



Institut de Formation en Ergothérapie - 52 rue Vitruve, 75020 Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Participation dans les apprentissages scolaires des enfants présentant un TDA/H, scolarisés en élémentaire

Une approche basée sur le processus de remotivation en ergothérapie

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5.
S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Cassandra LOBO

Sous la direction de Gwenaëlle LEFEVERE RENARD, Maître de mémoire

Session juin 2025

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteure et de l'Institut de Formation concerné. »

REMERCIEMENTS

Il y a d'abord eu une idée, des idées...foisonnantes, floues, fragiles, à peine esquissées. Une intuition, un élan, que je ne savais formuler. Et puis, il y a eu Gwenaëlle, maître de mémoire émérite. Elle m'a tendu la main, écouté, questionné, guidé, toujours avec patience et bienveillance. Elle a su m'aider à nommer ce qui me traversait, à construire une problématique qui me ressemble, et à ne pas me perdre lorsque les remises en question venaient tout brouiller. Merci pour ton regard sensible, ta rigueur, ton accompagnement juste et profondément humain.

Dans ce même temps, la formation me portait, m'encourageait. Les « réunions mémoire » menées par Sarah Thiébaud, référente pédagogique de l'IFE, ont été de vrais temps d'ancrage. Merci pour votre clarté, votre disponibilité et votre soutien discret mais constant. Merci aussi à mon « groupe mémoire » : pour vos conseils, vos mots rassurants, votre écoute bienveillante dans ce travail parfois si solitaire...

Puis il a fallu chercher, fouiller, creuser. Elodie Hamel, documentaliste, a été cette présence précieuse entre deux étagères, cette interlocutrice attentive avec qui discuter d'un livre, d'une référence, d'une idée encore bancal. Merci pour votre disponibilité et votre simplicité.

Les fondations se sont aussi construites grâce aux enseignants et enseignantes de l'IFE : Carole Binther, Christine Bagnères, Hélène Lebrault, Isabelle Yanez, Iseline Peyre, Margot Salomon, Marine Dalle, Mathieu Loisel, Sophie Coumeff...et tant d'autres. Merci pour vos enseignements, vos regards, et vos silences souvent remplis d'encouragements. Vous avez contribué à mon affirmation, à mon épanouissement, et à la construction de ce travail.

Sur ce chemin, Yolaine Zamora, directrice de l'IFE, a été une lumière continue. Merci pour votre soutien indéfectible, votre confiance, votre capacité à faire émerger le potentiel là où je ne le voyais pas toujours.

A Eurielle Coudray, Lila Stämpfli, Lisbeth Charret, Marie Silly, Sandrine Dutruc-Rosset, merci d'avoir été là, chacune à votre manière : par un mot, une question, une présence discrète mais profondément réconfortante.

Le travail avançait, lentement parfois, au rythme des lectures, des doutes, des reformulations. Et autour de moi, des mains continuaient à se tendre.

Merci à Audrey, Cécile et Manon, pour nos échanges inlassables et passionnés, vos relectures, et votre soutien de chaque instant. Vous avez été mes filets de sécurité, mes cadeaux, ma force.

Et puis il y a eu les camarades. Cette promotion que nous formons depuis trois ans. Ensemble, nous avons traversé tant de choses.

Merci à chacun et chacune pour ce que vous êtes, pour ce que vous avez offert au groupe.

Une pensée toute particulière pour Flore et Noémie, mais aussi pour Alexiane, Aliénor, Amélie, Anne-Emmanuelle, Anne-Sophie, Cassandra (x2 haha), Chloé, Eléa, Elodie, Ema, Emilie, Eva, Joana, Louane, Lucie, Paloma, Shayma, Sue-Maya : vos regards et votre délicatesse m'ont portée tout au long de ce parcours.

Aussi, des professionnelles passionnées m'ont accueillie sur le terrain, m'ont offert leurs savoirs et leur humanité : Agnès, Charlotte, Gwenaëlle L.R., Gwenaëlle V.B., Marion, Mila...

Merci de m'avoir permis de découvrir votre pratique, d'expérimenter, de comprendre, de douter et, surtout, de recommencer.

Dans l'espace plus intime, des présences essentielles m'ont soutenue sans jamais faillir. Quentin, mon frère, merci pour ta patience infinie, pour ta capacité à écouter mes doutes et mes longues tirades autour des repas, pour ton humour et ton calme face à mes tempêtes intérieures.

Et à Isabelle, ma maman, ergothérapeute avant moi, et toujours à mes côtés.

Merci d'avoir été là, la nuit tombée, pour peaufiner un paragraphe, apaiser une inquiétude, et relire encore. Merci pour tout ce que tu m'as transmis, par ton exemple, ta force et ta tendresse.

Enfin, je tiens à remercier tous les enfants que j'ai croisés, en stages et dans la vie.

Vous m'avez tant appris... Merci de m'avoir laissée entrer dans vos jeux, dans vos silences, dans vos mondes. Merci de m'avoir rappelé l'importance de rester curieuse, douce et vraie.

J'ai hâte de continuer à cheminer à vos côtés, en tant qu'ergothérapeute...et en tant qu'humaine !

Ce mémoire est bien plus qu'un travail d'initiation à la recherche.

C'est un voyage, une traversée.

Merci à toutes celles et ceux qui m'y ont accompagnée.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

APA : American Psychiatric Association.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.

Objectif SMART : Objectif Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini.

OT'hope : Outil Thérapeutique pour l'autodétermination d'objectifs pédiatriques en ergothérapie.

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile.

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

TDI : Trouble du Développement Intellectuel.

→ **Acronyme uniquement créé pour le résumé :**

PR : Processus de remotivation (En anglais = **RP** : Remotivation Process)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CADRE CONCEPTUEL

1. Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)	11
1.1. Définition.....	11
1.1.1. Symptômes.....	11
1.1.2. Formes cliniques.....	11
1.1.3. Sévérité.....	12
1.1.4. Répercussions.....	12
1.2. Etiologie.....	12
1.2.1. Facteurs génétiques.....	12
1.2.2. Facteurs neurobiologiques.....	13
1.2.3. Facteurs environnementaux.....	14
1.3. Epidémiologie.....	14
1.3.1. Prévalence.....	14
1.3.2. Différences selon le genre.....	14
1.3.3. Evolution avec l'âge.....	15
1.4. Diagnostic.....	15
1.4.1. Outils diagnostiques.....	15
1.4.2. Comorbidités et diagnostics différentiels.....	15
1.5. Traitements.....	16
1.5.1. Traitements non médicamenteux.....	16
1.5.2. Traitement médicamenteux.....	16
1.6. TDA/H et apprentissages scolaires.....	17
1.6.1. Difficultés rencontrées.....	17
1.6.2. Rôles des fonctions attentionnelles et exécutives.....	18
1.6.3. Troubles associés.....	19
1.7. TDA/H et motivation.....	20
1.7.1. Aspect neurobiologique.....	20
1.7.2. Aspect environnemental.....	20
2. Ergothérapie	21
2.1. Définition de l'ergothérapie.....	21
2.2. Lien avec les occupations.....	21
2.3. Démarche de l'ergothérapeute.....	22
2.4. Définition de la participation en ergothérapie.....	22
2.5. Ergothérapie et volition.....	22
2.5.1. Définition de la volition.....	22
2.5.2. Éléments influençant la volition.....	23
2.5.3. Processus de la volition.....	23
2.5.4. Volition comme levier de changement en ergothérapie.....	24

3. Processus de remotivation.....	25
3.1. Présentation.....	25
3.1.1. Continuum de changement.....	25
3.1.2. Volitional Questionnaire (VQ).....	25
3.2. Phase 1 : Exploration et émergence du sentiment d'efficacité.....	26
3.2.1. Rôle de l'ergothérapeute.....	27
3.2.1.1. Stade 1 : Validation.....	27
3.2.1.2. Stade 2 : Découverte de l'environnement.....	27
3.2.1.3. Stade 3 : Prise de décision.....	28
3.2.1.4. Stade 4 : Plaisir et efficacité dans l'action.....	29
3.3. Phase 2 : Compétence et défis à relever.....	29
3.3.1. Rôle de l'ergothérapeute.....	30
3.3.1.1. Stade 5 : Intériorisation d'un sentiment d'efficacité.....	30
3.3.1.2. Stade 6 : Vivre et raconter son histoire.....	30
3.4. Phase 3 : Accomplissement et autonomie.....	31
3.4.1. Rôle de l'ergothérapeute.....	31
3.4.1.1. Stade 7 : Accomplissement.....	31

HYPOTHESE

PHASE EXPERIMENTALE

1. Méthodologie de l'enquête.....	34
1.1. Choix du terrain.....	34
1.1.1. Respect du cadre légal.....	34
1.1.2. Critères d'inclusion.....	34
1.1.3. Critères de non-inclusion.....	34
1.2. Objectifs de la recherche.....	35
1.3. Choix de la méthode, de l'outil d'enquête et ses modalités.....	35
1.3.1. Choix de la méthode et de l'outil d'enquête.....	35
1.3.2. Modalités relatives à l'outil d'enquête.....	36
1.3.3. Respect du cadre légal.....	36
1.4. Modalités de recrutement et diffusion du questionnaire.....	36
1.4.1. Modalités de recrutement.....	36
1.4.2. Diffusion du questionnaire.....	37
1.4.3. Respect du cadre légal.....	37
1.5. Modalités de traitement et d'analyse des données.....	37
1.5.1. Modalités de traitement des données.....	37
1.5.2. Critères d'exclusion.....	38
1.5.3. Modalités d'analyse des données.....	38
2. Résultats de l'enquête et analyse des données.....	38
2.1. Nombre de participants à l'enquête.....	38
2.2. Stade 1, Validation : Résultats et analyse.....	39
2.2.1. Résultats relatifs au stade 1.....	39
2.2.2. Analyse des résultats relatifs au stade 1.....	41

2.3. Stade 2, Découverte de l'environnement : Résultats et analyse.....	42
2.3.1. Résultats relatifs au stade 2.....	42
2.3.2. Analyse des résultats relatifs au stade 2.....	44
2.4. Stade 3, Prise de décision : Résultats et analyse.....	45
2.4.1. Résultats relatifs au stade 3.....	45
2.4.2. Analyse des résultats relatifs au stade 3.....	47
2.5. Stade 4, Plaisir et efficacité dans l'action : Résultats et analyse.....	48
2.5.1. Résultats relatifs au stade 4.....	48
2.5.2. Analyse des résultats relatifs au stade 4.....	50
2.6. Stade 5, Intériorisation d'un sentiment d'efficacité : Résultats et analyse.....	51
2.6.1. Résultats relatifs au stade 5.....	51
2.6.2. Analyse des résultats relatifs au stade 5.....	53
2.7. Stade 6, Vivre et raconter son histoire : Résultats et analyse.....	54
2.7.1. Résultats relatifs au stade 6.....	54
2.7.2. Analyse des résultats relatifs au stade 6.....	56
2.8. Stade 7, Accomplissement : Résultats et analyse.....	57
2.8.1. Résultats relatifs au stade 7.....	57
2.8.2. Analyse des résultats relatifs au stade 7.....	59
2.9. Analyse croisée des résultats relatifs aux stades du processus de remotivation.....	60
3. Discussion.....	63
3.1. Mise en lien des résultats avec le cadre conceptuel.....	63
3.1.1. Lien avec les différents aspects du TDA/H.....	63
3.1.1.1. Apports de l'ergothérapie sur l'expression des symptômes.....	63
3.1.1.2. Apports de l'ergothérapie sur l'environnement social.....	64
3.1.1.3. Apports de l'ergothérapie sur la participation aux apprentissages.....	65
3.1.2. Lien avec les concepts ergothérapeutiques de participation et de volition.....	66
3.1.3. Lien avec les phases du processus de remotivation.....	67
3.1.3.1. Intérêt pour les enfants présentant un TDA/H.....	67
3.1.3.2. Concordance des pratiques avec le processus de remotivation.....	69
3.2. Limites de l'enquête.....	69
3.2.1. Connaissance du processus de remotivation.....	69
3.2.2. Hétérogénéité des réponses en fonction des profils et contextes d'exercice.....	70
3.2.3. Désirabilité sociale.....	70
3.2.4. Données partiellement quantifiables et subjectivité de l'analyse qualitative.....	70
3.2.5. Administration directe.....	71
3.2.6. Echantillon limité et non représentatif.....	71
3.3. Validation de l'hypothèse.....	71

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Depuis le début de ma formation en ergothérapie, j'ai eu l'opportunité de participer à de nombreux cours ayant nourri mes réflexions, notamment sur les notions de participation occupationnelle et de volition. Mes questionnements autour de ces concepts ont débuté lors de ma première année d'études, avec des interventions centrées sur ces sujets, et se sont poursuivis jusqu'ici, ne cessant de susciter mon intérêt et ma curiosité.

Lors de mon premier stage d'ergothérapie, en Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), j'ai eu l'occasion d'observer des enfants dans leur environnement propre et, de fait, en milieu scolaire. Certains d'entre eux présentaient un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). J'ai également accompagné plusieurs enfants avec un profil similaire en tant que membre d'une association destinée à les soutenir dans leur parcours scolaire et citoyen. Ces expériences m'ont permis de constater combien ces enfants peuvent être démotivés dans leurs apprentissages scolaires, malgré leurs capacités et leur potentiel. En effet, ils peuvent rencontrer des obstacles à leur participation dans les activités d'apprentissage, souvent perçues comme très exigeantes et peu motivantes. Les enfants l'expriment lorsqu'ils disent : « J'suis nul ! », « On me crie toujours dessus. », « J'en peux plus, c'est trop dur ! » ou encore « J'ai la flemme. ».

Or, chaque enfant naît curieux, avec le désir de découvrir et d'apprendre (L'Ecuyer, 2019). Ce besoin inné de comprendre le monde qui nous entoure se manifeste dès le plus jeune âge par l'envie d'explorer, d'essayer, de questionner. Cette curiosité est le moteur de nombreux apprentissages et constitue une base solide pour le développement de compétences académiques et sociales (Alvarez, 2016). Toutefois, ce désir peut parfois se voir diminuer chez les enfants présentant un TDA/H, particulièrement dans le contexte scolaire, ayant alors des répercussions sur leur motivation à participer dans les activités d'apprentissage. Les enseignants le verbalisent souvent : « Il ne tient pas en place. », « Il n'a jamais son matériel. » (parce qu'il l'oublie, le perd ou le casse), « Il n'écoute rien, il faut sans cesse répéter. », « Il ne va jamais au bout d'un travail. »... Et les parents de ces enfants aussi : « Il est tête-en-l'air ! », « Il ne fait pas d'efforts, j'essaie de le secouer mais on se dispute souvent. », « Il faut répéter les choses 36 fois ! », « Il perd toujours ses affaires. ». Ces derniers en viennent même parfois à douter de la scolarisation de leur enfant en milieu ordinaire : « Les classes à gros effectifs et le mode de fonctionnement de l'école traditionnelle ne semblent pas fonctionner pour notre enfant. ». Pourtant, lorsqu'un intérêt est éprouvé par l'enfant, le discours change : « Il est impossible de lui faire faire ses devoirs mais je

peux lire des histoires pendant une heure et mon enfant est littéralement suspendu à ma bouche et ne cille pas. ».

Ces observations m'ont amenée à me demander : Quel pourrait être le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ces jeunes élèves ? J'ai pris conscience que, régulièrement, l'enjeu ne réside pas seulement dans l'acquisition de connaissances et de compétences, mais dans la capacité de l'enfant à maintenir sa motivation face aux défis scolaires. En tant qu'ergothérapeute, accompagner les enfants pour comprendre les facteurs qui influencent leur démotivation et chercher les moyens de leur faire (re)trouver ce désir d'apprendre paraît essentiel. Cela m'a conduite à explorer le processus de remotivation, continuum d'interventions visant à soutenir la volition des personnes. J'ai alors commencé à me questionner sur la mise en pratique de ce processus en ergothérapie auprès des enfants en élémentaire présentant un TDA/H afin de les accompagner à ressentir de nouveau l'envie d'agir, se sentir compétent et participer activement à leurs apprentissages scolaires.

Finally, mes engagements et questionnements ainsi que ma phase exploratoire m'ont menée à la question de recherche suivante : **Comment l'ergothérapeute mobilise-t-il, consciemment ou inconsciemment, les stratégies du processus de remotivation dans sa pratique pour favoriser la participation des enfants en élémentaire présentant un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité dans leurs apprentissages scolaires en milieu ordinaire ?**

Pour tenter de répondre à cette question, dans un premier temps, mon écrit comportera le cadre conceptuel de ma recherche en abordant les aspects généraux du TDA/H, les concepts ergothérapeutiques liés au sujet ainsi que la présentation du processus de remotivation.

Dans un deuxième temps, la méthodologie d'enquête sera exposée, accompagnée des résultats recueillis.

Enfin, une analyse des résultats sera proposée et discutée.

CADRE CONCEPTUEL

1. Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

1.1. Définition

1.1.1. Symptômes

Le TDA/H est un trouble caractérisé par des symptômes d'inattention, associés ou non à des symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité (HAS, 2024). Même si ces caractéristiques sont généralement observées, notamment chez les enfants ; dans le cadre du TDA/H, leur intensité est plus importante que celle attendue par rapport à l'âge de développement. Les manifestations de ce trouble, décrites ci-dessous, varient en fonction de chaque personne (HAS, 2015).

Chez les enfants, l'inattention peut revêtir une difficulté à maintenir leur concentration sur une tâche spécifique. Ils peuvent sembler souvent distraits ou absents, y compris lorsque l'on s'adresse à eux directement. Ces enfants ont tendance à oublier des consignes ou à ne pas terminer ce qu'ils ont commencé. Ils manquent souvent d'organisation et évitent les tâches nécessitant un effort mental soutenu et prolongé. De plus, ils peuvent perdre régulièrement des affaires importantes et se laisser facilement détourner par des stimuli externes (APA, 2015).

L'hyperactivité se manifeste, quant à elle, par une difficulté à rester en place. Les enfants peuvent alors se lever en classe à des moments où cela n'est pas demandé, se mettre à courir ou grimper dans des situations inappropriées. Cette agitation physique s'accompagne souvent d'une incapacité à jouer ou participer calmement à des activités de loisirs (APA, 2015).

L'impulsivité s'exprime par une difficulté pour les enfants d'attendre leur tour, ou par des interruptions fréquentes dans les conversations ou les activités des autres. Les enfants peuvent également répondre de manière précipitée à une question avant même qu'elle ne soit terminée (APA, 2015).

1.1.2. Formes cliniques

Le TDA/H peut se présenter sous trois formes cliniques différentes où :

- L'inattention est prédominante.
- L'impulsivité et l'hyperactivité sont prédominantes.
- Les trois types de symptômes sont combinés (APA, 2015).

Cette dernière forme, définie comme « combinée » ou « mixte » est la plus représentée dans la population (HAS, 2024).

1.1.3. Sévérité

Le DSM-5 décline la sévérité du TDA/H en trois niveaux d'intensité :

- Léger : Les symptômes présents répondent aux critères minimaux pour poser un diagnostic. Leur impact sur la vie quotidienne reste relativement limité.
- Modéré : Les symptômes sont plus fréquents et plus prononcés, entraînant des difficultés notables dans plusieurs activités de vie quotidienne.
- Sévère : Les symptômes sont nombreux et ont une influence marquée sur la vie quotidienne (APA, 2015).

1.1.4. Répercussions

Selon le DSM-5, les symptômes apparaissent avant l'âge de 12 ans dans au moins deux contextes de vie différents (à la maison, à l'école, avec des amis, lors de temps de loisirs...), et perdurent depuis au moins 6 mois. Ils altèrent de manière significative la réalisation des activités sociales et scolaires ainsi que la qualité de vie (APA, 2015).

Le TDA/H se développe dans l'enfance et certains symptômes peuvent persister durant l'adolescence et à l'âge adulte. De fait, il peut être à l'origine de situations de handicap tout au long de la vie (HAS, 2024). Dans le DSM-5, il est classé dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux.

1.2. **Etiologie**

Tout comme celle des autres troubles neurodéveloppementaux, l'origine du TDA/H reste en partie inexplicée (HAS, 2024). Toutefois, plusieurs études révèlent des hypothèses fortes concernant les facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux, permettant d'approfondir la compréhension du trouble (Gauld et al., 2023 ; Bélanger et al., 2018). L'étiologie du TDA/H semble ainsi résulter de l'influence de divers facteurs entre eux (HAS, 2024). Les hypothèses exposées ci-dessous ne sont pas exhaustives. Celles développées ont été choisies en fonction de leur pertinence apparente et présumée par rapport au sujet étudié.

1.2.1. Facteurs génétiques

Du côté de la génétique, l'héritabilité du TDA/H, supérieure à 70 %, semble montrer une contribution importante des facteurs génétiques dans le développement du trouble (HAS, 2024). Les recherches menées ont mis en évidence l'implication de divers gènes dans l'étiologie du TDA/H, notamment ceux régissant la structure des récepteurs et des transporteurs de la dopamine (Gauld et al., 2023).

1.2.2. Facteurs neurobiologiques

Sur le plan neurobiologique, le système dopaminergique joue un rôle clé dans la régulation de nombreuses fonctions cérébrales, notamment la motivation, la réaction au renforcement, l'attention, le contrôle moteur et les processus d'apprentissage. Il repose sur plusieurs voies :

- La voie mésolimbique, impliquée dans le circuit de la récompense.
- La voie mésocorticale, associée aux fonctions cognitives et exécutives.
- La voie nigrostriée, essentielle au contrôle moteur.

Dans le contexte du TDA/H, une altération de ces voies pourrait expliquer une partie importante des symptômes observés (Gauld et al., 2023).

Un déficit en dopamine dans la voie mésolimbique pourrait entraîner une diminution de la capacité à tirer profit des renforcements, une intolérance à l'attente, une tendance à l'hyperactivité face à des situations nouvelles, une impulsivité accrue, des difficultés à maintenir une attention prolongée ainsi qu'une incapacité à inhiber certains comportements. Ces répercussions seraient alors à l'origine des symptômes caractéristiques du TDA/H, à savoir l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité (Gauld et al., 2023).

Par ailleurs, un dysfonctionnement de la voie dopaminergique mésocorticale affecterait les fonctions exécutives, provoquant des troubles de l'attention et des difficultés dans la planification des actions. Cela expliquerait le retentissement du TDA/H au cœur des apprentissages scolaires (Gauld et al., 2023).

Enfin, une insuffisance de dopamine au niveau de la voie nigrostriée impacterait le contrôle moteur ainsi que les processus d'apprentissage et de mémorisation (Gauld et al., 2023 ; Van der Kooij et al., 2007).

Certains chercheurs exposent également qu'une « aversion » pour le délai de la part des enfants présentant un TDA/H expliquerait qu'ils privilégient l'immédiateté lorsqu'ils doivent choisir entre une petite récompense immédiate et une plus grande récompense différée (Habib, 2011). Cela a été mis en lien avec la dysrégulation des voies mésolimbique et mésocorticale du système dopaminergique (Van der Kooij et al., 2007).

D'autre part, des études suggèrent que le réseau cérébral dit « par défaut » – qui s'active lorsque la personne n'est pas centré sur ce qui se déroule à l'extérieur, autour d'elle mais davantage sur elle-même – serait altéré chez les enfants présentant un TDA/H. Ces derniers posséderaient un volume plus important de matière grise dans les régions corticales impliquées

dans ce réseau. Cela pourrait expliquer leurs difficultés à inhiber ce mode de pensée automatique et à se concentrer sur une tâche précise. Ils semblent attirés par cet état de repos cognitif, ce qui rend la focalisation sur des activités demandant de l'attention encore plus exigeante pour eux (Gauld et al., 2023).

1.2.3. Facteurs environnementaux

De surcroît, des données solides indiquent que certains facteurs périnataux augmentent le risque de développer un TDA/H (HAS, 2024 ; Bélanger et al., 2018). Parmi eux, l'exposition prénatale à l'alcool ou au tabac, ainsi qu'un faible poids de naissance sont associés à une probabilité accrue de développer ce trouble. De même, des lésions cérébrales liées à un manque d'oxygène, des antécédents de troubles épileptiques ou encore des traumatismes crâniens augmentent ce risque (Bélanger et al., 2018). En revanche, les influences de l'environnement familial ou psychosocial sur le développement du TDA/H ne sont pas clairement établies, bien que des événements de vie vécus et ressentis de manière désagréable puissent être mentionnés dans l'étiologie du TDA/H par la HAS (HAS, 2024 ; Bélanger et al., 2018).

1.3. **Epidémiologie**

1.3.1. Prévalence

Le TDA/H est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents chez les enfants. La prévalence des troubles neurodéveloppementaux a augmenté ces dernières années. Cette évolution est principalement due à la redéfinition des critères diagnostiques dans le DSM-5, associée à un meilleur repérage (Commission des Affaires sociales, 2023).

La prévalence du TDA/H varie selon différents critères :

- L'âge.
- L'outil diagnostique utilisé (DSM-5 ou CIM-11).
- La méthodologie employée pour le recueil des symptômes (HAS, 2024).

Elle est évaluée à environ 5% des enfants et adolescents ainsi que 3% des adultes, quelle que soit leur nationalité (HAS, 2024).

1.3.2. Différences selon le genre

Chez les enfants, le TDA/H est estimé deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Des hypothèses mentionnent que cette différence pourrait venir d'un sous-diagnostic chez les filles, pour lesquelles la forme inattentive prédomine, rendant alors les symptômes moins

visibles et donc le repérage moins aisé. Chez les garçons, la forme combinée est plus courante, avec des symptômes davantage extériorisés (HAS, 2024).

1.3.3. Evolution avec l'âge

Les symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité du TDA/H tendent à diminuer en intensité avec l'âge (World Federation of ADHD, 2021). Toutefois, le trouble peut persister à l'âge adulte (APA, 2015).

1.4. Diagnostic

1.4.1. Outils diagnostiques

Il est recommandé, par la HAS, de poser un diagnostic de TDA/H en s'appuyant sur les critères diagnostiques établis dans le DSM-5 ou la CIM-11, relativement similaires. Le diagnostic est, de fait, essentiellement clinique (HAS, 2024).

Comme évoqué précédemment, le TDA/H débute dans l'enfance (Gauld et al., 2023). Aucune limite d'âge inférieure n'est établie pour poser un diagnostic, et des symptômes évocateurs du trouble peuvent être perçus très tôt au cours du développement de l'enfant. Cependant, avant l'âge de 5 ans, ces symptômes sont naturellement observés chez les enfants et ne doivent alors préoccuper l'entourage seulement dans la mesure où leur expression, leur durée et leurs répercussions semblent particulièrement intenses par rapport à ce qui est habituellement observé chez des enfants du même âge (HAS, 2024). Un retard diagnostique important reste constaté en France ; le terme de TDA/H étant, en moyenne, posé vers 9-10 ans (Assurance Maladie, 2023).

1.4.2. Comorbidités et diagnostics différentiels

Le diagnostic du TDA/H se révèle complexe car des comorbidités co-existent fréquemment, notamment avec d'autres troubles neurodéveloppementaux ou avec des troubles psychiatriques dont font partie le trouble des conduites, la dépression ou encore les troubles anxieux, de l'humeur et du sommeil (Purper-Ouakil et al., 2024 ; HAS, 2024). Par ailleurs, les troubles comorbides du TDA/H représentent également des diagnostics différentiels puisqu'ils peuvent présenter des symptômes communs, ce qui complexifie encore davantage le diagnostic (HAS, 2024).

1.5. Traitements

1.5.1. Traitements non médicamenteux

Une fois le diagnostic posé, dans un premier temps, la HAS recommande des traitements non médicamenteux. Ces traitements peuvent consister en :

- Des interventions centrées sur l'environnement familial et scolaire (psychoéducation, Programmes d'Entraînement aux Habilités Parentales, Éducation Thérapeutique du Patient).
- Un accompagnement scolaire et pédagogique (vigilance quant au harcèlement, demande d'un Accompagnant d'Élève en Situation de Handicap, d'aménagements scolaires et aux examens).
- Des interventions psychosociales (Thérapies Comportementales, Cognitives et Émotionnelles).

D'autres interventions sont mentionnées dans les dernières recommandations de bonnes pratiques de la HAS comme le neurofeedback, l'entraînement cognitif ou la pleine conscience mais ne présentent pas un niveau de preuves suffisant pour les recommander (HAS, 2024).

1.5.2. Traitement médicamenteux

Bien que le traitement médicamenteux ne soit pas celui de première intention, ce dernier peut être proposé en complément, en fonction de l'âge de l'enfant, si les traitements non-médicamenteux se révèlent insuffisants et que les symptômes continuent de s'exprimer intensément, engendrant des répercussions sociales et scolaires importantes (HAS, 2024). Le traitement médicamenteux prescrit (seul traitement bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché en France) est alors le méthylphénidate, psychostimulant considéré, à partir de 6 ans, comme le traitement de référence pour les enfants présentant un TDA/H (Assurance Maladie, 2023 ; HAS, 2024).

Actuellement, il ne semble pas exister de preuves probantes indiquant que le méthylphénidate réduit l'expression des symptômes du TDA/H. Un collectif d'auteurs a partagé les résultats d'un projet de recherche mené afin de trouver des études concernant l'utilisation de cette molécule chez les enfants et adolescents présentant un TDA/H. Ainsi, basées sur les observations des enseignants, ces auteurs ont pu relever que le méthylphénidate :

- « pourrait améliorer les symptômes du TDA/H » selon 21 études sur 212 analysées, soit pour 1728 enfants sur 16 302.

- « pourrait améliorer le comportement général » pour 792 participants sur 16 302.

Toutefois, ces résultats ne constituent pas des données probantes certaines car la présentation des résultats s'est révélée incomplète dans plusieurs études et les critères de mesure des symptômes diffèrent selon les études. De plus, elles ont toutes porté sur une courte période, ce qui ne permet pas l'évaluation des effets du méthylphénidate à long terme. Par ailleurs, des conflits d'intérêt ont pu être mis en évidence (Storebø et al., 2023).

Cependant, « le méthylphénidate augmente la concentration de dopamine dans la fente synaptique par l'intermédiaire du blocage du transporteur de la dopamine » (Purper-Ouakil et al., 2010). Ainsi, ce traitement « permet une amélioration de l'activité dopaminergique sur les récepteurs du même nom, donc de la circulation de l'information dans le cerveau, et donc de l'attention et la vigilance. [...] il est possible que le Méthylphénidate présente des effets sur les voies de régulation dopaminergiques autres que l'attention : la voie nigro-striée, qui participe à la régulation du mouvement ou la voie méso-limbique qui contribue à la régulation des émotions (circuits de récompense et de motivation). » (Castelnaud, 2016). Comme évoqué précédemment dans la partie exposant les hypothèses étiologiques du TDA/H, le méthylphénidate agit sur les différentes voies de la dopamine impliquées dans l'expression des symptômes. Ainsi, de nombreux témoignages de parents et d'enseignants, sur les forums ou lors d'interviews, mettent en avant les effets positifs perçus suite à la prise de méthylphénidate, notamment dans le champ des apprentissages scolaires.

1.6. TDA/H et apprentissages scolaires

1.6.1. Difficultés rencontrées

En effet, les conséquences du TDA/H sur la sphère scolaire font partie des répercussions les plus fréquemment observées et citées (HAS, 2024 ; Assurance Maladie, 2023 ; Guay, 2016 ; Lussier, 2016). Souvent, les parents commencent à s'inquiéter et à consulter lorsque leur enfant laisse apparaître des difficultés scolaires, pouvant être associées à des résultats en baisse (Guay, 2016). Le retentissement du trouble sur les apprentissages est au cœur des préoccupations lors de l'accompagnement d'un enfant présentant un TDA/H. Comme mentionné précédemment lors de la présentation des interventions non médicamenteuses préconisées par la HAS, un accompagnement scolaire et pédagogique est recommandé (HAS, 2024 ; Assurance Maladie, 2023).

La HAS et l'Assurance Maladie font état de quelques difficultés pouvant être rencontrées par les enfants présentant un TDA/H. Parmi elles sont retrouvées :

- Une fluctuation des capacités de concentration.
- Des difficultés de mémorisation.
- Des difficultés d'organisation.
- Etc.

Les enseignants rapportent également des oublis de matériel, des difficultés à mener à terme un travail et/ou de l'agitation en classe.

1.6.2. Rôles des fonctions attentionnelles et exécutives

Grâce aux sciences cognitives, quatre piliers de l'apprentissage ont été identifiés :

- L'attention.
- L'engagement actif.
- Le retour d'information.
- La consolidation (Dehaene, 2018).

De fait, le premier pilier de l'apprentissage est l'attention. Cela signifie que cette dernière est la porte d'entrée de tous les apprentissages. L'attention permet d'orienter notre action vers un but précis. C'est un ensemble de mécanismes cognitifs cruciaux permettant de sélectionner et de prioriser certaines informations de notre environnement tout en ignorant les autres. Cette sélection se révèle essentielle pour le traitement efficace des informations. (Dehaene, 2018). Le psychologue et chercheur dans le domaine de l'attention, Michael Posner, distingue trois processus nécessaires au fonctionnement de l'attention. Tout d'abord, nous avons le réseau d'alerte qui permet d'attirer notre attention sur une situation. Puis, le réseau d'orientation a pour objectif de canaliser l'attention, attirée précédemment, pour faire abstraction de tous les autres stimuli. Enfin, le réseau exécutif permet d'inhiber un autre comportement qui nous ferait entrer dans une situation de double tâche (Posner et al., 1990). Le bon fonctionnement de ces réseaux permet l'attention sélective, l'attention partagée et l'attention soutenue, nécessaires dans les situations d'apprentissage (Lachaux, 2019). Le déficit de l'attention étant un des symptômes du TDA/H, une corrélation peut donc être établie entre l'altération de ces réseaux et les difficultés d'apprentissage. Cela fait lien avec la fluctuation des capacités de concentration rapportée par l'environnement social des enfants (Lachaux, 2019 ; Guay, 2016).

Les fonctions exécutives regroupent notamment la mémorisation (en lien avec la mémoire de travail), la planification et l'inhibition (Er-Rafiqi et al., 2017).

Le fonctionnement de la mémoire de travail permet d'allouer les ressources attentionnelles nécessaires à l'exécution de tâches pour stocker temporairement des informations qui vont être utilisées prochainement (Er-Rafiqi et al., 2017).

Le processus de planification est composé de l'analyse des données d'une situation, puis de l'établissement et de l'exécution d'un plan d'actions en vue d'un objectif défini. La planification permet également de mettre en place diverses stratégies (Er-Rafiqi et al., 2017).

Quant à l'inhibition, elle correspond à un mécanisme permettant de s'empêcher de faire une action, de contrôler son attention, ses comportements, ses pensées et ses émotions pour rester focalisé sur ce qui est à faire, sans être accaparé par l'environnement ou ses propres pensées, comme évoqué dans la partie sur l'étiologie du TDA/H avec l'attirance des enfants présentant ce trouble pour le réseau cérébral « par défaut » (Er-Rafiqi et al., 2017).

Certains modèles, comme celui développé par Miyaké, mentionnent aussi l'initiation et la flexibilité comme faisant partie des fonctions exécutives.

Dans le cadre du TDA/H, des difficultés sur le plan exécutif peuvent s'ajouter aux troubles attentionnels (Guay, 2016 ; Lussier, 2016). L'enfant peut alors avoir des difficultés à copier une leçon sans faire de pause ou à prendre l'ensemble des affaires dont il aura besoin pour faire ses devoirs le soir. Une agitation et une impulsivité, caractéristiques des formes cliniques où l'hyperactivité prédomine ou mixte, peuvent également s'exprimer et engendrer des difficultés à respecter les contraintes scolaires (rester assis, ne pas couper la parole, etc.).

D'une manière générale, les enfants présentant un TDA/H tendent à privilégier la rapidité au détriment de la précision et de la qualité lors de nombreuses tâches scolaires qu'ils trouvent trop exigeantes, leur demandant beaucoup d'efforts (Guay, 2016).

1.6.3. Troubles associés

Comme évoqué précédemment dans la sous-partie traitant des comorbidités et diagnostics différentiels, le TDA/H est fréquemment comorbide avec les autres troubles neurodéveloppementaux dont font partie les troubles des apprentissages, à savoir la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographe et la dyspraxie (HAS, 2024 ; Inserm, 2019). Si l'enfant accompagné présente un ou plusieurs de ces troubles, d'autres difficultés d'apprentissage s'associeront à celles exposées ci-dessus (Inserm, 2019).

1.7. TDA/H et motivation

1.7.1. Aspect neurobiologique

La dopamine est un neurotransmetteur essentiel dans le cerveau, jouant un rôle central dans les mécanismes d'apprentissage et de motivation, liés au circuit de la récompense. Elle facilite la communication entre les neurones, influençant ainsi la prise de décision, la recherche de plaisir et l'engagement dans des activités gratifiantes (Potvin, 2019). « Lorsqu'une récompense est en vue, le désir est déclenché par la libération [de] [...] dopamine. Celle-ci active différentes régions du circuit de la récompense » (Sablonnière, 2012, p. 108).

Le médecin biologiste et chercheur, Bernard Sablonnière, explique qu'il existe trois éléments importants dans le système de récompense :

- Le besoin.
- Le désir, qui déclenche les actions nécessaires pour satisfaire le besoin.
- Le plaisir, une fois le besoin satisfait.

Or, comme évoqué précédemment dans la partie traitant de l'étiologie du TDA/H, chez les enfants présentant ce trouble, des dysrégulations dans le système dopaminergique ont été observées. Ces dernières entraînant, entre autres, une intolérance à l'attente, une impulsivité accrue ainsi qu'une incapacité à inhiber certains comportements (Gauld et al., 2023 ; Van der Kooij et al., 2007). Ces dysfonctionnements viendraient alors expliquer la tendance des enfants présentant un TDA/H à privilégier des activités où ils ressentent du plaisir immédiat, rendant plus difficile le maintien de leur motivation pour des activités nécessitant un effort soutenu ou offrant des récompenses différées.

1.7.2. Aspect environnemental

L'adoption de ces comportements impulsifs, basés sur la satisfaction immédiate du désir, engendre souvent une incompréhension de la part de l'entourage. Les enfants peuvent alors entendre de nombreuses réflexions et ressentis provoqués par leurs actions, comme mentionnés dans de nombreux témoignages : « Il ne va jamais au bout d'un travail. », « Il ne fait pas d'efforts ! », « Il n'écoute rien. »... Les enfants qui entendent ces remarques finissent par penser : « On me crie toujours dessus, je ne fais rien de bien. », « J'suis nul ! »... Cette dévalorisation peut, par la suite, entraîner des comportements d'évitement, de peur de faire des erreurs, de ne pas réussir, de décevoir et de recevoir de nouveaux reproches : « De toute façon, c'est trop dur pour moi ! », « J'ai la flemme. » (Gendron, 2023). La plupart du temps, les enfants présentant un TDA/H se

construisent donc avec une mauvaise image d'eux-mêmes, associée à une faible confiance en eux et une estime de soi fragile (Assurance Maladie, 2023).

Toutes ces réactions sont liées au système sociétal qui valorise davantage la réussite que les efforts entrepris (de nombreux articles évoquent les conditions de la réussite, très peu valorisant les efforts fournis). C'est pourquoi la compréhension du trouble par l'entourage et par l'enfant lui-même a une place importante dans l'accompagnement. Comme évoqué dans la partie abordant les interventions non médicamenteuses recommandées par la HAS, des actions de psychoéducation peuvent alors être mises en place (HAS, 2024). Dans ce contexte, il devient essentiel d'envisager un accompagnement global et adapté, prenant en compte, à la fois, les spécificités neurodéveloppementales du TDA/H et les répercussions sur la participation de l'enfant dans sa vie quotidienne. C'est dans cette optique que l'ergothérapie trouve sa place.

2. Ergothérapie

2.1. Définition de l'ergothérapie

D'après la définition proposée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui pratique dans les domaines sanitaire, médico-social et social. Ses interventions visent à maintenir, développer ou restaurer l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leurs activités quotidiennes, en tenant compte de leurs capacités, de leurs besoins et de leur environnement (ANFE, 2024).

2.2. Lien avec les occupations

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre les occupations et la santé. Les occupations désignent toutes les activités significantes, c'est-à-dire qui ont du sens pour la personne, et significatives, qui ont du sens pour son environnement social (ANFE, 2024).

Les occupations recouvrent donc diverses activités :

- Les activités de soins personnels : ce que la personne fait pour prendre soin d'elle (hygiène, habillage, etc.).
- Les activités productives : ce qui permet à la personne de contribuer à la vie de la communauté (scolarité, travail, bénévolat, etc.).
- Les activités de loisirs : ce que la personne fait pour se divertir (activités sportives, créatives, etc.) (ANFE, 2019).

2.3. Démarche de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute analyse les facteurs physiques, psychosociaux et environnementaux qui influencent la participation de la personne dans ses occupations dans le but d'identifier des leviers pour la favoriser. Après une évaluation multifactorielle, l'ergothérapeute établit avec la personne les objectifs de son accompagnement visant la réalisation de ses activités significatives et significatives de manière satisfaisante pour elle. Les objectifs déterminés doivent tenir compte des capacités et des limites de la personne. Un travail pour réinvestir certaines activités peut être nécessaire (ANFE, 2024). Aussi, l'ergothérapeute a parfois pour mission d'accompagner la personne dans la construction et la diversification de son répertoire occupationnel, ce dernier regroupant l'ensemble des activités auxquelles participe la personne. Tout au long de son intervention, et d'autant plus auprès des enfants, l'ergothérapeute collabore avec l'entourage, qu'il soit familial, amical ou scolaire (ANFE, 2019). De fait : « La posture de l'ergothérapeute a pour objectif de soutenir le sentiment de compétence de l'enfant et de son entourage. Il s'adapte à leurs besoins et à leurs priorités, en lien avec leur parcours. » (ANFE, 2019, p. 13).

2.4. Définition de la participation en ergothérapie

Comme mentionné dans la partie précédente, abordant la démarche de l'ergothérapeute, ce dernier a pour objectif de favoriser la participation de la personne qu'il accompagne. Selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), élaboré par l'ergothérapeute Gary Kielhofner, la participation est le plus haut niveau de l'agir. La participation est définie par Gary Kielhofner comme l'engagement de la personne dans ses occupations, qui sous-tendent son quotidien. De fait, la participation d'une personne implique qu'elle prenne part à des activités qui ont du sens pour elle ou pour son entourage. Gary Kielhofner précise également que la participation est, entre autres, influencée par la volition de la personne. (Taylor et al., 2017).

2.5. Ergothérapie et volition

2.5.1. Définition de la volition

La volition fait référence à la volonté d'agir, ou plus couramment à la motivation (De Las Heras et al., 2006).

Elle renvoie à l'ensemble des pensées et des sentiments qu'une personne entretient sur elle-même à propos :

- De ses capacités.
- De son efficacité.
- De la valeur qu'elle accorde à ce qu'elle fait.
- Du plaisir et de la satisfaction qu'elle ressent lorsqu'elle réalise une activité (Taylor et al., 2017).

2.5.2. Éléments influençant la volition

La volition repose donc sur trois composantes principales :

- Les déterminants personnels, qui font référence au sentiment de compétence de la personne.
- Les valeurs de la personne, ce qui a du sens à ses yeux.
- Les intérêts de la personne, ce qu'elle préfère et qui suscite du plaisir.

Ces trois composantes vont influencer la volition. De fait, si une personne a confiance en ses capacités, que l'activité qu'elle réalise est signifiante et qu'elle éprouve du plaisir et de la satisfaction en la réalisant, elle sera motivée pour s'engager dans l'activité. Au contraire, si une personne se dévalorisant doit s'engager dans une activité qui n'a pas de sens pour elle et qui engendre des sentiments désagréables, il est fort probable qu'elle ne soit pas motivée par l'activité et qu'elle refuse d'y participer (Taylor et al., 2017).

2.5.3. Processus de la volition

La volition est un processus continu qui guide les pensées et sentiments de la personne lorsqu'elle :

- Expérimente : Chaque activité génère, chez la personne qui la réalise, des ressentis immédiats, comme la satisfaction, le stress ou l'ennui, et des pensées sur ses capacités, telles que la confiance ou l'incertitude. Ces réactions façonnent sa perception de l'activité et influencent son désir de la poursuivre ou de l'abandonner (Taylor et al., 2017).

Par exemple, lorsqu'un enfant s'assoit pour faire ses devoirs, il peut ressentir de l'anxiété à l'idée de ne pas réussir, de l'agacement devant une tâche répétitive, ou au contraire un sentiment de satisfaction en réussissant un exercice. Ces ressentis influencent sa motivation à s'engager dans l'activité.

- Interprète : Après avoir agi, la personne analyse ses expériences, en tire des enseignements et réfléchit à leur importance pour elle et son entourage. Cette phase d'interprétation l'aide à comprendre ce qui fonctionne, ce qui la motive, et ce qu'elle pourrait changer (Taylor et al., 2017).

Par exemple, après avoir reçu une mauvaise note, un enfant se demande pourquoi il a commis tant d'erreurs alors qu'il avait les connaissances nécessaires pour réussir. Il se rappelle s'être mis au travail très vite et se rend compte qu'il n'avait finalement pas bien lu la consigne. Il décide, pour les prochaines fois, de prendre plus de temps pour mieux appréhender la consigne dans sa globalité. En revanche, s'il obtient une bonne note, il peut interpréter cela comme une preuve de ses progrès.

- Anticipe : La personne réfléchit à ses actions futures en fonction des attentes et opportunités qui se présentent. Ses préférences, la confiance en ses compétences et ses obligations influencent la manière dont elle réagit à ses perspectives (Taylor et al., 2017).

Par exemple, avant de commencer ses devoirs, un enfant peut se sentir découragé, redoutant une difficulté qu'il a déjà rencontrée (« Je vais encore rater et ma maîtresse va me gronder... »), ou au contraire être confiant s'il sait qu'il a une stratégie ou une personne pour l'aider à réussir (« Avec maman qui m'aide, je vais y arriver plus vite ! »).

- Choisit des occupations : Les choix d'activités font référence à des décisions simples et immédiates. A contrario, les choix occupationnels sont des engagements plus durables nécessitant une participation active (Taylor et al., 2017).

Par exemple, des décisions immédiates pourraient être qu'un enfant choisisse de commencer ses devoirs par une matière qu'il aime ou de repousser le moment de faire ses devoirs en jouant à un jeu vidéo. Des engagements à plus long terme influenceraient son attitude face aux activités scolaires ; il pourrait décider de consacrer 30 minutes chaque jour à ses devoirs et demander à sa maman de les vérifier une fois terminés.

2.5.4. Volition comme levier de changement en ergothérapie

Comme mentionné dans la sous-partie « Éléments influençant la volition », les personnes sont naturellement motivées par des activités qu'elles considèrent accessibles, signifiantes et intéressantes.

Le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner la personne dans l'identification, l'exploration et la pratique d'activités motivantes. Il consiste aussi à soutenir l'engagement dans des activités nécessaires mais peu motivantes, en travaillant sur les composantes de la volition : les valeurs, les intérêts et le sentiment de compétence. Cela initie un processus de changement où l'engagement dans des activités motivantes conduit à la mise en place d'habitudes, au développement de rôles sociaux, à une amélioration de l'efficacité et à une recherche d'environnements soutenant cette participation. Ainsi, la volition constitue un levier important pour favoriser une participation durable, signifiante et significative (Taylor et al., 2017). Elle

correspond d'ailleurs à un continuum de changement qui sera décrit au cours de la présentation du processus de remotivation (De Las Heras et al., 2006).

3. Processus de remotivation

3.1. Présentation

Le processus de remotivation a été conçu par trois ergothérapeutes : Carmen Gloria De Las Heras (chilienne), Veronica Llerena (sud-américaine) et Gary Kielhofner (américain). Ce processus désigne un continuum d'interventions ayant pour objectif de permettre à la personne accompagnée de (re)trouver de la motivation pour s'engager dans ses occupations. Comme évoqué auparavant, la motivation peut être diminuée par des maladies physiques ou mentales, mais aussi par le vécu de la personne. Le processus de remotivation a été élaboré en partant du postulat que les personnes présentant une faible motivation évolue selon un continuum de changement, décrit dans le paragraphe qui suit. Ce continuum s'inscrit dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme descripteur du changement et intègre donc le processus de la volition exposé précédemment. La réussite du processus de remotivation est conditionnée par la nécessaire collaboration de l'ergothérapeute avec l'entourage de la personne (De Las Heras et al., 2006).

3.1.1. Continuum de changement

Comme évoqué précédemment dans la sous-partie « Volition comme levier de changement en ergothérapie », la volition correspond à un continuum de changement se décomposant en trois phases :

- La phase d'exploration (composée de quatre stades).
- La phase de compétence (composée de deux stades).
- La phase d'accomplissement.

Le processus de remotivation se base sur ce continuum (De Las Heras et al., 2006). Ci-dessous seront donc exposées chacune des phases avec les modalités qui lui sont propres ainsi que les stratégies à adopter par l'ergothérapeute.

3.1.2. Volitional Questionnaire (VQ)

Le Volitional Questionnaire (VQ) est un outil d'évaluation central au sein du processus de remotivation. De fait, cet outil a permis d'élaborer le concept de volition, cœur de ce processus. Les énoncés du VQ ont été hiérarchisés selon le niveau de volition qu'ils requièrent (du plus

faible au plus élevé). L'ordre dans lequel ils ont été classés coïncide également avec les différentes phases du continuum de changement, et donc du processus de remotivation. Le VQ sert alors d'indicateur afin de déterminer si la personne accompagnée est prête à passer à la phase suivante du processus (De Las Heras et al., 2006).

Avant de démarrer une intervention basée sur le processus de remotivation, une évaluation doit être réalisée. Cette dernière permet à l'ergothérapeute de comprendre au mieux l'expérience subjective de la personne dans ses occupations d'un point de vue volitionnel (De Las Heras et al., 2006). Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, la phase d'évaluation ne sera pas développée afin de se centrer sur l'évolution au cœur du processus de remotivation, davantage en lien avec le sujet traité.

3.2. Phase 1 : Exploration et émergence du sentiment d'efficacité

Les situations nouvelles ou inhabituelles sont propices à l'exploration. Cette dernière permet à la personne accompagnée de découvrir ses capacités, ses préférences et ce qui est important pour elle. Cela génère également l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences. L'exploration entraîne, par ailleurs, l'auto-évaluation des actions et de leurs conséquences. Cette étape nécessite un environnement sûr, avec peu d'attentes ; dans le cas contraire, l'exploration sera limitée. La phase d'exploration doit se centrer sur le processus et les efforts fournis davantage que sur les résultats (Taylor et al., 2017).

Carmen Gloria de las Heras, Veronica Llerena et Gary Kielhofner ont défini les éléments porteurs dans le cadre d'une phase d'exploration. Parmi eux, on retrouve :

- L'acceptation de l'échec : Toute expérience est bénéfique, qu'il s'agisse d'une réussite ou d'une erreur « puisque la découverte ne représente aucun enjeu, mais [...] une fin en soi. » (De Las Heras et al., 2006, p. 20).
- Le plaisir : C'est le sentiment éprouvé au travers de la découverte des possibilités de l'environnement, mais aussi de ses capacités.
- Les découvertes : Elles permettent de se rendre compte des actions ou des modifications que nous pouvons apporter à notre environnement. Un environnement sécurisant, la nouveauté ainsi que les défis rencontrés sont les éléments nécessaires pour faire des découvertes.
- Les choix : Ils constituent le fait de pouvoir prendre des décisions, et sont permis grâce à l'adaptation de l'environnement aux capacités de la personne.

- L'absence de limite temporelle : Celle-ci permet de respecter le rythme de chaque personne afin que la personne puisse explorer suffisamment pour acquérir des compétences et parvenir à l'accomplissement.

La mise en place de ces éléments a pour objectif de favoriser l'émergence du plaisir, de la confiance en ses compétences, et donc du sentiment d'efficacité (De Las Heras et al., 2006).

3.2.1. Rôle de l'ergothérapeute

3.2.1.1. Stade 1 : Validation

Au début du stade de validation, l'ergothérapeute doit, avant toute chose, établir une relation thérapeutique de confiance avec la personne. Cela signifie créer du lien et passe principalement par l'intérêt porté aux activités qui sont importantes pour la personne.

Pour tisser du lien, l'ergothérapeute doit préparer l'environnement. Il va créer un climat propice à l'exploration en se servant des centres d'intérêt de l'enfant pour qu'il puisse commencer à agir sur des éléments connus et donc rassurants de son environnement.

Une fois que l'ergothérapeute connaît les centres d'intérêts de la personne, il peut alors l'accompagner dans des activités simples pour elle, qui suscitent sa curiosité. L'ergothérapeute « fait avec » la personne, il l'accompagne pour qu'elle se sente en confiance et en sécurité, se concentrant sur le plaisir de la découverte et de l'apprentissage, sans se soucier de son efficacité. Par la suite, l'ergothérapeute va pouvoir proposer des activités à la personne, sans jamais la forcer. Il peut également questionner et soutenir la personne si elle exprime des difficultés lors d'une activité, dans le but de l'aider. La mise en place d'une relation de confiance devrait permettre à la personne d'oser expérimenter de nouvelles activités, soutenue et accompagnée par l'ergothérapeute. Cela signifierait que la relation devient réciproque et que des échanges ont lieu (De Las Heras et al., 2006).

L'objectif de ce premier stade est d'établir une zone de confort permettant le développement progressif de la confiance en ses capacités et de l'estime de soi (De Las Heras et al., 2006).

3.2.1.2. Stade 2 : Découverte de l'environnement

Le stade de découverte de l'environnement débute par la réalisation d'activités qui suscitent un intérêt et des sentiments agréables chez la personne dans des espaces où elle n'a pas

forcément l'habitude de prendre du plaisir. Par exemple, un enfant peut aimer dessiner chez lui mais, ne parvenant pas à suivre les consignes lors des cours d'arts plastiques, il refuse de dessiner à l'école. L'ergothérapeute peut proposer à l'enseignant de laisser dessiner l'enfant librement et, progressivement, de réintroduire de petites consignes à partir de ses productions lors des séances suivantes. Cela permettrait d'introduire le plaisir de cette activité dans cet autre lieu qu'est l'école.

Pour l'ergothérapeute, une autre stratégie qui peut être mise en place lors de ce stade est d'encourager la personne à aller à la rencontre d'autres personnes qui réalisent une activité qu'elle aime. Si l'on reprend l'exemple de l'enfant qui apprécie dessiner, s'il dessine à l'école, il pourra prendre part aux travaux de groupe réalisés durant les cours d'arts plastiques et apporter ses connaissances, ses suggestions et ses compétences à ses camarades. Peut-être qu'il préférera alors dessiner à l'école pour pouvoir partager ce plaisir avec ses camarades. Des échanges pourront se créer autour de ce centre d'intérêt.

En pratiquant des activités significatives dans de nouveaux lieux ainsi qu'en allant à la rencontre des autres, la personne va découvrir de nouvelles activités qu'elle aura peut-être envie de poursuivre. Le rôle de l'ergothérapeute sera alors de lui proposer de réaliser ces nouvelles activités avec lui, en l'accompagnant à les adapter en fonction de ses besoins. L'objectif est que la personne puisse, par la suite, participer à ces dernières avec les autres personnes qu'elle a pu observer. Dans notre exemple, l'enfant pourra observer d'autres camarades utilisant la notion de perspective dans leurs dessins et ainsi, éventuellement, s'intéresser à la géométrie. L'ergothérapeute pourra alors servir de soutien lors des séances, par exemple en aidant l'enfant à se servir des outils géométriques (De Las Heras et al., 2006).

Le but de ce deuxième stade de la phase d'exploration est de s'ouvrir à de nouvelles activités, dans de nouveaux lieux, avec de nouvelles personnes. Cela passe par un sentiment de curiosité grandissant et le développement de la confiance en soi dans un contexte de découverte (De Las Heras et al., 2006).

3.2.1.3. Stade 3 : Prise de décision

Le troisième stade de la phase de découverte est semblable au deuxième. L'ergothérapeute va encourager la personne à participer à des activités significatives, nouvelles ou habituelles. La personne, quant à elle, va commencer à affirmer ses préférences puisqu'elle a expérimenté diverses activités. L'ergothérapeute a pour rôle de lui offrir cet espace d'affirmation de soi, de ses valeurs et de ses intérêts (De Las Heras et al., 2006).

Ce stade vise à préserver la curiosité développée précédemment et à renforcer l'estime et la confiance de la personne en ses choix (De Las Heras et al., 2006).

3.2.1.4. Stade 4 : Plaisir et efficacité dans l'action

Au cours de ce dernier stade de la phase d'exploration, la personne a commencé à s'affirmer. L'ergothérapeute va donc l'encourager à participer à des activités de groupe, où les échanges mutuels et la répartition des tâches sont de mise, selon les intérêts et capacités de chacun.

C'est également à ce moment de l'exploration que l'ergothérapeute va amener la personne à réfléchir sur ses expériences mais aussi à verbaliser ce qu'il a ressenti et appris.

Dans ce récit, l'ergothérapeute pourra orienter la réflexion de la personne sur les raisons de ses choix d'activités, afin de les mettre en lien avec ses expériences actuelles. Plus tard, la personne sera amenée à réfléchir aux liens avec ses expériences passées (De Las Heras et al., 2006).

La finalité de ce quatrième et dernier stade de la phase d'exploration est de poursuivre les découvertes engagées précédemment, l'affirmation de soi et de ses choix au sein d'un groupe. Le début d'un travail de réflexion y est associé, permettant à la personne de rendre ses activités porteuses de sens ainsi que de prendre conscience de ses capacités (De Las Heras et al., 2006).

3.3. Phase 2 : Compétence et défis à relever

La compétence s'acquiert par la répétition des expériences permettant de consolider ses acquis et de s'adapter aux changements. Ce processus prend du temps et conduit, à terme, à un gain en efficacité. Cette étape renforce la confiance en soi et développe l'autonomie. Cela favorise l'émergence de la motivation. La persévérance et la définition d'objectifs concordant avec ses propres capacités sont au cœur de la phase de compétence (Taylor et al., 2017).

Lors de la phase de compétence, la personne sera confrontée à des attentes extérieures comme des limites de temps ou encore des évaluations de la qualité de ce qu'elle entreprendra. C'est pourquoi il est essentiel qu'elle ait développé un sentiment d'efficacité au cours de la phase précédente. La personne continuera de progresser et devra fournir des efforts soutenus afin de relever les défis qu'elle rencontrera. L'envie de se surpasser et de relever ces défis prendra le relais

du plaisir de l'action. Cela lui permettra de se projeter dans des activités avec des objectifs à plus long terme (De Las Heras et al., 2006).

3.3.1. Rôle de l'ergothérapeute

3.3.1.1. Stade 5 : Intériorisation d'un sentiment d'efficacité

Lors du premier stade de la phase de compétence, la personne doit pouvoir intérioriser et renforcer son sentiment d'efficacité. Par l'application des stratégies mises en place à la phase d'exploration, l'ergothérapeute va continuer à accompagner la personne dans des activités nouvelles ou difficiles lorsque celle-ci en exprimera le besoin.

La phase de compétence peut aussi se traduire par l'apprentissage et l'acquisition de capacités supplémentaires. L'ergothérapeute devra alors faire en sorte de faciliter l'apprentissage, par exemple en diminuant les attentes sur cette période précise.

À ce stade, la personne et l'ergothérapeute vont fixer des objectifs détaillés à très court terme afin que la personne prenne conscience de l'atteinte de ses objectifs et donc de ses progrès (De Las Heras et al., 2006).

Le but de ce stade est de poursuivre le développement du sentiment d'efficacité, en permettant à la personne de se fixer ses premiers objectifs et de les réaliser (De Las Heras et al., 2006).

3.3.1.2. Stade 6 : Vivre et raconter son histoire

Au cours de ce deuxième et dernier stade de la phase de compétence, la personne va exprimer le souhait d'atteindre des objectifs à plus long terme. Afin d'appréhender de manière réaliste les défis à relever, l'ergothérapeute devra soutenir cette envie en aidant la personne à planifier les étapes nécessaires pour réaliser ces objectifs. Le soutien dans ces nouveaux défis peut également passer par des encouragements et félicitations lorsqu'une étape est acquise ou une écoute active par exemple.

Lors de ce stade, la personne peut rencontrer des difficultés qui feront diminuer son sentiment d'efficacité. Il est alors essentiel que l'ergothérapeute laisse des temps de réflexion à la personne, même si elle choisit de renoncer à l'activité au départ. Ces moments de doute sont considérés comme l'expression naturelle du besoin de faire une pause pour réfléchir à ses capacités, à ses limites, aux nouvelles exigences associées à sa progression, etc. L'ergothérapeute fera de nouveau

preuve d'écoute active et oriente la réflexion de la personne afin qu'elle ne perde pas confiance en ses capacités et qu'elle ne se dévalorise pas. L'ergothérapeute aide alors la personne à surmonter les difficultés qui l'ont faite reculer.

Enfin, à la fin de la phase de compétence, l'ergothérapeute encourage la personne à planifier elle-même les étapes nécessaires pour atteindre ses objectifs (De Las Heras et al., 2006).

Ce stade vise l'émergence de l'autonomie de la personne par l'apprentissage de la régulation de ses émotions face aux difficultés et exigences. Cela lui permettra d'adapter ses objectifs et d'en planifier les étapes (De Las Heras et al., 2006).

3.4. Phase 3 : Accomplissement et autonomie

L'accomplissement résulte des compétences développées lors des deux premières phases. À ce stade, il est nécessaire de satisfaire aux exigences extérieures, qui définissent ce qui est perçu comme un succès ou un échec. Cette phase survient lorsque la personne a acquis suffisamment de capacités pour accomplir des tâches spécifiques de manière autonome, ce qui lui permet alors de s'engager plus activement dans ses activités de vie quotidienne. Ainsi, l'engagement et la régularité sont au centre de cette dernière phase du processus de remotivation qui vise l'autonomie complète dans les occupations (Taylor et al., 2017).

Au cours de la phase d'accomplissement, les exigences et les attentes extérieures sont renforcées. Il est donc essentiel que la personne ait confiance en ses capacités à relever les défis qui lui seront posés, dans divers contextes. C'est sa participation autonome dans des activités qui pourront être difficiles qui reflétera la fin du processus de remotivation (De Las Heras et al., 2006).

3.4.1. Rôle de l'ergothérapeute

3.4.1.1. Stade 7 : Accomplissement

Lors de cette dernière phase du processus de remotivation, qui ne se divise pas en différents stades, la personne vit des moments de doute et sait en tirer des bénéfices pour se remettre en question, progresser et affronter les difficultés rencontrées. Elle se sert alors de ses expériences passées pour progresser.

Selon les besoins, l'ergothérapeute va pouvoir conseiller la personne, la questionner pour faire avancer ses réflexions, et éventuellement l'orienter vers des ressources qui peuvent lui être utiles. Au fur et à mesure du développement de l'autonomie de la personne dans ses activités, l'ergothérapeute va s'effacer. Puis, avec l'accord de la personne, l'ergothérapeute diminuera la fréquence des séances, avant de mettre un terme à l'intervention (De Las Heras et al., 2006).

À la fin du processus de remotivation, la personne est autonome dans la réalisation de ses objectifs et a confiance en ses capacités pour relever de nouveaux défis (De Las Heras et al., 2006).

HYPOTHESE

Au vu de l'ensemble des éléments présentés dans le cadre conceptuel, il est possible que les ergothérapeutes mobilisent moins les stratégies des stades 4 (Plaisir et efficacité dans l'action) et 6 (Vivre et raconter son histoire) du processus de remotivation car la réalisation de groupes, la métacognition et l'introspection ne sont pas toujours possibles ou accessibles selon les contextes d'exercice et les capacités des enfants accompagnés. D'où l'hypothèse suivante :

Dans leurs accompagnements d'enfants présentant un TDA/H, les ergothérapeutes mobilisent principalement les stratégies des stades de validation (stade 1), de découverte de l'environnement (stade 2), de prise de décision (stade 3), d'intériorisation d'un sentiment d'efficacité (stade 5) et d'accomplissement (stade 7) du processus de remotivation ; ce qui permet aux enfants d'être moins réticents face aux activités scolaires, d'identifier et de comprendre leurs erreurs ainsi que d'avoir envie de relever des défis.

PHASE EXPERIMENTALE

1. Méthodologie de l'enquête

1.1. Choix du terrain

1.1.1. Respect du cadre légal

Afin de respecter le cadre légal de la recherche en France, des personnes considérées comme vulnérables, à savoir des mineurs dans le cadre de cette étude, ne peuvent être interrogées (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012). C'est pourquoi, afin de remplir l'ensemble des conditions essentielles pour que la recherche soit conforme à la Loi Jardé, seuls des professionnels seront interrogés.

1.1.2. Critères d'inclusion

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, seront donc interrogés des ergothérapeutes Diplômés d'Etat, exerçant en libéral et/ou en SESSAD, accompagnant ou ayant accompagné des enfants présentant un TDA/H ; ces derniers étant ou ayant été scolarisés en élémentaire, en milieu ordinaire. Les ergothérapeutes pourront avoir connaissance du processus de remotivation ou pas. Tous les professionnels interrogés devront exercer en France, au vu des différences de pratiques à l'international.

1.1.3. Critères de non-inclusion

Toutefois, les ergothérapeutes ayant uniquement accompagné des enfants présentant un TDA/H dans un contexte où un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) était prédominant ne pourront prendre part à l'étude. De fait, lors de certains stades, le processus de remotivation requiert de pouvoir faire preuve de métacognition ; or, les critères diagnostiques du TDI regroupent un déficit des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification, abstraction, jugement, apprentissage scolaire et apprentissage par expérience), mais aussi des fonctions adaptatives, permettant l'autonomie et la responsabilité sociale (APA, 2015). Le traitement de leurs réponses engendrerait un biais quant à la mobilisation ou non, dans leur pratique, des différentes stratégies issues du processus de remotivation.

1.2. Objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Déterminer les stades du processus de remotivation pouvant être liés à l'accompagnement des enfants en élémentaire présentant un TDA/H.
- Déterminer les moyens et stratégies, mis en place dans le cadre du processus de remotivation, qui sont les plus utilisés par les ergothérapeutes exerçant en libéral et/ou en SESSAD avec des enfants scolarisés en élémentaire en milieu ordinaire et présentant un TDA/H.
- Évaluer l'étendue et l'efficacité des pratiques recueillies, ainsi qu'identifier les indicateurs permettant d'en juger.
- Définir des axes potentiels de développement de la pratique ergothérapique en pédiatrie auprès des enfants présentant un TDA/H, scolarisés en élémentaire en milieu ordinaire.

1.3. Choix de la méthode, de l'outil d'enquête et ses modalités

1.3.1. Choix de la méthode et de l'outil d'enquête

Compte tenu de mon objet d'étude et du nombre important d'ergothérapeutes pratiquant dans le secteur pédiatrique, en SESSAD et en libéral, la méthodologie d'enquête adoptée est une méthode quantitative, par la diffusion d'un questionnaire numérique. Cela permettra de recenser les stratégies utilisées par les ergothérapeutes pouvant se rapprocher de celles du processus de remotivation, mais aussi d'estimer, en France, l'étendue de ces pratiques ainsi que d'en mesurer l'efficacité (Tétreault & Blais-Michaud, 2012). Le questionnaire a été administré de manière directe, ce qui signifie qu'il a été complété par l'enquêté. Ce mode d'administration peut engendrer une impossibilité de s'assurer de la bonne compréhension des questions par l'enquêté, mais aussi des réponses lors du traitement des données ; cela sera mentionné et pris en compte dans la discussion. Le questionnaire consistera en une auto-évaluation puisque l'étude porte sur les pratiques des ergothérapeutes eux-mêmes (Singly, 2005). Dans l'objectif de se rapprocher de la pratique réelle des ergothérapeutes, le contenu de l'outil portera sur les croyances des participants et leurs comportements.

1.3.2. Modalités relatives à l'outil d'enquête

L'identification de la population cible m'a permis d'adapter le contenu du questionnaire en travaillant la formulation de questions de types variés (Voir ANNEXE 1 : Questionnaire vierge) :

- Fermées dichotomiques, afin de déterminer si un développement est nécessaire ;
- Ouvertes à court développement, pour permettre de formuler des réponses personnalisées ;
- Echelles de Likert, permettant de coter l'efficacité présumée (Tétreault & Blais-Michaud, 2012).

1.3.3. Respect du cadre légal

Au sujet des modalités de recueil des données, afin de garantir l'anonymat des participants et d'assurer la sécurité des données collectées, le logiciel de questionnaire en ligne Drag'n Survey a été utilisé car c'est une plate-forme conforme au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) qui encadre le traitement des données de manière égalitaire sur le territoire de l'Union européenne (Le règlement général sur la protection des données – RGPD, 2016). De plus, garantir l'anonymat des participants et le stockage sécurisé des données collectées est également essentiel afin de réaliser ma recherche conformément à la Loi Jardé (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012).

1.4. Modalités de recrutement et diffusion du questionnaire

1.4.1. Modalités de recrutement

Dans l'objectif de garantir la qualité des réponses recueillies, chacun des potentiels participants a été contacté de manière personnalisée. Pour ce faire, les ergothérapeutes travaillant en SESSAD et en libéral ont été identifiés grâce à mon réseau personnel, dans les annuaires accessibles sur Internet, sur LinkedIn, mais aussi à l'aide du recensement des tuteurs de stages par l'Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie (ADERE).

1.4.2. Diffusion du questionnaire

La durée de mise à disposition du questionnaire a été de quatre semaines (du 04/03/2025 au 01/04/2025), avec des relances prévues et effectuées à deux et trois semaines de diffusion (19 et 26/03/2025), puis lors du jour de clôture de collecte des données (01/04/2025). Au bout de deux semaines de diffusion, le questionnaire a également été déposé sur LinkedIn (19/03/2025).

1.4.3. Respect du cadre légal

Les participants ont été informés, en début de questionnaire, du cadre de ma recherche, de ses objectifs, de la durée de passation (des pré-tests ont été organisés afin de l'évaluer et d'ajuster les formulations ainsi que la quantité de questions), de l'anonymisation et de la confidentialité des réponses collectées. Ils ont aussi été tenus informés de leurs droits à la rectification de leurs réponses, à l'opposition de leur traitement ainsi qu'au retrait de leur participation à tout moment de l'étude. Cela permet de compléter les conditions nécessaires pour réaliser cette étude en conformité avec la loi Jardé (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012).

1.5. Modalités de traitement et d'analyse des données

1.5.1. Modalités de traitement des données

Concernant les modalités de traitement des données recueillies, une analyse statistique univariée sera réalisée puisqu'elle correspond, entre autres, à des mesures de tendance centrale comme des moyennes, des médianes et de modes ; ce qui devrait correspondre à mes objectifs de recherche mentionnés précédemment. Les mesures de fréquences pourraient également être pertinentes dans le cadre de cette étude. Tout cela permettrait de connaître la distribution, la répartition des données recueillies et donc des stratégies mises en place par les ergothérapeutes interrogés, en fonction des différents stades du processus de remotivation (Martin, 2005). Toutefois, il faudra également réaliser une analyse de contenu thématique catégorielle pour traiter les réponses des participants aux questions ouvertes du questionnaire. En effet, avant de réaliser les moyennes et les mesures de fréquences, il faudra coder et classer les réponses à ces questions (Miles & Huberman, 2003).

En résumé, pour le traitement des données, il faudra répertorier les données, procéder au contrôle de leur validité, les classer puis choisir les modes de représentation des résultats.

1.5.2. Critères d'exclusion

Au sein du questionnaire, les questions sont regroupées par trois et organisées par stades, correspondant à ceux du processus de remotivation. Pour tout stade incomplet, les réponses fournies à l'ensemble du stade correspondant ne pourront être comptabilisées. Toutefois, si des participants répondent à plusieurs stades de manière complète mais ne vont pas au bout du questionnaire, leurs réponses aux stades complets seront prises en compte.

1.5.3. Modalités d'analyse des données

Le choix du questionnaire devrait permettre de bénéficier d'une fiabilité d'analyse, notamment grâce à sa fiabilité inter-juges, c'est-à-dire sa reproductibilité des résultats si le questionnaire est utilisé dans des conditions comparables par des évaluateurs différents auprès de la même personne (Bertrand Leiser & Kuhne, 2014).

2. Résultats de l'enquête et analyse des données

2.1. Nombre de participants à l'enquête

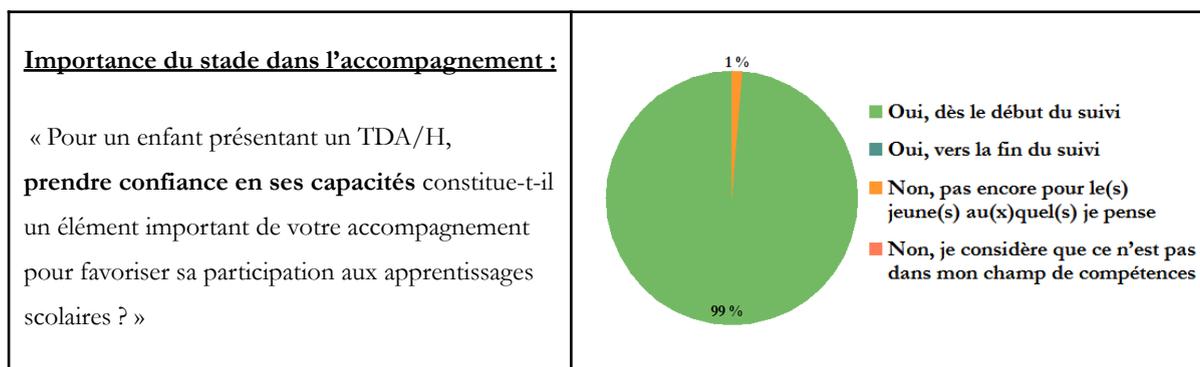
Suite à la diffusion du questionnaire, 192 personnes ont cliqué sur le lien transmis. Parmi ces 192 personnes, 108 ont été exclues pour non complétion d'au moins un stade (groupe de trois questions, correspondant à un stade du processus de remotivation). Aussi, 7 répondants ont indiqué ne pas remplir les critères d'inclusion. Il reste donc 77 ergothérapeutes dont les réponses ont pu être exploitées (Voir ANNEXE 2 : Diagramme de flux). Toutefois, il est important de noter que tous les ergothérapeutes ne sont pas allés au bout du questionnaire, du fait de sa durée de complétion relativement importante (30 minutes en moyenne). En lien avec ce paramètre, aucune donnée concernant les attributs des participants n'a été recueillie afin de ne pas allonger la durée de complétion du questionnaire.

Quant aux sept stades du processus de remotivation, le questionnaire comptabilise donc :

- 77 répondants pour le stade 1 : Validation ;
- 64 répondants pour le stade 2 : Découverte de l'environnement ;
- 61 répondants pour le stade 3 : Prise de décision ;
- 58 répondants pour le stade 4 : Plaisir et efficacité dans l'action ;
- 54 répondants pour le stade 5 : Intériorisation d'un sentiment d'efficacité ;
- 51 répondants pour le stade 6 : Vivre et raconter son histoire ;
- 47 répondants pour le stade 7 : Accomplissement.

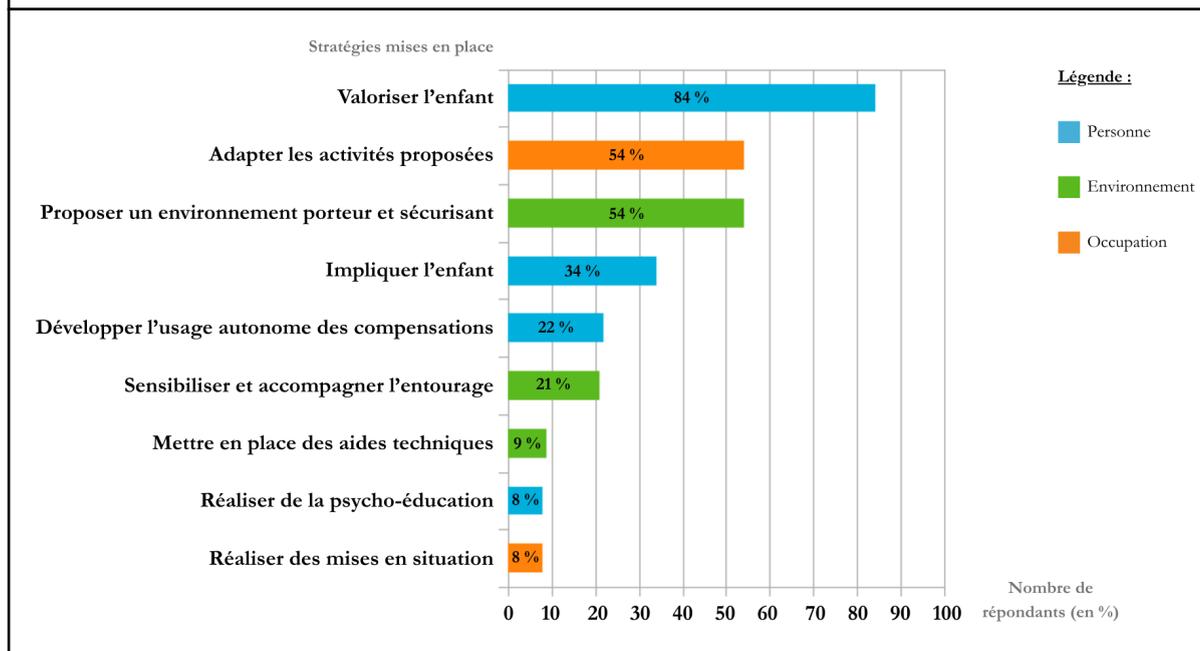
2.2. Stade 1, Validation : Résultats et analyse

2.2.1. Résultats relatifs au stade 1



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

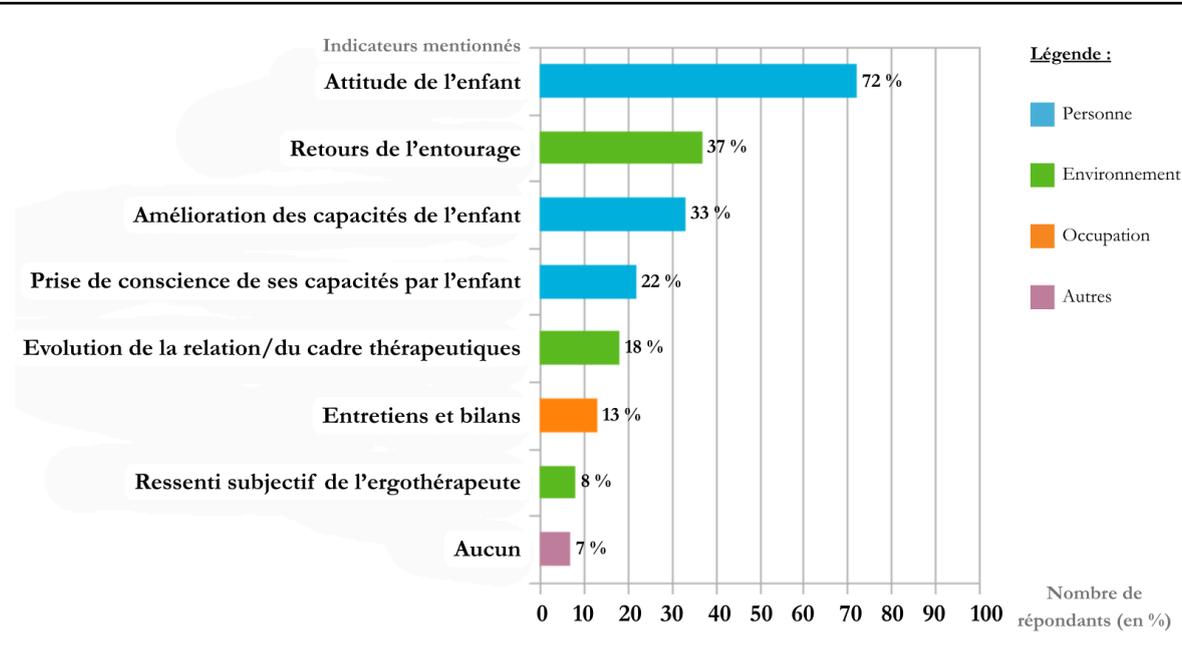
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de prendre confiance en ses capacités (un tiret par stratégie/moyen) ?
b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen
(1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Dans l'objectif de permettre à l'enfant de prendre confiance en ses capacités, le valoriser est la stratégie majoritairement mise en place par les ergothérapeutes (84 %), qu'ils cotent à 4,2/5 en termes d'efficacité. Proposer un environnement porteur et sécurisant ainsi qu'adapter les activités proposées sont aussi des stratégies largement représentées (54 %), cotées respectivement à 4,2 et 4,1/5. A l'inverse, réaliser des mises en situation (cotation : 4,1/5) et de la psychoéducation (cotation : 4/5) sont des stratégies peu employées (8 %) ; comme la mise en place d'aides techniques (9 % ; cotation : 4,4/5).

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



L'indicateur principal relevé permettant de constater l'efficacité des stratégies mises en place, et donc la prise de confiance de l'enfant en ses capacités, est l'attitude de l'enfant (72 %). Les répondants mentionnent davantage de motivation, de satisfaction, de curiosité, et une envie de réussir notable, associés à une diminution de l'anxiété, de la frustration, des comportements d'évitement et du découragement ; mais aussi une diminution des paroles dévalorisantes au profit d'une auto-valorisation avec un engagement nouveau dans des activités pouvant présenter des défis. Toutefois, quelques ergothérapeutes (7 %) expriment ne percevoir aucun indicateur concret témoignant de la prise de confiance de l'enfant en ses capacités, ou basé sur un ressenti subjectif (8 %).

2.2.2. Analyse des résultats relatifs au stade 1

La prise de confiance de l'enfant en ses capacités est largement reconnue comme une priorité dans l'accompagnement ; ce qui correspond à l'objectif du premier stade du processus de remotivation (bien que le questionnaire n'en fasse pas mention). Ce positionnement suggère que la prise de confiance de l'enfant en ses capacités est perçue comme un préalable essentiel à la participation de l'enfant dans ses apprentissages scolaires.

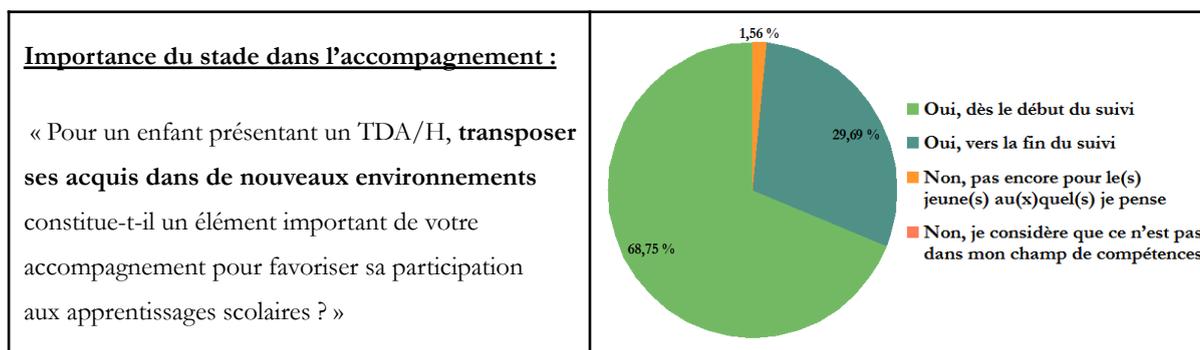
Les stratégies mises en œuvre relèvent majoritairement de la dimension de la « Personne », ce qui paraît pertinent au regard de la thématique abordée. De fait, les stratégies environnementales et occupationnelles, bien que présentes, sont moins fréquemment citées ; ce qui semble en adéquation avec les objectifs spécifiques du stade, davantage liés à des dynamiques internes (estime de soi, motivation).

Les indicateurs d'efficacité mentionnés suivent cette même logique, en se centrant principalement sur les manifestations comportementales et émotionnelles de l'enfant. Les dimensions environnementale et occupationnelle apparaissent de façon plus marginale, via les retours de l'entourage, l'évolution de la relation et du cadre thérapeutiques ou encore l'exploitation de bilans.

La cohérence entre les stratégies mobilisées et les indicateurs utilisés pour en juger l'efficacité est notable. Toutefois, la faible variabilité des moyennes concernant l'ensemble des stratégies (de 4 à 4,4/5) invite à une lecture prudente, en gardant à l'esprit le caractère subjectif de ces auto-évaluations. Cela peut laisser envisager que les ergothérapeutes n'aient mentionné que des stratégies réellement efficaces ou qu'ils ne pérennisent pas l'utilisation de stratégies peu efficaces. Finalement, peu de stratégies sont jugées inefficaces, ce qui limite la possibilité d'un tri sur ce critère.

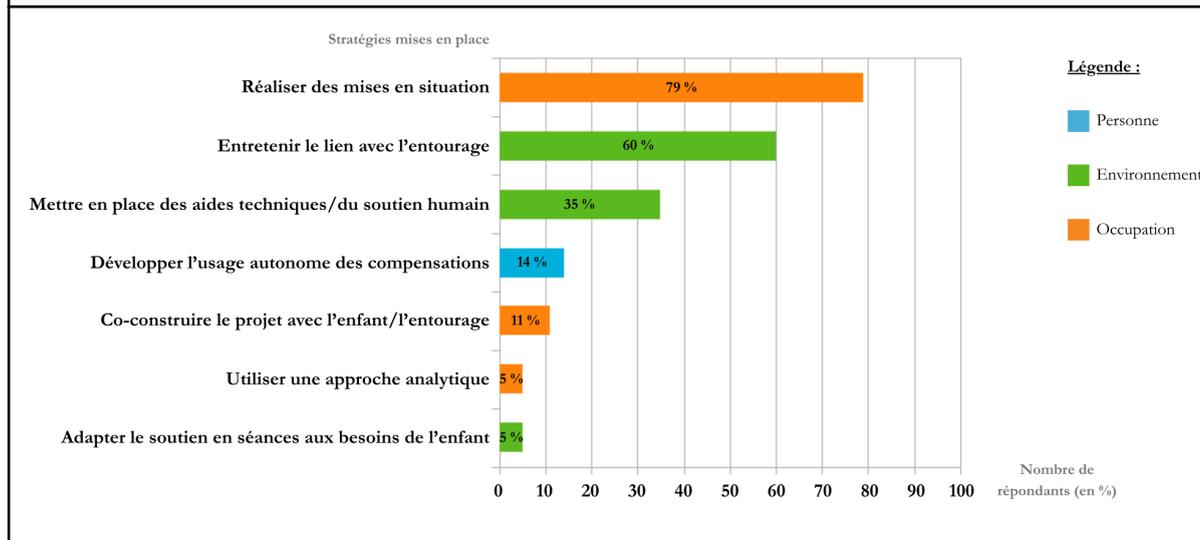
2.3. Stade 2, Découverte de l'environnement : Résultats et analyse

2.3.1. Résultats relatifs au stade 2



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

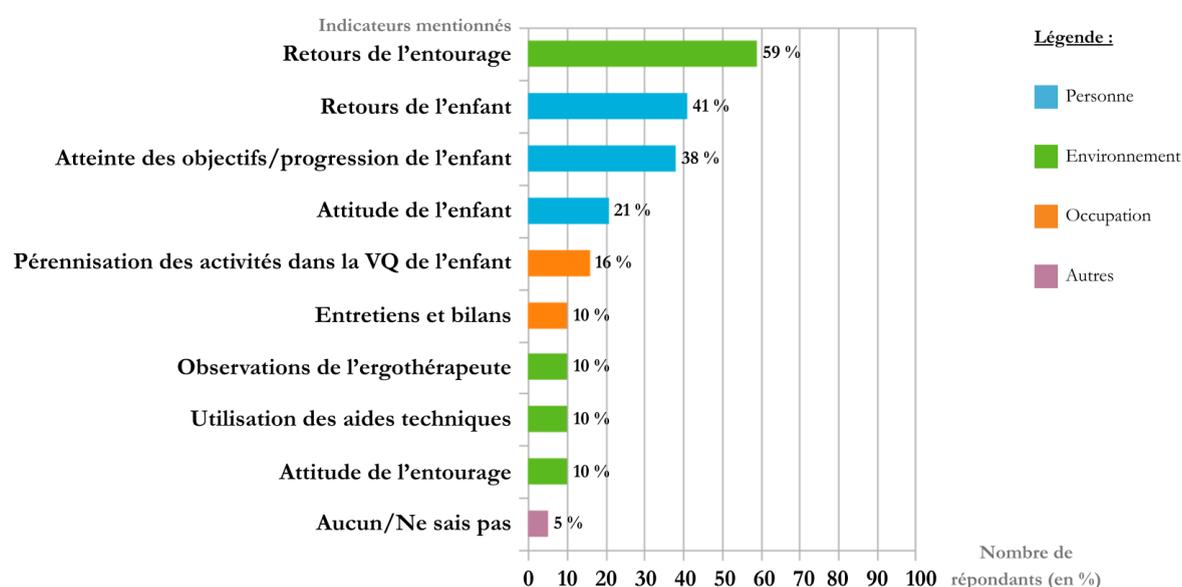
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de transposer ses acquis dans de nouveaux environnements (un tiret par stratégie/moyen) ?
b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Afin de favoriser la transposition des acquis dans de nouveaux environnements, les ergothérapeutes privilégient en majorité la réalisation de mises en situation (79 %), qu'ils évaluent à 4,3/5 pour son efficacité. L'entretien du lien avec l'entourage est également fréquemment cité (60 %), avec une cotation de 4/5. En revanche, l'utilisation d'une approche analytique (cotation : 3/5) et l'adaptation du soutien aux besoins de l'enfant en séances (cotation : 4/5) sont des stratégies moins représentées (5 %) dans le but de transposer les acquis de l'enfant dans de nouveaux environnements.

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



Les retours de l'entourage et de l'enfant constituent, pour une majorité des ergothérapeutes interrogés (59 % et 41 %), les principaux indicateurs de la transposition des acquis de l'enfant dans de nouveaux environnements, avec une satisfaction marquée, une amélioration des relations interpersonnelles et une diminution, voire une disparition, des plaintes et des blocages. L'atteinte des objectifs dans différents environnements et la progression de l'enfant (possibilité d'augmenter la difficulté, le nombre et le temps passé sur les exercices et activités ainsi que l'amélioration de la qualité du travail scolaire, des résultats et des appréciations) figurent aussi parmi les indicateurs fréquemment mentionnés (38 %). Par ailleurs, 5 % des ergothérapeutes déclarent ne pas observer d'indicateur concret.

2.3.2. Analyse des résultats relatifs au stade 2

Les résultats montrent que la transposition des acquis est majoritairement perçue comme un élément pertinent à prendre en compte dès le début du suivi (près de 70 % des répondants). Toutefois, près d'un tiers des ergothérapeutes interrogés considère que cela devient prioritaire en fin d'accompagnement, ce qui reflète une variabilité dans la temporalité de mise en place de cet objectif (faisant référence au stade 2 du processus de remotivation) au cours des suivis. Ce positionnement peut suggérer que, pour certains professionnels, la transposition des acquis dans de nouveaux environnements est vue comme une étape d'intégration, qui succède au développement initial des compétences.

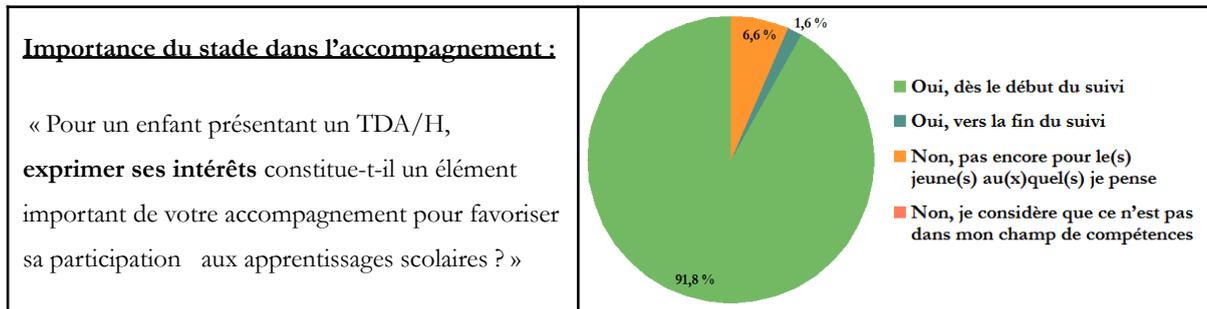
Les stratégies utilisées par les ergothérapeutes s'ancrent fortement dans la dimension occupationnelle, en particulier par le biais de mises en situation. Cela semble pertinent au regard de l'objectif visé : mobiliser les acquis dans des contextes variés. D'autres stratégies relèvent de l'environnement, notamment le maintien du lien avec l'entourage ou la mise en place d'aides techniques et de soutien humain, pouvant indiquer une volonté de continuité et d'adaptation du cadre dans lequel évolue l'enfant. Les stratégies centrées sur la personne sont plus marginales (seul le développement de l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces est mentionné), ce qui peut refléter un décentrage progressif de l'enfant vers ses occupations et son environnement. La co-construction du projet avec l'enfant et sa famille reste peu citée mais présente la meilleure cotation, ce qui pourrait suggérer un levier sous-exploité malgré son efficacité perçue (4,5/5).

Les indicateurs mentionnés mettent en avant l'environnement (retours et attitude de l'entourage, utilisation des aides techniques, observations) et la personne (retours et attitude de l'enfant, atteinte des objectifs et progression). Les indicateurs liés à l'occupation sont moins nombreux, bien que la « pérennisation des activités dans la vie quotidienne de l'enfant » paraisse être un critère particulièrement pertinent au regard de la transposition des acquis.

Ces indicateurs semblent relativement cohérents avec les stratégies mobilisées. Toutefois, la faible utilisation d'outils standardisés et/ou normalisés liés à l'occupation (comme les bilans) pourrait limiter la traçabilité de l'évolution liée à l'accompagnement. Par ailleurs, la dimension de la « personne », en retrait dans les stratégies, reste présente dans les indicateurs, ce qui peut traduire le maintien d'une attention portée sur l'enfant, même si elle n'est pas l'objet principal de l'accompagnement lors de ce stade.

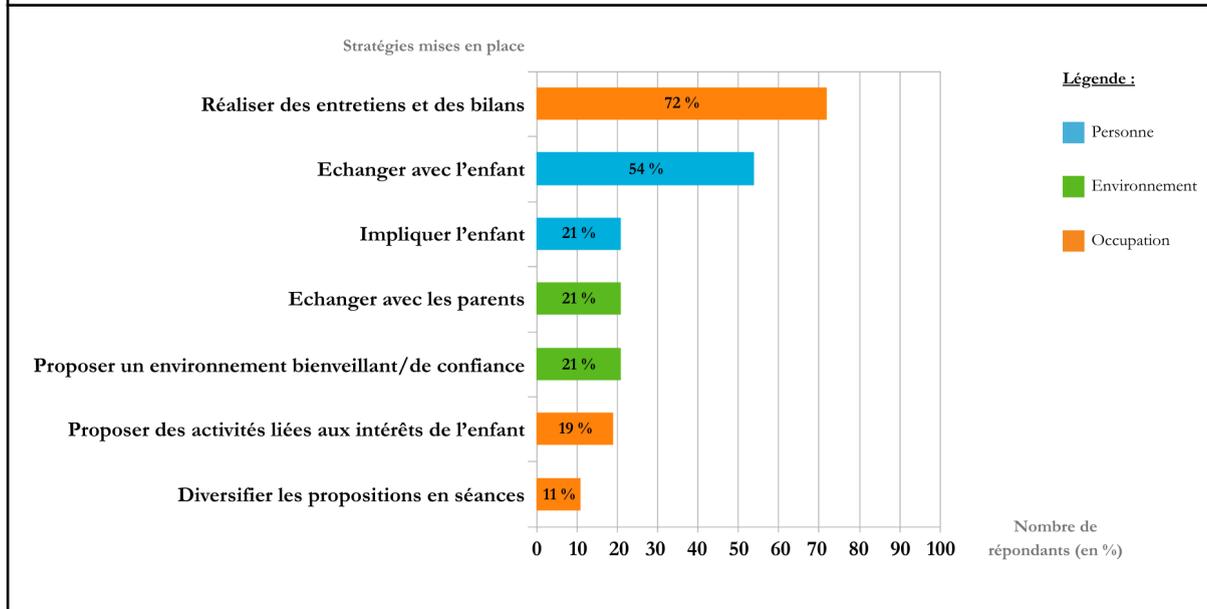
2.4. Stade 3, Prise de décision : Résultats et analyse

2.4.1. Résultats relatifs au stade 3



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

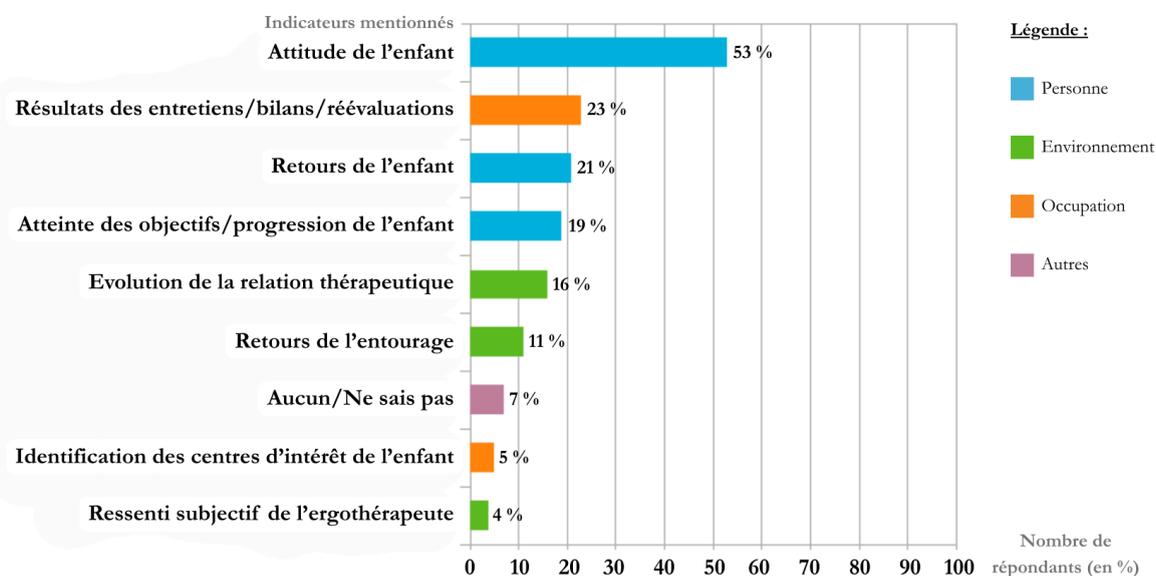
« a) Comment permettez-vous à l'enfant d'exprimer ses intérêts (un tiret par stratégie/moyen) ?
b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen
(1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Pour encourager l'expression de ses intérêts par l'enfant lui-même, les ergothérapeutes réalisent principalement des entretiens et des bilans (72 % ; cotation : 4,3/5) mais aussi des échanges informels avec l'enfant (54 % ; cotation : 4,4/5). A contrario, diversifier les propositions en séances afin d'observer les choix de l'enfant est une stratégie moins répandue dans les pratiques (11 % ; cotation : 4,2/5) pour permettre à l'enfant d'exprimer ses intérêts.

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



Pour 53 % des ergothérapeutes interrogés, c'est à travers l'attitude de l'enfant que s'observe en priorité l'efficacité des stratégies utilisées. Les professionnels relèvent plus du plaisir, une persévérance accrue et un engagement facilité dans les activités, des demandes spontanées et des initiatives prises par l'enfant ainsi qu'une augmentation du temps de concentration sur certaines activités. Toutefois, certains ergothérapeutes ne mentionnent aucun indicateur tangible (7 %), tandis que 4 % se basent sur un ressenti personnel et une identification présumée des centres d'intérêt de l'enfant (5 %).

2.4.2. Analyse des résultats relatifs au stade 3

L'expression de ses intérêts par l'enfant lui-même, fondement du troisième stade du processus de remotivation, est largement reconnue par les ergothérapeutes comme un élément important dès le début du suivi. Ce positionnement majoritaire, dès l'entrée dans l'accompagnement, suggère que les professionnels considèrent l'identification des centres d'intérêt de l'enfant comme un levier fondamental d'engagement, permettant de mettre du sens dans les activités proposées.

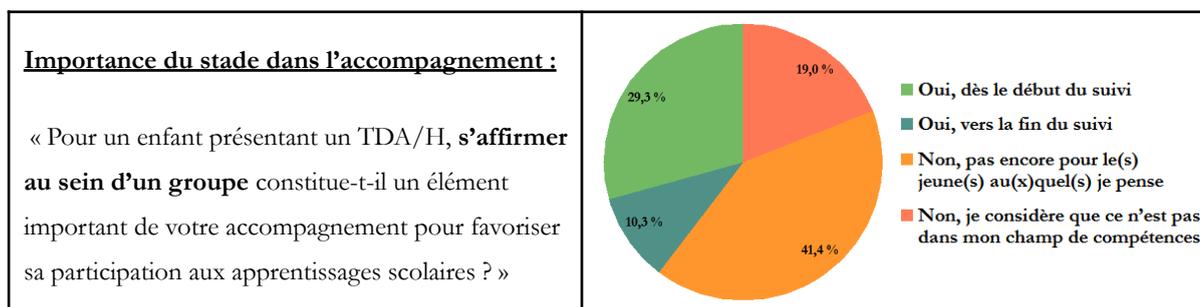
Les stratégies et moyens mentionnés s'inscrivent de façon relativement équilibrée dans les trois dimensions, avec une légère prévalence de la « personne » et de l'« occupation ». Les ergothérapeutes utilisent majoritairement des outils d'évaluation, notamment l'OT'hope et la MCRO, ce qui est cohérent avec l'objectif de recueillir des éléments sur les intérêts de l'enfant. Viennent ensuite les échanges directs avec l'enfant et son implication active, notamment par la co-construction des objectifs et le choix des activités, confirmant une position centrée sur la participation et l'écoute. Enfin, échanger avec les parents peut permettre l'identification des intérêts de l'enfant. De la même manière, créer un environnement de confiance sécuriserait son expression personnelle. Les cotations d'efficacité sont globalement élevées (entre 4,2 et 4,7/5), avec peu de variation entre les stratégies. De même que pour le stade 1 (Validation), cela incite à la prudence dans l'analyse des écarts d'efficacité.

Les indicateurs évoqués s'ancrent en grande majorité dans la dimension de la « personne », notamment à travers la modification de l'attitude de l'enfant (augmentation de l'engagement, de la persévérance, de la satisfaction, des prises d'initiatives, etc.), ses retours et sa progression. Ces indicateurs paraissent en lien avec l'objectif principal, centré sur l'expression individuelle de l'enfant. Les informations recueillies lors des bilans et/ou des entretiens sont également mentionnées, offrant des moyens structurés pour identifier les intérêts de l'enfant en début d'accompagnement et au moment des réévaluations. Arrivent ensuite les indicateurs environnementaux (retours de l'entourage et évolution de la relation thérapeutique, avec une adhésion plus forte de l'enfant au suivi), soulignant la place laissée à l'expression de l'enfant.

La cohérence entre les stratégies mises en place et les indicateurs partagés est très marquée : réalisation de bilans/exploitation des résultats, échanges avec l'enfant/retours de l'enfant, échanges avec l'entourage/retours de l'entourage, création d'un cadre bienveillant/évolution de la relation thérapeutique.

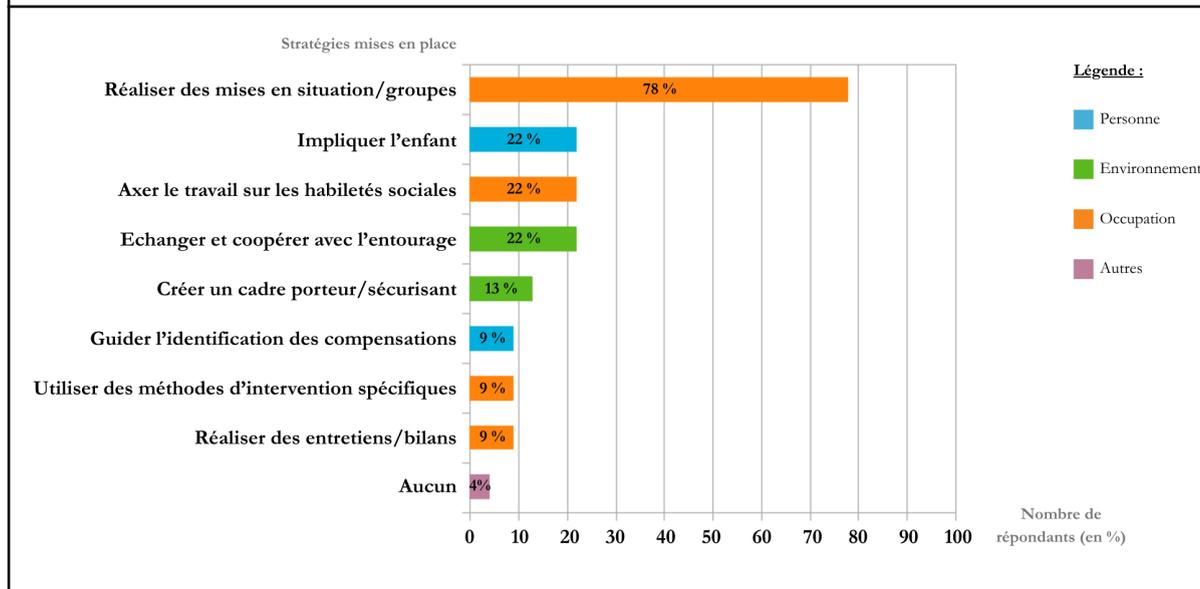
2.5. Stade 4, Plaisir et efficacité dans l'action : Résultats et analyse

2.5.1. Résultats relatifs au stade 4



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

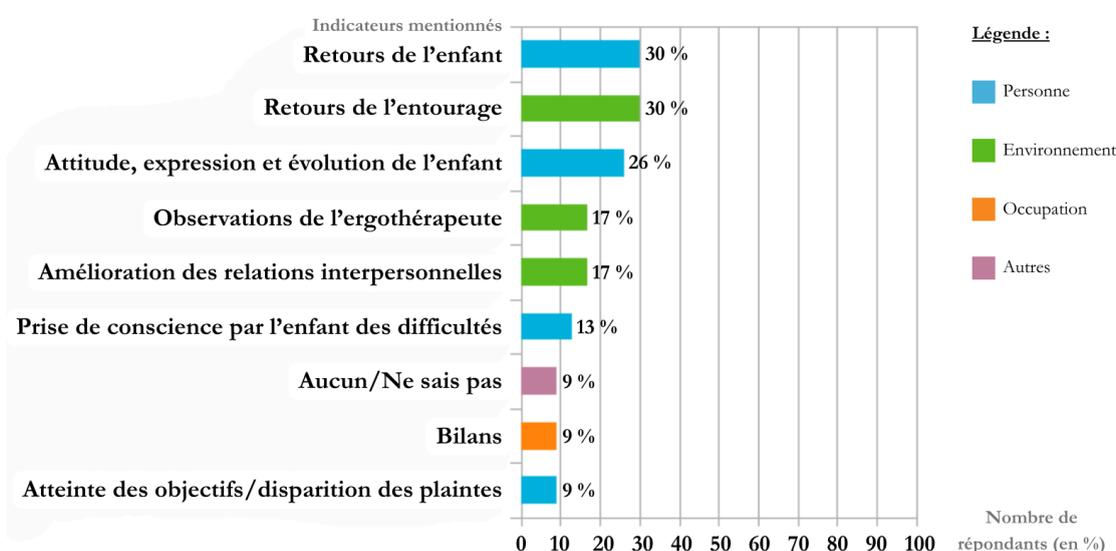
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de s'affirmer au sein d'un groupe (un tiret par stratégie/moyen) ?
 b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen
 (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Les résultats montrent que le moyen le plus répandu pour soutenir l'affirmation de l'enfant au sein d'un groupe est la réalisation de mises en situation et la participation à des groupes thérapeutiques (78 %), perçu comme très efficace (4,5/5). Bien que peu représentées (9 %), d'autres stratégies sont aussi employées : guider l'enfant dans l'identification des moyens de compensation disponibles et efficaces (cotation : 4/5), utiliser des méthodes d'intervention spécifiques telles que Cog-Fun et l'intégration sensorielle (cotation : 4/5) et réaliser des entretiens et des bilans (cotation : 4,7/5). Aussi, un ergothérapeute mentionne que, malgré l'importance accordée à cet axe d'accompagnement, cet objectif n'est pas travaillé en lien avec un manque de moyens et de possibilités.

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



Les retours de l'entourage ainsi que ceux de l'enfant sont les marqueurs les plus fréquemment cités (30 %) pour évaluer l'efficacité des interventions ayant pour objectif l'affirmation de l'enfant au sein d'un groupe. Les ergothérapeutes mentionnent également une évolution dans l'attitude de l'enfant (26 %) : épanouissement, prise de parole en public, échanges plus spontanés et adaptés, etc. Seulement 9 % des ergothérapeutes interrogés affirment ne pas percevoir de signes objectifs concernant l'affirmation de l'enfant au sein d'un groupe. La même proportion d'ergothérapeutes indiquent l'identifier par l'intermédiaire de bilans et par l'atteinte des objectifs, associée à une disparition des plaintes.

2.5.2. Analyse des résultats relatifs au stade 4

Contrairement aux éléments précédents, l'affirmation de l'enfant au sein d'un groupe, comme élément constitutif de l'accompagnement, fait l'objet d'une reconnaissance plus nuancée de la part des ergothérapeutes interrogés. Moins d'un tiers d'entre eux (29,3 %) le considèrent comme important dès le début du suivi. Une majorité relative (41,4 %) indique ne pas l'avoir encore abordé pour les enfants accompagnés, et près d'un répondant sur cinq (19 %) ne l'identifie pas comme relevant de son champ de compétences. Ces données suggèrent que ce stade pourrait être perçu soit comme relevant d'un autre champ (psychosocial, éducatif...), soit comme secondaire par rapport à d'autres objectifs plus directement liés aux apprentissages scolaires. Il est aussi possible que sa mise en œuvre effective dépende du contexte, des ressources disponibles (SESSAD ou libéral) et de la progression individuelle de l'enfant.

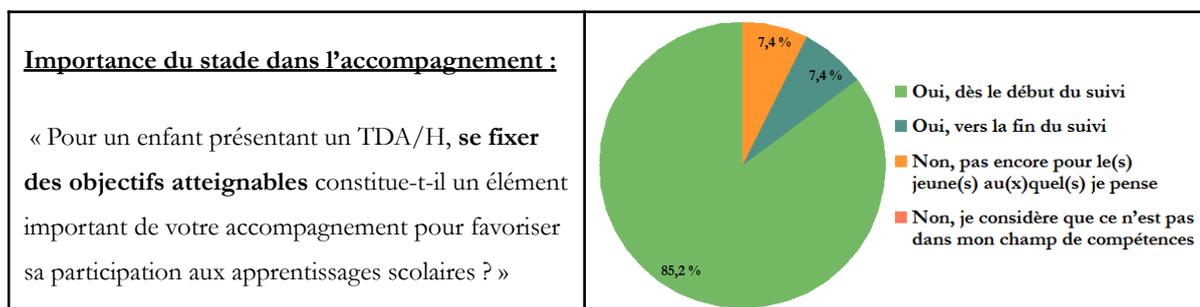
Les stratégies privilégiées se concentrent nettement autour de l'occupation, en particulier à travers des mises en situation et des groupes thérapeutiques, majoritairement cités, avec une cotation élevée en termes d'efficacité (4,5/5). Cela souligne une orientation pratique visant probablement à favoriser les interactions sociales par l'expérience. Comme pour les autres stades, les cotations d'efficacité sont globalement élevées ; un regard critique doit donc être porté dessus. Par exemple, l'implication de l'enfant, souvent valorisée lors des stades précédents, reçoit ici une cotation plus modérée (3,75/5), peut-être en lien avec la complexité du cadre groupal, qui ne se prête pas toujours à une participation spontanée (expression de ses besoins, prise de parole, etc.).

Les indicateurs sont plus équitablement répartis entre les différentes dimensions. Les retours de l'enfant et de l'entourage ainsi que les observations de l'ergothérapeute apparaissent comme les principaux indicateurs de l'affirmation de l'enfant au sein d'un groupe. L'accent mis sur l'attitude, l'expression et l'évolution de l'enfant renvoie à des critères qualitatifs et relationnels, tandis que l'amélioration des relations interpersonnelles ou la prise de conscience des difficultés par l'enfant témoignent d'un enjeu de régulation émotionnelle et d'intégration dans le groupe. Les indicateurs liés à l'occupation sont moins mobilisés, ce qui peut refléter une certaine complexité à formaliser les progrès individuels dans un groupe ou un manque d'outils adaptés pour cela.

La répartition des indicateurs et stratégies entre les différentes dimensions semble cohérente avec la nature de la compétence visée. En effet, s'affirmer au sein d'un groupe suppose des interactions entre les situations rencontrées (occupation), les habiletés sociales et le vécu personnel (personne) ainsi que les retours de ceux avec qui l'enfant interagit (environnement).

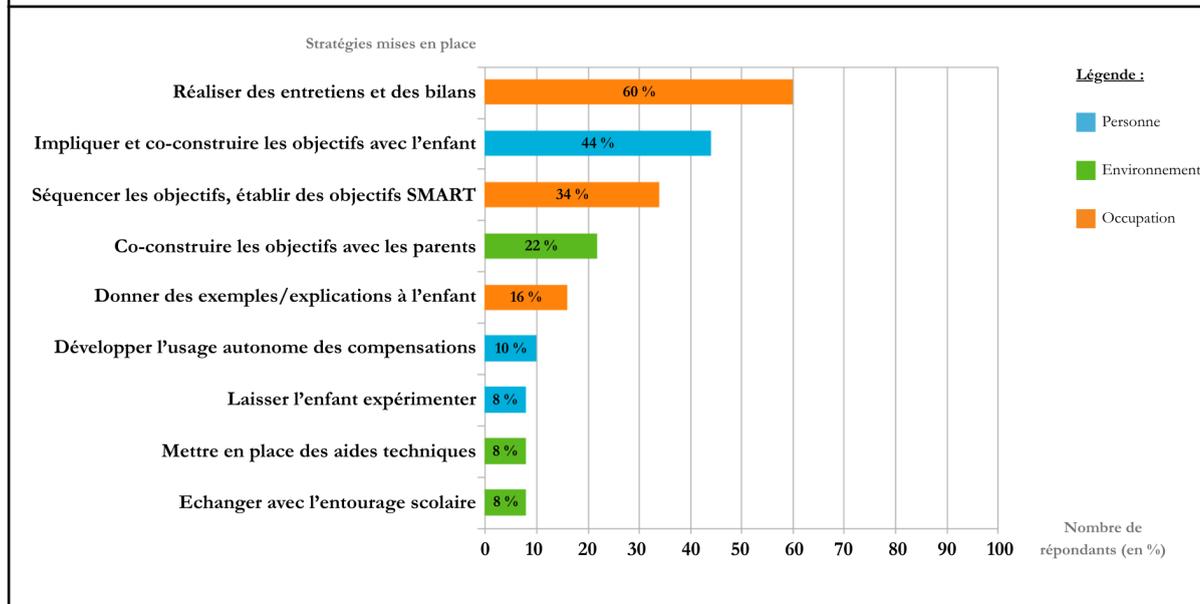
2.6. Stade 5, Intériorisation d'un sentiment d'efficacité : Résultats et analyse

2.6.1. Résultats relatifs au stade 5



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

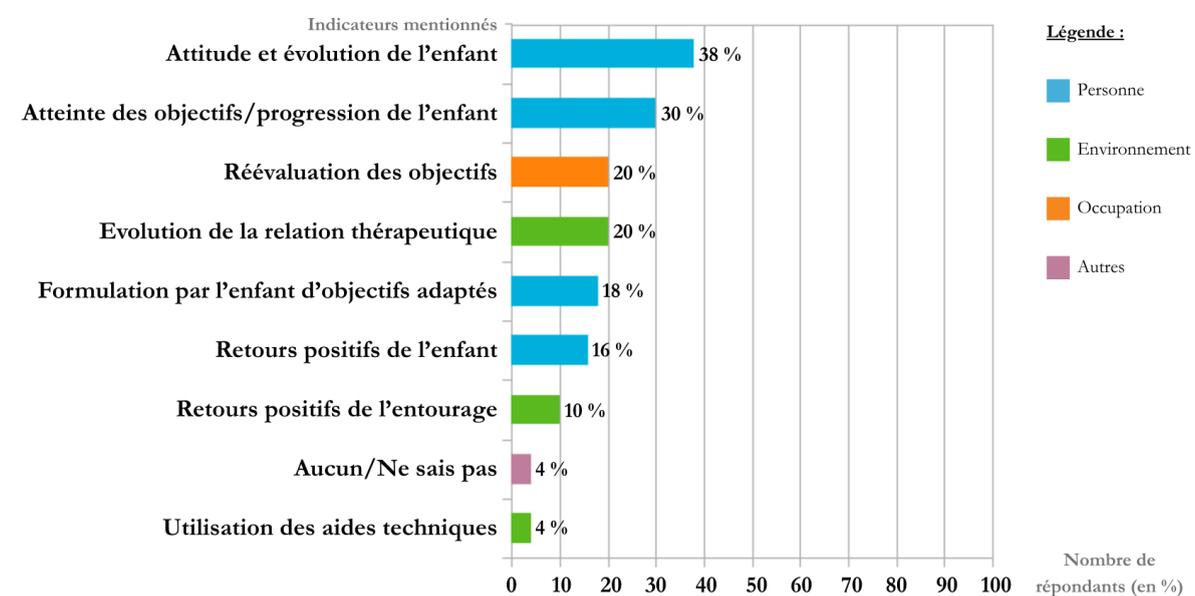
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de se fixer des objectifs atteignables (un turet par stratégie/moyen) ?
 b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen
 (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Dans l'optique de permettre à l'enfant de se fixer des objectifs atteignables, la majorité des ergothérapeutes réalisent des entretiens et des bilans (60 % ; cotation : 4,3/5) et impliquent l'enfant en co-construisant les objectifs avec lui (44 % ; cotation : 4,3/5). Séquencer les objectifs et établir des objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporellement définis) est également une pratique assez répandue (34 % ; cotation : 4,4/5). Mettre en place des aides techniques, échanger avec l'entourage scolaire et laisser l'enfant expérimenter pour qu'il prenne conscience de ses limites sont, à l'inverse, des stratégies moins mobilisées (8 %), avec des cotations respectives à 4, 4,1 et 4,5/5 en termes d'efficacité.

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



Selon les ergothérapeutes, c'est principalement par l'évolution de l'enfant et de son attitude (38 %) que se manifeste la capacité à se fixer des objectifs atteignables. Elle se traduit par un engagement plus soutenu, une expression de sa satisfaction et une absence de découragement. Cette dynamique positive est soutenue par l'atteinte progressive des objectifs (30 %). Toutefois, 4 % des répondants déclarent ne pas observer de changement mesurable ou se fient à l'utilisation des aides techniques par l'enfant.

2.6.2. Analyse des résultats relatifs au stade 5

Se fixer des objectifs atteignables est largement reconnu comme un élément essentiel de l'accompagnement en ergothérapie. Plus de 85 % des répondants considèrent cet élément comme important dès le début du suivi. Ce résultat reflète probablement la place centrale que prend la définition d'objectifs dans le cadre d'une approche centrée sur l'enfant, et dans le processus même de l'intervention en ergothérapie, structuré autour d'objectifs fonctionnels et concrets.

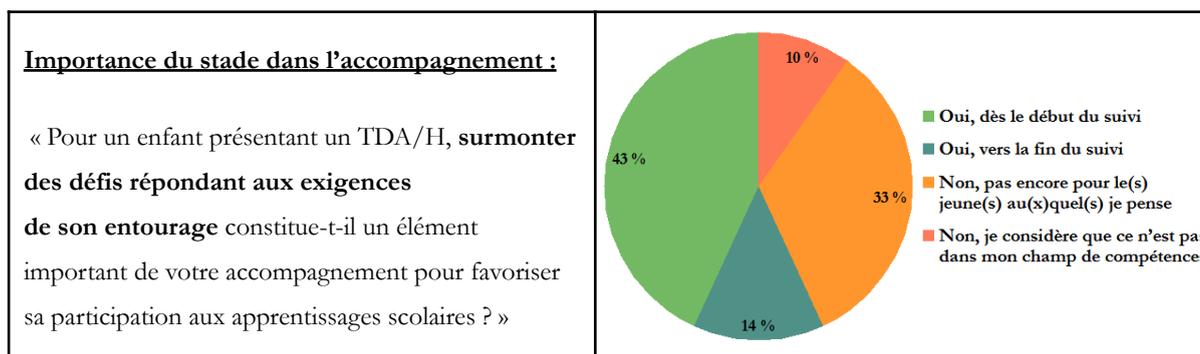
Les stratégies citées sont majoritairement liées à l'« occupation » et à la « personne », traduisant un équilibre entre l'organisation pratique du suivi et la participation active de l'enfant. Les stratégies les plus fréquemment mobilisées sont la réalisation d'entretiens et de bilans ainsi que la co-construction des objectifs avec l'enfant. Cette dernière paraît d'autant plus signifiante qu'elle renvoie à la reconnaissance des capacités décisionnelles de l'enfant. D'autres stratégies visent à structurer la planification (objectifs SMART, exemples concrets, séquençage), tandis que les actions impliquant l'environnement (parents et enseignants) sont moins souvent rapportées. La cotation d'efficacité de l'ensemble des stratégies reste élevée (de 4 à 4,5/5), ce qui appelle, une fois encore, à une lecture critique ; ces évaluations étant déclaratives et non corrélées à des résultats objectifs.

Les indicateurs renvoient très majoritairement à des critères centrés sur la « personne » : attitude de l'enfant, retours positifs, atteinte et formulation autonome d'objectifs adaptés. Les dimensions occupationnelle et environnementale sont également présentes, mais moins marquées. Cette tendance en faveur de la dimension de la « personne » semble cohérente avec la nature de ce stade, où la capacité à se projeter, à s'auto-évaluer et à s'engager est centrale.

Ce stade se caractérise par une relation forte entre la « personne » et l'« occupation » ; la planification d'objectifs dans le cadre d'une co-construction du projet de l'enfant impliquant sa participation active. L'environnement, bien que présent, semble intervenir davantage en soutien ou en facilitateur qu'en tant qu'élément moteur. L'importance accordée à ce stade par les professionnels, dès le début du suivi, peut s'expliquer par la fonction structurante de la définition d'objectifs dans la démarche ergothérapique. Cela reflète aussi une tendance à rendre l'enfant acteur de son projet, en lien avec le principe de participation occupationnelle.

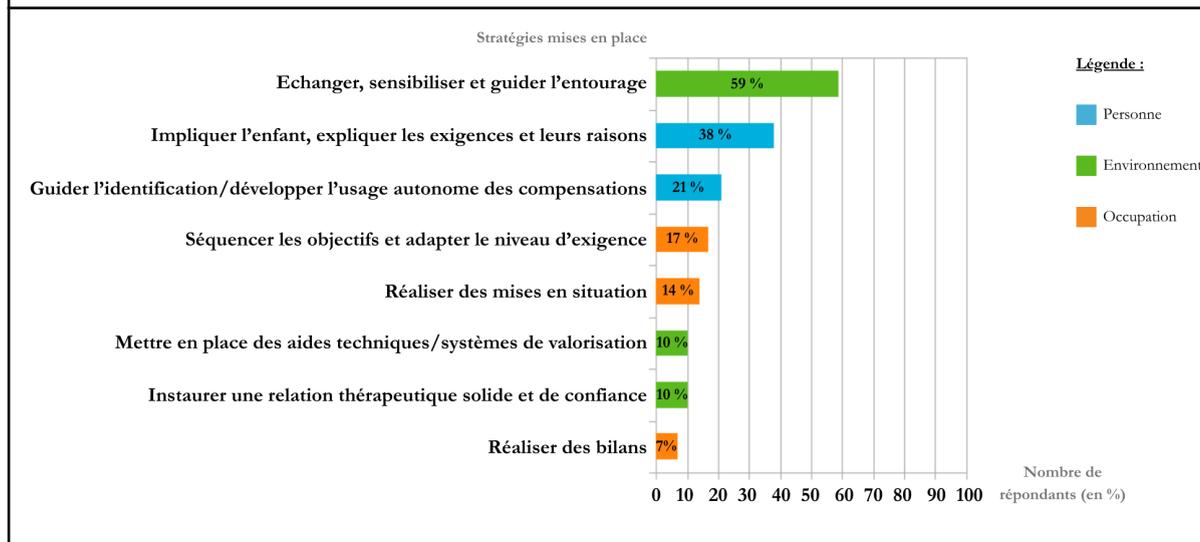
2.7. Stade 6, Vivre et raconter son histoire : Résultats et analyse

2.7.1. Résultats relatifs au stade 6



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

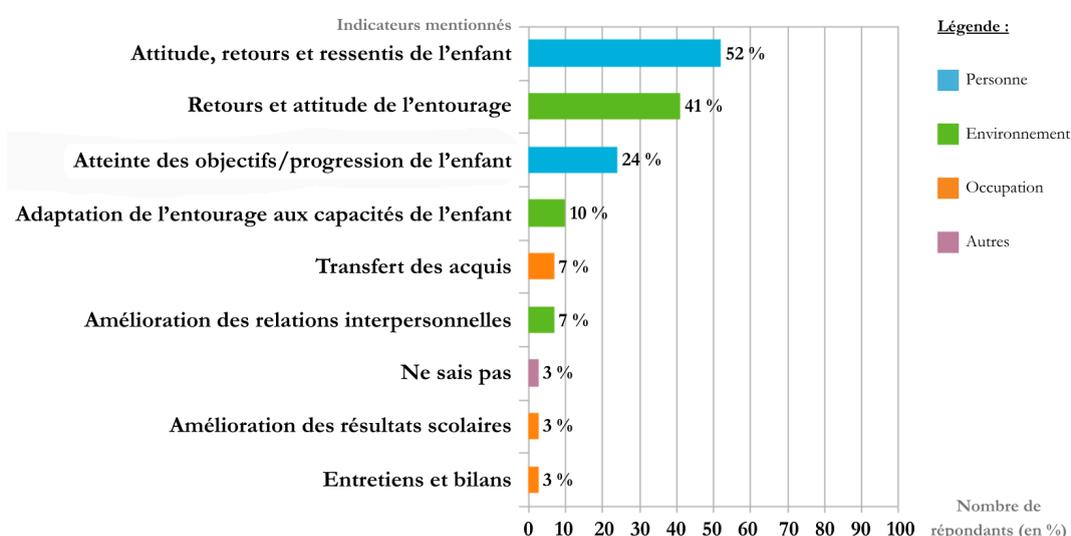
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage (un tiret par stratégie/moyen) ?
b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Afin d'aider l'enfant à surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage, les ergothérapeutes ont recours aux échanges, à la sensibilisation et à la guidance de l'entourage pour co-construire les objectifs et adapter les défis afin qu'ils soient atteignables par l'enfant (59 % ; cotation : 4/5). Les professionnels soulignent également l'importance d'impliquer l'enfant, d'expliquer les exigences de l'entourage et leurs raisons (38 %), avec une cotation de 4/5 en termes d'efficacité. En comparaison, la réalisation de bilans est moins fréquente (7 % ; cotation : 4,5/5) dans ce champ de l'accompagnement des enfants.

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



L'attitude, les retours et ressentis de l'enfant sont identifiés par 52 % des répondants comme l'indicateur clé pour évaluer la capacité de l'enfant à surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage. Cela se traduit par une amélioration de sa confiance en lui, de son engagement et de son intérêt porté aux défis et à leur réalisation, par une posture d'écoute active et par une augmentation de sa satisfaction. Ces changements s'accompagnent aussi de retours positifs et d'une évolution de l'attitude de l'entourage (41 %). Une minorité d'ergothérapeutes (3 %) identifie des signes concrets au cours d'entretiens et de bilans, voire à travers une amélioration des résultats scolaires. En revanche, certains professionnels (3 %) ne notent aucun signe concret.

2.7.2. Analyse des résultats relatifs au stade 6

Comme le quatrième, ce stade paraît plus clivant que les précédents : 43 % des ergothérapeutes abordent les exigences de l'entourage dès le début du suivi, tandis qu'un tiers déclare ne pas encore les avoir mobilisées, et 10 % ne le considèrent pas comme relevant de leur champ de compétences. Ce positionnement pourrait refléter une tension entre les attentes de l'environnement (scolaire et familial) et une approche professionnelle centrée sur l'enfant et l'adaptation à ses besoins. Il est également possible que certains professionnels estiment que la gestion des attentes de l'entourage dépasse le cadre de l'intervention ergothérapique ou suppose des ressources spécifiques (travail interdisciplinaire par exemple).

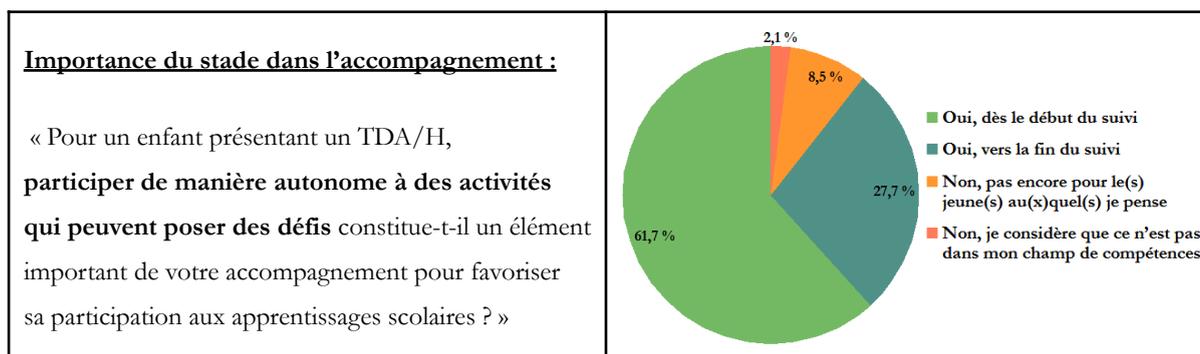
Les stratégies les plus couramment mobilisées relèvent de la dimension environnementale. Cette prédominance confirme que ce stade interroge fortement la qualité des interactions entre l'enfant et son environnement, et nécessite souvent de faire évoluer les représentations, les exigences ou les attitudes de l'entourage. Les actions centrées sur l'enfant sont également fréquentes, traduisant une volonté de favoriser sa compréhension, son autonomie et ses capacités d'adaptation. Du côté des stratégies occupationnelles, celles-ci sont moins investies, mais l'adaptation des objectifs ou leur séquençage apparaît comme particulièrement efficace (4,7/5), soulignant l'intérêt d'ajuster finement les défis proposés à l'enfant pour soutenir sa persévérance et sa réussite.

Les indicateurs principaux sont à la fois centrés sur l'enfant (attitude, retours, progression) et sur l'environnement (retours, adaptations). Cela souligne que l'évaluation de ce stade repose sur la dynamique relationnelle entre l'enfant et son entourage. Les indicateurs liés à l'occupation (transfert des acquis, résultats scolaires, bilans) restent peu mentionnés. Cela suggère que les professionnels perçoivent ce stade moins comme un levier occupationnel direct que comme une composante environnementale de la réussite de l'enfant.

Les réponses à ce stade illustrent bien une tentative d'adéquation entre l'enfant et son environnement. L'occupation semble, ici, être davantage un vecteur d'ajustement (via le niveau d'exigence ou les mises en situation) qu'un but en soi. Il est également notable que les stratégies et indicateurs s'inscrivent souvent dans une logique négociée ou partagée, en lien avec des exigences extérieures que l'enfant ne choisit pas toujours mais auxquelles il est confronté.

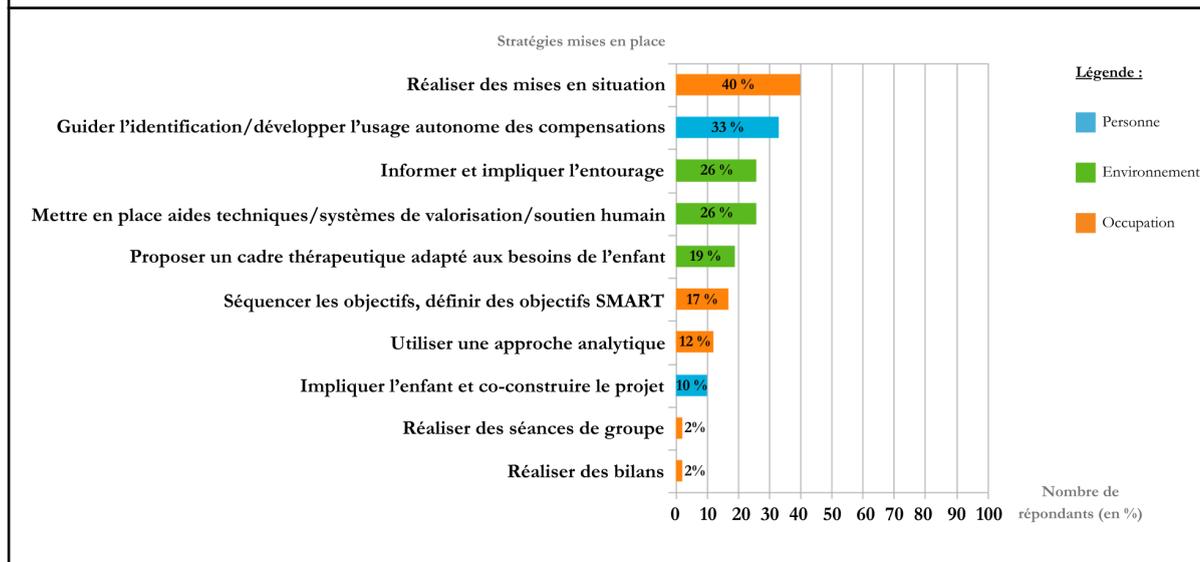
2.8. Stade 7, Accomplissement : Résultats et analyse

2.8.1. Résultats relatifs au stade 7



Stratégies mises en place par les ergothérapeutes :

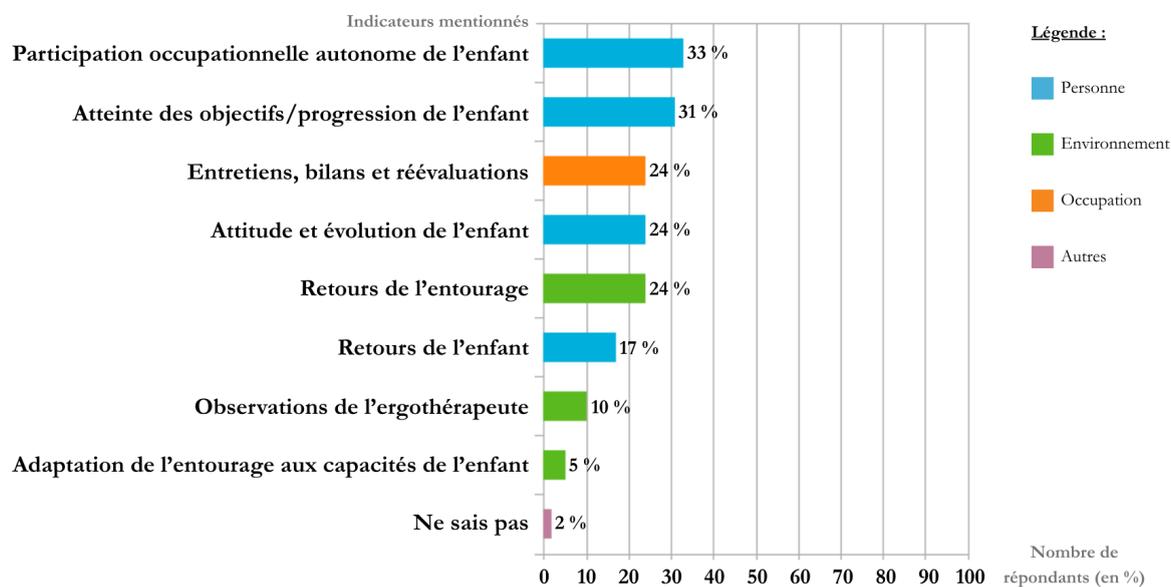
« a) Comment permettez-vous à l'enfant de participer de manière autonome à des activités qui peuvent poser des défis (un tiret par stratégie/moyen) ?
b) En fin de ligne, coter l'efficacité pour chaque stratégie/moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace). »



Les ergothérapeutes interrogés mentionnent le plus fréquemment, dans leurs moyens et stratégies, la réalisation de mises en situation (40 % ; cotation : 4,2/5) pour favoriser la participation autonome de l'enfant à des activités qui peuvent poser des défis. Aussi, guider l'identification des axes d'amélioration et développer l'utilisation autonome des moyens de compensation efficaces est une stratégie très représentée pour atteindre cet objectif (33 % ; cotation : 4,2/5). En revanche, réaliser des bilans et des séances de groupe sont des moyens moins courants dans le but de favoriser la participation autonome de l'enfant, malgré leur grande efficacité perçue (2 % ; cotation : 5/5).

Indicateurs permettant de juger de l'efficacité des stratégies mises en place :

« Quels sont les indicateurs concrets qui vous permettent de juger de leur efficacité ? »



Parmi les indicateurs permettant d'évaluer la participation autonome de l'enfant à des activités qui peuvent poser des défis, sa participation effective est la plus fréquemment mentionnée (33 %), avec un gain d'autonomie notable et une augmentation du nombre d'activités auxquelles l'enfant participe. Parallèlement, l'atteinte des objectifs et la progression de l'enfant sont remarquées (31 %). 2 % des ergothérapeutes interrogés n'identifient pas de marqueur objectif, et seulement 5 % évoquent une adaptation de l'entourage aux capacités de l'enfant.

2.8.2. Analyse des résultats relatifs au stade 7

Une majorité des ergothérapeutes (près de 90 %) considèrent la participation autonome à des activités qui peuvent poser des défis comme un élément important de leur accompagnement, que ce soit dès le début du suivi (61,7 %) ou dans une phase ultérieure (27,7 %). Cela témoigne d'une prise en compte notable de l'enjeu d'autonomie, même si, selon les situations, celle-ci ne constitue pas toujours une priorité en début d'accompagnement.

Les ergothérapeutes mobilisent une diversité de stratégies, combinant les dimensions personnelle, environnementale et occupationnelle. L'accent est mis sur le développement de l'autonomie via l'identification et l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces, dans une logique d'adaptation individualisée. L'environnement est mobilisé à travers l'information et l'implication de l'entourage, la proposition d'un cadre thérapeutique adapté aux besoins de l'enfant ou encore la mise en place d'aides techniques, de systèmes de valorisation et de soutien humain. Les mises en situation et les objectifs SMART peuvent avoir pour but de favoriser une participation concrète et structurée, en adaptant progressivement le niveau de défi aux capacités de l'enfant. Dans l'ensemble, ces stratégies sont jugées efficaces, avec des notes autour de 4,2/5.

Les indicateurs utilisés pour juger de l'efficacité des stratégies témoignent d'une évaluation provenant de diverses sources. Les signes d'autonomisation de l'enfant sont les plus mentionnés (participation effective, augmentation du nombre d'activités auxquelles l'enfant participe, atteinte des objectifs, investissement, prise d'initiatives, satisfaction). Les résultats des bilans et entretiens (MCRO notamment) sont également fréquemment cités. Les retours de l'entourage et de l'enfant s'ajoutent aux indicateurs déjà évoqués, comme les observations de l'ergothérapeute. Cette diversité des indicateurs reflète une recherche d'objectivation des progrès de l'enfant, tout en tenant compte de son expérience et de celle de son entourage.

L'autonomie est, ici, centrale. Les ergothérapeutes s'attachent à renforcer la capacité de l'enfant à agir seul, à travers l'usage de compensations et la co-construction du projet. Le rôle de l'entourage reste important comme soutien à l'autonomie. L'environnement est modulé pour encourager la persévérance de l'enfant dans les activités. Les mises en situation et les objectifs progressifs permettent à l'enfant de s'engager dans des activités porteuses de sens, tout en les rendant accessibles. Ce stade traduit ainsi une maturation du processus d'accompagnement : l'enfant n'est plus seulement acteur guidé, mais acteur autonome, capable de faire face à des défis.

2.9. Analyse croisée des résultats relatifs aux stades du processus de remotivation

Dans la pratique des ergothérapeutes accompagnant des enfants présentant un TDA/H afin de favoriser leur participation dans les apprentissages scolaires, l'importance accordée à chaque élément constitutif du processus de remotivation varie. Ainsi, les éléments relatifs aux stades 1 (prendre confiance en ses capacités), 3 (exprimer ses intérêts) et 5 (se fixer des objectifs atteignables) apparaissent comme les plus mobilisés dès le début du suivi. Cette orientation initiale vers le développement de la confiance en ses capacités, l'identification des intérêts de l'enfant et l'établissement d'objectifs concrets suggère une priorité accordée à ce qui pourraient être les fondements de la participation. A l'inverse, les éléments relatifs aux stades 4 (s'affirmer au sein d'un groupe) et 6 (surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage) sont plus souvent différés, voire non investis par les ergothérapeutes. Ces stades renvoient à des dimensions relationnelles et contextuelles plus complexes, parfois jugées prématurées ou hors du champ d'intervention selon certains professionnels. L'élément constitutif du stade 7 (participer de manière autonome à des activités pouvant présenter des défis) bénéficie d'un investissement intermédiaire, en tant que but à atteindre progressivement. Ces résultats révèlent une approche thérapeutique évolutive, orientée, dans un premier temps, vers l'individualisation de l'accompagnement, la compréhension des besoins et la sécurisation du cadre, avant d'aborder les dynamiques sociales et l'autonomisation.

L'analyse croisée des stratégies mises en oeuvre montre une mobilisation constante et complémentaire des trois dimensions suivantes :

- La « personne » est notamment soutenue à travers l'implication active de l'enfant, la co-construction du projet et la valorisation de ses capacités. Ce levier est particulièrement présent aux stades 1 (Validation), 3 (Prise de décision), 5 (Intériorisation d'un sentiment d'efficacité) et 7 (Accomplissement).
- L'« environnement » est impliqué par la sensibilisation et les échanges avec l'entourage familial et scolaire, l'ajustement du cadre d'intervention, l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance et la mise en place d'aides techniques, de systèmes de valorisation et de soutien humain. Ces actions se concentrent aux stades 4 (Plaisir et efficacité dans l'action), 6 (Vivre et raconter son histoire) et 7 (Accomplissement).
- L'« occupation » est mobilisée via les mises en situation, les bilans, les activités utilisées en séances et la définition d'objectifs atteignables. Ces stratégies sont davantage transversales mais prédominent dans les stades 1 (Validation), 3 (Prise de décision), 5 (Intériorisation d'un sentiment d'efficacité) et 7 (Accomplissement).

Cette complémentarité des approches témoigne d'une capacité à moduler les priorités selon les objectifs ciblés. De plus, il est à noter que la dimension environnementale est davantage mobilisée au sein des stades les moins investis avec les enfants présentant un TDA/H. Cela peut être dû à la difficulté de régulation des relations interpersonnelles, souvent rapportées comme étant conflictuelles avec les enfants présentant un TDA/H.

L'analyse des indicateurs utilisés par les ergothérapeutes pour juger de l'efficacité de leurs stratégies permet de souligner que :

- Deux indicateurs apparaissent de manière transversale dans l'ensemble des stades, à savoir l'attitude et les retours de l'enfant ainsi que la progression de l'enfant et l'atteinte des objectifs.

Ces éléments mettent en évidence que l'enfant est au cœur de l'évaluation de l'efficacité de l'accompagnement, tant dans son vécu subjectif que dans les progrès observés, quel que soit le stade du processus de remotivation.

- L'évolution de la relation et du cadre thérapeutiques est mentionnée aux stades 1 (Validation), 3 (Prise de décision) et 5 (Intériorisation d'un sentiment d'efficacité).

Aux stades 1 et 3, il s'agit d'instaurer une relation de confiance et un cadre sécurisant. Au stade 5, cette évolution consiste en une consolidation de la relation thérapeutique autour d'objectifs co-construits. L'absence de cet indicateur aux stades 4 (Plaisir et efficacité dans l'action), 6 (Vivre et raconter son histoire) et 7 (Accomplissement) pourrait refléter une prédominance des exigences de l'environnement, mettant en retrait la dynamique de la relation thérapeutique.

- Les retours de l'entourage sont présents aux stades 1 (Validation), 2 (Découverte de l'environnement), 4 (Plaisir et efficacité dans l'action), 6 (Vivre et raconter son histoire) et 7 (Accomplissement).

L'importance de ces retours aux stades initiaux (1 et 2) est plutôt attendue, l'environnement servant souvent de relais d'observation ou de soutien dans les premiers stades de l'accompagnement. En revanche, leur forte présence aux stades 4 et 6, stades dont les objectifs ne font pas consensus, peut de nouveau questionner sur la difficile implication et intégration de l'entourage au suivi ergothérapeutique selon les contextes d'intervention. Les retours de l'entourage au stade 7 semblent plutôt cohérents en lien avec l'autonomisation de l'enfant ; l'entourage servant de relais d'observation, comme aux stades 1 et 2.

- L'amélioration des relations interpersonnelles n'est mentionnée qu'aux stades 4 (Plaisir et efficacité dans l'action) et 6 (Vivre et raconter son histoire), ce qui pourrait révéler une tentative de réponse à des difficultés sociales. Il est à noter que cet indicateur n'est présent qu'aux stades où les attentes extérieures prédominent (derniers stades des phases 1 : Exploration, et 2 : Compétence), identifiés comme moins investis que les autres dans la pratique des ergothérapeutes interrogés.
- Deux indicateurs permettent d'évaluer l'ancrage des acquis dans la vie quotidienne. La pérennisation des activités et le transfert des acquis sont présents aux stades 2 (Découverte de l'environnement), 6 (Vivre et raconter son histoire) et 7 (Accomplissement). Cela peut refléter une attention particulière portée à la transposition des compétences, attendue à ces moments-clés où un début de participation émerge (stade 2), où l'enfant fait face à des défis liés aux exigences extérieures (stade 6) et où l'autonomie fonctionnelle est visée (stade 7).
- Les résultats des bilans associés à la réévaluation des objectifs sont utilisés aux stades 3 (Prise de décision), 5 (Intériorisation d'un sentiment d'efficacité) et 7 (Accomplissement). Cela illustre un usage stratégique des outils d'évaluation pour identifier les centres d'intérêt de l'enfant, partie intégrante du bilan initial (stade 3), pour définir des objectifs concrets et atteignables (stade 5) et pour conclure le suivi et attester de l'autonomie effective (stade 7).

Ce classement des indicateurs par association de stades montre ainsi une articulation progressive entre participation personnelle, implication de l'environnement et ancrage occupationnel. Elle permet également d'identifier des déséquilibres, comme la forte mobilisation de certains indicateurs dans les stades 4 et 6, ce qui interroge sur les stratégies mises en place pour soutenir l'enfant dans ces moments de transition où les attentes extérieures deviennent prédominantes.

3. Discussion

3.1. Mise en lien des résultats avec le cadre conceptuel

3.1.1. Lien avec les différents aspects du TDA/H

Les résultats de cette enquête s'inscrivent en cohérence avec les caractéristiques cliniques du TDA/H et les enjeux qu'il soulève pour l'accompagnement ergothérapeutique, en particulier dans le champ scolaire.

3.1.1.1. Apports de l'ergothérapie sur l'expression des symptômes

En partie dû à un dysfonctionnement du système dopaminergique, le TDA/H se manifeste par une inattention (difficile maintien de la concentration, oubli de consignes, manque d'organisation, évitement des activités demandant une attention soutenue, perte de matériel, etc.), associée ou non à une impulsivité (difficulté à attendre son tour, réponses précipitées, tendance à privilégier les récompenses immédiates au détriment d'un bénéfice différé, etc.) et à une hyperactivité (difficulté à rester assis, à se contenir lors de certaines activités, etc.) (APA, 2015).

Les stratégies mises en place par les ergothérapeutes interrogés illustrent une volonté d'agir sur ces manifestations comportementales, en soutenant l'engagement progressif de l'enfant dans les apprentissages. Ainsi, sont retrouvés au cours de l'accompagnement de ces enfants :

- Une implication de l'enfant (co-construction du projet, choix d'activités et de thématiques par l'enfant, proposition d'activités ludiques, etc.) ;
- La mise en place d'aides techniques, de systèmes de valorisation et de soutien humain en séances, en classe et au domicile (supports visuels de l'atteinte des objectifs et de la progression de l'enfant, défis à relever, boîtes à réussites, récompenses, timer, etc.) ;
- Une adaptation des activités proposées (évolution progressive, séquençage des objectifs et des activités, juste défi pour l'enfant, proposition d'activité plaisantes et en lien avec les centres d'intérêt de l'enfant, adaptation du niveau d'exigence, etc.) ;
- Une guidance pour développer l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces (utilisation des stratégies : CO-OP, Cog-Fun, ou similaire, etc.) ;
- La réalisation de psycho-éducation (explication du fonctionnement lié au TDA/H, etc.) ;
- La réalisation de groupes thérapeutiques (travail des habiletés sociales, etc.).

Les indicateurs mentionnés par les ergothérapeutes interrogés reflètent l'influence de ces stratégies sur les manifestations comportementales des enfants :

- Plaisir, envie, sourires (diminution des réticences, du stress et du découragement face aux nouveaux défis, persévérance, etc.) ;
- Engagement et investissement (diminution des négociations, utilisation des aides techniques, adhésion au soutien humain avec demande d'aide, etc.) ;
- Réflexion de l'enfant autour des stratégies mobilisables et prise d'initiatives adaptées ;
- Amélioration des relations interpersonnelles (augmentation des expériences de groupe, création d'un groupe d'amis, etc.) ;
- Atteinte progressive des objectifs fixés (amélioration de la qualité du travail scolaire, des résultats et des appréciations, augmentation du temps de concentration, etc.) ;
- Amélioration de l'autonomie et de la participation occupationnelle de l'enfant.

Ainsi, malgré une absence de questions concrètes concernant les symptômes du TDA/H, les stratégies mobilisées par les ergothérapeutes interrogés traduisent une prise en compte des répercussions de ces manifestations dans le quotidien de l'enfant.

3.1.1.2. Apports de l'ergothérapie sur l'environnement social

Bien que les influences de l'environnement social n'aient pas été clairement mises en lien avec le développement du TDA/H, la HAS mentionne des événements de vie vécus et ressentis de manière désagréable dans son étiologie (HAS, 2024 ; Bélanger et al., 2018). De fait, l'incompréhension de l'entourage face aux comportements parfois impulsifs des enfants peut engendrer une dépréciation d'eux-mêmes et des comportements d'évitement (Assurance Maladie, 2023). L'ensemble des réactions de l'entourage des enfants est, en partie, lié au fait que, dans la société, la réussite soit davantage valorisée que les efforts entrepris (de nombreux articles évoquent les conditions de la réussite, très peu valorisant les efforts fournis). Cela explique les recommandations de la HAS, tant concernant les interventions centrées sur l'entourage que l'accompagnement scolaire et pédagogique des enfants présentant un TDA/H (HAS, 2024).

Plusieurs des stratégies investies par les ergothérapeutes témoignent de l'importance de cette dynamique systémique :

- Valoriser l'enfant (ses efforts, ses progrès, ses réussites, ses compétences, ses points forts, ses résultats, etc.) verbalement ou par la mise en place de systèmes de récompenses ;
- Proposer un environnement porteur et sécurisant (favoriser les réussites et limiter les échecs, utiliser un langage bienveillant, etc.) ;

- Entretenir le lien, sensibiliser et accompagner l'entourage (encourager l'entourage à valoriser l'enfant, à lui donner des indices pour qu'il trouve ses solutions, à adapter leurs attentes et exigences, etc.) ;
- Réaliser de la psychoéducation (explication du fonctionnement lié au TDA/H, etc.).

Les retentissements positifs de ces approches sont mentionnés à de nombreuses reprises par les ergothérapeutes au sein du questionnaire :

- Adaptation de l'entourage aux capacités de l'enfant (demandes et objectifs adaptés, etc.) ;
- Retours positifs de l'entourage et échanges plus fréquents (évocation des progrès réalisés, diminution des plaintes, etc.) ;
- Mise en place des aménagements (scolaires) préconisés ;
- Plaisir, envie, fierté, sourires, engagement et investissement (envie de montrer ses productions, diminution des comportements d'évitement, etc.) ;
- Prise d'initiatives et de parole plus spontanément (expression de ses besoins, idées et envies sans crainte de déranger, etc.) ;
- Affirmation, confiance en soi et amélioration de leur image d'eux-mêmes (perception de leurs progrès, de leurs compétences et discours plus positif, etc.) ;
- Amélioration des relations interpersonnelles (compréhension mutuelle, dialogue, etc.).

Ces éléments mettent en évidence l'importance pour les ergothérapeutes d'intervenir au-delà des problématiques centrées sur l'enfant lui-même, en incluant l'entourage familial, mais aussi scolaire, dans une dynamique collaborative et bienveillante.

3.1.1.3. Apports de l'ergothérapie sur la participation aux apprentissages

Concernant les apprentissages scolaires, les résultats en baisse sont souvent le point de départ des consultations pour les enfants présentant un TDA/H (Guay, 2016). Les difficultés peuvent être nombreuses : fluctuation des capacités de concentration, difficultés pour mener un travail à son terme, mais aussi de mémorisation et d'organisation, oubli de matériel, agitation, etc. (HAS, 2024 ; Assurance Maladie, 2023). Les fonctions attentionnelles et exécutives, impactées par la présence d'un TDA/H, jouent un rôle clé dans l'ensemble des processus d'apprentissage (Dehaene, 2018 ; Lachaux, 2019).

Les réponses des ergothérapeutes témoignent de la pertinence d'un accompagnement ergothérapique centré sur la participation aux apprentissages scolaires. Si les ergothérapeutes n'ont pas été interrogés sur les difficultés rencontrées par les enfants présentant un TDA/H

proprement dites, les stratégies décrites soulignent un engagement constant pour soutenir l'enfant dans son rôle d'élève, en tenant compte de ses capacités et de ses besoins. L'accent est mis sur la mise en place d'aides concrètes, la valorisation des efforts, l'adaptation du niveau d'exigence et l'évolution progressive des activités.

De nombreux indicateurs évoqués (atteinte des objectifs, augmentation du temps de concentration, mobilisation autonome de stratégies, amélioration de la qualité des productions, fierté de montrer son travail, etc.) révèlent les effets positifs de ces approches sur la participation des enfants aux apprentissages scolaires.

Ainsi, les stratégies rapportées illustrent une volonté d'agir tant sur les performances scolaires, que sur l'expérience de l'enfant dans ses apprentissages, ou sur les conditions d'une participation durable, soutenue par une meilleure connaissance de soi et un sentiment croissant de compétence. L'ergothérapie agit, ici, comme un levier pour transformer les apprentissages scolaires en opportunités d'expérimentation positive, en phase avec les capacités de l'enfant.

3.1.2. Lien avec les concepts ergothérapeutiques de participation et de volition

En ergothérapie, et plus particulièrement dans le MOH, modèle conceptuel ergothérapeutique dans lequel s'inscrit le processus de remotivation, la participation est un élément clé qui renvoie à l'engagement d'une personne dans les occupations rythmant son quotidien. Cette dernière est, entre autres, influencée par la volition de la personne (Taylor et al., 2017). La volition, quant à elle, désigne, plus couramment, la motivation (De Las Heras et al., 2006). La volition est caractérisée par l'ensemble des pensées et sentiments que la personne entretient sur elle-même à propos de ses capacités, de son efficacité, de la valeur qu'elle accorde à ce qu'elle fait, du plaisir et de la satisfaction qu'elle ressent lorsqu'elle réalise une activité. La volition correspond à un processus au sein duquel la personne va expérimenter pour parvenir à choisir ses occupations. Cela va permettre l'initiation d'un processus de changement menant à la mise en place d'habitudes, au développement de rôles sociaux, à une amélioration de l'efficacité et à une recherche d'environnements soutenant cette participation (Taylor et al., 2017). Pour favoriser la participation, et donc la motivation de la personne, l'ergothérapeute va identifier des leviers : co-construction des objectifs de l'accompagnement, prise en compte des capacités et des limites de la personne, diversification de son répertoire occupationnel, collaboration avec son entourage, soutien du sentiment de compétence de l'enfant et de son entourage, etc. (ANFE, 2019).

Ainsi, les résultats de l'enquête concordent complètement avec ces notions de participation et de volition. De fait, par la mise en place des stratégies mentionnées précédemment, et donc l'identification de leviers, les ergothérapeutes parviennent peu à peu à modifier les pensées et sentiments des enfants envers leurs capacités (auto-valorisation), leur efficacité (prise de conscience de leurs progrès), la valeur qu'ils accordent à ce qu'ils font (augmentation de l'intérêt porté à certaines activités), le plaisir et la satisfaction qu'ils ressentent lorsqu'ils réalisent une activité (envie, sourires, fierté). Certains ergothérapeutes mentionnent même une modification de l'expression corporelle de l'enfant (tenue de buste plus ouverte, tête relevée). Ils offrent également la possibilité aux enfants d'expérimenter (mises en situation) pour qu'ils (re)définissent leurs activités signifiantes et significatives. Grâce à l'augmentation de leur motivation, les enfants vont pérenniser des activités dans leur vie quotidienne, transférer leurs acquis dans de nouveaux environnements et, d'après les données recueillies, entre autres, améliorer leurs résultats scolaires, voire, pour certains, leur rapport aux apprentissages scolaires.

3.1.3. Lien avec les phases du processus de remotivation

3.1.3.1. Intérêt pour les enfants présentant un TDA/H

Le processus de remotivation, tel que proposé par Carmen Gloria De Las Heras, Veronica Llerena et Gary Kielhofner, repose sur un continuum d'interventions permettant à la personne accompagnée de(re)trouver de la motivation pour s'engager dans ses occupations. Ce dernier est structuré en sept stades ; chacun visant une progression graduelle de la participation et de l'autonomie de la personne, à travers un accompagnement centré sur ses besoins, ses capacités et son environnement (De Las Heras et al., 2006). Appliqué aux enfants présentant un TDA/H, ce processus peut présenter plusieurs intérêts spécifiques.

Les enfants présentant un TDA/H rencontrent souvent des difficultés liées, entre autres, à l'attention (pour certains, aussi à l'impulsivité et à l'hyperactivité), à la régulation émotionnelle et à la planification ; autant de dimensions susceptibles de nuire à leur estime de soi, à leur persévérance et à leur motivation intrinsèque (APA, 2015 ; Assurance Maladie, 2023). Dès lors, un processus qui vise à faire émerger le sentiment d'efficacité (phase 1 : Exploration, des stades 1 à 4), la capacité à relever des défis (phase 2 : Compétence, stades 5 et 6) et l'autonomie (phase 3 : Accomplissement, stade 7) semble particulièrement adapté à leurs besoins.

Dans la phase d'exploration du processus, le stade 1 (Validation), centré sur la création d'une zone de confort, répond aux premiers enjeux dans l'accompagnement des enfants présentant un TDA/H : sécuriser la relation, favoriser le sentiment de compétence et diminuer

l'évitement des tâches perçues comme trop exigeantes et peu motivantes. Pour ces enfants, le développement de la confiance en leurs capacités est perçu, par les participants à l'enquête, comme essentiel. Cela fait lien avec le besoin, pour la plupart, de rompre avec des expériences souvent marquées par la répétition d'échecs.

Toujours dans la même phase, le stade 2 (Découverte de l'environnement), qui invite à s'ouvrir à de nouvelles activités, lieux ou personnes, favorise l'émergence de la curiosité et du goût pour la nouveauté, deux leviers pouvant compenser ou atténuer la tendance à l'évitement. Dans ce contexte, les enfants peuvent progressivement reconstruire une image plus positive d'eux-mêmes en tant qu'acteurs capables d'explorer, de s'adapter et de découvrir. Transposer les acquis dans de nouveaux environnements a été reconnu par les ergothérapeutes interrogés comme un élément constitutif de l'accompagnement des enfants présentant un TDA/H.

Pour conclure avec cette phase, aux stades 3 (Prise de décision) et 4 (Plaisir et efficacité dans l'action), l'évolution se poursuit vers un engagement plus affirmé. Le stade 3 vise à préserver la curiosité naissante, tout en consolidant l'estime de soi et la confiance dans ses choix. Ce stade permet aux enfants présentant un TDA/H de se positionner comme acteurs capables de faire des choix, dans un contexte encore individuel. Ils peuvent ainsi affiner leurs préférences, s'essayer à de nouvelles activités et construire une perception plus stable de leurs intérêts. L'expression de leurs intérêts est un élément majoritairement travaillé par les ergothérapeutes interrogés. Le stade 4 introduit ensuite une dimension relationnelle, en encourageant la participation active au sein d'un groupe, invitant à affirmer ses choix et à s'investir socialement. Cela pourrait sembler pertinent pour les enfants présentant un TDA/H, souvent confrontés à des difficultés dans leurs interactions sociales. Toutefois, près d'un répondant sur cinq n'a pas reconnu cet axe d'accompagnement comme relevant de son champ de compétences. Moins d'un tiers des ergothérapeutes interrogés le considère important dès le début du suivi. Une majorité des participants à l'enquête a indiqué ne pas l'avoir encore abordé auprès des enfants accompagnés.

Les stades 5 (Intériorisation d'un sentiment d'efficacité) et 6 (Vivre et raconter son histoire) de phase de compétence ainsi que le stade 7 (Accomplissement) de la phase d'accomplissement proposent de se fixer des objectifs personnels mais aussi d'apprendre à planifier, à s'adapter face aux imprévus ou aux échecs, et à réguler ses émotions. Ainsi, ces stades peuvent renforcer l'acquisition de stratégies métacognitives, l'organisation, l'autonomie et la capacité à persévérer dans des projets à plus long terme. Ces stades sont également marqués par des attentes extérieures grandissantes qu'il faut appréhender ; notamment au stade 6 où il est nécessaire de pouvoir relever des défis répondant aux exigences de son entourage. Dans l'accompagnement des enfants présentant un TDA/H, cette distinction se retrouve par une plus

grande dispersion des réponses pour ce stade : 43 % des ergothérapeutes prennent en compte ces exigences dès le début du suivi, tandis qu'un tiers déclare ne pas les avoir encore abordées, et 10 % considèrent cet objectif comme ne relevant de leur champ de compétences. Les objectifs correspondant aux stades 5 (se fixer des objectifs atteignables) et 7 (participer de manière autonome à des activités qui peuvent poser des défis) sont plus répandus et reconnus comme essentiels dès le début du suivi par une grande majorité des ergothérapeutes.

Cependant, si ce processus offre un cadre structuré et progressif qui semble compatible avec les besoins des enfants présentant un TDA/H, doit être utilisé avec souplesse et individualisation, en tenant compte de la variabilité interindividuelle des enfants et de la présence éventuelle de troubles associés (anxiété, troubles spécifiques des apprentissages, etc.). Il convient également de rester attentif aux conditions environnementales (soutien parental, cadre scolaire) qui peuvent fortement influencer l'évolution de l'enfant au sein de ce processus.

3.1.3.2. Concordance des pratiques avec le processus de remotivation

Une majeure partie des stratégies décrites par les ergothérapeutes interrogés peut être mise en lien avec celles propres au processus de remotivation (Voir ANNEXE 3 : Tableaux présentant les concordances entre les pratiques des ergothérapeutes et les stratégies du processus de remotivation). Bien que les professionnels n'en fassent pas référence explicitement, leurs pratiques semblent s'inscrire dans une logique de soutien progressif de la motivation et de la participation, en cohérence avec le processus de remotivation. Ces concordances suggèrent que les fondements de ce dernier trouvent un écho dans les interventions menées, en France, auprès des enfants présentant un TDA/H, bien qu'il ne soit pas connu ou utilisé de manière formelle. Cela témoigne d'une proximité implicite entre les pratiques et les principes théoriques du processus de remotivation, soutenant l'idée qu'il puisse être appliqué auprès d'enfants présentant un TDA/H, tout en préservant l'individualisation des suivis.

3.2. Limites de l'enquête

Plusieurs limites doivent être considérées dans l'interprétation des données recueillies.

3.2.1. Connaissance du processus de remotivation

La première limite, inhérente au choix méthodologique, concerne la non-explicitation initiale du processus de remotivation dans le questionnaire. Ce choix, délibéré afin d'éviter un biais de confirmation, a permis de recueillir des données plus authentiques sur les pratiques

spontanées des ergothérapeutes. Toutefois, il implique que les répondants n'ont pas tous une connaissance préalable du processus, ce qui rend délicate toute généralisation sur l'application effective de ce dernier dans les pratiques ergothérapeutiques en France. Les pratiques identifiées doivent donc être comprises comme des comportements en cohérence implicite avec les stades du processus, et non comme des stratégies mises en œuvre de manière consciente et structurée à partir de ce dernier.

3.2.2. Hétérogénéité des réponses en fonction des profils et contextes d'exercice

Les ergothérapeutes interrogés exerçaient dans des contextes professionnels différents (libéral et/ou SESSAD), avec, probablement, des années d'expérience, des formations et des spécialisations variées. Au vu de la durée de complétion du questionnaire élevée (30 minutes en moyenne), aucune question n'abordait les attributs (date de diplomation, lieu d'exercice, formations complémentaires, etc.) des ergothérapeutes interrogés. Or, ces facteurs contextuels influencent les accompagnements, les priorités d'intervention, la durée des suivis, ainsi que les ressources disponibles (entre autres, moyens et accès à l'entourage). Cette hétérogénéité a pu engendrer une variabilité importante dans les réponses, notamment en ce qui concerne l'investissement dans les stades plus clivants (stades 4 et 6), ou, par exemple, l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés et normalisés.

3.2.3. Désirabilité sociale

Comme dans toute enquête déclarative, un biais de désirabilité sociale ne peut être écarté. Les ergothérapeutes ont pu être incités, consciemment ou non, à rapporter des pratiques qu'ils estiment valorisées ou attendues dans leur profession, plutôt que de décrire fidèlement les réalités de terrain. Ce biais est d'autant plus plausible dans un contexte où la notion de motivation est perçue comme centrale dans l'accompagnement des enfants présentant un TDA/H.

3.2.4. Données partiellement quantifiables et subjectivité de l'analyse qualitative

Si certaines données issues du questionnaire étaient quantifiables (proportions d'investissement des stades), d'autres s'appuyaient sur des réponses ouvertes nécessitant une analyse qualitative. Cette démarche, bien que rigoureuse, comporte une part inévitable de subjectivité interprétative, notamment dans le classement des stratégies ou dans le regroupement thématique des indicateurs. Un traitement croisé par plusieurs personnes ou un codage inter-juges aurait pu renforcer la fiabilité de cette étape.

3.2.5. Administration directe

Par ailleurs, le choix d'un mode d'administration directe du questionnaire constitue également une limite méthodologique. En effet, cette modalité ne permet pas de garantir que l'ensemble des répondants ait compris les questions dans le sens attendu. L'absence de reformulation ou d'échanges limite la possibilité de clarifier les termes employés. Ce manque de contrôle peut donc introduire une hétérogénéité dans les interprétations des questions. De même, au moment du traitement et de l'analyse des données, certaines réponses ont pu demeurer partiellement compréhensibles, ne permettant pas toujours une interprétation précise du propos. Cette double incertitude, à la fois dans la compréhension des questions que dans la compréhension des réponses, peut quelque peu nuancer les résultats obtenus.

3.2.6. Echantillon limité et non représentatif

Enfin, bien que le nombre de répondants permette une première exploration des pratiques, l'échantillon reste limité en taille et non représentatif de l'ensemble de la profession. Cette limite restreint la possibilité de généralisation des résultats.

3.3. Validation de l'hypothèse

Au vu de la mise en regard des résultats avec les éléments du cadre conceptuel, il s'avère que les ergothérapeutes mobilisent la grande majorité des stratégies des sept stades du processus de remotivation. Cependant, tous n'investissent pas les éléments constitutifs des stades 4 et 6. Compte tenu de ces nuances, il n'est pas possible de valider, de manière exhaustive, l'hypothèse émise ; à savoir que les ergothérapeutes mobilisent principalement les stratégies des stades 1, 2, 3, 5 et 7 du processus de remotivation. De fait, bien que les éléments constitutifs des stades 4 et 6 ne soient pas investis unanimement, les stratégies qui y sont associées restent mises en place. Par ailleurs, initialement, les indicateurs envisagés concernant l'efficacité des stratégies étaient : la moindre réticence des enfants présentant un TDA/H face aux activités scolaires, l'identification et la compréhension de leurs erreurs ainsi que l'envie de relever des défis. Or, les ergothérapeutes ont mentionné davantage d'indicateurs que ceux présumés. Enfin, les limites présentées influencent la fiabilité des résultats ; il est donc prudent de nuancer la validation de l'hypothèse.

CONCLUSION

La participation dans les apprentissages scolaires des enfants en élémentaire présentant un TDA/H est un enjeu essentiel de leur accompagnement en ergothérapie. Les symptômes caractéristiques du TDA/H (inattention, associée ou non à une impulsivité et une hyperactivité) ont un retentissement sur les capacités de concentration, de mémorisation, d'organisation, et bien d'autres, et donc sur les apprentissages. Les enseignants rapportent aussi des oublis de matériel, des difficultés à mener un travail à son terme, ou encore de l'agitation en classe. Toutes ces répercussions sont principalement dues aux influences neurobiologiques et environnementales du TDA/H sur la motivation de ces enfants.

Dans le domaine de l'ergothérapie, un continuum d'interventions permettant de (re)trouver de la motivation pour s'engager dans ses occupations a été conçu par Carmen Gloria De Las Heras (chilienne), Veronica Llerena (sud-américaine) et Gary Kielhofner (américain) : le processus de remotivation, comprenant sept stades.

Ce constat, associé à la découverte de ce processus, a motivé mon travail d'initiation à la recherche, dont l'objectif était d'explorer la mobilisation, consciente ou non, des stratégies du processus de remotivation dans la pratique ergothérapique en France, afin de favoriser la participation dans les apprentissages scolaires des enfants en élémentaire présentant un TDA/H.

Dans le but de permettre cette exploration des pratiques, un questionnaire numérique a été diffusé auprès d'ergothérapeutes exerçant en libéral et/ou en SESSAD, accompagnant des enfants en élémentaire présentant un TDA/H. Les ergothérapeutes pouvaient avoir connaissance du processus de remotivation ou pas, et devaient exercer en France, au vu des différences de pratiques à l'international.

Suite à cette enquête, les réponses de 77 à 47 ergothérapeutes ont témoigné d'une forte concordance entre leurs pratiques et les stratégies du processus de remotivation. Cependant, cette concordance a été établie avec une reformulation des énoncés du processus ; il pourrait être pertinent de réaliser un complément d'enquête avec les intitulés exacts, fiabilisant les résultats. Aussi, bien que deux des sept stades du processus de remotivation semblent moins investis, cela peut être lié à la diversité des lieux d'exercice des ergothérapeutes interrogés, engendrant une inégalité quant aux ressources disponibles (entre autres, moyens et accès à l'entourage). Toutefois, cela peut également mettre en lumière de nouveaux axes à intégrer plus fréquemment aux accompagnements ergothérapiques, voire pluridisciplinaires, des enfants présentant un TDA/H : s'affirmer au sein d'un groupe et surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage.

BIBLIOGRAPHIE

Alvarez, C. (2016). *Les lois naturelles de l'enfant*. Les Arènes.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

<https://archive.org/details/dsm-5-fr-en/DSM-5%20-%20Manuel%20diagnostique%20et%20statistique%20des%20troubles%20mentaux/page/n3/mode/2up?view=theater>

ANFE. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*.

https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf#:~:text=L%E2%80%99ergoth%C3%A9rapie%20consiste%20%C3%A0%20comprendre%20et%20agir%20sur%20les,qu%E2%80%99elles%20n%E2%80%99arrivent%20pas%20%C3%A0%20r%C3%A9aliser%20de%20fa%C3%A7on%20satisfaisante.

ANFE. (2024, octobre 25). Qu'est-ce que l'ergothérapie ?. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Assurance Maladie (2024, mai 4). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ameli.

<https://www.ameli.fr/val-d-oise/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-4-ans-9-ans/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah>

Bélangier, S. A., Andrews, D., Gray, C., Korczak, D. (2018). 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>

Bertrand Leiser, M. & Kuhne, N. (2014). Les instruments de mesure standardisés et leurs qualités métrologiques. In S. Tétreault & P. Guillez (Ed.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 115-131). De Boeck Supérieur.

Castelnau, P. (2024, décembre 29). *La prise en charge médicamenteuse*. TDAH France.

<https://www.tdah-france.fr/La-prise-en-charge-medicamenteuse.html>

Commission des Affaires sociales. (2023). *Les troubles du neuro-développement (TND)*.

<https://www.senat.fr/rap/r22-659/r22-659-syn.pdf>

Dehaene, S. (2018). *Apprendre ! : Les talents du cerveau, le défi des machines*. Odile Jacob.

Er-Rafiqi, M., Roukoz, C., Le Gall, D., Roy, A. (2017). Les fonctions exécutives chez l'enfant : développement, influences culturelles et perspectives cliniques. *Neuropsychologie*, 9 (1), 27-34.
<https://shs.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2017-1-page-27?lang=fr>

Gauld, Ch., Mamimou, E., Mignon, R., & Fourneret, P. (2023). Les différents modèles étiopathogéniques du TDAH au prisme des neurosciences développementales. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 35 (184), 265-280.

Gendron, A. (2024, décembre 30). *Comprendre Le TDAH et l'Estime de Soi*. La Mini Coach TDAH.
<https://www.laminicoachtdah.fr/vivre-avec-le-tdah/tdah-estime-de-soi#:~:text=Le%20TDAH%20peut%20avoir%20un%20impact%20significatif%20sur,impulsions%2C%20qui%20entra%C3%A9nent%20souvent%20frustration%20et%20auto-%C3%A9valuation%20n%C3%A9gative.>

Guay, M.-C. (2016). Les difficultés d'apprentissage chez les jeunes qui ont un TDA ou un TDA/H. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 28 (140), 73-77.

HAS. (2024, mars 19). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille*. Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille

Haute Autorité de Santé. (2024). *Recommander les bonnes pratiques : Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/tdah_enfant_recommandation_s_mel.pdf

Inserm. (2024, décembre 30). *Troubles spécifiques des apprentissages*. Inserm.
<https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>

Lachaux, J.-P. (2019). *Les mécanismes de l'attention et ses rapports avec l'apprentissage - Jean-Philippe Lachaux* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=snm7SoRja-E&t=5s>

Las Heras, C. G. de, Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *Le processus de remotivation : Continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*. The Model of Human Occupation Clearinghouse Department of Occupational Therapy.

L'Ecuyer, C. (2019). *Cultiver l'émerveillement et la curiosité naturelle de nos enfants*. Eyrolles.

Le règlement général sur la protection des données – RGPD. (2016).

<https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. (2012).

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587?init=true&page=1&query=loi+jard%C3%A9&searchField=ALL&tab_selection=all

Lussier, A. (2016). « Pssst ! Gabriel, Romy, Nathan, Magali : votre TDA/H, on va s'en charger ! ». *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 28 (140), 109-115.

Martin, O. (2005). *L'enquête et ses méthodes : L'analyse de données quantitatives*. Armand Colin.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

Posner, M. I., Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13 (1), 25-42.

Potvin, P. (2024, décembre 30). La motivation de nos comportements et le Circuit de récompense - une analyse neurobiologique. Pierre Potvin.

<https://pierrepotvin.com/wp/la-motivation-de-nos-comportements-et-le-circuit-de-recompense-circuit-desir-plaisir-une-analyse-neurobiologique/>

Purper-Ouakil, D., Lepagnol-Bestel, A.-M., Grosbellet, E., Gorwood, P., Simonneau, M. (2010). Neurobiologie du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. *médecine/sciences*, 26 (5), 487-496.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2010265487>

Purper-Ouakil, D., Weibel, S. (2024). Comorbidités et diagnostics différentiels du Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH) en fonction de l'âge. *Annales Médico-Psychologiques*.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.09.006>

Sablonnière, B. (2012). *La chimie des sentiments*. Jean-Claude Gawsewitch.

Singly, F. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Armand Colin.

Storebø, O. J., Storm, M. R., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H. E., Schaug, J. P., Darling Rasmussen, P., Huus, C.-M. L., Zwi, M., Kirubakaran, R., Simonsen, E., Glud, C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane*.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub3/full>

Taylor R., Bowyer P., Fisher G. (2024). *Kielhofner's Model Of Human Occupation :Theory and application*. Wolters Kluwer Health.

Tétreault, S. & Blais-Michaud, S. (2014). Élaboration d'un questionnaire. In S. Tétreault & P. Guillez (Ed.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 247-268). De Boeck Supérieur.

Van der Kooij, M. A., Glennon, J. C. (2007). Animal models concerning the role of dopamine in attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31 (4), 597-618.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.12.002>

World Federation of ADHD. (2021). *The World Federation of ADHD International Consensus Statement*. <https://www.adhd-federation.org/publications/international-consensus-statement.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire vierge.....	I
ANNEXE 2 : Diagramme de flux.....	V
ANNEXE 3 : Tableaux présentant les concordances entre les pratiques des ergothérapeutes et les stratégies du processus de remotivation.....	VI

ANNEXE 1 : Questionnaire vierge

1) Pour un enfant présentant un TDA/H, **prendre confiance en ses capacités** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

2) *a)* Comment permettez-vous à l'enfant de prendre confiance en ses capacités (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

3) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

4) Pour un enfant présentant un TDA/H, **transposer ses acquis dans de nouveaux environnements** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

5) *a)* Comment permettez-vous à l'enfant de transposer ses acquis dans de nouveaux environnements (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

6) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

7) Pour un enfant présentant un TDA/H, **exprimer ses intérêts** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

8) *a)* Comment permettez-vous à l'enfant d'exprimer ses intérêts (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

9) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

10) Pour un enfant présentant un TDA/H, **s'affirmer au sein d'un groupe** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

11) *a)* Comment permettez-vous à l'enfant de s'affirmer au sein d'un groupe (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

12) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

13) Pour un enfant présentant un TDA/H, **se fixer des objectifs atteignables** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

14) a) Comment permettez-vous à l'enfant de se fixer des objectifs atteignables (**un tirt par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

15) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

16) Pour un enfant présentant un TDA/H, **surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

17) a) Comment permettez-vous à l'enfant de surmonter des défis répondant aux exigences de son entourage (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

18) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

19) Pour un enfant présentant un TDA/H, **participer de manière autonome à des activités qui peuvent poser des défis** constitue-t-il un élément important de votre accompagnement pour favoriser sa participation aux apprentissages scolaires ?

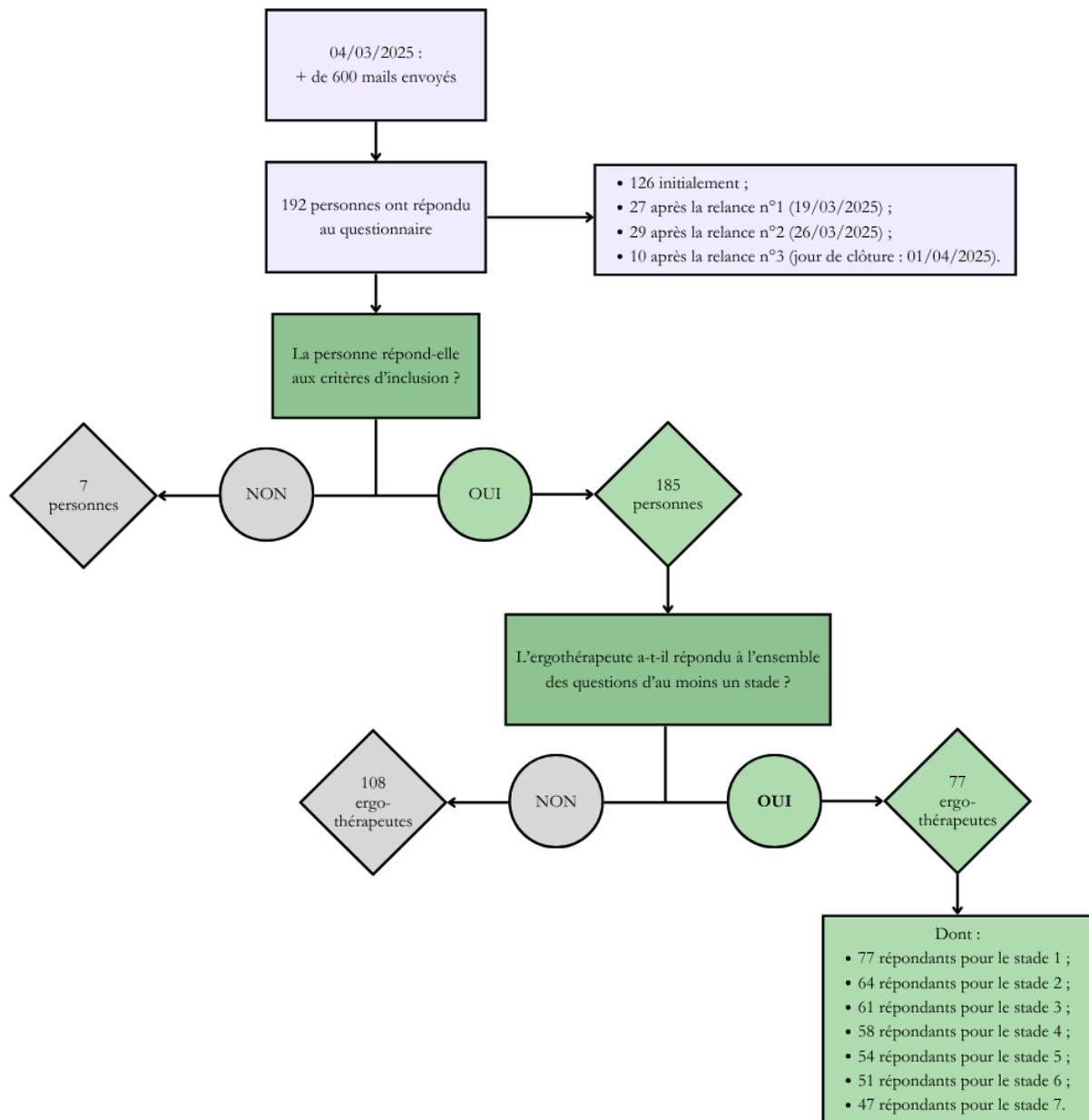
- Oui, dès le début du suivi
- Oui, vers la fin du suivi
- Non, pas encore pour le(s) jeune(s) au(x)quel(s) je pense
- Non, je considère que ce n'est pas dans mon champ de compétence

20) a) Comment permettez-vous à l'enfant de participer de manière autonome à des activités qui peuvent poser des défis (**un tiret par stratégie et/ou moyen**) ?

b) En fin de ligne, **coter l'efficacité** pour chaque stratégie et/ou moyen (1 = pas efficace, 2 = peu efficace, 3 = neutre, 4 = plutôt efficace, 5 = très efficace).

21) Quels sont les **indicateurs concrets** qui vous permettent de juger de leur efficacité ?

ANNEXE 2 : Diagramme de flux



ANNEXE 3 : Tableaux présentant les concordances entre les pratiques des ergothérapeutes et les stratégies du processus de remotivation

● **Phase 1 : Exploration (stades 1 à 4)**

Stratégies du processus de remotivation	Stratégies des ergothérapeutes interrogés
<ul style="list-style-type: none"> - Etablir une relation thérapeutique de confiance ; - Faire avec la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un environnement porteur, bienveillant et de confiance (création d'une relation thérapeutique solide et de confiance : 13 % ; coopérer avec l'enfant, le guider : 10 %).
<ul style="list-style-type: none"> - S'intéresser aux activités importantes pour la personne ; - Faire participer la personne à des activités significatives. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des activités en lien avec les intérêts de l'enfant ; - Impliquer l'enfant.
<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des activités plaisantes pour la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des activités en lien avec les intérêts de l'enfant ; - Adapter les activités proposées (proposer des activités plaisantes et satisfaisantes pour l'enfant : 15 %).
<ul style="list-style-type: none"> - Diversifier les propositions d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observer et diversifier les propositions en séances.
<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas se soucier de l'efficacité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser l'enfant (valoriser efforts et progrès : 45 % ; valoriser compétences et points forts : 34 %).
<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des activités plaisantes dans des lieux où la personne n'a pas forcément l'habitude de prendre du plaisir. 	<p>Aucune des stratégies mentionnées par les ergothérapeutes ne correspond à cette stratégie du processus de remotivation.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Amener la personne à aller au contact des autres et à participer à des activités de groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des mises en situation et des groupes thérapeutiques.
<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à la personne de s'affirmer, d'affirmer ses valeurs et ses intérêts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Echanger avec l'enfant ; - Impliquer l'enfant ; - Réaliser des entretiens et des bilans (afin que l'enfant exprime ses intérêts).
<ul style="list-style-type: none"> - Amener la personne à réfléchir sur ses expériences et à verbaliser ce qu'elle a appris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces.

- Phase 2 : Compétence (stades 5 et 6)

Stratégies du processus de remotivation	Stratégies des ergothérapeutes interrogés
- Accompagner la personne dans des activités nouvelles ou difficiles.	- Mettre en place des aides techniques et des systèmes de valorisation ; - Séquencer les objectifs ; - Adapter le niveau d'exigence.
- Soutenir et faciliter l'apprentissage de compétences supplémentaires.	- Mettre en place des aides techniques.
- Diminuer les attentes extérieures.	- Echanger, sensibiliser et guider l'entourage ; - Séquencer les objectifs ; - Adapter le niveau d'exigence.
- Fixer des objectifs détaillés à très court terme.	- Séquencer les objectifs ; - Etablir des objectifs SMART.
- Aider la personne à planifier les étapes pour réaliser des objectifs à plus long terme.	- Donner des exemples et des explications (pour permettre à l'enfant de se fixer des objectifs atteignables).
- Encourager la personne ; - Ecouter activement la personne.	- Instaurer une relation thérapeutique solide et de confiance (pour le stade 6 : valoriser les efforts et non les résultats).
- Laisser la personne réfléchir à ses capacités, à ses limites et aux nouvelles exigences associées à sa progression ; - Guider la réflexion de la personne.	- Guider l'identification et développer l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces.
- Encourager la personne à planifier elle-même les étapes pour atteindre ses objectifs.	- Guider l'identification et développer l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces ; - Impliquer l'enfant (co-construire les objectifs) ; - Laisser l'enfant expérimenter et prendre conscience de ses limites.

- **Phase 3 : Accomplissement (stade 7)**

Stratégies du processus de remotivation	Stratégies des ergothérapeutes interrogés
<ul style="list-style-type: none"> - Conseiller la personne si besoin ; - S'effacer au fur et à mesure. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer à l'enfant un cadre thérapeutique et un environnement adapté à ses besoins.
<ul style="list-style-type: none"> - Questionner la personne pour faire avancer ses réflexions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Guider l'identification des axes d'amélioration et développer l'utilisation autonome des moyens de compensation disponibles et efficaces ; - Impliquer l'enfant.
<ul style="list-style-type: none"> - Orienter la personne vers des ressources qui peuvent lui être utiles. 	<p>Aucune des stratégies mentionnées par les ergothérapeutes ne correspond à cette stratégie du processus de remotivation.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la fréquence des séances ; - Mettre un terme à l'intervention. 	<p>Ces stratégies n'ont pas été évoquées en tant que telles par les ergothérapeutes.</p>

Participation dans les apprentissages scolaires des enfants présentant un TDA/H, scolarisés en élémentaire

Une approche basée sur le processus de remotivation en ergothérapie

Mots-clés :

Ergothérapie - Processus de remotivation - Participation - Apprentissages scolaires - TDA/H

Contexte : « J'suis nul ! », « On me crie toujours dessus. » ou « J'en peux plus, c'est trop dur ! » sont des phrases prononcées par des enfants présentant un Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) face aux apprentissages scolaires. Ce mémoire explore le processus de remotivation (PR), continuum d'interventions permettant de se (ré)engager dans des activités, et cherche à savoir comment les ergothérapeutes le mobilise, (in)consciemment, pour favoriser la participation des enfants présentant un TDA/H dans leurs apprentissages scolaires.

Méthodologie : 77 à 47 ergothérapeutes exerçant en libéral et/ou en Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) ont répondu à un questionnaire numérique abordant les stratégies mises en place ainsi que les indicateurs leur permettant de juger de leur efficacité.

Résultats : Les stratégies de 5 des 7 stades du PR (ou similaires) sont mobilisées par les ergothérapeutes dans leur pratique auprès des enfants présentant un TDA/H.

Conclusion : Bien que le PR soit peu répandu en France, les ergothérapeutes mettent en place des stratégies s'en approchant. Il serait pertinent de réfléchir à l'intégration des 2 stades non mobilisés dans les pratiques afin de développer le suivi des enfants présentant un TDA/H.

Keywords :

Occupational Therapy - Remotivation Process - Participation - School Learnings - ADHD

Context: “ I'm dumb! ”, “ People are always shouting at me. ” or “ I cannot anymore, it's too hard. ” are sentences pronounced by children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) when faced with learning at school. This thesis explores the remotivation process (RP), a continuum of interventions enabling people to (re)engage in activities, and seeks to find out how occupational therapists (un)consciously mobilise it to promote the participation of children with ADHD in their school learnings.

Methodology: 77 to 47 occupational therapists working in private practice and/or in Special Education and Home Care Services responded to a digital survey covering the strategies implemented and the indicators enabling them to judge their effectiveness.

Results: Strategies from 5 of the 7 stages of RP (or similar) are used by occupational therapists in their practice with children with ADHD.

Conclusion: Although RP as such is not widespread in France, occupational therapists implement strategies that may be similar. It might be useful to think about integrating the 2 stages that are not used into the practice in order to develop support for children with ADHD.

Cassandra LOBO

Sous la direction de Gwenaëlle LEFEVERE RENARD