



IPMR de Nevers
Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS
☎ 09.81.79.27.57 – www.ipmr-nevers.fr – ✉ secretariat@ipmr-nevers.fr



DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2022-2025

**L'approche d'INS : un outil à l'accompagnement
ergothérapeutique de l'enfant atteint de Trouble de
Stress-Post-Traumatique complexe**

Étudiant : Laura MAITRE

Directeur de mémoire : Sophie GIRARD

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier ma directrice de mémoire Sophie GIRARD pour l'accompagnement qu'elle a pu m'apporter tout au long de ce travail. De même je remercie ma référente pédagogique Anne-Sophie JOYEUX pour son investissement et sa bienveillance.

Je tiens également à remercier Virginie ROCHE, Sabine ANGIER DE LOHEAC, Marie LEPY, Hélène MERIAUX LESTIENNE, Valentine ROUART, Antoine KUDLINSKI et Amaïa MINTEGUI pour m'avoir transmis leur passion pour l'ergothérapie durant mes stages.

Merci à tous les ergothérapeutes qui m'ont offert de leur temps pour participer à ce travail.

Je pense évidemment à mes camarades de promotion avec qui j'ai passé ces 3 années de formation, à Maélys, Myrtille, Émeline et Julie qui sont devenues des amies très chères.

Enfin, merci à ma famille et surtout à ma maman pour tout le soutien et le réconfort qu'elle a pu m'apporter durant cette période.

Sommaire :

Glossaire

Introduction	1
1. Cadre théorique	4
1.1. Le trouble de stress post-traumatique	4
1.1.1. Définitions	4
1.1.2. Prévalence	5
1.1.3. Facteurs de risque	6
1.1.4. Symptômes et diagnostic	6
1.1.5. Les conséquences du traumatisme psychologique chez l'enfant.....	8
1.1.6. Les traitements	9
1.1.7. Recommandations des bonnes pratiques.....	9
1.2. Environnement	11
1.2.1. Définitions	11
1.2.2. Environnement et compétences psycho-sociales	13
1.2.3. Environnement et santé	14
1.2.4. L'enfant et son environnement	15
1.2.5. Environnement et ergothérapie	15
1.3. Ergothérapie	16
1.3.1. Histoire de l'ergothérapie	16
1.3.2. Définitions	16
1.3.3. Ergothérapie en pédiatrie	17
1.3.4. Ergothérapie et santé mentale	19
1.3.5. Ergothérapie et traumatisme	20
1.4. Intégration Neuro-Sensorielle	20
1.4.1. Définition de Intégration Neuro-Sensorielle et troubles.....	20
1.4.2. La thérapie d'intégration sensorielle Ayres® (ASI).....	23
1.4.3. Recommandations de la thérapie d'Intégration Sensorielle Ayres (l'ASI®)	23
1.4.4. L'approche par intégration neuro-sensorielle : distinction avec l'ASI®	24
1.4.5. Systèmes sensoriels et concept du soi.....	25
1.4.6. Lien avec l'ergothérapie et le TSPT.....	26

2. La question de recherche	27
3. Les hypothèses	27
4. La méthodologie de recherche	27
4.1. Biais et limites.....	29
4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	29
4.3. Elaboration du questionnaire	30
4.4. Questionnaire test	33
4.5. Diffusion du questionnaire	34
5. Résultats de l'étude	34
5.1. Présentation de la population interrogée.....	34
5.2. Expérience des ergothérapeutes ayant accompagné des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe.....	36
5.3. Réflexion sur l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe	36
5.3.1 Intérêts de l'approche	36
5.3.2 Limites et optimisation de l'approche	44
5.3.3 Utilisation en cas d'occasion réelle	47
6. Discussion	48
6.1. Interprétation des résultats	48
6.1.1 Profil de la population interrogée	48
6.1.2. Intérêts de l'approche	49
6.1.3. Comparaison avec les ergothérapeutes ayant expérimenté l'approche par INS chez des enfants atteints de TSPT complexe (âgés de 7 à 11 ans)	51
6.1.4. Limites et optimisation de l'approche	51
6.1.5. Utilisation en cas d'occasion réelle	52
6.2. Validation des hypothèses	53
6.3. Lien avec la littérature actuelle	54
6.4. Biais et limites de l'étude	55
6.5. Intérêts pour la pratique.....	56
Conclusion	58
Bibliographie	
Annexes	

Glossaire

TSPT : Trouble de stress post-traumatique = ESPT : État de stress post-traumatique =
SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

TSPT c : Trouble de stress post-traumatique complexe

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

INS : Intégration neuro-sensorielle = intégration sensorielle

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

En français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles
psychiatriques.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

AVQ : Activités de la vie quotidienne

SPD : Sensory Processing Disorder : Troubles du traitement des stimuli sensoriels

Introduction

Parmi ses champs de compétences, l'ergothérapeute doit savoir rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques (Compétence 8).

En 3ème et dernière année d'études en ergothérapie, nous devons, dans le cadre de notre formation, réaliser un mémoire de recherche en lien avec la profession.

Le questionnement initial qui a permis de construire le sujet de mon mémoire a pris source lors d'une situation observée en stage, dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, parmi les résidents, se trouvait une personne atteinte d'un trouble de stress post-traumatique.

Comme il s'agissait de la première personne que je rencontrais avec ce trouble, j'ai effectué des recherches sur des bases de données scientifiques, afin de me familiariser avec les différents symptômes/manifestations. Au cours de ma documentation, j'ai été stupéfaite de l'ampleur que pouvait induire les répercussions liées à la situation traumatique au quotidien. De plus, je me suis rendue compte que cette pathologie ne touchait pas uniquement les personnes âgées et les adultes ; les adolescents et les enfants peuvent également être sujets à de tels troubles.

Les enfants, notamment âgés de 7 à 11 ans, sont un public auquel j'éprouve beaucoup d'intérêt, car je suis fascinée par la façon dont ils se construisent et acquièrent petit à petit leur indépendance, que ce soit dans les dimensions psychomotrice, cognitive, sociale et psycho-affective. En effet, selon Freud, cette tranche d'âge, marquée par une phase de latence, consacre une place importante aux apprentissages, notamment scolaires (cursus de primaire). Le fait que le Moi se consolide, permettant une meilleure approche du monde extérieur, et que la relation d'objet ne concerne plus uniquement les parents, me poussent à m'informer davantage sur cette étape du développement. (1)

J'ai donc naturellement poursuivi mes recherches pour en savoir davantage sur les conséquences des TSPT chez les enfants et sur leur développement. Mais j'ai trouvé très peu de ressources scientifiques qui puissent m'informer de leur prise en soin pluridisciplinaire.

C'est principalement grâce à ces 2 raisons que je me suis autant intéressée à ce trouble. C'est pourquoi d'une part, je me suis questionnée quant à l'accompagnement que peut proposer l'ergothérapeute auprès d'un tel public.

D'une autre part, lors d'une journée d'observation passée au pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de l'EHPAD, une aide-soignante m'a présenté la salle Snoezelen, qui est un espace d'exploration sensorielle (2), qu'elle avait à disposition. Elle m'a parlé de ses bienfaits et m'a relaté ses expériences sur l'approche.

Je me suis alors demandée si cette méthode pouvait avoir un ou des effets positifs sur les enfants atteints de TSPT. J'ai donc voulu approfondir mes connaissances théoriques sur cette méthode. En effectuant mes recherches, j'ai fait la découverte d'une autre thérapie sensorielle : l'intégration neuro-sensorielle (INS). Après avoir fait la distinction avec la méthode Snoezelen, je me suis finalement tournée sur cette pratique et me suis interrogée quant à un potentiel intérêt dans la prise en soin ergothérapique des enfants atteints de TSPT, notamment chez les enfants âgés de 7 à 11 ans.

Concernant l'état de l'art de la littérature, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), décrit le trouble de stress post-traumatique (TSPT), également appelé état de stress post-traumatique (ESPT) ou encore syndrome de stress post-traumatique (SSPT), comme un trouble existant depuis l'Antiquité (3). Pour mon mémoire de recherches, c'est le terme de TSPT que j'ai choisi d'employer, car c'est celui utilisé par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques (DSM). Dans la 5ème édition du DSM (DSM-5), le TSPT appartient à la catégorie "*Troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress*", les critères diagnostics ont été renouvelés et sont désormais plus précis. (4) En France, cette pathologie est très peu sujette aux études scientifiques que ce soit en ergothérapie ou en général, et c'est la population militaire qui reste principalement analysée ; ainsi, la plupart des connaissances actuelles proviennent d'études réalisées aux Etats-Unis.

L'ergothérapie est une profession récente, qui s'est développée en France après la Seconde Guerre mondiale, principalement dans un contexte de rééducation et de réadaptation des combattants blessés. (5) Aujourd'hui, on retrouve près de 28 instituts

de formation en France (6). Au niveau des connaissances actuelles, très peu d'études scientifiques décrivent son lien avec la santé mentale.

L'intégration neuro-sensorielle (INS) est un concept ayant émergé dans les années 1960-1970 (7). Les dernières revues de littératures sur le sujet datent déjà d'une dizaine d'années et les études cherchant à évaluer l'efficacité de la thérapie d'intégration sensorielle se concentrent principalement sur les personnes atteintes de troubles du spectre Autistique.

Ainsi, la littérature actuelle me pousse à approfondir le sujet pour obtenir des réponses à mon questionnement.

D'un point de vue intérêt professionnel, la santé mentale est un domaine qui m'intéresse grandement et je souhaiterais exercer dans ce milieu à l'avenir. Il était donc naturel d'axer mon mémoire sur une telle thématique. Ce travail me permettrait de faire évoluer le métier à mon échelle, en étudiant un sujet qui me passionne.

Du point de vue intérêt professionnel, mes recherches ont pour objectif de développer la connaissance sur les pratiques que peut utiliser l'ergothérapeute dans l'accompagnement des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT. Ceci en exposant les potentiels bénéfiques et effets néfastes de l'intégration neuro-sensorielle chez une telle population.

Ainsi, à partir de ma situation d'appel et des connaissances actuelles sur le sujet, j'ai pu relever la question de départ de mon sujet de mémoire :

- **Quel peut être l'intérêt de l'intégration neuro-sensorielle et comment l'ergothérapeute peut l'utiliser chez les enfants atteints d'un trouble de stress post-traumatique ?**

Ce mémoire s'est construit tout au long de cette dernière année, avec un premier rendu en octobre, comportant les bases de notre cadre théorique, et un second en janvier, qui a permis de concevoir la méthodologie de recherche. Depuis ce dernier rendu, le travail s'est poursuivi et l'étude a pu être réalisée.

Durant ce troisième et dernier travail, nous allons reprendre l'écrit précédent et finaliser la présentation de la partie méthodologie en exposant l'organisation et les procédés mis en place pour réaliser l'étude.

Nous y retrouverons ensuite les résultats de cette dernière, qui auront été analysés de manière longitudinale et transversale.

Ces données seront ensuite interprétées afin d'affirmer ou infirmer les hypothèses de la question de recherche, et seront comparées à la littérature actuelle.

Enfin, nous évoquerons les limites et biais de notre étude et mettrons en avant son intérêt dans la pratique professionnelle.

1. Cadre théorique

Le cadre théorique correspond au recueil d'informations que j'ai pu effectuer autour des concepts du champ thématique, grâce à la consultation de données scientifiques. Je vais donc les présenter précisément un à un dans cette partie, dans un ordre défini, afin d'établir des liens logiques entre eux.

Pour réaliser mon investigation et sélectionner les articles scientifiques les plus fiables possibles, j'ai décidé de consulter un maximum d'articles organisés selon le plan IMRaD (Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion), et me suis basée sur la pyramide du niveau d'évidence scientifique (8), afin de hiérarchiser les articles disponibles les uns par rapport aux autres et ainsi, choisir ceux dont la qualité des informations est la plus élevée. De plus, j'ai fait en sorte d'étudier les articles scientifiques les plus récents possibles, afin que les informations correspondent au contexte actuel.

1.1. Le trouble de stress post-traumatique

1.1.1. Définitions

D'après le DSM-5, un événement traumatique est une situation dans laquelle la personne a été exposée à la mort, à une blessure ou encore à des violences sexuelles.

Il peut être vécu de manière directe, ou indirecte (la personne a été témoin de ce qui est arrivé aux autres ou l'événement a touché un proche). Cela peut également être des expériences répétées. (9)

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble mental qui se développe à la suite d'un événement traumatique; il regroupe un ensemble de réactions inadaptées et invalidantes dans la vie quotidienne de la personne atteinte. (10,11). Il est la conséquence d'une "*mise en mémoire dysfonctionnelle du souvenir traumatique*"(11).

En effet, selon une étude de Ressler Kerry, Berretta et al. (2022) un événement traumatique peut engendrer des dérèglements au niveau du complexe amygdalien, de l'hippocampe, de l'insula, du cortex cingulaire antérieur dorsal (daCC) et du cortex préfrontal subgenuel. (10)

Si la personne connaît des symptômes de stress qui durent moins d'un mois, on parle de stress aigu. S'ils persistent au-delà de cette période, c'est un stress post-traumatique. Enfin, si les symptômes subsistent plus de 6 mois, cela devient un trouble de stress post-traumatique chronique. (11)

Le TSPT peut être de nature simple, ou complexe. En effet, si l'événement psychotraumatique est ponctuel (exemple: accident), on le considère comme simple.(11) Selon S. Ammendola (2022), il s'agit d'un TSPT complexe si la personne a été exposée à "*des événements traumatiques répétés dans le temps, qui ont souvent lieu dans la sphère interpersonnelle ou familiale et qui sont d'autant plus déstructurants s'ils se sont présentés précocement dans la vie de l'individu*"(12). Il peut s'agir de maltraitances, qu'elles soient d'ordre physique, psychique, mais également des violences, des incestes... (12). Cependant, le DSM-5 ne les différencie pas en 2 diagnostics.

1.1.2. Prévalence

L'exposition des enfants à des traumatismes interpersonnels est plus courante que ce que l'on pense. Selon Afifi et al (2014), une voire presque 2 personnes sur 3 ont été victimes d'un événement traumatique lors de l'enfance ou de l'adolescence. (13)

Bien que la plupart des enfants ayant vécu un événement traumatique ne

développe pas de TSPT, Alisic E et al. (2014) mettent en avant dans leur méta-analyse que 16 % en souffre à un moment donné de leur vie. (14)

Il s'agit donc d'un trouble psychique fréquent, bien qu'il reste difficile à diagnostiquer en raison de ses symptômes variés et complexes. (15).

1.1.3. Facteurs de risque

D'après la revue littéraire de Shalev, Liberzon et al (2017), le développement, l'expression et la persistance des symptômes du TSPT diffèrent en fonction de chaque individu, mais des études ont mis en avant l'existence de facteurs personnels, sociaux et situationnels, qui peuvent influencer la survenue du trouble. (4)

Selon le DSM, chez l'enfant, les facteurs pouvant favoriser le développement d'un tel trouble sont : l'évènement traumatique (son type et son ampleur), les traits de caractère de l'enfant, ses conditions socio-économiques, les antécédents en troubles mentaux chez la famille, le manque de soutien des proches et s'il a "*déjà été confronté à l'adversité*". (16)

1.1.4. Symptômes et diagnostic

Souvent, les symptômes du trouble apparaissent rapidement après l'évènement traumatique. (17)

D'après le DSM, le TSPT présente 4 grands groupes de symptômes que nous allons énumérer et développer ci-dessous :

Le premier grand groupe comprend les symptômes de reviviscence.

La personne revit de manière involontaire et répétée l'évènement traumatique comme s'il se reproduisait à nouveau. (15) ;(3) Cela peut être par le biais de flash-backs, d'intrusions d'images ou de pensées en lien avec l'épisode traumatique, de cauchemars répétés ou encore par des réactions réflexes excessives face à un évènement brusque.

Ce symptôme se déclenche de manière spontanée après un stimulus tel qu'un son, un lieu, une odeur (...) ou lorsque l'état de vigilance est réduit, comme lors de l'endormissement. (3)

Le deuxième groupe porte sur les symptômes d'évitement : l'individu évite de s'exposer à des activités, des lieux, des pensées, des discussions, des situations (...) qui lui rappellent le traumatisme, dans le but d'esquiver les symptômes d'intrusion et la peur associée. (15);(3).

Le troisième groupe englobe les troubles de l'humeur et de la pensée. Emotionnellement, la personne atteinte de TSPT peut ressentir moins d'intérêt pour ses activités significatives et être moins sensible et réceptif à son environnement social. (15) Elle connaît des difficultés à ressentir des émotions autres que négatives, et étant donné que la représentation de l'événement traumatique est souvent erronée, cela peut lui générer un sentiment de culpabilité.

Le quatrième groupe inclut des symptômes liés à l'hypervigilance, se traduisant par des difficultés de sommeil, des troubles de la concentration ou encore une perte de contrôle de ses réactions. (15);(3)

Ainsi, ces symptômes impactent les interactions entre les personnes atteintes d'un TSPT et leur environnement, engendrant des répercussions dans leurs activités de vie quotidienne, et donc sur leur qualité de vie.

Parfois, le TSPT peut être associé à une dissociation ; cette manifestation est prise en compte par le DSM-5 qui propose un "*sous-type dissociatif du TSPT*" dans ses critères diagnostiques. (15)

Enfin, d'après Pietrzak et al (2011), chez plus de 50 % des personnes souffrantes de TSPT, on observe une association de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de toxicomanie (18). De plus, Schlenger relate qu'il peut être associé à des handicaps graves, des maladies ainsi qu'à des décès prématurés (2015) (19).

Chez les enfants, Cook et al (2005) décrivent dans leur article que les symptômes pouvaient également s'accompagner de troubles du comportement tels que les troubles de l'humeur (dépression), les troubles anxieux, alimentaires, du sommeil, et des conduites (20).

Au niveau du diagnostic, il s'agit d'un examen clinique (présenté dans le DSM-5), qui doit être réalisé par un médecin, selon 8 critères qui répertorient les manifestations

évoquées ci-dessus. Il faut également spécifier s'il est accompagné de symptômes dissociatifs, ou si les symptômes sont apparus en différé (6 mois après l'événement traumatique). (9);(15).

Comme il est parfois difficile pour les enfants et les adolescents d'exprimer de manière claire et précise leur état ou leurs plaintes, le diagnostic peut être complexe à poser. Il est donc nécessaire d'inspecter et approfondir les signes d'appel. (21)

1.1.5. Les conséquences du traumatisme psychologique chez l'enfant

En plus des symptômes du TSPT présentés ci-dessus, de Cohen JA. et al. ont mis en avant que le traumatisme psychologique pouvait altérer en profondeur le développement de l'enfant que ce soit dans les dimensions psycho-affective, cognitive, identitaire, d'estime de soi ainsi que dans les apprentissages. (2016)(22)

En effet, les enfants ayant été exposés à un traumatisme complexe ne peuvent pas toujours s'aider du soutien de l'adulte pour apprendre à réguler leurs émotions (23), ce qui peut les empêcher d'adopter des méthodes permettant d'atténuer l'intensité de leur expérience émotionnelle (24).

De plus, le fait que les épisodes traumatiques vécus par les enfants et les adolescents impliquent souvent des figures proches (tels que les parents) peut induire des troubles de l'attachement (25). En effet, les enfants ressentent une forme de trahison de la part de leurs figures de référence, engendrant chez eux une perte considérable du sentiment de sécurité. Cette dernière compromet les repères de l'enfant, sa curiosité et sa capacité à explorer le monde puisqu'il n'a pas confiance aux autres ni en lui-même.

Ainsi, l'enfant peut se trouver en difficulté dans la construction et la préservation de ses relations interpersonnelles (23).

En cas de violence/maltraitance, l'estime de soi peut également être dégradée, puisque l'enfant, dont le jugement est encore immature, considère qu'il est la cause des mauvais traitements qu'il a subis. (26) *“Ils peuvent donc se percevoir comme étant nuls, sans valeur, endommagés, indignes d'être aimés, sans intérêt etc”* (23).

Enfin, le fait que les enfants perçoivent le monde comme dangereux peut altérer les apprentissages. En effet, cette *“dangerosité”* dissuade l'enfant d'explorer son environnement, limitant les occasions d'expérimentation et donc sa capacité à aborder, apprendre et retenir l'information. (23)

Ainsi, les conséquences de l'événement traumatique dans le développement de l'enfant représentent un enjeu majeur.

1.1.6. Les traitements

Au niveau du traitement médicamenteux, se sont des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : la paroxétine et la sertraline qui sont prescrits par le médecin psychiatre pour limiter les troubles de stress post-traumatique. (27)

Pour les thérapies non-médicamenteuses, nous retrouvons la thérapie par l'exposition, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui est une thérapie brève dont le principe est d'essayer de substituer des pensées négatives et comportements inappropriés par des idées et réactions plus cohérentes avec la réalité (28). L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) est également utilisée, ainsi que des thérapies expérimentales telles que les neurofeedbacks, la stimulation magnétique transcrânienne, la thérapie narrative ou encore l'utilisation de la réalité virtuelle . (4);(12)

1.1.7. Recommandations des bonnes pratiques

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité dont les missions sont d'améliorer les connaissances et de partager les bonnes pratiques de prise en soin. (21)

Concernant les syndromes psychotraumatiques dont le TSPT fait partie, les recommandations n'existent pas encore à ce jour, que ce soit pour les enfants, les adolescents, l'adulte ou la personne âgée (21)

En 2020, la HAS a partagé qu'elle avait pour projet de les élaborer, sous la demande de l'Organisation de la Direction Générale de la Santé (DGOS). En effet, deux groupes de travail qui distinguent le public "*bébés/enfants/adolescents*" du public "*adulte*", vont traiter et débattre sur les 5 thèmes suivants : définitions cliniques et épidémiologiques, repérage, évaluation initiale, prise en charge et suivi. (21)

Ces groupes de travail sont constitués de nombreux professionnels pluridisciplinaires afin de prendre en considération les sphères somatiques, psychologiques, psychiatriques, juridiques et sociales. Ceci permettra de promouvoir un accompagnement holistique pour les personnes ayant vécu un ou des événements traumatiques, bien que l'ergothérapeute n'apparaisse pas dans ces groupes de réflexion. (21)

Mais ces recommandations n'ont pas encore été divulguées à ce jour sur le site de l'HAS.

Le Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) en ont cependant partagé aux médecins généralistes afin de leur permettre d'identifier, diriger et prendre en charge les personnes atteintes de TSPT. Parmi les thérapies préconisées, on y retrouve la thérapie émotionnelle cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) et enfin, bien qu'elles ne soient encore reconnues à ce jour, les thérapies psychodynamiques centrées sur le traumatisme. (29)

1.2. Environnement

1.2.1. Définitions

L'environnement est un concept qui englobe un ensemble de composantes que nous allons énumérer et développer ci-dessous, à partir du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Un modèle conceptuel est une "*représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie, et la pratique*"(Morel-Bracq, 2017). (30)

La MCREO est un modèle conceptuel conçu par des ergothérapeutes, dont les piliers représentent 3 grandes valeurs spécifiques à la profession : la personne, l'occupation et l'environnement. (31)

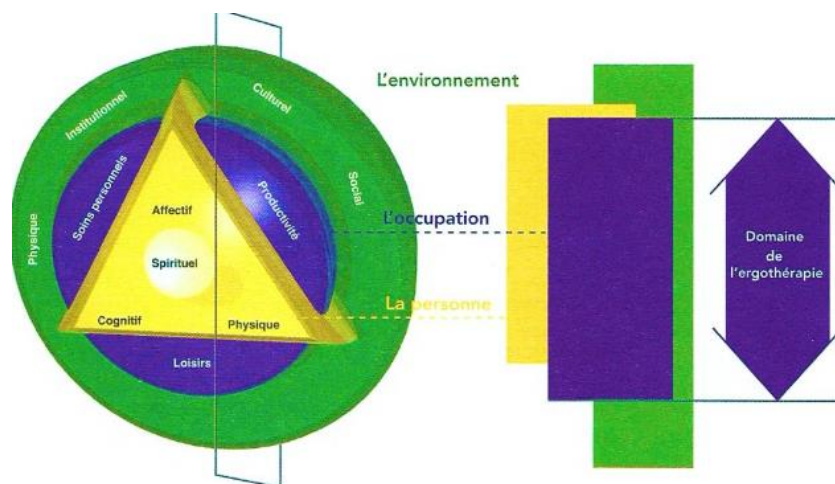


Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) (32)

L'environnement compose la partie la plus externe de la MCREO. Dans ce modèle, il est étroitement lié à l'occupation de la personne, comme on le voit sur la figure 1, où les deux concepts sont joints. (31)

Il regroupe quatre dimensions : l'environnement physique, l'environnement social, l'environnement culturel et enfin l'environnement institutionnel.

1.2.1.1. Environnement physique

Dans la vie courante, nous utilisons principalement le terme d'environnement, dans sa dimension physique. Sylvie Meyer définit l'environnement comme un espace physique, qui peut être naturel ou construit (2013). (33);(34).

L'environnement naturel correspond à l'écosystème terrestre permettant à l'Homme de vivre. (35).

L'Institut national de santé publique du Québec décrit l'environnement construit/ bâti comme tout élément de l'environnement que l'être humain a transformé ou fondé dans le but de développer sa communauté (36), comme les bâtiments, les routes ...

Cette dimension d'environnement physique est associée à une autre, qui est la dimension sociale.

1.2.1.2. Environnement social

D'après Fisher A, Marterella A. et al (2019), l'environnement social enveloppe l'ensemble des individus et des animaux que côtoie la personne (37). Grillot E. (2023) explique qu'il englobe *“les caractéristiques d'autrui mais aussi leurs attentes et la signifiante personnelle de ces attentes pour la personne”*(33).

Ainsi, on peut comprendre que deux composantes découlent de l'environnement social : la dimension culturelle et la dimension institutionnelle.

L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) définit la culture comme l'intégralité des caractéristiques définissant une société, qu'elles soient spirituelles, intellectuelles, matériels et affectives (38). Elles incluent les droits et valeurs humaines, les habitudes de vie, les croyances, les arts et les traditions que la personne manifeste dans ses actions afin de rendre sa vie plus signifiante (33) ;(38).

Townsend EA et Polatajko HJ (2013) décrivent l'environnement institutionnel comme l'ensemble de règles fixées par toute structure visant "*un ordre social et une société adéquatement gouvernée et organisée*" (39);(33).

L'environnement englobe donc une multitude de concepts. Nous établirons, dans la partie suivante, un lien entre l'environnement social et les compétences psychosociales.

1.2.2. Environnement et compétences psycho-sociales

En 1994, l'OMS a défini les capacités psycho-sociales (CPS), également appelées habiletés sociales, comme "*la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement*" (40).

Se référer à l'ANNEXE I, qui recueille les CPS répertoriées à ce jour, selon les catégories cognitive, émotionnelle et sociale.

Ainsi, on comprend avec cette définition, que les CPS favoriseraient les interactions de la personne avec son environnement social, culturel et physique (développés précédemment), et donc avec son environnement en général.

Dans l'autre sens, l'environnement peut avoir des conséquences sur les compétences psycho-sociales de l'individu. En effet, l'étude de Thirupathi Naik Bukya et Dr. Sylvia Fernandez Rao (2022) sur l'influence de l'environnement familial sur les compétences psycho-sociales a mis en avant que quasiment toutes les dimensions du bien-être psychologique présentent une relation grandement marquée avec un environnement gratifiant (41). Ainsi, un environnement favorable contribuerait à la santé psychologique de la personne. (41)

L'environnement est donc lié à la santé psycho-sociale, nous allons voir dans la prochaine partie, sa relation avec la santé en général.

1.2.3. Environnement et santé

En 1946, l'OMS caractérisait la santé comme *“un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”*(42). En 1986, cette même organisation la définit d'une nouvelle manière : la santé est *“la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.”*(43).

D'après l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les déterminants de santé correspondent à l'ensemble des facteurs comportementaux (individuels et/ou collectifs), environnementaux et des conditions de vie qui agissent sur la santé de la population, sans obligatoirement être les raisons directes de difficultés spécifiques ou de maladies. (44)

Ainsi l'environnement présente un lien étroit avec la santé, et ce, dans différentes dimensions vues précédemment.

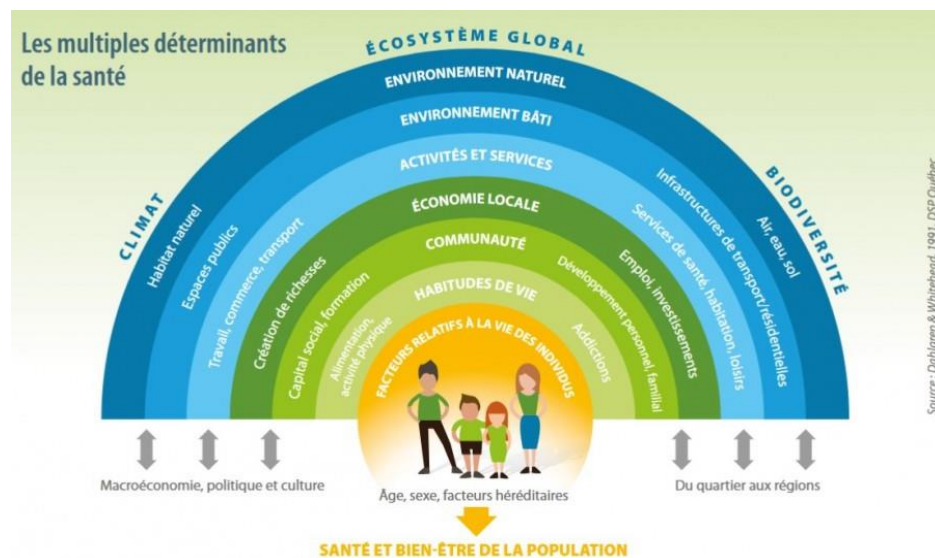


Figure 2 : Les déterminants de la santé (45)

On retrouve dans le document ci-dessus, l'environnement physique comme composante clef de la santé, que ce soit du point de vue *“naturel”* et *“construit”*; la qualité de ceux-ci favorise donc le bien-être de la personne, dans sa dimension physique notamment.

L'environnement social apparaît également dans ces déterminants de santé par le terme de "*communauté*" (figure 2); ceci correspond donc à la relation environnement social-santé psychosociale que nous avons vu dans la partie précédente.

1.2.4. L'enfant et son environnement

Chez l'enfant, l'environnement est "*l'ensemble des choses qui composent l'espace proche ou lointain de l'enfant, sur lesquels il peut agir, mais qui réciproquement peuvent agir sur lui et déterminer ainsi totalement ou partiellement son existence et ses modes de vie.*" (46).

Ainsi, l'environnement, que ce soit dans ses dimensions physique et sociale, constitue le siège de développement de l'enfant, qui est un concept que nous développerons plus tard.

Il est important de prendre en compte que chaque enfant évolue dans des conditions environnementales qui lui sont singulières ; des inégalités se construisent en fonction. (47) En effet l'environnement social est principalement représenté par le cercle familial, l'environnement institutionnel par le cadre scolaire et l'environnement physique par le lieu de résidence. Tous ces critères sont personnels.

La nature de ses composantes influence donc le développement de l'enfant de manière plus ou moins favorable. (47)

1.2.5. Environnement et ergothérapie

Hernandez H. (2010) décrit l'ergothérapie comme une discipline de santé qui se base sur l'interaction entre la personne, ses activités et son environnement (48). En effet, l'ergothérapeute intervient dans l'environnement physique des personnes en situation de handicap, en proposant des aménagements, mais aussi dans l'environnement social, en favorisant les interactions avec les autres ; c'est donc un lien fort qui réunit ces 2 concepts.

1.3. Ergothérapie

1.3.1. Histoire de l'ergothérapie

Si l'ergothérapie est une profession récente, ses concepts, eux, bien qu'ils n'eussent de typologies définies, sont présents depuis les temps anciens. En effet, différentes explorations scientifiques ont mis en avant la considération du handicap pendant l'Antiquité, ainsi que des pratiques à visée compensatrice. (5)

Selon Charret L, Thiébaud Samson S (2017), le terme d'*ergothérapie* aurait été évoqué pour la première fois par Marco Levi Bianchini (1904), psychiatre, qui le définit comme un "*suivi comprenant à la fois des médicaments, des entretiens et des activités thérapeutiques*". (5)

C'est aux Etats-Unis que sont apparus les premiers *occupational therapists* ("*ergothérapeutes* » en anglais), dont les interventions sont principalement axées sur la psychiatrie. Elle se développe ensuite dans les pays anglophones, puis en France, lors de la Grande Guerre. C'est en 1943, dans un contexte de Seconde Guerre Mondiale, que Georges DUHAMEL fit naître le terme "*d'ergothérapie*" pour nommer la pratique, qui ne concernera plus exclusivement la santé mentale, puisqu'elle va rapidement se développer dans le domaine de la rééducation (5). En découlera, en 1961, la création de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) qui jusqu'à maintenant, promeut et développe la profession. (49)

1.3.2. Définitions

La Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) définit l'ergothérapie comme une discipline axée sur le *client* et l'occupation, dont l'objectif est de favoriser la santé et le bien-être en lui permettant de participer dans ses activités quotidiennes. (2012) (50)

Ici, le terme de *client* peut être interprété comme "personne".

De son étymologie grecque érgon (“*travail*”) et therapeia (“*soin*”), l’ergothérapie fonde sa pratique sur “*l’activité humaine et la santé*”. (51)

Son intervention est sous prescription médicale (52), elle repose sur des méthodes de rééducation, réadaptation, réhabilitation et réinsertion sociale et touche un public allant de l’enfant au sujet âgé, présentant des situations de handicap, qu’il soit physique, sensoriel, mental, psychique, ou lié à l’âge.

Son objectif est d’améliorer ou préserver l’autonomie et l’indépendance de ces personnes dans leurs activités de vie quotidienne et leur environnement. Diplôme d’Etat, sa formation dure 3 ans, et on le retrouve dans les structures sanitaires, médico-sociales et sociales. (53)

Sa prise en soin consiste à évaluer les différentes manifestations du handicap, de rédiger par la suite un diagnostic ergothérapeutique qui axe le plan d’intervention. Ses méthodes de traitement sont donc basées sur l’utilisation d’activités thérapeutiques, significatives pour la personne de préférence, car l’objectif est de favoriser son engagement dans les activités de vie quotidienne. Ce qui fait sa spécialité, c’est que son approche ne prend pas uniquement en compte la pathologie en elle-même, il inclut également les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent cet engagement. (53)

Ainsi, sa prise en soin holistique permet de favoriser la qualité de vie de la personne, ainsi que son bien-être en général.

1.3.3. Ergothérapie en pédiatrie

Selon l’Unicef, l’enfant est un individu âgé de moins de 18 ans. (54)

Platon utilise le concept de la maïeutique socratique pour définir l’enfant comme “*la figure de celui qui peut changer, qui peut se trouver modifié par la philosophie parce qu’il n’est pas figé dans l’âge adulte.*” Selon lui, cela correspond à la période des transformations, des modifications et des apprentissages. (55) L’enfance est donc caractérisée comme la période de développement et de construction d’un individu.

“Le développement de l’enfant est un processus complexe de maturation et de transformation qui se déploie selon différents axes qui sont complémentaires et indissociables entre eux”.

(56). Ces axes sont plus ou moins variables en fonction des idéologies (56), mais globalement, le développement est décrit comme le processus regroupant les dimensions suivantes : le développement physique et moteur, le développement socio-affectif, le développement cognitif et le développement langagier. (57)

Le développement est propre à chaque enfant puisqu'il dépend de ses conditions génétiques, de sa personnalité, de sa curiosité et des opportunités qui lui sont présentées. (58)

Ces facteurs peuvent favoriser ou altérer la progression de ce processus chez l'enfant ; en effet, certains acquièrent leurs habiletés plus tard que la moyenne des enfants au même âge. (58)

Chez les enfants âgés de 7 à 11 ans, ce processus de maturation est principalement marqué dans sa dimension cognitive.

En effet, selon Jean Piaget, cette période correspond au stade des opérations concrètes. Ce stade se caractérise par la capacité à "*penser de manière abstraite et à utiliser un raisonnement logique*" (59). Ainsi, la réflexion de l'enfant gagne en flexibilité.

En effet, il est en capacité de projeter sa pensée au-delà de l'environnement réel et commence à identifier les liens entre les objets de l'espace.

De plus, l'enfant cherche à comprendre pourquoi et comment les événements se déclenchent et commence à reconnaître qu'il existe plusieurs perspectives pour une même situation. (59)

L'ergothérapeute intervient auprès de ces enfants qui présentent un retard de développement. Son objectif principal est de favoriser l'acquisition des habiletés qui leurs posent problème dans leurs occupations du quotidien.

Après avoir évalué et ciblé les difficultés, l'ergothérapeute va proposer des activités thérapeutiques significatives pour l'enfant, souvent axées autour du jeu afin de favoriser l'amusement et leur participation. Ces activités sollicitent des habiletés motrices, cognitives, psycho-affectives, sociales ou langagières que l'enfant ne maîtrise pas, afin de les stimuler, les entraîner et permettre leur assimilation.

Comme il a été cité précédemment, l'environnement peut influencer les expérimentations de l'enfant et donc son développement. En cas de besoin, l'ergothérapeute peut également agir dessus et proposer des adaptations afin de compenser les difficultés. (58).

1.3.4 Ergothérapie et santé mentale

Pendant longtemps, on caractérisait la santé mentale uniquement par "*l'absence de maladie mentale ou de troubles mentaux*" (Jahoda M. 1959) (60);(61). Une étude longitudinale (MIDUS, 1995-2005), a révélé que chez un groupe de personnes, 75% sont épargnées de troubles mentaux, mais seulement 20% auraient une santé mentale épanouie (62). Elle démontre donc que l'absence de trouble n'est pas l'unique facteur de l'état de santé mentale.

Ce concept de santé mentale a évolué depuis plusieurs dizaines d'années, et l'OMS la définit comme un "*état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté*" (63). Ainsi, la santé mentale dépendrait du bien-être, du fonctionnement individuel et du fonctionnement social. (61)

L'ergothérapie a donc un rôle à jouer chez les personnes souffrant de troubles mentaux, mais également chez les personnes dont la santé mentale est altérée, afin d'améliorer leur qualité de vie ainsi que leur bien-être. Ces principaux objectifs sont de permettre l'autonomie de la personne dans ses activités du quotidien, lui apprendre à avoir de bonnes relations avec les autres, d'identifier et admettre ses ressources, ses difficultés ainsi que les choses qui ont du sens pour elle, mais également de favoriser la confiance et l'extériorisation des émotions (64)

Bien que l'accompagnement de l'ergothérapeute ait un intérêt de taille en santé mentale, son rôle reste encore peu connu et sous-estimé de certains (65), et ce, même si *l'occupational therapy* est à l'origine, une pratique spécifique à la psychiatrie (5).

1.3.5. Ergothérapie et traumatisme

Au Canada, un programme nommé “*Traumatic Stress Program of Eastern Health*” a été créé en 2006, dont l’objectif est de proposer un accompagnement aux individus victimes de traumatisme complexe. Ce programme a fait l’objet d’un article, dont l’auteur Snedden, D a décrit les différents principes. Parmi les professionnels participant à ce programme, on y retrouve des ergothérapeutes : leur rôle est de limiter les problématiques occupationnelles que peuvent rencontrer de telles personnes, dans leurs activités de vie quotidienne. (66)

En amont, il participe à l’évaluation des difficultés rencontrées par la personne grâce à la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO), et détermine les objectifs d’intervention. Son accompagnement s’organise ensuite en 3 étapes : La première est axée sur la sécurité du *client* ; l’ergothérapeute co-anime un plan d’actions visant à retrouver sécurité et bien-être. L’objectif de la deuxième étape est de préparer un groupe de *clients* à exposer/présenter l’histoire de leurs situations traumatiques, ici, l’ergothérapeute coordonne ce travail, et échange avec les personnes sur différents concepts psychologiques. Enfin, la 3ème étape vise à cibler les objectifs liés à la participation et à l’occupation, en s’axant sur des activités significatives. Ce travail peut se faire individuellement ou en groupe (66)

En France, peu d’écrits présentent la prise en charge ergothérapique chez les personnes victimes de traumatisme ou de TSPT.

1.4. Intégration Neuro-Sensorielle

1.4.1. Définition de Intégration Neuro-Sensorielle et troubles

Le système sensoriel de l’être humain comporte 7 sens qui sont la vue, l’ouïe, l’odorat, le goût, le toucher, la proprioception et le système vestibulaire. Selon Williams, M. S. & Shellenberger, S (1996), ils représentent la base des apprentissages. (67)

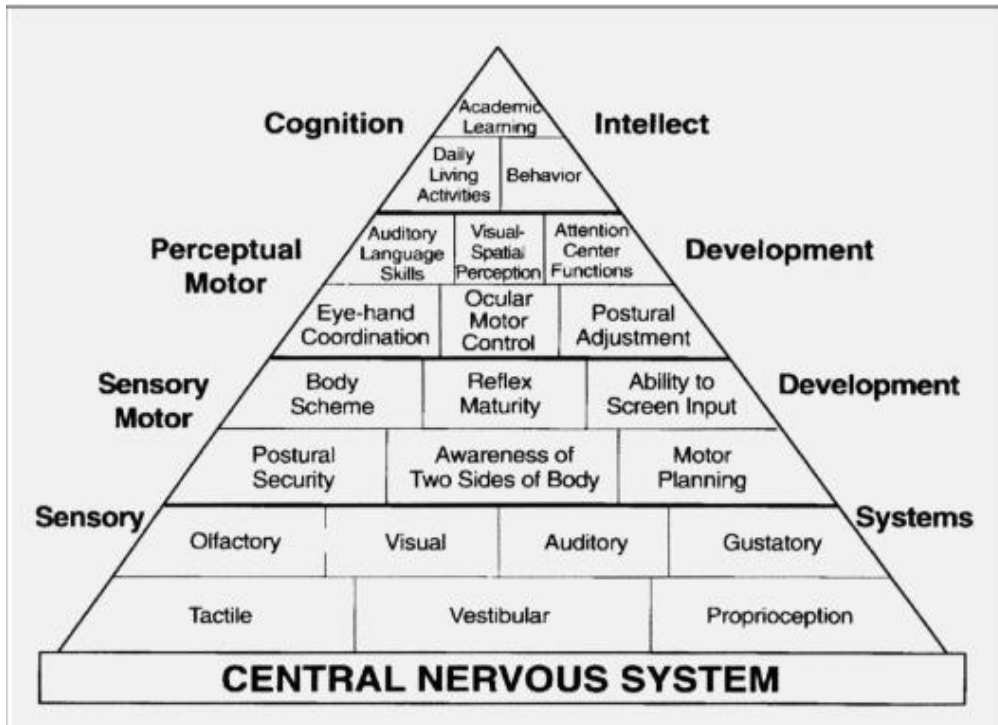


Figure 3 : Pyramide des apprentissages selon Williams, M. S. & Shellenberger, S (1996) (67):(68)

La revue de littérature de Ray-Kaeser & Dufour (2013) définit l'intégration neuro-sensorielle (INS) ou intégration sensorielle (IS) comme *"un processus neurologique central qui détecte, régule, organise et interprète les informations sensorielles perçues par les sens, permettant à l'individu d'interagir de manière adaptée avec son environnement."*(7)

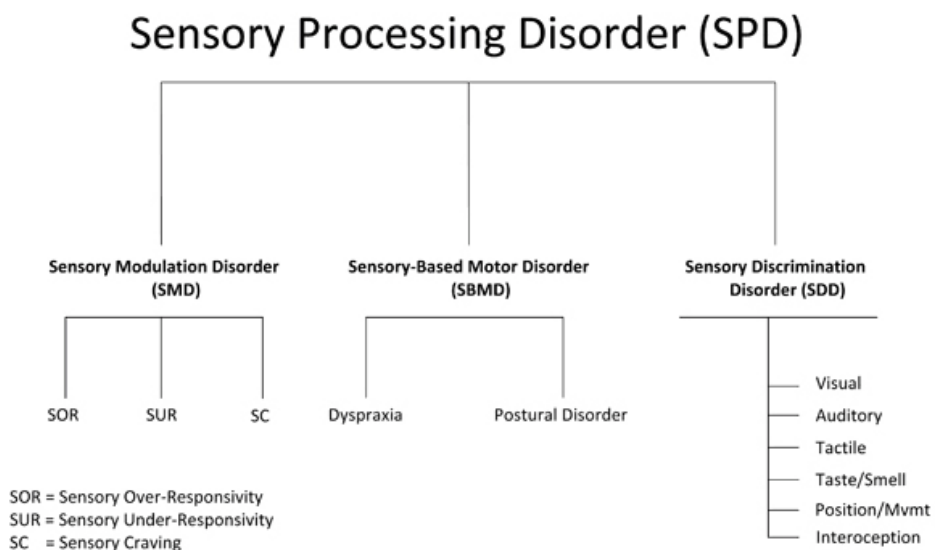
Peu connus en France, c'est dans les années 1960, aux Etats-Unis que les troubles de l'intégration neuro-sensorielle ont commencé à être étudiés. (68)

Dans la plupart des recherches effectuées pour connaître leurs origines, on a constaté un lien avec un dysfonctionnement des systèmes sympathiques et parasympathiques, dont les rôles sont respectivement de permettre les "réactions de fuite" et le retour au calme. (68)

Afin de faciliter la distinction entre les dysfonctions de l'intégration sensorielle et l'approche thérapeutique, Miller et al. (2007) ont proposé une nouvelle terminologie pour nommer les troubles d'INS : les "troubles du traitement des stimuli sensoriels" (SPD : Sensory Processing Disorder). Ce nouveau terme est utilisé dans la classification diagnostique des troubles du développement de la première et petite enfance, mais également dans la classification diagnostique de la santé mentale. (7)

D'après Galiana-Simal A (2020), la plupart des études épidémiologiques réalisées au sein de populations aux habitudes de vie occidentales montrent une prévalence importante de SPD chez les enfants (69). En outre, Baranek et al. (2002) relatent que les troubles seraient davantage présents chez les enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux, tels que l'Autisme et l'hyperactivité. (70)

Il existe 3 types de SPD : les troubles de modulation sensorielle, les troubles moteurs d'origines sensorielles et les troubles sensoriels discriminatifs. Eux-mêmes regroupent des sous-types de SPD, 6 au total, qui sont présentés dans la figure 4. La majorité des personnes ayant des SPD présentent les symptômes d'au moins 2 sous-types. (71)



1.4.2. La thérapie d'intégration sensorielle Ayres® (ASI)

Cette pratique, développée depuis les années 1970 par A.J. Ayres, ergothérapeute, repose sur 10 principes définis en 2007 par Parham et al.(7)

Elle est destinée au public pédiatrique, présentant des troubles de SPD, tels que : une hypo/hyper sensibilité aux sensations, des difficultés de concentration, une adresse manuelle altérée, des difficultés d'organisation et de classement, une distance inadaptée avec les autres, des interactions sociales altérées, ou encore des réactions émotionnelles exagérées (72).

Elle débute par une évaluation, comme le *Profil Sensoriel* (Dunn, 2010), le *Profil perceptif sensoriel* d'Olga Bogdashina ou encore le *Sensory Integration and Praxis Tests* (SIPT) qui permettent de cibler les SPD altérés. (73)

Elle se poursuit avec des séances d'environ 1h, où l'enfant expérimente différentes activités sensorielles qui stimulent les systèmes vestibulaire, proprioceptif et tactile. (72)

Pour pouvoir pratiquer cette méthode il est nécessaire d'avoir réalisé une formation qui est proposée par l'ANFE (74) et d'en appliquer fidèlement les principes.

1.4.3. Recommandations de la thérapie d'Intégration Sensorielle Ayres (l'ASI®)

Depuis les années 1970, une multitude d'études ont cherché à évaluer l'efficacité de cette pratique thérapeutique.

En 2010, May-Benson et Koomar (75) ont mise en avant, à travers leur revue systématique comprenant l'analyse de 27 études, des "résultats positifs dans plus de la moitié des études, pour les habiletés sensori-motrices, la régulation des comportements, l'attention, les habiletés de lecture et la participation dans le jeu" (7).

En 2015 Barton, Reichow et al. (76) démontrent qu'aucune preuve témoigne de l'efficacité de cette pratique, et la Haute Autorité de santé (HAS) a affirmé cela dans ses recommandations pour le Trouble du Spectre Autistique en 2012. (72)
Encore aujourd'hui, les résultats des études semblent diverger.

1.4.4. L'approche par intégration neuro-sensorielle : distinction avec l'ASI®

Selon Bogdashina, de nouveaux regards et principes de la thérapie par intégration sensorielle se sont dégagés en raison des ressources théoriques qui évoluent. (73)
De ce fait, plusieurs formations différentes sont accessibles en France et à l'étranger. Ainsi, la manière de pratiquer l'approche peut varier en fonction des thérapeutes formés, qui ne sont pas exclusivement des ergothérapeutes (les psychomotriciens peuvent par exemple l'utiliser dans leurs pratiques) (77)

On peut donc distinguer l'Intégration sensorielle Ayres®, très protocolaire, à l'approche d'INS, plus large et regroupant différents courants. (73)

C'est sur cette dernière que nous allons nous tourner dans cette étude, puisque le TSPT n'est pas directement liés aux troubles de SPD, qui est le critère essentiel à l'utilisation de l'ASI®.

L'approche par INS consiste à apprendre à l'enfant à ajuster son comportement face à diverses expériences sensorielles plus ou moins stimulantes, dans un environnement organisé et établi à l'avance par un thérapeute. Cette méthode thérapeutique repose sur la motivation et la participation active de la personne qui est libre d'explorer les stimuli sensoriels de son choix. (7)

Il s'agit d'une approche dite "*bottom up*", puisqu'elle consiste à se concentrer sur les fonctions sensorielles déficitaires de l'enfant afin de favoriser sa performance dans sa vie quotidienne. (78)

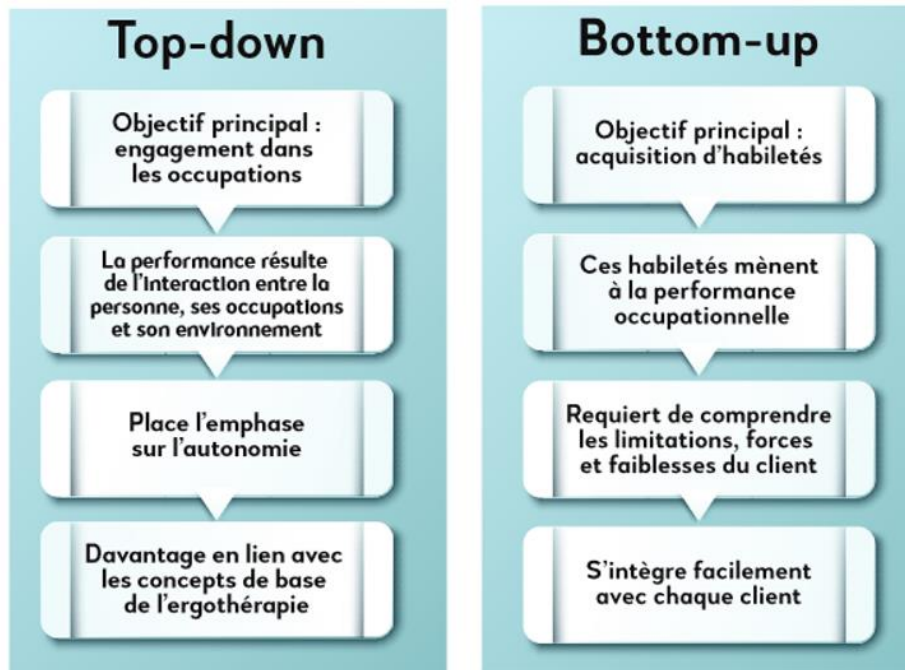


Figure 5 : Les approches de l'intervention ergothérapique (Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004) (79)

Comme expliqué précédemment, la manière de procéder n'est pas unique, il est donc difficile d'accéder à des écrits qui expliquent précisément l'approche par INS.

1.4.5. Systèmes sensoriels et concept du soi

Selon Sarah Lloyd (2016), les systèmes sensoriels proprioceptifs, vestibulaires et tactiles peuvent être altérés chez les enfants atteints de traumatismes complexes (80).

Dans son ouvrage de 2023, Marie-Ève GRISÉ BOLDUC, détentrice d'une maîtrise en psychoéducation, explique et propose des conseils pour accompagner les enfants victimes de traumatisme complexe. (23)

Selon elle, des troubles concernant ces systèmes peuvent "*empêcher le contrôle des sensations associées aux émotions*". (23)

En effet, ils contribueraient tous 3 à la perception du concept de soi :

Le système proprioceptif, qui nous permet de ressentir et situer nos éléments corporels dans l'espace, aurait également une dimension psychologique, notamment dans la considération du corps comme un "tout".

Le système vestibulaire, connu pour être le système permettant de nous repérer et nous diriger dans l'espace contribuerait également à l'équilibre psychologique.

Enfin, le système tactile, quant à lui, participerait à la construction de la conscience du soi. (23)

1.4.6. Lien avec l'ergothérapie et le TSPT

Historiquement, ce sont les *occupational therapist* qui intervenaient dans la prise en charge des SPD, que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte. (68)

Ces SPD influencent les capacités motrices, cognitives et sociales, qui sont sollicitées en permanence dans activités de vie quotidienne, c'est pour cette raison que l'ergothérapie est aussi liée à ce concept. C'est d'ailleurs la profession qui pratique le plus cette approche. (7)

Aujourd'hui, il ne semble qu'aucun écrit n'ait établi un potentiel lien/intérêt entre l'INS et le trouble de stress post-traumatique, et ce même si nous avons vu précédemment que les systèmes sensoriels stimulés dans cette approche participaient à la construction du concept de soi.

Cependant, d'après notre recueil de données scientifiques, ces deux concepts semblent se rejoindre sur un point : la recherche d'un comportement adapté. Même si le dysfonctionnement touche l'un au niveau du traitement du stimulus sensoriel et l'autre au niveau du traitement des souvenirs/émotions associés au stimulus sensoriel; les problématiques finales semblent être les mêmes: la dégradation des interactions avec l'environnement.

2. La question de recherche

Mon travail de recherche m'a permis de recentrer mes questions de départ et d'élaborer une problématique principale : ma question de recherche. La voici :

En quoi l'Intégration Neuro-Sensorielle peut contribuer à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de trouble de stress post-traumatique complexe ?

3. Les hypothèses

En premier lieu, plusieurs hypothèses ressortent de cette problématique :

Hypothèse n°1 : L'utilisation de l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe permet de renforcer les fonctions nécessaires pour interagir avec leur environnement physique

Hypothèse n°2 : L'utilisation de l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe permet de renforcer les fonctions nécessaires pour interagir avec leur environnement social

4. La méthodologie de recherche

L'étude de la méthodologie constitue un point clef du travail de recherche. En effet, elle permet de cibler la stratégie qui correspond le plus à la problématique, ainsi qu'aux types de résultats qu'on cherche à exposer.

Pour mon travail, j'ai décidé d'opter pour une méthode mixte, mêlant le quantitatif et le qualitatif. Je souhaite interroger des ergothérapeutes par le biais de questionnaires, afin de connaître leurs idées et leurs avis sur mon étude. Je m'appuierai sur ces données

pour confirmer ou infirmer mes hypothèses. Il s'agit donc d'une recherche hypothético-déductive. (81)

J'ai choisi d'utiliser le questionnaire car il permet de collecter des données de manière rapide, ce qui me permet une diffusion et une étude à plus grande échelle. De ce fait, je pourrai recueillir un maximum de réponses et de points de vue et ainsi avoir des résultats plus représentatifs que la méthode d'entretien, par exemple, où le nombre de personnes sollicitées est nettement moins important.

En outre, mon choix s'est tourné vers cette méthode car le manque de données actuelles sur les différents concepts constituant le sujet ne me permet pas de réaliser une revue de littérature.

De plus, ce procédé n'impose pas de contrainte horaire, permettant à mes interlocuteurs d'y répondre au moment où ils sont les plus disposés.

Je souhaite anonymiser les questionnaires afin que les professionnels interrogés répondent de manière la plus sincère possible, sans ressentir de sentiments de jugement. Ainsi, j'envisage d'utiliser un formulaire en ligne qui propose cette fonctionnalité et qui est compatible au plus grand nombre d'outils informatiques. Il serait constitué essentiellement de questions à choix multiples qui permettent d'enrichir le point de vue des personnes interrogées par rapport à des questions à choix unique, qui contraignent la réponse.

Ces réponses, toutes mesurables, correspondent à des données quantitatives. Afin d'y associer des informations qualitatives, je souhaite inclure des questions ouvertes afin de permettre à mes interlocuteurs de transmettre leurs points de vue de leurs propres mots, et donc de la manière la plus ajustée et précise possible.

La longueur du questionnaire sera organisée de façon à ce qu'il traite un maximum d'idées, sans être trop chronophage pour mon interlocuteur. Ainsi, il sera constitué de 10 à 15 questions maximum.

4.1. Biais et limites

Pour mon travail de recherche, différents biais pourraient influencer la fiabilité des résultats, il est donc nécessaire que je les repère et les anticipe, pour limiter leur ampleur.

Ici, le principal biais serait le risque d'induction des réponses par les propositions du questionnaire. En effet, on a parfois tendance à orienter vers des réponses qui vont dans le sens de l'hypothèse que l'on cherche à démontrer, empêchant la prise en compte réelle du point de vue de l'interlocuteur. Or, le but d'une étude n'étant pas de persuader, il est important que je veille à rester objective tout au long de la conception de mon outil de recueil de données.

Un autre biais est que je ne suis pas face à mon interlocuteur : je me retrouve uniquement face à ses réponses. Je ne peux donc pas tenir compte des communications non verbale et paraverbale associées comme pour un entretien par exemple ce qui peut influencer ma manière d'interpréter les informations.

Au niveau des limites, la principale est la difficulté à trouver des ergothérapeutes ayant reçu la formation INS et qui accompagnent des enfants atteints de TSPT ; ceci va restreindre le nombre de réponses au questionnaire, et donc la fiabilité des résultats.

De plus, le manque de nuance des réponses contraintes par les propositions limite la fiabilité des données récoltées et donc la réponse à la question de recherche.

Enfin, l'efficacité de l'approche d'INS n'étant pas encore reconnue à ce jour, il est difficile d'en estimer les intérêts pour un tel public, d'autant plus qu'il est peu sujet aux études scientifiques.

4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

J'ai présenté, dans le tableau ci-dessous, les caractéristiques d'inclusion et d'exclusion des personnes que je souhaite solliciter pour répondre à mon questionnaire.

Etant donné que les ergothérapeutes accompagnant des enfants atteints de TSPT sont rares, j'ai décidé d'axer mon étude sur des ergothérapeutes ayant été formés à l'INS. Pour que la réflexion se construise autour d'un tel public, j'envisage d'inclure au

début de mon formulaire une présentation de la pathologie ainsi que ses manifestations chez les enfants âgés de 7 à 11 ans. (se référer à la partie suivante et à l'annexe)

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Ergothérapeute diplômé- Ergothérapeute communiquant en français ou en anglais- Ergothérapeute ayant réalisé une formation INS (Intégration Neuro-Sensorielle)- Ergothérapeute ayant une expérience auprès des enfants âgés 7 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none">- Ergothérapeute non diplômé- Ergothérapeute qui ne communique ni en français ni en anglais- Ergothérapeute n'ayant pas réalisé une formation INS (Intégration Neuro-Sensorielle)- Ergothérapeute n'ayant pas ou peu d'expérience après des enfants âgés de 7 à 11 ans

Afin de trouver des ergothérapeutes qui répondent à de tels critères, je compte consulter des annuaires en ligne répertoriant les ergothérapeutes utilisant l'INS dans leur pratique, et utiliser les réseaux sociaux.

Ceci me permettra d'accéder aux coordonnées des ergothérapeutes correspondant à ma recherche et de les contacter par la suite.

Ainsi je pourrai leur présenter mon projet de recherche, et s'ils sont d'accord, je pourrais leur transmettre mon questionnaire.

4.3. Elaboration du questionnaire

A partir de la question de recherche, de mes hypothèses et de mes connaissances théoriques sur mon sujet d'étude (cadre théorique), j'ai pu construire le prototype de mon outil de recueil de données.

Celui-ci débute par une introduction dans laquelle je me présente brièvement, expose les éléments contextuels de mon étude, la question de recherche, et justifie les

raisons de ma sollicitation. Je précise que le questionnaire est anonymisé et applique les règles de remerciement.

Comme évoqué précédemment, j'ai décidé d'inclure dans une première partie un descriptif du TSPT. Dans celui-ci, nous retrouvons une définition de la pathologie, une distinction entre le TSPT simple et complexe, les groupes de symptômes du DSM-5, les troubles du comportements pouvant être associés et enfin les conséquences du traumatisme complexe dans le développement de l'enfant (se référer à l'ANNEXE II).

La seconde partie est constituée de questions préliminaires, permettant d'une part de vérifier les critères d'inclusion, et d'autre part de renseigner des informations sur le profil des participants. Ensuite, on y retrouve les questions de mon enquête, qui sont les suivantes :

Les réponses en noir indiquent une réponses obligatoire, inversement pour les questions en gris

> Question préliminaires

. Êtes-vous formé(e) à l'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) ?

(réponse à choix unique)

. Avez-vous de l'expérience dans l'accompagnement des enfants âgés de 7 à 11 ans ? (réponse à choix unique)

. A quelle fréquence utilisez-vous l'approche par INS ?

(réponse à choix unique)

> Questions de l'enquête

1) Avez-vous déjà utilisé l'approche par INS chez les enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ?

(réponse à choix unique)

L'objectif est de savoir si des ergothérapeutes ont déjà porté une réflexion sur le recours de l'INS chez un tel public qui les a amenés à l'utiliser

=> Si oui, avez-vous observé des changements/améliorations chez l'enfant ?

(réponse à choix unique)

=> Lesquels ?

(réponse ouverte)

L'objectif est de mettre en avant les effets de l'INS constatés chez un tel public

2) Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ?

(réponse à choix unique)

L'objectif est de savoir si les ergothérapeutes trouvent l'utilisation de l'INS pertinente chez les enfants atteints de TSPT, âgés de 7 à 11 ans.

3) Pour quelle(s) manifestation(s) de la pathologie l'INS semble pertinente ?

(Question à choix multiples)

L'objectif est d'exposer les potentielles raisons de son utilisation par rapport aux caractéristiques de la pathologie

4) En quoi l'INS peut aider l'enfant atteint de TSPT complexe dans sa vie quotidienne ?

(réponse ouverte)

L'objectif est de recueillir les points de vue des ergothérapeutes concernant les potentiels de l'approche dans la vie quotidienne de l'enfant atteint de TSPT complexe, afin d'affirmer ou infirmer mes hypothèses

5) Selon vous, quel(s) système(s) sensoriel(s) stimulé(s) par l'INS seraient intéressants à développer chez un tel public ?

(réponse à choix multiples)

L'objectif est de mettre en avant les sections de l'approche qui présenteraient un potentiel bénéfique pour les enfants atteints de TSPT complexe

=> Pourquoi ?

(Réponse ouverte)

6) Quelles seraient les limites d'une telle approche chez l'enfant atteint de TSPT complexe ?

(Réponse ouverte)

Les objectifs sont de nuancer l'emploi de l'approche par INS et de relever les potentiels effets néfastes chez un tel public

7) Des adaptations doivent-elles être apportées au protocole pour que l'approche corresponde au profil et aux besoins de l'enfant ? Lesquelles et pourquoi ?

(Réponse ouverte)

L'objectif est de discuter sur comment optimiser la méthode pour qu'elle apporte des effets positifs chez l'enfant atteint de TSPT complexe

8) Pensez-vous utiliser l'INS chez un tel public si l'occasion se présentait ?

(réponse à choix unique)

L'objectif est de savoir si les ergothérapeutes interrogés ont relevé suffisamment de bénéfices pour pratiquer l'approche par INS chez ce public

9) Avez-vous des suggestions ou des remarques vis-à-vis de mon sujet d'étude ?

(réponse ouverte)

L'objectif est de proposer des pistes d'amélioration ou exploratoires qui permettront d'enrichir mon sujet d'études

Le questionnaire a été conçu de façon à ce que les ergothérapeutes interrogés qui sélectionnent "non" à la question 2) : "Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ?", n'aient pas besoin de répondre à l'ensemble des questions suivantes, qui ne sont valables uniquement en cas de réponse positive. Ainsi, ils passeraient de la réponse 2) aux questions 6), 7) et 9) directement.

4.4. Questionnaire test

Pour que l'outil de recueil de données soit le plus optimal possible, j'ai réalisé un pré-test avant de le transmettre à grande échelle. En effet, le 10 février 2025, j'ai partagé mon questionnaire initial à une ergothérapeute correspondant à mes critères d'inclusion afin qu'elle puisse me faire un retour sur les points positifs et les points de difficultés de mon outil, et me proposer des axes d'amélioration en fonction.

Il en est ressorti que le temps de passation était correct et que le descriptif du TSPT complexe en introduction était complet, permettant de répondre aux questions.

Au niveau de ces dernières, celles à choix multiples étaient adaptées, mais les questions ouvertes étaient plus difficiles à traiter du fait de leur diversité de réponses. Il

a donc été conseillé d'inclure des propositions de réponses afin de catégoriser les informations.

Il a également été relevé que la question 7) sur les adaptations du protocole ne pouvait être posée, car on doit respecter la méthode en tant que telle; il s'agirait plutôt d'optimiser la méthode plutôt que de la modifier.

Enfin, la personne-test m'a suggéré d'ajouter parmi les questions préliminaires la question suivante : "Avez-vous déjà accompagné des enfants ayant été diagnostiqués ou présentant des symptômes du TSPT complexe ?". Ceci permettrait d'avoir plus de précisions sur le profil des répondants et leur expérience, et donc de nuancer les résultats lors de la discussion.

Tous ces points ont été pris en compte et ont permis de mettre au point la version finale du questionnaire (Se référer à l'ANNEXE III).

4.5. Diffusion du questionnaire

Le logiciel utilisé pour présenter le questionnaire est Google Forms®, qui est un outil compatible avec un grand nombre d'appareils, et qui expose les résultats de manière globale avec des graphiques, et de manière individuelle sous forme de tableur, permettant ainsi de réaliser des tris à plat et croiser des réponses.

Le questionnaire a été diffusé aux ergothérapeutes concernés à partir du 20 février 2025 par mail principalement, mais également par le biais des réseaux sociaux (LinkedIn®, Facebook® et Instagram®). Plusieurs relances ont été effectuées par la suite pour maximiser le nombre de réponses. Ces dernières ont été recueillies jusqu'au 11 avril 2025 car leur nombre n'évoluait plus.

Au total, 34 ergothérapeutes ont participé à l'étude.

5. Résultats de l'étude

5.1. Présentation de la population interrogée

La totalité des personnes interrogées correspondent aux critères d'inclusion de l'étude. En effet, 100% des participants ont répondu "oui" aux questions "Êtes-vous

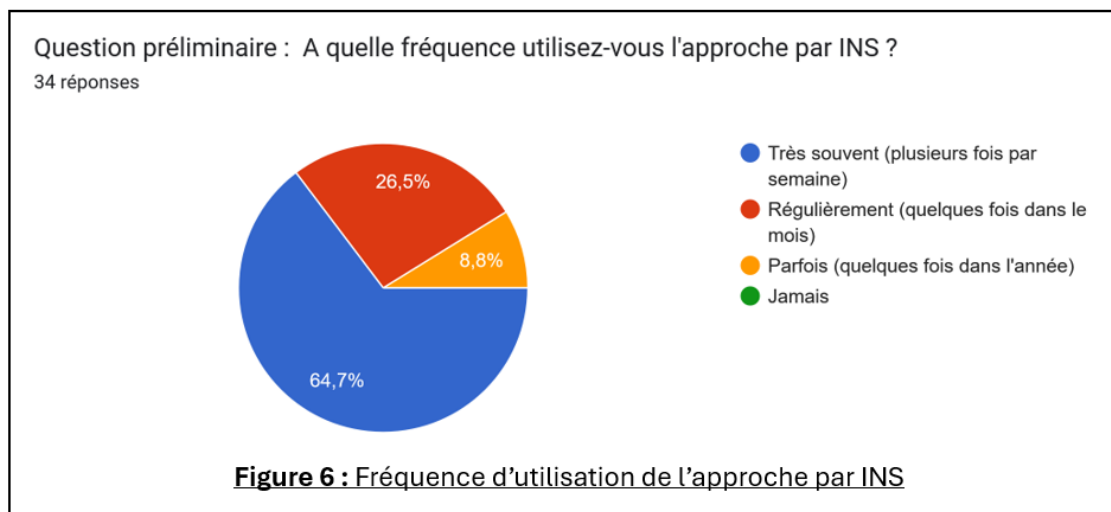
formé(e) à l'intégration Neuro-Sensorielle ?” et “Avez-vous de l'expérience dans l'accompagnement des enfants âgés de 7 à 11 ans ?”.

Ainsi, l'ensemble des réponses ont pu être retenues.

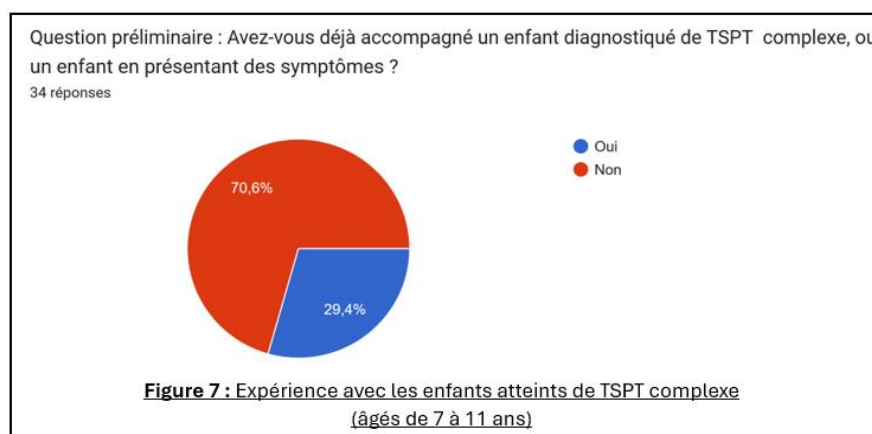
Les questions préliminaires ont permis d'exposer le profil des répondants de manière plus précise.

Parmi les 34 ergothérapeutes, plus de 90% utilisent l'approche par INS régulièrement à très souvent dans leur pratique, la part restante correspondant à la fréquence “parfois” (Figure 6).

Aucun n'a sélectionné la proposition “jamais”.

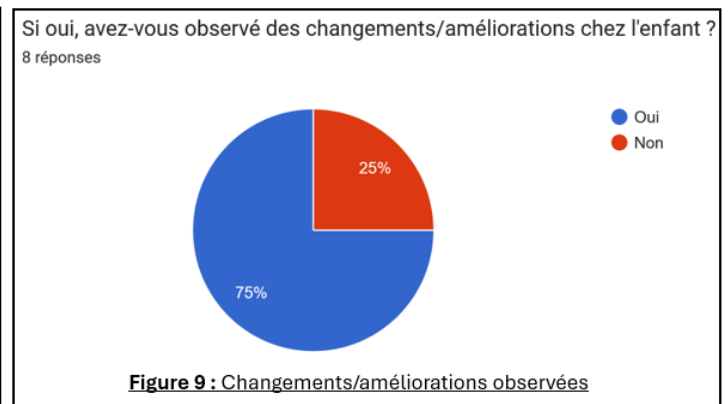
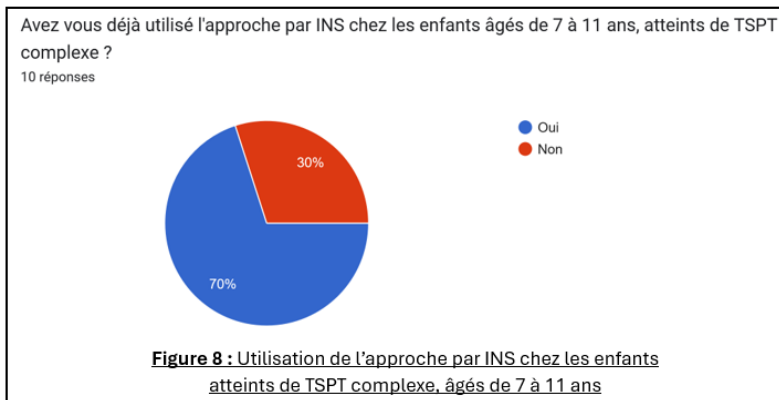


Concernant leur expérience avec les enfants atteints de TSPT complexe, moins d'un tiers d'entre eux a déjà eu l'occasion d'en accompagner, comme le témoigne la Figure 7.



5.2. Expérience des ergothérapeutes ayant accompagné des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe

Parmi les 10 ergothérapeutes ayant déjà pris en soin des enfants présentant des symptômes et/ou diagnostiqués de TSPT complexe, la majorité a utilisé l'approche par INS dans leur intervention thérapeutique (Figure 8), et la plupart a pu observer des améliorations chez le sujet. (Figure 9).



Les changements les plus cités sont : une meilleure régulation (incluant la régulation émotionnelle et du traitement sensoriel), citée 5 fois, et une meilleure participation dans les activités, citée 3 fois.

Une meilleure relation thérapeutique a également été partagée à 2 reprises.

Enfin, des changements au niveau de l'exploration de l'environnement, de la motricité, des capacités de planification et du sommeil sont également exposés. (Figure 10)

5.3. Réflexion sur l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe

5.3.1 Intérêts de l'approche

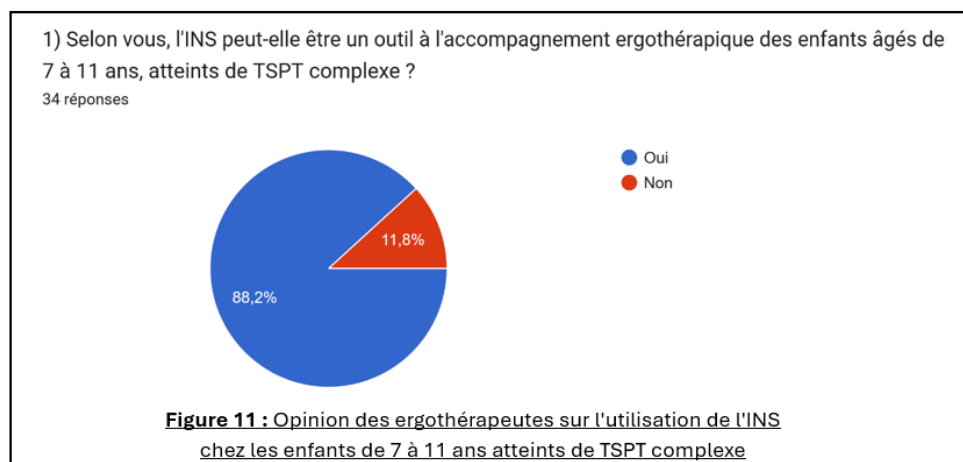
Parmi les 34 ergothérapeutes ayant participé à l'étude, la quasi-majorité pense que l'approche par INS peut être un outil à l'accompagnement des enfants atteints de TSPT complexe, avec un taux de 88,2% comme le témoigne le graphique en Figure 11.

Lesquels ?
6 réponses

Le code couleur est utilisé uniquement pour faciliter la lecture visuelle. Aucune signification n'est associée par la suite.

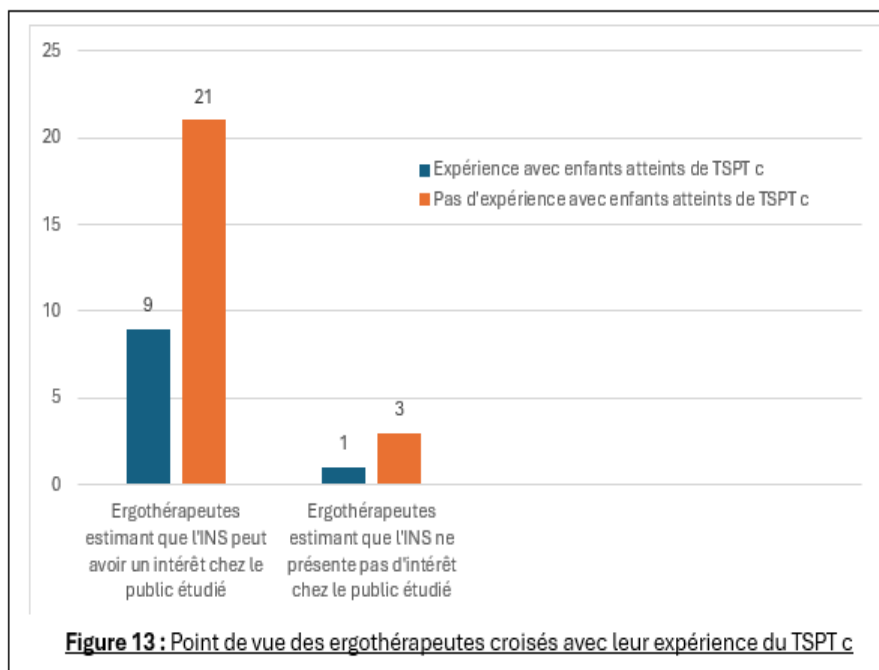
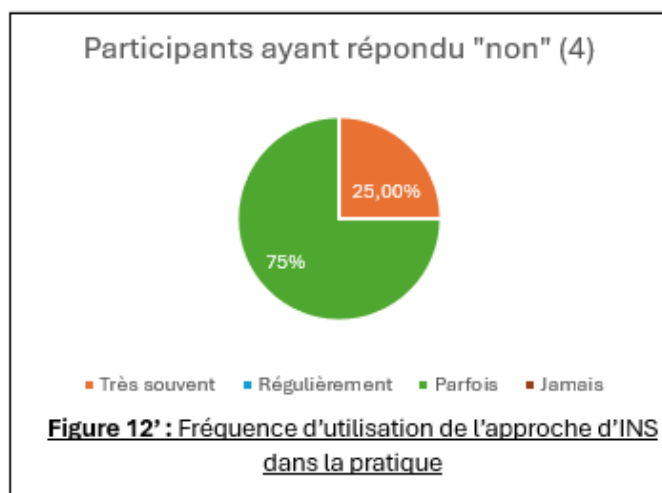
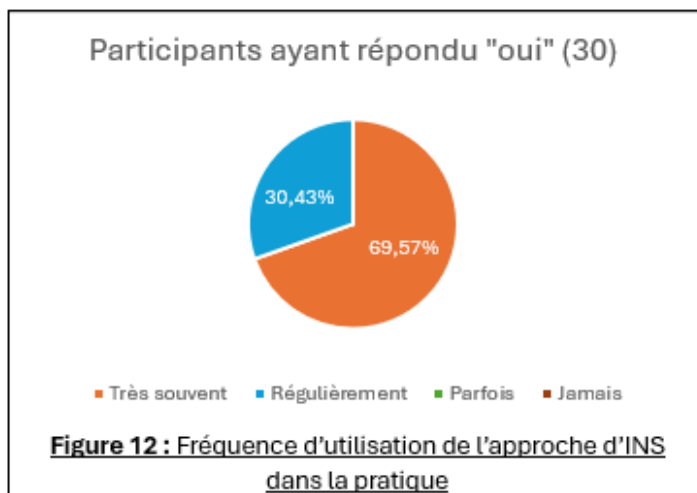
Meilleure Régulation (émotionnelle et du traitement sensoriel)	(4) « meilleure autorégulation, hyperréactivité moins envahissante » (9) « Apaisement dans le traitement sensoriel » (7) « gestion de certaines angoisses » (19) « frustration » (32) « Meilleure régulation émotionnelle, moins figé ou moins besoin du mouvement (selon le profil initial de l'enfant). »
Meilleure participation dans les activités	(8) « Nouvelle motivation - Moins de refus d'activité dans les propositions d'activités » (9) « Meilleure disponibilité pour les apprentissages » (19) « amorce des occupations, jeu »
Amélioration de la relation thérapeutique	(19) « diminution comportement défis » (32) « plus d'initiatives dans une collaboration. »
Meilleure exploration de l'environnement	(32) « Prend plus en compte les opportunités d'exploration dans l'environnement »
Amélioration du sommeil	(7) « Amélioration dans le sommeil »
Développement de la motricité	(32) « Progrès dans le développement de la motricité »
Meilleures capacités de planification	(32) « Progrès dans les capacités de planification. »

Figure 10 : Détail des fonctions améliorées



Les réponses à cette question ont été croisées avec la fréquence d'utilisation de l'approche par INS dans la pratique quotidienne.

L'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu favorablement à la question 1) utilise l'approche par INS régulièrement à très souvent, tandis que la majorité de ceux ayant répondu non l'utilise parfois (quelques fois dans l'année)



Par ailleurs, les réponses ont été croisées avec l'expérience des ergothérapeutes. Les résultats mettent en avant que la quasi-totalité des ergothérapeutes ayant déjà accompagné des enfants atteints du trouble pense que l'approche peut avoir un intérêt pour eux. D'autre part, sur les 4 ergothérapeutes défavorables, 3 n'ont pas d'expérience avec ce public.

La suite du questionnaire a été organisée selon 2 sections, en fonction de la réponse donnée à cette question 1). Les résultats ont ainsi dû être analysés séparément. Nous allons commencer par exposer les résultats des 30 ergothérapeutes ayant sélectionné la réponse "oui".

→ *Résultats des ergothérapeutes estimant que l'INS peut être un outil à l'accompagnement des enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans (30 ergothérapeutes)*

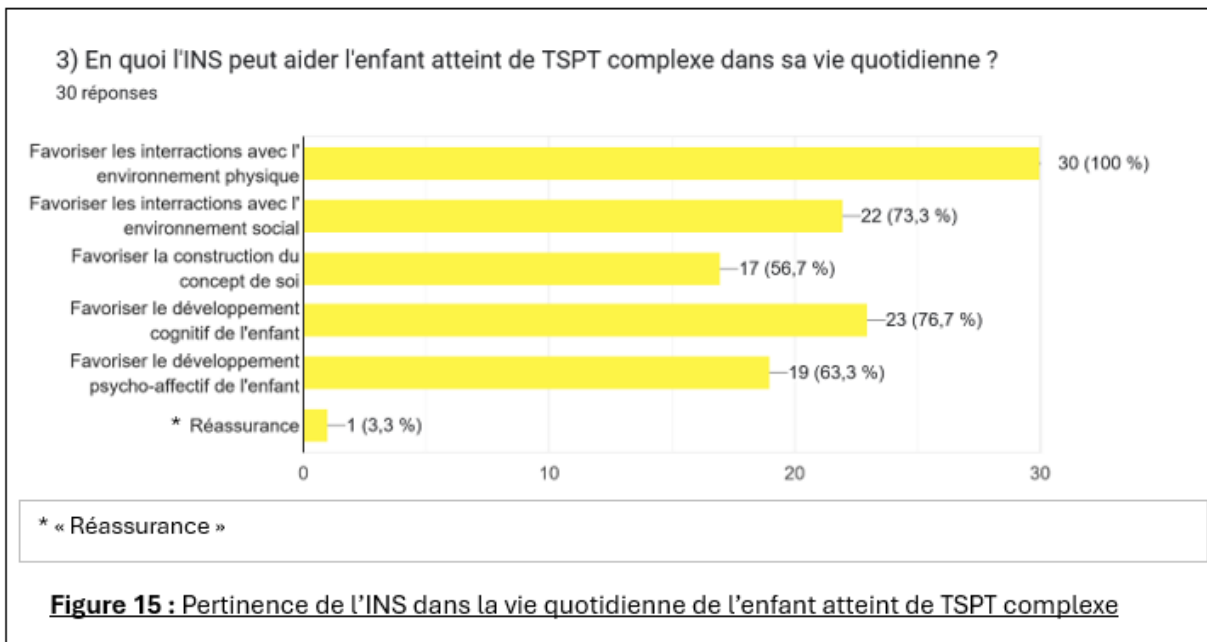
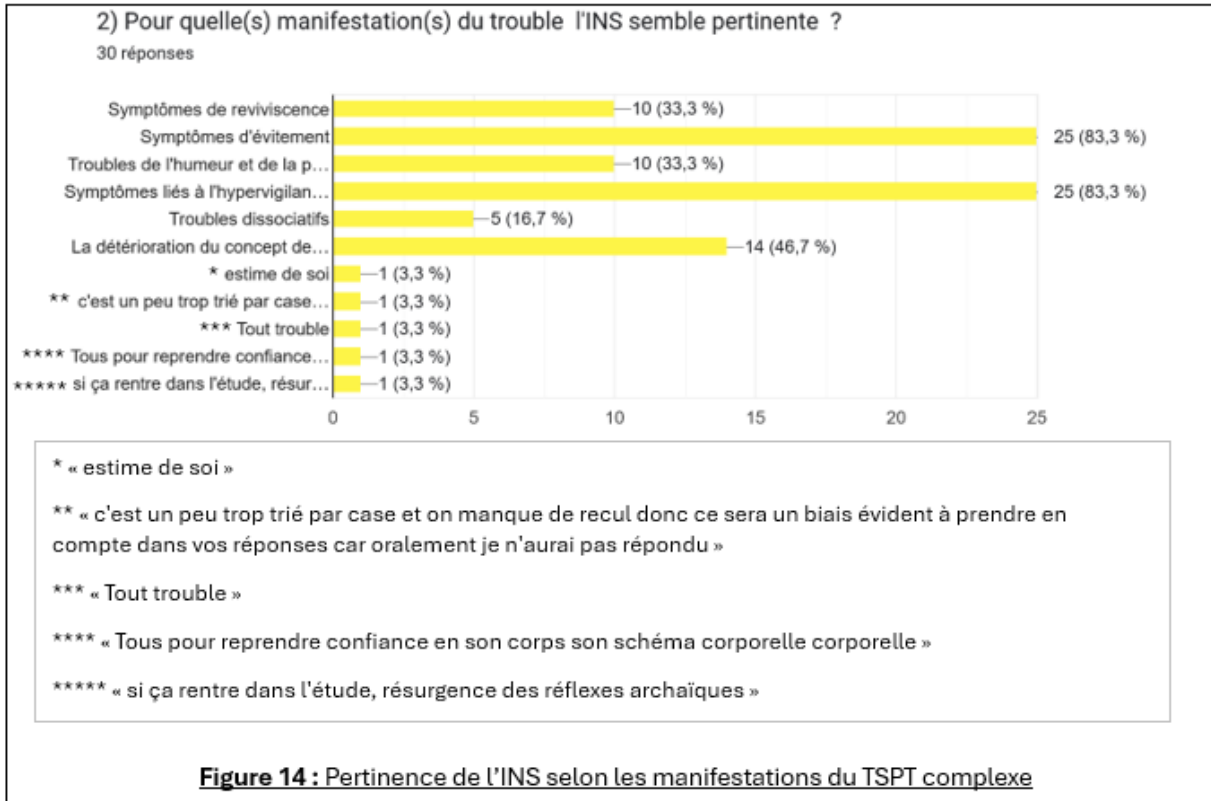
Selon plus de 80% d'entre eux, la thérapie aurait un enjeu au niveau des symptômes d'évitement et d'hypervigilance, qui sont les 2 manifestations du TSPT complexe les plus mises en avant dans cette question. (Figure 14)

En plus de celles-ci, presque la moitié des ergothérapeutes estime que l'INS serait pertinente pour traiter la détérioration du concept de soi, 33,33% pense qu'elle peut contribuer à l'amélioration des symptômes de reviviscence et 1 tiers également est d'avis que l'INS peut être un outil intéressant pour les troubles de l'humeur et de la pensée. Les troubles dissociatifs ont quant à eux été peu sélectionnés, avec seulement 5 ergothérapeutes parmi les 30 répondants.

Enfin, d'autres choix de réponses ont été ajoutés par les personnes interrogées parmi les réponses initiales, intégrant l'estime de soi, la confiance au corps et au schéma corporel, la résurgence des réflexes archaïques, et de façon générale, tout trouble. Grâce à cette fonctionnalité de complément de réponse, un biais d'induction de réponse a été relevé par un(e) ergothérapeute pour cette question.

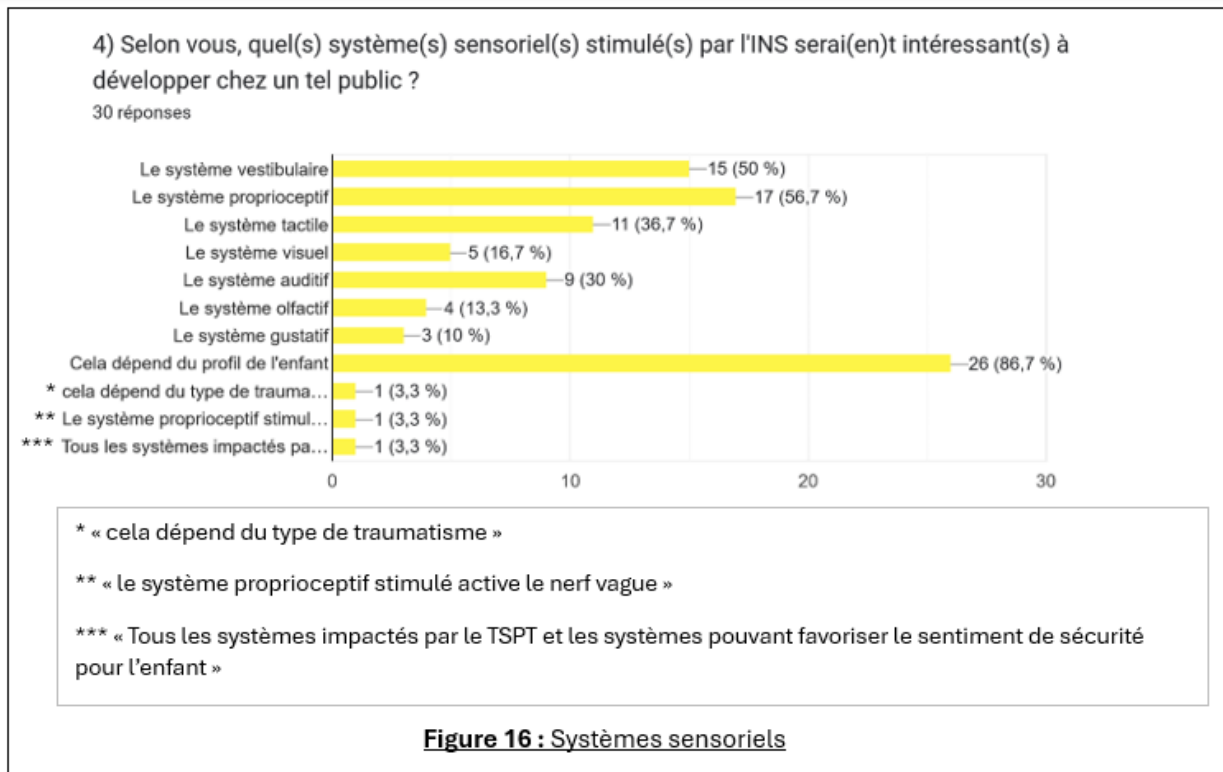
Pour la question "En quoi l'INS peut aider l'enfant dans sa vie quotidienne ?", la totalité des ergothérapeutes a répondu qu'elle permettrait de favoriser les interactions avec l'environnement physique.

Les autres propositions de réponses, qui étaient : favoriser les interactions avec l'environnement social, favoriser la construction du concept de soi, le développement cognitif et le développement psycho-affectif, ont toutes été sélectionnées par plus de la moitié des personnes interrogées (se référer à la Figure 15). De même que pour la question précédente, une réponse supplémentaire à celles initiales a été ajoutée, étant la notion de "Réassurance".



Ensuite, pour la question 4) sur les systèmes sensoriels, ce sont principalement le vestibulaire et le proprioceptif qui ressortent dans les résultats, bien que la réponse la

plus sélectionnée soit “cela dépend du profil de l’enfant”. Plusieurs autres propositions ont été ajoutées (Figure 16).



Concernant la question suivante, qui était une question ouverte où l’objectif était d’expliquer pourquoi avoir choisi ces systèmes sensoriels, un ou plusieurs codes ont été attribués en fonction des propos énoncés dans chacune des réponses.

Un code a été créé lorsqu’une idée est partagée par au moins 2 personnes interrogées. Se référer à l’ANNEXE IV.

Les notions ressorties sont la “sécurité/insécurité” (6 fois), la “régulation”(6 fois), la “reconnaissance de soi/corps”(3 fois), la “base de l’INS/développement”(4 fois) et les “réflexes archaïques”(2 fois). En plus de celles-ci, on retrouve : les “particularités individuelles” (12 fois), le “type de traumatisme” (7 fois), et les “besoins du quotidien” (5 fois).

Le code couleur est utilisé uniquement pour faciliter la lecture visuelle. Aucune signification n'est associée par la suite.

Sécurité/ Insécurité	(1) « liés au sentiment de sécurité » (2) « de retrouver un peu de sécurité dans son corps » (5) « gestion de l'état de vigilance » (11) « sentiment d' insécurité » (15) « rassurer l'enfant » (23) « c'est la sécurité »
Régulation	(4) « en lien direct avec la gestion des émotions » (5) « va aider à l' autorégulation » (11) « meilleure régulation globale » (22) « en lien avec la régulation du système nerveux et tous les sens » (23) « la régulation » (30) « besoin d' autorégulation »
Reconnaissance du soi/corps	(7) « reassociation à soi » (17) « connaître déjà son propre corps » (23) « délimitation corporelle »
Réflexes archaïques	(5) « en lien notamment avec le réflexe de MORO » (8) « reliés aux réflexes archaïques de peur »
Base de l'INS/ Développement	(10) « sont les bases » (13) « socle INS » (14) « fonctionnent toujours ensemble » (23) « bases de la pyramide des apprentissages »
Particularités individuelles	(1) « en fonction du profil » (2) « s'appuyer sur le sens le plus facile pour l'enfant afin de lui donner confiance et petit à petit amener d'autre sens en fonction de son profil » (4) « dépend évidemment de l'enfant en question » (5) « s'appuie sur les particularités sensoriels individuels » (6) « Des systèmes atteints » (8) « facteurs personnels » (9) « en fonction du profil sensoriel de l'enfant » (19) « approche individualisé » (21) « dépend de l'enfant » (26) « en fonction du profil sensoriel » (31) « dépend de l'enfant » (33) « construit en fonction de ses capacités/appétences sensorielles »
Type de trauma	(1) « en fonction du trauma » (6) « trauma qu'il a eu » (12) « dépend de l' élément qui a déclencher le stress post traumatique » (16) « origine des symptômes » (21) « dépendre de la nature du traumatisme » (29) « sens qui ont été mis "à l'épreuve" lors du traumatisme » (31) « dépend du traumatisme subit »
Besoins/quotidien	(9) « ses besoins dans sa vie quotidienne » (13) « en fonction des besoin » (16) « répercussions sur le quotidien » (25) « En fonction des répercussions qu'il y a sur son quotidien » (34) « manifestations retrouvées »

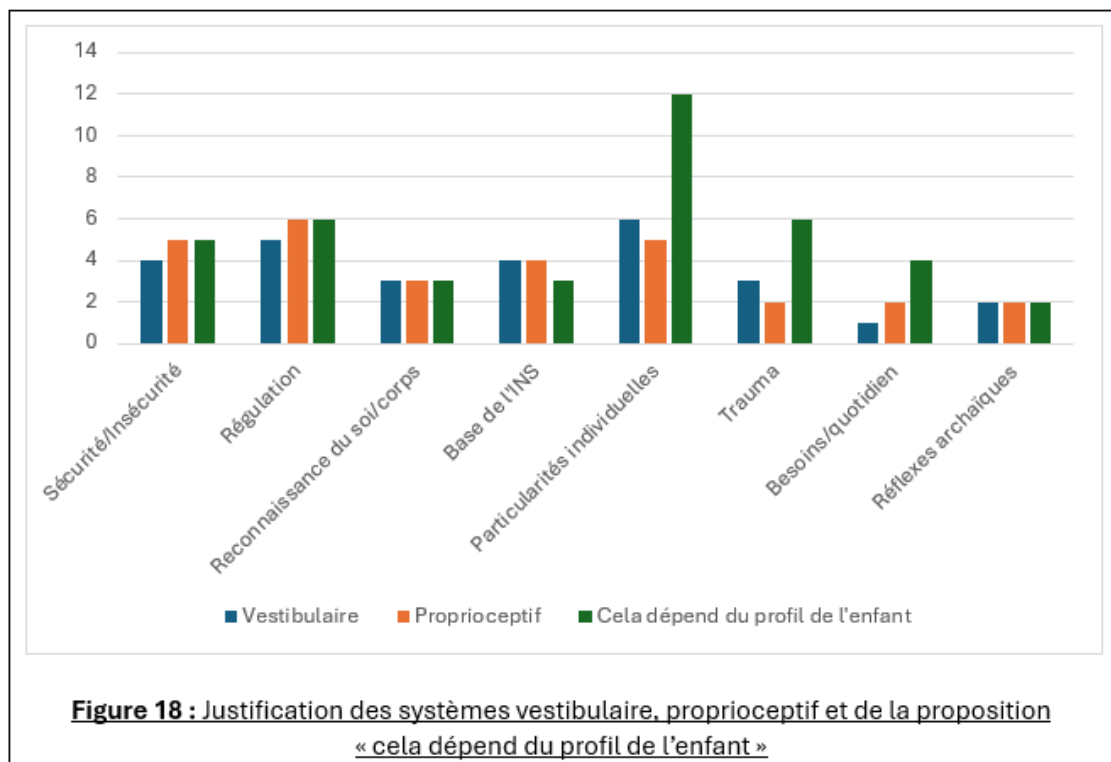
Figure 17 : Justification des groupes sensoriels sélectionnés

Comme on peut le voir, les réponses ouvertes variées semblent ne pas pouvoir être catégorisées, et on ne peut observer de tendance significative.

Etant donné que la question précédente était à choix multiples, la réponse à cette question ne permettait pas de justifier les systèmes sensoriels indépendamment. En effet, en question 5) même si plusieurs systèmes sensoriels ont été sélectionnés à la question précédente, les ergothérapeutes n'ont pas toujours associé une explication pour chacun d'eux. Souvent la justification était donnée pour l'ensemble des systèmes composant la réponse.

Un croisement entre les résultats de ces 2 dernières questions a été réalisé afin de reprendre les systèmes un à un et de mettre en avant de potentielles tendances de

justification. Seuls les systèmes sensoriels sélectionnés par plus de 50% du groupe ont été croisés (vestibulaire, proprioceptif, “cela dépend du profil de l’enfant”).



Comme le suggère ce graphique, les données ne permettent pas d’associer les justifications avec les systèmes sensoriels individuellement.

En effet, si l’on devait reprendre le système vestibulaire mis en avant dans la question 4), la notion de sécurité/insécurité revient 4 fois parmi les justifications, la régulation 5 fois, et la base de l’INS/développement 4 fois également.

Ces données sont quasiment semblables pour le proprioceptif et la réponse “cela dépend du profil de l’enfant”.

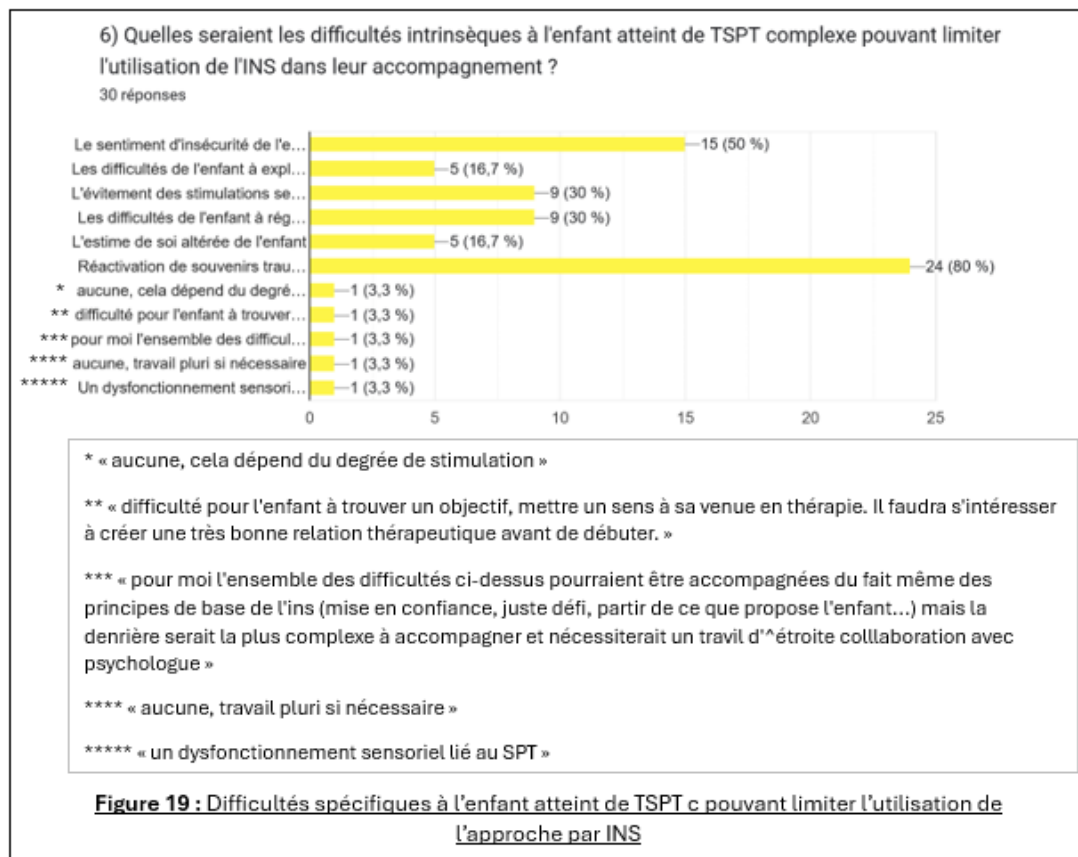
Toutefois, les réponses “particularités individuelles”, “trauma” et “besoins/quotidien” ont plus été associées à “cela dépend du profil de l’enfant” par rapport aux systèmes vestibulaire et proprioceptif.

→ Résultats des ergothérapeutes estimant que l'INS ne constitue pas suffisamment d'effets bénéfiques pour l'enfant atteint de TSPT complexe âgé de 7 à 11 ans (4 ergothérapeutes)

Les ergothérapeutes ayant répondu “non” à la question 1) n’ont pas eu besoin de répondre à ces questions dans leur section.

5.3.2 Limites et optimisation de l’approche

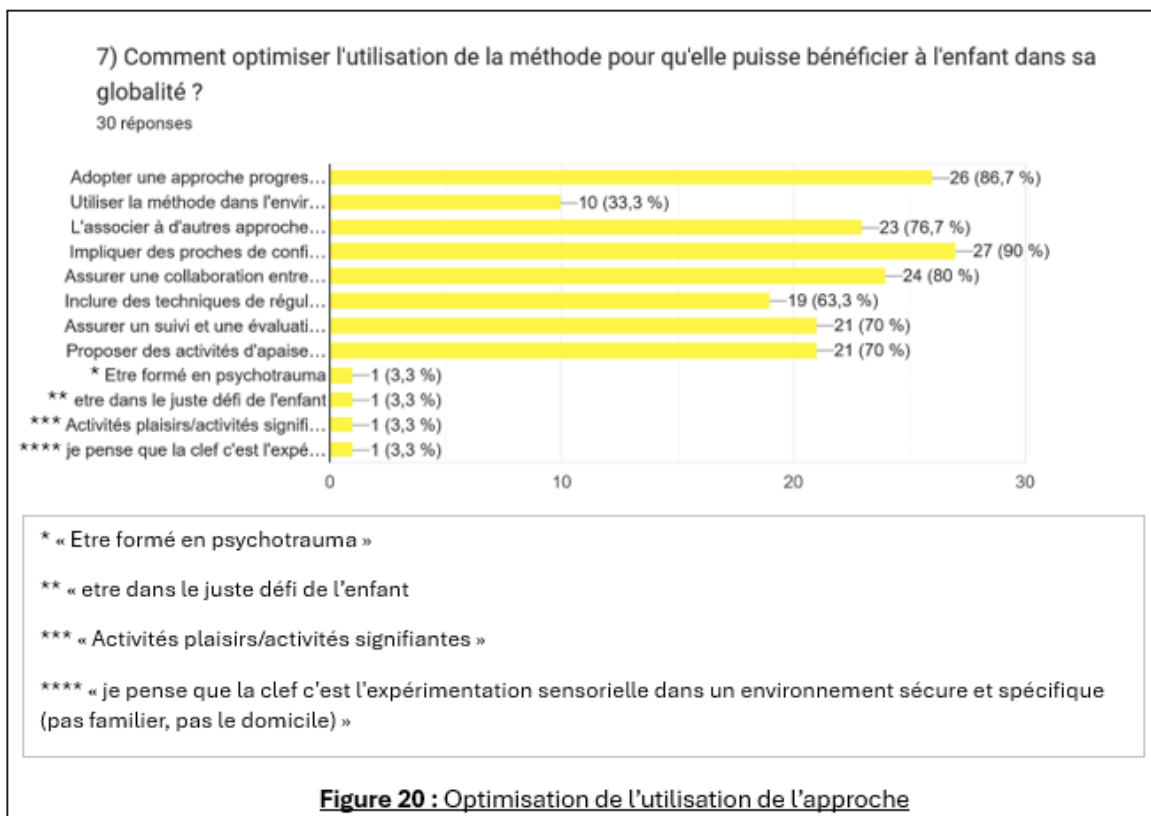
→ Résultats des ergothérapeutes estimant que l’INS peut être un outil à l’accompagnement des enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans



Au niveau des difficultés intrinsèques à l’enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l’utilisation de l’approche dans l’accompagnement ergothérapeutique, c’est la réactivation de souvenirs traumatiques qui est la plus citée (80%). Le sentiment d’insécurité de l’enfant envers le thérapeute a également été considéré comme une limite par la moitié des répondants. (Figure 19). 5 autres réponses ont été ajoutées à celles initiales

Concernant l’optimisation de la méthode, la quasi-totalité des ergothérapeutes estiment qu’impliquer des proches de confiance et adopter une approche progressive

favoriseraient son utilisation. L'associer à d'autres approches thérapeutiques, assurer une collaboration entre les différents professionnels de santé, inclure des techniques de régulation émotionnelle, assurer un suivi régulier et une évaluation des progrès de l'enfant, et proposer des activités d'apaisement ont également été mis en avant par plus de 60% des répondants. (Figure 20)

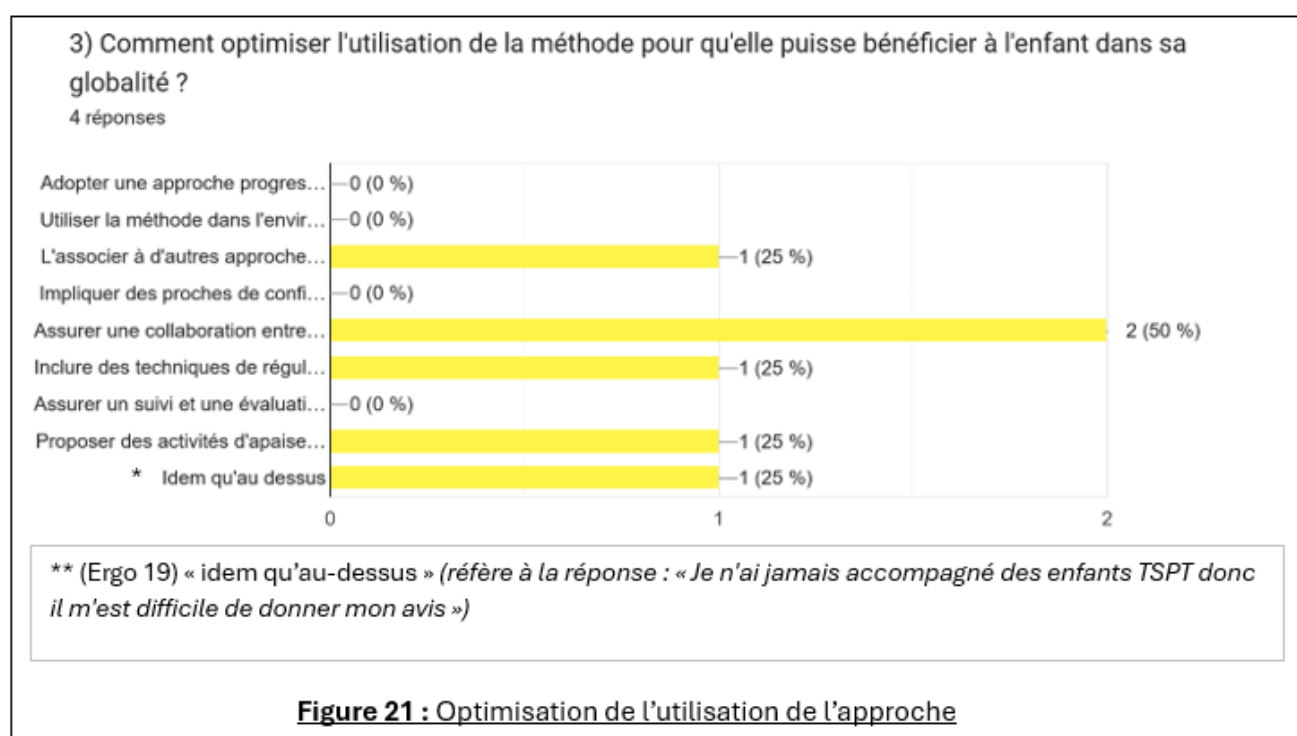


→ Résultats des ergothérapeutes estimant que l'INS ne constitue pas suffisamment d'effets bénéfiques pour l'enfant atteint de TSPT complexe âgé de 7 à 11 ans (4 ergothérapeutes)

La question "Quelles seraient les difficultés intrinsèques à l'enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement ?" semble avoir été utilisée par les 4 ergothérapeutes pour justifier leur point de vue concernant la question 1). Aucune des propositions de réponse n'a été sélectionnée : les 4 personnes ont partagé des réponses personnelles qui sont :

- (Ergo 19) « Je n'ai jamais accompagné des enfants TSPT donc il m'est difficile de donner mon avis »
- (Ergo 25) « L'intégration sensorielle est intéressante lors qu'il y a une perturbation du traitement des stimuli ayant entraîné un pb de développement. si le TSPT arrive à 7 ans, l'intégration sensorielle et le Développement ont déjà bien débuté. »
- (Ergo 29) « Ce n'est pas le but de l'approche »
- (Ergo 28) « Besoin de contrôler son environnement et ses sensations. Essayer de les changer n'est pas la stratégie, il mettra ses difficultés sur un autre endroit»

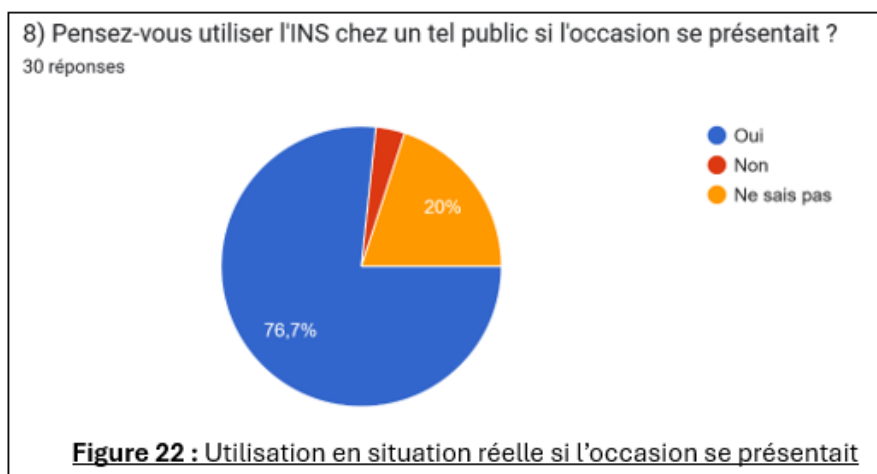
Concernant l'optimisation de la méthode pour qu'elle puisse bénéficier à l'enfant dans sa globalité, la réponse la plus choisie est "assurer une collaboration entre les différents professionnels de santé" (2 fois). Les propositions "associer l'INS à d'autres approches thérapeutiques", "inclure des techniques de régulation émotionnelle" et "proposer des activités d'apaisement" ont été sélectionnées qu'une seule fois chacune. (Figure 21)



5.3.3 Utilisation en cas d'occasion réelle

Parmi les 30 ergothérapeutes estimant que l'INS peut être un outil à l'accompagnement des enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans, 23 pensent utiliser l'approche par INS s'ils avaient l'occasion d'accompagner ce public. Au niveau de la part restante, 6 ergothérapeutes ne savent pas et 1 a répondu "non". (Figure 22)

Les résultats de cette question ont été croisés avec la question préliminaire sur la fréquence d'utilisation de l'approche par INS dans la pratique. L'ensemble de ces ergothérapeutes utilisent l'INS régulièrement à souvent, qu'ils aient répondu "oui", "je ne sais pas" et "non". Ainsi, aucune influence ne semble être observée. (Figure 23)



Pensez-vous utiliser l'INS chez un tel public ? Fréquence d'utilisation de l'INS dans la pratique	Oui (23 réponses)	Non (1 réponse)	Ne sait pas (6 réponses)
Très souvent	16	1	4
Régulièrement	7	0	2
Parfois	0	0	0
Jamais	0	0	0

Figure 23 : Croisement des réponses à la question 8) avec la fréquence d'utilisation de l'approche dans la pratique quotidienne

Pensez-vous utiliser l'approche par INS chez un tel public si l'occasion se présentait ?	Oui (6 réponses)
Oui	6
Non	0
Ne sais pas	0

Figure 24 : Continuité d'utilisation de l'approche pour les ergothérapeutes l'ayant déjà utilisée avec le public

Par ailleurs, les résultats du croisement de cette question avec « Avez-vous déjà utilisé l'approche par INS chez les enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ? »

montrent que la totalité des ergothérapeutes ayant déjà utilisé l'approche chez ce public, pense l'utiliser à nouveau. (Figure 23)

Enfin, une question ouverte en fin du formulaire a permis aux ergothérapeutes de partager si besoin, des suggestions et remarques complémentaires concernant l'étude. Ces données sont présentées dans l'ANNEXE V et seront évoquées dans la discussion.

6. Discussion

6.1. Interprétation des résultats

6.1.1 Profil de la population interrogée

Les personnes interrogées correspondent toutes aux critères d'inclusion qui sont : ergothérapeute diplômé, communiquant en français ou en anglais, ayant réalisé une formation INS (Intégration Neuro-Sensorielle) et ayant une expérience auprès des enfants âgés 7 à 11 ans. Ces conditions avaient été contrôlées lors de la prise de contact en amont de la transmission du questionnaire, et les 2 derniers critères cités précédemment ont été évalués une seconde fois dans les questions préliminaires.

Ainsi, l'ensemble des répondants est censé avoir des connaissances théoriques solides sur l'ergothérapie, le public pédiatrique (incluant la tranche d'âge étudiée), ainsi que sur le processus et l'approche d'INS. Leurs connaissances théoriques sur la thérapie d'INS sont consolidées par leur expérience, puisque 22 (sur 34) d'entre eux l'utilisent plusieurs fois par semaine, et 9 d'entre eux plusieurs fois dans le mois, bâtissant une expertise pertinente pour notre étude.

Cependant, l'analyse des résultats révèle que seulement un tiers de l'échantillon a déjà eu au moins une expérience avec un enfant atteint de TSPT complexe dans sa carrière. Le fait que ce chiffre soit aussi bas peut s'expliquer du fait qu'il s'agisse d'un trouble difficile à diagnostiquer (21), ou du fait que la majorité des ergothérapeutes formés à l'INS travaille en libéral (de ce qui était indiqué dans les annuaires) et n'accueille pas spécifiquement d'enfants appartenant au domaine psychiatrique (à la différence des structures spécialisées en santé mentale, qui sont probablement plus amenées à

accompagner ce trouble). Pour vérifier ceci, il aurait été intéressant de poser la question du lieu d'exercice parmi les questions préliminaires.

Ainsi, même si l'étude consistait en une réflexion et ne se basait pas nécessairement sur des observations concrètes car des apports théoriques sur le trouble ont été fournis en début de questionnaire pour compenser ceci, cela constitue une limite évidente à notre étude.

6.1.2. Intérêts de l'approche

88,2% des ergothérapeutes interrogés (correspondant à 30 sur 34) estiment que l'approche d'INS peut être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants atteints de TSPT complexe, âgés de 7 à 11 ans. A noter que 90% des ergothérapeutes ayant de l'expérience ont répondu « oui ».

D'après eux, elle permettrait de favoriser les interactions entre l'enfant et son environnement physique, qui est une réponse partagée par tous. Parmi ces 30 ergothérapeutes, 24 ont répondu que l'INS serait pertinente à utiliser pour les symptômes d'évitement et les symptômes liés à l'hypervigilance. Ces chiffres permettent de supposer que l'INS pourrait limiter certaines manifestations spécifiques au TSPT complexe en plus des conséquences que le traumatisme induit sur le développement de l'enfant.

En plus de l'engagement de l'enfant dans son environnement physique, les résultats laissent penser que les interactions avec l'environnement social, la construction du concept de soi, le développement cognitif et le développement psycho-affectif pourraient également être favorisés par l'approche par INS. En effet, ces réponses ont été sélectionnées à chaque fois par plus de la moitié des ergothérapeutes.

Concernant les systèmes sensoriels intéressants à développer pour ce trouble, cela semble avant tout dépendre du profil de l'enfant (particularités individuelles, type de traumatisme et besoins du quotidien), comme l'indiquent 86,7% des thérapeutes.

D'autre part, les résultats montrent que le vestibulaire (sélectionné par 50% des ergothérapeutes) et le proprioceptif (sélectionné par 56% des ergothérapeutes) seraient les plus intéressants à développer chez ce public, mais leurs justifications sont

inexploitables du fait qu'elles soient très variées (réponses ouvertes) en plus du fait qu'elles s'appliquent sur la combinaison des systèmes sensoriels sélectionnés (réponse à choix multiples) et non sur les systèmes sensoriels indépendamment.

Cependant, on peut relever que le vestibulaire et le proprioceptif ont été associés plusieurs fois à la notion de sécurité/insécurité et de régulation (émotionnelle et/ou du traitement sensoriel). De plus, il a été relevé plusieurs fois qu'ils constituaient le socle de base du processus d'INS.

Toutefois, 4 ergothérapeutes ont répondu "non" à la question "Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ?"

Les raisons de leur point de vue ont été explicitées dans leurs réponses à la question suivante (facteurs intrinsèques au public limitant l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement).

L'une des justifications est le manque d'expérience avec le public ciblé de l'étude, empêchant de répondre de manière certaine. En effet, 3 d'entre eux n'ont jamais accompagné ce trouble, on peut penser que ceci a pu affecter leur réponse négative, mais le nombre de réponses (4) n'est pas suffisamment représentatif pour mettre en avant cette idée.

Cette justification permet toutefois de constater qu'il aurait été intéressant d'inclure la proposition "je ne sais pas" à la question 1), qui aurait permis à cette personne, voire à d'autres, de répondre de manière plus honnête. Ainsi, on peut considérer que les réponses à la question 1) ont pu être biaisées par les propositions de réponse, comme cela a été relevé par une autre personne lors de la question sur les intérêts de l'approche. Sinon, il en ressort que traiter les difficultés de l'enfant atteint de TSPT complexe ne fait pas partie des objectifs de l'approche par INS, que le développement sensoriel a déjà bien débuté chez les enfants de la tranche d'âge étudiée (7-11 ans) et que l'approche ne ferait que déplacer les difficultés liées au trouble. Ces propos suggèrent que l'approche par INS n'est pas applicable aux enfants présentant des difficultés psycho-traumatiques. Ceci a d'ailleurs été partagé parmi les remarques/suggestions en fin de questionnaire.

On relèvera que parmi ces 4 ergothérapeutes, 3 d'entre eux utilisent l'approche par INS seulement quelques fois dans l'année ("parfois"), ce qui n'est pas le cas des 30 autres ergothérapeutes ayant répondu "oui", qui eux l'utilisent plusieurs fois par mois, voire par semaine. On pourrait se demander si ce facteur a pu influencer la réponse défavorable.

6.1.3. Comparaison avec les ergothérapeutes ayant expérimenté l'approche par INS chez des enfants atteints de TSPT complexe (âgés de 7 à 11 ans)

Parmi les 10 ergothérapeutes ayant déjà accompagné un enfant, âgé de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe, 7 ont déjà utilisé l'approche par INS, ce qui laisse penser que notre question de recherche a déjà été réfléchi par d'autres professionnels.

La majorité d'entre eux ont pu observer des changements chez l'enfant. Les plus cités sont une meilleure régulation (émotionnelle et du traitement sensoriel), une meilleure participation dans les activités et une meilleure relation thérapeutique. Ont également été cités, une meilleure exploration de l'environnement, une amélioration du sommeil et le développement des capacités motrices et de planification.

Les concepts de régulation, de relation thérapeutique et d'exploration de l'environnement peuvent renvoyer à ce qui a été mis en avant par les 30 ergothérapeutes estimant que l'approche par INS serait pertinente à l'accompagnement du public étudié. Cependant le fait que ces propos proviennent d'un nombre très limité de thérapeutes (6) ne permet pas d'appuyer/confirmer les résultats de l'étude de manière significative.

6.1.4. Limites et optimisation de l'approche

80% des ergothérapeutes ont mis en avant le risque de réactivation de souvenirs traumatiques, et 50% le sentiment d'insécurité de l'enfant envers le thérapeute. Ainsi, l'utilisation de l'INS chez un tel public peut présenter des risques majeurs, notamment liés au phénomène de reviviscence (réactivation de souvenirs traumatiques). Comme énoncé précédemment, les ergothérapeutes pratiquant l'INS semblent travailler majoritairement en libéral, et ne sont pas spécialistes des psychopathologies. Si une réactivation du souvenir traumatique survient, il n'est pas évident de savoir quelles sont

les meilleures conduites à tenir, ce qui peut impacter le choix d'utilisation de la méthode chez ce public. Un ergothérapeute a d'ailleurs suggéré par la suite qu'être formé en psychotrauma serait nécessaire pour accompagner un tel public.

Concernant l'optimisation de l'utilisation de l'approche, les résultats (de l'ensemble de l'échantillon) mettent en avant qu'une adoption progressive, une association à d'autres techniques thérapeutique, l'implication de proches de confiance, la collaboration entre les différents professionnels de santé, l'inclusion de techniques de régulation émotionnelle, un suivi et une évaluation régulière des progrès, et des activités d'apaisement bénéficieraient à l'enfant atteint de TSPT complexe dans sa globalité. Cependant, parmi ces propositions, certaines ont été qualifiées d'inhérentes à l'approche par INS (dans la partie remarques/suggestions). Ainsi, pour certaines propositions, il ne s'agirait pas de pistes d'optimisation de l'approche, mais de principes à appliquer, mais ceci peut varier en fonction des différentes formations d'INS.

6.1.5. Utilisation en cas d'occasion réelle

Enfin, 76,7% des ergothérapeutes estimant que l'INS peut avoir un intérêt chez les enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans, sont prêts à l'utiliser chez un tel public si l'occasion se présentait. Ceci permet d'objectiver que la plus grande part de l'échantillon total (23 thérapeutes) a relevé suffisamment de bénéfices pour pratiquer l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT. Parmi cette part, on retrouve les 6 ergothérapeutes ayant déjà utilisé l'approche avec le public étudié, ce qui laisse penser que leur expérience a été suffisamment positive pour réitérer en cas de nouvelle occasion.

Cependant certains doutes semblent persister puisque 6 ergothérapeutes parmi la part restante ont répondu "je ne sais pas", et 1 a répondu "non" et ceci ne semble pas être en lien avec la fréquence d'utilisation de l'INS dans la pratique quotidienne, puisque tous l'adoptent régulièrement à souvent.

6.2. Validation des hypothèses

L'objectif de ce travail était de réfléchir en quoi l'approche par INS peut être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants atteints de TSPT complexe, âgés de 7 à 11 ans.

Pour cette étude, nous avons déterminé que l'hypothèse devait être partagée par plus de 70% de l'échantillon total interrogé pour pouvoir être validée.

Tout d'abord, 88,2% de l'échantillon interrogé estime que l'approche serait bel et bien intéressante à utiliser chez un tel public.

Les résultats mettent en avant que 100% d'entre eux pensent que l'approche permettrait de favoriser les interactions entre l'enfant et son environnement physique (correspondant à **88,23% de l'échantillon total**), **permettant ainsi de valider l'hypothèse 1 : L'utilisation de l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe permet de renforcer les fonctions nécessaires pour interagir avec leur environnement physique.**

Concernant la manière de l'utiliser (si l'on devait synthétiser l'analyse des résultats discutés), bien qu'une tendance pour le vestibulaire et le proprioceptif semble se démarquer, les ergothérapeutes pensent qu'il faut développer les systèmes sensoriels de manière personnalisée (avis partagé par 76,47% de l'échantillon total), c'est-à-dire en fonction des particularités, du type de traumatisme vécu et des besoins de l'enfant dans sa vie quotidienne. Impliquer des proches de confiance apparaît comme un point majeur dans l'optimisation de la méthode (partagé par 79,41% de l'échantillon total), en plus de l'utiliser de manière progressive (76,47% de l'échantillon total) et de collaborer avec plusieurs professionnels de santé (70,58% de l'échantillon total). Il en ressort néanmoins que l'approche par INS pourrait provoquer un risque de réactivation de souvenirs traumatiques (réponse mise en avant par 70,58% de l'échantillon total), manifestation spécifique du TSPT, qu'il faudrait prendre compte.

Au final, quasiment 70% de la population interrogée dans notre étude serait prête à l'utiliser chez le public étudié en cas de situation concrète

D'autre part, 73,3% des ergothérapeutes ayant un avis favorable sur l'utilisation de l'INS chez le public étudié estime qu'elle permettrait également de favoriser les interactions entre l'enfant et son environnement social, correspondant à environ **64,70% de l'échantillon total**. Bien que ce point de vue soit partagé par un grand nombre de professionnels interrogés, **il n'est pas suffisamment solide pour pouvoir valider l'hypothèse 2. L'utilisation de l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe permet de renforcer les fonctions nécessaires pour interagir avec leur environnement social.**

L'étude a également mis en avant que l'approche par INS permettrait de favoriser la construction du concept de soi, favoriser le développement cognitif et le développement psychoaffectif de l'enfant. Aucune hypothèse spécifique à ces dimensions n'avait été clairement formulée en amont de l'étude, cependant, on peut considérer qu'elles renvoient au terme de "fonctions nécessaires", que l'on retrouve de manière commune dans les 2 hypothèses.

6.3. Lien avec la littérature actuelle

Une étude expérimentale, publiée en 2019 avait été réalisée chez des enfants atteints de TSPT suite aux attentats de Nice. (82) En effet, un groupe thérapeutique inspiré de la thérapie d'Intégration Neuro-Sensorielle a été mis en place au sein d'un centre hospitalier dans l'objectif de limiter l'hyper réactivité sensorielle des enfants qui empêchait les expérimentations dans leur environnement. On retrouve plusieurs similitudes entre les résultats de cette étude et la nôtre.

En effet, l'étude a mis en avant au travers de ses observations une meilleure régulation (progressive) face aux stimuli sensoriels (82). Ceci est donc cohérent avec les résultats de notre étude qui nous ont permis de valider l'hypothèse que l'utilisation de l'approche par INS chez les enfants atteints de TSPT complexe permet de renforcer les fonctions nécessaires pour interagir avec leur environnement physique.

Concernant les interactions avec l'environnement social, l'étude de Valérie Bonnard-Couton et al. a révélé une évolution positive au fil du groupe thérapeutique sensoriel (82). De notre côté, nous avons vu que l'hypothèse n°2 n'avait pas pu être

validée ; toutefois 64,70% de l'échantillon total a cité les interactions avec l'environnement social parmi les intérêts de l'approche, ce qui reste une part importante en cohérence avec les observations expérimentales.

L'idée d'inclure un proche de confiance pour optimiser l'approche par INS a également été partagée dans cette étude, puisque la médiation a été réalisée en compagnie d'un des parents (82).

Les différences se retrouvent principalement au niveau des systèmes sensoriels. En effet, bien que l'ensemble d'entre eux (hormis le gustatif) ait été stimulé lors du groupe thérapeutique, les améliorations ont été observés au niveau des systèmes auditif, visuel et olfactif (82), alors que notre étude donnait de l'importance aux vestibulaire et proprioceptif.

En tout cas, les similitudes et différences entre cette étude et la nôtre restent à nuancer, car l'étude expérimentale porte sur des enfants avec un âge inférieur à 6 ans (tranche de 7 à 11 ans dans notre étude) et ayant subi un psycho-traumatisme de nature simple, alors que c'est la dimension complexe qui est considérée ici.

6.4. Biais et limites de l'étude

Notre étude est cependant constituée de plusieurs limites que nous avons déjà pu évoquer précédemment.

Concernant le fond de l'étude, la principale est que la majorité des ergothérapeutes interrogés n'ont pas d'expérience directe avec les enfants atteints de TSPT complexe, pouvant limiter la fiabilité des résultats. En effet, bien que des apports théoriques ont été fournis en prévision de cette limite, ils ne permettent pas de compenser des savoirs et observations acquis sur le terrain. Il avait été envisagé d'ajouter "ayant de l'expérience avec les enfants atteints de TSPT complexe" parmi les critères d'inclusion, mais ceci aurait limité considérablement le nombre de réponses et donc leur représentativité.

La seconde limite est le fait qu'il existe plusieurs formations d'INS (pour rappel l'approche par INS regroupe l'ensemble des thérapies dérivées de l'ASI®), ainsi, bien qu'il existe un socle commun, le contenu peut parfois différer entre elles, pouvant ainsi influencer la validité des résultats de notre étude.

Quant à la forme de l'étude, j'ai fait le choix d'inclure des questions avec réponses multiples et ouvertes, dans l'optique d'enrichir la réflexion et d'avoir des informations les plus complètes possibles. Cependant, cela a conduit à un grand nombre et une grande variété de réponses, ayant complexifié leur analyse ainsi que leur interprétation. Parfois, les résultats n'ont pas pu être exploités, comme c'est le cas de la justification des systèmes sensoriels, dont les données étaient trop variées et ne pouvaient pas être rassemblées, ne permettant pas de mettre en avant des tendances significatives.

Enfin, l'étude a pu être soumise à un biais, qui est celui d'induction de réponse par les propositions du questionnaire. Ayant également été anticipé, la majorité des questions a bénéficié de la possibilité d'ajouter des réponses parmi celles déjà existantes (option "autre") permettant de répondre au plus proche de son point de vue et donc de manière la plus honnête possible.

Cependant, pour la question 1) "Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ?", il était possible de ne répondre que par "oui" ou par "non". De ce fait, si des ergothérapeutes ont été en difficulté pour se prononcer sur l'intérêt de l'approche, ils ont dû être contraints de choisir une réponse ne reflétant pas leur incertitude. Ce point de difficulté a d'ailleurs été relevé par 2 ergothérapeutes. Ainsi, certains résultats de l'étude peuvent être à nuancer.

6.5. Intérêts pour la pratique

Avoir élaboré et réalisé cette étude scientifique a permis de prendre en considération les répercussions sensorielles que peut induire le TSPT complexe chez l'enfant et ainsi d'ouvrir la voie à l'approche par INS comme technique d'accompagnement thérapeutique. Ce travail prend en compte une dimension élargie, qui va au-delà des 4 groupes de symptômes classiques. Ceci permet de préparer une intervention ergothérapeutique aussi holistique que possible, puisqu'à ce jour aucune recommandation officielle n'a été publiée pour ce public.

En somme, cette recherche semble avoir été pertinente pour les professionnels interrogés, puisque plusieurs d'entre eux sont demandeurs des résultats et certains proposent des pistes d'exploration complémentaires (contact, littérature...).

Ainsi, d'autres études plus approfondies mériteraient d'être effectuées, notamment auprès de professionnels formés au psycho-traumatisme afin de poursuivre la réflexion.

Pour ma part, cette étude m'a permis d'enrichir et de préparer les moyens d'accompagnement que je pourrai mettre en place chez l'enfant atteint de TSPT complexe lorsque j'exercerai en tant que professionnelle. En effet, souhaitant travailler en pédiatrie plus tard, j'aurai l'occasion de rencontrer des enfants ayant une histoire de vie difficile puisqu'il s'agit d'un trouble qui reste fréquent chez l'enfant, bien qu'il soit sous-diagnostiqué. De plus, avoir observé l'approche par INS en stage en cours d'année conforte mon choix de me former à cette thérapie plus tard, il est donc intéressant de savoir que je peux l'utiliser de façon à ce qu'elle bénéficie aux plus grands nombres d'enfants que j'accompagnerai, à condition qu'elle soit pertinente à leurs profils et besoins.

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en avant l'approche d'Intégration Neuro-Sensorielle parmi les thérapies que l'ergothérapeute pourrait proposer à l'accompagnement de l'enfant atteints de trouble de stress post-traumatique complexe. L'intérêt ressorti étant principalement l'amélioration des interactions entre l'enfant et son environnement physique.

D'un point de vue expérience personnelle, rédiger ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les différents concepts le constituant, notamment grâce à l'exploration de la littérature scientifique lors de la construction du cadre théorique.

D'autre part, j'ai pu m'initier à des méthodes de recherche scientifique en mettant en place une étude quantitative et en analysant les données résultantes.

Enfin, réaliser la partie discussion m'a offert la possibilité de prendre du recul sur mon travail et d'adopter un point de vue critique, qu'il est nécessaire de prendre en tant que future professionnelle afin de tirer des pistes d'amélioration sur sa manière de faire et donc de proposer une intervention la plus optimale possible.

Plus généralement, j'ai pu organiser et m'engager dans un sujet auquel je porte de l'intérêt et projeter ma future pratique en recueillant les points de vue et conseils d'autres ergothérapeutes expérimentés.

Si l'on a pu voir durant ce travail que les ergothérapeutes formés à l'approche par INS étaient favorables quant à son utilisation chez l'enfant atteint de TSPT complexe, on pourrait se questionner quant à l'avis des professionnels formés au psycho-traumatisme, comme il l'a été recommandé par certains ergothérapeutes de l'étude.

Bibliographie :

- (1) Psychiatriemed - Graphosphère: les étapes du développement affectif de l'enfant, illustrées de dessins - Dr Anne MALGOIRE LORIN. [cité 8 mai 2025. Disponible sur: https://www.psychiatriemed.com/anne_malgoire_lorin_etapes_developpement_affectif_enfant.php
- (2) Présentation du concept Snoezelen [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>
- (3) Inserm [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
- (4) Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. Longo DL, éditeur. N Engl J Med [Internet]. 22 juin 2017 [cité 21 sept 2024];376(25):2459-69. [consulté le 21/09/2024] Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1612499>
- (5) Charret L, Thiébaud Samson S. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie: Contraste [Internet]. 19 avr 2017 [cité 5 oct 2024];N° 45(1):17-36. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-17.htm?ref=doi>
- (6) Iife français | sifef [Internet]. <https://sifef.fr/>. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://sifef.fr/iife-francais/>
- (7) Ray-Kaeser S, Dufour C. Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle Sensory Integration theoretical concepts and therapeutic approach. 2013 [cité 5 oct 2024]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.5159.2645>
- (8) Man F. The hierarchy of evidence: Is the study's design robust? [Internet]. The Logic of Science. 2016 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://thelogicofscience.com/2016/01/12/the-hierarchy-of-evidence-is-the-studys-design-robust/>

- (9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. pp 301-313.
- (10) Ressler Kerry J, Berretta S, Bolshakov VY, Rosso IM, Meloni EG, Rauch SL, et al. Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nat Rev Neurol* [Internet]. mai 2022 [cité 30 sept 2024];18(5):273-88. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9682920/>
- (11) Syndrome de stress post-traumatique (Sspt) - Inicea [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/syndrome-stress-post-traumatique>
- (12) AMMENDOLA, S. Troubles post-traumatiques simple et complexe: prise en charge et options thérapeutiques. *Rev Med Brux*, 43. 2022. 337-342. Disponible sur : <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/publications/2022-09/Pages%20de%20RMB%20092022%20FULL%20BD-8%20Ammendola.pdf>
- (13) Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ* [Internet]. 10 juin 2014 [cité 31 déc 2024];186(9):E324-32. Disponible sur: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.131792>
- (14) Alisic E, Zalta AK, Wesel F van, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. mai 2014 [cité 31 déc 2024];204(5):335-40. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/rates-of-posttraumatic-stress-disorder-in-traumaexposed-children-and-adolescents-metaanalysis/>
- (15) Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Trouble de stress post-traumatique (Tspt) - Trouble de stress post-traumatique (Tspt). Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxiété-et-troubles-liés-aux-ess/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt>

- (16) Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Troubles de stress post-traumatique et aigu chez l'enfant et l'adolescent - Troubles de stress post-traumatique et aigu chez l'enfant et l'adolescent. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-mentaux-chez-les-enfants-et-les-adolescents/troubles-de-stress-post-traumatique-et-aigu-chez-l'enfant-et-l'adolescent>
- (17) Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. Longo DL, éditeur. N Engl J Med [Internet]. 22 juin 2017 [cité 21 sept 2024];376(25):2459-69. [consulté le 21/09/2024]
Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1612499>
- (18) Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Anxiety Disord 2011;25: 456-65. [consulté le 21/09/2024] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618510002288>
- (19) Schlenger WE, Corry NH, Williams CS, et al. A prospective study of mortality and trauma-related risk factors among a nationally representative sample of Vietnam veterans. Am J Epidemiol 2015;182: 980-90. [consulté le 21/09/2024]
Disponible sur : <https://academic.oup.com/aje/article/182/12/980/2195679>
- (20) Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex trauma in children and adolescents. Psychiatr Ann [Internet]. mai 2005 [cité 30 déc 2024];35(5):390-8. Disponible sur: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00485713-20050501-05>
- (21) Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 déc 2024]. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - enfants et adultes - note de cadrage. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psycho-traumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage
- (22) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2016

- (23) Marie-Eve GRISE BOLDUC. Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent : mieux comprendre pour mieux intervenir. Editions MIDI TRENTE; 2023
- (24) Blaustein ME, Kinniburgh KM. Treating traumatic stress in children and adolescents, second edition: how to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2018
- (25) Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC, Sarfati GÉ. Traiter les victimes de la maltraitance infantile: psychothérapie de l'existence interrompue. Paris: Dunod; 2014. (Les ateliers du praticien).
- (26) Van der Kolk BA. The body keeps the score: mind, brain and body in the transformation of trauma. London: Penguin Books; 2014
- (27) Prise en charge du stress post traumatique [Internet]. Anxiété.fr. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.anxiete.fr/stress-post-traumatique/prise-en-charge/>
- (28) Thérapie cognitive et comportementale (Tcc) | centre de psychologie intégrative [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.psychologie-integrative.com/therapie-cognitive-et-comportementale-tcc/>
- (29) Westphal V. Santé Mentale. Trouble de stress post-traumatique : recommandations pour le généraliste. 2022 [en ligne] [cité 7 mai 2025] Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/10/trouble-de-stress-post-traumatique-recommandations-pour-le-generaliste/>
- (30) Marie-Chantal Morel-Bracq. Modèles conceptuels en ergothérapie - Introduction aux concepts fondamentaux. 1re ed. De Boek Supérieur;2017. P2
- (31) Martin P. L'utilisation du modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel : une réponse à la recherche identitaire des ergothérapeutes exerçant en rééducation. 8 juin 2021 [cité 31 déc 2024];122. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281197>

- (32) Chanal Marie-Julie. L'enfant avec des Troubles Développementaux de la Coordination et l'estime de soi : l'utilisation de la méthode CO-OP. [Internet]. ANFE. 2022 [cité 31 déc 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/lenfant-avec-des-troubles-developpementaux-de-la-coordination-et-lestime-de-soi-lutilisation-de-la-methode-co-op/>
- (33) Grillot E. Comment l'ergothérapeute agit sur l'environnement social pour favoriser la sécurité des résidents souffrants de troubles cognitifs, lors de leurs déplacements. 6 juin 2023 [cité 2 oct 2024];127. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04129583>
- (34) Meyer S. De l'activité à la participation. 1st ed. Louvain-la-Neuve: DeBoeck Supérieur;2013.
- (35) Philosciences. Environnement [en ligne] [consulté le 05/10/2024] Disponible sur :<https://philosciences.com/environnement>
- (36) Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Environnement bâti | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/saine-alimentation-mode-vie-actif/environnements-favorables-sante/environnement-bati>
- (37) Fisher A, Marterella A. Powerful Practice: A model for authentic occupational therapy; 2019
- (38) Le secteur de la culture | UNESCO [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.unesco.org/fr/culture/about>
- (39) Townsend EA, Polatajko HJ. Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes; 2013.
- (40) Académie de Bordeaux [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Les compétences psychosociales (Cps) : qu'est ce que c'est ? Disponible sur:

<https://www.ac-bordeaux.fr/les-competences-psychosociales-cps-qu-est-ce-que-c-est-128726>

- (41) Bukya TN, Rao DSF. Impact of home environment and peer group influence on psychosocial competence of adolescents. Journal of Positive School Psychology [Internet]. 21 sept 2022 [cité 2 oct 2024];6(9):252-60. Disponible sur: <https://www.journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/12104>
- (42) Vos questions les plus fréquentes [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>
- (43) La santé - définition | ma santé en bourgogne-franche-comté [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sante-qui-es-tu/la-sante-definition>
- (44) Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Déterminants de la santé | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.gc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- (45) Les déterminants de la santé | Ma santé en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sante-qui-es-tu/les-determinants-de-la-sante>
- (46) L'enfant et son environnement [Internet]. [cité 5 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/dossier/lenfant-et-son-environnement>
- (47) SPF. Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ? [Internet]. [cité 31 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/comment-les-facteurs-socio-environnementaux-durant-l-enfance-influencent-ils-la-sante-au-cours-de-la-vie>
- (48) Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. Journal de

Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation [Internet]. 1 déc 2010 [cité 3 oct 2024];30(4):194-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X10001301>

- (49) À propos de l'anfe [Internet]. ANFE. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/a_propos_anfe/
- (50) Therapists WF of O. WFOT. 2024 [cité 4 oct 2024]. About occupational therapy. Disponible sur: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- (51) Ergothérapie | Définition, expertises et protocoles de soins [Internet]. Ergotherapeutes.net. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ergotherapeutes.net/ergotherapie/>
- (52) Chapitre ier : ergothérapeute. (Articles L4331-1 à L4331-7)- légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006171314/
- (53) Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. ANFE. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- (54) Unicef. Convention des droits des enfants [Internet]. [cité 5 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant/convention-droits-version-enfants>
- (55) Bachler L. Trois conceptions philosophiques de l'enfance. Spirale - La grande aventure de bébé [Internet]. 21 oct 2016 [cité 5 déc 2024];79(3):48-57. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-spirale-2016-3-page-48>
- (56) Speranza M, Ferrari P. 1. Principales théories du développement de l'enfant. In: Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Lavoisier; 2012 [cité 5 déc 2024]. p. 3-11. Disponible sur:

<https://shs.cairn.info/traité-européen-de-psychiatrie-et-de-psychopathologie--9782257205193-page-3>

- (57) Gouvernement du Québec [Internet]. [cité 5 déc 2024]. Développement global de l'enfant. Disponible sur:
<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/developpement-global-enfant>
- (58) Ordre des ergothérapeutes du Québec [Internet]. 2012 [cité 5 déc 2024]. L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement. Disponible sur:
<https://www.oeg.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/14-lergotherapie-aupres-de-lenfant-qui-presente-un-retard-de-developpement.html>
- (59) Diderot A. Académie Diderot. 2022 [cité 31 déc 2024]. Le développement cognitif de l'enfant selon Jean Piaget. Disponible sur:
<https://www.academiediderot.com/post/développement-cognitif>
- (60) Jahoda, M. (1959). Current concepts of positive mental health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1(10), 565.
- (61) Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *smq* [Internet]. 2017 [cité 3 oct 2024];42(1):125-45. Disponible sur:
<https://www.erudit.org/en/journals/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040247ar/abstract/>
- (62) Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. juin 2005 [cité 6 oct 2024];73(3):539-48. Disponible sur :
<https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- (63) Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 3 oct 2024]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- (64) Ordre des ergothérapeutes du Québec [Internet]. 2009 [cité 4 oct 2024].
L'ergothérapie en santé mentale. Disponible sur:
<https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotheapie-en-sante-mentale.html>
- (65) Ordre DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne adulte [Internet] . 2009 [cité 5 oct 2024].
Disponible sur:
<https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/16~v~l-ergotherapeute-au-sein-des-services-de-sante-mentale-en-premiere-ligne-adulte.pdf>
- (66) Snedden, D. La pratique sensible aux traumatismes: un nouveau rôle en ergothérapie [Internet]. *PRÉSIDENTE DE L'ACE*, 26. [cité 5 oct 2024] Disponible sur :
https://caot.ca/document/6065/AE_Nov_12.pdf#page=26
- (67) Williams MS, Shellenberger S. How does your engine run?: a leader's guide to the Alert Program for self-regulation. Rev. ed. Albuquerque, NM: TherapyWorks; 1996.
- (68) Barbier I. L'intégration sensorielle : de la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste* [Internet]. 14 avr 2014 [cité 4 oct 2024]; 39(1):143-59. Disponible sur:
<https://shs.cairn.info/revue-contraste-2014-1-page-143>
- (69) Galiana-Simal A, Vela-Romero M, Romero-Vela VM, Oliver-Tercero N, García-Olmo V, Benito-Castellanos PJ, et al. Sensory processing disorder: Key points of a frequent alteration in neurodevelopmental disorders. Schumacher U, éditeur. *Cogent Medicine* [Internet]. 4 mars 2020 [cité 4 oct 2024];7(1). Disponible sur:
<https://www.cogentoa.com/article/10.1080/2331205X.2020.1736829>

- (70) Baranek GT. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 1 oct 2002 [cité 4 oct 2024];32(5):397-422. Disponible sur: <https://doi.org/10.1023/A:1020541906063>
- (71) Subtypes of spd [Internet]. [cité 4 oct 2024].
Disponible sur: <https://sensoryhealth.org/basic/subtypes-of-spd>
- (72) Le Neuro Groupe [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Intégration sensorielle. Disponible sur: <https://www.leneurogroupe.org/integration-sensorielle>
- (73) BARANGER C. L'intégration sensorielle en ergothérapie : Accompagner vers l'autonomie l'enfant présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme. p20 f. Mémoire d'initiation à la recherche : Ergothérapie : Paris Est Créteil : 2019. [en ligne] [consulté le 08/05/2025]. Disponible sur : <https://anfe.fr/lintegration-sensorielle-en-ergotherapie-accompagner-vers-lautonomie-lenfant-presentant-un-trouble-du-spectre-de-lautisme/>
- (74) Approche d'intégration sensorielle® selon A.J. AYRES (Asi), - Module 1 / 3 : Fondements - ANFE [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://formation.anfe.fr/formation/approche-integration-sensorielle-selon-aj-ayres-asi-modu-1-3-fondements-e01/approche-integration-sensorielle-selon-aj-ayres-asi-modu-1-3-fondements-46>
- (75) May-Benson, T. A., & Koomar, J. A. Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children.[Internet] *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(3). 2010 [cité 6 oct 2024] 403-414. Disponible sur :<https://research.aota.org/ajot/article-abstract/64/3/403/5340/Systematic-Review-of-the-Research-Evidence>

- (76) Barton EE, Reichow B, Schnitz A, Smith IC, Sherlock D. A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities* [Internet]. 1 févr 2015 [cité 6 oct 2024];37:64-80. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089142221400482X>
- (77) D'IGNAZIO A. Quels champs d'action du psychomotricien auprès d'enfants et adultes TSA entre pratiques recommandées et programmes globaux ?. *Evolutions psychomotrices*. 2016; n°104
- (78) ORA - Consultation en ligne. Bottom Up et Top Down, deux approches en ergothérapie. [en ligne] [cité 8 mai 2025] Disponible sur: <https://www.ora-visio.fr/approche-%E2%80%89bottom-up%E2%80%89et-%E2%80%89top-down%E2%80%89-en-ergotherapie/>
- (79) L'intervention (Internet). L. ROZE - Ergo Sud Nantes. 2022 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://ergosudnantes.wordpress.com/lintervention/>
- (80) Lloyd S. *Improving sensory processing in traumatized children: practical ideas to help your child's movement, coordination and body awareness*. London Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016
- (81) De Ketele JM, Roegiers X. *Méthodologie du recueil d'informations fondamentaux : méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. 5e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2015. (Méthodes en sciences humaines)
- (82) BONNARD-COUTON V, RAYMOND S, BEDU S, BATTISTA M, ASKENAZY F. Approche sensorielle du psychotraumatisme auprès de jeunes enfants victimes de l'attentat de Nice du 14 juillet 2016 : de la réactivité à la régulation. *Psychiatrie de l'enfant*. 2019; LXII : 351-367

Annexes

Sommaire des annexes :

ANNEXE I : Compétences psycho-sociales (CPS).....	
ANNEXE II : Descriptif du Trouble de Stress Post Traumatique complexe présenté en début de questionnaire	
ANNEXE III : Questionnaire finalisé	
ANNEXE IV : Codification de la question 5) Pourquoi ?	
ANNEXE IV : Présentation des résultats	
ANNEXE VI : Rétroplanning organisationnel de l'étude	
ANNEXE VII : Résumé en anglais.....	
ANNEXE VIII : Résumé en français.....	

ANNEXE I : Compétences psycho-sociales (CPS)

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
		Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

Compétences psychosociales (Cps) [Internet]. [cité 6 oct 2024].

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

ANNEXE II : Descriptif du Trouble de Stress Post Traumatique complexe présenté en début de questionnaire

Voici une présentation de la pathologie et de ses manifestations chez l'enfant :

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble mental qui se développe à la suite d'un événement traumatique. Il regroupe un ensemble de réactions inadaptées et invalidantes dans la vie quotidienne de la personne atteinte. Il est la conséquence d'une "mise en mémoire dysfonctionnelle du souvenir traumatique".

Le TSPT peut être de nature simple, ou complexe. Il s'agit d'un TSPT complexe si la personne a été exposée à des événements traumatiques répétés dans le temps, qui ont souvent lieu dans la sphère interpersonnelle ou familiale et qui sont d'autant plus destructurants s'ils se sont présentés précocement dans la vie de l'individu (abus, incestes, violences ou maltraitance psychique et/ou physique...).

Selon le DSM-5, le TSPT se manifeste par 4 groupes de symptômes :

- 1. Symptômes de reviviscence** involontaire et répétée de l'événement traumatique. Elle survient spontanément, suite à un stimulus (son, lieu, odeur...) ou encore lorsque la vigilance est moindre.
- 2. Symptômes d'évitement** : l'individu évite de s'exposer à des activités, des lieux, des pensées, des discussions, des situations (...) qui lui rappellent le traumatisme, dans le but d'esquiver les symptômes d'intrusion et la peur associée
- 3. Troubles de l'humeur et de la pensée**
- 4. Symptômes liés à l'hypervigilance**, qui se traduisent par des difficultés de sommeil, des troubles de la concentration ou encore une perte de contrôle de ses réactions

Parfois, le TSPT peut être accompagné d'une dissociation.

Chez l'enfant, des études ont mis en avant que le TSPT pouvait également être associé à des troubles anxieux, alimentaires, du sommeil, et des conduites.

Concernant les conséquences du traumatisme complexe chez l'enfant et son développement :

Cohen JA. et al. ont mis en avant que le traumatisme psychologique pouvait altérer en profondeur le développement de l'enfant que ce soit dans les dimensions psycho-affective, cognitive, identitaire, d'estime de soi ainsi que dans les apprentissages.

En effet, les enfants ayant été exposés à un traumatisme complexe ne peuvent pas toujours s'aider du soutien de l'adulte pour apprendre à réguler leurs émotions, les empêchant d'adopter des méthodes permettant d'atténuer l'intensité de leur expérience émotionnelle.

De plus, le fait que les épisodes traumatiques vécus par les enfants et les adolescents impliquent souvent des figures proches (tels que les parents) peut induire des troubles de l'attachement. Les enfants ressentent une forme de trahison de la part de leurs figures de référence, engendrant chez eux une perte considérable du sentiment de sécurité et de curiosité et donc, de sa capacité à explorer le monde. Ainsi, l'enfant peut se trouver en difficulté dans la construction et la préservation de ses relations interpersonnelles mais ceci peut également altérer ses apprentissages. En effet, cette "dangerosité" dissuade l'enfant d'explorer son environnement, limitant les occasions d'expérimentation et donc sa capacité à aborder, apprendre et retenir l'information.

Enfin, en cas de violence/maltraitance, l'estime de soi peut également être dégradée, puisque l'enfant, dont le jugement est encore immature, considère qu'il est la cause des mauvais traitements qu'il a subis : ils peuvent se percevoir comme étant nuls, sans valeur, endommagés, indignes d'être aimés (...).

ANNEXE III : Questionnaire finalisé

Les réponses avec une * indiquent une réponse obligatoire

Section 1 : Questions préliminaires

Êtes-vous formé(e) à l'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) ? *

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à la fin du questionnaire

Avez-vous de l'expérience dans l'accompagnement des enfants âgés de 7 à 11 ans ? *

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à la fin du questionnaire

A quelle fréquence utilisez-vous l'approche par INS ? *

(Réponse unique)

- Très souvent (plusieurs fois par semaine)
- Régulièrement (quelques fois dans le mois)
- Parfois (quelques fois dans l'année)
- Jamais

Avez-vous déjà accompagné un enfant diagnostiqué de TSPT complexe, ou un enfant en présentant des symptômes ? *

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Si la personne répond « Oui », elle est renvoyée à la section 1'

Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à section 2

Section 1' : Vous avez de l'expérience avec les enfants atteints de TSPT complexe

Avez-vous déjà utilisé l'approche par INS chez les enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ? *

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous observé des changements/améliorations chez l'enfant ?

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Lesquels ?

(Réponse ouverte)

Section 2 : Réflexion sur l'usage de l'INS chez l'enfant atteint de TSPT

1. Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ? *

(Réponse unique)

- Oui
- Non

Si la personne répond « Oui », elle est renvoyée à la section 3

Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à section 3'

Section 3 : Vous estimez que l'INS peut avoir un intérêt chez les enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans

2. Pour quelle(s) manifestation(s) du trouble l'INS semble pertinente ? *

(Réponse à choix multiples)

- Symptômes de reviviscence
- Symptômes d'évitement
- Troubles de l'humeur et de la pensée
- Symptômes liés à l'hypervigilance
- Troubles dissociatifs
- La détérioration du concept de soi
- Autre : _____

3. En quoi l'INS peut aider l'enfant atteint de TSPT complexe dans sa vie quotidienne ? *

(Réponse à choix multiples)

- Favoriser les interactions avec l'environnement physique
- Favoriser les interactions avec l'environnement social
- Favoriser la construction du concept de soi
- Favoriser le développement cognitif de l'enfant
- Favoriser le développement psycho-affectif de l'enfant
- Autre : _____

4. Selon vous, quel(s) système(s) sensoriel(s) stimulé(s) par l'INS serai(en)t intéressant(s) à développer chez un tel public ? *

(Réponse à choix multiples)

- Le système vestibulaire
- Le système proprioceptif
- Le système tactile
- Le système visuel
- Le système auditif

- Le système olfactif
- Le système gustatif
- Cela dépend du profil de l'enfant
- Autre : _____

5. Pourquoi ? *

(Réponse ouverte)

6. Quelles seraient les difficultés intrinsèques à l'enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement ? *

(Réponse à choix multiples)

- Le sentiment d'insécurité de l'enfant envers le thérapeute
- Les difficultés de l'enfant à explorer l'environnement
- L'évitement des stimulations sensorielles
- Les difficultés de l'enfant à réguler ses émotions
- L'estime de soi altérée de l'enfant
- Réactivation de souvenirs traumatiques
- Autre : _____

7. Comment optimiser l'utilisation de la méthode pour qu'elle puisse bénéficier à l'enfant dans sa globalité ?

(Réponse à choix multiples)

- Adopter une approche progressive et flexible
- Utiliser la méthode dans l'environnement écologique de l'enfant (lieu de vie)
- L'associer à d'autres approches thérapeutiques
- Impliquer des proches de confiance dans le processus thérapeutique
- Assurer une collaboration entre les différents professionnels de santé (psychologues ...)
- Inclure des techniques de régulation émotionnelle pour aider l'enfant à mieux gérer ses émotions au quotidien
- Assurer un suivi et une évaluation régulière des progrès de l'enfant
- Proposer des activités d'apaisement

Autre : _____

8. Pensez-vous utiliser l'INS chez un tel public si l'occasion se présentait ?

*

(Réponse unique)

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Section 3' : Vous estimez que l'INS ne constitue pas suffisamment d'effets bénéfiques pour l'enfant atteint de TSPT complexe âgé de 7 à 11 ans

2. Quelles seraient les difficultés intrinsèques à l'enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement ? *

(Réponse à choix multiples)

- Le sentiment d'insécurité de l'enfant envers le thérapeute
- Les difficultés de l'enfant à explorer l'environnement
- L'évitement des stimulations sensorielles
- Les difficultés de l'enfant à réguler ses émotions
- L'estime de soi altérée de l'enfant
- Réactivation de souvenirs traumatiques
- Autre : _____

3. Comment optimiser l'utilisation de la méthode pour qu'elle puisse bénéficier à l'enfant dans sa globalité ?

(Réponse à choix multiples)

- Adopter une approche progressive et flexible
- Utiliser la méthode dans l'environnement écologique de l'enfant (lieu de vie)
- L'associer à d'autres approches thérapeutiques
- Impliquer des proches de confiance dans le processus thérapeutique
- Assurer une collaboration entre les différents professionnels de santé (psychologues ...)

- Inclure des techniques de régulation émotionnelle pour aider l'enfant à mieux gérer ses émotions au quotidien
- Assurer un suivi et une évaluation régulière des progrès de l'enfant
- Proposer des activités d'apaisement
- Autre : _____

Section 4 : Remarques et suggestions

Avez-vous des suggestions ou des remarques vis-à-vis de mon sujet d'étude ?

(Réponse ouverte)

ANNEXE IV : Codification de la question **5. Pourquoi ?**

Répondants	Extraits des réponses ouvertes	Code(s) associé(s)
(1)	« le vestibulaire et le proprioceptif et tactile profond sont très liés au sentiment de sécurité, au système parasympatique.. » « après en fonction du profil et du trauma les autres sens peuvent tout à fait avoir leur rôle »	Sécurité/Insécurité Particularités individ. Trauma
(2)	« permettraient à l'enfant de retrouver un peu de sécurité dans son corps, ses mouvements » « s'appuyer sur le sens le plus facile pour l'enfant afin de lui donner confiance et petit à petit amener d'autre sens en fonction de son profil »	Sécurité/Insécurité Particularités individ.
(3)	« Suite donc calme »	/
(4)	« en lien direct avec la gestion des émotions » « mais cela dépend évidemment de l'enfant en question »	Régulation Particularités individ.
(5)	« va aider à l'autorégulation » « Le système auditif est en lien notamment avec le réflexe de MORO qui est lui-même en lien avec une mauvaise gestion de l'état de vigilance. » « néanmoins l'IS s'appuie sur les particularités sensoriels individuels. »	Régulation Réflexes archaïques Sécurité/insécurité Particularités individ.
(6)	« Des systèmes atteints des trauma qu'il a eu »	Particularités individ. Trauma
(7)	« Parce qu'une reassociation à soi paraît nécessaire en cas de stress post traumatique »	Reconnaissance de soi/du corps
(8)	« étroitement reliés aux reflexes archaïques de peur (réflexe de moro, reflexe de paralysie par la peur). « Le système sensoriel à développer est fonction de l'histoire de vie/l'environnement de l'enfant . Tous les facteurs personnels et environnementaux sont à prendre en compte. »	Réflexes archaïques Particularités individ.
(9)	« en fonction du profil sensoriel de l'enfant et de ses besoins dans sa vie quotidienne »	Particularités individ. Besoins/quotidien
(10)	« Ces systèmes sont les bases pour le développement psychomoteur »	Base de l'INS/développement
(11)	« meilleure régulation globale et au sentiment d'insécurité »	Régulation Sécurité/Insécurité
(12)	« Tout dépend de l'élément qui a déclencher le stress post traumatique »	Trauma
(13)	« Le socle INS se compose des traitements proprioceptifs, vestibulaire et tactile. » « en fonction des besoins on rajouté d autres stiumi. »	Base de l'INS/développement Besoins/quotidien
(14)	« fonctionnent toujours ensemble »	Base de l'INS/développement
(15)	« rassurer l'enfant »	Sécurité/Insécurité

(16)	« Tout dépend de l'origine des symptômes et des répercussions sur le quotidien »	Trauma Besoins/quotidien
(17)	« permet de connaître déjà son propre corps pour mieux répondre à l'environnement »	Reconnaissance de soi/ du corps
(19)	« approche individualisé »	Particularités individ.
(20)	« Regardez les travaux de Kim Barthelemy »	/
(21)	« cela va dépendre de la nature du traumatisme et de l'enfant »	Trauma
(22)	« en lien avec la régulation du système nerveux et tous les sens »	Régulation
(23)	« bases de la pyramide des apprentissages » « c'est la sécurité, la délimitation corporelle, la régulation »	Base de l'INS Sécurité/Insécurité Reconnaissance de soi/ du corps Régulation
(25)	« En fonction des répercussions qu'il y a sur son quotidien »	Besoins/quotidien
(26)	« selon les situations » « en fonction du profil sensoriel »	Particularités individ.
(29)	« sens qui ont été mis "à l'épreuve" lors du traumatisme »	Trauma
(30)	« cela va dépendre si l'enfant a besoin d'autorégulation ou non »	Régulation
(31)	« sollicité dans les TSPT » « mais cela dépend de l'enfant et du traumatisme subit »	Particularités individ. Trauma
(32)	« J'ai un problème avec cette question. La thérapie IS est à optimiser le processus d'intégration sensorielle. On ne cherche pas à développer un système sensoriel, mais à développer la capacité de perception sensorielle pour donner naissance à la réponse adaptée. »	/
(33)	« chaque enfant se construit en fonction de ses capacités/appétences sensorielles et ça doit être pris en compte, encore plus en cas de TSPT, pour respecter ce qu'il a construit et l'accompagner pour explorer ce qu'il a évité »	Particularités individ.
(34)	« Selon les manifestations retrouvées »	Besoins/quotidien

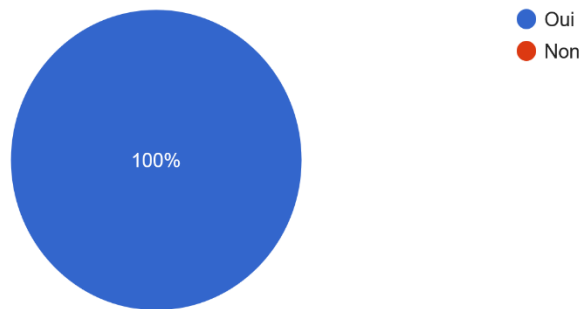
ANNEXE IV : Présentation des résultats

Section 1 : Questions préliminaires

Êtes-vous formé(e) à l'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) ? *

(Réponse unique)

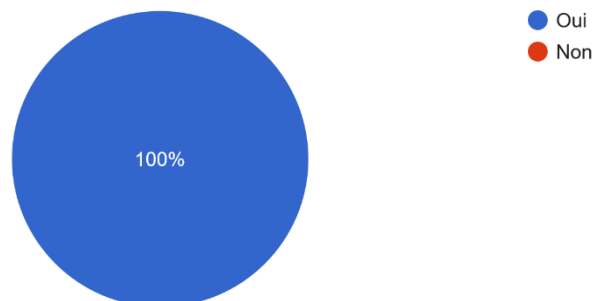
34 réponses



Avez-vous de l'expérience dans l'accompagnement des enfants âgés de 7 à 11 ans ? *

(Réponse unique)

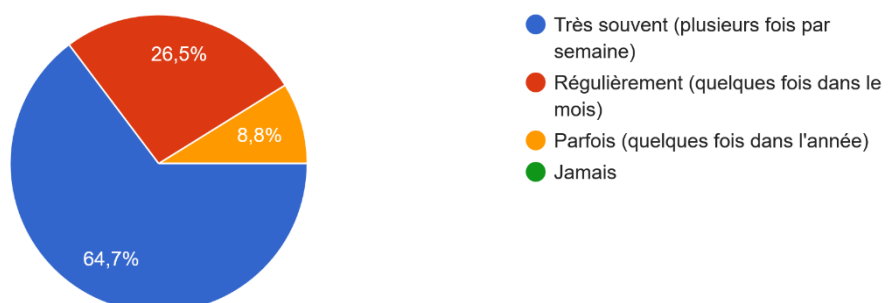
34 réponses



A quelle fréquence utilisez-vous l'approche par INS ? *

(Réponse unique)

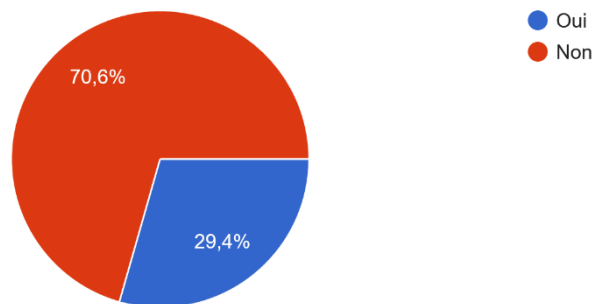
34 réponses



Avez-vous déjà accompagné un enfant diagnostiqué de TSPT complexe, ou un enfant en présentant des symptômes ? *

(Réponse unique)

34 réponses



Si la personne répond « Oui », elle est renvoyée à la section 1'

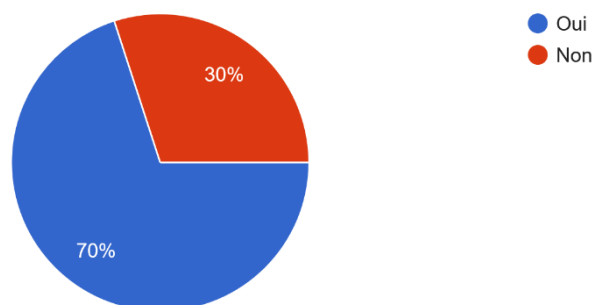
Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à section 2

Section 1' : Vous avez de l'expérience avec les enfants atteints de TSPT complexe

Avez-vous déjà utilisé l'approche par INS chez les enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ? *

(Réponse unique)

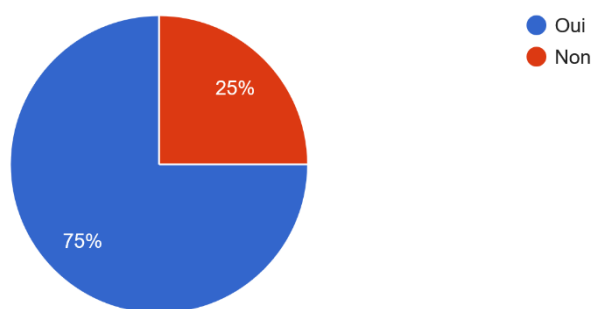
10 réponses



Si oui, avez-vous observé des changements/améliorations chez l'enfant ?

(Réponse unique)

8 réponses



Lesquels ?

(Réponse ouverte)

6 réponses

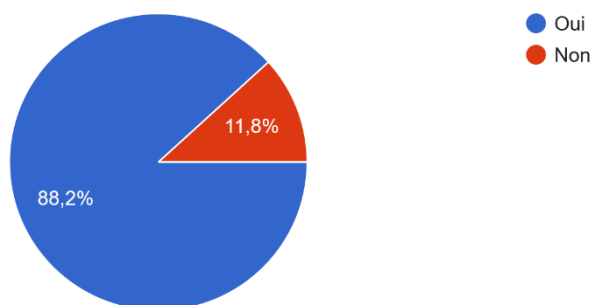
- meilleure autorégulation, hyperréactivité moins envahissante
- Apaisement dans le traitement sensoriel et dans sa modulation de son niveau d'activité. Meilleure disponibilité pour les apprentissages
- Amélioration dans le sommeil, gestion de certaines angoisses. Meilleure régulation émotionnelle, moins figé ou moins besoin du mouvement (selon le profil initial de l'enfant). Prend plus en compte les opportunités d'exploration dans l'environnement : plus d'initiatives dans une collaboration. Progrès dans le développement de la motricité, et dans les capacités de planification. A savoir, les suivis IS sont accompagnés par soutenir régulation et relation par l'intermédiaire de l'alliance thérapeutique mais aussi de thérapies utilisées dans le cadre de TSPT.
- amorce des occupations, jeu, frustration, diminution comportement défis
- Nouvelle motivation - Moins de refus d'activité dans les propositions d'activités

Section 2 : Réflexion sur l'usage de l'INS chez l'enfant atteint de TSPT

1. Selon vous, l'INS peut-elle être un outil à l'accompagnement ergothérapeutique des enfants âgés de 7 à 11 ans, atteints de TSPT complexe ? *

(Réponse unique)

34 réponses



Si la personne répond « Oui », elle est renvoyée à la section 3

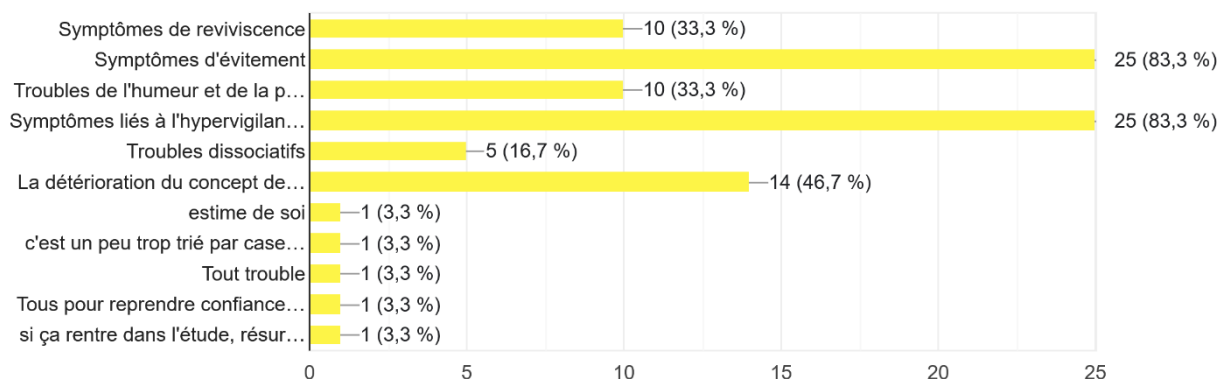
Si la personne répond « Non », elle est directement renvoyée à section 3'

Section 3 : Vous estimez que l'INS peut avoir un intérêt chez les enfants atteints de TSPT complexe âgés de 7 à 11 ans

2. Pour quelle(s) manifestation(s) du trouble l'INS semble pertinente ? *

(Réponse à choix multiples)

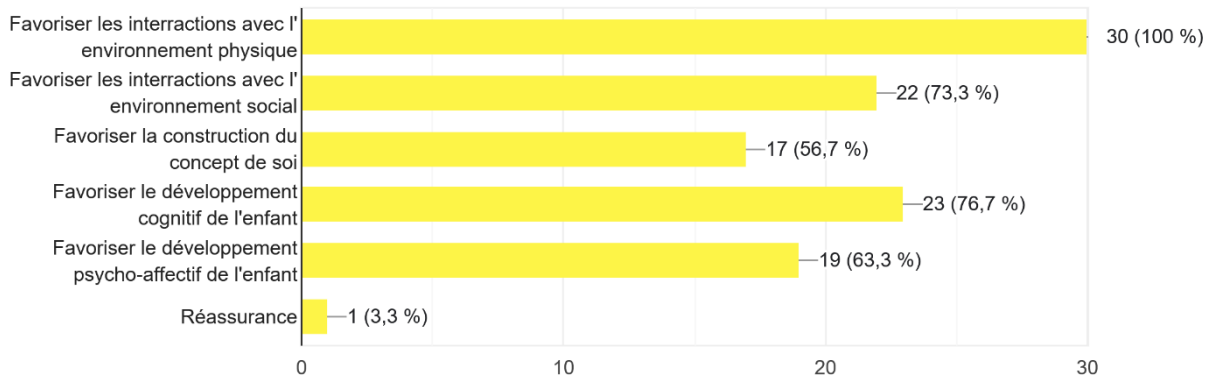
30 réponses



3. En quoi l'INS peut aider l'enfant atteint de TSPT complexe dans sa vie quotidienne ? *

(Réponse à choix multiples)

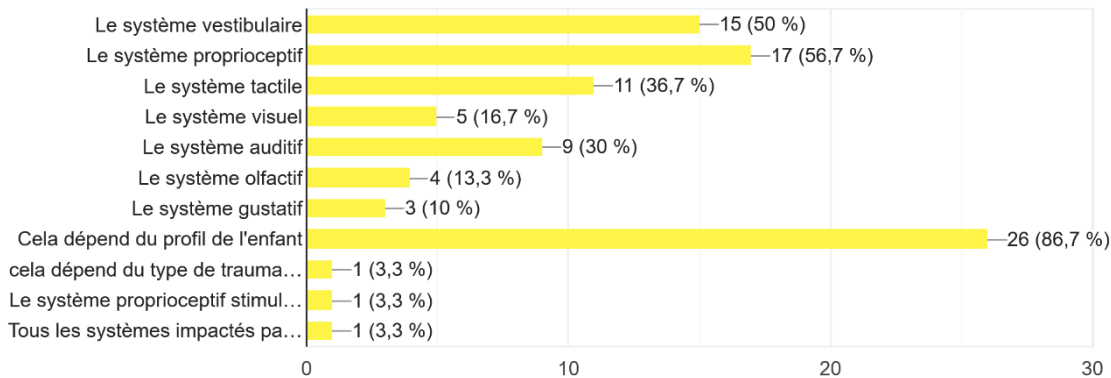
30 réponses



4. Selon vous, quel(s) système(s) sensoriel(s) stimulé(s) par l'INS serai(en)t intéressant(s) à développer chez un tel public ? *

(Réponse à choix multiples)

30 réponses



5. Pourquoi ? *

(Réponse ouverte)

30 réponses

- Je miserai plus sur les systèmes en lien direct avec la gestion des émotions (tactile, proprioceptif, vestibulaire), mais cela dépend évidemment de l'enfant en question.
- Le socle INS se compose des traitements proprioceptifs, vestibulaire et tactile.
- Ensuite en fonction des besoins on rajouté d autres stiumi.
renforcer le vestibulaire et le proprioceptif permettraient à l'enfant de retrouver un peu de sécurité dans son corps, ses mouvements. Puis s'appuyer sur le sens le plus facile pour l'enfant afin de lui donner confiance et petit à petit amener d'autre sens en fonction de son profil.
- Regardez les travaux de Kim Barthel

- Les systèmes sensoriels à stimuler ou à apaiser seront établis en fonction du profil sensoriel de l'enfant et de ses besoins dans sa vie quotidienne
- Selon les manifestations retrouvées, l'approche par une entrée sensorielles (ou plusieurs) doit être adaptée
- il me semble que ces sens sont les plus sollicités dans les TSPT mais cela dépend de l'enfant et du traumatisme subi.
- Il est nécessaire de trouver un équilibre entre les différents sens et selon les situations. Bien entendu en fonction du profil sensoriel de l'enfant il faudra peut être s'appuyer sur un sens qui va l'aider à s'organiser.
- Suite donc calme
- Parce qu'une reassociation à soi paraît nécessaire en cas de stress post traumatique
- chaque traumatisme a son "apport" sensoriel, donc cela va dépendre de la nature du traumatisme et de l'enfant
- Les systèmes fonctionnent toujours ensemble, c'est pourquoi il y aura une incidence sur chacun des sens.
- Des systèmes atteints des traumas qu'il a eus
- renforcer et refaire du lien entre tous les sens qui ont été mis "à l'épreuve" lors du traumatisme. Apporter de nouvelles expériences positives.
- Si TSPT, relation à son propre corps erronée, relation avec l'autre peut être impactée. L'INS permet de connaître déjà son propre corps pour mieux répondre à l'environnement.
- chaque enfant se construit en fonction de ses capacités/appétences sensorielles et ça doit être pris en compte, encore plus en cas de TSPT, pour respecter ce qu'il a construit et l'accompagner pour explorer ce qu'il a évité
- le système proprioceptif contribue à une meilleure régulation globale et au sentiment d'insécurité notamment lié au système vestibulaire et tactile. le système auditif est l'un de ceux souvent très développés chez les personnes qui se sentent en insécurité notamment avec une hypersensibilité et une incapacité à différencier les stimuli nécessaires des stimuli faisant partie de l'environnement sans être nécessaire pour l'activité en cours, sans être signe de danger. Le système olfactif fait partie des systèmes qui encodent les souvenirs le plus souvent de manière non consciente et qui se manifeste de manière insidieuse pouvant placer quelqu'un dans une situation de mal être sans qu'elle comprenne pourquoi.

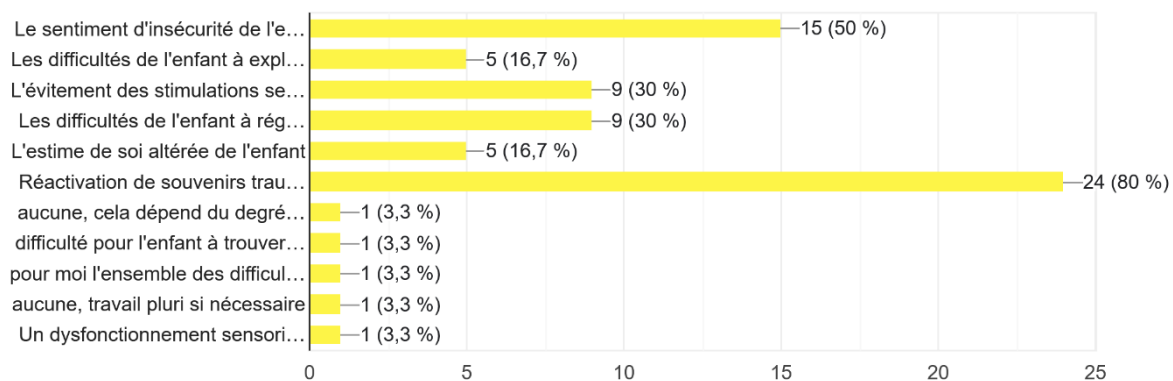
- Ces systèmes sont les bases pour le développement psychomoteur de l'enfant et pouvoir se développer en harmonie. Donc intégrer les sens déficitaires permet d'améliorer les troubles
- J'ai un problème avec cette question. La thérapie IS est à optimiser le processus d'intégration sensorielle. On ne cherche pas à développer un système sensoriel, mais à développer la capacité de perception sensorielle pour donner naissance à la réponse adaptée. Nos systèmes sensoriels interagissent d'abord pour assurer notre survie, puis pour mettre un sens aux sensations perçues pour engager une réponse motrice. C'est un processus intégral où la personne interagit à travers l'espace avec son environnement et entourage. On ne cherche donc pas à stimuler un système, mais à engager l'enfant dans des activités de jeu et d'interaction qui répondent au besoin de son processus sensoriel pour une réponse adaptée. Les systèmes ne sont jamais pris séparément.
- approche individualisé
- cela va dépendre si l'enfant à besoin d'autorégulation ou non
- intérêt de cette approche en lien avec la régulation du système nerveux et tous les sens
- Tout dépend de l'élément qui a déclencher le stress post traumatique : le détecter à l'anamnèse pour savoir sur quel système travailler
- Les systèmes sensoriels sont également étroitement liés aux réflexes archaïques de peur (réflexe de moro, réflexe de paralysie par la peur). Le système sensoriel à développer est fonction de l'histoire de vie/l'environnement de l'enfant. Tous les facteurs personnels et environnementaux sont à prendre en compte.
- ce sont les trois principaux systèmes à renforcer, ce sont les bases de la pyramide des apprentissages. Avec au coeur le système proprioceptif car c'est la sécurité, la délimitation corporelle, la régulation.
- En fonction des répercussions qu'il y a sur son quotidien.
- Apporter des stimulations proprioceptives et vestibulaires va aider à l'autorégulation Le système auditif est en lien notamment avec le réflexe de MORO qui est lui-même en lien avec une mauvaise gestion de l'état de vigilance. Cela semble donc intéressant de partir sur ça, mais néanmoins l'IS s'appuie sur les particularités sensoriels individuels.
- cela va dépendre du profil de l'enfant et du trauma mais le vestibulaire et le proprioceptif et tactile profond sont très liés au sentiment de sécurité, au système parasympathique... après en fonction du profil et du trauma les autres sens peuvent tout à fait avoir leur rôle
- Tout dépend de l'origine des symptômes et des répercussions sur le quotidien

- Car lorsqu'un symptôme du SPT surgit, un stimulus sensoriel peut être utile pour rassurer l'enfant et inhiber le système sensoriel à l'origine du stress (l'idée est de faire diversion et de mettre en place des stratégies de compensation sensorielles)

6. Quelles seraient les difficultés intrinsèques à l'enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement ? *

(Réponse à choix multiples)

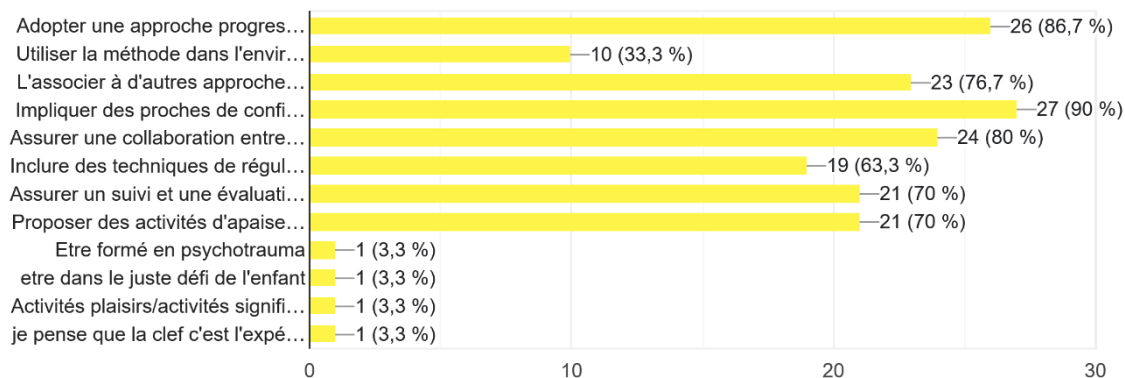
30 réponses



7. Comment optimiser l'utilisation de la méthode pour qu'elle puisse bénéficier à l'enfant dans sa globalité ?

(Réponse à choix multiples)

30 réponses

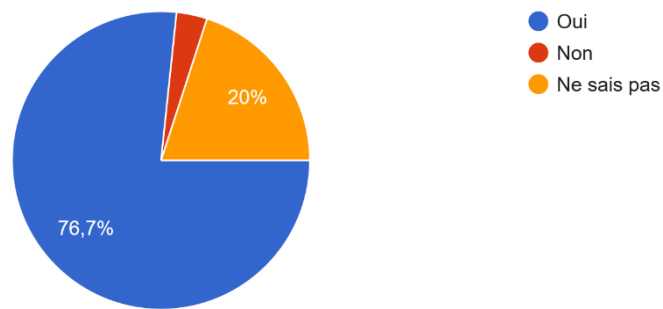


8. Pensez-vous utiliser l'INS chez un tel public si l'occasion se présentait ?

*

(Réponse unique)

30 réponses

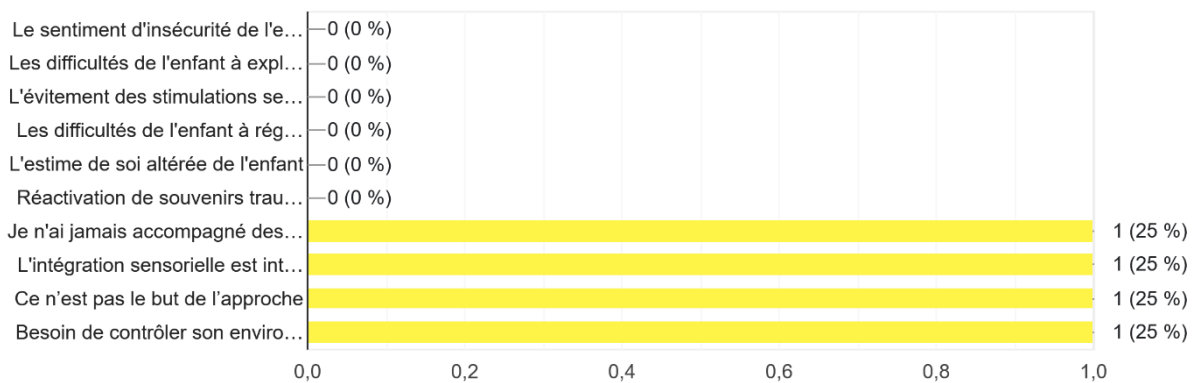


Section 3' : Vous estimez que l'INS ne constitue pas suffisamment d'effets bénéfiques pour l'enfant atteint de TSPT complexe âgé de 7 à 11 ans

2. Quelles seraient les difficultés intrinsèques à l'enfant atteint de TSPT complexe pouvant limiter l'utilisation de l'INS dans leur accompagnement ? *

(Réponse à choix multiples)

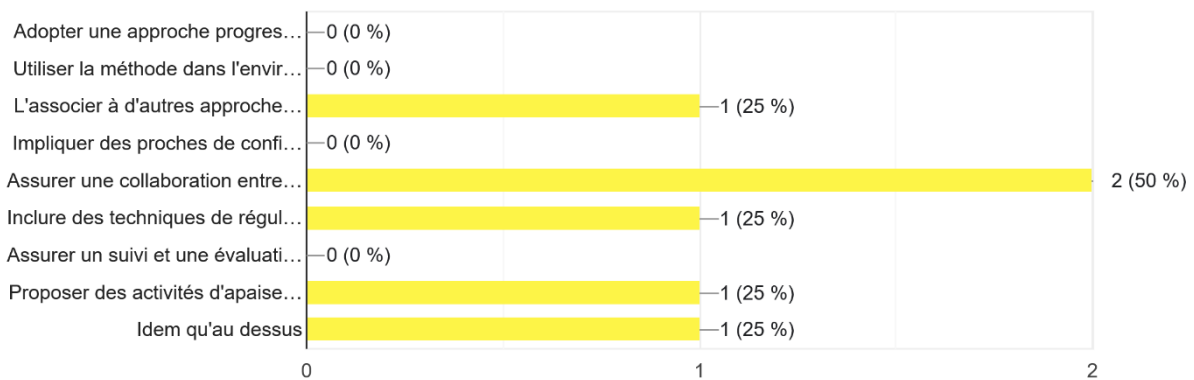
4 réponses



3. Comment optimiser l'utilisation de la méthode pour qu'elle puisse bénéficier à l'enfant dans sa globalité ?

(Réponse à choix multiples)

4 réponses



Section 4 : Remarques et suggestions

Avez-vous des suggestions ou des remarques vis-à-vis de mon sujet d'étude ?

(Réponse ouverte)

14 réponses

- R à s
- Tournez vous vers Kim Barthel qui a travaillé sur l'approche psychocorporel du trauma et qui était une élève de Jane Ayres
- Mettre en lien également avec les réflexes archaïques serait intéressant
- Établir un profil sensoriel avant?
- Je pense qu'il est indispensable d'être formé en psychotrauma pour travailler avec des enfants en stress post trauma. Une reviviscence de trauma peut intervenir dans n'importe quel contexte et il est important de pouvoir accompagner les enfants à passer ce moment.
- super sujet! J'en avais parlé avec Sonya Coté, ça vaudrait le coup de lui proposer ton questionnaire. Bon courage!
- Le sujet est complexe car l'INS a besoin d'être très régulé pour avoir un impact (2 voir 3 séances par semaine). Ce qui est généralement infaisable car ergothérapie non prise en charge financièrement.
- en lecture rapide du sujet, je crains qu'il s'agisse d'un détournement de la thérapie d'intégration sensorielle. A moins, que le TSPT ait entraîné une perturbation du développement sensori-moteur.

- Ce sujet me semble vraiment pertinent et très intéressant. Je pense que ce questionnaire pourrait être couplé à des questionnaires auprès de personnes souffrant de ce type de traumatisme même plus âgées et des professionnels du domaine pédo-psychiatrique les accompagnant, pour savoir comment elles agissent sur le plan sensorielles : qu'est-ce qu'elles fuient, qu'est-ce qui réveille leurs craintes, qu'est-ce qu'elles recherchent.... J'aimerais beaucoup pouvoir consulter votre mémoire lorsqu'il sera terminé si cela est possible. Cordialement

- J'ai eu des difficultés à répondre à certaines questions car les éléments proposés étaient inhérents au suivi IS. par exemples : "Le sentiment d'insécurité de l'enfant envers le thérapeute" : la première base de IS est de développer un sentiment de sécurité. le défi est justement adapté pour soutenir ce sentiment et permettre à l'enfant d'explorer "Impliquer des proches de confiance dans le processus thérapeutique" : idem "Assurer un suivi et une évaluation régulière des progrès de l'enfant" : IS se base sur la neuroplasticité, donc un suivi fréquent est indispensable. Mais peut-être vouliez-vous parler du suivi avec les parents réguliers (rencontre mensuelle avec les parents pour de la psycho-éducation)

- L'Intégration des reflexes archaïques de peur en complément d'activités d'intégration neurosensorielle serait un plan d'action assez complémentaire dans ce type de prise en soin.

- Agir sur les conséquences IS de l'anxiété ne me semble pas être la bonne stratégie. Il faut agir sur l'anxiété et apporter des réponses à cette émotion. J'ai eu l'exemple d'une enfant qui est devenu hypersensible sur le plan tactile et qui a éliminé beaucoup de vêtements. Cela suite à l'accident corporel de sa mère. L'IS n'a absolument pas été efficace car il s'agit d'une réaction induit par l'enfant. La psychologue et la compréhension de son anxiété a été plus aidant pour cette enfant.

- Bien avoir en tête les concepts de l'IS, car par exemple le fait d'être progressif, c'est un point clé de l'IS et pas juste une suggestion intéressante pour ce cas clinique.

- le thème est très intéressant, je suis curieuse de savoir s'il y a eu des études probantes sur ce sujet :)

RÉTROPLANNING ORGANISATIONNEL

Organisation de l'étude
 Date de début : 23/12/2024
 Date de fin : 06/05/2025

Tâches à accomplir	Statut	Dec 2024	Janvier 2025	Février 2025	Mars 2025	Avril 2025	Mai 2025
Phase de Préparation							
Conception du Questionnaire	Fait	■					
Recueil des coordonnées du public cible	Fait		■				
Rédaction de la lettre d'information de l'objet de l'étude	Fait		■	■			
Envoi de la lettre	Fait		■	■	■		
Demande pour transmission du questionnaire test	Fait			■			
Transmission du questionnaire test	Fait			■			
Finalisation du questionnaire	Fait			■	■		
Phase de Transmission							
Envoi du questionnaire par mail et réseaux sociaux	Fait			■			
Relance 1 par mail	Fait				■		
Partage du questionnaire dans un post LinkedIn	Fait				■		
Relance 2 par mail	Fait				■		
Phase de Cloture							
Closure des réponses	Fait					■	
Dépouillement et Analyse des résultats	Fait					■	■
Interprétation des résultats	Fait						■

ANNEXE VI : Rétroplanning organisationnel de l'étude

Abstract of the study

Key-words : Complex PTSD – Neuro-Sensorial Integration - Occupational Therapy – Environment

Introduction : 16% of children develop a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after a traumatic event. This disorder can be simple, or complex if the traumatic event was repetitive. In addition of the 4 classic symptoms, development, self-esteem and child's learning can be impacted. The aim of this study is to highlight the potential interests of Neuro-Sensorial Integration (NSI) approach on children with complex PTSD, aged 7 to 11.

Méthodologie : Participants were Occupational Therapists trained to INS solicited thanks to online directories. A letter was sent to confirm their experience with children aged 7 to 11. Their point of view were collected by a questionnaire. To answer, a presentation of the disorder was available at the beginning of the form. It evaluated the interest of NSI approach in children with complex PTSD daily life, its limits and ways of optimizing its use. They were sent from February 20, and occupational therapists were able to answer until April 11, 2025.

Résultats : 34 Occupational therapists participated in the study. Among them, 88,2% estimate that NSI may be a tool in the intervention of this public. An improvement in interactions between the child and his physical environment was quoted by the totality of this portion among potential interests. The majority thinks that sensori groups should be focused in function of child's profile, that it's necessary to adopt a progressive approach and involve trusted person. However the risk of traumatic memories reactivation is outlined.

Discussion : The results supports the use of NSI approach in children with complex PTSD. We have to qualify these results because of a potential induction bias of answers by questionnaire's choices. Moreover, this study is limited due to the fact that only Occupational Therapists trained to INS have participated. It is recommended to continue the researches to explore the point of view of professionals trained in psychotrauma

ANNEXE VIII : Résumé en français

Résumé de l'étude

Mots-clés : TSPT complexe - Intégration Neuro-Sensorielle - Ergothérapie – Environnement

Introduction : 16% des enfants développent un trouble de stress post traumatique (TSPT) à la suite d'un évènement traumatique. Ce trouble peut être de nature simple, ou complexe (TSPT c) si l'évènement traumatique a été répétitif. En plus des 4 groupes de symptômes classiques, le développement, l'estime de soi et les apprentissages de l'enfant peuvent être impactés. L'objectif de cette étude est de mettre en avant les potentiels intérêts de l'approche d'Intégration Neuro-Sensorielle (INS) chez l'enfant âgé de 7 à 11 ans, atteint de ce trouble.

Méthodologie : Les participants de cette étude étaient des ergothérapeutes formés à l'INS, recrutés par le biais d'annuaires en ligne. Une lettre leur a été envoyée afin de confirmer leur expérience avec la tranche d'âge étudiée. Leurs points de vue ont été récoltés par le biais d'un questionnaire. Pour pouvoir y répondre, un descriptif du trouble a été présenté en introduction. Il évaluait l'intérêt de l'approche dans la vie quotidienne de l'enfant atteint de TSPT c, ses limites et les moyens d'optimiser son utilisation. Les questionnaires ont été envoyés le 20 février 2025 et les ergothérapeutes ont répondu jusqu'au 11 avril.

Résultats : 34 ergothérapeutes ont participé à l'étude, parmi eux, 88,2% estiment que l'INS peut être un outil à l'accompagnement de ce public. L'entièreté de cette portion a cité l'amélioration des interactions avec l'environnement physique parmi les potentiels intérêts. La majorité pense qu'il faut cibler les groupes sensoriels en fonction du profil de l'enfant, adopter une approche progressive et inclure des personnes de confiance. Cependant le risque de réactivation de souvenirs traumatiques est mis en avant.

Discussion : Les résultats soutiennent l'utilisation de l'approche d'INS chez les enfants atteints de TSPT c. Ceux-ci restent à nuancer du fait d'un éventuel biais d'induction de réponse par les propositions du questionnaire. De plus, seuls des ergothérapeutes formés à l'INS ont participé, limitant l'étude. Il est ainsi recommandé de poursuivre les recherches pour explorer le point de vue des professionnels formés au psycho traumatisme.