est donc important de quantifier les symptômes avant d'amorcer toute médication (Feldman et al., 2018). D'autres effets secondaires du méthylphénidate peuvent également être présents, comme un ralentissement du développement staturo-pondéral, des palpitations cardiaques, des céphalées et des douleurs abdominales (Ameli, 2021).

Le traitement par médicament est donc non-systématique, vient en complément et non en remplacement des approches non-médicamenteuses et doit être mis en place par un spécialiste du TDAH qui apprécie le rapport entre les risques du traitement et les bénéfices attendus (Ameli, 2021).

1.4. Comorbidités

Le TDAH est fréquemment associé à d'autres troubles. La fréquence de ces troubles comorbides, ou troubles associés, est estimée autour de 52 à 66% dans des études européennes chez l'enfant. Ces comorbidités compliquent ainsi à la fois le repérage, le diagnostic et la prise en charge du TDAH (Mohr Jensen & Steinhausen, 2015). Les troubles associés les plus fréquents sont les autres troubles du neurodéveloppement tels que les troubles spécifiques des apprentissages, de l'acquisition de la coordination, de la communication, du spectre de l'autisme et la déficience intellectuelle. Par ailleurs, le TDAH s'associe très souvent à des troubles psychiatriques, comme le trouble des conduites, la dépression et les troubles anxieux (Erskine et al., 2016). Bélanger et al. (2018) citent également les troubles disruptifs incluant le trouble oppositionnel avec provocation ainsi que les tics comme troubles comorbides du TDAH. Enfin, l'association entre TDAH et troubles du sommeil est très fréquente (Sung et al., 2008).

2. Le sommeil

2.1. Physiologie et rôle du sommeil

La journée d'un Homme est rythmée sur un cycle de 24h par l'alternance entre périodes d'éveil et périodes de sommeil. Ces deux états physiologiques fondamentaux sont régulés par des systèmes complexes (Djouadi & Léger, 2018). L'éveil, ou l'état de veille, « *caractérise tous les moments conscients de notre vie et représente, chez l'adulte, près de deux tiers du temps. Cet état oscille de façon plus ou moins rapide entre des temps d'éveil actif et des temps d'éveil passif* ». Le sommeil représente quant à lui un tiers de notre temps. Il est défini comme une baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil entraînant une perte de la vigilance, une diminution du tonus musculaire et une conservation partielle de la perception sensitive (Inserm, 2017).

D'après le manuel de Rechtschaffen et Kales (1968), on distingue trois états : la veille, le sommeil lent et le sommeil paradoxal. Le sommeil lent est composé de quatre stades. Le stade 1 correspond à l'endormissement. Le stade 2, qui est le plus important en quantité au cours de la nuit, est le sommeil lent léger. Enfin, les stades 3 et 4 représentent le sommeil lent profond, suivi ensuite du sommeil paradoxal. L'alternance du sommeil lent et du sommeil paradoxal correspond à un cycle et dure environ 90 à 100 minutes (Rauchs et al., 2011). Une nuit de sommeil est composée d'une succession de 3 à 6 cycles environ (Inserm, 2017). Selon Djouadi et Léger : « *Plus on avance dans la nuit, moins les cycles sont riches en sommeil lent profond, et plus ils sont riches en sommeil paradoxal* » (2018).

D'après l'Inserm : « *Le sommeil représente la forme la plus aboutie du repos* » (2017). Il joue un rôle important sur le métabolisme, l'immunité, la maturation cérébrale et l'apprentissage (Inserm, 2017). Parmi ces rôles, on peut citer le maintien de la vigilance à l'état de veille, le maintien de la température corporelle sur 24 heures, la reconstitution des stocks énergétiques des cellules musculaires et nerveuses, la production d'hormones et en particulier l'hormone de croissance et la mélatonine, la régulation de fonctions telles que la glycémie, l'élimination des toxines, la stimulation des défenses immunitaires, la régulation de l'humeur et de l'activation du stress, les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation (INSV, 2010). Le sommeil présente donc de multiples rôles nécessaires au bon fonctionnement d'un individu au cours de sa journée. Un mauvais sommeil aura ainsi des répercussions sur toutes les fonctions énoncées ci-dessus (INSV, 2010).

2.2. Les troubles du sommeil

D'après le Larousse médical (2017), un trouble du sommeil correspond à toute perturbation de la durée ou de la qualité du sommeil. Les troubles de l'alternance veille-sommeil comprennent, dans le DSM-V (APA, 2015), 10 troubles ou groupes de troubles que sont : l'insomnie, l'hypersomnolence, la narcolepsie, les troubles liés à la respiration, les troubles liés au rythme circadien, les troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal, les cauchemars, les troubles du comportement en sommeil paradoxal, le syndrome des jambes sans repos et les troubles induits par une substance/un médicament. La classification internationale des troubles du sommeil (American Academy of Sleep Medicine, 2001) répartit quant à elle ces troubles en trois catégories :

- Les dyssomnies, troubles produisant une somnolence excessive ou des difficultés à initier ou maintenir le sommeil (insomnies, hypersomnies, troubles du cycle circadien).
- Les parasomnies, produisant des phénomènes physiques indésirables survenant au cours des différentes phases de sommeil (transition de la veille au sommeil, sommeil lent profond, sommeil paradoxal). Les paralysies du sommeil, les cauchemars et le bruxisme sont des parasomnies.
- Les troubles du sommeil en rapport avec d'autres troubles. De nombreux troubles mentaux (psychose, anxiété, ...), neurologiques (démence, maladie de Parkinson, ...) et autres troubles médicaux (fibromyalgie, asthme, ...) peuvent en être la cause (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Les causes possibles des troubles du sommeil sont ainsi variées : héréditaires, médicales, physiologiques, physiques, psychiatriques, comportementales ou encore dûes à de mauvaises habitudes (De Koninck & Godbout, 1985).

2.3. Les impacts des troubles du sommeil sur la vie quotidienne

Le sommeil joue donc un rôle important sur la santé et le bien-être. Quand il est perturbé, les conséquences peuvent être d'ordre médicales comme par exemple développer une maladie chronique telle que l'obésité, le diabète, des problèmes cardiaques ou encore une hypertension artérielle (Wiseman-Hakes et al., 2009). De plus, de nombreuses conséquences impactent directement les activités de la vie quotidienne. En effet, la somnolence, la baisse des performances physiques et intellectuelles, la nervosité, les troubles sociaux, l'irritabilité ou encore les risques d'erreurs ou d'accidents dégradent la qualité de la journée du lendemain (Léger & Ogrizek, 2012). Selon le DSM-V (APA, 2015), la détresse et la déficience qui résultent des troubles du sommeil durant la journée caractérisent ces derniers.

Les troubles du sommeil impactent donc la qualité de vie et la productivité. Mais les conséquences ne s'arrêtent pas à l'échelle de l'individu. En effet, le partenaire et/ou la famille de la personne souffrant de troubles du sommeil peut également présenter une baisse de sa qualité de vie (Colten et al., 2006). Ces troubles représentent alors un important problème de santé publique (Hein, 2021). En somme, les troubles du sommeil présentent des retentissements au niveau de la personne, de ses occupations et de son environnement social.

2.4. La prise en charge actuelle du sommeil

Hein, docteur en sciences médicales, écrit que « *Avant toute intervention, il est nécessaire de réaliser une évaluation complète afin d'avoir un diagnostic adéquat et des objectifs clairs de traitement* » (2021, p.11).

La première étape de la prise en charge des troubles du sommeil est, le plus souvent, le rapport au médecin traitant de la plainte de la personne. Celui-ci effectue ensuite l'évaluation des troubles du sommeil comprenant une phase d'entretien afin de recueillir des informations telles que les routines du coucher, l'environnement de sommeil ou la prise de médicaments. Un examen clinique complet est ensuite réalisé afin de rechercher une cause somatique. Le cas échéant, des investigations complémentaires spécialisées sont effectuées (polysomnographie, actimétrie, ...) (Lecendreux, 1997). Ces examens peuvent être passés au sein de centres du sommeil, qui sont des unités spécialisées dans le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil.

Ensuite, la prise en charge varie selon les différents troubles du sommeil, mais dans tous les cas, les approches non médicamenteuses doivent être privilégiées. Après traitement des éventuelles pathologies associées au trouble du sommeil, les principaux axes de prise en charge sont la psychoéducation de la personne et de sa famille, le traitement comportemental avec l'établissement d'une bonne hygiène du sommeil, les thérapies cognitivo-comportementales (surtout pour l'insomnie) et enfin les traitements médicamenteux instaurés en fonction de la balance bénéfice/risque (Hein, 2021). Cependant, malgré une importante prévalence des troubles du sommeil estimée à un tiers de la population générale selon Ohayon (2007), ils restent sous-diagnostiqués et sous-traités (Léger et al., 2015).

2.5. Les troubles du sommeil chez l'enfant TDAH

D'après Corkum et al. (2014), la prévalence des troubles du sommeil chez les enfants TDAH varie de 50 à 95%. Les plus fréquents chez cette population sont la résistance au coucher, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents (Kirov & Brand, 2014), des troubles du cycle circadien et des insomnies (Wajszilber et al., 2018).

Ces troubles sont des problèmes de sommeil primaires comorbides et/ou des altérations associées aux médicaments utilisés pour traiter le TDAH (Wajszilber et al., 2018). En effet, les stimulants tels que le méthylphénidate peuvent avoir un impact négatif sur le sommeil en raison de l'effet rebond (augmentation des symptômes du TDAH lorsque le médicament se dissipe). La vulnérabilité à ces effets négatifs est probablement liée à des facteurs individuels (Konofal et al., 2010). Malgré cela, les troubles du sommeil restent fréquents même en dehors de toute médication (Le Heuzey, 2015). Cependant, la cause réelle des troubles du sommeil chez les TDAH reste encore inconnue (Kirov & Brand, 2014).

Les conséquences des troubles du sommeil sont très proches de la symptomatologie du TDAH. Ils aggravent ainsi les déficits neurocomportementaux déjà présents chez ces enfants. Cela peut alors conduire à des erreurs de diagnostic, interférer avec le traitement et ainsi ajouter un fardeau psychologique aux soignants, aux parents et aux proches de ces enfants (Kirov & Brand, 2014). Les problèmes de sommeil sont associés à un impact négatif significatif sur les habiletés fonctionnelles et sociales et sur la qualité de vie physique, psychosociale et globale des jeunes TDAH. Ces troubles affectent donc non seulement le fonctionnement général, mais aussi des domaines spécifiques du fonctionnement des enfants (Craig et al., 2020). Les effets négatifs sur le développement peuvent être d'ordres cognitif, socio-affectif ou comportemental. Un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité chez un jeune est associé, sur le plan cognitif, à une difficulté à se concentrer, à apprendre de nouvelles connaissances (Sadeh et al., 2003) et à une moins bonne performance reliée aux fonctions exécutives (attention, autorégulation, mémoire de travail, organisation cognitive, flexibilité mentale et temps de réaction) (Bernier et al., 2010). Cela montre la plus faible réussite scolaire de nombreux enfants ayant des troubles du sommeil (Fallone et al., 2005). Sur le plan du développement socioaffectif, les effets résident dans la diminution de la régulation des émotions et du traitement des informations émotionnelles (Schumacher et al., 2016). Enfin, les troubles de sommeil sont souvent associés à des problèmes de comportement durant la journée (Jenkins et al., 1984) qui induisent une somnolence se manifestant par des bâillements, des comportements d'irritabilité, de colère ou encore d'hyperactivité.

Une prise en charge appropriée des problèmes de sommeil chez les enfants atteints de TDAH peut contribuer à une meilleure qualité de vie pour eux et leurs familles (Konofal et al., 2010). Cependant, les troubles du sommeil comorbides chez cette population sont souvent négligés et laissés non traités (Wajszilber et al., 2018). Compte tenu de l'ampleur des difficultés diurnes et nocturnes liées au TDAH et de leurs interrelations, le TDAH doit être conceptualisé comme un trouble de 24 heures (Becker, 2020).

3. Ergothérapie et OPM(A)

3.1. Qu'est-ce que l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), un ergothérapeute est un professionnel de santé exerçant dans le milieu sanitaire, médico-social et social (2022). Il intervient auprès de personnes de tous âges rencontrant une situation de handicap. L'ANFE le définit ainsi : « *Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation, en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* ». La pratique de l'ergothérapie, ou *occupational therapy* en anglais, s'appuie ainsi sur la science de l'occupation (Pierce, 2016). D'après la terminologie de l'*European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE), l'occupation est « *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 et loisirs* ». L'activité est quant à elle « *une suite d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2013). La pratique de l'ergothérapie est ainsi centrée sur la personne, basée sur l'occupation, et prend en compte leurs interactions avec l'environnement (World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2010).

Selon les référentiels d'activités et de compétences du métier d'ergothérapeute définis par l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (Annexe A et Annexe B), celui-ci s'intègre au sein d'une équipe pluridisciplinaire et possède un large champ d'action. En effet, après avoir recueilli les informations nécessaires et élaboré un diagnostic ergothérapeutique, l'ergothérapeute établit un plan d'intervention personnalisé comprenant des activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion, réhabilitation sociale, conseil et éducation auprès de la personne et de son environnement physique et social. Il peut ainsi préconiser des aides techniques, humaines ou animalières afin de rendre la personne plus indépendante et autonome dans sa vie quotidienne.

3.2. Ergothérapie et TDAH

L'intervention en ergothérapie auprès d'enfants présentant une situation de handicap a pour but de favoriser leur engagement et leur participation dans leurs rôles de la vie quotidienne (Mandich & Rodger, 2006). Le modèle de délimitation de Reynolds (2007a) présenté en Annexe C permet de mieux comprendre les particularités des enfants TDAH et comment les aborder.

La prise en charge ergothérapeutique auprès d'enfants atteints de TDAH commence par une évaluation multidimensionnelle (Chu, 2003). Elle met en évidence la façon dont la pathologie et les comorbidités associées affectent le développement et la performance dans les occupations de l'enfant (Reynolds, 2007b). D'après le modèle de délimitation, l'ergothérapeute doit évaluer l'enfant au niveau neurologique, psychologique et comportemental, ainsi que son environnement, sa performance dans les tâches du quotidien et la dynamique et le soutien de sa famille. Le recueil de ces données peut se faire grâce à des entretiens avec l'enfant, sa famille et l'enseignant, à la passation de bilans ou à la réalisation d'observations. Les autres professionnels prenant en charge l'enfant peuvent également transmettre certaines informations nécessaires à l'intervention de l'ergothérapeute. Après analyse et interprétation des résultats de l'évaluation, des objectifs communs avec les parents, l'enseignant et l'enfant sont fixés (Reynolds, 2007b). L'ergothérapeute définit ensuite un plan d'intervention adapté à l'enfant et aux objectifs reprenant les différents axes du modèle. L'intervention est donc elle-aussi multidimensionnelle. Elle comprend toutes les séances avec l'enfant, avec par exemple l'utilisation de thérapies d'intégration sensorielle, la prise en compte du régime sensoriel de l'enfant et la préconisation de gilet lesté qui répondent au niveau neurologique de la prise en charge (Reynolds, 2007b). Le versant psychologique est généralement travaillé par le psychologue en traitant les dysfonctionnements exécutifs et le contrôle des impulsions (Barkley, 1997). Le domaine comportemental peut être abordé par l'entraînement à l'acquisition d'habiletés sociales, par la gestion comportementale et par la modulation sensorielle. Dans un même temps, l'ergothérapeute peut mener des séances d'éducation et de formation pour les parents et l'enseignant afin de mieux comprendre la pathologie et ainsi obtenir de meilleurs résultats de prise en charge (Johnston & Freeman, 2002). Sur le plan environnemental, celui-ci doit être calme, peu stimulant et adapté selon les caractéristiques physiques et sensorielles de l'enfant (McEwen, 1990), au même titre que les routines qui doivent être prévisibles et structurées. Enfin, l'ergothérapeute travaille avec le jeune sur le choix des tâches afin qu'elles soient significatives pour lui et qu'elles répondent au juste défi (Reynolds, 2007b). Tout cela permet à l'enfant TDAH de réussir dans sa participation à ses occupations quotidiennes et ainsi être plus autonome et indépendant.

3.3. Les modèles conceptuels en ergothérapie

Selon Morel-Bracq dans son livre « *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* » (2017), un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ». Il existe de nombreux modèles

conceptuels qui tendent à se complexifier en fonction de l'évolution des idées, des connaissances et de la pratique. Certains modèles sont interprofessionnels, élaborés par des professionnels autres qu'ergothérapeutes, mais pouvant être utiles à notre pratique. D'autres ont été élaborés par, et pour des ergothérapeutes. Chaque modèle met en évidence certains aspects plutôt que d'autres ce qui le rend plus ou moins adapté à la situation et au contexte d'exercice. Aussi, il est possible d'utiliser plusieurs modèles de façon complémentaire.

L'utilisation de modèle conceptuel permet aux ergothérapeutes d'avoir un cadre d'intervention structuré et argumenté et des outils d'évaluation cohérents. De plus, les modèles conceptuels élaborés par des ergothérapeutes et pour l'ergothérapie expriment la spécificité du métier et améliorent ainsi sa compréhension par les autres professionnels.

Un modèle semble intéressant à étudier dans le cas de la prise en charge ergothérapique des troubles du sommeil d'un enfant TDAH : l'Occupational Performance Modèle (Australia) (OPM(A)).

3.4. L'OPM(A)

L'OPM(A), traduit Modèle australien de la performance occupationnelle, est un modèle général en ergothérapie d'après Morel-Bracq (2017). Il a été élaboré par Christine Chapparo et Judy Ranka en 1986 afin de servir de fondement à la structuration du programme de formation des ergothérapeutes de Sydney en Australie. Illustré dans sa forme originale en Annexe D et traduit librement par Morel-Bracq en Annexe E, il est structuré autour d'un concept central qu'est la performance occupationnelle en abordant son lien avec la personne et l'environnement. La performance occupationnelle est considérée comme un système dynamique composé de l'environnement interne, c'est-à-dire les structures, conditions et influences relatives à la performance occupationnelle que l'on trouve chez les humains (rôles, domaines, composantes et éléments de base de la performance occupationnelle) et de l'environnement externe. Sa structure théorique est ainsi formée autour de huit grandes constructions fondamentales : la performance occupationnelle, les rôles, les domaines, les composantes et les éléments de base de la performance occupationnelle, l'environnement, l'espace et le temps. Tous ces sous-systèmes sont complexes, multidimensionnels et en interaction (Chapparo & Ranka, 1997b). Pour plus de compréhension de ce modèle, voici les définitions des huit constructions fondamentales d'après Chapparo et Ranka (1997c) :

- Performance occupationnelle : « *c'est la capacité de percevoir, désirer, se souvenir, planifier et exécuter des rôles, des routines, des tâches et des sous-tâches à des fins de soins personnels, de productivité, de loisirs et de repos en réponse aux demandes de l'environnement interne et/ou externe* » (Chapparo & Ranka, 1997c, p58).

- Rôles de la performance occupationnelle : les rôles sont déterminés par les relations personne-environnement-performance individuelles. Ils sont établis par nécessité et/ou choix et se modifient au fil du temps.

- Domaines de la performance occupationnelle : les domaines sont des routines, tâches et sous-tâches que la personne effectue pour répondre aux exigences de ses rôles. Les domaines sont d'ordre des soins personnels, de la productivité, des loisirs et du repos.

- Composantes de la performance occupationnelle : elles reflètent à la fois les domaines constitutifs de la personne et ceux constitutifs de la tâche. Elles sont classées en composantes biomécaniques, sensori-motrices, cognitives, intrapersonnelles et interpersonnelles.

- Éléments de base de la performance occupationnelle : les éléments fondamentaux sont le corps, l'esprit en tant que pensée et l'esprit en tant que spiritualité (Morel-Bracq, 2017).

- Environnement : l'environnement externe est composé de structures, de conditions et d'influences extérieures à l'environnement interne et au sein desquelles les occupations sont exercées. Il se compose des dimensions sensorielles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales et culturelles qui existent dans le temps et dans l'espace et qui interagissent dans un contexte politique et économique.

- Espace : représente à la fois l'espace physique (objectif) mais aussi l'espace ressenti (subjectif) propre à chaque personne selon son expérience.

- Temps : représente à la fois le temps physique (objectif) mais aussi le temps ressenti (subjectif) propre à chaque personne selon la compréhension qu'elle en a.

3.5. OPM(A), sommeil et TDAH

Quel que soit le domaine d'exercice, l'OPM(A) permet aux ergothérapeutes de structurer et de guider leur pratique. Dans un premier temps, le thérapeute identifie les besoins occupationnels de la personne dans le but de lui permettre le choix et la participation à ses rôles (rôle de la performance occupationnelle), à sa routine et à l'exécution de tâches (domaines de la performance occupationnelle) (Chapparo & Ranka, 1997a). L'ergothérapeute évalue la performance occupationnelle en prenant en compte les capacités de la personne à exécuter les occupations nécessaires et souhaitées dans les contextes réels, dans quelle mesure elle le fait et enfin l'influence du contexte multidimensionnel sur la performance (Ranka, 2014). Ensuite, il conçoit son plan d'intervention dans l'objectif de modifier ou compenser les problèmes sous-jacents biomécaniques, sensori-moteurs, cognitifs, intrapersonnels ou interpersonnels (composantes de la performance occupationnelle), leur lien avec les éléments de base et toute altération physique, sensorielle, sociale, culturelle, cognitive, psychologique, politique et économique faisant obstacle à la performance occupationnelle. L'intervention se

compose principalement d'activités et de tâches orientées vers un objectif. L'enjeu de l'OPM(A) est que les ergothérapeutes tiennent compte de tous les aspects de la fonction humaine contribuant à la performance occupationnelle. Ainsi, selon la situation de la personne, l'ergothérapeute va se concentrer sur des aspects différents du modèle, en tenant compte toutefois des autres composantes qui pourraient entrer en jeu à différents moments de la prise en charge (Chapparo & Ranka, 1997a).

Ce modèle pourrait donc être intéressant pour aborder la situation d'un enfant atteint de TDAH ayant des troubles du sommeil en se concentrant particulièrement sur certaines de ses constructions fondamentales. En effet, l'OPM(A) prend en compte dans un premier temps le repos comme une composante singulière faisant partie des domaines de la performance occupationnelle. Les occupations de repos font référence à la poursuite délibérée de la non-activité. Elles incluent le temps consacré au sommeil (Meyer, 1922), les routines, les tâches, les sous-tâches et les rituels entrepris dans le but de se détendre (Chapparo & Ranka, 1997a). Ensuite, la notion de temps, physique et ressenti, s'avère importante chez les enfants TDAH qui perçoivent le temps avec moins de précision que leurs pairs (Zheng et al., 2022). Enfin, l'OPM(A) tient compte des aspects sensoriels de l'environnement externe (environnement sensoriel) et des aspects sensoriels de la personne et de la tâche (composante sensori-motrice de la performance occupationnelle). La composante sensori-motrice fait référence au fonctionnement et à l'interaction entre les entrées sensorielles et les réponses motrices de l'enfant durant l'exécution de la tâche. Ce domaine est important car les problèmes de sommeil liés à l'agitation peuvent être associés à des déficits d'intégration sensorielle (Owens, 2009). Aussi, d'après certaines études comme celle de Mangeot et al. (2001), les enfants TDAH présentent un plus grand dysfonctionnement de modulation sensorielle que leurs pairs. Ces trois domaines (repos, aspect sensoriel, temps) spécifiques au modèle de l'OPM(A), seraient donc importants à prendre en compte dans la prise en charge ergothérapeutique d'un enfant TDAH souffrant de troubles du sommeil.

En somme, l'OPM(A) possède des caractéristiques communes avec les autres modèles conceptuels ergothérapeutiques comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), le modèle Personne Environnement Occupation (PEO), le modèle Personne Environnement Occupation Performance (PEOP) ou le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) que sont la mise en évidence des interactions entre la personne, ses occupations et son environnement et le dynamisme du modèle. Cependant, il se différencie de ces modèles par la prise en compte de l'environnement sensoriel, de l'aspect sensoriel de l'enfant, du temps et du repos/sommeil. Cela le rend ainsi intéressant pour aborder le sommeil chez les enfants atteints de TDAH.

II. Question de recherche et hypothèse

Après cette revue de la littérature, nous pouvons nous demander pourquoi les ergothérapeutes n'intègrent-ils pas systématiquement le sommeil dans leur prise en charge et particulièrement auprès d'un public tel que les enfants TDAH fréquemment sujets aux troubles du sommeil ? Leur manque-t-il des connaissances à ce sujet ? Leur manque-t-il des outils adaptés ? Les enfants TDAH peuvent présenter des troubles du sommeil, le sommeil est une occupation et les ergothérapeutes sont les experts de l'occupation.

La question de recherche à laquelle ce mémoire va tenter de répondre est alors : **« Comment un ergothérapeute peut-il intégrer le sommeil dans sa prise en charge chez les enfants atteints de TDAH via un modèle conceptuel ergothérapique ? ».**

Les recherches sur l'OPM(A) ont permis de mettre en évidence les liens qui pourraient exister entre ce modèle et le sommeil des personnes TDAH et confirment donc son intérêt pour le sujet. Ainsi, l'hypothèse qui est émise est la suivante : **« L'utilisation de l'OPM(A) par l'ergothérapeute auprès des enfants atteints de TDAH permettrait de considérer le sommeil comme une occupation à part entière et ainsi d'intégrer les traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil dans la prise en charge ».**

La littérature sur la prise en charge du sommeil en ergothérapie est limitée, voire très rare en France, d'autant plus auprès des enfants TDAH. L'intérêt de faire des recherches sur le terrain et d'interroger les professionnels sur ce sujet novateur est considérable.

III. Partie exploratoire

1. Objectifs de la phase exploratoire

Les objectifs principaux de la phase exploratoire est de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse émise et de répondre à la question de recherche. Les sous-objectifs permettant d'atteindre ces objectifs sont :

- Recueillir les points de vue d'ergothérapeutes sur la pratique, auprès des enfants TDAH, vis-à-vis des troubles du sommeil.
- Recueillir des expériences de terrain d'ergothérapeutes prenant en charge des enfants TDAH permettant de confronter la littérature à la réalité.
- Discuter de l'utilisation d'un modèle conceptuel pour cette problématique.
- Discuter des avantages et des limites de l'utilisation du modèle OPM(A).

2. Choix de l'approche méthodologique de recherche

Il existe trois principales approches méthodologiques de recherche : qualitative, quantitative et mixte. Pour ce mémoire, l'approche qui semble la plus adaptée est l'approche qualitative. Elle est définie par Creswell ainsi : « *Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage* » (1998, p.14). Cette approche permettra de répondre aux objectifs énoncés précédemment de façon simple et cohérente.

De nombreuses démarches méthodologiques de recherche qualitative peuvent être utilisées. Le choix se fait en fonction de ce que l'on cherche. Ici, nous avons vu d'après la théorie que le sommeil est un domaine important que les ergothérapeutes peuvent prendre en charge avec les enfants TDAH, que l'utilisation d'un modèle conceptuel permettrait d'accompagner ce processus et que l'OPM(A) serait intéressant. Mais qu'en est-il de la pratique ? Où en sont les ergothérapeutes praticiens de la question du sommeil chez les enfants TDAH ? Utilisent-ils des modèles conceptuels ergothérapeutiques pour leurs prises en charge ? On ne peut apporter des réponses concrètes à ces questions qu'en allant chercher les informations sur le terrain. Le plus pertinent serait d'amener des ergothérapeutes à s'interroger le plus largement possible sur cette question de recherche autant innovante qu'importante. Ainsi, la méthode de collecte de données qualitative correspondant le plus à ces attentes est le *focus group*.

3. Méthodologie de recherche

3.1. Présentation du *focus group*

Le *focus group* est une forme de méthode qualitative dans laquelle le modérateur pose aux participants des questions spécifiques à un sujet dans un groupe de discussion. Les *focus groups*, contrairement aux entretiens individuels, apportent la dimension supplémentaire d'interaction entre les membres (Kitzinger, 1994). Le nombre de participants (de 4 à 12 personnes) ainsi que la composition (homogène ou hétérogène) du groupe dépendent de l'objectif de la recherche (Krueger 1988). Le modérateur sert d'animateur du *focus group*. Il est chargé non seulement de guider, mais également de veiller à la dynamique de groupe pour s'assurer que tous les participants se joignent à la discussion. Une deuxième personne peut assister le modérateur afin de prendre des notes (Smithson, 2000).

Le processus d'un *focus group* implique la formulation de questions de recherche, la sollicitation de participants, l'organisation de la date et du lieu, l'animation, la transcription, l'analyse de données et la communication des résultats (Wong, 2008). L'analyse est la même que pour les autres méthodes qualitatives (Mays & Pope, 1995). Toutefois, du fait du faible échantillon, les résultats d'un *focus group* ne peuvent pas être généralisés (Wong, 2008).

3.2. Sélection et présentation des participants

Pour aborder au mieux le sujet de ce mémoire, le choix a été fait de former un groupe hétérogène, c'est-à-dire avec des professionnels ayant des caractéristiques qui les unissent, mais aussi qui les différencient. Le sujet portant sur la pratique ergothérapique auprès des enfants TDAH via un modèle conceptuel, la population ciblée par ce *focus group* a été des ergothérapeutes prenant en charge des enfants TDAH et/ou ayant des connaissances sur les modèles conceptuels. Cette mixité permettra de traiter le sujet avec des points de vue différents et complémentaires. L'objectif est d'avoir un nombre égal d'ergothérapeutes de chaque spécialité afin d'éviter un sentiment d'infériorité ou de supériorité numérique et d'assurer un équilibre dans les échanges.

Des critères d'inclusion sont donc les suivants :

- Être en possession du Diplôme d'État d'ergothérapeute depuis plus de deux ans
- Travailler ou avoir travaillé auprès d'enfants ayant un TDAH
et/ou avoir des connaissances sur les modèles conceptuels ergothérapiques

Le critère d'exclusion est d'avoir un décalage horaire trop important avec l'heure de Paris, ce qui aurait été un frein pour le choix du créneau pour le *focus group*.

Durant la phase de recherche des participants, des mails ont été envoyés à des ergothérapeutes connus pour travailler auprès d'enfants TDAH et à des ergothérapeutes connus pour avoir des connaissances sur les modèles conceptuels, de par leurs écrits notamment. Un mail type de prise de contact est présenté en Annexe F. Ce dernier comportait l'objet de la prise de contact, le thème du mémoire et une explication rapide du *focus group* et de son déroulé. Sur les 14 réponses reçues suite à ce premier mail, 9 ont été positives et 5 ont été des refus. Après l'établissement d'un créneau commun, 4 personnes ont finalement pu participer au *focus group*. Les détails de chaque participant, recueillis grâce à une fiche de renseignement (Annexe G), sont présentés dans le Tableau 1. Chaque participant a été anonymisé. Un code leur a donc été attribué afin de faciliter la suite de l'écrit. Les ergothérapeutes (« E ») spécialistes des enfants TDAH (« T ») ont été nommés « ETnuméro » et ceux spécialistes des modèles conceptuels (« M ») ont été nommés « EMnuméro ».

Tableau 1. Présentation des participants

Participant	ET1	ET2
Année de diplôme	2004	2015
Domaine d'exercice actuel	Pédiatrie libéral (depuis 2016)	Pédiatrie libéral (depuis 2016)
Domaines et durées d'exercices antérieurs	SESSAD APF (1 an), Pédiatrie en association privée (1 an), EREA (2 ans), CAMSP (5 ans).	EHPAD (3 ans), Conseils aménagement domicile ponctuels (depuis 2016), Animation d'ateliers : - préventions des chutes et aménagement du logement personnes âgées (depuis 2017), - développement de l'enfant, pour les parents, et prévention des TND (depuis 2021).
Expérience auprès d'enfants TDAH	Oui	Oui
Connaissance des modèles	Oui	Oui
Utilisation de modèles	Oui	Oui
Travail sur le sommeil	Oui	Oui
Formations complémentaires	TDAH, CO-OP, COG-FUN, Intégration sensorielle, Trouble alimentaire pédiatrique, Rééducation sensori-motrice du tout-petit vulnérable (+D.U.).	TDAH, CO-OP, CAA, Intégration sensorielle, Trouble alimentaire pédiatrique, Développement psychologique de l'enfant, ...

Participant	EM1	EM2
Année de diplôme	2012 (Bachelor Suisse)	1999
Domaine d'exercice actuel	Santé mentale, santé communautaire (depuis 2015), Recherche et enseignement (depuis 2022).	Formatrice à l'IFE de Laval (depuis 2013)
Domaines et durées d'exercices antérieurs	Santé physique, santé communautaire (3,5 ans)	Institut public pour déficience visuelle, SSR cérébro-lésés, Insertion socio-professionnelle (13 ans).
Expérience auprès d'enfants TDAH	Non	Non
Connaissance des modèles	Oui	Oui
Utilisation de modèles	Oui	Oui
Travail sur le sommeil	Oui	Non
Formations complémentaires	Master européen en ergothérapie, PhD (en cours).	Master santé publique situation de handicap et participation sociale, MOH et ses outils.

3.3. Conception de l'outil

Un *focus group* nécessite une préparation en amont de la discussion. En effet, il faut prévoir les questions qui vont être posées aux participants afin d'avoir un guide d'entretien collectif semi-directif à suivre. La matrice du *focus group*, exposée en Annexe H, a donc été réalisée afin de prendre en compte chaque concept fondamental du sujet et d'en déduire les axes de la discussion qui portent les questions. La trame du *focus group* contient ainsi quatre questions classées de la plus générale à la plus spécifique. Les questions et leur objectif sont précisés ci-dessous.

- 1) Selon vous et selon vos expériences, quels sont les impacts des troubles du sommeil sur les occupations de l'enfant ?
 - Aborder le thème de façon globale, recueillir les expériences professionnelles sur les troubles du sommeil de chacun.
- 2) Dans le cas d'un enfant TDAH ayant des troubles du sommeil, quels types d'accompagnement pourrait mettre en place un ergothérapeute ?
 - Comparer la littérature aux pratiques des participants, explorer les différentes interventions mises en place.

- 3) Sur quel modèle conceptuel ergothérapeutique pourrait-on s'appuyer pour la prise en charge du sommeil chez les TDAH ?
 - Connaître les points de vue et la pratique de chacun sur l'utilisation des modèles, relever un ou des modèles qui seraient adaptés au contexte.
- 4) Que pensez-vous de l'OPM(A) vis-à-vis de la prise en charge du sommeil chez les enfants TDAH ?
 - Recueillir l'avis des participants sur l'hypothèse émise en discutant des avantages et des limites de l'OPM(A) pour ce contexte.

Étant donné que l'OPM(A) est méconnu en France, une présentation de ce modèle a été préparée et se tiendra après la troisième question afin que les participants puissent répondre à la dernière question. De plus, des questions de relance ont été préparées si nécessaire afin de dynamiser les échanges, recentrer la discussion ou demander certaines précisions aux participants.

3.4. Organisation du *focus group*

Un deuxième mail a été envoyé à chaque participant ayant répondu positivement au premier message de prise de contact. Ce dernier comportait un lien Framadate[®], service en ligne de planification de rendez-vous, afin de convenir de la date et de l'horaire du *focus group*. Un formulaire de consentement à l'enregistrement vidéo du *focus group*, disponible en Annexe I, ainsi que la fiche de renseignement, a été joint à chaque participant qui se devait de les remplir et de les renvoyer. Aussi, trois documents complémentaires, un portant sur le TDAH chez les enfants, un sur les troubles du sommeil chez les enfants et un sur les modèles conceptuels ergothérapeutiques, ont été ajoutés aux pièces-jointes afin que chaque participant ait quelques connaissances sur chaque domaine du sujet et puisse participer à toutes les questions. Un troisième mail leur a été adressé pour communiquer la date et l'horaire choisi. Enfin, deux jours avant le *focus group*, un mail de rappel de la date et de l'horaire a été envoyé. Il contenait également le lien de la visioconférence.

3.5. Déroulement de l'étude

Le *focus group* s'est déroulé en visioconférence le 31 mars 2023 à 16h45 via le site Google Meet[®] et a duré 1h45min.

Le *focus group* a commencé par un rappel du sujet et une explication du déroulement de la réunion. Les participants se sont ensuite présentés, puis, une par une, les quatre questions ont été posées et traitées. Le logiciel Miro[®], tableau blanc en ligne coopératif, a été

utilisé comme médiateur et support pendant le *focus group* afin de recueillir les réponses. Pour chaque question, les participants ont écrit leur réponse sur ce tableau, sous forme de post-it. S'en est suivi un temps de mise en commun et d'échange. Les rendus des post-it du logiciel Miro[®] créé par les participants pour les questions 1, 2 et 3 sont présentés respectivement en Annexes J, K et L. Miro[®] n'a pas été utilisé pour la dernière question.

L'enregistrement vidéo du *focus group* a été effectué avec le logiciel OBS[®] en respect de l'anonymat et de la confidentialité et après consentement éclairé écrit et oral de chaque participant.

3.6. Analyse des données

La transcription verbatim, c'est-à-dire mot à mot, intégrale de l'enregistrement du *focus group* figure en Annexe M. Une double analyse de ce verbatim a été effectuée. La première est une analyse par lecture flottante qui consiste à se mettre en contact avec les documents d'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions et des orientations selon Bardin (2013). La seconde est une analyse de données textuelles obtenue avec le logiciel IRaMuTeQ[®] qui fonctionne en interface avec le langage R. Ces analyses statistiques de corpus de textes s'appuient sur la méthode de classification de Max Reinert.

IRaMuTeQ[®] a généré le dendrogramme, c'est-à-dire un diagramme de regroupement hiérarchique permettant d'organiser des données en arborescence en fonction de leurs similitudes, du verbatim présenté sur la Figure 1 ci-dessous. Il est constitué de cinq classes dont les nuages de mots sont illustrés à la suite en Figure 2. Ces cinq classes expriment chacune des notions et des concepts différents qui seront explicités et traités en parallèle de l'analyse par lecture flottante question par question dans les sous-parties suivantes.

Figure 1. Dendrogramme du verbatim du focus group (classification descendante hiérarchique, méthode Reinert menée sous IRaMuTeQ[®])

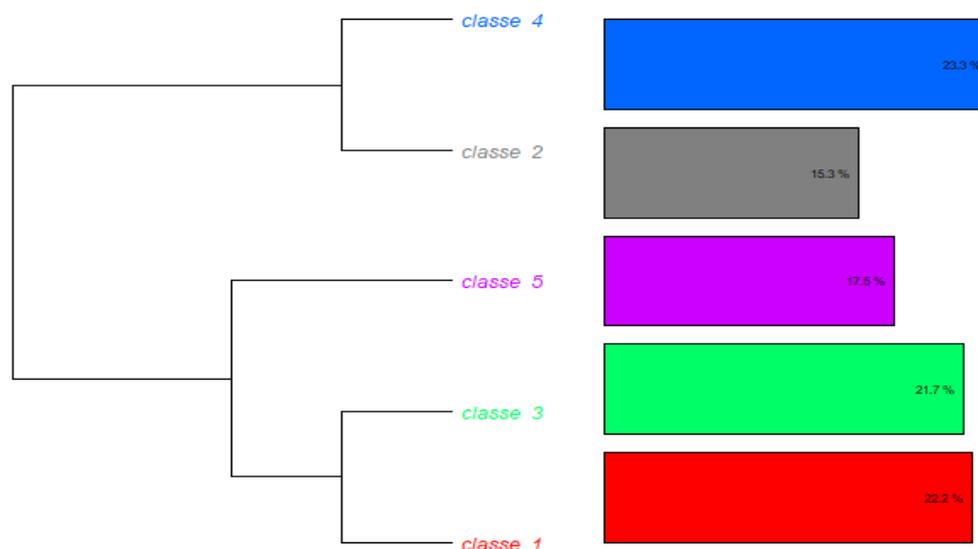
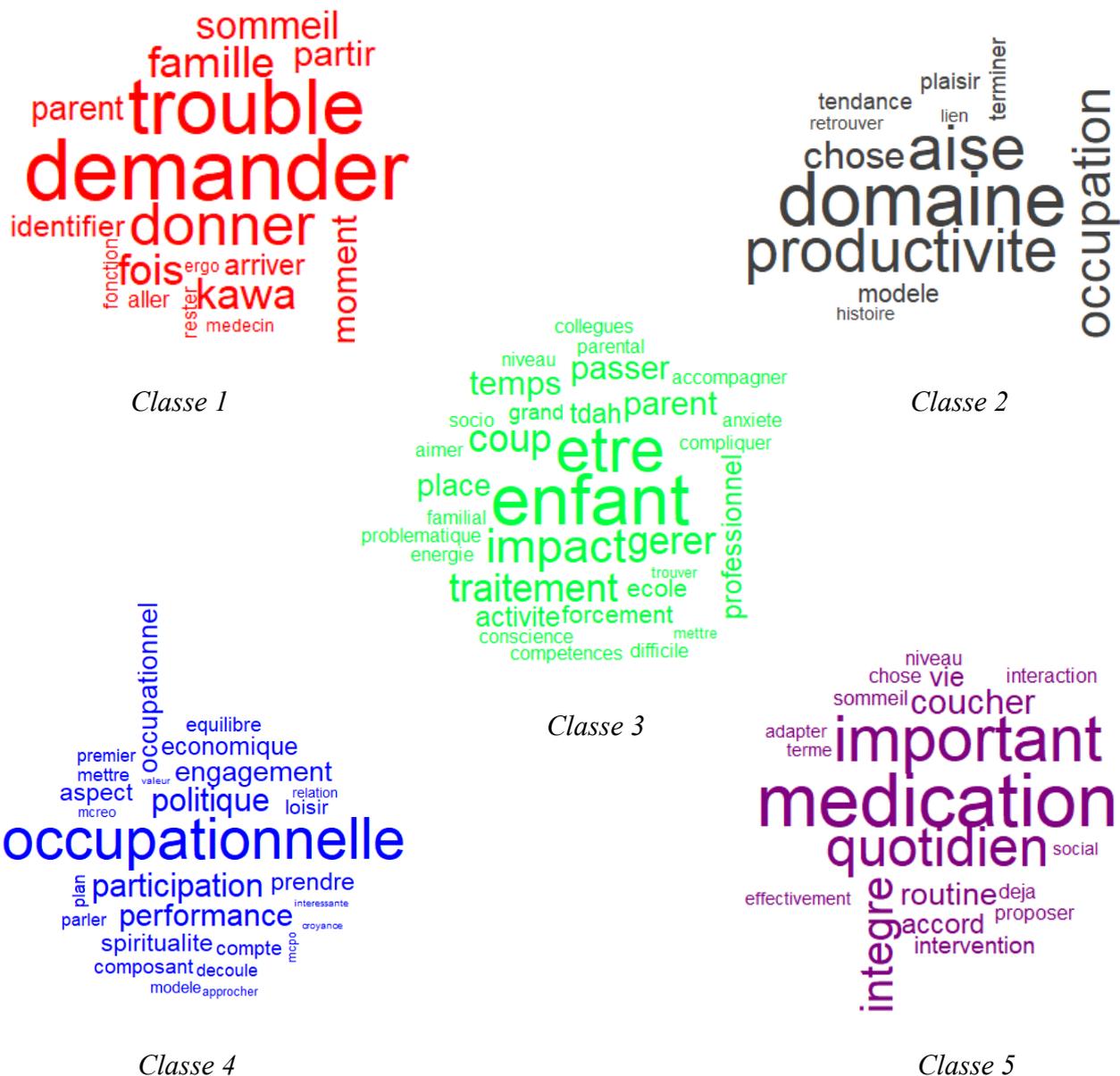


Figure 2. Nuages de mots des classes 1, 2, 3, 4 et 5 générées par IRaMuTeQ®



3.6.1. Impacts des troubles du sommeil sur les occupations d'un enfant

Pour rappel, la première question de ce *focus group* était : « Selon vous et selon vos expériences, quels sont les impacts des troubles du sommeil sur les occupations de l'enfant ? ».

Les premiers impacts qui sont ressortis dans le *focus group* sont l'aggravation des symptômes déjà présents dans le TDAH, comme le souligne ET1 : « difficultés à se concentrer sur les tâches du quotidien avec une tendance à se disperser, de l'impulsivité et irritabilité dans les relations, une agitation motrice » (1.108). Les répercussions se ressentent ainsi dans les occupations de loisirs, de scolarité et d'interaction sociale de l'enfant. Son estime de soi est aussi impactée car il se rend compte que son fonctionnement est différent.

Ensuite, EM1 a amené le questionnement de l'intégration du sommeil dans les occupations et routines de l'enfant, dans quelles mesures le sommeil impacte ses occupations et dans quelles mesures les occupations impactent le sommeil. Ce dernier point étant souvent oublié chez les parents, cela crée, par exemple, le risque de focaliser les performances dans les occupations d'école et de ne laisser que peu de place au sommeil. Les participants montrent ainsi la nécessité de considérer le sommeil comme une occupation et de l'intégrer dans le concept d'équilibre occupationnel, qui est ainsi souvent revenu dans les réponses à cette première question : « *Pour nous ergos, je pense que c'est particulièrement important de ne pas prendre le sommeil en tant que tel uniquement comme celui qui a l'impact sur les occupations, mais aussi qui découle de cet équilibre* » (EM1, 1.148).

Ensuite, la différence de demande des parents pour le sommeil selon l'âge de l'enfant a été mise en évidence. ET2 explique que « *chez les 0 - 1 an et demi jusqu'à 2 ans, c'est vraiment une priorité absolue chez les parents que leur enfant dorme avec une bonne qualité de sommeil* » (1.171). Or, elle observe que quand l'enfant grandit, le scolaire prend le relais sur les inquiétudes et le sommeil ne fait plus partie des demandes d'intervention. Aussi, malgré la demande, EM1 souligne que « *le sommeil est largement sous-exploité en ergothérapie* » (1.168). Cela fait ainsi écho à la classe 1 du dendrogramme qui représente le thème de l'importance d'identification, par la famille, des troubles du sommeil comme posant problème.

Le traitement médicamenteux du TDAH a également été évoqué comme ayant tendance à diminuer les troubles du TDAH et ayant un impact positif sur le sommeil. Cependant, ET2 explique que le traitement n'est pas toujours mis en place, entre autres à cause du refus des parents.

De plus, tous les participants ont démontré que les conséquences des troubles du sommeil de l'enfant TDAH n'impactent pas que lui, mais toute la sphère familiale, entraînant une « *diminution de la qualité de vie familiale* » (1.194) selon ET2. Ainsi, toutes les co-occupations, ou les occupations « *interreliées* » (EM2, 1.259) sont impactées par les troubles du sommeil de l'enfant.

La classe 3 du dendrogramme rassemble ainsi toute cette sous-partie montrant les impacts du sommeil sur les différentes sphères de l'enfant que sont ses habiletés personnelles, ses occupations et son environnement, en particulier social.

3.6.2. Accompagnement ergothérapeutique des troubles du sommeil d'un enfant TDAH

Cette sous-partie se rapporte à la question 2 qui était : « *Dans le cas d'un enfant TDAH ayant des troubles du sommeil, quels types d'accompagnement pourrait mettre en place un ergothérapeute ?* ». Elle peut être mise en lien avec la classe 5 du dendrogramme dont le thème commun aux mots le constituant est les interventions médicamenteuses et non-médicamenteuses des troubles du sommeil.

Dans un premier temps, les participants se sont accordés pour dire que la première chose à faire est d'analyser si le sommeil est un trouble ou pas, de chercher l'origine si on le peut en tant qu'ergothérapeute et d'identifier le contexte du sommeil. De plus, EM2 expose l'importance d'aller chercher l'histoire et les relations autour de l'activité de sommeil, la signification du sommeil, le profil occupationnel de l'enfant et les antécédents familiaux vis-à-vis du sommeil. Toutes ces informations permettent ainsi d'adapter au mieux l'intervention sur le sommeil. ET2 explique que lorsqu'il n'y a pas de demande à travailler sur le sommeil de la part des parents, il est compliqué d'intervenir. Elle ajoute ainsi : « *donc c'est moi, souvent, qui questionne parce que le sommeil fait partie d'une case dans mes questionnaires de bilans* » (1.290). Ces propos se rapprochent de la classe 1 du dendrogramme sur l'identification du trouble.

Dans un deuxième temps, les participants ont expliqué les interventions qu'ils menaient. Ces dernières se sont trouvées assez similaires pour chacun. L'environnement social de l'enfant est pris en charge avec des stratégies de psychoéducation des parents, donc de formation, d'information et d'accompagnement sur le sommeil et ses impacts. ET1 évoque aussi le programme d'entraînement aux « *habiletés parentales types Barkley* » (1.337) qui contient une grande partie sur le sommeil et les routines du soir. Pour expliciter les propos, ce programme répond en premier lieu à la problématique de l'opposition et est issu des thérapies comportementales et cognitives. Ensuite, l'environnement physique, et plus spécifiquement la chambre de l'enfant, est adapté par l'ergothérapeute pour répondre à ses besoins et favoriser le sommeil. La sphère occupationnelle quant à elle repose, en majorité, sur la gestion des routines, des activités, des rituels de sommeil et l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. EM1 résume cette perspective occupationnelle comme un travail « *d'orchestration de la vie quotidienne* » (1.306). Enfin, les interventions sur la sphère personnelle sont développées par ET1 avec notamment l'approche « *Cog-Fun* » (1.339). Cette dernière permet l'apprentissage de stratégies exécutives pour améliorer la participation occupationnelle de l'enfant TDAH dans le but d'atteindre un objectif fonctionnel fixé par les parents.

En plus de tout cela, ET2 souligne que les interventions non-médicamenteuses sont plus efficaces en complément de la médication. Le traitement seul ou les interventions non-médicamenteuses seules vont avoir moins d'impacts positifs que les deux combinés.

Dans un dernier temps, tout au long de la discussion pour répondre à cette question, les participants ont évoqué la collaboration de l'ergothérapeute avec différents acteurs. Ont été nommés : le psychologue pour une prise en charge en parallèle, le médecin spécialiste du sommeil pour identifier le profil de sommeil de l'enfant et le pédopsychiatre pour la mise en place d'une médication et en cas d'origine anxieuse des troubles du sommeil. Enfin, les parents restent les collaborateurs principaux, comme le souligne ET2 : « *c'est eux qui voient les enfants, qui les ont le soir, donc c'est beaucoup de partenariat parental le sommeil chez les enfants* » (1.277).

3.6.3. Modèles conceptuels pour la prise en charge du sommeil chez les enfants TDAH

La troisième question du *focus group* était : « *Sur quel modèle conceptuel ergothérapeutique pourrait-on s'appuyer pour la prise en charge du sommeil chez les TDAH ?* ». En réponse à celle-ci, les participants ont tous relevé l'importance d'utiliser un modèle conceptuel occupationnel dans la pratique, que l'on retrouve dans la classe 4 du dendrogramme. EM1 parle ainsi de rester dans une approche holistique et que tout modèle peut être intéressant tant qu'il « *adopte une perspective occupationnelle, c'est-à-dire qui prend en compte toutes les composantes discutées jusque-là* » (1.414). Le choix du modèle conceptuel s'est avéré « *individu-dépendant* » (ET2, 1.494) dans le sens où tous ont pris en compte l'importance d'être à l'aise avec le modèle et de bien le connaître. Le modèle doit ainsi être en cohérence avec son fonctionnement d'analyse pour pouvoir l'utiliser. Cette réflexion fait référence à la classe 2 du dendrogramme. ET2 pousse ainsi la discussion vers le versant évolutif du choix de modèles, qui peut changer « *à chaque étape de sa carrière professionnelle* » (1.498). Un modèle peut ainsi ne plus convenir dans l'analyse des situations à un moment donné, ce qui implique un changement. Le choix est également fait en fonction de la situation, ce qu'explique EM2 : « *l'intérêt d'un modèle c'est que c'est une paire de lunettes à un instant t* » (1.500). Le modèle utilisé va ainsi soutenir son raisonnement clinique, son raisonnement professionnel et sa démarche d'intervention, mais ne va pas aller chercher les mêmes choses que les autres modèles. De plus, ET2 rend compte des difficultés de compréhension, par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), de bilans rédigés selon certains modèles ainsi que des limites organisationnelles s'il fallait changer de modèle en fonction du motif de consultation.

Les modèles ressortis dans la discussion sont :

- Le MCREO, qui a été cité par ET1, ET2 et EM2. Elles le trouvent intéressant car « *il apporte une vision très rapide structurant la pensée et puis derrière avec une taxonomie du rendement occupationnel assez intéressante* » (ET2, 1.439). L'outil de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) associé au modèle peut ainsi être complété par l'OT'Hope pour s'adapter au public pédiatrique. EM2 amène par la suite la discussion sur le Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle (MCPO), qu'elle préfère du fait de la mise au premier plan de la participation occupationnelle et de tout l'aspect signification, soutenu par l'histoire et les relations, avec un focus sur la co-occupation.

- Le MOH, qui a été argumenté par EM2. Pour montrer l'intérêt de ce modèle pour la situation, elle explique que ce dernier permet « *une compréhension très systémique et globale de l'individu, la personne et ses occupations* » (1.461) grâce à la multitude des outils d'évaluation associés et validés, adaptés à la population pédiatrique. De plus, ce modèle évalue à la fois l'état occupationnel de l'enfant mais aussi ses causes. Plus spécifiquement dans le cadre de troubles du sommeil, EM2 trouve que la volition, que seul le MOH prend en compte, est un des aspects qui va initier l'engagement, la participation occupationnelle et qu'il est nécessaire de le questionner. Il en est de même des routines, du lever au coucher de l'enfant.

- Le Kawa, qui est également introduit par EM2 comme étant intéressant dans « *la compréhension de la problématique de l'enfant et des conséquences des troubles occupationnels sur son flow* » (1.470). ET2 approuve l'adéquation de l'utilisation du Kawa lorsque le motif de consultation est le sommeil et montre qu'effectivement, l'image de ce modèle met en évidence l'impact du sommeil sur le reste des activités et l'impact des autres activités sur le sommeil. Les troubles du sommeil seraient ainsi représentés par un rocher, avec tout l'environnement qu'il y a autour. Une des limites de ce modèle, relevée par les participants, est que si le sommeil n'est pas identifié par l'enfant et sa famille comme un problème, ils ne le représenteront donc pas dans la rivière. En effet, c'est la personne qui crée son propre Kawa.

- Le PEOP, qui a été cité par EM1 qui travaille avec sur le sommeil et par ET2 car c'est celui qui lui correspond le mieux, qui correspond le mieux à sa pratique et qui est simple d'utilisation. ET2 l'utilise pour organiser son compte rendu et son analyse à l'écrit.

- Le modèle ludique de Francine Ferland, qui a également été évoqué par EM2 comme pouvant être intéressant. Cependant, le gros manque de littérature dessus reste le frein à son utilisation. EM2 étant formatrice en IFE, elle ajoute qu'elle ne l'enseigne plus aux étudiants à cause de cela.

- Le Lifestyle Redesign, qui, pour finir, a été évoqué par EM1 et EM2 mais n'a pas été approfondi car il se rapproche plus d'un modèle de pratique que d'un modèle conceptuel. Cependant, EM1 l'utilise pour le sommeil et EM2 montre son intérêt car il est centré sur le concept d'équilibre occupationnel et d'équilibre de vie.

Aucun modèle n'est donc ressorti comme le modèle de référence pour la problématique des troubles du sommeil chez les enfants TDAH, mais plusieurs d'entre eux semblent intéressants. Le choix dépendrait donc plus du thérapeute, de ses affinités avec le modèle et de sa façon de voir et d'analyser la situation.

3.6.4. OPM(A) et sommeil chez les enfants TDAH

Pour rappel, cette dernière question, qui était : « *Que pensez-vous de l'OPM(A) vis-à-vis de la prise en charge du sommeil chez les enfants TDAH ?* », a été précédée d'une présentation du modèle car il reste méconnu en France. Concernant l'utilisation de l'OPM(A) pour la situation, EM1 a répondu « *Pourquoi pas tant qu'on a une approche intégrative et holistique* » (1.587). Cependant, les autres participants n'ont pas été du même avis. Dans un premier temps, ET1 fait ressortir la complexité du modèle et sa crainte pour son utilisation : « *J'aurais peur de me perdre un petit peu dans toutes ses composantes* » (1.591). ET2 se questionne aussi sur les composantes politique et économique de l'OPM(A) qu'elle ne trouve pas forcément adaptées pour un enfant vivant en France, qui n'en a peut-être pas encore conscience. EM2 souligne que ces composantes font finalement écho à « *l'environnement micro, méso et macro qu'on a dans le PPH [Modèle de développement humain – Processus de production du handicap], dans le MOH, maintenant dans le MCPO* » (1.644), mais qu'effectivement, « *c'est encore une fois la problématique de ces modèles là qui sont outre-Atlantique et qui parfois dans le jargon ne sont pas compris de la même manière* » (1.621). Aussi, elle met en évidence que l'OPM(A) est maintenant un peu « *vieux* » (1.637) du fait qu'il soit très catégorisant pour les occupations. En effet, une occupation peut appartenir au domaine de la productivité pour une personne et au domaine du loisir pour une autre. De plus, EM2 relève que l'OPM(A) est centré uniquement sur la performance occupationnelle. Il ne mentionne donc à aucun moment le concept d'engagement ou de participation qui est pourtant ressorti dans les réponses précédentes comme nécessaire de questionner dans le cas de troubles du sommeil chez un enfant TDAH. Enfin, EM2 nuance en expliquant qu'« *il faut voir à l'utilisation* » (1.654). Aucun des participants ne connaissait ce modèle, ce qui a pu bloquer la compréhension totale de celui-ci. Encore une fois, la discussion a mis en évidence l'intérêt de la connaissance du modèle pour pouvoir l'utiliser.

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats

L'objectif de ce *focus group* était de recueillir les expériences des ergothérapeutes sur leur pratique auprès des enfants TDAH ayant des troubles du sommeil, puis de discuter sur l'utilisation d'un modèle conceptuel pour cette problématique. L'hypothèse étant ciblée sur l'OPM(A), cette recherche a pu relever les avantages et les limites de ce modèle en particulier. Dans cette partie, les résultats de l'enquête vont être confrontés à la littérature.

Dans ce *focus group*, trois des participants sur les quatre intègrent la prise en charge du sommeil dans leurs interventions. Étant donné qu'ils n'ont pas été inclus dans l'enquête pour cela, leurs pratiques montrent que, malgré la faible littérature sur la prise en charge du sommeil en ergothérapie, ce domaine est investi et fait partie de notre champ de compétence et d'intervention en France. Les impacts occupationnels des troubles du sommeil sur les enfants TDAH rapportés sont en accord avec les données de la littérature, c'est-à-dire majoritairement une aggravation de la triade symptomatologique du TDAH. Il en est de même avec les traitements non-médicamenteux qu'ils proposent. Ceux recueillis correspondent, selon la théorie, aux interventions du domaine comportemental défini par Johnston & Freeman (2002), du domaine environnemental de McEwen (1990) et du domaine personnel de Reynolds (2007b). Un des participants relève toutefois que le sommeil est sous-exploité en ergothérapie et ne prend pas la place importante qu'il devrait prendre dans l'esprit et les préoccupations des parents.

Concernant l'utilisation des modèles conceptuels en pratique, tous les ergothérapeutes interrogés utilisent dorénavant un modèle ergothérapique, donc occupationnel, comme le conseille la théorie. Cependant, Morel-Bracq (2017) explique que chaque modèle permet une analyse différente de la situation, mais celle-ci n'est pas la seule chose prise en compte sur le terrain. En effet, les participants soulignent l'importance de la simplicité du modèle et de ses termes utilisés, ainsi que des outils qui lui sont associés. Les ergothérapeutes non-spécialistes des modèles conceptuels utilisent toutes les deux le PEOP, qu'elles définissent comme un modèle clair, simple d'utilisation et correspondant à leur façon d'analyser les situations. Changer de modèle pour chaque situation différente a donc ses limites, personnelles et organisationnelles. Par rapport à l'OPM(A), l'enquête a relevé que l'intégration d'un nouveau modèle n'est pas aisée, surtout lorsque ceux déjà répandus en France sont difficiles à comprendre et pas tous utilisés. Aussi, ce modèle a été vu comme trop complexe de par sa représentation et ses termes empruntés aux modèles nord-américains, mais aussi pas adapté à la population pédiatrique. Ainsi, la littérature, exposant l'OPM(A) comme un modèle

holistique et interactionnel (Chapparo & Ranka, 1997b), s'est heurté à la réalité du terrain à la recherche de simplicité d'utilisation et de composantes du modèle parlant et adaptées au public et aux situations rencontrées. L'hypothèse de départ, qui était « *L'utilisation de l'OPM(A) par l'ergothérapeute auprès des enfants atteints de TDAH permettrait de considérer le sommeil comme une occupation à part entière et ainsi d'intégrer les traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil à la prise en charge* » est donc réfutée. Il n'y aurait donc pas de modèle universel idéal pour cette situation particulière, mais chaque ergothérapeute pourrait en trouver un qui lui convienne.

Finalement, ce *focus group* a permis de faire le point sur la prise en charge des troubles du sommeil auprès des enfants TDAH par les ergothérapeutes et de connaître leur utilisation des modèles conceptuels sur le terrain. Les participants trouvent ainsi qu'il est très important de prendre en charge le sommeil ainsi que d'utiliser un modèle conceptuel pour cadrer sa pratique. Il a été cependant difficile de recueillir le vrai apport concret des différents modèles sur l'intégration des traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil des enfants TDAH.

4.2. Apports et limites de l'étude

En premier lieu, un des avantages de cette étude est l'utilisation du *focus group*. En effet, cette méthode permet une collecte de données de haute qualité grâce au modérateur pouvant répondre aux questions, demander des éclaircissements et solliciter des réponses plus détaillées aux participants. De plus, le *focus group* était équilibré, ce qui a limité les biais d'infériorité ou de supériorité des parties et a permis des échanges équitables. Dans un second temps, l'étude constitue un recueil d'informations sur la prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants TDAH et l'utilisation d'un modèle conceptuel en pratique grâce à des expériences de terrain. Compte tenu de la rareté de la littérature française sur ces sujets, cet écrit présente un grand intérêt pour l'approfondissement des connaissances sur le sommeil et les modèles des ergothérapeutes. Ainsi, bien que ce mémoire soit un travail d'initiation à la recherche, il constitue un écrit supplémentaire pouvant ouvrir le champ à de nouvelles études sur ce sujet novateur.

Des limites ont cependant été rencontrées durant cette recherche. Premièrement dans la partie théorique, du fait de la faible littérature sur la prise en charge des troubles du sommeil par les ergothérapeutes, notamment en France, et sur l'OPM(A). Concernant ce dernier, la principale limite, qui a été anticipée, est que ce modèle n'est pas validé en français et n'est pas connu par les ergothérapeutes en France. Une présentation de celui-ci a donc été nécessaire durant le *focus group* et a possiblement été à l'origine de biais pour la dernière

question portant dessus. Ensuite, par rapport au *focus group*, les deux participants spécialistes des modèles conceptuels n'ont jamais travaillé auprès d'enfants TDAH. Leurs réponses aux questions spécifiquement sur ce public étaient donc plus vagues et généralistes. Il en est de même avec les participants spécialistes des enfants TDAH sur la question des modèles. De plus, le manque d'expérience du chercheur est un biais. En effet, cela a un impact sur le déroulement du *focus group* en lui-même, avec par exemple la gestion de la discussion pour recentrer le groupe sur la question de base ou demander des informations plus ciblées. Enfin, du fait de la réalisation du *focus group* en visioconférence, les comportements non verbaux n'ont pu être que très peu relevés malgré l'activation des caméras de chacun. Ces comportements sont pourtant très utiles à l'analyse des résultats. Ce biais aurait pu être limité avec la présence d'un observateur durant le *focus group*, qui aurait pu prendre des notes sur les comportements non verbaux.

4.3. Perspectives

Dans un premier temps, cette étude a montré l'importance, pour les ergothérapeutes, d'intégrer la prise en charge des troubles du sommeil dans leur pratique. Pour cela, il serait alors nécessaire d'inclure des cours sur le sommeil dans la formation initiale, mais aussi des interventions dans les formations continues. Ainsi, les ergothérapeutes seraient sensibilisés à ces troubles et donc plus en capacité de travailler dessus. Il en est de même pour l'utilisation des modèles conceptuels ergothérapeutiques dans la pratique, qui n'est actuellement pas comprise de tous. De plus, spécifiquement pour le modèle OPM(A), sa traduction faite par Morel-Bracq n'a pas été validée (mais agréée par Iwama). Débuter le travail de validation permettra ainsi de faciliter son utilisation par les ergothérapeutes francophones.

Enfin, au vu de la faible littérature disponible sur la prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants TDAH par les ergothérapeutes, la nécessité de mettre en place d'autres études s'impose. Les nouvelles recherches pourraient ainsi être constituées d'un plus large échantillon d'ergothérapeutes représentatif de la pratique actuelle en France. Il serait ainsi intéressant de mener des études plus approfondies sur la prise en charge actuelle des troubles du sommeil en France dans le but d'établir des recommandations de pratique pour guider les ergothérapeutes dans leurs interventions. Ces recherches peuvent se mettre en œuvre auprès d'une autre population, car les troubles du sommeil sont des troubles universels qui peuvent toucher toute personne, en situation de handicap ou non.

Pour conclure, la sensibilisation sur le sommeil et l'utilisation des modèles conceptuels ergothérapeutiques en pratique doit se faire le plus tôt possible, c'est-à-dire dès la formation initiale, afin de renforcer notre prise en charge holistique de la personne.

Conclusion

Comme nous avons pu le voir grâce à la revue de littérature, le TDAH a des répercussions dans le domaine personnel, social et scolaire de l'enfant du fait des dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels. Ils s'articulent autour de trois symptômes principaux : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité motrice. De plus, il a été montré que le TDAH est très fréquemment associé aux troubles du sommeil, ce qui aggrave la triade symptomatologique et donc les conséquences sur les occupations de l'enfant. Compte tenu de l'ampleur des difficultés diurnes et nocturnes liées à ce trouble neurodéveloppemental et de leurs interrelations, le TDAH doit donc être conceptualisé comme un trouble de 24 heures (Becker, 2020). Ainsi, la prise en charge en ergothérapie des troubles du sommeil chez cette population se trouve bénéfique mais encore peu répandue en France du fait d'un manque de littérature à ce sujet.

L'objectif de cette étude était donc d'étudier la littérature concernant la pratique de la prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants TDAH par les ergothérapeutes et l'utilisation des modèles conceptuels, puis de recueillir des expériences de terrain afin de comparer les données. L'OPM(A), qui s'est révélé intéressant d'après la littérature, a ainsi été étudié plus en détail.

Afin de répondre à la question de recherche et de confirmer ou réfuter l'hypothèse émise, nous avons effectué une méthodologie de recherche basée sur une approche qualitative grâce à la méthode de collecte de données du *focus group*. Cette partie exploratoire nous a permis de comprendre la pratique de la prise en charge ergothérapique des troubles du sommeil chez les enfants TDAH et l'utilisation des modèles conceptuels sur le terrain. Les données recueillies via le *focus group* ont ainsi pu être analysées puis confrontées à la littérature. Concernant la réponse à la question de recherche, la discussion de ce mémoire relève qu'il est très important de prendre en charge le sommeil ainsi que d'utiliser un modèle conceptuel pour cadrer sa pratique. Il a été cependant difficile de recueillir le vrai apport concret des différents modèles sur l'intégration des traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil des enfants TDAH. Les participants du *focus group* ont également mis en évidence la complexité de l'utilisation de l'OPM(A) pour une pratique auprès d'une population pédiatrique, ce qui a permis de réfuter l'hypothèse. Enfin, les forces, les limites et les biais de l'étude ont été relevés.

Du fait du faible échantillon, soit 4 participants au *focus group*, les résultats issus de l'étude ne peuvent pas être généralisés. Il serait donc intéressant, à la suite de ce travail, de mener une étude plus large et plus approfondie sur la prise en charge actuelle des troubles du sommeil en France, avec un plus grand échantillon d'ergothérapeutes. L'objectif pourrait être d'établir des recommandations de pratique pour guider les ergothérapeutes dans leurs interventions, auprès des enfants TDAH ou d'une autre population.

Enfin, afin d'étendre cette pratique pour rendre notre prise en charge la plus holistique possible, il semblerait nécessaire de mettre en place et/ou renforcer les cours spécifiques à la prise en charge du sommeil dans la formation initiale des ergothérapeutes. Plus généralement, développer des programmes de santé publique sur le sommeil aiderait à montrer, au regard de tous, l'importance d'une bonne hygiène de sommeil pour l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être et de la santé.

RÉFÉRENCES

Ameli. (2021). Déficit de l'attention et/ou hyperactivité : quel traitement ?

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/soins-prescrits-traitement#:~:text=Les%20m%C3%A9dicaments%20prescrits%20en%20cas,n%C3%A9cessite%20une%20surveillance%20m%C3%A9dicale%20%C3%A9troite.>

American Academy of Sleep Medicine. (2001). *ICSD - International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual*.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trans.; 5th ed.). Elsevier Masson.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. (2010). *Paru dans le Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n°2010/7 du 15 août 2010*, 164-289.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2022). Qu'est ce que l'ergothérapie. Retrieved Octobre 8, 2022. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. *Presses Universitaires de France*, 125-133.

Barkley, R. A. (1997). ADHD and the nature of self-control. *New York: Guilford Press*.

Becker, S. P. (2020). ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 34, 50–56.

Bélangier, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018, Novembre). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454–461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>

- Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S., & Carrier, J. (2010). Relations between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child Development, 81*(6), 1739-1752.
[org/10.1111/j.1467-8624.2010.01507.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01507.x)
- Bonati, M., Reale, L., Zanetti, M., & al. (2015). A regional ADHD center-based network project for the diagnosis and treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*, 1-17.
[10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2020). Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1.
https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CanadianADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997a). Occupational performance: A practice model for occupational therapy. *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1*, 45-57. www.occupationalperformance.com/opma-reasoning-guide/
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997b). Occupational Performance Model (Australia): A description of constructs and structure. *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1*, 1-23. www.occupationalperformance.com/structure
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997c). Occupational Performance Model (Australia): Definition of terms. *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1*, 58-60.
www.occupationalperformance.com/definitions
- Chu, S. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), part two: evaluation and intervention. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 10*(6), 254-262.

- Colten, H. R., Altevogt, B. M., & Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research. (2006). Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. *National Academies Press*. doi:10.17226/11617
- Corkum, P., Davidson, F. D., Tan-MacNeill, K., & Weiss, S. K. (2014). Sleep in children with neurodevelopmental disorders: A focus on insomnia in children with ADHD and ASD. *Sleep Medicine Clinics, 9*, 149-168.
- Craig, S. G., Weiss, M. D., Hudec, K. L., & Gibbins, C. (2020). The functional impact of sleep disorders in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 24*(4), 499-508.
- Creswell, J. H. (1998). Qualitative inquiry and research design : Choosing among five traditions. *Thousand Oaks : Sage*.
- De Koninck, J., & Godbout, R. (1985). Le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil: nécessité d'une interaction médico-psychologique. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 26*(2), 148-159.
- Dessarps, L. (2021). L'ergothérapie et TDAH. *TDAH France*.
<https://www.tdah-france.fr/L-ergotherapie-dans-le-cadre-d-un-TDAH.html>
- Djouadi, F., & Léger, D. (2018). Physiologie du sommeil. *La Lettre du Pneumologue, 21*(5), 272-277.
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C. K., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & al. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(10). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>
- Fallone, G., Acebo, C., Seifer, R., & Carskadon, M. A. (2005). Experimental restriction of sleep opportunity in children: Effects on teacher ratings. *Sleep, 28*(12), 1561-1567.
10.1093/sleep/28.12.1561

- Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 473–484.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxy114>
- Gaillac, V., & Vera, L. (2016). Chapitre 6. Psychoéducation. *Prendre en charge les adultes souffrant de TDAH*, 98-107. 10.3917/dunod.verag.2016.01.0098
- Gramond, A. (2014). Prises en charge non médicamenteuses du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Médecine et enfance*, 247-250.
<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21970.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2015). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses.
- Haute Autorité de Santé. (2021). Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/premel_reco432_tdah_enfant_cadrage.pdf
- Hein, M. (2021). Prise en charge des troubles du sommeil. *EMC - Psychiatrie*, 37(3), 1-12.
- Inserm. (2017). Sommeil, faire la lumière sur notre activité nocturne.
<https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>
- Institut National du Sommeil et de la Vigilance. (2010). Sommeil, un carnet pour mieux comprendre.
- Institut National du Sommeil et de la Vigilance & Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale. (2016). Sommeil et nouvelles technologies. *Journée du sommeil 2016*.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). Trouble du déficit de l'attention : causes, symptômes et traitements.
<http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-deficit-attention>

- Jenkins, S., Owen, C., Bax, M., & Hart, H. (1984). Continuities of common behaviour problems in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 75-89. 10.1111/j.1469-7610.1984.tb01720.x
- Johnston, C., & Freeman, W. S. (2002). Parents' beliefs about ADHD: implications for assessment and treatment. *ADHD Report*, 10(1), 6-9.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., & al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Khoury, E., Cohen, A., Acquaviva, E., & Chagneau, J. (2020). TDAH : Comment gérer la fin de journée si l'agitation et l'impulsivité sont au maximum. *Clépsy*.
<https://www.clepsy.fr/tdah-comment-gerer-la-fin-de-journee-si-l-agitation-et-l-impulsivite-sont-au-maximum/>
- Kirov, R., & Brand, S. (2014). Sleep problems and their effect in ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 1-13.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interactions between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103-121.
- Konofal, E., Lecendreux, M., & Cortese, S. (2010). Sleep and ADHD. *Sleep Medicine*, 11(7), 652-658. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.012>.
- Krueger, R. A. (1988). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. *London: Sage*, 1.
- Lecendreux, M. (1997). Traitement des troubles du sommeil chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 4, 779-783.
- Léger, D., Jian-Sheng, L., & Royant-Parola, S. (2015). Communiqué : hyperéveil, une approche personnalisée. *Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil*.
- Léger, D., & Ogrizek, P. (2012). Troubles du sommeil et de l'éveil: mise au point. *La Revue de médecine interne*, 33, 525–531.

- Le Heuzey, M.-F. (2003). *L'enfant hyperactif* (Odile Jacob ed.).
- Le Heuzey, M.-F. (2015). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 12(4), 1-8.
- Mandich, A., & Rodger, S. (2006). Doing, being and becoming: their importance for children. Occupational therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation. 123–125.
- Mangeot, S. D., Miller, L. J., McIntosh, D. N., McGrath-Clarke, J., Simon, J., Hagerman, R. J., & Goldson, E. (2001). Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 43(6), 399-406. <https://doi.org/10.1017/s0012162201000743>
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. M. (2005). La rééducation du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité: approche psychomotrice. *Neuropsychology news*, 4(3), 94-101.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
- McEwen, M. (1990). The human-environment interface in occupational therapy: a theoretical and philosophical overview. *Environment: implications for occupational therapy practice – a sensory integrative perspective*, 3-20.
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupation therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1(1), 1-10.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Mohr Jensen, C., & Steinhausen, H. C. (2015). Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(3). <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09094>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *NICE guideline*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attentiondeficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-managementpdf-1837699732933>
- Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T., & Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 86–97.
- Ohayon, M. M. (2007). Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *La revue du praticien*, *57*, 1521-1528.
- Owens, J. A. (2009). A clinical overview of sleep and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *18*(2), 92-102.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Biederman, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942-948.
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G., & Mouren, M.-C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention–hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico Psychologiques*, *164*, 63–72.
- Ranka, J. (2014). Description of OPM(A) assessments.
www.occupationalperformance.com/assessments/
- Ranka, J., & Chapparo, C. (2011). Draft illustration of the 2011 illustration of the Occupational Performance Model (Australia).
www.occupationalperformance.com/model-illustration/

- Rauchs, G., Bertran, F., Gaubert, M., Desgranges, B., & Eustache, F. (2011). Liens entre sommeil et mémoire au fil de la vie. *Revue de neuropsychologie*, 3, 33-40.
<https://doi.org/10.3917/rne.031.0033>
- Rechtschaffen, A., & Kales, A. (1968). A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. *NIH*.
- Reynolds, F. (2007a). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70. 10.1177/030802260707000902
- Reynolds, F. (2007b). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 2: A Multicentre Evaluation of an Assessment and Treatment Package. *British Journal of Occupational Therapy*, 70.
10.1177/030802260707001005
- Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74(2), 444-455. 10.1111/1467-8624.7402008
- Schumacher, A. M., Miller, A. L., Watamura, S. E., Kurth, S., Lassonde, J. M., & LeBourgeois, M. K. (2016). Sleep moderates the association between response inhibition and self-regulation in early childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(2), 222-235. 10.1080/15374416.2016.1204921
- Smithson, J. (2000). Using and analyzing focus groups: limitations and possibilities. *Soc Res Meth*, 3, 103-119.
- Stawicki, J. A., Nigg, J. T., & von Eye, A. (2006). Family psychiatric history evidence on the nosological relations of DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes: new data and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 935-945.
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., & Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and

- family. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 336–342.
10.1001/archpedi.162.4.336
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Thapar, A., Rice, F., Hay, D., & al. (2009). Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biological Psychiatry*, 66(8), 722–727.
- Turgay, A., Goodman, D. W., Asherson, P., & al. (2012). Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its applications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 192–201.
- Verret, C., Massé, L., & Lévesque, M. (2017). Gérer ses émotions et s'affirmer positivement. *Montréal, QC: Chenelière Éducation*.
- Wajszilber, D., Santisteban, J. A., & Gruber, R. (2018). Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. *Nature and science of sleep*, 10, 453–480. <https://doi.org/10.2147/NSS.S163074>
- Welniarz, B. (2011). De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité: l'histoire d'un concept controversé. *Perspectives Psy*, 50(1), 16-22.
- Wiseman-Hakes, C., Colantonio, A., & Gargaro, J. (2009). Sleep and wake disorders following traumatic brain injury: a systematic review of the literature. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 21(3-4), 317-374.
- Wong, L. P. (2008). Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore medical journal*, 49(3), 256-261. <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client.

Zheng, Q., Wang, X., Chiu, K. Y., & Shum, K. K. (2022). Time Perception Deficits in Children and Adolescents with ADHD: A Meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 26(2), 267-281. <https://doi.org/10.1177/1087054720978557>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE A - RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS DU MÉTIER D'ERGOTHÉRAPEUTE	I
ANNEXE B - RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DU MÉTIER D'ERGOTHÉRAPEUTE	II
ANNEXE C - MODÈLE DE DÉLIMITATION DE LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE POUR LES ENFANTS ATTEINTS D'UN TDAH	III
ANNEXE D - ILLUSTRATION DU MODÈLE OPM(A)	IV
ANNEXE E - TRADUCTION DE L'ILLUSTRATION DU MODÈLE OPM(A)	V
ANNEXE F - MAIL TYPE DE PRISE DE CONTACT DES PARTICIPANTS	VI
ANNEXE G - FICHE DE RENSEIGNEMENT	VII
ANNEXE H - MATRICE DU <i>FOCUS GROUP</i>	VIII
ANNEXE I - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT VIDÉO	XI
ANNEXE J - RENDU POST-IT MIRO [®] QUESTION 1	XII
ANNEXE K - RENDU POST-IT MIRO [®] QUESTION 2	XIII
ANNEXE L - RENDU POST-IT MIRO [®] QUESTION 3	XIV
ANNEXE M - TRANSCRIPTION VERBATIM DU <i>FOCUS GROUP</i>	XV

ANNEXE A - RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS DU MÉTIER D'ERGOTHÉRAPEUTE

Activités

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

Reproduit à partir de « Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute ». (2010). Paru dans le *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n°2010/7* du 15 août 2010, p.170.

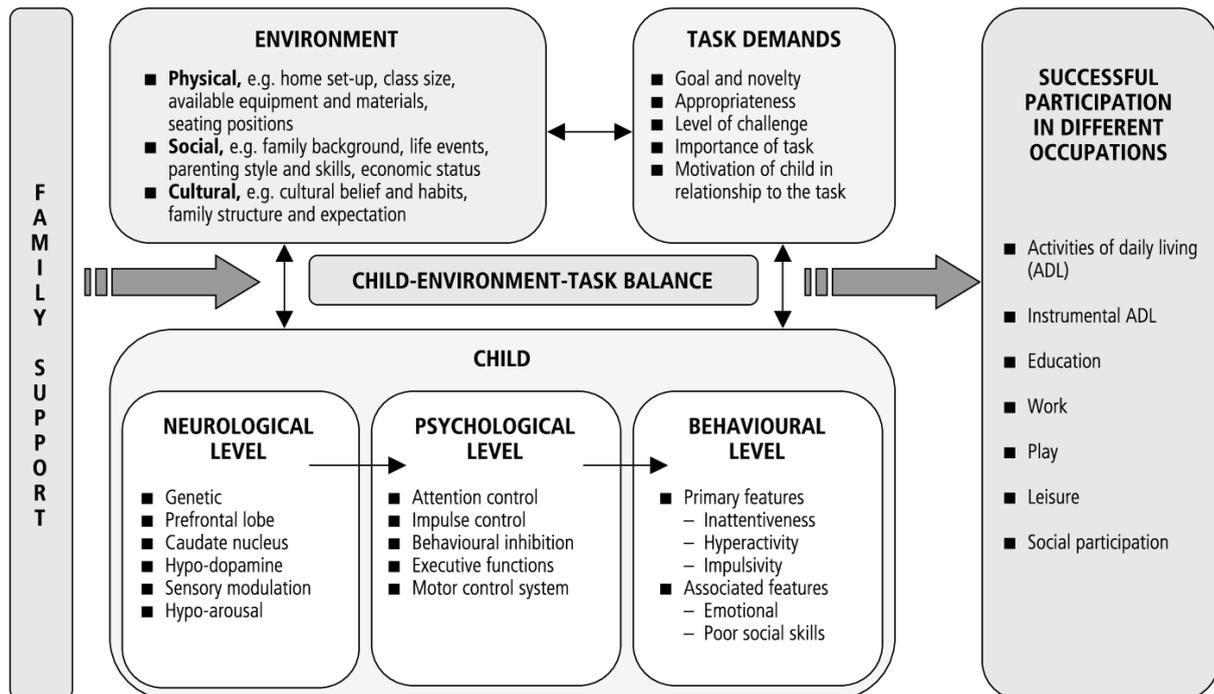
ANNEXE B - RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DU MÉTIER D'ERGOTHÉRAPEUTE

Compétences

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

Reproduit à partir de « Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute ». (2010). Paru dans le *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n°2010/7* du 15 août 2010, p.177.

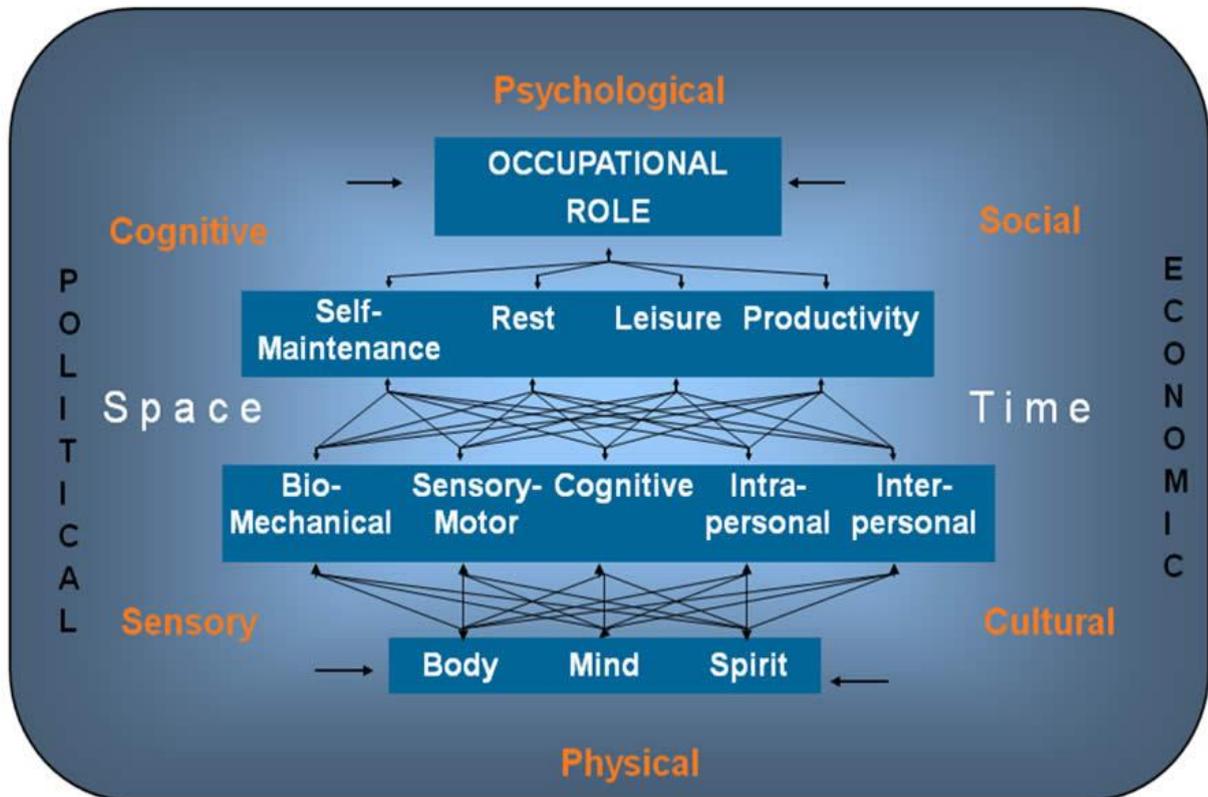
ANNEXE C - MODÈLE DE DÉLIMITATION DE LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE POUR LES ENFANTS ATTEINTS D'UN TDAH



« An occupational therapy delineation model of practice for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) »

Reproduit à partir de « Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A Delineation Model of Practice. British Journal of Occupational Therapy » par Reynolds, F., 2007, *British Journal of Occupational Therapy*, 70. 10.1177/030802260707000902

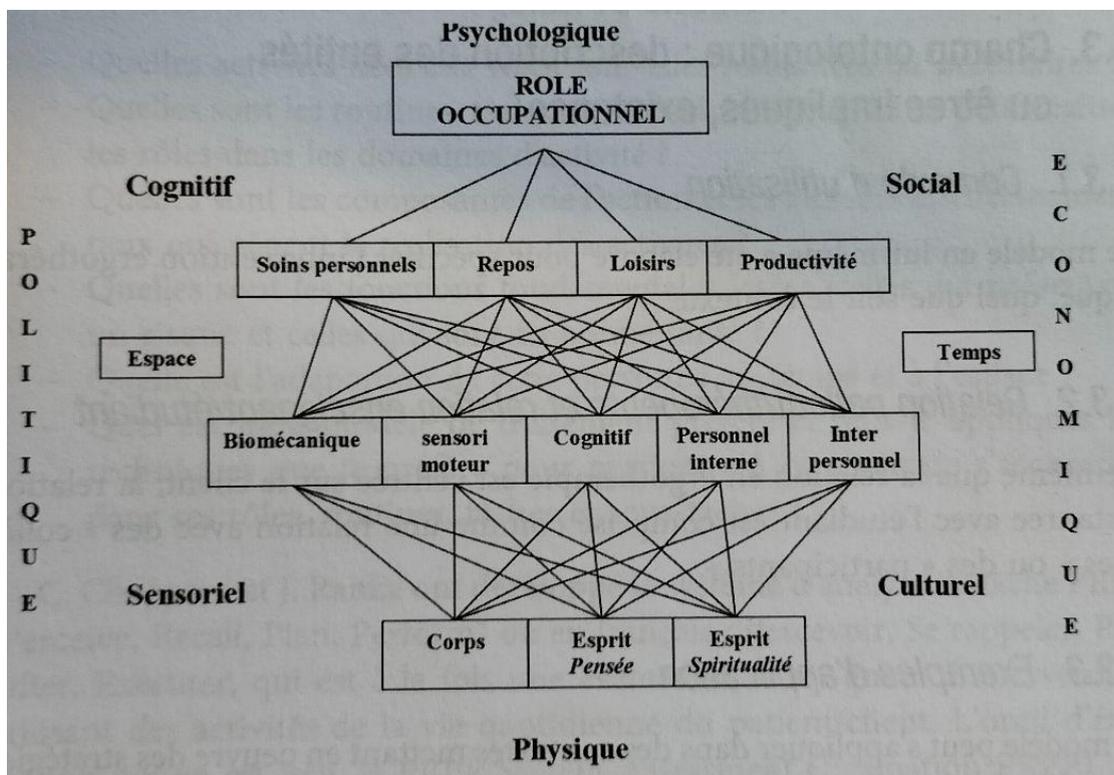
ANNEXE D - ILLUSTRATION DU MODÈLE OPM(A)



« Draft illustration of the 2011 illustration of the Occupational Performance Model (Australia) »

Reproduit à partir de Ranka, J., & Chapparo, C. (2011). *Draft illustration of the 2011 illustration of the Occupational Performance Model (Australia)*. Repéré à : www.occupationalperformance.com/model-illustration/

ANNEXE E - TRADUCTION DE L'ILLUSTRATION DU MODÈLE OPM(A)



« *Modèle d'action ou performance occupationnelle (d'après Chapparo et Ranka, 2011).* »

Reproduit à partir de Morel-Bracq, M.-C. (2017). Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur.

ANNEXE F - MAIL TYPE DE PRISE DE CONTACT DES PARTICIPANTS

Bonjour,

Je suis Marion Granier, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse.

Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire portant sur la prise en compte des troubles du sommeil auprès des enfants TDAH via un modèle conceptuel. Je cherche des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de cette population et/ou ayant des connaissances sur les modèles conceptuels ergothérapeutiques afin de réaliser un *focus group*.

Un *focus group* est une méthode de recherche qualitative. Cela consiste en une discussion entre plusieurs professionnels (ici 2 ergothérapeutes « spécialistes » du TDAH et 2 ergothérapeutes « spécialistes » des modèles conceptuels) autour de 4 questions portant sur le sujet de mon mémoire. Il n'y a pas de recherche de consensus, chacun partage son point de vue et son expérience.

Le *focus group* durera environ 1h30 et se fera en visio, pour des raisons de commodités, courant mars. Les échanges resteront confidentiels et seront anonymisés.

Seriez-vous intéressé pour participer à ce *focus group* ?

N'hésitez pas si vous souhaitez avoir plus d'informations.

Cordialement,

Marion GRANIER

Étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse

ANNEXE H - MATRICE DU *FOCUS GROUP*

Concept	Dimensions	Indicateurs	Axes
Troubles du sommeil	Définition	<p>Un trouble du sommeil correspond à toute perturbation de la durée ou de la qualité du sommeil.</p> <p>Répartis en 3 catégories (American Academy of Sleep Medicine, 2001) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dyssomnie (insomnies, hypersomnies, troubles du cycle circadien) ● Parasomnie (paralysies du sommeil, cauchemars, bruxisme) ● Troubles du sommeil en rapport avec d'autres troubles (mentaux, neurologiques, autres) <p><u>Conséquences médicales</u> : Obésité, diabète, problèmes cardiaques, ... (Wiseman-Hakes et al., 2009).</p> <p><u>Conséquences occupationnelles</u> : Somnolence, troubles sociaux, diminution des performances physiques et intellectuelles, ... (Léger & Ogrizek, 2012).</p>	<p><u>Question 1</u> : Selon vous et selon vos expériences, quels sont les impacts des troubles du sommeil sur les occupations de l'enfant ?</p>
	Des enfants TDAH	<p>Prévalence des troubles du sommeil chez les enfants TDAH : 50 à 95% (Corkum et al., 2014).</p>	

		<p>Troubles du sommeil les plus fréquents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Résistance au coucher ● Difficultés d'endormissement ● Réveils nocturnes fréquents (Kirov & Brand, 2014) ● Troubles du cycle circadien ● Insomnies (Wajszilber et al., 2018) <p><u>Conséquences spécifiques</u> : Aggravation des déficits neurocomportementaux du TDAH = inattention, hyperactivité, impulsivité (triade symptomatologique) (Kirov & Brand, 2014).</p>	
	Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ● Plainte ● Evaluation des troubles du sommeil ● Recherche de la cause → Examen clinique complet ● Investigations spécialisées complémentaires (polysomnographie, actimétrie, ...) possibles (Lecendreux, 1997) ● Prise en charge non-médicamenteuse (psychoéducation, traitement comportemental, ...) ● Prise en charge médicamenteuse (Hein, 2021) 	<p><u>Question 2</u> : Dans le cas d'un enfant TDAH ayant des troubles du sommeil, quels types d'accompagnement pourrait mettre en place un ergothérapeute ?</p>

		Très peu de littérature sur la prise en charge des troubles du sommeil en ergothérapie.	
Modèles conceptuels ergothérapeutiques	Définition	<p>Un modèle conceptuel est « <i>une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique</i> » (Morel-Bracq, 2017).</p> <p>Chaque modèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Met en évidence certains aspects plutôt que d'autres, ce qui le rend plus ou moins adapté à la situation et au contexte d'exercice. ● Permet d'avoir un cadre d'intervention structuré et argumenté et des outils d'évaluation cohérents. ● Exprime la spécificité du métier. ● Améliore la compréhension de l'ergothérapie par les autres professionnels. <p>(Morel-Bracq, 2017)</p>	<p><u>Question 3</u> : Sur quel modèle conceptuel ergothérapeutique pourrait-on s'appuyer pour la prise en charge du sommeil chez les TDAH ?</p>
	OPM(A)	<p>Modèle australien de la performance occupationnelle fondé par Chapparo et Ranka en 1986.</p> <p><u>Concept central</u> : Performance occupationnelle</p> <p><u>Structure théorique formée autour de 8 constructions fondamentales</u> : Performance occupationnelle, rôles, domaines, composantes et éléments de base de la performance occupationnelle, environnement, espace et temps.</p>	<p><u>Question 4</u> : Que pensez-vous de l'OPM(A) vis-à-vis de la prise en charge du sommeil chez les enfants TDAH ?</p>

ANNEXE I - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT VIDÉO



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITÉ

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise Marion GRANIER dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : « Prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants atteints de TDAH : l'enjeu de l'utilisation d'un modèle conceptuel par les ergothérapeutes ».
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Marion GRANIER. *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : _____

Le : _____

ANNEXE J - RENDU POST-IT MIRO® QUESTION 1

QUESTION 1
Selon vous et selon vos expériences, quels sont les impacts des troubles du sommeil sur les occupations de l'enfant ?

ET1: de la difficulté à se concentrer sur les tâches du quotidien avec une tendance à se disperser, de l'impulsivité et irritabilité dans les relations, une agitation motrice notamment lors d'activités de loisirs...

ET2

- augmentation impulsivité
- augmentation agitation
- diminution des compétences attentionnelles
- variabilité dans l'humeur
- souffrance de l'enfant
- difficultés à être satisfait de sa performance
- globalement : baisse de l'estime de soi
- impact (diminution) sur sa performance dans l'activité
- augmentation des difficultés relationnelles
- augmentation de la durée de la réalisation de la tâche/occupation
- augmentation de la dépendance à l'aidant

EM1 : Altération de la performance occupationnelle et de l'engagement occupationnel. Déstabilisation des interactions entre la personne, l'occupation et l'environnement (ne "fit" plus). Au niveau individuel, labilité émotionnelle, irritabilité, peu de tolérance à la frustration et à l'échec, moins de patience et d'attention...

Environnement devient inadapté...

Pour maintenir l'engagement occupationnel de l'enfant, nécessité d'interventions d'adaptation..

Toutes les occupations sont affectées par le manque de sommeil car toutes sont en lien (déséquilibre).

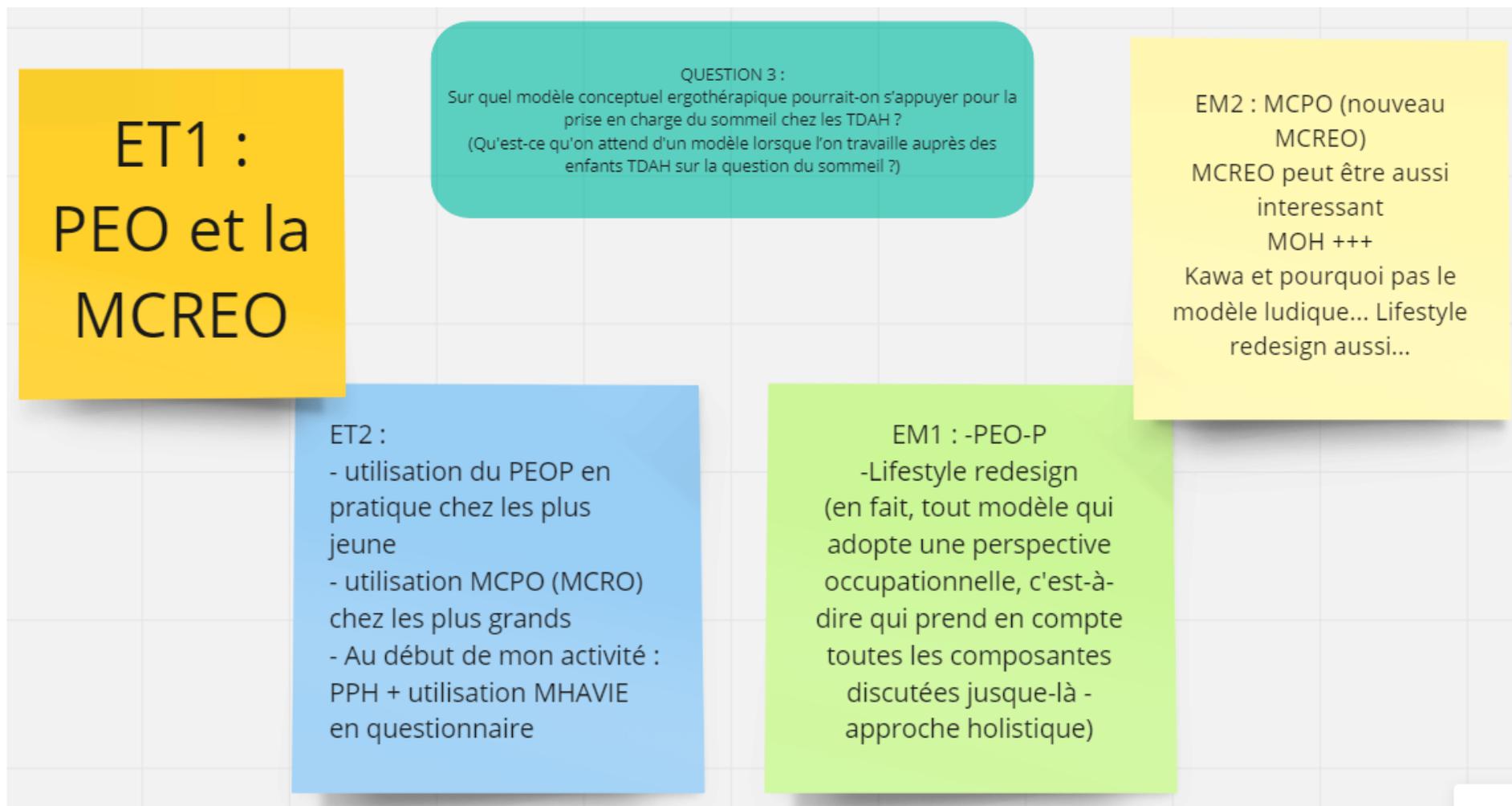
EM2 : les routines matinales sont affectées
(si difficultés de réveil) : désorganisation dans les horaires occupationnelles. Si l'enfant est scolarisé, difficultés dans les apprentissages en raison d'habiletés opératoires, de communication et d'interactions sociales qui empêchent la performance occupationnelle

— 30% + ?

ANNEXE K - RENDU POST-IT MIRO® QUESTION 2



ANNEXE L - RENDU POST-IT MIRO® QUESTION 3



ANNEXE M - TRANSCRIPTION VERBATIM DU *FOCUS GROUP*

[PRÉSENTATION]

- 1 **Moi** : En attendant les autres participants, je pense qu'on peut commencer. Est-ce que vous êtes
2 toujours d'accord pour que j'enregistre le *focus group* ?
- 3 **ET2** : Oui !
- 4 **EM1** : Pas de problème.
- 5 **Moi** : Super, parce qu'après il faut que je le retranscrive pour pouvoir l'analyser.
- 6 **ET2** : Ça marche, on est tous passé par là, bon courage !
- 7 **Moi** : Merci ! Donc du coup déjà merci de participer à mon *focus group*. Pour me re-présenter
8 rapidement, moi c'est Marion Granier, je suis en troisième année d'ergothérapie à Toulouse et je
9 réalise mon mémoire sur la prise en charge des troubles du sommeil des enfants TDAH via un
10 modèle conceptuel ergothérapique. C'est un *focus group* hétérogène donc parmi vous, comme
11 toi ET2, tu es plus spécialisé sur le TDAH et EM1 tu es plus connaisseur des modèles
12 conceptuels. Et ET1 c'est aussi TDAH. Ça va permettre à chaque question d'avoir des points de
13 vue différents et d'aborder les questions de façon complémentaire. Donc je vous invite d'abord
14 à vous présenter un petit peu, votre parcours professionnel, votre année de diplôme,...
- 15 **ET2** : ET2, moi je suis diplômée depuis 2015 à Créteil, j'ai commencé 2-3 ans en EHPAD puis
16 ensuite j'ai commencé en libéral toute seule en pédiatrie. Je me suis rapidement formée à
17 l'intégration sensorielle et du coup là je suis en libérale depuis 2016 je crois, je me suis
18 beaucoup formée au sensoriel, au TDAH, j'ai fait une formation de type CO-OP, sur CAA
19 aussi, tout ce qui est Communication Alternative Augmentée, beh du coup on s'est croisé avec
20 Marion à la formation sur le TDAH, la relation TDAH et sensoriel avec Sonya Côté, une
21 québécoise, je me suis aussi formée sur l'alimentation, dont une au Canada, euh... c'est déjà
22 pas mal je pense.

23 **Moi** : Oui, merci ! Et du coup EM2 vient d'arriver.

24 **Tous** : Bonjour !

25 **EM2** : Je vous prie de m'excuser pour le retard.

26 **Moi** : On vient juste de commencer, ET2 s'est présenté.

27 **ET2** : Je recommence ?

28 **Moi** : Juste rapidement.

29 **ET2** : ET2, ergothérapeute depuis 2015, en libéral auprès d'enfant depuis 2016, spécialisée, en
30 tout cas formée chez les tout petits sensoriel, TDAH, alimentation et CAA.

31 **Moi** : Nickel. Et du coup EM2, moi c'est Marion Granier et là voilà je fais un *focus group*
32 hétérogène, y a des ergos plus spécialisés sur le TDAH et d'autres comme toi plus sur les
33 modèles conceptuels donc c'est pour permettre d'aborder chaque question de façon
34 complémentaire et d'avoir des points de vue différents. Et du coup là on a commencé à faire le
35 tour de table des présentations de chacun, donc ET2 s'est présenté et je ne sais pas qui veut
36 continuer ?

37 **EM1** : Euh... moi je peux continuer. EM1, moi j'ai été diplômé en 2012 de Lausanne en Suisse.
38 Je travaille depuis en Suisse. Je suis prof à l'école d'ergos de Lausanne depuis euh... j'ai
39 commencé officiellement au mois de juin 2022 mais j'étais déjà à l'école en tant qu'assistant. Je
40 suis en train de finir ma thèse de doctorat sur les couples. Je travaille surtout dans une
41 perspective occupationnelle. Et j'ai aussi ma pratique privée depuis 7 ans et on a investi le
42 champ du sommeil depuis bientôt 3 ans. On a créé un groupe thérapeutique en fait sur le
43 sommeil y a 3 ans, avec ma collègue qui est malade et qui devait participer, sur la base du
44 Lifestyle Redesign, je ne sais pas si ça vous parle ? Donc très ancré sur les sciences de
45 l'occupation et on en est maintenant au 5ème ou 6ème groupe qu'on propose. On a reçu un
46 financement de la confédération pour ce programme thérapeutique. On fait surtout pour les
47 adultes et pas encore pour les enfants, je pense que c'est quelque chose qu'on fera par la suite.

48 **Moi** : Ok ! Et du coup EM2.

49 **EM2** : Alors moi je suis ergothérapeute diplômée depuis le siècle antérieur, depuis 1999. J'ai
50 exercé 13 ans en réinsertion socio-professionnel en tant qu'ergothérapeute, et puis en 2013 j'ai
51 intégré l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Laval, à sa création, et depuis je suis
52 responsable de la filière et puis je suis chargée des enseignements sur les modèles conceptuels,
53 la science de l'occupation, la démarche d'intervention, le diagnostic, enfin toutes les unités
54 d'enseignement du domaine 3 essentiellement dans le référentiel de formation, et la sociologie
55 et la santé publique. Voilà, pour donner un peu les précisions. Donc je ne connais absolument
56 rien aux enfants, c'est ce que j'avais expliqué à Marion. Moi je veux bien participer au *focus*
57 *group* parce que la deuxième partie sur les modèles conceptuels me parlait, mais sur les enfants,
58 j'ai lu les documents envoyés mais... j'y connais rien !

59 **Moi** : Ok ! Et oui c'est pour ça que c'est hétérogène. De toute manière, ça aurait été compliqué
60 de trouver un spécialiste du TDAH, du sommeil et des modèles à la fois donc voilà il n'y a pas
61 de problème.

62 **ET2** : Et moi j'y est pas pensé mais EM1 m'a fait penser, en plus c'est demain. Avec une
63 collègue psychologue, on anime des ateliers depuis 3 ans sur le développement des enfants à
64 destination des parents d'enfants de 0 à 3 ans et sur 6 thématiques dont motricité, alimentation,
65 langage, développement du jeu, un peu d'attachement, et le premier atelier est sur le sommeil.
66 Jusqu'à présent on faisait en groupe fermé et on s'est rendu compte qu'on n'avait peu de
67 participants à cause de ça en termes de disponibilité et d'intérêt aussi. Par contre le sommeil est
68 toujours un atelier qui plait beaucoup et où il y a beaucoup de questions donc du coup on le fait
69 toujours en première intention, en premier atelier pour qu'on puisse suivre les parents des
70 enfants sur toute la durée des ateliers et les accompagner sur environ 6 mois de durée des
71 ateliers pour les rassurer et pour accompagner sur le sommeil de leur enfant jusqu'à 3 ans max
72 quoi.

73 **Moi** : Ok ! Au moins vous aurez de la matière pour mes questions ! Donc merci de vous être
74 tous présentés. Le *focus group* va durer je pense jusqu'à 18h, ça dépendra aussi de toutes les
75 réponses. Par contre petite précision, puisqu'on est sur Google Meet normalement la réunion
76 coupe au bout d'une heure donc il va falloir changer de lien mais je vous l'enverrai dans le chat.
77 Donc j'ai créé un Miro, vous pouvez aller dessus, moi je vais partager mon écran. Donc c'est un

78 tableau blanc interactif, collaboratif, où j'ai écrit mes 4 questions et du coup à chaque fois vous
79 pourrez y répondre en créant des post-it avec la barre d'outils sur la gauche. Après si possible
80 prenez une couleur pour toutes les questions. A chaque question on reviendra sur chaque
81 réponse pour en discuter, voir si l'avis est partagé, s'il y a besoin de détails, ... Et du coup je
82 pense qu'on peut commencer avec la première question si personne n'a de question avant ?

83 **Tous** : C'est bon !

[QUESTION 1]

84 **Moi** : Normalement vous avez la question 1 sur l'écran et qui est : Selon vous et selon vos
85 expériences, pas forcément professionnelles, quels sont les impacts des troubles du sommeil sur
86 les occupations de l'enfant en général, pas forcément TDAH. Vous pouvez écrire tout ce qui
87 vous passe par la tête, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Et je vois que ET1 arrive.
88 Bonjour ET1 !

89 **ET1** : Bonjour, désolée pour le retard !

90 **Moi** : Le temps que tout le monde réponde je peux t'expliquer un peu. Donc voilà là le *focus*
91 *group* il va durer à peu près 1 heure je pense. On est sur le Miro en même temps, donc tu peux y
92 aller. Et donc c'est un *focus group* hétérogène, donc ET2 et toi vous êtes plus spécialistes sur le
93 TDAH, et EM1 et EM2 sont plus spécialistes des modèles conceptuels.

94 **ET1** : Ok ! Et en fait dans ta question c'est les impacts des troubles du sommeil sur les
95 occupations de l'enfant c'est à dire s'il y a un manque de sommeil quel est l'implication sur
96 toutes ses occupations dans sa journée ?

97 **Moi** : Oui voilà c'est ça, c'est sur les occupations. Et du coup si vous avez terminé d'écrire
98 vous pouvez désélectionner votre post-it comme ça je vois bien quand vous avez terminé et
99 après on pourra faire un petit retour.

100 **Moi** : Ok du coup est-ce que tout le monde a terminé ?

101 **Tous** : Oui.

102 **Moi** : Qui est-ce qui veut commencer pour dire ses réponses ?

103 **ET1** : Allez j'y vais comme ça c'est fait. Et vous complétez après c'est ça, c'est une
104 discussion ?

105 **Moi** : Oui c'est ça, c'est le principe d'un *focus group* d'être vraiment dans la discussion.
106 Comme j'ai dit il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, chacun a des expériences
107 différentes.

108 **ET1** : Alors j'ai mis de la difficulté à se concentrer sur les tâches du quotidien avec une
109 tendance à se disperser, de l'impulsivité et irritabilité dans les relations, une agitation motrice
110 notamment dans les activités de loisirs. Oui enfin du coup j'ai pas détaillé les occupations donc
111 effectivement ça va être lors du réveil le matin, se préparer pour l'école, euh... Les transitions
112 qui vont être compliquées, les devoirs, écouter les consignes à l'école, une difficulté à se
113 concentrer, l'impulsivité qui va être exacerbée pour répondre aux questions, à la cour de récré
114 ça peut être compliqué avec les autres copains. Dans les loisirs aussi il y a une grosse
115 répercussion. On l'oublie souvent mais les enfants dans les activités sportives ça tient pas
116 tellement dans le temps, ou il faut un prof un peu plus informé ou plus souple, plus
117 compréhensif...

118 **ET2** : Je rebondis sur ce que tu as dit. Moi je trouve que chez les enfants que je suis, il y a une
119 exclusion du groupe, soit de la part du professeur, de l'encadrant qui n'arrive plus à gérer, soit
120 du parent qui dit que l'enfant est trop en souffrance donc préfère le retirer. Ça a trop d'impact
121 sur son estime de soi et finalement c'est pire que mieux d'avoir une activité. Ou carrément
122 l'enfant, chez les plus grands notamment, a conscience de déranger parce qu'ils voient bien que
123 leur fonctionnement n'est pas le même et que bah c'est compliqué. Je trouve que quand il y a
124 des problèmes de sommeil, quand l'activité est en fin de journée en particulier, je trouve que le
125 matin ça n'a pas forcément d'impact, y a le traitement. Alors quand il y a un traitement ça arrive
126 à compenser un petit peu. Par contre s'il n'y a pas de traitement,... Et c'est là où peut-être moi je
127 trouve l'importance de la mise en place d'un traitement, qu'on soit d'accord ou pas d'accord
128 peu importe, mais ça a tendance à diminuer les troubles et ça a aussi un impact sur le sommeil
129 je trouve.

130 **ET1** : Avec la mélatonine aussi.

131 **ET2** : Oui, sachant que c'est pas remboursé par la Sécurité Sociale dans le cadre du TDAH, euh
132 en tout cas il n'y a pas d'Autorisation de Mise sur le Marché pour le TDAH. Il y en a une dans
133 le cadre du TSA il me semble mais pas pour le TDAH. Mais sinon il faut passer par des
134 compléments alimentaires et ça du coup c'est le parent qui « joue », qui fait un peu sa
135 médication, même si encore une fois ce n'est pas un médicament, et ce n'est pas toujours
136 évident de composer avec ça.

137 **Moi** : Ok oui tout à fait.

138 **EM1** : Du coup je rebondis un petit peu là dessus. Alors moi je ne suis pas spécialiste des
139 enfants et notamment pas du TDAH mais je regarde toujours d'un point de vue occupationnel.
140 Déjà, l'important pour moi c'est de considérer le sommeil comme une occupation. Enfin c'est
141 une occupation, c'est pas « je la considère ». Et lorsque je regarde de quelle manière les troubles
142 du sommeil ont un impact sur les occupations de l'enfant, j'aurais plutôt tendance aussi à dire :
143 comment le sommeil s'intègre dans les occupations de l'enfant, comment ça s'intègre dans ses
144 routines quotidiennes. Parce que finalement, dire que le sommeil a un impact sur les
145 occupations de l'enfant on est plutôt d'accord, mais dans quelle mesure les occupations de
146 l'enfant ont aussi un impact les unes sur les autres et donc sur le sommeil. Je pense que c'est
147 aussi un élément à bien prendre en compte dans cette perspective là. C'est pour ça que quand je
148 parle de déséquilibre, je renvoie aussi au concept de déséquilibre occupationnel. Pour nous
149 ergos, je pense que c'est particulièrement important de ne pas prendre le sommeil en tant que tel
150 uniquement comme celui qui a l'impact sur les occupations mais aussi qui découle de cet
151 équilibre. C'est pour ça que je parle aussi de la performance occupationnelle et de l'engagement
152 occupationnel, pour moi il y a une altération générale qui découle du sommeil. Donc moi je
153 veux vraiment souligner ce côté là que le sommeil en tant que tel fait aussi partie de ce système.

154 **ET2** : Parce que c'est pas toujours considéré de cette manière par les autres professionnels ou
155 même par les parents qui, j'ai l'impression, n'ont toujours conscience, ou si, ils en ont
156 conscience mais ils n'ont pas les clefs parfois, quand un enfant a un TDAH, de gérer les
157 routines du soir et du coup ça passe souvent à la trappe parce que la priorité c'est souvent
158 l'école. L'école est bien vue, bien considérée comme une occupation, une activité de la vie
159 quotidienne. Ils n'ont pas la même priorité, la même définition du sommeil comme une activité,

160 et ce n'est pas forcément le plus important. Enfin c'est pas que c'est pas le plus important, ils
161 ont tous conscience que le sommeil est important, mais que ça s'intègre vraiment dans cet
162 équilibre, et c'est pas toujours le plus simple pour eux, ni pour nous hein.

163 **EM1** : Surtout comme si le sommeil était quelque part au service des occupations du jour, mais
164 du coup il y a le risque de créer ce cercle un peu vicieux de maximiser les performances dans
165 des occupations d'école ou d'autres choses et en laissant que peu de place pour le sommeil en
166 se contentant de faire des choses... Je pense qu'il y a un point d'intervention plus tard mais sur
167 les interventions d'environnement ou autre chose mais je vois tout à fait ce que tu veux dire en
168 tout cas ET2. De manière générale, le sommeil est largement sous-exploité en ergothérapie et
169 notamment aussi par les gens.

170 **ET2** : Alors que c'est une demande chez les plus petits. Je le disais aussi par rapport aux
171 ateliers, c'est vraiment chez les 0 - 1 an et demi jusqu'à 2 ans, c'est vraiment une priorité
172 absolue chez les parents que leur enfant dorme avec une bonne qualité de sommeil, et plus tard
173 en fait c'est plus la même priorité, le même ordre d'importance.

174 **ET1** : Le scolaire va prendre un peu le relais et les inquiétudes.

175 **ET2** : Oui c'est ça et même par le médecin je trouve. Moi j'appelle souvent le médecin en
176 disant beh effectivement le sommeil c'est compliqué, est-ce qu'on pourrait travailler ensemble
177 qu'il me donne un petit coup de pouce, il refuse systématiquement. C'est, on fait que de
178 l'intervention... Effectivement les stratégies parentales c'est extrêmement important et on peut
179 régler beaucoup de choses avec ça, mais il ne cherche pas à savoir si ... Par exemple on sait que
180 chez les TSA il y a un déficit de mélatonine physiologique, le TDAH je n'ai pas notion de ça
181 dans les études, mais je trouve quand même que chez les enfants qui ont des troubles des
182 apprentissages, le sommeil est quand même régulièrement impacté pas que pour le TDAH. Et
183 c'est vrai que moi je conseille souvent d'essayer la mélatonine juste sur un temps pour
184 régulariser, et après retrouver l'équilibre, dont tu parlais EM1, l'équilibre occupationnel, avec le
185 sommeil qui fait partie de cet équilibre et après de reprendre les bonnes habitudes. Et encore le
186 biais de dire « bonnes habitudes » c'est pas ce qu'il faudrait dire. Voilà je trouve que c'est pas le
187 principal.

188 **ET1** : C'est le point de départ quand même.

189 **Moi** : Ok ! Je sais pas si ET2 tu as pu dire toutes tes réponses ?

190 **ET2** : Beh, juste pour rajouter, de dire que l'enfant souvent se rend compte qu'il est à l'écart,
191 qu'il est différent, et ça augmente la perte de l'estime de soi. La confiance en soi du coup est
192 plus difficile à récupérer par la suite, déjà s'il y en avait un petit peu à la base c'est pas toujours
193 évident de le récupérer, et puis je trouve que ça a un impact au niveau familial. Mais en fait les
194 parents s'énervent, sont agacés, donc il y a une diminution de la qualité de vie familiale qui je
195 trouve, chez les ados TDAH, est une grosse part de plaintes des parents qui disent souvent « j'ai
196 besoin de répéter 15 000 fois, le soir ça va jamais, le matin on est toujours en retard,... ». Et en
197 fait, les parents passent leur temps à gronder leur enfant, être derrière leur dos, et il y a cette
198 question de l'autonomie et de l'indépendance où, en fait, on recule cette compétence chez
199 l'enfant parce que le parent n'a plus le temps et l'énergie de proposer et d'accompagner au
200 mieux son enfant au vue de ses difficultés. Et en fait ils font à la place de et passent leur temps à
201 gronder, ce qui n'est pas forcément une critique mais moi c'est ce que je vois chez mes ados.

202 **ET1** : Oui, c'est une stratégie.

203 **EM1** : Je trouve super important ce que tu dis, les aspects du contexte social aussi. Et
204 typiquement on parle de l'impact sur les occupations de l'enfant mais si on regarde l'occupation
205 collective, c'est que ce n'est pas une perspective individualiste, c'est une perspective sociale. Tu
206 parlais aussi toute à l'heure de l'exclusion, ET1, de la mise de côté de l'enfant, en fait sous
207 forme de groupe ça « fit » plus, l'enfant est mis de côté et lui-même s'en rend compte aussi.
208 Donc je rejoins tout à fait ce que vous dites et je pense que c'est important d'insister là sur ce
209 côté, de sortir juste de la sphère de l'enfant.

210 **ET2** : Oui, de rassurer le parents qu'en fait c'est pas de sa faute quoi, et qu'à un moment donné
211 les parents sont passés à un mode survie, que la famille est passée à un mode survie, donc en
212 fait il faut assurer le quotidien, il faut être à l'heure à l'école, il faut avoir le temps de manger,
213 ... Donc voilà, en fait il n'y a plus d'activité familiale la semaine, voire il n'y a pas d'activité
214 familiale en dehors de la maison. Parce qu'en fonction de l'âge et des troubles de l'enfant,
215 quand c'est un tout petit qui n'est pas traité par exemple et quand on va faire les courses, il faut
216 accrocher son enfant tout le temps pour pas qu'il parte dans le magasin tout seul. L'enfant ne
217 sort plus en fait. Donc on ne fait plus rien avec son enfant parce que c'est trop compliqué à

218 gérer au niveau énergie et stress. C'est une grosse anxiété et du coup ça me fait réagir sur
219 l'avenir. Parce que du coup les parents ne savent pas trop comment, sur la composante
220 psychologique, ils ne sont pas hyper rassurés sur l'avenir de leur enfant quoi. De qu'est ce qu'il
221 va faire, dans quel cursus il va pouvoir aller, est-ce qu'il va réussir ? En plus nous, ce qu'on voit
222 au cabinet chez les plus grands, c'est que l'écriture va poser problème et donc la scolarité, donc
223 en fait qu'est-ce qu'il pourra faire, il ne pourra jamais faire ce qu'il veut. J'en ai quand même
224 qui m'ont dit « Mais qu'est-ce qu'on va faire de lui ? » quoi.

225 **ET1** : On va pas avoir le même discours aussi parce que je trouve qu'il y a une grosse
226 différence si c'est des filles ou des garçons TDAH. C'est impressionnant, c'est pas du tout les
227 mêmes profils et ça je trouve qu'on l'a pour les garçons, mais beaucoup moins pour les filles.
228 Les filles rentrent beaucoup plus dans le cadre scolaire donc il y a moins, je trouve, ce renvoie
229 de « l'école c'est compliqué ». Mais effectivement c'est au niveau de, moi je vois, les
230 interactions avec les copines, le sport, les sorties, ... C'est un quotidien qu'est difficile. Même
231 les files d'attente, rien que d'aller à la boulangerie chercher du pain, s'il y a 4 personnes devant
232 c'est mort quoi.

233 **ET2** : Chez les filles que l'on reçoit, le trouble est plus marqué. Je pense que du coup ça passe à
234 la trappe. C'est une autre discussion mais aussi au niveau sociétal, comment c'est perçue une
235 petite fille qui est très agitée et qui bouge beaucoup.

236 **ET1** : Souvent, elles sont plus agitées à la maison.

237 **ET2** : Oui, elles arrivent à compenser à l'extérieur.

238 **ET1** : C'est impressionnant. Et chez le médecin, c'est une fille parfaite.

239 **ET2** : Et je trouve que c'est plus des filles TDA que TDAH. Alors qu'il y en a quelques unes
240 que j'ai envoyé chez le médecin et qui a dit « Beh non il n'y a rien ». Mais en fait, puisqu'elles
241 ont conscience je pense, avec la maturité, de l'impact du rendez-vous, aussi de savoir qu'on est
242 en rendez-vous médical, il faut tenir, se retenir, et du coup c'est un peu plus compliqué j'ai
243 l'impression.

244 **Moi** : Est-ce que EM2 tu as des choses à rajouter sur cette première question ?

245 **EM2** : Alors non parce qu'en gros ce qui a été exposé en amont explicite les propos de manière
246 un peu plus large. Quand j'évoquais les routines matinales c'est dans le sens où à partir du
247 moment où il y a un sommeil qui peut être perturbé, derrière c'est toutes les occupations, ne
248 serait-ce que le matin, qui sont impactées en fait. Et puis derrière je rejoins EM1 sur l'école, les
249 loisirs, et donc derrière tout cet équilibre occupationnel qui en découle, en lien avec cette
250 occupation là qui est primordial. Alors moi n'ayant pas accompagné d'enfant je n'ai pas ce
251 recule là, mais d'autant avec mon expériences avec les adultes en réinsertion
252 socio-professionnel c'était globalement la même problématique. C'est-à-dire qu'à partir du
253 moment où les personnes disaient « je dors mal, et quand j'arrive à m'endormir bein j'ai besoin
254 de dormir, donc je me réveille plus tard, et comme je me réveille plus tard beh derrière je ne
255 peux pas aller au travail » et donc voilà c'est tout ça qui s'enchaîne. Et je rejoins aussi le lien
256 avec l'environnement social, donc le reste de la famille, c'est mon mari et mes enfants. Donc si
257 on fait le lien avec les enfants, forcément oui c'est les parents qui ont mal dormi, ou comme ils
258 ont mal dormi ils ne sont pas bien non plus, donc on voit bien toutes ces occupations qui sont
259 interreliées et qui sont selon moi posées. Et puis si derrière on va sur la performance
260 occupationnelle dans ses occupations, forcément derrière si on a moins bien dormi ou pas bien
261 dormi ou pas dormi du tout, forcément c'est la concentration donc toutes les habiletés
262 opératoires, et pourquoi pas aussi la communication et les interactions sociales qui peuvent
263 aussi empêcher la performance dans toute ses occupations, du lever au coucher.

[QUESTION 2]

264 **Moi** : Ok beh très bien merci ! Donc du coup on peut passer à la question 2. Donc là la question
265 2 cette fois-ci c'est « Dans le cas d'un enfant TDAH, donc ayant des troubles du sommeil, quels
266 types d'accompagnements on pourrait mettre en place en tant qu'ergothérapeutes ». Donc là
267 pareil je vous laisse un peu de temps pour répondre sur le Miro.

268 **Moi** : Est-ce que tout le monde a terminé ?

269 **Tous** : Oui !

270 **Moi** : Beh du coup pareil que pour la question 1, si quelqu'un veut commencer à lire ce qu'il a
271 noté, puis les autres complètent.

272 **ET2** : Moi je peux commencer si vous voulez. Du coup moi j'ai noté d'analyser le sommeil,
273 éventuellement si c'est un trouble ou pas d'ailleurs, l'origine quand on peut en tant qu'ergo,
274 mais en tout cas on peut analyser l'impact et si besoin j'aime bien si je vois une éventuelle
275 cause comme de l'anxiété, angoisse, tout ça, j'oriente systématiquement vers la psychologue
276 pour avoir une double intervention. Voilà j'aime bien mettre en place des stratégies éducatives
277 avec les parents, enfin souvent j'informe et je forme les parents, c'est eux qui voient les enfants,
278 qui les ont le soir, donc c'est beaucoup de partenariat parental le sommeil chez les enfants,
279 peut-être un peu moins chez les ados et encore qu'ils ont toujours besoins d'accompagnement
280 dessus. Donc beaucoup d'accompagnement parental. Ce que je disais toute à l'heure, voir le
281 médecin pour éventuellement proposer une médication mélatonine s'il est d'accord. Et
282 d'adapter l'environnement de l'enfant, la chambre et adapter l'enchaînement des activités dans
283 la soirée. Peut-être revoir, au lieu de proposer une routine, puisqu'il y a déjà une routine dans
284 tous les foyers mais en tout cas de la modifier pour favoriser le sommeil.

285 **Moi** : Et ça du coup tu le fais spontanément quand il y a des troubles du sommeil ou c'est plus
286 quand les familles te demandent de travailler sur le sommeil ?

287 **ET2** : En fait, rarement les parents nous demandent de travailler sur le sommeil quand ce n'est
288 pas des touts petits. Quand c'est des 0-2 ans ils vont nous demander, mais après c'est pas la
289 priorité des parents, en tout cas ce n'est pas ce qu'ils voient comme le plus important. Donc
290 c'est moi souvent qui questionne parce que le sommeil fait partie d'une case dans mes
291 questionnaires de bilans. Donc je demande systématiquement si le sommeil est ok, s'il y a des
292 impacts au niveau familial le soir, donc ça c'est systématique en fait. Après, quand je vois qu'il
293 y a un gros impact, je ne leur demande pas leur avis, je leur donne des conseils. Mais sinon je
294 reviens dessus plus tard.

295 **Moi** : Ok, ça marche. Et du coup est-ce que quelqu'un a mis autre chose ?

296 **ET1** : C'est ce que tu disais, c'est que tout ce qui est psychoéducation est super important aussi,
297 de leur expliquer en quoi concerne le sommeil, quels sont les impacts.

298 **EM1** : J'imagine qu'on est plutôt tous d'accord là dessus, à travailler au niveau des parents et
299 de toute personne proche qui est susceptible d'être concerné et proposer des aménagements des
300 horaires de cours et de pauses. Je reviens toujours sur ces éléments là dans les interventions.
301 Quand on parle encore une fois de perspectives occupationnelles, c'est on travaille sur les
302 routines du quotidien et les rituels de sommeil, sur comment intégrer le sommeil dans les
303 routines du quotidien. Ça passe aussi par une sorte d'identification de quel est le profil en terme
304 de dormir de la personne. Ca c'est une chose qu'on fait beaucoup en collaboration avec des
305 médecins spécialistes du sommeil notamment, pour ensuite identifier bah qu'est-ce que serait un
306 sommeil routinier pour la personne. Donc c'est aussi un travail à partir de là, sur l'orchestration
307 de la vie quotidienne, sur ritualiser le moment du coucher qui est extrêmement important, mais
308 sans que ce soit des recettes, il y a des choses que l'on sait et d'autres qu'on va adapter. En
309 parallèle c'est aussi l'environnement de nuit, travailler aussi sur l'environnement social, est-ce
310 qu'il faudra manager les horaires des pauses, le rythme de vie. C'est toutes ces choses là qu'on
311 propose en parallèle de la médication. Parce que nous, ce qu'on prétend en tout cas, je pense
312 qu'on est tous d'accord là dessus, c'est qu'en aucun cas la médication, quelle qu'elle soit, suffit.
313 Ca ne peut être qu'un cache misère et des fois c'est l'impression que ça laisse au psychologue
314 ou au médecin. C'est qu'il suffit de donner le bon médicament alors que non clairement pas.
315 C'est pour ça que nous on travaille vraiment sur ce côté médication, vie quotidienne et puis
316 comment on intègre tout ça. En fait, le but aussi c'est d'avoir le moins de médication possible.
317 Et donc les parents, l'environnement social, ... Et élaborer une sorte de guide de bonnes
318 pratiques.

319 **ET2** : Après au niveau des études, il me semble que pour le TDAH en tout cas, ce qui
320 fonctionne super bien c'est l'utilisation du traitement en plus des autres interventions. Le
321 traitement tout seul va avoir moins d'impacts. Et c'est ce qui est parfois difficile à faire
322 comprendre aux parents qui refusent les traitements c'est que c'est bien aussi. Ca peut avoir un
323 impact positif et peut-être aussi que ça vient dans le partenariat parental mais d'informer et
324 d'expliquer le fonctionnement du traitement, même si j'estime que c'est le médecin qui doit
325 expliquer ça, mais parfois c'est pas fait, et donc ça fait très peur aux parents.

326 **EM1** : En fait, on doit convaincre les parents du bien fondé du traitement et des autres
327 interventions et on doit convaincre le médecin du bien fondé de notre intervention en parallèle
328 du traitement. Et des fois, ce que je trouve aussi intéressant, c'est lorsque les gens nous
329 demandent d'intervenir sur le sommeil. En fait, on intervient d'abord sur le travail ou sur les

330 activités autres de loisirs et en fait de faire comprendre que c'est un tout et qu'on ne peut pas
331 juste cibler un élément au risque de passer à côté de quelque chose donc c'est vrai qu'on a pas
332 mal de travail d'information et de sensibilisation et qui prennent de l'énergie. Mais ça fait partie
333 des approches des interventions qu'on doit mettre en place.

334 **Moi** : Exactement.

335 **ET1** : Moi ça revient un peu à tout ce qui a été dit, de conseiller la partie médicale qui paraît
336 primordiale et effectivement dans les études c'est la médication qui va supporter nos
337 interventions. Aussi, il n'y a pas beaucoup d'ergos qui le font mais les habiletés parentales type
338 Barkley où il y a énormément cette partie du sommeil avec les routines du soir.
339 Psychoéducation on en a parlé. Et après il y a avec Cog-Fun aussi qui a un objectif fonctionnel
340 demandé par les parents, donc on peut le travailler avec l'apprentissage des stratégies
341 exécutives, puis le reste on l'avait dit. Et si, pédopsychiatre s'il y a effectivement des anxiété et
342 un besoin de médication pour améliorer le sommeil.

343 **Moi** : Ok, est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

344 **ET2** : Moi. Pour l'avoir fait un peu au début, de diaboliser les écrans en particulier chez les
345 TDAH. En fait, quand je leur demande, j'ai beaucoup de parents qui me disent « Oui je sais
346 qu'il en regarde trop ». Mais en fait j'ai tendance à rassurer de suite en disant « mais en fait si
347 l'équilibre il est comme ça, c'est que vous n'avez pas eu le choix, c'est que la vie a fait que,
348 mais que ce n'est pas intentionnellement que vous avez mis en place autant de temps et de
349 durée ». En fait ils culpabilisent beaucoup parce que je pense qu'il y a eu beaucoup de
350 professionnels peut-être, et j'en ai fait partie certainement au début, qui avaient tendance à avoir
351 un discours très culpabilisant en disant que s'il y a des troubles du sommeil, c'est parce qu'il y a
352 trop d'écrans. Et ça c'est lié aussi du coup au cadre parental. Donc aujourd'hui j'essaie d'être
353 beaucoup plus souple et derrière de rassurer les parents que si quelqu'un leur dit qu'en gros
354 c'est de leur faute, bein en fait c'est pas de leur faute si leur enfant a un trouble de l'attention et
355 des troubles du sommeil associés. Chez certaines mamans, on sent qu'il y a de l'émotion la
356 première fois qu'on leur dit, et elles sont très soulagées d'entendre ça et ça leur fait beaucoup de
357 bien. Donc je trouve que dans le partenariat parental c'est une bille de plus dans la confiance et
358 dans la mise en place de l'équipe parentale, pro et enfant.

359 **Moi** : Est-ce que c'est bon pour cette question 2 ?

360 **EM2** : J'aimerais éventuellement rajouter d'aller rechercher aussi la signification du sommeil,
361 en fonction de l'âge de l'enfant sans doute. Et je lisais les documents sur les différents types de
362 troubles du sommeil chez l'enfant, et éventuellement il y a aussi la question de l'histoire du
363 sommeil. Parce que si moi je dors et qu'à chaque fois je fais pipi au lit, bah voilà il y a des
364 choses qui sont ancrées donc bein moi j'y connais pas grand chose en enfant mais il y a aussi
365 peut-être désacraliser ou en tout cas dédramatiser ce sommeil et peut-être entendre l'histoire du
366 sommeil ou l'histoire vécue autour de cette occupation là. Je dis ça parce que j'étais sur le
367 MCPO hier et j'ai trouvé que ce questionnement autour de l'histoire et les relations autour des
368 occupations sur la participation occupationnelle, et je trouvais cette approche très intéressante.
369 Et puis après pour rebondir, j'ai fait un focus pour rebondir sur le fameux profil occupationnel,
370 sur les routines, donc aller chercher d'abord toute l'évaluation du contexte de l'enfant et pas que
371 sur le trouble en lui-même, mais sur ce contexte occupationnel là. Un fois qu'on a identifié un
372 peu tout ça, en fonction des conséquences des troubles du sommeil sur les occupations, on va
373 agir sur l'environnement physique, social, les parents, tout ce qui a été dit.

374 **ET2** : Les antécédents familiaux aussi au niveau du sommeil vont avoir vachement un impact
375 sur comment il est vécu. Moi j'ai une famille où la maman me disait « de toute façon moi j'ai
376 jamais dormi, mon fils ne dort pas, c'est normal ». Donc à partir de là il n'y a pas de demande
377 quoi, et quand il n'y a pas de demande, on n'intervient pas. Enfin ça va être compliqué
378 d'intervenir.

379 **EM2** : Toute l'histoire autour d'une occupation est intéressante en fait. Et toutes ses relations
380 autour des occupations. On peut dire plein de choses.

381 **Moi** : Mais déjà vous avez parlé de beaucoup de choses très intéressantes. Et du coup je pense
382 qu'on peut passer à la question 3.

383 **EM1** : Moi je n'aurais pas trop le temps de rester, mais ce que je peux dire pour les deux
384 dernières questions c'est que je suis ni pour ni contre un modèle bien au contraire. Tant qu'on
385 prend en compte tout ce qui a été dit jusque là, un modèle occupationnel notamment à toutes ses
386 chances de convenir car justement on se décentre du sommeil comme problème pour intégrer
387 tout ce qu'on a dit : l'histoire, les routines, les gens, ... En fait, cette question je trouve que ça

388 résume. Moi je travaille avec le PEOP sur le sommeil et avec le LifeStyle Redesign. Mais je
389 pense que mes collègues ont des choses à dire là dessus ! Et ça m'a fait plaisir de vous
390 rencontrer !

[QUESTION 3]

391 **Moi** : Merci à toi d'avoir participé à mon *focus group* ça m'a fait aussi très plaisir ! Et du coup
392 la question 3 est plus ciblée sur les modèles conceptuels en lien, donc est-ce que vous
393 connaissez un modèle conceptuel qui pourrait être intéressant pour appuyer notre prise en
394 charge sur le sommeil chez les enfants TDAH. Et si jamais il n'y a pas vraiment de modèles
395 conceptuels qui vous semblent meilleurs qu'un autre, vous pouvez aussi mettre des concepts
396 qu'il faudrait retrouver dans ce modèle.

397 **ET1** : Je suis pas une super calée des modèles. Moi le PEO est celui qui me correspond le
398 mieux, il est simple et correspond bien à ma pratique.

399 **EM2** : Modèles conceptuels ou modèles de pratique ?

400 **Moi** : Modèles conceptuels !

401 **EM2** : Ok, donc je ne met pas l'OTIPM ! Et est-ce qu'il faut argumenter ?

402 **Moi** : Juste argumenter à l'oral ça suffira.

403 **Moi** : Tout le monde à fini, quelqu'un veut commencer à expliquer ce qu'il a écrit ?

404 **Tous** : Oui !

405 **Moi** : EM1 il a écrit PEOP, LifeStyle Redesign.

406 **ET1** : Je ne connais pas du tout moi.

407 **EM2** : Il y a TaPass qui est le LifeStyle Redesign mais adaptée à la culture française. C'est
408 plein d'activités donc effectivement à la base c'est pour les personnes âgées, autour du bien

409 vieillir. Pour autant, oui c'est un modèle conceptuel centré sur l'équilibre occupationnel et
410 comment on peut restaurer cet équilibre là, mais le LifeStyle Redesign à la base il est plutôt
411 pour les personnes âgées. Très souvent il y a la question de : est-ce que tout est vraiment adapté
412 à la culture française et à la spécificité de notre pratique ? C'est l'ergothérapie du bien vieillir,
413 donc ce n'est pas centré sur les enfants. Pour expliciter les propos de EM1.

414 **Moi** : Ok ! Et oui après EM1 parlait des approches holistiques et tout modèle qui adopte une
415 perspective occupationnelle, c'est-à-dire qui prend en compte toutes les composantes discutées
416 jusque-là. Et je vois que vous avez toutes mis MCREO.

417 **ET2** : Moi j'adapte beaucoup la MCRO chez les plus grands ou chez les parents. J'ai tendance,
418 chez les plus petits, à utiliser maintenant le PEOP alors qu'avant j'étais plutôt sur le PPH
419 puisque c'était à l'époque le modèle où j'étais le plus à l'aise et j'avais fait mon mémoire avec
420 ça. Et puis ça fait pas longtemps que j'ai migré vers le PEOP parce que le PPH ne me convenait
421 plus dans l'analyse des situations. Et sur l'impact familial aussi c'est vrai que dans le PPH il y
422 avait peut-être moins la place pour mettre ça dedans en termes de conséquences indirectes. Et la
423 MCRO chez les ados qui ont un profil cognitif suffisant, une belle maturité et de bonnes
424 compétences en langage oral.

425 **Moi** : Et le PEOP tu le fais qu'à la famille ?

426 **ET2** : Non. En fait, le PEOP je l'utilise juste pour organiser mon compte rendu et mon analyse
427 à l'écrit. Parce que moi j'ai un questionnaire basé sur la MHAVIE que j'ai repris et essayais
428 d'adapter pour le plus grand nombre, et en fait je l'envoie avant de rencontrer les parents et
429 l'enfant pour qu'ils me le renvoient et que j'ai le temps de l'analyser et identifier les points où
430 je vais devoir questionner un peu plus et quelles épreuves je vais proposer. Et en fonction du
431 motif de consultation j'ai un dossier à remplir avant pour pouvoir prendre rendez-vous.

432 **Moi** : Ok ça marche.

433 **EM2** : Tu prends la MHAVIE enfant ?

434 **ET2** : Oui. La MHAVIE enfant elle est développée en plusieurs classes d'âges et du coup j'ai
435 essayé de faire un mix pour ne pas perdre trop de temps dans mon organisation. Après, de toute
436 façon, j'ai toujours une heure d'entretien donc j'essaie de dégrossir un peu en amont.

437 **Moi** : Et je vois que EM2 tu as mis le MOH en plus ?

438 **EM2** : Euh... oui avec trois croix derrière. Alors en fait je vais développer le Modèle Canadien
439 du Rendement et de l'Engagement Occupationnel. Il est assez intéressant parce qu'il apporte
440 une vision très rapide structurant la pensée et puis derrière avec une taxonomie du rendement
441 occupationnel assez intéressante. En plus derrière, là, il y a l'outil de la MCRO qui permet en
442 terme d'outil d'évaluation d'identifier les occupations prioritaires, qui peut aussi être complété
443 par l'OT'HOPE enfant. Donc voilà, il y a ces deux outils là qui sont assez intéressants en lien
444 avec le MCREO. Maintenant, j'ai découvert la version 2022 du MCREO qui s'appelle le
445 MCPO, et en fait ils ont mis à l'arrière plan le triangle avec la spiritualité de la personne avec
446 ses quatre composantes, pour mettre en premier plan la participation occupationnelle et tout
447 l'aspect signification, et justement qui est soutenu par l'histoire et les relations, avec un focus
448 sur la co-occupation. Donc je ne vais pas raconter tout le modèle. Et surtout derrière,
449 l'environnement et les possibilités occupationnelles. Et je trouve que pour le coup, il mérite
450 d'être nommé parce qu'il me réconcilie avec le MCREO que je trouvais un peu limite et c'est
451 pourquoi j'étais plus Modèle de l'Occupation Humaine. Pourquoi MOH, parce qu'il y avait
452 toute la compréhension de l'individu, donc de l'enfant hein puisqu'il s'adapte à toutes les
453 populations, en tant qu'être occupationnel, et son organisation avec ses habitudes, avec ses
454 rôles, la volition, son agir et puis aussi et surtout derrière son adaptation occupationnelle,
455 c'est-à-dire comment lui permettre de construire une identité et des compétences. Tout ça dans
456 un environnement qui était très bien posé aussi. Donc jusqu'à présent j'étais très MOH avec en
457 plus tous les outils d'évaluation qu'il y a derrière qui allaient chercher tous les champs sauf la
458 capacité de la performance donc les structures et les fonctions, parce que Gary Kielhofner disait
459 que c'était d'autres professionnels qui potentiellement évaluaient ça, donc nous on faisait un
460 focus sur le reste. Et tous ces outils, que ce soit enfant ou adulte, vont tout chercher. Donc moi
461 je suis toujours très MOH parce que permettre une compréhension très systémique et globale de
462 l'individu, la personne et ses occupations. Et puis pour le coup, comme là les canadiens ont
463 ouvert sur l'approche un peu plus systémique, socio-culturelle, historique et la co-occupation, je
464 me dit « ah ». Mais on savait qu'ils allaient tendre vers ça car l'aspect spiritualité de la personne
465 n'était absolument pas développé. Alors que du coup là maintenant on là, donc les croyances,

466 les valeurs, bref, donc pourquoi pas. Je pose aussi le Kawa, parce que le Kawa il est intéressant
467 comme modèle conceptuel pour aller chercher bein quand justement l'enfant ne peut pas trop
468 évoquer les choses, ou même les parents, et je trouve qu'on l'oublie très souvent ce modèle là et
469 il n'y a pas encore beaucoup d'écrit alors que c'est le petit dernier, enfin maintenant il y a le
470 MCPO. Et je trouve qu'il peut être intéressant dans la compréhension de la problématique de
471 l'enfant et des conséquences des troubles occupationnels sur son flow. Après il y a un autre
472 modèle que je n'enseigne plus parce que j'ai peu de littérature, c'est le modèle ludique de
473 Francine Ferland. Moi je le faisais en 2013, 2014, 2015 à l'IFE, et je me suis rendue compte que
474 je n'avais pas ou peu d'écrits dessus. Alors je ne sais pas, je ne travaille pas en enfant, mais je
475 me dis qu'il peut être aussi intéressant. Et puis le LifeStyle Redesign pourquoi pas, mais en lien
476 avec le concept d'équilibre occupationnel, d'équilibre de vie, mais pour moi le LifeStyle
477 Redesign, c'est sans doute un modèle conceptuel mais, tel que Marie-Chantal Morel Bracq
478 l'écrit, ce n'est pas un modèle conceptuel mais de démarche d'intervention. Mais comme EM1
479 est le mentor à Lausanne de tout ça... Je me dis peut-être qu'il a compris le LifeStyle Redesign.

480 **ET2** : Je trouve que le Kawa il a l'air de bien coller à la problématique que disait EM1 à un
481 moment donné, que le sommeil à un impact sur le reste des activités mais en fait le reste des
482 activités a aussi un impact sur le sommeil. Et j'ai l'image en tête du Kawa comme je l'ai appris
483 à l'époque, de la rivière avec le caillou, et je me dis qu'en fait le caillou c'est le trouble du
484 sommeil, et que ça impacte tout le reste. En tout cas, en termes d'image, ça me parle bien.
485 Même si je sais qu'il y a des choses, enfin il faudrait que je me repenche là dessus, mais de
486 l'utiliser quand le motif de consultation est le sommeil. Je trouve que c'est ce qui est compliqué
487 en pratique, c'est qu'il faudrait jongler j'ai l'impression entre plusieurs modèles conceptuels en
488 fonction du motif de consultation et du motif d'intervention de la demande du parent. Parce que
489 nous en intervention entre ce qu'on a en tête et ce qu'il faudrait comme objectif pour l'enfant,
490 parce que nous on idéalise, et ce qui est effectivement demandé par le parent, parfois il y a
491 quand même un petit fossé.

492 **Moi** : Oui, c'est exactement la visée de mon mémoire !

493 **ET2** : Et du coup le choix du modèle dépend de la personne non ? C'est très
494 individu-dépendant, de là où on est le plus à l'aise, de notre fonctionnement sur l'analyse, de
495 comment on analyse les choses. Effectivement, on a tous une base commune en tant qu'ergo,
496 mais on a tous des systèmes de pensée un peu différents. Donc j'ai quand même l'impression

497 que chaque ergo va être plus à l'aise dans un domaine avec un modèle en particulier peut-être.
498 A chaque étape de sa carrière professionnelle aussi et de ses compétences.

499 **ET1** : Et c'est évolutif aussi oui.

500 **EM2** : Après, l'intérêt d'un modèle c'est que c'est une paire de lunettes à un instant t, et c'est
501 ce que je dis souvent en cours, parce que je les enseigne tous, bein lequel il faut prendre ? Bein
502 je dis non attendez, il faut d'abord effectivement prendre celui avec lequel vous êtes le plus à
503 l'aise, mais il faut se dire que si vous en choisissez un, sachez que vous ne verrez pas la même
504 chose que si vous en choisissez un autre. Et donc c'est là qu'il va soutenir votre raisonnement
505 clinique, votre raisonnement professionnel, il va soutenir votre démarche d'intervention. Si
506 vous prenez le MOH, vous savez qu'à un moment donné vous allez questionner la volition,
507 l'habitation, les rôles, que vous n'allez pas voir sur le MCREO par exemple, parce que ça, ça
508 ne va pas chercher ça. Donc en gros, soit vous avez une intuition quand vous lisez le dossier
509 avec les éléments qui arrivent et donc qui vous amènent à dire bein je vais prendre plutôt celui
510 là, et en même temps cette intuition là elle n'est pas rédhibitoire et vous pouvez très bien dire
511 beh là ça n'avance plus, je ne sais pas pourquoi, peut-être que le problème il est ailleurs, bon
512 bein je vais peut-être changer de paire de lunettes. Bein encore c'est le raisonnement
513 hypothético-déductif qui va aussi vous aider. Vous pouvez avoir un modèle au départ. Après,
514 l'intérêt du Kawa c'est effectivement, quel que soit le mandat ou le problème identifié, que ce
515 soit le médecin, que ce soit l'ergo ou que ce soit les parents, comme c'est la personne elle-même
516 qui fait son Kawa, il peut très bien arriver avec euh... c'est la personne qui va mettre au centre
517 le rocher, enfin l'enfant, il va peut-être mettre ce rocher « je ne dors pas » ou pas. Il va peut-être
518 mettre « je travaille mal à l'école ». Ok, mais il va peut-être en mettre d'autres des rochers et
519 c'est là où il va dire « beh je travaille mal à l'école », « je ne dors pas bien », ... Donc c'est
520 l'ensemble de ces rochers plus ou moins gros qui vont identifier les obstacles et les problèmes,
521 et puis bein tous ces bois flottants et l'environnement et voir ce sur quoi travaille le Kawa.
522 Finalement il ne vient pas pour un problème particulier, il vient pour identifier les problèmes
523 perçus par la personne pour le coup. Et c'est pour ça qu'il est assez intéressant. Et il sort des
524 sentiers battus avec des outils d'évaluation, des entretiens semi-dirigés qu'on peut avoir avec le
525 MOH par exemple. Mais, pour finir, il donnera sans doute les mêmes choses mais sous un autre
526 mode, avec la médiation du dessin.

527 **ET2** : Et pour rebondir là-dessus, j'ai l'impression que ce type de modèle n'est pas toujours
528 bien compris, dans le sens où on fait souvent des bilans pour nous, pour les parents mais aussi
529 pour la MDPH, pour avoir des sous. Et la MDPH, quand on sort des clous, bein ça ne marche
530 pas. Donc ils s'attendent à avoir un bilan comme ils ont en tête, et si on dérive trop et que ça
531 leur paraît trop farfelu, alors que nous c'est notre cœur de métier, c'est un peu plus compliqué
532 j'ai l'impression. Donc il y a ça aussi pour moi qui me freine pour changer de modèle. Et du
533 coup même si j'aime beaucoup le MCREO qui a changé de nom, j'ai tendance à moins
534 l'utiliser, ou alors à l'utiliser pour moi, mais du coup à utiliser un autre modèle conceptuel.
535 Parce que je sais que si je fais un compte rendu uniquement basé sur la MCRO, ça va être
536 compliqué de passer parce que ça ne va être basé que sur un entretien.

537 **EM2** : Après, la MCRO, qui est l'outil d'évaluation, ne permet d'avoir dans notre diagnostic
538 que l'état occupationnel, donc ce qui pose problème, mais ne permet pas d'avoir la deuxième
539 partie qui est la clarification des causes. Donc effectivement, la MCRO ne se suffit pas pour
540 notre diagnostic en ergothérapie. Là je te rejoins, et c'est vrai que pour le coup dans le MCREO
541 il n'y a que la MCRO comme outil d'évaluation. Il n'y a pas l'environnement, il n'y a pas tout
542 ça donc à un moment donné on est un peu coincé donc il faut aller chercher plus loin. C'est
543 pourquoi, alors on répond peut-être à la question, dans le MOH, on a tout. C'est-à-dire qu'il va
544 évaluer et la qualité de l'état occupationnel, ce qui pose problème, mais aussi les causes,
545 qu'elles soient environnementales, physiques ou sociales, qu'elles soient de l'ordre de la
546 personne, de la volition, des routines, ... Et là on peut tout avoir, rien qu'avec un MOHOST ou
547 un SCOPE pour les enfants, ou un COSA. Il va tout avoir en fait, on peut tout chercher. Donc il
548 y a et la compréhension de l'individu qu'il soit enfant ou adulte dans toutes ses composantes
549 telles que Gary Kielhofner le conçoit dans les aspects, et en plus il y a plus de 30 outils
550 d'évaluation pour aller chercher toutes les composantes. Donc si c'est dans la volition, et bein
551 hop le Volitional Questionnaire. Et en plus, il existe en enfant, le Pediatric Volitional
552 Questionnaire. Si c'est pour identifier un problème d'adaptation occupationnelle, et bein il y a
553 le COSA qui existe et là il y a tout dedans. Sur chaque champ et chaque spécificité il y a tout.
554 Donc ça va au-delà de l'OT'HOPE enfant, ça va au-delà de la MHAVIE, ça va au-delà de la
555 MCRO parce que ça permet vraiment de clarifier les causes d'un diagnostic. C'est pour ça
556 qu'aujourd'hui, c'est plutôt celui-là que j'aurais tendance moi à dire, parce que derrière il y a
557 tous les outils d'évaluation validés.

558 **Moi** : Ok, d'où les trois plus.

559 **EM2** : Et en dehors du fait que c'est le seul à parler de volition. Et je trouve que la volition,
560 c'est pour moi un des aspects qui va initier l'engagement, la participation occupationnelle.
561 Donc si l'enfant dit « ça n'a aucun intérêt pour moi de dormir, c'est pas important pour moi, et
562 puis en plus quand je dors, je ne dors jamais bien et je fais toujours pipi au lit », bein forcément
563 il aura déjà des troubles de l'endormissement. Voilà donc on peut aller chercher ça. Dans les
564 routines et aller chercher du lever au coucher les occupations dont il fait potentiellement des
565 désorganisations routinières on a l'Occupational Questionnaire. Enfin il y a tout jusqu'à
566 l'environnement.

[QUESTION 4]

567 **Moi** : Bon bein du coup, si personne n'a de question, on peut passer à la dernière question.
568 Alors, juste avant d'y répondre, je vais vous présenter un modèle sur lequel je suis tombée
569 pendant mes recherches qui s'appelle l'OPM(A), en français Modèle australien de la
570 performance occupationnelle. Je ne sais pas si vous le connaissez. Donc pour expliquer un peu,
571 vous avez ici le schéma qui est aussi en français dans le livre de Marie-Chantal Morel-Bracq.
572 Donc en fait l'élément central de ce modèle c'est la performance occupationnelle. Il est
573 vraiment structuré autour de ce concept. Ensuite on voit qu'il y a huit grandes constructions
574 fondamentales. Donc en plus de la performance occupationnelle, ce modèle a un regard sur les
575 rôles de la performance occupationnelle, les domaines de la performance occupationnelle donc
576 soins personnels, productivité, loisirs et repos. Il prend en compte les composantes de la
577 performance occupationnelle biomécaniques, sensori-motrices, cognitives, intrapersonnelles et
578 interpersonnelles. Il prend en compte les éléments de base de la performance occupationnelle
579 donc le corps, l'esprit en tant que pensée, l'esprit en tant que spiritualité et tout ça en interaction
580 avec l'environnement sensoriel, physique, cognitif, psychologique, social, culturel et en lien
581 avec le temps, l'espace dans un contexte politique et économique. Et du coup tous
582 sous-systèmes sont complexes et en interaction les uns avec les autres comme on le voit avec
583 les flèches. Et du coup ma dernière question c'est est-ce que ce modèle, qui n'est en fait
584 quasiment pas connu en France, pourrait être intéressant dans l'accompagnement du sommeil
585 chez les enfants TDAH, et si oui pourquoi ou si non pourquoi. En gros, quels pourraient être ses
586 avantages et ses inconvénients à première vue.

587 **EM1** : Pourquoi pas tant qu'on a une approche intégrative et holistique.

588 **ET2** : Je n'avais pas notion dans les autres modèles qu'il y avait la composante politique. Ça
589 me questionne du coup. Ce n'est pas quelque chose à quoi je pense, en tout cas en France,
590 peut-être dans d'autres pays, mais en France je ne me suis pas posé la question.

591 **ET1** : Ça paraît complexe du coup ouais effectivement. J'aurais peur de me perdre un petit peu
592 dans toutes ses composantes.

593 **ET2** : Et est-ce qu'aussi « politique » c'est tout ce qui est question d'égalité de la loi ? C'est
594 vrai qu'avec les enfants ce n'est peut-être pas là où je serais allé en fait. Parce que ce modèle,
595 de premier abord, je me dirais qu'il y a quand même cet aspect politique et économique où ce
596 n'est pas l'enfant qui le gère directement, ça impacte peut-être l'enfant mais... Je crois que je me
597 serai plus posé la question de ce modèle chez les adultes. Ou du coup ils ont conscience du
598 contexte politique et économique, et du coup typiquement en ce moment on pourrait dire que
599 chez les adultes le contexte politique et économique pourrait avoir un impact sur l'équilibre
600 occupationnel de certains. Ouais, chez l'enfant c'est sûr qu'il y a un impact, si les parents sont
601 impactés, l'enfant est aussi impacté, en tout cas dans une certaine mesure. Après, est-ce qu'on
602 identifie que c'est direct ou indirect ? Telle est la question, je vous la lance ! Et pareil, la
603 spiritualité c'est pas la question qui est mise au premier plan dans mon analyse. Je sais que j'ai
604 des collègues dans la grande ville à côté, Perpignan, où il y a quelques écoles privées
605 catholiques, où là du coup l'environnement spirituel va avoir un impact sur l'environnement.
606 Alors je m'excuse d'avance parce que c'est peut-être des gros raccourcis, mais voilà, mes
607 collègues qui ont certains patients qui sont dans cet environnement socio-culturel vont avoir un
608 environnement qui va différer un petit peu, typiquement chez les familles où ils ont beaucoup
609 d'enfants. Il y en a quelques uns qui sont 6, 7, 8 enfants dans la famille, dans la fratrie, du fait
610 qu'au départ il y a tout ce qui est spirituel, religion, et du coup ça va forcément avec un impact
611 sur le fonctionnement de l'enfant, sur son environnement, sur ses compétences en autonomie et
612 en indépendance. On en avait beaucoup parlé et c'était hyper intéressant de se dire que ce
613 contexte spirituel pouvait avoir un impact, pas sur les troubles, mais sur comment on
614 accompagne l'enfant dans son quotidien. Moi ça m'évoque ça.

615 **EM2** : Après la spiritualité dans ce modèle c'est comme la spiritualité dans le MCREO
616 puisqu'il est au cœur du triangle. Ce n'est pas que les croyances religieuses en fait, c'est autour
617 des valeurs, il n'y a pas que la religion. En fait, je dis ça que quand je demande aux étudiants de
618 mettre le canevas, quand je leur dis spiritualité, ils mettent catholique. Bein je dis d'abord ce

619 n'est pas parce qu'il est en France qu'il est catholique, et je dis que la spiritualité ce n'est pas
620 que la religion mais aussi toutes les croyances qu'on a par rapport à soi-même, par rapport à nos
621 valeurs, par rapport à l'occupation. Donc c'est encore une fois la problématique de ces modèles
622 là qui sont outre-Atlantique et qui parfois dans le jargon ne sont pas compris de la même
623 manière avec pour le coup des raccourcis qui sont tout à fait logiques. C'est comme la
624 productivité, pendant longtemps le domaine de la productivité on pensait que c'était le travail.
625 Donc oui parce qu'en France, un être productif c'est un être qui travaille. Or non, la
626 productivité c'est contribuer à l'édifice de la communauté, donc préparer un repas, faire du
627 soutien, faire de l'aide aux devoirs, aller à l'école, faire du bénévolat sont tant d'occupations du
628 domaine de la productivité. Et ça c'est déconstruire tout ça « bein non je ne travaille pas je n'ai
629 pas de productivité ».

630 **ET2** : Faire la distinction entre l'emploi et le travail. C'est la différence entre ces deux termes et
631 ces deux valeurs.

632 **EM2** : C'est ça. Et ça veut dire que même en maison de retraite ou en fin de vie, on a des
633 occupations du domaine de la productivité. C'est pour ça que dans compréhension, donc moi je
634 ne connais pas ce modèle là. Bon pour le coup j'ai toujours mes petits livres de chevet. J'ai
635 envie de dire qu'on retrouve un petit peu... bon c'est des australiens, on retrouve les trois
636 domaines ou les quatre domaines de l'occupation, avec le repos qui est dedans. Euh, j'aurais
637 tendance à dire qu'il est un peu vieux. Aujourd'hui, on a tendance à dire que arrêtons de
638 catégoriser les quatre ou trois occupations. Donc si je devais le critiquer, c'est qu'on a souvent
639 une tendance à catégoriser, sauf que catégoriser fait qu'il y a une occupation qui peut être dans
640 la productivité ou autre en fonction de la signification de l'occupation. Donc dans l'aspect
641 critique aujourd'hui, j'aurai plutôt tendance à dire d'aller chercher des modèles qui ne sont pas
642 forcément dans la catégorisation mais plutôt dans les occupations qui procurent du plaisir, du
643 ressourcement, des relations sociales, ... Donc en lien avec d'autres auteurs. Et puis, quand il
644 parle de politique et d'économique, là on retrouve finalement l'environnement micro, méso et
645 macro qu'on a dans le PPH, dans le MOH, maintenant dans le MCPO mais avant c'était les
646 quatre composantes de l'environnement dans le MCREO. Bon en gros selon moi, on a déjà du
647 mal avec les modèles les plus utilisés en France. Que là avec en plus des espèces de flèches qui
648 avancent, je ne vois pas trop la dynamique du modèle. Si Marie-Chantal dit que c'est un schéma
649 simplifié qui apporte une dynamique, je ne vois pas trop... On est sur quelque chose de très

650 descendant... Je ne vois pas trop les liens. Donc voilà si demain je devrais l'enseigner je dirais
651 « bein là on se retrouve avec une espèce de CIF qui ne ressemble à pas grand chose... ».

652 **Moi** : Oui d'accord. Non mais vous pouvez le critiquer. C'est pour ça aussi que je fais ce *focus*
653 *group*, pour avoir votre avis, vous qui avez plus d'expérience que moi dans le domaine.

654 **EM2** : Après il faut voir à l'utilisation. On retrouve finalement les composantes que l'on
655 retrouve chez Gary Kielhofner avec le corps et l'esprit, les capacités de performance objectives
656 et les capacités de performance subjective. Politique et économique bein oui politique ça ne me
657 parle pas mais finalement on comprend que c'est l'environnement un peu plus large avec toutes
658 les politiques publiques, l'aspect culturel d'une communauté, d'une société et aussi les lois.
659 Après il parle de rôles occupationnels mais je ne sais pas ce qu'il entend par là, donc en gros je
660 me dis, les rôles il y en a chez Gary Kielhofner, le corps et l'esprit il y en a aussi, et il y a toute
661 cette ligne biomécanique, sensori-moteur, cognitif, personnel interne, inter-personnel, je ne
662 comprend pas mais c'est parce que je ne le connais pas moi non plus.

663 **Moi** : Ok ! Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

664 **EM2** : Ah si, la participation. C'est-à-dire qu'il est que sur l'aspect de la performance et je ne
665 vois pas l'engagement ou la participation en fonction des auteurs, et je trouve qu'aujourd'hui, on
666 doit se décentrer ou en tout cas ne pas de concentrer que sur la performance, mais en allant
667 au-delà sur la satisfaction, le plaisir, la relation inter personnelle, les connexions sociales. Et là
668 pour le coup on revient sur l'aspect de la qualité du faire et pas de la participation. On peut
669 participer sans faire et vice versa. Donc, pour le coup, c'est le gros manque aussi de ce modèle.
670 Je ne vois pas la participation et l'engagement.

671 **Moi** : Ok, merci pour toutes vos réponses ! Et beh écoutez voilà c'était la dernière question. Je
672 vous remercie d'être venue, ça a duré un peu plus longtemps que prévu.

673 **Tous** : Avec plaisir !

674 **Moi** : Merci d'avoir partager toutes ces choses, vos expériences, vos opinions, ...

675 **Tous** : C'était très intéressant et merci beaucoup, c'était une belle rencontre !

676 **Moi** : Encore merci et bon week-end à vous !

**Prise en charge des troubles du sommeil chez les enfants atteints de TDAH :
L'enjeu de l'utilisation d'un modèle conceptuel par les ergothérapeutes**
Enquête sur l'OPM(A)

Résumé :

Introduction : Les troubles du sommeil sont un problème de santé publique. La prévalence de ces troubles chez les enfants TDAH varie selon les études entre 50 et 95% et ont des conséquences importantes sur leurs occupations. L'enjeu de prendre en charge les troubles du sommeil chez cette population est donc grand pour les ergothérapeutes. Or, il existe peu de littérature à ce sujet et les ergothérapeutes semblent manquer d'outils pour y faire face. **Objectifs :** L'objectif principal de la recherche est d'étudier l'utilisation d'un modèle conceptuel auprès d'enfants TDAH et de comprendre comment il permettrait d'intégrer des traitements non-médicamenteux des troubles du sommeil dans la prise en charge. La pertinence de l'OPM(A) sera plus spécifiquement explorée. **Méthode :** La méthodologie proposée est une étude qualitative basée sur un *focus group* hétérogène composé de quatre ergothérapeutes : deux spécialistes des enfants TDAH et deux spécialistes des modèles conceptuels. L'analyse des données textuelles du verbatim a été réalisée via l'interface IRaMuTeQ® de R. **Résultat :** Aucun modèle n'est ressorti comme étant idéal dans ce contexte et l'OPM(A) s'avère être complexe pour une utilisation auprès d'un public pédiatrique. Cependant, l'utilisation d'un modèle conceptuel connu, occupationnel, holistique et moderne est apparu comme essentiel, permettant l'identification des impacts des troubles du sommeil chez l'enfant TDAH nécessaire à la prise en charge. **Conclusion :** L'hypothèse de l'OPM(A) est ainsi réfutée par le groupe, mais ne peut être généralisée. Des études plus larges et approfondies semblent être primordiales pour répandre cette pratique.

Mots-clés : Ergothérapie - TDAH - Troubles du sommeil - Modèles conceptuels - OPM(A)

**Management of sleep disturbances in children with ADHD:
The issue of the use of a conceptual model by occupational therapists**
Investigation of OPM(A)

Abstract:

Introduction: Sleep disorders are a public health issue. The prevalence of these disorders in ADHD children varies according to studies between 50 and 95% and have important consequences on their occupations. The challenge of managing sleep disorders in this population is therefore crucial for occupational therapists. However, there is little literature on this subject and occupational therapists seem to lack the tools to deal with it. **Objectives:** The main objective of the research is to study the use of a conceptual model with children with ADHD and to investigate how it would allow the integration of non-drug treatments for sleep disorders in the intervention. The relevance of OPM(A) will be more specifically investigated. **Method:** The proposed methodology is a qualitative study based on a heterogeneous focus group composed of four occupational therapists: two specialists in ADHD children and two specialists in conceptual models. The analysis of the textual data of the verbatim was carried out via the IRaMuTeQ® interface of R. **Results:** No model emerged as ideal in this context and the OPM(A) turns out to be complex for use with a pediatric public. However, the use of a known, occupational, holistic and modern conceptual model appeared to be essential, allowing the identification of the impacts of sleep disorders in children with ADHD necessary for care. **Conclusion:** The OPM(A) hypothesis is thus refuted by the group, but cannot be generalized. Larger and more in-depth studies seem to be essential to spread this practice.

Keywords: Occupational therapy - ADHD - Sleep disorders - Conceptual models - OPM(A)

Marion GRANIER