



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

Prévenir les addictions chez les enfants porteurs d'un TDA-H : l'ergothérapie comme alliée pour l'entourage

Soutenu par : Céline POULARD

12110333

Tuteur de mémoire : Amandine IBANEZ



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine



Remerciements

Il y a maintenant 3 ans, je me lançais dans une nouvelle étape de ma vie en prenant la décision de changer de métier après plus de 20 ans dans les Ressources Humaines. Cette décision a été mûrement réfléchie et discutée avec mon mari qui m'a encouragé à franchir le cap. Cette reconversion nous a amené à repenser notre fonctionnement familial et nos habitudes de vie, afin de pouvoir réussir ces 3 années.

Ce mémoire vient clôturer une belle aventure, l'aboutissement de beaucoup travail, et surtout la fierté d'avoir pu réussir toutes les étapes pour en arriver là.

Je remercie tout d'abord, ma moitié Yohann, qui m'a encouragé, soutenu à chaque étape, qui m'a aidé à ne pas craquer, qui a entièrement pris le relais pour la gestion du quotidien pour me permettre de travailler, et qui a cru en moi et en ma volonté de changer de vie. Merci à mes garçons, Loam et Matei, qui ont fait preuve d'autonomie pour leur scolarité malgré leurs difficultés et qui ont accepté le fait d'avoir moins de temps à leur accorder.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'ISTR qui a orchestré ces 3 années d'études pour me permettre d'apprendre le métier d'ergothérapeute. Merci également à toute la « promo » pour ce petit bout de chemin ensemble.

Un merci tout particulier à Amélia, Aurélie, Chloé et Eva pour tous les moments partagés ensemble. Cette « Team 5 » qui nous a permis à toute de se confier, de pleurer, de rire (beaucoup), de se questionner, de se rassurer, et de garder le cap en toute circonstance.

Merci également à toutes les personnes de mon entourage proche, qui m'ont soutenu, encouragé et apporté leur aide chacune à leur manière.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Amandine Ibanez, ma tutrice de mémoire, qui a été d'une bienveillance exceptionnelle, qui a su me rassurer lorsque cela était nécessaire, et qui a pris à cœur cette mission de m'accompagner dans la réalisation de ce mémoire.

*« Ne cherchez pas à éviter à vos enfants des difficultés de la vie.
Apprenez-leur plutôt à les surmonter » (Louis Pasteur)*

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
GLOSSAIRE	4
PREAMBULE	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
1. LE TDA-H CHEZ L'ENFANT, DU DIAGNOSTIC A L'ACCOMPAGNEMENT	8
1.1. TDA-H : 3,5 à 5,6% des enfants concernés.....	8
1.2. Des répercussions sur l'enfant et son entourage.....	10
1.3. Le rôle central de l'ergothérapeute dans le quotidien de l'enfant porteur d'un TDA-H.....	13
2. TDA-H ET COMPORTEMENTS ADDICTIFS : VERS UN DESEQUILIBRE OCCUPATIONNEL.....	15
2.1. Addictions et comportements addictifs : une activation du circuit de la récompense.....	16
2.2. L'enfant porteur d'un TDA-H potentiellement plus à risque de développer des comportements addictifs	18
2.3. Le comportement addictif comme facteur de risque d'un déséquilibre occupationnel	20
3. L'ERGOTHEPEUTE COMME ACTEUR DE LA PREVENTION DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS CHEZ LES ENFANTS PORTEURS DE TDA-H 23	
3.1. La prévention, axe majeur d'amélioration de la santé	23
3.2. Le rôle crucial de l'ergothérapeute en prévention.....	25
3.3. Une approche ergothérapique centrée sur l'entourage.....	26
4. PROBLEMATIQUE.....	30
PARTIE METHODOLOGIE	31
1. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	31
2. POPULATION	31
2.1 Critères d'inclusion et non inclusion	31
2.2 Méthode de recrutement.....	32
3. METHODE DE RECHERCHE ET OUTIL D'INVESTIGATION	32
3.1 Outils d'investigation.....	32
3.2 Méthode de traitement des données.....	32
3.3 Dimension éthique.....	32
RESULTATS	33
1. PRESENTATION DES PARTICIPANTES	33
2. VISION DU TERRAIN SUR LE TDA-H ET LES ADDICTIONS AUX ECRANS ET JEUX VIDEO	33
2.1 Le repérage des problématiques	33

2.2	<i>De multiples impacts au quotidien</i>	34
3.	PARENTS : DU SIMPLE ECHANGE AU PARTENARIAT	35
3.1	<i>Addiction aux écrans : une problématique sous-jacente évoquée lors d'échanges avec les parents</i>	35
3.2	<i>Une prise de conscience difficile des parents</i>	36
3.4	<i>Accompagner les parents pour les déculpabiliser</i>	36
4.	PREVENTION : OUTILS ET MOYENS D'INTERVENTION AUPRES DES PARENTS	37
4.1	<i>Une prévention informelle systématique</i>	37
4.2	<i>Outils et moyens détournés à des fins de prévention</i>	37
4.3	<i>Contraintes et ressources du partenariat parents - ergothérapeute</i>	39
5.	INTERVENTION PREVENTIVE : DES IMPACTS VARIES	39
	DISCUSSION	41
1.	CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA THEORIE	41
1.1	<i>TDA-H et addiction aux écrans et jeux vidéo : conséquences</i>	41
1.1.1	<i>Un phénomène numérique grandissant : un TDA-H amplifié ?</i>	41
1.1.2	<i>Vers un déséquilibre occupationnel</i>	42
1.2	<i>Construction d'un partenariat parents – ergothérapeute</i>	43
1.3	<i>Formalisation d'une démarche préventive</i>	44
2.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	47
3.	ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA SUITE DE L'ETUDE	47
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	51
	RÉSUMÉ / ABSTRACT	60
	ANNEXE A : MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS (MCREO) ...	II
	ANNEXE B : MAIL DE DEMANDE D'INTERVIEW	III
	ANNEXE C : GUIDE D'ENTRETIEN	IV
	ANNEXE D : GRILLE D'ANALYSE	V
	ANNEXE E : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	VI

Table des illustrations

Tableau 1 : Les éléments fondamentaux de CO-OP par Hélène J.Polatajko et A.Mandich	28
Tableau 2 : Critères d'inclusion et de non inclusion dans le choix de la population	31
Tableau 3 : Participantes de l'étude	33

Glossaire

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

ALD : Affection longue durée

ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes

CAR : Conduite à risque

CIM : Classification mondiale des maladies

CO-OP : Cognitive orientation for daily occupation performance

Cog Fun : Cognitive-functional

DSM-5-TR : 5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – texte révisité

ENOTHE : European network of occupational therapy in higher education

ETP : Education thérapeutique du patient

FFA : Fédération française d'addictologie

HAS : Haute autorité de santé

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

NIDA : National institute of drug abuse

OMS : Organisation mondiale de la santé

OTSS : Loi relative à l'organisation et à la transformation du système territoriales de santé

RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDA-H : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TND : Trouble du neurodéveloppement

TUS : Trouble de l'Usage de Substances

Préambule

L'objectif de cette étude est de pouvoir réfléchir de manière approfondie à la prévention des addictions pour les enfants porteurs d'un TDA-H .

En effet, le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) fait partie de mon quotidien puisque notre fils âgé de 14 ans est porteur de ce trouble. Il a été diagnostiqué à l'âge de 8 ans. C'est aux alentours de cet âge-là que les problématiques de comportement, d'opposition, de relationnel se sont majorées, entraînant un impact important dans sa scolarité et ses relations aux autres à l'école, mais également dans notre quotidien à la maison.

Au fond de moi, je suspectais un TDA-H et il est certain que nous aurions pu prendre la décision de le faire diagnostiquer plus tôt. Mais, la mise en place d'un traitement médicamenteux, dont je ne voulais pas entendre parler à l'époque, a retardé cette décision.

Une fois le diagnostic posé, la neuropsychologue a fait ses préconisations et a évoqué certains risques auxquels les enfants porteurs d'un TDA-H peuvent être confrontés et pour lesquels il faut être particulièrement vigilant, et notamment celui des addictions. L'annonce n'avait déjà pas été évidente, il a fallu digérer la mise en place du traitement, tout en ayant en tête cette phrase relative aux addictions. Pas simple en tant que parents d'accepter, mais également de comprendre précisément ce qu'est le TDA-H et quelle sera son évolution. La seule chose dont j'avais conscience à l'époque, et qui a retardé l'acceptation, c'est le fait que ce trouble ne se guérit pas.

Ensuite commence le rythme infernal pour notre fils et nous parents, à savoir le dossier de demande de prestation handicap, la mise en place des aménagements matériels et humains, les rendez-vous médicaux (neuropédiatre, psychologue, psychomotricien, orthophoniste), les rendez-vous de suivi scolaire...

Notre fils a grandi, avec ou sans traitement selon les périodes, mais l'adolescence est arrivée... C'est là qu'apparaissent d'autres problématiques, et pour notre fils il s'agit de l'addiction aux écrans et principalement aux jeux vidéo. Il est certain que ce comportement addictif exacerbe les symptômes du TDA-H chez notre fils qui montre une plus grande impulsivité notamment

verbale, une agressivité majorée lorsqu'on lui demande d'arrêter de jouer, ou encore un désir incontrôlable de regarder son téléphone en permanence lorsqu'il ne joue pas à la console.

En tant que parents, beaucoup de questions se posent : Doit-on le priver totalement ? Comment peut-on l'aider ? Quelles sont les bonnes méthodes ? Est-ce que je fais ce qu'il faut ? Est-ce qu'il va s'en sortir dans la vie ? Peut-on trouver des solutions pour éviter que les choses ne s'aggravent ? Et bien d'autres questions encore.

J'ai par ailleurs pu observer lors d'un stage en pédiatrie que la plupart des enfants porteur d'un TDA-H, évoquent les jeux vidéo ou la télévision comme activité principale et qu'il leur est difficile d'exprimer d'autres centres d'intérêts ou d'autres loisirs dans leur quotidien.

Il m'a alors semblé naturel et intéressant d'orienter ma recherche sur cette problématique, me permettant ainsi d'analyser différemment cette situation vécue à la fois personnellement et durant mon stage en pédiatrie, dans le but de mettre en évidence l'intérêt d'une intervention préventive en ergothérapie auprès des familles qui sont fréquemment démunies face à cette situation de plus en plus fréquente.

Introduction

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA-H) qui concerne au niveau mondial 5,9 % des enfants (Faraone et al., 2021), constitue un défi complexe pour les enfants qui en sont porteurs du fait de l'hyperactivité, de l'impulsivité et de l'inattention. Ces symptômes engendrent des répercussions significatives sur le développement global de l'enfant et sur son fonctionnement au quotidien (Vera, 2015). L'entourage, et notamment les parents, sont quant à eux directement impactés par les conséquences de ce trouble, entraînant le plus fréquemment, épuisement et inquiétudes (Brodard et al., 2022).

Par ailleurs, le TDA-H semble être source de vulnérabilité accrue aux comportements addictifs qui vont engendrer ou majorer des problématiques au quotidien, impactant fortement l'entourage (Vitry, 2023). L'ergothérapeute aura alors pour rôle, d'accompagner à la fois l'enfant en agissant sur les différentes sphères qui le compose, mais aussi en intervenant auprès de son environnement, et notamment son entourage (Townsend, 2013). Une compréhension approfondie des besoins des enfants et de l'entourage sera alors indispensable pour adapter au mieux l'accompagnement. Les problématiques liées, à la fois au TDA-H et à l'addiction vont nécessiter un accompagnement précoce pour intervenir de manière préventive. Dans ce cadre-là, l'ergothérapeute, en lien direct avec l'entourage des enfants, a de nombreuses ressources lui permettant de mettre en œuvre une démarche préventive et ainsi limiter les impacts de ces problématiques (Morel-Bracq, 2017).

L'objectif de ce travail de recherche est donc d'explorer le lien entre le TDA-H et les comportements addictifs chez l'enfant et comment l'ergothérapeute peut, de manière préventive, accompagner l'entourage, dans le but de prévenir ces addictions.

Cette étude va contribuer à une meilleure compréhension de l'impact du TDA-H sur le développement d'éventuelles addictions chez les enfants, les répercussions sur l'entourage et ainsi identifier les interventions ergothérapiques qui pourraient favoriser l'équilibre occupationnel en partenariat avec l'entourage. En premier lieu, une revue de la littérature est réalisée pour approfondir le contexte théorique de cette étude. Une partie pratique, suite à la réalisation d'une enquête de terrain permet de confronter les résultats obtenus en lien avec la théorie.

Partie Théorique

1. Le TDA-H chez l'enfant, du diagnostic à l'accompagnement

Les troubles du neurodéveloppement (TND), représentent un enjeu majeur de société pour le Gouvernement qui a déployé une stratégie nationale 2023-2027, regroupant 6 engagements, dans le but de « garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix » (*DP stratégie nationale TND 2023_2027.pdf*, s. d.). Parmi ces troubles, on retrouve le TDA-H qui représente selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « 3,5 à 5,6 % des enfants scolarisés » en France (Haute Autorité de Santé, 2015).

1.1. TDA-H : 3,5 à 5,6% des enfants concernés

Le TDA-H est un trouble répertorié dans le DSM-5-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) comme étant « un mode persistant d'inattention et / ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement ». Ce manuel décrit précisément les critères diagnostiques qui sont l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité. Pour ces deux critères, au moins six symptômes devront être observés depuis au moins six mois avec un retentissement sur le quotidien de l'enfant, pour poser le diagnostic de TDA avec ou sans hyperactivité (Crocq et al., 2023a, p.84). Vera (2015), dans son ouvrage sur « Le TDA-H chez l'enfant et l'adolescent » reprend les tableaux cliniques du TDA-H qui sont le défaut de contrôle attentionnel, l'impulsivité, l'agitation mais également les difficultés d'organisation et l'impact fonctionnel. La HAS, quant à elle, répartie les symptômes de la manière suivante « 47 % pour le trouble de l'attention, 36 % pour l'hyperactivité / impulsivité et 17 % pour l'association des 3 symptômes à savoir déficit de l'attention, motricité et impulsivité » (Haute Autorité de Santé, 2015).

Le repérage précoce du TDA-H va être un point crucial afin de limiter le risque d'aggravation des symptômes et les conséquences sur la scolarité, le comportement, ou le relationnel... Pour autant il reste complexe en raison de la variabilité et de l'expression des symptômes, de l'âge de l'enfant et de son niveau de développement. Le diagnostic sera posé par un professionnel de santé spécialisé (médecin ayant une spécialité dans ce domaine, médecin psychiatre,

pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue) et aura toute son importance pour mieux comprendre les problématiques en lien avec cette pathologie (Haute Autorité de Santé, 2015). Selon le DSM-5-TR, le diagnostic de TDA-H pourra intervenir avant 12 ans dès lors que des symptômes sont observés (Crocq et al., 2023a). Par ailleurs, on retrouve dans la littérature une première phase avant 6 ans, où les problématiques sont essentiellement d'ordre comportementales et qu'il n'est pas toujours évident de différencier de l'agitation « normale » des enfants de cet âge-là. Puis chez l'enfant et l'adolescent, l'inattention va être observée, tandis que l'hyperactivité et l'impulsivité vont être majorées (Bange, 2023). Pour cela, le choix de la tranche d'âge, dans ce travail de recherche, s'est porté sur les 8 à 14 ans afin d'être le plus représentatif possible en termes de symptomatologie et par conséquent d'impact sur le quotidien. Pour compléter ces éléments relatifs au repérage précoce, une étude longitudinale a été menée pour observer sur la durée, les enfants de 3 à 5 ans. Il en ressort que le diagnostic de TDA-H sur les enfants de cet âge est « relativement stable » mais pour autant ne permet pas de valider scientifiquement ce constat (Riddle et al., 2013).

La littérature évoque très fréquemment les symptômes du TDA-H, mais également le fait de prendre en compte les comorbidités associées et qui sont courantes chez les enfants porteurs d'un TDA-H. Les plus fréquentes pouvant être observées, sont les troubles : anxieux, du sommeil, du comportement, du spectre de l'autisme, spécifiques des apprentissages, obsessionnels compulsifs, ou encore alimentaires (Vera, 2015). Comme l'explique Vera (2015, p.52), ces comorbidités peuvent à la fois entraîner « un impact fonctionnel plus important » mais également « conduire à un échec du diagnostic de TDA-H ». Effectivement, une comorbidité peut engendrer une modification de l'expression des symptômes du TDA-H, ou alors être un diagnostic différentiel. C'est là tout l'enjeu de réaliser un diagnostic qui prendra en compte toutes les possibilités en considérant le fait que chaque « patient ayant un TDA-H présente une comorbidité, qu'il faut rechercher activement, jusqu'à preuve du contraire ».

Le traitement du TDA-H pourra intervenir à travers différentes méthodes. En effet, selon l'article de Feldman et Al., un accompagnement pluriprofessionnel sera indispensable et notamment l'accompagnement par l'ergothérapeute qui permettra une approche thérapeutique centrée sur des objectifs précis en lien avec les problématiques occupationnelles. Celle-ci devra être complétée par un travail de psychoéducation auprès de

l'enfant et de son entourage pour comprendre davantage ce trouble et par conséquent pouvoir l'appréhender différemment. En revanche, pour les enfants diagnostiqués ayant des symptômes très présents et des répercussions sur le quotidien trop importantes, notamment dans la scolarité ou les interactions sociales, alors la mise en place d'un traitement médicamenteux pourra être envisagée. Le but étant de stimuler l'attention et de calmer l'hyperactivité et l'impulsivité, tout en veillant aux effets secondaires qui peuvent avoir d'autres impacts sur le bien-être de l'enfant (Feldman et al., 2018).

Cela dit, il est important de noter que la mise en place d'un traitement médicamenteux ne va pas faire disparaître le TDA-H. En effet, ce « trouble est chronique, complexe », comme le précise Vera (2015). On note toutefois que l'évolution de ce trouble peut varier d'une personne à l'autre. Les symptômes peuvent persister avec l'âge, mais leur intensité et leur impact peuvent changer. Effectivement, « l'agitation a tendance à décroître rapidement, l'impulsivité également, tandis que le dysfonctionnement attentionnel décroît beaucoup moins rapidement et de façon moins prononcée » (Vera, 2015, p.46). En résumé, c'est la combinaison des stratégies d'adaptation, d'un traitement médicamenteux selon les cas, et d'un suivi pluriprofessionnel qui va permettre d'atténuer les difficultés associées au TDA-H.

Une enquête nationale canadienne vient appuyer également l'importance de ne pas uniquement mettre en place un traitement pour limiter les symptômes du TDA-H. En effet, il est expliqué que malgré l'augmentation des prescriptions de traitements médicamenteux, peu de preuves d'amélioration du comportement ont été trouvées à moyen et long terme, ce qui suggère que des méthodes complémentaires pour gérer les symptômes au-delà de l'intervention pharmacologique sont nécessaires (Ianni et al., 2021).

Cette première partie descriptive du TDA-H amène à penser que ce trouble va inévitablement engendrer des impacts plus ou moins importants sur le quotidien de l'enfant, mais également sur le quotidien de son entourage.

1.2. Des répercussions sur l'enfant et son entourage

Le retentissement du TDA-H peut intervenir à différents niveaux du quotidien comme l'explique Gétin (2005), Directrice de l'association HyperSupers TDAH France, et avoir des

répercussions dans quatre dimensions : « la vie familiale », « la vie scolaire », « la vie sociale » et « l'estime de soi ». Vera (2015, p.29) regroupe ces dimensions dans ce qu'il nomme « L'impact fonctionnel » qui concerne à la fois l'enfant et son entourage.

Pour l'enfant, les impacts dans la scolarité vont être principalement des difficultés d'organisation et de planification, de maintien de l'attention, de séquençage ou d'enchaînement des activités pouvant aller jusqu'à un désinvestissement ou un échec scolaire. Au niveau relationnel, les interactions sociales sont souvent complexes en raison de difficultés à s'intégrer en lien avec un comportement parfois inadapté aux situations vécues telle que l'impulsivité (Vera, 2015). Enfin, selon une étude américaine sur la gestion de la frustration chez les enfants porteurs d'un TDA-H, il est démontré que les enfants porteurs d'un TDA-H ont une faible tolérance à la frustration et des difficultés à réguler leurs émotions (Seymour et al., 2019). Toutes ces difficultés vont engendrer un impact sur l'estime de soi, avec le sentiment « de ne pas réussir à faire ce que l'on attend d'eux » (Gétin, 2005), ou encore de sentir « qu'il s'écarte de la norme » (Vera, 2015, p.29). Doré (2017) rédige une définition de l'estime de soi comme étant une attitude à la base de la construction de la personnalité et de l'équilibre psychique en plus d'être tributaire de processus adaptatifs au cours de la vie.

Tout cela montre à quel point le TDA-H impacte l'enfant à tous les niveaux, que ce soit dans son quotidien, sur son bien-être intérieur, mais également dans ses occupations. Cette notion d'occupation décrite par l'ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education), est reprise par Meyer (2007, p.204) comme étant « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel (...). Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs ». Il est donc fort probable que le quotidien de l'enfant soit perturbé par l'ensemble des impacts évoqués et pourra conduire à la diminution de son engagement dans ses occupations, notamment dans ses soins personnels, sa scolarité et ses relations sociales et ses loisirs.

Qu'en est-il du côté de l'entourage ? Avant tout, il convient de définir ce que signifie l'entourage. Selon le Larousse, il s'agit des « personnes qui vivent habituellement autour de quelqu'un » (Larousse, 2023). Bonvalet (2003, p.13) définit la notion d'entourage selon des critères qui sont « les affinités (faire partie des parents désignés comme proches), la fréquence des contacts (au moins une fois par semaine), l'entraide (le parent proche a été

aidé par ego ou a aidé celui-ci) ». Ces éléments permettent de supposer que pour un enfant ou un adolescent, de manière générale, son entourage habituel est composé d'une part de ses parents (ou les personnes qui en ont la garde et/ou la responsabilité), ses frères et sœurs, l'équipe éducative en lien avec sa scolarité, et éventuellement les professionnels de santé en cas de suivi régulier. Plus spécifiquement dans cette étude qui porte sur les enfants de 8 à 14 ans, et notamment dans la partie qui développera l'accompagnement de l'entourage, il sera question principalement des parents.

De nombreuses études ont été menées sur l'impact du TDA-H auprès de l'entourage proche de l'enfant et notamment sur les parents et la fratrie. Il est précisé que la qualité de vie des familles est souvent diminuée en raison des problématiques rencontrées avec un enfant porteur d'un TDA-H. Effectivement, selon une étude de 2022 menée sur 128 participants, les impacts les plus importants concernent dans 78% des cas, l'épuisement des parents et leur inquiétude pour la santé de leur enfant. Par ailleurs, des difficultés au sein du couple peuvent être observées. Au niveau de la fratrie, les problématiques relationnelles sont considérables, ainsi que le manque d'attention de la part des parents. Il est à noter que les impacts seront corrélés à l'intensité des symptômes de l'enfant porteur d'un TDA-H (Brodard et al., 2022).

Une autre étude auprès de 15 centres et cliniques pour le TDA-H en Angleterre et en Ecosse a été menée pour connaître l'impact du TDA-H sur le bien-être des enfants atteints de TDA-H, et sur la fratrie. Il en ressort notamment un déficit significatif sur la quantité de sommeil qui n'est pas décrit comme problématique par les enfants porteurs d'un TDA-H. En revanche, cette difficulté liée au sommeil pourrait avoir des conséquences à plus « long terme sur l'individu et sur les habitudes de sommeil des autres membres de la famille ». En ce qui concerne les frères et sœurs d'un enfant porteur d'un TDA-H, des problématiques de harcèlement et d'insultes, mais également « d'importants besoins non satisfaits en termes de bonheur et de bien-être général » ressortent (Peasgood et al., 2016).

Enfin, une autre conséquence du TDA-H sur l'entourage et spécifiquement sur les parents de l'enfant, est qu'ils doivent souvent faire face à un sentiment de culpabilité, ou encore de honte « face au regard des autres » (Vigo, 2012, p.84).

Les répercussions sont nombreuses pour l'enfant et l'entourage, elles concernent toutes les dimensions qui englobent une personne à savoir la dimension cognitive, affective, physique

et spirituelle. Un accompagnement au plus près des problématiques occupationnelles de l'enfant va être nécessaire. Comment l'ergothérapeute, qui intervient au plus près des occupations des personnes, pourra apporter un accompagnement adapté aux difficultés rencontrées par l'enfant porteur d'un TDA-H et son entourage ?

1.3. Le rôle central de l'ergothérapeute dans le quotidien de l'enfant porteur d'un TDA-H

Il est important pour un enfant porteur d'un TDA-H d'être accompagné le plus précocement possible. Plusieurs professionnels peuvent alors intervenir et collaborer pour permettre le meilleur accompagnement à savoir « l'orthophoniste, le psychologue, le psychomotricien ou encore l'ergothérapeute » (Haute Autorité de Santé, 2015). Ce travail de recherche étant axé spécifiquement sur l'intervention de l'ergothérapeute, il est important avant tout de bien définir son rôle.

Meyer (2024), a eu comme objectif tout au long de sa carrière, « le développement des concepts de la discipline et le raisonnement des ergothérapeutes ». Dans son ouvrage « Démarches et raisonnements en ergothérapie », Meyer (2007, p.14) a étudié les définitions de l'ergothérapie des différentes associations professionnelles nationales et d'auteurs, et précise que le « projet central de l'ergothérapie reste constant » pour chacune d'elles. Sa définition est la suivante :

L'ergothérapie est une profession aux confins de la santé et du social. Les ergothérapeutes ont pour tâche principale de soutenir des personnes, des familles, des groupes ou des populations dans la réalisation des occupations courantes qu'elles veulent ou doivent mener lorsque celles-ci sont altérées par les conséquences d'une maladie, d'un accident, de troubles du développement ou du vieillissement.

Cette définition n'est pas récente, et la profession a évolué depuis, mais elle reste intéressante dans la mesure où elle prend en considération l'entourage et les familles.

En complément, Meyer (2007, p.19) décrit les « valeurs professionnelles » des ergothérapeutes qui concernent les domaines de « l'occupation », « la personne », « l'environnement », « la santé » et « la pratique centrée sur le client ». Cette notion de

« client » est défini comme « des individus, des familles, des groupes, (...) qui bénéficient des services d'ergothérapie » (Townsend, 2013, p.436). Dans cette étude, le terme « client » ne sera pas privilégié dans la mesure où il est peu utilisé en France en raison de son association à une relation financière. Ces éléments montrent que l'ergothérapeute intervient auprès de personnes, peu importe leur pathologie, en prenant en compte la personne elle-même, mais également tout ce qui gravite autour d'elle et en particulier son entourage.

Dans le cadre précis de l'accompagnement d'un enfant porteur d'un TDA-H, l'ergothérapeute va identifier les plaintes et les besoins de l'enfant, analyser ses capacités sur lesquelles s'appuyer et comprendre son fonctionnement pour mesurer « l'impact du TDA-H dans ses habitudes de vie » (Dessarps, 2021) en considérant son fonctionnement au quotidien. L'ergothérapeute définit tout d'abord un certain nombre d'objectifs qui pourront être travaillés en ergothérapie en lien avec l'organisation, la planification, les fonctions sensorimotrices, la gestion du temps, les routines, les compensations éventuelles et la mise en place de stratégies (Dessarps, 2021). Ensuite, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la guidance parentale mais également scolaire, dans la mesure où il est majeur de « transférer dans les occupations familiales, sociales et scolaires de l'enfant » ce qui est réalisé lors des séances en ergothérapie. L'objectif étant d'automatiser les apprentissages dans le quotidien (Chu & Reynolds, 2007).

Au-delà des éléments intrinsèques de l'enfant, Bölte et Al. (2018) expliquent que l'ergothérapeute va le considérer dans une perspective plus large, en tenant compte des facteurs personnels, sociaux et environnementaux, ainsi que du fonctionnement. Effectivement, il est nécessaire de connaître tous les éléments et les fonctionnements qui gravitent autour de l'enfant pour adapter un accompagnement au plus près de ses besoins. Par ailleurs, tout ce que l'ergothérapeute va mettre en œuvre pour l'accompagnement d'une personne va avoir pour objectif principal de l'amener à améliorer sa participation et son engagement occupationnel dans son quotidien. L'engagement occupationnel est décrit par Meyer (2013, p.155) comme étant « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation ».

Pour cela, l'ergothérapeute pourra alors s'appuyer sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) (annexe A). Ce modèle, met l'accent sur

l'occupation des personnes en prenant en considération les éléments qui la constituent, à savoir les dimensions : affective, cognitive, physique et spirituelle. Effectivement, ce modèle ergothérapique est centré sur la personne, tout en faisant du lien avec son environnement, ses occupations et ce qui a du sens pour elle. Il décrit par ailleurs que « l'occupation humaine se produit dans un contexte et résulte de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement » (Townsend, 2013, p.26). L'occupation va aussi permettre de « réaliser ses aspirations, de combler ses besoins et de changer ou de s'adapter à l'environnement » (Townsend, 2013, p.27). Ces éléments démontrent l'importance de la prise en compte des occupations par l'ergothérapeute dans l'accompagnement d'une personne.

Morel-Bracq (2017, p.86) vient appuyer la valeur des occupations en précisant que « les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation » et renforce ses propos en ajoutant qu'il est important, au travers des activités, de redonner « un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction ».

Le MCREO semble être un modèle particulièrement adapté pour l'accompagnement par l'ergothérapeute d'un enfant porteur d'un TDA-H, pour qui les impacts du trouble sur son quotidien et donc sur ses occupations sont majeurs, en particulier à un âge crucial dans son développement.

En résumé, dès lors que la pathologie est présente, il est nécessaire de bien identifier chaque élément qui constitue et caractérise une personne et son environnement. Cela aura une importance considérable en cas de difficulté associée, comme ici la problématique d'addiction qui va venir influencer de manière significative les dimensions de l'enfant, mais également et particulièrement son entourage.

2. TDA-H et comportements addictifs : vers un déséquilibre occupationnel

Après avoir décrit le TDA-H et les conséquences sur le quotidien, qu'en est-il de l'addiction ? La littérature qui définit précisément cette problématique, met en évidence la possibilité d'une corrélation entre le TDA-H et les comportements addictifs. Qu'en est-il vraiment et quels sont les risques observés ?

2.1. Addictions et comportements addictifs : une activation du circuit de la récompense

Les addictions, généralement décrites comme des comportements compulsifs et répétitifs, incluent un grand nombre de troubles caractérisés par une dépendance physique ou psychologique à une substance ou une activité, ayant des impacts significatifs sur la vie quotidienne et la santé mentale. La littérature donne de nombreuses définitions et de nombreux termes différents pour caractériser l'addiction. Par exemple, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA) reprend la définition de l'addiction du National Institute of Drug Abuse (NIDA) à savoir : « L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives » (MILDECA, 2015) (NIDA, 2018). L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) complète cette définition en parlant d'une « modification de l'équilibre émotionnel », de « perturbations sur la vie personnelle, professionnelle et sociale » (Inserm, 2017). Le DSM-5-TR quant à lui, parle désormais de troubles liés à une substance lorsqu'il s'agit d'un produit ou alors d'usage pathologique lorsqu'il s'agit d'un comportement ou d'une utilisation persistante. Il définit 11 critères diagnostiques permettant de caractériser le degré de sévérité de l'addiction (faible, modérée, sévère) selon la présence d'un certain nombre de critères (Crocq et al., 2023a).

Pour définir les addictions les plus fréquentes, une étude de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) de 2019 montre que le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus répandues en France (INRS, 2019). Par ailleurs, d'autres consommations de substances sont présentes et non négligeables, comme les médicaments psychotropes, les drogues, ou encore des addictions en lien avec le comportement comme les jeux de hasard et d'argent, et l'alimentation. A cela vient s'ajouter ce que le Gouvernement appelle « l'usage problématique des écrans » (MILDECA, 2022) et émet « 11 recommandations pour les parents et les adultes en contact avec les enfants et les jeunes » pour les problématiques liées aux écrans. En effet, même s'il ne s'agit pas d'une substance psychoactive, il est important de noter que la première addiction à laquelle vont être confrontés les enfants de manière générale, est celle des écrans, des jeux vidéo. Une récente littérature sur les addictions parle

de nouvelles dépendances qui concernent « les dépendances qui ne sont pas causées par la consommation de substances mais par l'utilisation compulsive de la technologie (...) souvent sous-estimées » (Vitry, 2023, p.111).

Dans ce travail de recherche, les exemples en lien avec l'addiction seront souvent orientés sur les jeux vidéo ou les écrans dans la mesure où la population étudiée fait partie de la tranche d'âge de 8 à 14 ans. Or pour des raisons de faisabilité, il ne pourra pas être possible de se limiter à cette addiction.

Pour montrer l'importance et la prise en compte des addictions, le gouvernement a déployé une « stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 » (MILDECA, 2023) visant à coordonner des actions de prévention, de traitement et de sensibilisation autour des comportements addictifs dans le but de promouvoir la santé publique et le bien-être.

Le comportement addictif est expliqué scientifiquement par une substance ou une activité qui va « déclencher une dépendance (...) augmentant la libération d'un neuromodulateur, la dopamine » qui « entraîne une sensation de satisfaction » et « participant au circuit de la récompense, (...) qui définit à chaque instant l'état physique et psychique dans lequel se trouve l'individu » (Tassin, 2007, p.91). C'est le même circuit cérébral qui entre en jeu pour une addiction à une substance. Par ailleurs, plusieurs facteurs sont dits « favorisant » dans l'installation d'une addiction. En effet, les facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux peuvent avoir un impact sur les problématiques de dépendance. Une meilleure compréhension et prise en compte de ces facteurs permettra d'une part de mettre en place des accompagnements adaptés et d'autre part de travailler davantage sur la prévention.

Afin de déterminer si une addiction existe, un diagnostic réalisé par un médecin sera établi selon les critères du DSM-5-TR. En effet, ce manuel décrit 11 critères qui prennent en compte la fréquence de consommation, la perte de contrôle, l'impact de la consommation sur le quotidien, la consommation malgré la prise de conscience des problématiques engendrées... Il sera question d'addiction dès lors qu'au moins deux des critères sont présents sur une période de 12 mois. Le degré de sévérité dépendra du nombre de critères présents : 2 à 3 critères correspondent à une addiction faible, 4 à 5 critères signifient qu'il s'agit d'une

addiction modérée et enfin lorsqu'il existe 6 critères ou plus, l'addiction est sévère (Crocq et al., 2023a).

Enfin, dans l'accompagnement des comportements addictifs, un traitement adapté sera indispensable pour aider les personnes à la fois sur le plan physique que psychique. C'est ce que la Fédération Française d'Addictologie (FFA) note en expliquant qu'un traitement médicamenteux peut être nécessaire selon le type d'addiction mais qu'il devra inévitablement être couplé avec une approche thérapeutique qui aura pour but de « soulager des états de souffrance psychologique » (FFA, 2018).

Pour compléter les éléments descriptifs de l'addiction, il semble important de savoir si certaines populations sont plus à risque d'addictions que d'autres et en particulier les enfants porteurs d'un TDA-H.

2.2. L'enfant porteur d'un TDA-H potentiellement plus à risque de développer des comportements addictifs

Les résultats de recherche sur ce sujet sont relativement controversés. En effet, plusieurs études ont été menées pour connaître la corrélation entre le TDA-H et les addictions. Il est évoqué qu'une association peut être faite entre le TDA-H et les comportements à risque, excessifs ou impulsifs ou la consommation de substances mais cela n'est pas formellement prouvé.

G. Michel et Al. (2017) ont mené une étude sur le TDA-H et les conduites à risque (CAR) chez les enfants et les adolescents. Concernant la consommation de substances, ils précisent qu'une prédiction à la consommation de cannabis ou à l'expérimentation de drogues existe. En effet, il est évoqué dans cette étude que 50% des adolescents hospitalisés pour abus de substances sont porteurs d'un TDA-H. Sachant par ailleurs que 5% des enfants en France sont porteurs d'un TDA-H (Haute Autorité de Santé, 2023), cela tend à démontrer la majoration du risque pour cette population.

Un autre point est développé sur les accidents et blessures non intentionnelles en lien avec le TDA-H. « L'impulsivité qui conduit à agir sans réfléchir ainsi que le déficit de l'attention

induisant une faible perception du danger vont fortement fragiliser l'enfant et l'adolescent vis-à-vis des CAR » (Michel et al., 2017, p.433).

Une autre étude, canadienne, a quant à elle, été menée sur des enfants porteurs ou non d'un TDA-H et l'utilisation des jeux vidéo. Encore une fois, il est précisé qu'il semble exister un lien entre les symptômes du TDA-H et l'usage excessif des jeux vidéo puisqu'en effet, les symptômes du TDA-H rendent le jeu vidéo attrayant, tandis que le jeu lui-même exacerbe les symptômes du TDA-H en proposant une activité qui renforce continuellement le besoin de gratification instantanée (Masi et al., 2021). Malgré tout, il n'est pas possible de déterminer de manière sûre que le TDA-H entraîne une addiction aux jeux vidéo puisque différentes problématiques peuvent entrer en jeu, à savoir le temps d'écran, le moment de la journée où la pratique des jeux vidéo est réalisée, les jeux adaptés ou non à l'âge de l'enfant ou encore les jeux en réseau.

Dans leur communication, Le Heuzey et Mouren (2012, p.19) évoquent un lien « bidirectionnel » entre les symptômes du TDA-H et l'addiction aux jeux et explique que « l'attractivité des jeux pour l'enfant TDA-H est importante, mais en retour, les jeux exacerbent les symptômes de TDA-H en créant une activité qui renforce continuellement la désinhibition, la rapidité, la recherche de récompense immédiate et l'inattention ».

En complément de ces études, Bouvard (Bouvard, 2016) dans son livre intitulé Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte : Approche développementale, explore la prévalence du TDA-H et du trouble de l'usage des substances (TUS). Il décrit l'importance de la mise en place d'un traitement précoce, dès l'annonce du diagnostic de TDA-H pour diminuer le risque d'addiction en grandissant. En parallèle, la prévalence de TUS chez les patients porteurs de TDA-H et inversement, la prévalence de TDA-H chez les patients ayant un TUS est augmentée dans les deux cas et cela est également dépendant des symptômes du TDA-H. En effet, certains symptômes du TDA-H peuvent avoir un lien direct avec une addiction, alors que d'autres n'entraîneront aucune conséquence directe.

De son côté, Vitry (2023, p.35) explique que le risque d'addiction est très lié aux « vulnérabilités psychologiques antérieures » comme la faible estime de soi. L'enfant porteur d'un TDA-H étant fréquemment concerné par cette problématique, l'évolution vers une dépendance n'est donc pas rare.

Le comportement addictif peut débuter tôt chez un enfant, notamment avec les addictions plus récentes comme celle des écrans et en particulier des jeux vidéo. Masi et Al. (2021) ont étudié les modalités d'utilisation des jeux vidéo chez les enfants porteurs de TDA-H et expliquent que la période entre 4 et 12 ans est donc une étape importante où les enfants sont de plus en plus exposés aux jeux vidéo. Dans la revue de Paulus et Al. relative aux troubles du jeu sur internet chez les jeunes, il est expliqué que l'accès et l'utilisation des technologies informatiques ont fortement augmenté et transformé le monde des activités de loisirs, allant même jusqu'à devenir des activités courantes pour les enfants et les adolescents (Paulus et al., 2018). Cela a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à ajouter le trouble lié aux jeux vidéo dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 11).

Tous ces éléments de recherche évoqués précédemment montrent qu'un lien est probable entre les différents types d'addictions et le TDA-H, pour autant, les recherches scientifiques ne peuvent prouver ce lien, la relation entre addiction et TDA-H étant complexe, et liée à de nombreux facteurs individuels et environnementaux.

Malgré ce manque de certitude, il n'en reste pas moins que les addictions chez l'enfant porteur d'un TDA-H engendreront des répercussions importantes dans son quotidien et celui de son entourage. Il semble alors important de noter qu'un déséquilibre occupationnel pourrait être causé à la fois par les symptômes du TDA-H, et aussi par le comportement addictif. Ce déséquilibre est défini comme étant l'incapacité de gérer les occupations de manière épanouissante sur le plan personnel et qui répondent aux exigences du rôle, ce qui compromet la santé et la qualité de vie (Townsend, 2013). Quelles vont donc être les conséquences de ce déséquilibre occupationnel ?

2.3. Le comportement addictif comme facteur de risque d'un déséquilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel, de quoi s'agit-il ? Il n'existe pas de consensus sur ce concept, mais selon Meyer, la définition la plus complète est celle de Reed et Sanderson dans leur ouvrage intitulé *Concepts of Occupational Therapy* (4th ed.) de 1999 et validée par le comité ENOTHE. Il s'agit de la capacité à gérer ses occupations de manière personnelle (...) et répondant aux

demandes de ses rôles (...). Chaque personne possède un schéma d'équilibre qui lui est propre et qui favorise la santé (traduction libre de Meyer, 2013). Wagman et al. (2012) ajoutent à cela une autre notion importante de l'équilibre occupationnel, à savoir la notion de temps passé sur les occupations. Ils définissent cela comme étant la perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations.

De manière générale, dans la plupart des situations, les comportements addictifs vont avoir des conséquences multiples, à la fois sur le plan médical, mais également sur les plans personnel et social. Selon des recherches effectuées par l'Inserm (2017), tout d'abord, ces conséquences vont avoir des répercussions qui peuvent comporter des risques immédiats, variables selon la substance ou la pratique. Ces risques peuvent être à la fois la perte de contrôle, la désinhibition ou encore la diminution du stress, entraînant progressivement des symptômes en raison d'une exposition répétée et chronique. D'autres conséquences seront observées en particulier sur la vie quotidienne, plutôt en lien avec le comportement addictif qui va engendrer des problématiques sur les relations, la famille, le travail ou la scolarité... Enfin des complications sur le plan médical, psychologique, voir psychiatrique peuvent s'installer progressivement et avoir un impact sur le long terme. Par exemple « des troubles de l'humeur », de l'« impulsivité, troubles de la mémoire, de l'attention » (Inserm, 2017). Que ce soit en lien avec les problématiques à court, moyen ou long terme évoquées précédemment, l'équilibre occupationnel va être perturbé par l'ensemble des conséquences d'une addiction.

Plus précisément, une addiction aux jeux vidéo, qui peut être qualifiée d'addiction comportementale puisqu'il ne s'agit pas d'une substance, et particulièrement le temps que l'enfant va y consacrer, va engendrer différentes problématiques telles qu'une dégradation des résultats scolaires, mais également de la confiance en soi et de l'estime de soi (Toker & Baturay, 2016). D'autres auteurs complètent cela en évoquant « l'abandon d'autres activités sociales (...) ; l'isolement progressif, l'incapacité à contrôler le temps de jeu, notamment à le réduire (...) ; le non-respect des besoins primaires (...) ; la tristesse, l'anxiété, l'agressivité lorsque la personne ne peut pas jouer » (Picard & De Courcy, 2021, p.52). Ces éléments précis mettent en évidence l'impact et par conséquent le déséquilibre occupationnel, directement en lien avec les symptômes de cette addiction.

Pour ces raisons et avec les éléments décrits plus haut, le comportement addictif spécifiquement en lien avec les écrans et les jeux vidéo va inévitablement engendrer une aggravation des symptômes du TDA-H chez les enfants tels que l'impulsivité et la difficulté à maintenir l'attention en exacerbant les problèmes de concentration et en augmentant la frustration. Effectivement, étant déjà confronté à des difficultés d'ordre attentionnel, mais également à des comportements impulsifs, l'addiction qui entraîne des attitudes compulsives va majorer ces troubles. Cela est confirmé par Vitry (2023, p.112), qui explique effectivement qu'« un usage régulier et répétitif » peut entraîner une perte de contrôle et devenir compulsif. Il en est de même pour l'estime de soi. En effet, comme Vitry (2023, p.36) l'explique, « le fait d'avoir accès aux écrans leur permet d'avoir un équivalent de socialisation sans avoir à se confronter à la réalité », et par conséquent aggraver la problématique initiale en entraînant l'isolement social et l'abandon d'autres activités.

Concernant l'entourage, les personnes qui gravitent autour de l'enfant, qui le voient évoluer au quotidien, vont être amenées à observer ou identifier d'éventuelles problématiques que l'enfant pourrait rencontrer. Mais elles peuvent également être confrontées elles-mêmes à des difficultés liées au comportement de l'enfant. C'est par exemple ce que les auteures Picard et De Courcy (2021) appellent la codépendance entre la personne addictive et son entourage, entraînant des changements importants dans leurs relations. L'aide ou le soutien apporté pourrait alors devenir une codépendance puisque le fait d'apporter son aide à une personne peut avoir des répercussions sur soi-même. Vitry (2023, p.119) quant à lui, parle de « résonance des traumatismes » en expliquant que la dépendance d'une personne au sein d'une famille aura des répercussions sur tous et qu'elle conduit à un « stress chronique » dû à l'installation progressive de la dépendance. Plus précisément, les conséquences sur l'entourage, d'une addiction chez un enfant, vont être significatives au niveau des relations familiales, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une addiction technologique. Il pourra alors être observé un changement dans les relations au sein de la famille, dans la mesure où ces nouvelles technologies vont impacter la communication (Vitry, 2023).

Les conséquences d'un comportement addictif vont donc inévitablement venir perturber cet équilibre occupationnel jusqu'à entraîner un déséquilibre occupationnel dans le quotidien de l'enfant, mais également celui de son entourage.

Il semble alors important, dans l'accompagnement de l'enfant, d'agir sur les problématiques du TDA-H, en réfléchissant en amont aux conséquences de ses difficultés. L'intervention des différents professionnels aura toute son importance dans le but de permettre à l'enfant de retrouver son bien-être et de favoriser son développement au quotidien. Les compétences de l'ergothérapeute en matière de TDA-H pourront avoir une importance considérable dans le suivi d'un enfant porteur de ce trouble, en lien direct avec son entourage, afin d'agir de manière préventive.

3. L'ergothérapeute comme acteur de la prévention des comportements addictifs chez les enfants porteurs de TDA-H

La prévention étant un enjeu à tous les niveaux, il semble alors important de se questionner sur la manière dont cette dernière pourrait être mise en œuvre autour des problématiques que rencontrent les enfants porteurs de TDA-H. L'objectif dans cette étude étant la prévention des comportements addictifs, dans quelle mesure l'ergothérapeute peut apporter son expertise en matière de prévention auprès des parents ?

3.1. La prévention, axe majeur d'amélioration de la santé

Pour bien comprendre ce qu'est la prévention et son intérêt, il est nécessaire de la définir en amont. La définition qui sera retenue ici est celle de l'OMS de 1948, puisqu'elle est reprise par la majorité des auteurs lorsqu'ils évoquent la prévention. Celle-ci est définie comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Cette définition est complétée par la description de trois formes de prévention qui correspondent à l'état d'avancement de la maladie, il s'agit de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire vise à éviter l'apparition d'une maladie, la prévention secondaire quant à elle va permettre de limiter l'évolution de la maladie et déterminer les facteurs de risque et la prévention tertiaire consistera à atténuer les conséquences d'une maladie installée ou les rechutes (Rayssiguier, 2018).

Rayssiguier et Huteau (2018, p.451), dans leur ouvrage intitulé Politiques Sociales et de Santé - Comprendre pour agir, reprennent cette description de l'OMS mais indiquent qu'« elle

présente certaines limites dans la mesure où elle est basée sur la maladie et ne permet pas de prendre en considération des interventions de portée plus générale et visant plus spécifiquement la santé dans une acceptation plus large ». Ils reprennent donc la classification de Gordon de 1983 qui complète la définition de l'OMS et qui concerne plutôt des groupes de population. Il en existe 3 types : la prévention universelle qui cible toute la population indépendamment de son état de santé, la prévention orientée ou sélective qui concerne un ensemble de personnes exposé à des risques spécifiques, et enfin la prévention indiquée pour les personnes à risque notamment liés aux antécédents familiaux.

Dans cette étude, ces deux définitions de la prévention ont une certaine importance puisqu'il s'agit à la fois du moment où la prévention est réalisée, mais également du groupe de population puisqu'il est ici question d'enfants à risque d'addiction.

Plus récemment en France, le Gouvernement a décrit une stratégie nationale de santé qui regroupe quatre axes principaux dont le premier consiste à « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017, p.11) . Cette stratégie (2017) met l'accent notamment sur l'importance de la prévention chez les jeunes pour promouvoir des comportements sains dès le plus jeune âge.

Une étude a été menée en 2019 pour montrer l'intérêt de la prévention et explique que « le concept de santé est un phénomène complexe et multifactoriel, qui dépend de ce que l'individu met en place pour conserver son état de santé (...) mais aussi ce que la société met en place pour prévenir, promouvoir et garantir la santé de chacun » (Faucon & Troussard, 2019, p.159).

Tout cela démontre que la prévention est un engagement majeur et un pilier essentiel pour améliorer la santé globale de la population en agissant sur la qualité de vie. Il est certain que la prévention est l'affaire de tous, notamment celle la population générale qui peut agir directement sur sa propre santé grâce à la prévention, mais aussi et surtout les professionnels de santé qui ont un rôle de conseil en matière de prévention et qui œuvrent pour cette approche auprès de chaque patient. Selon l'objet de ce travail de recherche, quel va être le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention et à quel moment l'ergothérapeute va intervenir?

3.2. Le rôle crucial de l'ergothérapeute en prévention

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, décrit un certain nombre d'activités pour définir ce métier. Parmi elles, il est précisé que l'Ergothérapeute « met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique ». Cette notion de prévention est également reprise dans les compétences attendues et nécessaires à l'obtention du diplôme (Ministère de la Santé, 2010). Malgré cela, il est possible de se questionner sur l'importance accordée à la prévention durant ce parcours scolaire ?

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2017) publie en mars 2017 un dossier professionnel sur « L'ergothérapie aujourd'hui en France » et précise qu'un des savoir-faire de l'ergothérapeute est de « prévenir et conseiller ». Il est expliqué que les recommandations de l'ergothérapeute permettent « de prévenir une situation de handicap ou d'en réduire les effets », mais également que « l'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou de formation concernant les populations à risque de perte d'indépendance et/ou d'autonomie ». Ces éléments montrent qu'à tous les niveaux, la prévention en ergothérapie est un axe incontournable dans l'accompagnement des personnes. Elle sera d'autant plus efficace si l'ergothérapeute intervient en milieu écologique pour comprendre le fonctionnement d'une personne avec son entourage. Cela est décrit dans une étude menée en 2016 relative aux soins primaires en ergothérapie qui explique qu'une intervention à domicile jouera un rôle important dans la prévention. En effet, cette intervention est considérée dans cet article comme étant une stratégie qui permettra une meilleure compréhension des problématiques (Donnelly et al., 2016).

La prévention est également un point essentiel pour l'association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) qui a publié un énoncé de position en 2013 précisant la nécessité d'une intervention des ergothérapeutes dans les soins primaires (ACE, 2013). Ce sont par ailleurs les propos d'une récente étude anglaise réalisée dans le but de montrer l'importance du rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires et donc la prévention. En effet, au-delà de ce qui caractérisait l'ergothérapie dans ses débuts, à savoir la réadaptation, il est désormais question de promotion de la santé et de prévention en cherchant à accroître l'engagement des patients dans leurs activités quotidiennes. Cette notion de prévention en ergothérapie constitue un

cadre de pratique relativement nouveau pour cette profession, qui est majoritairement retrouvé auprès des populations adultes ou des personnes âgées (C. Donnelly et al., 2023).

Ces éléments permettent de considérer que la prévention semble être pertinente dans l'accompagnement que peut mettre en œuvre l'ergothérapeute. En s'appuyant sur les habilitations de la personne, elle pourrait alors développer un accompagnement préventif pour permettre la réalisation des occupations. Pour préciser, l'habilitation est définie comme le fait d'« habilitier les gens à choisir, à organiser et à réaliser les occupations qu'ils jugent utiles et signifiantes, dans leur environnement » (Townsend, 2013, p.105).

Cette définition met en évidence une forme d'engagement qui se retrouve également dans la prévention, ce qui permet d'expliquer l'importance de travailler de manière préventive sur les problématiques occupationnelles des personnes au travers de leurs habilitations. L'objectif étant de limiter l'impact de ces problématiques, et ainsi éviter ou réduire les déséquilibres occupationnels.

Bien que la littérature démontre qu'à ce jour, l'ergothérapie n'est pas la première profession à réaliser de la prévention, il semble pertinent que son rôle dans ce domaine soit majeur. Il a été vu que l'enfant porteur d'un TDA-H peut être davantage susceptible de développer une addiction (Bouvard, 2016; Le Heuzey & Mouren, 2012; Masi et al., 2021; Paulus et al., 2018). En prenant en considération l'âge de l'enfant (ici de 8 à 14 ans), les impacts du TDA-H et leurs éventuelles aggravations en cas d'addiction, l'ergothérapeute aura un rôle central dans l'accompagnement, à la fois, de l'enfant, mais également de son entourage (Bölte et al., 2018; Dessarps, 2021; Morel-Bracq, 2017). Une collaboration parents – ergothérapeute dans une démarche préventive aurait alors tout son sens.

3.3. Une approche ergothérapique centrée sur l'entourage

A ce jour, la revue de littérature ne m'a pas permis d'identifier des programmes spécifiques en ergothérapie permettant la prévention des addictions pour les enfants porteurs d'un TDA-H. De la même manière, la littérature parle très peu de l'intervention spécifique de l'ergothérapeute dans le traitement des addictions. Pourtant, est-ce que les évaluations, ainsi que les différentes approches ou méthodes utilisées en ergothérapie, pourraient être

adaptées et utilisées à titre préventif, puis mises en œuvre avec les parents pour les accompagner auprès de leur enfant ? De quelle manière l'ergothérapeute peut accompagner les parents en s'appuyant sur les aptitudes et besoins de l'enfant dans le but d'éviter ou de réduire les risques de comportements addictifs et ainsi favoriser l'équilibre occupationnel ?

En addictologie, de nombreuses thérapies existent et notamment celles orientées sur l'entourage à savoir les thérapies familiales spécifiques. Il s'agit de thérapies telles que les approches éducatives, motivationnelles, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la remédiation cognitive, ou encore les programmes d'éducation (FFA, 2018). La Fédération Française d'Addictologie développe l'ensemble de ces psychothérapies or le rôle de l'ergothérapeute est évoqué uniquement dans la médiation, et notamment dans les interactions sociales (FFA, 2018).

Dans le cadre spécifique d'un comportement addictif aux jeux vidéo, déjà installé chez un enfant, le point de départ d'une démarche préventive va être de faire prendre conscience à l'enfant, mais également aux parents, des risques associés à l'usage des jeux vidéo. A titre d'exemple, ne pas être en capacité d'arrêter de jouer et par conséquent de ne plus s'engager dans les activités de son quotidien. L'inclusion des parents est alors primordiale car ils sont les premiers acteurs du développement et de l'accompagnement de leur enfant dans son quotidien. En effet, la compréhension des parents quant à l'usage et aux risques liés aux jeux vidéo les conduira à un meilleur « sentiment d'efficacité » (Bonnaire & Phan, 2017).

Vitry (2023, p.114) évoque quant à lui, la « thérapie indirecte ». Il arrive fréquemment que les individus ayant un comportement addictif, n'aient pas conscience de cela et/ou refusent l'aide qui pourrait leur être apportée. C'est alors que la thérapie indirecte intervient. Elle est réalisée auprès de l'entourage qui est impacté par cette problématique d'addiction. L'objectif de cette thérapie est « de rendre ces proches cothérapeutes, en les guidant vers une réflexion sur la situation pour les aider à identifier les bénéfices secondaires qu'ils apportent au dépendant ». Par bénéfice secondaire, l'auteur entend ce qui procure le plaisir à la personne et donc ce qui l'empêche « de ressentir les inconvénients de son comportement de dépendance ». L'objectif étant de permettre à la personne de reprendre le contrôle de soi. L'état de l'art pourrait conduire à envisager un rôle de l'ergothérapeute dans cette thérapie indirecte. Il a été vu également que le TDA-H, combiné à un comportement addictif, entraîne très fréquemment

un risque d'isolement social et l'arrêt des activités de loisirs. Ainsi, la mise en place avec l'entourage de « techniques axées sur les solutions », va progressivement amener la personne « à découvrir d'autres plaisirs plus sains et plus fonctionnels » (Vitry, 2023, p.115).

D'autres méthodes ont fait leurs preuves dans l'accompagnement des enfants porteurs d'un TDA-H mais ne concernent pas spécifiquement les problématiques d'addiction, en particulier l'utilisation de la méthode CO-OP et le programme Cog Fun (Gantschnig et al., 2015).

C'est l'université de Jérusalem qui a développé l'intervention cognitive-fonctionnelle (Cog-Fun) spécialement conçue pour les jeunes porteurs d'un TDA-H et leurs parents dans le but d'améliorer leur implication dans les occupations, en étant basée sur l'occupation, centrée sur le client et la famille et axée sur la théorie (University of Jerusalem, 2019). Hahn-Markowitz et al. (2018), reprennent cette méthode et viennent appuyer le rôle capital des parents dans cette approche. En effet, les parents vont assister à l'ensemble des séances avec leur enfant, dans le but de pouvoir apprendre des stratégies et ainsi les transférer et les mettre en application dans leur quotidien.

L'approche CO-OP (Cognitive Orientation for Daily Occupation Performance), directement issue du modèle MCREO pourrait faire sens et être initiée aux parents par l'ergothérapeute. Il s'agit là d'une découverte guidée.

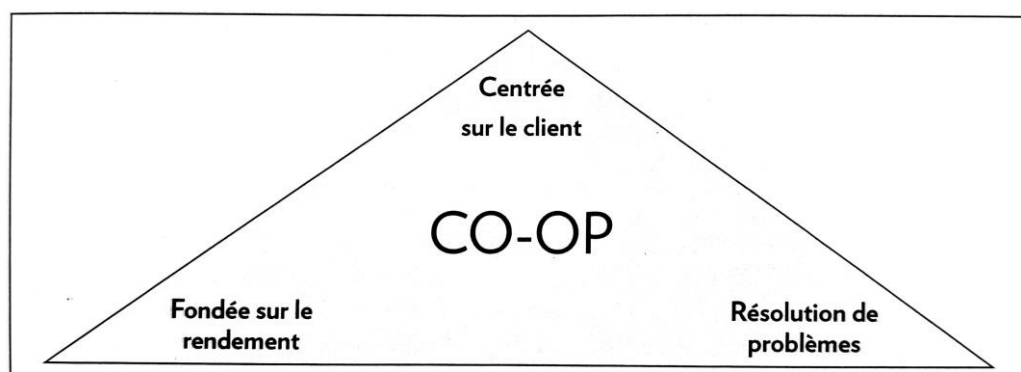


Tableau 1 : Les éléments fondamentaux de CO-OP par Hélène J. Polatajko et A. Mandich

Initialement cette approche est utilisée pour amener l'enfant à utiliser ses habiletés métacognitives, trouver seul ses propres stratégies pour atteindre son but. Mais il est aussi indiqué que cette approche peut être initiée aux parents dans le but de pouvoir aider leur enfant au quotidien. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit d'un enfant porteur d'un TDA-H qui a du mal à identifier ses propres problématiques. L'intégration des parents dans cette

approche sera alors essentielle afin de généraliser et transférer les stratégies dans le quotidien (Polatajko, 2017).

Il existe également un autre accompagnement incluant l'entourage à savoir l'éducation thérapeutique du patient (ETP). C'est un programme qui a pour objectif « d'aider les patients (...), ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie, leur traitement, collaborer ensemble (...) dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (OMS Europe, 1998, p.19). Ce type de programme concerne les personnes atteintes d'une maladie chronique, quels que soient son stade ou son évolution et quel que soit l'âge du patient (HAS, 2013). Actuellement, seules les personnes en affection longue durée (ALD) peuvent participer à un programme d'ETP (seules ou avec leurs proches). Il existe une liste des 30 pathologies considérées comme ALD établie par le ministère de la Santé et de la prévention (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008) et le TDA-H n'en fait pas partie. Une récente étude sur l'impact d'un programme d'ETP sur la qualité de vie des enfants porteurs d'un TDA-H et celle de ses parents révèle une amélioration pour l'enfant, qui reste néanmoins plus limitée pour les parents (Le Lidec et al., 2023).

Ce type de programme, adapté au TDA-H avec des modules autour de l'addiction ne pourrait-il pas être un atout essentiel dans la compréhension et la prévention des risques d'addictions auprès des jeunes porteurs d'un TDA-H ? L'intervention de l'ergothérapeute ne pourrait-elle pas être un levier important dans la création d'un programme d'ETP ciblé sur ces problématiques de TDA-H et d'addictions ?

Les méthodes d'accompagnement citées, ne représentent certainement pas toutes les possibilités qu'à l'ergothérapeute pour accompagner l'entourage. Toutes celles évoquées mentionnent d'une manière ou d'une autre l'intégration des parents qui semble alors indispensable pour améliorer l'équilibre occupationnel de toute la famille.

Alors en quoi ces approches, qui à la base n'ont pas été développées spécifiquement pour les problématiques d'addiction et/ou de TDA-H, ni même à titre préventif, pourraient permettre à l'ergothérapeute d'accompagner l'entourage dans cette prévention ?

4. Problématique

Le TDA-H représente, chez les enfants, un enjeu majeur dans l'accompagnement tout au long de son développement. Il est nécessaire qu'il soit compris, aidé et soutenu, pour faire face à ses propres difficultés, et à celles liées à son environnement. Les parents sont donc les acteurs principaux de cet accompagnement, mais nécessitent parfois d'être eux aussi guidés et conseillés pour faire face aux problématiques rencontrées.

Dans les difficultés rencontrées, celle de l'accessibilité et du développement des nouvelles technologies de plus en plus présentes dans le quotidien, va amener les enfants à se confronter aux écrans plus jeunes et plus fréquemment, pouvant entraîner des comportements addictifs. C'est la raison pour laquelle l'exposition aux écrans fait partie des enjeux de notre société qui travaille actuellement sur la reprise du contrôle des écrans en éditant un rapport d'expertise (Commission d'expert du Gouvernement, 2024).

Le rôle de l'ergothérapeute prend alors tout son sens dans cette intervention auprès de l'enfant et de ses parents. La prévention, bien que peu développée sur ces problématiques spécifiques à l'heure actuelle, pourrait être un levier essentiel dans la compréhension, le support et l'accompagnement des parents. L'adaptation des techniques utilisées en ergothérapie pourraient permettre cette démarche préventive et favoriser l'équilibre occupationnel.

Cela conduit à élaborer la question de recherche suivante : **Quelles sont les solutions que l'ergothérapeute pourrait mettre en œuvre pour accompagner les parents d'un enfant de 8 à 14 ans, porteur d'un TDA-H, pour prévenir les comportements addictifs aux écrans et jeux vidéo au travers d'une démarche de prévention primaire et secondaire ?**

Partie Méthodologie

La première partie théorique a permis de mettre en évidence une problématique qui sera l'objet d'une analyse dans la suite de ce travail de recherche. Cette partie méthodologique va quant à elle, permettre de comprendre le déroulement de l'étude menée.

Cette étude sera basée sur une recherche exploratoire qualitative permettant d'obtenir des informations plus précises et de donner du sens aux propos évoqués.

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'explorer les moyens ou approches utilisés par les ergothérapeutes pour accompagner les parents d'un enfant porteur d'un TDA-H dans la prévention des addictions aux écrans et jeux vidéo.

2. Population

2.1 Critères d'inclusion et non inclusion

L'ensemble des personnes interrogées sont ergothérapeutes, l'objectif de l'étude étant de se questionner spécifiquement sur leur rôle.

Critères d'inclusion	Explications
Exercer en libéral, SESSAD ou autres établissements en pédiatrie	Avoir une expérience spécifique à la population pédiatrique
Exercer auprès d'enfants porteurs d'un TDA-H	Connaitre les problématiques rencontrées avec ces enfants
Avoir une expérience minimale de 2 ans auprès de cette population	Avoir le recul suffisant par rapport à la pratique
Avoir des échanges réguliers avec les parents	Avoir des informations complémentaires grâce aux échanges avec les parents
Critère de non-inclusion	Explications
Exercer uniquement dans les écoles et collèges	Manquer d'échanger avec les parents

Tableau 2 : Critères d'inclusion et de non-inclusion dans le choix de la population

2.2 Méthode de recrutement

Le recrutement des personnes interviewées a été réalisé selon la méthode focalisée, à savoir orientée sur une caractéristique spécifique vécue par la personne. Dans cette étude, il s'agit de la pratique, à savoir la pédiatrie. Pour ce faire, la prise de contact et la demande d'interview s'est faite par mail (annexe B).

3. Méthode de recherche et outil d'investigation

3.1 Outils d'investigation

Pour réaliser ce travail d'investigation, la méthode utilisée est l'entretien de recherche, basé sur une conversation pour recueillir les informations relatives à l'expérience des participants et leur vision dans le but d'approfondir le sujet.

Un guide d'entretien a été réalisé en amont en lien avec la problématique initiale et les objectifs définis (annexe C). Il est composé de questions ouvertes, permettant une interaction semi-directive pour favoriser le discours de la personne interrogée. Des entretiens seront réalisés en présentiels ou en Visio selon les disponibilités de chacune des participantes.

3.2 Méthode de traitement des données

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés au format audio, pour ensuite pouvoir être retranscrits dans leur intégralité. Les données recueillies ont été analysées à l'aide d'une grille d'analyse (annexe D). Les résultats ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique afin de repérer dans les entretiens, les thèmes abordés en lien avec l'objectif du travail de recherche.

3.3 Dimension éthique

Ce travail a été réalisé dans le respect de l'anonymat des personnes interviewées, chacune a pu signer un consentement (annexe E) précisant les modalités de confidentialité et d'anonymat, ainsi qu'une confirmation orale en amont des entretiens. Par ailleurs, les données recueillies ne sont utilisées qu'à des fins de recherche.

Résultats

1. Présentation des participantes

De mars à avril 2024, 4 ergothérapeutes ont été interviewées. Toutes ont aujourd’hui une pratique professionnelle majoritairement en pédiatrie, avec un nombre important d’enfants porteurs d’un TDA-H. Leurs interventions sont réalisées principalement en cabinet, mais également dans le milieu scolaire ou à domicile.

	E1	E2	E3	E4
Entretien	Visio	Présentiel	Visio	Présentiel
Année du diplôme	2021	2011	2015	2002
Lieu de pratique	Centre hospitalier	Libéral	Libéral	Libéral + SESSAD

Tableau 3 : Participantes de l’étude

2. Vision du terrain sur le TDA-H et les addictions aux écrans et jeux vidéo

2.1 Le repérage des problématiques

Toutes les ergothérapeutes s’accordent à dire qu’il n’existe pas d’outils d’évaluation ou d’identification des problématiques en ergothérapie en lien avec les addictions : **« je n’ai pas d’outils d’évaluation spécifique à l’addiction »** (E3). En revanche, d’autres outils ergothérapeutiques sont utilisés et vont permettre de repérer l’existence d’une problématique au travers des échanges et des questionnements autour des loisirs, des centres d’intérêts : **« je peux utiliser la MCRO, je peux utiliser l’OT Hope »** (E1). Toutes évoquent que la majorité des enfants mentionnent le jeu vidéo et la télévision comme occupation. Il ressort également que l’utilisation des écrans et des jeux vidéo est très présente, relativement fréquente et avec **« un accès qui est beaucoup plus facile »** (E1), à la fois pour les enfants : **« même en salle d’attente les enfants vont être sur le téléphone du parent en attendant »** (E1), mais davantage chez les plus grands **« Plus chez les ados que chez les primaires »** (E4).

E1 et E3 questionnent le fait qu'il est parfois difficile de faire la différence entre la présence d'une addiction ou s'il s'agit d'un « **intérêt restreint** » qui serait davantage lié au TDA-H.

E3 fait état de l'intérêt spécifique pour les écrans particulièrement chez les enfants porteurs d'un TDA-H : « **ils ont un truc avec les jeux vidéo** ». Cela est corrélé aux propos de E1 qui estime que les enfants avec un TDA-H « **sont plus sujets à avoir des addictions** ».

Enfin, le TDA-H, comme l'addiction, vont entraîner chez les enfants une recherche de dopamine et se pose alors la question de savoir si c'est le TDA-H qui entraînent l'addiction du fait d'un défaut cérébral (E3).

2.2 De multiples impacts au quotidien

Les répercussions à la fois de TDA-H et des écrans, mises en évidence par les ergothérapeutes sont nombreuses et impactent aussi bien l'enfant lui-même, mais également l'entourage et la vie de famille comme par exemple : « **limiter l'implication dans les différentes activités de famille (...) la fatigue (...) donc des troubles qui vont être majorés (...) moins d'harmonie familiale** » (E3), « **des répercussions sur les routines du soir** » (E4).

Par ailleurs, E2 explique que parfois l'impact « **peut passer un peu inaperçu** » puisqu'à la maison l'utilisation est très contrôlée, alors qu'en dehors du cadre familial « **ça explose** ».

Un point de vue différent est amené par E2 qui considère que le jeu vidéo « **est un moyen d'entrer en relation** » et particulièrement pour les enfants porteurs d'un TDA-H qui font face à des difficultés au quotidien dans leurs relations aux autres. Elle évoque aussi le fait qu'il y ait « **une sorte de maîtrise de quelque chose** » (E2).

E3 exprime par ailleurs la nécessité d'aider l'enfant à sortir de ces temps d'écran notamment par l'« **étayage d'un adulte** ». Cela pouvant ainsi « **augmenter des troubles du comportement, si c'est pas encadré** » pour des enfants ayant, du fait de ce trouble, « **des comportements un peu opposants** » (E3).

3. Parents : du simple échange au partenariat

3.1 Addiction aux écrans : une problématique sous-jacente évoquée lors d'échanges avec les parents

Lors des interviews, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent à dire que la problématique de l'écran ou des jeux vidéo pour les enfants porteurs d'un TDA-H, « **c'est pas ce qui ressort le plus** » (E1) ou encore « **c'est pas la demande initiale** » (E4). D'autres parents, au contraire, l'évoquent « **sans que ça soit non plus une plainte** » (E1). En effet, la porte d'entrée pour un accompagnement en ergothérapie est très fréquemment l'écriture (E2). Seules E3 et E4 mentionnent que certains parents peuvent avoir des attentes spécifiques en lien direct avec un potentiel comportement addictif aux écrans et/ou jeux vidéo, à savoir la gestion du temps passé sur les écrans.

En revanche, lorsque les parents expriment des éléments en séance au sujet des écrans, ils peuvent indiquer le fait que d'arrêter le jeu et de passer à autre chose peut être relativement compliqué (E2). Ou encore expliquer qu'il est difficile d'arrêter de jouer, qu'il faut le demander plusieurs fois (E1). Pour autant, cela ne représente pas forcément un problème pour les parents (E1). D'ailleurs, il est à noter que les propos des parents peuvent être différents en fonction de la présence ou non de l'enfant. En effet, E2 explique que lors des échanges entre l'ergothérapeute et les parents, certaines informations ne sont pas évoquées devant l'enfant.

Il est alors important d'intégrer les parents dans les séances de « **guidance parentale** » (E1), et dans la mise en œuvre de la méthode « **CO-OP** » (E4) pour faire émerger de potentielles informations complémentaires quant au quotidien de l'enfant. D'ailleurs, comme l'évoque E2, ce sont dans tous les cas « **les parents qui appliquent au quotidien** » ce qui peut être travaillé en séance. Elle complète cela en expliquant que sans lien avec les parents, alors « **forcément ça impacte les progrès** ». C'est la raison pour laquelle E2 insiste sur le fait que pour elle, la collaboration avec les parents est indissociable de son accompagnement.

3.2 Une prise de conscience difficile des parents

L'acceptation ou la conscience qu'un éventuel comportement addictif peut débiter ou s'installer progressivement est parfois difficile pour les parents : « **certains parents (...) qui ont pas envie de le dire donc il faut creuser** » (E1), « **ils vont tout de suite reprendre en disant que le temps d'écran est contrôlé** » (E2).

Il peut exister également une forme de déni, c'est ce que E1 souligne : « **des parents qui vont être un peu dans le déni** ».

Lorsque la thématique de l'addiction aux écrans est évoquée, E3 explique que cela fait généralement peur et que les parents n'ont pas toujours conscience qu'il existe potentiellement une problématique.

La culpabilité des parents est aussi un élément qui peut être observé et entraîner le fait que pour eux il ne s'agit pas d'une problématique (E2).

Enfin, les temps d'écran pourraient être assimilés à du répit comme le précise E2 : « **je pense qu'il y a aussi clairement ce moment où quand on le met sur l'écran au moins il est posé** ».

3.4 Accompagner les parents pour les déculpabiliser

L'accompagnement des parents est évoqué différemment selon les ergothérapeutes, même si toutes s'accordent à dire qu'il est « **indispensable** » (E4). En effet, lorsqu'il s'agit de suivis en pédiatrie, il n'est pas envisageable de ne prendre en compte que l'enfant (E2) dans la mesure où le rôle des parents est d'accompagner le développement de l'enfant dans son quotidien.

Or, il est possible que les parents rencontrent des difficultés avec leur enfants, en particulier lorsqu'il y a des problématiques spécifiques. Effectivement, E4 mentionne le fait qu'il peut être délicat pour certains parents de « **mettre des choses en place par peur d'être un mauvais parent, par peur d'aller au conflit, par peur d'être un peu rejeté** » par leur enfant (E4).

L'intervention à domicile va alors permettre d'observer les problématiques du quotidien de l'enfant et par conséquent de son entourage : la manière de donner les informations à l'enfant, ce qui lui est demandé de faire, la manière de s'installer... (E2). Ce point est également

mis en avant par E1 qui constate que le suivi à domicile va amener à comprendre « **quel est le point bloquant** ».

Tout cela souligne l'importance de soutenir les parents dans leur rôle au quotidien auprès de leur enfant (E4), de les accompagner pour faire face à une forme de culpabilité (E2) et enfin, la nécessité de « **passer par ce côté cadrant pour qu'après ça soit plus facile à gérer** » (E3).

4. Prévention : outils et moyens d'intervention auprès des parents

4.1 Une prévention informelle systématique

L'ensemble des ergothérapeutes ont évoqué le fait de ne pas faire suffisamment de prévention. E2 explique aussi qu'elle fait de la prévention sans forcément l'avoir identifié en tant que telle : « **je le fais de façon informelle** » dans les échanges avec les parents entre les séances par exemple. Cela est confirmé par E3 qui est aussi amené à communiquer avec les parents « **pendant la séance, au besoin** », ou « **dans les échanges téléphoniques, dans les échanges par mail** ». E1 considère à son niveau faire davantage de prévention secondaire voir même tertiaire.

Par ailleurs, la prévention passe par du « **conseil aux familles** » (E2), de « **l'information** » (E1), ou encore lors d'« **entretiens familiaux** » notamment pendant les vacances scolaires pour faire un point (E3).

E3 et E4 parlent d'une forme de prévention plus concrète qui peut être retrouvée dans les salles d'attente, sur des affiches, en mettant à disposition de la documentation, ou encore sur le site internet.

Un point est soulevé par E2 qui se questionne sur « **est-ce que du coup le fait d'identifier les problématiques fait partie d'une prévention ?** » Ce à quoi elle répond positivement car pour elle il n'est pas possible de faire de la prévention si un problème n'a pas été mis en évidence.

4.2 Outils et moyens détournés à des fins de prévention

Différents outils ou moyens ont été détaillés par certaines ergothérapeutes. Elles les utilisent dans leur pratique avec les parents et considèrent pouvoir les relier à de la prévention.

E1 décrit le programme BREF qui est réalisé sur « **3 séances d'environ 1h / 1h30 chacune et qui sont espacées d'une à deux semaines** ». Ces séances se déroulent uniquement avec les parents et ce programme est une forme de psychoéducation qui leur permet d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Lors de la dernière séance, environ 3 objectifs sont définis avec les parents. A 3 mois, ils sont rappelés pour connaître l'avancement des objectifs fixés et les éventuels nouveaux questionnements.

Le programme de Barkley qui lui est réalisé en collaboration par E3 et une psychomotricienne met en avant les échanges entre parents pouvant être confrontés aux mêmes situations. E3 appui ces propos en expliquant que d'une part, « **d'avoir cette paire aideance (...) ça incite certain à prendre confiance, à oser amener un changement à la maison** » et d'autre part ça amène « **le côté valorisation, renforcement** ». Par ailleurs elle évoque également l'approche Cog-Fun qui est réalisée avec les enfants et les parents où il va être nécessaire que l'enfant, en amont, identifie « **ses bonnes stratégies métacognitives** » pour que les parents puissent « **l'accompagner au mieux avant d'aller sur des choses un peu plus productives** ».

La guidance parentale est évoquée par E4, qu'elle considère à la fois comme de la prévention, mais également comme de l'éducation thérapeutique. Elle évoque notamment le fait de « **rendre un peu plus acteurs** » les parents, vis-à-vis des plaintes relatives à leur enfant mais « **qui les concerne aussi en tant qu'environnement de l'enfant** ».

D'autres éléments sont soulevés par E3 comme pouvant être des pistes autour de la prévention et notamment de « **sensibiliser aussi les médecins** » qui manquent de connaissance autour du TDA-H, de l'addiction et du lien entre ces problématiques, voir même les ergothérapeutes eux-mêmes qui pourraient être davantage sensibilisés à la question de l'addiction aux écrans. E4 confirme cela par le fait que les médecins pourraient initier une prévention autour du risque d'addictions majoré pour les enfants porteurs d'un TDA-H.

E3 imagine aussi une forme de prévention à travers les contacts avec les réseaux, les associations, les maisons des adolescents... Elle souligne également l'importance de « **la sensibilisation en groupe et à visée large plutôt que individuelle** » ou encore des groupes d'habiletés sociales qui pourraient permettre aussi d'échanger directement avec les enfants pour les sensibiliser afin qu'ils comprennent les problématiques d'addiction.

E2 évoque le « **système en économie de jeton avec des renforçateurs** » que généralement les parents aiment reprendre à la maison. Et cela est corrélé aux propos de E3 qui émet l'idée

de contourner et d'utiliser « **l'écran comme un renforçateur** » permettant ainsi de gérer la notion de temps.

Enfin, E4 utilise beaucoup CO-OP dans son quotidien avec les enfants mais aussi avec les parents : « **Ils sont obligés en fait de participer eux aussi et de reprendre des choses à la maison** ». Elle précise par ailleurs que dès l'instant qu'une addiction est en place, il lui semble alors primordial de travailler en amont avec les parents sous forme d'accompagnement parental qu'elle nomme aussi le « **coaching parental** ».

4.3 Contraintes et ressources du partenariat parents - ergothérapeute

Dans les contraintes évoquées et pouvant limiter la prévention, toutes les ergothérapeutes mentionnent la disponibilité des parents. A la fois parce que certains ne voient pas forcément l'intérêt : « **qui vont répondre négativement aux propositions qu'on leur fait de suivre une petite psychoéducation** » (E1). D'autres parents avec qui « **c'est compliqué de faire passer des messages** » ou qui ont « **une autre perception de leur enfant** » (E4). Enfin le manque de disponibilité des parents est fréquemment dû aux horaires des séances qui ont lieu généralement en journée sur le temps de travail (E1).

La contrainte de manque de temps est également une limite citée par E2, ainsi que l'aspect financier qui pose problème en libéral et qui vient limiter par exemple la réalisation d'entretiens familiaux (E3).

A l'inverse, en termes de ressources et pour répondre aux problématiques de disponibilité, E1 évoque « **d'autres moyens organisationnels (...) faire un lien par visio ou par téléphone ou exceptionnellement proposer des horaires plus tard ou plus tôt** ».

« **La motivation des parents et des enfants, l'implication** » vont être des éléments sur lesquels il sera possible de s'appuyer pour intervenir de manière préventive, ou encore « **la paire aide** » avec d'autres parents (E3).

5. Intervention préventive : des impacts variés

Le premier élément qui se détache des interviews de façon quasi unanime, est que les ergothérapeutes ne mesurent pas forcément en tant que tel, l'impact d'une prévention dans

la mesure où celle-ci n'est pas formalisée. En effet, E4 imagine pouvoir mesurer les impacts avec des outils de satisfaction, mais malgré tout elle se questionne pour savoir si c'est l'impact de la prévention ou « **l'impact de l'accompagnement** » dans sa globalité qui est efficace.

Par ailleurs, deux d'entre elles mentionnent le fait que les parents « **sont souvent quand même très attentifs (...) comme on a une casquette de professionnel de santé** » (E1) ou « **à l'écoute** » (E2) de ce qui est dit.

L'impact peut également être mesuré dans la continuité des suivis notamment après les groupes Barkley (E3). « **Pour Cog-Fun c'est plus normé** » dans la mesure où cette méthode inclus un entretien réalisé en début de suivi, puis un autre en fin de suivi permettant ainsi d'observer « **une évolution sur les raisonnements et les fonctions exécutives de l'enfant et sur le sentiment d'auto-efficacité parentale** » (E3).

De son côté, E2 mesure plutôt l'impact d'une éventuelle prévention en particulier lorsqu'elle évoque la prise d'un traitement avec les parents. Le fait de leur expliquer l'intérêt de celui-ci, de répondre à leurs questions, va les rassurer dans la décision qu'ils vont prendre. Pour autant, E2 explique que « **ça veut pas dire que ça joue sur l'addiction mais ça peut quand même limiter** ».

Discussion

1. Confrontation des résultats avec la théorie

1.1 TDA-H et addiction aux écrans et jeux vidéo : conséquences

La littérature a permis de comprendre les problématiques liées à la fois au TDA-H qui concerne jusqu'à 5,6 % des enfants scolarisés (Haute Autorité de Santé, 2015) et aux comportements addictifs et notamment celui des écrans et jeux vidéo. Grâce aux interviews réalisés, il a été possible de mettre en exergue ce qui est effectivement observé dans la pratique en rapport à cela.

1.1.1 Un phénomène numérique grandissant : un TDA-H amplifié ?

L'ensemble des ergothérapeutes s'accordent avec la littérature sur le fait que l'utilisation des écrans et jeux vidéo est en constante évolution et nécessite d'être maîtrisée pour en limiter les conséquences. C'est dans cet objectif que le Gouvernement a déployé un ensemble de recommandations à destination notamment des parents (MILDECA, 2022) et que l'OMS a inclus le trouble lié aux jeux vidéo dans la CIM 11.

Cela fait sens avec ce qui peut être observé par les ergothérapeutes et notamment E1 qui met en évidence le fait que l'accès aux écrans est aujourd'hui particulièrement facilité pour les adolescents, mais également pour les enfants ayant accès au téléphone des parents. Cela est corrélé par Masi et Al. (2021) qui montrent que l'utilisation des jeux vidéo est de plus en plus précoce, dès l'âge de 4 ans. Paulus e Al. (2018) évoquent également la croissance de l'utilisation des technologies dès l'enfance. Toutes les ergothérapeutes viennent confirmer ces éléments en expliquant que la majorité des enfants porteurs d'un TDA-H vont citer les jeux vidéo comme activité.

Quand vient la question autour du TDA-H et des addictions, la théorie fait état d'une probabilité sur l'existence d'un lien. Malgré tout, rien n'est scientifiquement prouvé. Cela est évoqué par une des ergothérapeutes interviewées qui estime que ces enfants sont davantage sujets aux comportements addictifs. Par ailleurs, la littérature mentionne un lien bidirectionnel ce qui signifie d'une part que le jeu vidéo attire particulièrement les enfants

porteurs de ce trouble, et d'autre part que le jeu va amplifier les symptômes du TDA-H. Ces éléments sont d'ailleurs repris par E3 qui évoque les notions de majoration des symptômes du TDA-H, ou encore d'intérêt particulier pour les écrans. Bien que la science ne confirme pas un lien direct entre TDA-H et addictions, il n'en reste pas moins que les problématiques sont bien présentes et potentiellement corrélées entre elles.

Pour autant, dans la pratique, la demande initiale relative aux problématiques occupationnelles rencontrées est rarement en lien avec les écrans et jeux vidéo.

1.1.2 Vers un déséquilibre occupationnel

L'enfant porteur d'un TDA-H, et qui par ailleurs rencontre des difficultés dans la gestion des écrans et jeux vidéo va inévitablement devoir faire face à des répercussions dans la réalisation de ses activités du quotidien, mais également avec son entourage. C'est ce que mettent en avant Picard & De Courcy (2021) en évoquant des problématiques en lien avec l'isolement, la perte de contrôle, l'abandon d'activités... D'une manière générale, ces éléments ne ressortent pas de façon évidente dans la pratique en ergothérapie. En effet, les difficultés liées aux écrans et jeux vidéo ne représentent pas la plainte initiale des parents (E1 et E4). Pour autant, les ergothérapeutes, en questionnant plus en détail sur les occupations, à la fois avec les enfants et avec les parents, des éléments en rapport avec la littérature vont ressortir. Il est mentionné notamment des difficultés à changer d'activité (E2), ou à arrêter de jouer (E1), et le temps passé sur les écrans (E3 et E4). Cela est repris dans la théorie par Toker & Baturey (2016) qui font état en particulier du temps consacré aux jeux. Concernant la sociabilisation, un élément spécifique est mis en évidence par E2 qui rejoint les propos de De Vitry (2023) sur le fait qu'à travers des écrans, l'enfant porteur d'un TDA-H, va entrer plus facilement en relation avec les autres. Ayant généralement des problématiques relationnelles en raison de la multitude des symptômes liés au TDA-H, l'écran et le jeu vidéo vont permettre une relation à distance simplifiée.

Or tout cela amène progressivement à une forme d'isolement, de mise à l'écart au quotidien avec l'entourage et par conséquent une dégradation dans les relations familiales. Ces éléments qui sont évoqués par De Vitry (2023) ou encore De Courcy (2021), ne sont pas évoqués par les ergothérapeutes interrogées. Seules les problématiques organisationnelles sont mises en évidence, ou alors l'écriture qui est généralement la porte d'entrée d'un

accompagnement en ergothérapie (E2). Pour autant, est ce que ces éléments ne sont pas sous-jacents à d'autres problématiques ?

Finalement, les ergothérapeutes interrogées n'ont pas évoqué de déséquilibre occupationnel puisque les parents ne le formulent pas en ce sens. Or les échanges plus poussés montrent un impact certain sur les occupations et cela est conforté par la revue de littérature qui démontre que le comportement addictif aux écrans, couplé au TDA-H viennent perturber l'enfant dans la manière de gérer ses occupations, impactant le quotidien de l'ensemble de la famille et par conséquent l'équilibre occupationnel.

1.2 Construction d'un partenariat parents – ergothérapeute

Afin de mettre en place un accompagnement au plus près des besoins de l'enfant, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur les parents, qui vont être de vrais partenaires, à la fois pour identifier et comprendre les problématiques, mais également pour poursuivre les apprentissages dans le quotidien. Tout cela dans le but de prévenir ou de limiter d'éventuelles difficultés.

Tout d'abord, la recherche littéraire a mis en évidence un certain nombre de répercussions sur l'entourage d'un enfant porteur d'un TDA-H mais sans faire de lien avec l'addiction aux écrans. La mise en place d'un partenariat parents - ergothérapeute semble essentielle pour travailler en premier lieu sur le sentiment de culpabilité (Vigo, 2012), élément repris par l'ensemble des ergothérapeutes interrogées qui font ce même constat. E4 évoque l'importance du soutien aux parents notamment en rapport à la crainte de ne pas être à la hauteur ou d'être rejeté par leur enfant, point important qui est repris dans la littérature par De Courcy (2021) lorsqu'il évoque la codépendance avec le fait notamment d'avoir ce rôle d'aide et de soutien auprès de la personne en difficulté qui peut de fait avoir un impact inverse.

Le partenariat passera également par une meilleure compréhension des problématiques au quotidien, et cela peut être fait au travers de la guidance parentale (E3) qui apportera des éléments de réponse aux questionnements des parents et par conséquent un meilleur positionnement. Cela peut être corrélé au propos de Bonnaire & Phan (2017) qui mentionnent

le « sentiment d'efficacité » lorsque les parents sont intégrés dans l'accompagnement de leur enfant.

La littérature met en avant certains éléments qui vont perturber l'équilibre occupationnel des parents mais qui ne sont pas évoqués en tant que tel par les ergothérapeutes interrogées. En effet, Brodard et al. (2022) et Peasgood et al. (2016) notent l'épuisement des parents, leurs inquiétudes, des problèmes relationnels dans la famille, des difficultés sur le sommeil... Tous cela pourrait être amélioré grâce à la mise en place d'un cadre élaboré en partenariat avec les parents (E3). Deux des ergothérapeutes (E1 et E2) précisent que l'intervention à domicile aura alors tout son sens dans l'accompagnement parental dans la mesure où cela permettra d'identifier précisément les difficultés rencontrées dans le quotidien de l'enfant et le fonctionnement dans son environnement écologique avec son entourage.

1.3 Formalisation d'une démarche préventive

La revue de littérature a permis de mettre en évidence le fait qu'il n'existe pas de prévention en ergothérapie qui englobe à la fois les problématiques liées au trouble de l'attention, et celles des addictions aux écrans. Cela est conforté par les ergothérapeutes interrogées qui expliquent par ailleurs ne pas travailler suffisamment de manière préventive. Or la prévention est un élément indispensable qui est repris à tous les niveaux et notamment dans le diplôme d'état d'ergothérapie.

Dans la tranche d'âge ciblée dans cette étude, la prévention peut être réalisée auprès des enfants, mais inévitablement en impliquant les parents étant directement confrontés aux problématiques dans leur quotidien.

Tout d'abord, les ergothérapeutes interrogées évoquent certains éléments qui pourraient être apparentés à de la prévention, mais que la revue de littérature n'a pas permis de mettre en évidence. En effet, il s'agit de toutes les formes d'échanges avec les parents, les documents mis à disposition, qui peuvent à la fois être en lien avec la prévention primaire ou secondaire selon les situations (Rayssiguier, 2018).

Ensuite, la littérature et les ergothérapeutes font état d'un certain nombre d'outils ou méthodes qui, initialement, n'ont pas été développées dans un but préventif. Pour autant,

selon les éléments décrits dans la théorie et les réflexions des ergothérapeutes autour de cela, il semble pertinent de se questionner sur leur utilisation dans une démarche préventive.

Pour commencer, les ergothérapeutes (E3 et E4) ont pu mettre en évidence des méthodes ou outils, décrits dans la partie théorique et qui pourraient, dans une certaine mesure, être utilisés à titre préventif. Il s'agit effectivement de Cog Fun et CO-OP qui utilisent la métacognition. Les ergothérapeutes qui décrivent ces méthodes, mentionnent au même titre que la littérature, l'intérêt de l'inclusion des parents afin qu'ils s'approprient les stratégies définies par l'enfant, pour les intégrer dans leur quotidien. Pour un enfant porteur d'un TDA-H ayant un comportement addictif aux écrans, la métacognition pourrait être réalisée à la fois en séance, mais également en intervenant à domicile pour une meilleure compréhension des problématiques (Donnelly et al., 2016). Cela pourrait permettre d'observer d'une part le fonctionnement de l'enfant dans son milieu écologique, et d'autre part comment les parents gèrent ce quotidien difficile.

D'autres techniques ont été citées par certaines ergothérapeutes, non retrouvées dans la revue de littérature et qui semblent pertinentes quant à la mise en œuvre d'une démarche de prévention auprès des parents. Il s'agit tout d'abord du programme Barkley, décrit par E3. Ce programme est un « entraînement parental », développé pour les enfants porteurs d'un TDA-H dans le but de permettre aux parents un meilleur accompagnement de leur enfant (Vera, 2015). Avec ce programme, E3 met en avant la paire aideance qui, d'après elle, permet aux parents, grâce aux échanges, de reprendre confiance dans leur rôle et par conséquent d'être en capacité de mettre des choses en place au quotidien. Ce programme inclus à la fois la psychoéducation pour mieux comprendre le TDA-H, les systèmes de récompense, la communication, les stratégies d'apprentissage... (Vera, 2015). Ces derniers éléments sont repris de manière indépendante dans la revue de littérature et montrent leur efficacité notamment pour les enfants porteurs d'un TDA-H. Il semble donc pertinent de pouvoir les utiliser à titre préventif pour limiter l'installation ou l'aggravation des problématiques. Le programme BREF évoqué par E1 est également une guidance parentale, de courte durée et uniquement à destination des parents. Initialement créé pour les personnes souffrant de schizophrénie, il a été adapté à d'autres problématiques de santé. Il est basé sur des échanges, l'évocation des difficultés au quotidien et la détermination d'objectifs en fin de programme

pour être ensuite mis en place à domicile avec l'enfant. Il pourrait permettre de répondre en partie à la problématique évoqué par E1 à savoir le manque de disponibilité des parents.

Cette analyse entre la théorie et la pratique tend à répondre à la question de recherche suivante : **Quelles sont les solutions que l'ergothérapeute pourrait mettre en œuvre pour accompagner les parents d'un enfant de 8 à 14 ans, porteur d'un TDA-H, pour prévenir les comportements addictifs aux écrans et jeux vidéo au travers d'une démarche de prévention primaire et secondaire ?**

L'analyse met en évidence différentes manières de mettre en œuvre un accompagnement parental. Soit l'accompagnement qui intervient en amont des problématiques, soit lorsque celles-ci sont déjà présentes. C'est notamment le cas des addictions où l'intervention pourrait être déclenchée suite à un problème au niveau de l'équilibre occupationnel de l'enfant en lien avec les écrans et jeux vidéo. Problématiques qui impacteront par conséquent son entourage familial et notamment ses parents. Il sera alors question de prévention secondaire où la mise en place de stratégies, de routines, de système de récompenses... pourrait être proposées aux parents. Ou alors en amont de cette problématique, à titre de prévention primaire, où la démarche serait plutôt orientée à la fois sur la compréhension des éventuelles problématiques qui pourraient être rencontrées, mais également du conseil, des techniques d'accompagnement qui seraient reprises dans le quotidien... Tout cela dans l'objectif de favoriser l'équilibre occupationnel de l'enfant et par conséquent de ses parents. La métacognition, la guidance parentale, la paire aide, seraient alors des « outils » sur lesquels les ergothérapeutes, en collaboration avec d'autres professionnels, pourraient s'appuyer de différentes manières pour amener à davantage de prévention dans leurs interventions. Enfin, les ergothérapeutes ont tenté de réfléchir à la manière d'évaluer les impacts d'une éventuelle prévention, même si aujourd'hui rien n'est vraiment formalisé en ce sens, hormis dans le programme Cog Fun qui est davantage normé. La revue de littérature n'a pas permis non plus de mettre en évidence cette notion d'évaluation. Or il serait pertinent de pouvoir mesurer à court, moyen et long terme les impacts d'une approche préventive.

2. Intérêts et limites de l'étude

La phase exploratoire de cette étude a permis de mettre en lumière quelques limites malgré le travail de préparation en amont sur la méthodologie à suivre.

Tout d'abord, le nombre de participants non représentatif, limite de fait la portée de ce travail ainsi que son analyse comparative dans la mesure où il s'agit d'une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche.

La réalisation des interviews sous forme de discussion a entraîné la modification de certaines questions posées et par conséquent a complexifié l'analyse des résultats.

Une limite a été constatée lors des transitions dans les interviews entraînant un manque de fluidité et ce en raison du manque d'expérience dans cette pratique.

Quant aux facteurs favorisant, parmi les ergothérapeutes rencontrées, deux d'entre elles étaient des personnes déjà connues et les deux autres ont été recommandées. Cela a permis de créer un climat de confiance dès le départ et par conséquent de favoriser les échanges lors des entretiens. Par ailleurs, la réalisation des interviews en présentiel ou en Visio a rendu ces moments plus personnels.

Quant aux intérêts de cette étude, ils sont tout d'abord en lien à la fois avec la compréhension des problématiques du TDA-H, mais également du comportement addictif aux écrans et jeux vidéo qui sont des axes prioritaires à l'heure actuelle. Par ailleurs, cette étude permet de comprendre l'enjeu de mettre en place un accompagnement auprès des parents qui sont en première ligne pour travailler sur le quotidien de leur enfant. Enfin, le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'acteur en prévention auprès des familles semble être primordial. Cette étude démontre le fait qu'il paraît essentiel de développer cette démarche préventive en utilisant des outils et moyens mis à disposition des ergothérapeutes et pouvant être adaptés pour certains dans un cadre préventif.

3. Enjeux et perspectives pour la suite de l'étude

Cette étude met en avant les difficultés rencontrées par les parents dans leur quotidien avec un enfant porteur d'un TDA-H et notamment en étant confrontés aux problématiques d'un

comportement addictif et de ses impacts. Cette étude pointe également l'enjeu de pouvoir agir au plus tôt sur ces problématiques en créant un partenariat avec les parents, dans le but de pouvoir leur permettre d'accompagner leur enfant dans le quotidien. Enfin, il est vu que la prévention en lien avec ces problématiques, reste peu développée malgré une augmentation importante de l'utilisation des écrans. Une récente expertise gouvernementale met en évidence l'accompagnement des parents à la fois en leur donnant les outils et en leur redonnant le pouvoir d'agir. L'une des propositions concerne l'aide et le soutien à la parentalité en matière d'écrans et de numérique » avec par exemple la création d'ateliers parents / enfants, des temps d'échange sur l'état d'exposition, de la communication...

Il serait pertinent de poursuivre cette recherche sur la construction d'un partenariat parents / ergothérapeute, en collaboration avec d'autres professionnels, afin de développer et formaliser une démarche à la fois d'accompagnement et d'éducation, à visée préventive.

La question de cette étude pourrait être : **Comment, à l'aide des outils et méthodes existants en ergothérapie et d'un partenariat avec les parents, l'ergothérapeute peut-il construire et mettre en œuvre un programme d'accompagnement autour du TDA-H, accordant une place privilégiée à la prévention ?**

Conclusion

Cette étude de la littérature, suivie d'une enquête de terrain met en évidence plusieurs aspects majeurs concernant le TDA-H et les comportements addictifs aux écrans et jeux vidéo chez les enfants. D'une part, la littérature et les observations des ergothérapeutes convergent sur l'ampleur croissante de l'utilisation des écrans chez les enfants, avec potentiellement une majoration des symptômes du TDA-H. Cette corrélation soulève des préoccupations quant aux répercussions sur les activités quotidiennes et les relations sociales de ces enfants, ainsi que sur leur entourage familial et spécifiquement les parents. Bien que ces derniers n'abordent pas ou peu les problématiques engendrées par les écrans, notamment en raison d'un manque de conscience ou d'une forme de culpabilité, ils doivent y faire face au quotidien.

La construction d'un partenariat solide entre les parents et les ergothérapeutes émerge alors comme une nécessité pour aborder efficacement ces problématiques. Les parents jouent un rôle central dans l'identification et la gestion des difficultés de leur enfant, et leur implication est majeure. L'intervention en ergothérapie est orientée sur le quotidien de l'enfant, en partenariat avec les parents, en travaillant principalement sur la compréhension des problématiques, le sentiment de culpabilité, la mise en place de stratégies et un accompagnement dans les relations.

Par ailleurs, la formalisation d'une démarche préventive apparaît comme essentielle dans le domaine de l'ergothérapie. Bien que certaines approches et outils puissent être adaptés à des interventions préventives, il est nécessaire de développer des stratégies spécifiques visant à prévenir l'aggravation des symptômes du TDA-H et des addictions aux écrans dès le plus jeune âge. Or actuellement, la prévention pour ces problématiques n'est pas ou très peu développée en ergothérapie, et les impacts d'une éventuelle prévention restent non évalués à ce jour. Cette démarche préventive devrait impliquer à la fois les enfants et leurs parents, en fournissant des conseils et des outils adaptés pour favoriser l'équilibre occupationnel et prévenir les complications futures. Bien que l'ergothérapeute soit au cœur de cette démarche de prévention, il est évident, qu'une collaboration avec d'autres professionnels reste davantage pertinente.

Cette étude souligne l'importance d'un accompagnement parental et du développement de stratégies préventives pour mieux comprendre et gérer les défis posés par le TDA-H et les comportements addictif chez les enfants. En créant et en adoptant une réelle approche préventive, l'ergothérapeute joue un rôle essentiel pour favoriser l'équilibre occupationnel de l'ensemble de la famille, en améliorant leur bien-être et leur épanouissement à long terme.

Bibliographie

ACE. (2013). *L'ergothérapie dans les soins de santé primaires (2013)*.

ANFE. (2017). *L'ergothérapie aujourd'hui en France*.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2024). *Association canadienne des ergothérapeutes*. Association canadienne des ergothérapeutes.
<https://caot.ca/site/prac-res/overview?nav=sidebar&banner=4>

Bange, F. (2023). *TDA/H : Trouble déficit de l'attention/hyperactivité : en 57 notions* (BU Santé Rockefeller WS 350.6 TDA; [2e édition], nouvelle présentation.). Dunod.

Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S. S.-F., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., Levy, F., Rohde, L. A., Segerer, W., De Vries, P. J., & Selb, M. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD : Consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(10), 1261-1281. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1119-y>

Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Représentations des risques associés à l'usage des jeux vidéo chez les jeunes adolescents : Une étude exploratoire pour aider à penser la prévention. *Archives de Pédiatrie*, 24(7), 607-617. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.04.006>

Bonvalet, C. (2003). La famille-entourage locale. *Population (French Edition)*, 58(1), 9-43.
<https://doi.org/10.2307/3271293>

Bouvard, M. (2016). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte : Approche développementale*. Dunod.

- Brodard, F., Radice, A., & Bader, M. (2022). Être parent d'un enfant avec un TDAH : Conceptions parentales du trouble et de ses conséquences sur la famille. *Psychologie Française*. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.07.001>
- Chu, S., & Reynolds, F. (2007). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 2 : A Multicentre Evaluation of an Assessment and Treatment Package. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 439-448. <https://doi.org/10.1177/030802260707001005>
- Commission d'expert du Gouvernement. (2024). *Enfants et écrans : À la recherche du temps perdu*.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (2023a). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (2023b). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- Dessarps, L. (2021, juillet 26). *L'ergothérapie et TDAH*. HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/L-ergotherapie-dans-le-cadre-d-un-TDAH.html>
- Donnelly, C. A., Leclair, L. L., Wener, P. F., Hand, C. L., & Letts, L. J. (2016). Occupational therapy in primary care : Results from a national survey: L'ergothérapie dans les soins primaires : Résultats d'un sondage national. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(3), 135-142. <https://doi.org/10.1177/0008417416637186>
- Donnelly, C., Leclair, L., Hand, C., Wener, P., & Letts, L. (2023). Occupational therapy services in primary care : A scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e7. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000123>

Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>

DP stratégie nationale TND 2023_2027.pdf. (s. d.). Consulté 4 décembre 2023, à l'adresse https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/DP%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023_2027.pdf

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement : 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Faucon, M., & Troussard, X. (2019). Intérêt de la prévention, de la promotion de la santé et du dépistage. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 12(4), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2019.10.006>

Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : Le traitement. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 473-484. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy114>

FFA. (2018). *Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie*.

Gantschnig, B. E., Kaiser, M.-L., Bader, M., & Gerber-Grote, A. (Éds.). (2015). Interventions basées et centrées sur l'occupation chez les enfants présentant un TDAH.

Ergotherapie : Fachzeitschrift des Verbandes schweizerischer Ergotherapeuten = Journal de l'Association suisse des ergothérapeutes.

Gétin, C. (2005, avril 19). *Le retentissement*. HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/Le-retentissement-du-TDAH-chez-l-enfant.html>

Hahn-Markowitz, J., Maeir, A., Berger, I., & Manor, I. (2018). Cognitive-Functional (Cog-Fun) Dyadic Intervention for Children with ADHD and Their Parents : Impact on Parenting Self-Efficacy. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 38(4), 444-456. <https://doi.org/10.1080/01942638.2018.1441939>

HAS. (2013). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Haute Autorité de Santé. (2015). *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : Repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses* [HAS]. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses

Haute Autorité de Santé. (2023). *Connaissez-vous le trouble du déficit de l'attention (TDAH) ?* gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/actualite/connaissez-vous-le-trouble-du-deficit-de-l-attention-tdah>

Ianni, L., Mazer, B., Thomas, A., & Snider, L. (2021). The Role of Occupational Therapy with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) : A Canadian National

- Survey. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 14(2), 162-183.
<https://doi.org/10.1080/19411243.2020.1822259>
- INRS. (2019). *Addictions. Quelques données chiffrées—Risques—INRS*.
<https://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-chiffrees.html>
- Inserm. (2017). *Addictions · Inserm, La science pour la santé*. Inserm.
<https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- Larousse. (2023). *Définitions : Entourage - Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entourage/29969>
- Le Heuzey, M.-F., & Mouren, M.-C. (2012). Addiction aux jeux vidéo : Des enfants à risque ou un risque pour tous les enfants ? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196(1), 15-26. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31860-6](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31860-6)
- Le Lidec, O., Michelon, C., Vernhet, C., & Baghdadli, A. (2023). Impact d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie d'enfants avec TDAH et celle de leurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(7), 356-363.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.07.004>
- Masi, L., Abadie, P., Herba, C., Emond, M., Gingras, M.-P., & Amor, L. B. (2021). Video Games in ADHD and Non-ADHD Children : Modalities of Use and Association With ADHD Symptoms. *Frontiers in Pediatrics*, 9.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.632272>
- Meyer - Site HETSL, S. ergothérapeute). (2024, janvier 12). *Détail profil—Public*. HETSL; Webpublisher. <https://www.hetsl.ch/cv/sylvie-meyer/>

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (BU Santé Rockefeller WB 555 MEY). EESP.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. (BU Santé Rockefeller WB 555 MEY). De Boeck.

Michel, G., Salla, J., Grondin, O., Teymoori, A., Salamon, R., & Galera, C. (2017). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et conduites à risques chez l'enfant et l'adolescent : Cas particulier des accidents et des blessures non intentionnelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(7), 429-435.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.09.001>

MILDECA. (2015). *Qu'est-ce qu'une addiction ?* | MILDECA.
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

MILDECA. (2022). *L'Essentiel sur... les usages problématiques d'écrans* | MILDECA.
<https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-les-usages-problematiques-decrans>

MILDECA. (2023). *Le Gouvernement publie la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027* | MILDECA. <https://www.drogues.gouv.fr/le-gouvernement-publie-la-strategie-interministerielle-de-mobilisation-contre-les-conduites>

Ministère de la Santé. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute* (SASH1017858A).

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2008). *Affections Longue Durée*.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie Nationale 2018-2022*.

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (BU Santé Rockefeller WB 555 MOR; 2e édition.). De Boeck Supérieur.
- NIDA. (2018, juin 6). *Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- OMS Europe. (1998). *Education Thérapeutique du Patient*.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A., & Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents : A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(7), 645-659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Picard, E., & De Courcy, S. (2021). *Addictions et relations de dépendance et codépendance : Guide à l'usage des étudiants et des professionnels*. Mardaga. <https://unr.ra.scholarvox.com/book/88919921>
- Polatajko, H. J. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP : guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Association canadienne des ergothérapeutes.

- Rayssiguier, Y. (2018). *Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir* (BU Santé Rockefeller WA 540 POL; 3e édition revue et augmentée.). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., Abikoff, H., Vitiello, B., Wigal, T., McCracken, J. T., Kollins, S. H., Murray, D. W., Wigal, S., Kastelic, E., McGough, J. J., dosReis, S., Bauzó-Rosario, A., Stehli, A., & Posner, K. (2013). The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs) 6-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264-278.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>
- Seymour, K. E., Macatee, R., & Chronis-Tuscano, A. (2019). Frustration Tolerance in Youth With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1229-1239. <https://doi.org/10.1177/1087054716653216>
- Tassin, J.-P. (2007). Neurobiologie de l'addiction : Proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, 83(2), 91-97. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0092>
- Toker, S., & Baturay, M. H. (2016). Antecedents and consequences of game addiction. *Computers in Human Behavior*, 55, 668-679. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.10.002>
- Townsend, E. A. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (BU Santé Rockefeller WB 555 TOW; Deuxième édition.). CAOT Publications ACE.

- University of Jerusalem. (2019). *The Cog-Fun Approach Lab*.
<https://medicine.ekmd.huji.ac.il/en/occupationalTherapy/research/cogfun/Pages/default.aspx>
- Vera, L. (2015). *TDA-H chez l'enfant et l'adolescent : Trouble déficit de l'attention-hyperactivité : du diagnostic aux traitements* (BU Education Saint-Etienne 371.193 VER). Dunod.
- Vigo, S. (2012). *Mon enfant est hyperactif (TDAH) [Texte imprimé] : Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre* (BU Santé Rockefeller WS 350.6 VIG). de Boeck.
- Vitry, G. (2023). *Comprendre et soigner les addictions : Avec les approches systémiques* (BU Santé Rockefeller WM 270 COM). Dunod.
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

RÉSUMÉ / ABSTRACT

RESUMÉ

Prévenir les addictions chez les enfants porteurs d'un TDA-H : l'ergothérapie comme alliée pour l'entourage.

Contexte : Le TDA-H, trouble du neurodéveloppement le plus fréquent dans le monde, est aussi fortement corrélés aux risques de comportements addictifs. Ces deux problématiques ne sont pas sans conséquence sur l'entourage et nécessitent un accompagnement préventif afin d'en limiter les risques. Pourtant, la littérature ne met pas en évidence de démarche préventive qui inclus à la fois les problématiques liées au TDA-H et celle liées à l'addiction en regard de l'entourage. Dans la pratique, les enfants porteurs d'un TDA-H sont très souvent suivis en ergothérapie et l'accompagnement des parents est nécessaire pour prévenir ou agir sur les problématiques dans le quotidien de l'enfant.

Objectifs : Le but est de comprendre ce qui pourrait être mis en œuvre par les ergothérapeutes, auprès des parents, dans une démarche de prévention des addictions aux écrans et jeux vidéo dans l'intérêt de l'enfant.

Méthode : La méthode exploratoire qualitative a été retenue. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatre ergothérapeutes exerçant auprès d'une population pédiatrique avec une majorité d'enfants porteurs d'un TDA-H.

Résultats : Cette analyse a fait état d'un défaut de prise de conscience des parents en lien avec l'utilisation des écrans et jeux vidéo qui est fréquent dans les occupations des enfants et malgré les impacts au quotidien. Différentes formes de prévention ont été évoquées mais cela reste finalement de la prévention plutôt informelle. Or les ergothérapeutes ont évoqué l'utilisation d'outils qui pourraient, de manière détournée, être préventifs, tels que Cog-Fun, Barkley, Co-Op....

Conclusion : L'accompagnement des enfants en ergothérapie est majeur, mais doit inévitablement être corrélé à celui des parents. Ils sont les premiers à être confrontés aux problématiques liées à la fois au TDA-H et aux écrans, et les accompagner pour limiter les risques est crucial. La formalisation d'une démarche préventive par l'ergothérapeute sera alors un moyen de soutenir les parents dans l'accompagnement de leur enfant.

Mots clés : TDA-H, addiction, prévention, ergothérapeute, enfants, entourage, risque, comportement addictif

ABSTRACT

Preventing addictions in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): occupational therapy (OT) as an ally for relatives.

Background: ADHD, the most common neurodevelopmental disorder worldwide, is also strongly correlated with the risk of addictive behaviors. These two issues are not without consequences for relatives and require preventive support in order to limit the risks. However, the literature does not highlight a preventive approach including both the problems linked to ADHD and to addiction in relation to entourage. In practice, children with ADHD are very often registered with an OT and parental support is necessary to prevent or act on problems in the child's daily life.

Objective: The aim is to understand what could be implemented by four OTs to help parents of children aged 8-14 years, through a preventive approach of addiction to screens and video games.

Method: A qualitative exploratory method was chosen. Semi-structured interviews were conducted with four OTs working with a pediatric population including a majority of children suffering from ADHD.

Results: This analysis revealed a lack of awareness among parents about the use of screens and video games, even though it was for the children a commonplace activity significantly impacting their daily life. Different forms of prevention were mentioned, but in the end it remains rather informal prevention. However, OTs mentioned the use of tools that could, in a roundabout way, be preventive such as Cog-Fun, Barkley, Co-Op...

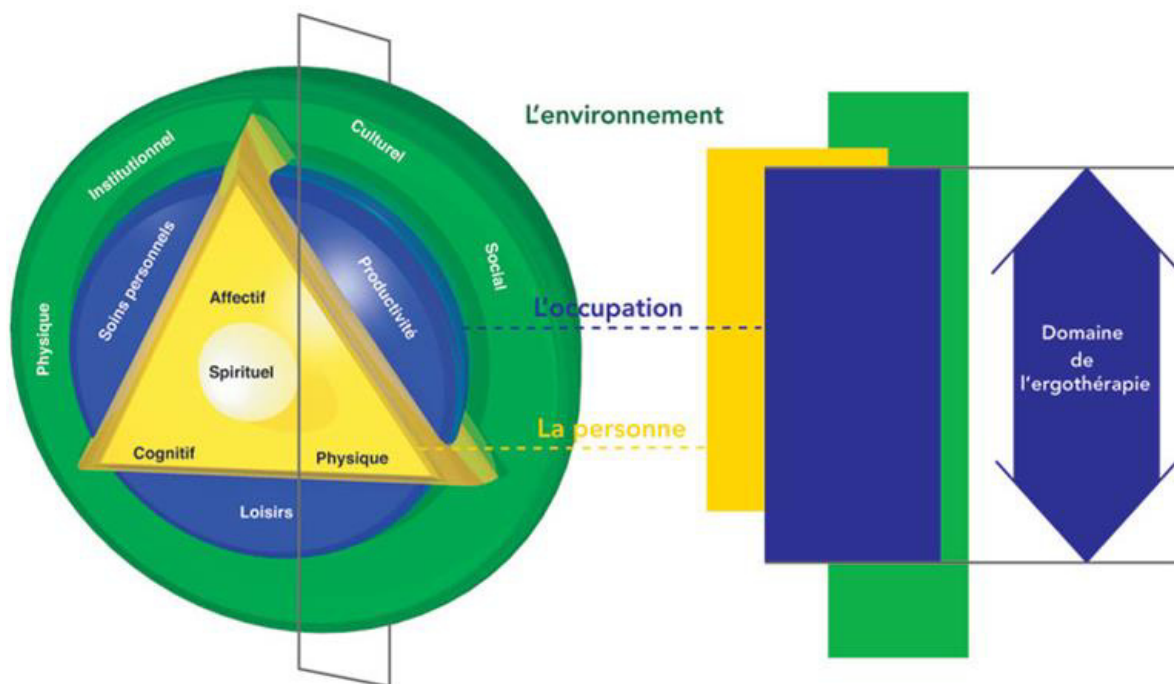
Conclusion: The support of children in OT is important, and the inclusion of parents is essential. They are the first to be confronted with problems linked to both ADHD and screens, and supporting them to limit the risks is necessary. Then, the formalization of a preventive approach by OT will be a way to support parents in daily life with their child.

Keywords: ADHD, addiction, prevention, occupational therapist, children, relatives, risk, addictive behavior.

Table des annexes

Annexe A : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels	II
Annexe B : Mail de demande d'interview	III
Annexe C : Guide d'entretien	IV
Annexe D : Grille d'analyse	V
Annexe E : Formulaire de consentement	VI

Annexe A : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)



(Association canadienne des ergothérapeutes, 2024)

Annexe B : Mail de demande d'interview

Interview de mémoire

Boîte de réception x



Celine Piollat <celinepiollat@gmail.com>

4 mars 2024 11:05



À [redacted]

Bonjour [redacted]

Je me présente, je suis Céline Poulard, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'ISTR de Lyon.

Je me permets de prendre contact avec vous suite à un échange avec [redacted] qui m'a transmis vos coordonnées et qui m'a indiqué que vous seriez d'accord pour que je puisse vous interviewer dans le cadre de mon mémoire qui porte sur la manière dont l'ergothérapeute peut accompagner les parents d'un enfant porteur d'un TDA-H dans le but de prévenir les addictions aux écrans et jeux vidéo.

Est-ce toujours d'accord pour vous ?

Si oui, quelles seraient vos disponibilités sur le mois de mars pour que l'on puisse réaliser cet interview qui durera environ 45 minutes ? Quels sont les horaires qui vous conviendraient le mieux ? Selon les dates et horaires que vous me proposerez, nous pourrions réaliser l'entretien en visio ou en présentiel :-).

Je vous remercie par avance pour votre réponse.

Cordialement,

Céline Poulard

Annexe C : Guide d'entretien

Ouverture
Parlez-moi de votre pratique au quotidien...
<i>Indicateurs recherchés : type de pratique, population, pluridisciplinarité, ...</i>
Expérience avec le TDA-H et l'addiction aux écrans et jeux vidéo
Racontez-moi votre expérience avec les enfants et les parents... • Quels sont vos outils d'évaluation de cette addiction et des incidences sur le quotidien ? • Dans quelle mesure l'addiction impacte le TDA-H ? • Quelles sont les problématiques évoquées par les parents ? • Dans quelle mesure les parents ont conscience d'une éventuelle addiction ? • Comment cela impacte t'il le quotidien ? • Quels sont les besoins, attentes, craintes évoqués par les parents ? • Comment l'accompagnement des parents peut-il être pertinent et favoriser le bien-être de la famille ? <i>Indicateurs recherchés : outils d'évaluation (OT'Hope, MCRO, entretiens formels / informels...), expérience avec les parents, impacts au quotidien, besoins / conscience des parents, rôle de l'ergothérapeute, intérêt de l'accompagnement des parents</i>
Outils et moyens d'intervention auprès des parents dans le cadre de la prévention
Expliquez-moi quels sont les outils et moyens utilisés dans un cadre préventif... • De quelle manière êtes-vous amenée à faire de la prévention ? • Dans quelles mesures les parents sont demandeurs d'un accompagnement préventif ? • Quels sont les outils / moyens d'intervention possibles en lien avec la prévention ? • Quelles sont les contraintes auxquelles vous êtes confrontées ? • Quelles sont les ressources sur lesquelles vous pouvez vous appuyer pour accompagner l'entourage ? <i>Indicateurs recherchés : prévention formelle / informelle, outils utilisés, contraintes (environnementales, humaines...) et ressources (soutien et conscience de l'entourage...),</i>
Impacts des actions mises en œuvre auprès des parents
Racontez-moi les effets observés de la prévention réalisée... ⇒ Comment mesurez-vous l'impact de votre intervention préventive ? ⇒ Si vous ne faites pas de prévention en tant que telle, sur quoi est basée votre intervention ? ⇒ Selon vous, comment pourrait être formalisée une approche préventive sur les problématiques d'addiction ? <i>Indicateurs recherchés : mesure des impacts / bénéfices, types d'intervention, moyens potentiels pour formaliser la prévention des addictions,...</i>
Fermeture
Pouvez-vous me donner votre âge ? En quelle année et où avez-vous été diplômée ? Pensez-vous à d'autres éléments dont vous auriez aimé me parler et que nous n'aurions pas abordé ?

Annexe D : Grille d'analyse

Thèmes	Indicateurs	E1	E2	E3	E4
Pratique au quotidien	Pratique				
	Population				
	Pluridisciplinarité				
Expérience avec les parents					
Expérience avec le TDA-H et l'addiction aux écrans et jeux vidéo	Outils d'évaluation / repérage d'une problématique				
	Impacts au quotidien				
	TDA-H plus à risque				
	Problématiques et attentes évoquées par les parents				
	Conscience d'une addiction par les parents				
	Intérêt de l'accompagnement des parents				
Outils et moyens d'intervention auprès des parents dans le cadre de la prévention	Type de prévention				
	Outils / moyens utilisés				
	Contraintes				
	Ressources				
Impacts des actions mises en œuvre auprès des parents	Impact de l'intervention préventive				
	Types d'interventions préventives				

Annexe E : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Projet d'étude conduit par Céline Poulard, étudiante en ergothérapie à l'ISTR à Lyon 1, dans le cadre du mémoire de recherche de 3ème année, sous la direction de Madame Sabine LIONNARD - RETY.

Objectif de l'étude

Vous êtes invité(e) à prendre part à une recherche qui s'inscrit dans le cadre de la réflexion sur la manière dont l'ergothérapeute pourrait accompagner les parents d'un enfant de 8 à 14 ans, porteur d'un TDA-H, pour prévenir les comportements addictifs aux écrans et aux jeux vidéo, au travers d'une démarche de prévention primaire et secondaire. Cet entretien sera analysé pour la rédaction d'un dossier portant sur le même sujet.

Déroulement de l'étude

Votre participation enrichira ce travail de vos expériences, de vos connaissances et de votre pratique professionnelle. Elle consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'un entretien individuel d'une durée d'environ 45mn. Les questions porteront sur différents éléments relatifs au sujet du mémoire. Vous pouvez refuser de répondre à tout ou partie des questions.

Afin d'en retranscrire les passages importants, d'en faciliter l'analyse du contenu et seulement avec votre consentement, l'entretien sera enregistré sous format audio. À tout moment, vous pouvez demander que l'enregistrement soit arrêté, temporairement ou définitivement.

Ces enregistrements ne seront accessibles à aucune personne extérieure et seront détruits après retranscription.

Si vous le souhaitez, vous pourrez bénéficier des résultats de cette recherche une fois qu'elle sera terminée.

Compensation financière

Votre participation à ce projet ne fera l'objet d'aucune compensation financière.

Confidentialité, partage, publication

L'ensemble des renseignements recueillis lors de l'entretien sera traité de façon confidentielle. La retranscription numérique de l'entretien ne permettra aucunement de vous identifier. Vos données d'identification personnelle ne seront pas inscrites dans l'étude.

Les publications écrites et les présentations orales qui découleront de ce projet pourront inclure des citations anonymes tirées de la transcription de l'entretien.

Après la fin de la recherche : toutes les données qui seront utilisées dans le cadre exclusif de cette recherche, seront supprimées.

Consentement éclairé et participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire, vous acceptez donc d'y participer sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation, en tout temps au cours de ce projet, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque.

Remerciements

Votre collaboration à ce projet et votre partage d'expérience est très important et me sera très utile dans ce travail de recherche et d'analyse. Un grand merci par avance.

En échange de ce consentement, je soussignée Céline Poulard, m'engage à respecter les règles de confidentialité.

Formulaire de consentement

Je soussigné(e), exerçant en tant que, consens à participer au projet de recherche mené par Céline Poulard dont les conditions sont décrites ci-dessus.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions de passage de l'entretien et de la gestion des données.

Par ce document, j'accepte de participer volontairement à l'étude proposée.

Fait à, le

Signature