



<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

2022-2023

## Métacognition et ergothérapie

L'utilisation de programmes de remédiation métacognitive de groupe auprès d'enfants avec un TDA-H entrant au collège

Soutenu par : Coralie PERRIN

2018235

Tuteur de mémoire : Jean François BODIN

**Université Claude Bernard Lyon 1**

Président

**FLEURY Frédéric**

Président du Conseil Académique

**BEN HADID Hamda**

Vice-président CA

**REVEL Didier**

Vice-président CFVU

**BROCHIER Céline**

Directeur Général des Services

**ROLLAND Pierre**

**Secteur Santé :**

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -  
Lyon-Sud Charles Mérieux  
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes  
Médicales (C.C.E.M.)  
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (I.S.T.R.)  
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

**Secteur Sciences et Technologies :**

U.F.R. Faculté des Sciences  
**ANDRIOLETTI Bruno**

Observatoire Astronomique de Lyon  
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences  
**GIESELER Kathrin**

Institut National Supérieure du Professorat  
et de l'Education (I.N.S.P.E.)  
Administrateur provisoire

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **BODET Guillaume**

**Pierre CHAREYRON**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

POLYTECH LYON  
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de  
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)  
Directeur **MASSENZIO Michel**



## **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**

**LIONNARD-RETY Sabine**

Responsables des stages

**LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine**

Responsable des mémoires

**IBANEZ Amandine**

Secrétariat de scolarité

**PASSE Cindy**

# Remerciements

Ce mémoire constitue la dernière étape d'une grande aventure qui a débuté il y a trois ans. Il représente l'aboutissement d'une reconversion professionnelle mûrement réfléchie qui a bouleversé mon quotidien et celui de mon fiancé Dennis Sbîrcea. C'est pourquoi je tiens tout d'abord à le remercier pour son soutien, son aide, sa patience, son affection et son dévouement.

Merci infiniment à mes collègues de classe, notamment lorsque pendant le COVID, il était difficile d'imaginer terminer ces études. Leur présence virtuelle m'a permis de dépasser mes doutes et de continuer mes études. Merci à toutes et tous.

Je tiens également à remercier l'équipe pédagogique de l'ISTR pour m'avoir transmis la connaissance nécessaire au métier d'ergothérapeute dans des circonstances pas toujours faciles qui leur ont demandé beaucoup d'adaptabilité.

Merci aussi aux ergothérapeutes ayant accepté de réaliser un entretien pour ce mémoire.

Enfin, cette dernière étape n'aurait pas été possible sans mon tuteur de stage Jean François Bodin que je remercie pour son accompagnement en tant que tuteur de mémoire, sa disponibilité, son adaptabilité à mon rythme de travail et ses encouragements à pousser plus loin l'analyse.

Toute seule on va plus vite, ensemble on va plus loin.

# Table des matières

<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1. PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>5</b>
1.1 LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP DE L'ENFANT AVEC UN TDA-H ENTRANT AU COLLEGE .....	5
1.1.1 <i>Des enfants extra-ordinaires qui ne rentrent pas dans les cases</i> .....	5
1.1.1.1 Un surinvestissement des systèmes organiques en santé.....	5
1.1.1.2 Une approche diagnostic fonctionnelle à compléter .....	7
1.1.1.3 L'influence des facteurs identitaires et de l'intersectionnalité .....	10
1.1.2 <i>Un environnement producteur de situation de handicap</i> .....	11
1.1.2.1 Soutien et attitude de la famille, des proches et des professeurs.....	12
1.1.2.2 L'ébauche d'une école inclusive .....	13
1.1.2.3 Le TDA-H sur la scène politique française.....	14
1.1.3 <i>Le rôle et la place de l'élève avec un TDA-H</i> .....	16
1.2 L'UTILISATION DE LA METACOGNITION EN THERAPIE AVEC LES ENFANTS AVEC UN TDA-H .....	18
1.2.1 <i>La métacognition</i> .....	18
1.2.2 <i>L'intérêt et les limites de la remédiation métacognitive avec les neuropsychologues</i> .....	19
1.2.3 <i>L'apport de l'ergothérapeute dans la remédiation métacognitive</i> .....	21
1.2.3.1 L'utilisation de la métacognition en individuel en ergothérapie .....	21
1.2.3.2 Le partenariat ergothérapeute neuropsychologue dans le groupe PIFAM .....	22
1.3 PROBLEMATIQUE.....	24
<b>2. PARTIE METHODOLOGIE</b> .....	<b>25</b>
1. 2.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	25
2. 2.2 DEVIS D'ETUDE, POPULATION ET OUTIL D'INVESTIGATION .....	25
1. 2.2.1 <i>Type de recherche</i> .....	25
2. 2.2.2 <i>Choix de la population</i> .....	25
3. 2.2.3 <i>Choix et élaboration de l'outil d'investigation</i> .....	26
2.2.4 <i>Méthode de traitement et d'analyse des données</i> .....	27
2.2.5 <i>Aspects éthiques</i> .....	27
<b>3. RESULTATS ET ANALYSE</b> .....	<b>28</b>
3.1 RESULTATS .....	28
3.1.1 <i>Présentation des participantes</i> .....	28
3.1.2 <i>Facteurs favorisant et limitant les résultats</i> .....	28
3.1.3 <i>L'accompagnement des enfants avec un TDA-H</i> .....	28
3.1.3.1 Une évaluation pour déterminer les objectifs de suivi avec l'enfant .....	29
3.1.3.2 Intervention en individuel : Entre exigences de l'école et objectifs de l'enfant .....	30
3.1.3.3 Réflexion sous-jacente.....	31
3.1.3.4 Un accompagnement en évolution .....	32
3.1.4 <i>L'analyse des groupes de remédiation métacognitive</i> .....	32
3.1.4.1 Aspects pratiques .....	32
3.1.4.2 Les moyens utilisés pour investir l'enfant dans le groupe.....	32
3.1.4.3 Les bénéfices du format en groupe .....	34
3.1.4.4 Le développement de la compréhension de son fonctionnement cognitif, comparaison entre les groupes35	
3.1.4.5 Le développement de nouvelles stratégies dans le Groupe FLEX .....	35
3.1.4.6 Les compétences spécifiques apportées par l'ergothérapeute .....	35
3.1.4.7 L'implication des parents aux groupes .....	36
3.1.5 <i>La continuité après les groupes</i> .....	36
3.1.5.1 Effet du groupe.....	36
3.1.5.2 La continuité à la maison .....	36
3.1.5.3 La continuité à l'école.....	37
3.1.6 <i>Les limites et axes d'amélioration selon les participantes</i> .....	37

3.1.6.1	1 Les limites d'un « programme » fermé.....	37
3.1.6.2	Un programme pas adapté à tous les enfants.....	37
3.1.6.3	Les limites des missions et défis.....	38
3.1.6.4	Le potentiel d'un partenariat avec les parents.....	38
3.1.6.5	L'intérêt de développer la coanimation.....	38
3.2	DISCUSSION : CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA REVUE DE LITTERATURE.....	39
3.2.1	<i>Le groupe thérapeutique pour favoriser la connaissance de soi</i> .....	39
3.2.1.1	L'intérêt du format de groupe.....	39
3.2.1.2	Biais illusoire positif ou méconnaissance du TDA-H ? .....	39
3.2.1.3	La compréhension du fonctionnement cognitif .....	39
3.2.1.4	La compréhension du TDA-H.....	40
3.2.2	<i>Le groupe thérapeutique pour trouver de nouvelles stratégies</i> .....	40
3.2.2.1	Les missions et défis.....	40
3.2.2.2	Une autre solution : pratiquer pendant les séances.....	40
3.2.3	<i>Les leviers limités de l'environnement</i> .....	41
3.2.3.1	La place de l'école dans l'accompagnement .....	41
3.3	INTERETS, PERTINENCE ET LIMITES DE L'ETUDE .....	42
3.4	ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA POURSUITE DE L'ETUDE .....	43
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>44</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
	1. <i>Annexe A : Le MDH-PPH2 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap - 2</i> .....	II
	2. <i>Annexe B : Le TDA-H selon le DSM V</i> .....	III
	3. <i>Annexe C : Communiqué de Presse du défenseur des droits, 29 août 2022</i> .....	VI
	4. <i>Annexe D : La remédiation cognitive – extrait du cours du Dr TRICHANH</i> .....	VIII
	5.....	VIII
	6. <i>Annexe E: L'OT-HOPE</i> .....	VIII
	7. <i>Annexe F : L'approche CO-OP</i> .....	XII
	8. <i>Annexe G : Groupe Flex</i> .....	XIII
	9. <i>Annexe H : Mail de prise de contact pour entretiens</i> .....	XIV
	10. <i>Annexe I : Guide d'entretien et grille d'analyse en amont des entretiens</i> .....	XV
	11. <i>Annexe J : Grille d'analyse post entretien vierge</i> .....	XIX
	12. <i>Annexe K : Formulaire de consentement vierge</i> .....	XXI
	13. <i>Annexe L : Quelques citations des participantes</i> .....	XXII
	ABSTRACT.....	XXIII

## Table des illustrations

Figure 1 – Techniques cognitives et Modules thématiques du groupe NEAR.....	20
Figure 2 – OT'HOPE.....	21
Figure 3 – Personnages PIFAM .....	23

# Glossaire

**AESH** : Accompagnant d'élèves en situation de handicap

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire ( ancien nom des AESH)

**CFTMEA** : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

**CIM 10** : Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition

**CO-OP**: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

**ETP** : Éducation thérapeutique de la personne

**DSM V**: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ème edition

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OT-HOPE** : Outil Thérapeutique pour l'autodétermination des Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie

**MDH-PPH2** : Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap2

**PIFAM** : Programme d'Intervention sur les Fonctions Attentionnelles et Métacognitives

**RC** : Remédiation cognitive

**RPS** : Réhabilitation psycho-sociale

**TDA-H** : Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

# Préambule

En explorant la littérature sur les enfants avec un TDA-H, j'ai souhaité approfondir mes connaissances sur une population dont l'accompagnement en ergothérapie en libéral s'accroît de manière exponentielle ces dernières années. L'obtention d'un stage dans un cabinet proposant des groupes de remédiation métacognitive n'a fait que renforcer ma motivation pour l'exploration de ce sujet. La population choisie : les enfants avec un TDAH – n'est pas anodine : nous n'avons pas eu de cours pour ce trouble du neurodéveloppement pourtant si répandu. C'est donc avec la volonté de compléter ma formation en ergothérapie que j'ai choisi cette population.

Dans une volonté d'assurer une représentation plus égalitaire des genres et de lutter contre l'invisibilisation du travail des femmes, ce mémoire fait le choix d'utiliser une écriture inclusive. Le parti est pris quand c'est possible d'adapter une écriture épiciène. Dans les autres situations, pour faciliter la lecture, les professionnelles de santé et de l'enseignement sont accordées au féminin et les enfants avec un TDA-H au masculin.

# Introduction

Les enfants présentant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ou TDA- H sont gênés par une inattention persistante, une hyperactivité motrice sévère et une impulsivité importante (Crocq & Guelfi, 2015). La prévalence mondiale estimée à 5.9%, en fait le trouble neurodéveloppemental le plus fréquent dans le monde (Cortese et al., 2022) qui amène de nombreux parents à solliciter un accompagnement de leur enfant chez des ergothérapeutes en libéral.

Les difficultés à l'école sont la raison numéro un de consultation des parents pour leurs enfants avec un TDA-H. En effet, c'est à l'école que les problématiques rencontrées sont les plus nombreuses et où la performance occupationnelle est particulièrement affectée, aussi bien au niveau de la réussite scolaire que de l'inclusion sociale. D'ailleurs, en France 11% des enfants avec un TDA-H ne sont plus scolarisés (HAS, 2014).

Le passage du primaire au collège constitue une transition majeure qui bouleverse le rythme de travail, les relations sociales et l'organisation. Les troubles liés au TDA-H rendent d'autant plus difficiles cette adaptation avec un risque important de décrochage scolaire, du développement de troubles du comportement et d'exclusion sociale.

Pourtant, peu d'études ont été réalisées sur ce passage du primaire au collège car la recherche s'est concentrée pendant des décennies sur l'origine de ce trouble et sur le développement et l'évaluation des effets des traitements médicamenteux. Cette recherche a permis de confirmer l'origine neurodéveloppementale de ce trouble sans pour autant y trouver une cause unique précise. Quant aux traitements médicamenteux, ceux-ci sont efficaces mais insuffisants, pas toujours adaptés aux personnes, et certains parents et professionnels sont encore réticents à les utiliser (peur, préjugés). Dernièrement, la Haute Autorité de Santé les recommande en seconde intention en combinaison avec un accompagnement pluridisciplinaire et multimodal axé sur l'éducation, la socialisation et la psychologie pour agir sur « les différents domaines de la vie du patient » (HAS, 2014).

Bien que les ergothérapeutes en pratique fassent partie de cette équipe et disposent des compétences pour accompagner un enfant au collège avec un TDA-H dans la gestion de sa vie scolaire, le type d'accompagnement et son efficacité ne sont que très peu traités dans la

recherche clinique francophone et anglophone (Cortese et al., 2022; Faraone et al., 2021; HAS, 2014; Ianni et al., 2021; Rouleau & Poncelet, 2020). Les professionnels français sont en attente de la publication de nouvelles recommandations de la HAS sur l'accompagnement de l'enfant (prévues initialement en 2022 et reportées à une date ultérieure).

Les ergothérapeutes sur le terrain utilisent les modèles conceptuels en combinaison avec les données probantes en neurosciences pour guider leur accompagnement, participant ainsi à l'élaboration des données probantes pour l'ergothérapie de demain. Ce mémoire souhaite participer à cette dynamique en utilisant le Modèle du Développement Humain - Processus de Production du Handicap 2 (MDH-PPH2). Ici, la qualité de la participation sociale est au centre du schéma à travers une approche bio-psycho-sociale (Annexe A). Le MDH-PPH2 postule que la qualité de la participation sociale d'une personne dans ses habitudes de vie dépend de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (Fougeyrollas, 2010). Par exemple, une évaluation en ergothérapie reposant sur le MDH-PPH2 d'un enfant avec un TDA-H permet d'établir (1) les facilitateurs et les obstacles de l'environnement, (2) les facteurs identitaires de risques et de protection qui en interaction influencent (3) la qualité de sa participation en classe.

Les ergothérapeutes utilisent également des modèles pratiques d'intervention qui s'appuient sur les données probantes en neurosciences comme celui de la remédiation cognitive qui suggère que l'utilisation de stratégies métacognitives peut améliorer considérablement les compétences organisationnelles et le transfert des apprentissages par la prise de conscience de ses capacités, ses forces et ses faiblesses etc. (Frenkel, 2014). Dans ce mémoire, la métacognition est définie comme « l'ensemble des connaissances, des processus et des pratiques permettant à chaque individu de contrôler et d'évaluer ses propres activités cognitives, c'est-à-dire de les réguler » (Proust, 2014, p. 208).

**Ainsi, le but de ce mémoire est d'explorer comment l'utilisation de la métacognition dans l'accompagnement de l'enfant avec un TDA-H entrant au collège permet de favoriser la qualité de la participation sociale à l'école ?** Pour répondre à cette question, le TDA-H est analysé en utilisant le MDH-PPH2, puis l'intérêt de la métacognition est appréhendé afin de mieux comprendre la nature des interventions en ergothérapie utilisant la métacognition.

# 1. Partie Théorique

Cette partie définit les termes du sujet de ce mémoire et les problématiques qui gravitent autour d'eux.

## 1.1 Le processus de production du handicap de l'enfant avec un TDA-H entrant au collège

Les différentes classifications du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité définissent toutes celui-ci en fonction de la présence d'au moins un des trois symptômes suivant : (1) l'inattention, (2) l'hyperactivité, (3) l'impulsivité (Crocq & Guelfi, 2015). Cependant, la communauté scientifique cherche aujourd'hui à adopter une perspective plus étendue comprenant les facteurs personnels, environnementaux et fonctionnels (Ianni et al., 2021). Cette perspective rejoint celle de la théorie et la pratique en ergothérapie qui utilise depuis longtemps une approche systémique basée sur la relation d'interaction entre la personne, son environnement et l'occupation. Dans cette optique, cette partie définit le TDA-H sous ce prisme avec le MDH-PPH2 (Annexe A).

### 1.1.1 Des enfants extra-ordinaires qui ne rentrent pas dans les cases

#### 1.1.1.1 Un surinvestissement des systèmes organiques en santé

La question de la réalité biologique du TDA-H a été largement étudiée. C'est en fait le sujet le plus étudié par la recherche sur ce sujet (Ianni et al., 2021). Ce surinvestissement s'explique par un scepticisme important au sujet de l'existence du TDA-H lors de son ajout dans le DSM III sous la dénomination qu'on lui connaît aujourd'hui. Une partie de la communauté scientifique niait l'existence du TDA-H, sous prétexte qu'il n'existait pas avant et que son ajout dans le DSM III coïncidait avec la mise sur le marché d'un médicament visant à réduire les troubles associés au TDA-H. Le courant de psychiatrie psychanalytique contestait l'existence du TDA-H et isolait les trois symptômes comme des moyens de faire émerger des difficultés familiales (abus, maltraitance etc.). La recherche s'est donc concentrée à prouver l'existence du TDA-H. D'une part en démontrant que (1) l'histoire du TDA-H n'est pas si récente que cela, et d'autre part (2) en concentrant les efforts de la recherche à trouver l'origine biologique du TDA-H :

- 1) La première description clinique de ce trouble date de 1775, en Allemagne par le Dr. Melchior Adam Weikard, suivi au XXème siècle par de nombreux recensements cliniques à travers différents pays d'Europe et d'Amérique du Nord. En 1932, l'OMS adopte le terme de « trouble hyperkinétique » à la suite des travaux de Kramer et Pollnow (Faraone et al., 2021). Ce terme est progressivement remplacé dans chaque classification par le TDA-H.
- 2) Malgré plusieurs décennies de recherche, aucun facteur génétique unique n'a été identifié comme source de TDA-H. Dans la majorité des cas, le TDA-H est provoqué par une combinaison de risques génétiques et de facteurs environnementaux. La neuroimagerie a permis d'identifier des différences dans l'organisation et le fonctionnement du cerveau mais il n'est pas possible de l'utiliser pour établir un diagnostic. Il en va de même pour les évaluations psychologiques visant le fonctionnement du cerveau, ces évaluations montrent un fonctionnement moins performant chez les enfants avec un TDA-H mais sont insuffisantes pour établir un diagnostic. (Faraone et al., 2021; HAS, 2014).

Le TDA-H est un trouble du neurodéveloppement héréditaire, dû en partie à des facteurs génétiques et autres facteurs biologiques. Les atteintes anatomiques, histologiques et physiologiques ne sont pas clairement identifiées mais il existe bien une altération. Plusieurs hypothèses existent, dont celle que le TDA-H est dû à un déficit d'inhibition (Vieyra, 2014), un déficit des fonctions exécutives - ou une dérégulation du circuit de la récompense (HAS, 2014). Cette dérégulation entraînerait une aversion au délai qui amènerait les enfants à fuir le délai en cherchant les récompenses les plus rapides, plutôt que les récompenses plus grandes.

En conséquence, le diagnostic ne repose sur aucune observation clinique directe. En France, la HAS s'appuie sur le DSM V pour définir le TDA-H ( Annexe B). Il se définit par la présence des symptômes suivants :

- un déficit de l'attention

et/ou

- une hyperactivité motrice/hyperkinésie **et** une impulsivité

Ces symptômes doivent apparaître avant 12 ans, durer plus de 6 mois et avoir eu un impact sur la vie quotidienne de l'enfant, notamment dans les apprentissages scolaires et la socialisation.

Il existe trois formes cliniques du TDA-H :

- La forme mixte qui inclut les trois symptômes TDA-H
- La forme inattention, où l'hyperactivité et l'impulsivité ne ressortent pas TDA
- La forme hyperactivité/impulsivité prédominant sans inattention TDH

Le diagnostic se réalise par une évaluation des aptitudes de l'enfant. Dans le Processus de Production du Handicap, ces aptitudes ne sont qu'un des multiples éléments du système.

### **1.1.1.2 Une approche diagnostic fonctionnelle à compléter**

Cette approche diagnostic repose sur la mise en évidence des aptitudes fonctionnelles altérées de l'enfant grâce à des questionnaires à l'attention des parents et parfois l'équipe pédagogique de l'enfant et qui est peu centrée sur la personne. Ce sont majoritairement des aptitudes comportementales et sociales qui sont évaluées. Dans les aptitudes comportementales, on retrouve celles de maintenir son attention, rester en place, contrôler ses pulsions. Dans les aptitudes sociales, on retrouve la gestion de ses émotions, la compréhension de l'autre et la perception de ses propres habiletés.

#### L'attention

Toutes les facettes de l'attention peuvent être affectées. La première est l'attention soutenue, qui est la capacité à rester concentrée sur une activité en particulier. La seconde est l'attention alternée qui est la capacité de passer d'une tâche à une autre en mobilisant des processus cognitifs différents ( ex : passer de compter à lire puis courir). La troisième est l'attention ciblée qui est la capacité à garder son attention sur une tâche en particulier parmi d'autres. Enfin, la dernière est l'attention sélective qui est la capacité à maintenir son attention malgré la présence de distracteurs (bruits, écran etc.). Pour établir un diagnostic d'inattention au moins six symptômes parmi neuf symptômes (Annexe B) illustrant les différents types d'attention mentionnés ci-dessus doivent être reconnus (Vieyra, 2014). Chaque enfant avec un TDA-H est affecté différemment ; cependant, il est souvent observé :

- une grande variabilité de leurs performances
- des difficultés à réfléchir et articuler les idées
- un enlèvement dans des détails non pertinents
- parler de manière interminable sur un sujet motivant

- une surconcentration hyper-ciblée sur une activité en particulier qui peut durer des heures si l'enfant y trouve de l'intérêt et/ou avec une récompense rapide (Kooij et al., 2019)

Il est souvent oublié que « **l'un des principaux problèmes des enfants atteints de TDA-H, c'est qu'ils sont toujours irréguliers. La grande variabilité de leurs performances est la norme et non l'exception** » (Reid et Johnson dans Vieyra, 2014) ce qui rend difficile l'évaluation qui est une photographie à un instant T.

### L'hyperactivité

Sans être systématique, les enfants avec un TDA-H peuvent montrer des signes d'hyperactivité motrice et verbale non adaptés à leur âge (Chronis et al., 2006) comme des difficultés à rester assis, un besoin constant de bouger, de faire du bruit, de parler à voix haute (Vieyra, 2014). Or, ces éléments sont particulièrement mal perçus dans le système scolaire.

### L'impulsivité

L'impulsivité se traduit par une précipitation dans les actions, « ne pas réfléchir avant d'agir » avant d'avoir toutes les informations en main (Poissant, 2000). En classe, la participation d'un enfant avec un TDA-H peut facilement être perçue comme perturbatrice.

L'hyperactivité et l'impulsivité sont les deux autres critères évalués dans le DSM V. Comme pour l'inattention, l'enfant doit présenter au moins 6 symptômes sur 9 (Annexe X).

En plus de ces critères, d'autres aptitudes ont été récemment mises en évidence par la recherche :

### Gestion des émotions

La gestion des émotions d'une personne avec un TDA-H se caractérise (encore une fois pas toujours) par des difficultés à réguler ses émotions, avec une faible tolérance à la frustration et une impulsivité émotionnelle. Ces changements sont rapides, en lien avec une situation de la vie quotidienne, avec un retour rapide à la « normale » (Kooij et al., 2019). L'impulsivité entraîne une difficulté à retenir/inhiber une « réaction initiale, immédiate et automatique face à une situation » (Vieyra, 2014). Le cadre scolaire qui s'impose à chaque enfant peut ainsi être mal vécu et ne permet pas à une personne avec un TDA-H de répondre -totalement- aux exigences de la vie scolaire.

## Agitation mentale

L'agitation mentale (« *excessive mind wandering* ») ou l'errance mentale excessive est une autre caractéristique classique qui se définit comme la survenue de pensées sans rapport les unes avec les autres (Kooij et al., 2019).

## Compréhension de soi et des autres et estime de soi

Les enfants avec un TDA-H « sont plus susceptibles d'interpréter les interactions ambiguës de leurs pairs comme étant hostiles et ont moins tendance à proposer des stratégies adaptatives pour résoudre les conflits ». Du fait des réactions négatives des autres on observe également une estime de soi affaiblie mais aussi une sous-estimation de la gravité de leurs symptômes ( qui s'appelle le biais illusoire positif) (Levanon-Erez et al., 2017, 2019).

En somme, l'enfant peut être en mouvement perpétuel, capable de fulgurances lorsqu'il parvient à se concentrer sur un sujet grâce à toutes les idées qui lui passent par la tête, mais qui n'ose pas toujours les exprimer face à la perception d'une hostilité et une pensée négative sur l'intérêt de sa pensée. Et lorsqu'il y a échange d'idées, son impulsivité renforce la méfiance des pairs : l'enfant peut réagir de manière excessive, rester silencieux ou se focaliser sur certains mots plutôt que de voir la situation globale.

La HAS recommande de passer par un entretien avec l'enfant et ses parents pour établir un diagnostic, ainsi que par un recueil de données à la maison et à l'école (questionnaires et échelles à faire remplir par les parents et le personnel éducatif). Aucun questionnaire ou échelle ne sont spécifiquement mentionnés (2014). Cette approche rencontre de nombreuses limites.

Cette méthode diagnostic se concentre majoritairement sur les aptitudes de l'enfant et n'aborde pas ou peu, les autres éléments du MDH-PPH2. Se limiter strictement sur les observations de l'entourage et ne pas observer la personne dans son environnement écologique peut entraîner un diagnostic tardif. Le diagnostic est alors posé quand les incapacités et la situation de handicap sont déjà bien établies ne permettant plus d'agir au fur et à mesure du développement des symptômes (Ogg et al., 2013). D'autre part, cette méthode ne permet pas de voir les spécificités du TDA-H d'un enfant à un autre, et il est donc difficile d'imaginer un plan d'intervention adapté à l'enfant. D'autant plus que les facteurs identitaires viennent influencer l'expression du trouble.

### **1.1.1.3 L'influence des facteurs identitaires et de l'intersectionnalité**

Plusieurs facteurs identitaires peuvent influencer le diagnostic, l'observance du traitement, le type de traitement, son adéquation et son efficacité. Notamment la culture, la religion, la vision du monde et l'éthique des parents, leur familiarité avec les troubles de santé mentale ainsi que leurs attentes pour l'enfant (Chronis et al., 2006).

Le genre de l'enfant est un facteur pouvant favoriser ou empêcher la participation sociale dans la vie quotidienne. C'est un trouble qui affecte plus les garçons que les filles. Les filles diagnostiquées le sont généralement plus tardivement, et l'expression des troubles diffère en fonction du genre. Il n'existe pas à ce jour de données assez solides pour expliquer ce phénomène, cependant plusieurs théories coexistent :

- le manque d'études sur les filles par rapport aux garçons créerait un biais
- les filles seraient génétiquement moins touchées par le TDA-H
- le biais de genre : la vision d'une fille inattentive, peu sociable est plus acceptée socialement que celle d'un garçon. Elle est normalisée et mènerait au sous-diagnostic des filles autant par la famille, l'école que les équipes de santé
- les symptômes sont moins bien connus chez les filles ( plus d'inattention et d'internalisation des symptômes qui ressortent en dépression et anxiété)
- les filles ont des stratégies différentes pour cacher leurs difficultés ( sociabilisation plus importante qui peut cacher certains symptômes)

(Chronis et al., 2006; Kooij et al., 2019; Mowlem et al., 2019)

Certaines études aux États-Unis d'Amérique mettent également en évidence une différence basée sur la couleur de peau et l'ethnicité. Bien qu'il n'y ait aucune différence biologique, la perception du personnel de l'école (qui remplit le questionnaire) diffère en fonction de la couleur de peau de l'enfant et peut affecter par la suite le diagnostic posé sur l'enfant et surtout le problème que pose ses troubles. C'est une différence de traitement auquel les soignants doivent être vigilants car le diagnostic repose en grande partie sur la perception de l'entourage de l'enfant. Bien qu'il n'y ait aucune étude de ce type en France, les biais de perception basé sur la couleur de peau existent en France et peuvent protéger ou constituer

des facteurs de risque pour la personne qui doivent être pris en compte (Caci, 2014; Caci & Paillé, 2014; Wexler et al., 2022).

La culture, la religion et l'origine sociale des parents peuvent également influencer certains choix, comme celui d'un traitement plutôt qu'un autre par la famille en fonction des croyances (Caci & Paillé, 2014; Faraone et al., 2021). Certains outils mal-adaptés d'une culture à une autre peuvent créer un biais (Cénat et al., 2022).

Ce mémoire se concentre sur les enfants de 10 à 13 ans, entrant au collège. C'est l'âge de la préadolescence. Les traitements adaptés pour les enfants ne sont pas forcément adaptés pour les adolescents, dont les valeurs, objectifs dans la vie de préadolescents ne sont plus celles des enfants de primaire. « L'adolescence se caractérise par une tension entre les exigences occupationnelles croissantes et une maturité partielle de l'individu. » (Levanon-Erez et al., 2017, 2019). Les enfants avec un TDA-H sont particulièrement vulnérables durant cette période car leur fonctionnement neurocognitif rend plus difficile l'adaptation au changement de rythme, d'exigences et d'environnement. C'est également le début d'une quête « d'identité en évolution », durant laquelle l'enfant connaît des changements physiques importants et commence à se distinguer peu à peu des valeurs et objectifs des parents pour formuler ses choix. Les parents jouent encore un rôle majeur, et guident encore beaucoup l'enfant. « Pour toutes ces raisons, les adolescents atteints de TDA-H sont particulièrement vulnérables aux résultats négatifs à ce stade, tout en étant moins équipés pour prendre eux-mêmes des décisions d'adaptation. » (Chronis et al., 2006). L'environnement va jouer un rôle capital durant cette période.

### 1.1.2 Un environnement producteur de situation de handicap

L'environnement de l'enfant est constitué de l'environnement social et physique sur une échelle à trois niveaux : micro, méso et macro. Certains facteurs environnementaux favorisent la réalisation des habitudes de vie en interaction avec les facteurs personnels tandis que d'autres constituent des obstacles qui entravent cette réalisation (Fougeyrollas, 2010). Dans le cas d'un enfant avec un TDA-H en fin de primaire début collège, l'école ou l'enfant passe le plus clair de son temps peut devenir un endroit qui va générer ou exacerber la situation de handicap ou au contraire la réduire et la faire passer inaperçue. De plus ces facteurs environnementaux peuvent changer ( changement de camarades, de place dans la

classe, de professeure etc.). Prendre en compte la variabilité de l'environnement est essentiel pour comprendre comment agir pour réduire la situation de handicap.

#### **1.1.2.1 Soutien et attitude de la famille, des proches et des professeurs**

Les parents constituent l'entourage le plus proche de l'enfant. Ce sont eux qui amènent l'enfant en thérapie, la finance et font le lien entre l'école, les thérapeutes, le médecin et l'enfant. Ils connaissent l'enfant dans la gestion de la vie quotidienne, des crises et des récompenses qui fonctionnent ou non. Une origine partiellement héréditaire du TDA-H ayant été identifiée, il arrive qu'un des parents ait également un TDA-H (diagnostiqué ou non). Cette situation peut se révéler favorisante – de par le partage d'expérience, la connaissance du trouble – ou un obstacle en fonction des habiletés des parents par rapport à leur propre gestion du trouble (Verret et al., 2016).

Le diagnostic de TDA-H de l'enfant peut également perturber le fonctionnement familial. Les parents peuvent se sentir stressés, paralysés, dépassés par les troubles de l'enfant. Les difficultés d'interactions sociales de l'enfant peuvent empêcher la création de relations positives avec les parents (Cornell et al., 2018). En lien avec l'école, le moment des devoirs peut devenir une bagarre quotidienne. Les parents peuvent se sentir « policiers » obligés de monitorer leurs enfants, et cela peut avoir un impact négatif sur la relation et la dynamique au sein de la famille (Lanaris & Massé, 2008). Enfin, certaines stratégies mises en place par les parents pour gérer le trouble sont « parfois peu adaptées et contreproductives » (Chronis et al., 2006).

L'entourage est également constitué des camarades, des copains, de la maîtresse ou du maître à l'école, des professeurs une fois au collège, de l'AESH si l'enfant en a une ainsi que des différents professionnels de santé de l'enfant.

Le collège est un lieu de socialisation. Or les enfants avec un TDA-H sont « plus susceptibles d'interpréter les interactions ambiguës de leurs pairs comme étant hostiles » et sont plus susceptibles d'être rejetés par les autres enfants, ( 50% à 80% vivent cette expérience contre 10 à 15% en moyenne). Ce sont des enfants moins compris par les autres. Une étude au Québec a révélé parmi les enfants interrogés que 60% des enfants préféreraient jouer avec un enfant sans un TDA-H. Une fois une amitié formée celle-ci est également plus difficile à maintenir dans la durée. Or, les amitiés « jouent un rôle de protection contre les

conséquences associées au rejet et diminuent les difficultés d'adaptation sociale » (Verret et al., 2016). En résumé, les particularités de l'enfant avec un TDA-H rendent plus difficiles les interactions sociales avec ses pairs, mais aussi, sa différence favorise la stigmatisation par ces derniers dès le plus jeune âge, ce qui entraîne moins d'interactions sociales et donc réduit les opportunités pour l'enfant avec un TDA-H d'apprendre à adapter ses interactions sociales.

L'équipe enseignante en primaire est au contact quotidien de l'enfant. L'entrée au collège complexifie les relations avec l'équipe enseignante, chaque professeure le voyant seulement quelques heures par semaine. Pour autant, le comportement des adultes au collège impacte toujours grandement la performance de l'enfant. Bien que souvent demandeur de stratégies pour s'adapter à lui, l'équipe enseignante dispose de peu de connaissances du TDA-H. De nombreuses enseignantes surévaluent les problèmes qu'ont ces enfants et avec lesquels ils se sentent dépassés (Lanaris & Massé, 2008). Par exemple, souvent les enseignantes croient qu'un enfant avec un TDA-H pourrait réaliser une tâche s'il le voulait vraiment, car ils peuvent être très performants (*hyperfocus*), pensant que si l'enfant est performant une fois, il peut l'être encore. Ils pensent que si l'enfant est performant une fois, il peut l'être encore. Pourtant « la grande variabilité de leurs performances est la norme et non l'exception » (Reid et Johnson dans Vieyra, 2014).

L'aspect relationnel mis en place peut stigmatiser l'enfant en lui assignant un rôle de perturbateur avec l'hyperkinésie, de non participant avec la gestion des idées et de la susceptibilité de l'enfant qui amène à des attitudes réprobatrices, en lien avec la difficulté à suivre des consignes. Ainsi, en fonction des connaissances de chaque enseignante sur le trouble, des outils qu'elle est prête à mettre en place, l'enseignante peut être un obstacle ou un facilitateur dans l'apprentissage scolaire. A l'inverse le maintien de relations positives entre l'enfant et les parents les amis et enseignantes est un facteur favorisant l'intégration scolaire.

#### **1.1.2.2 L'ébauche d'une école inclusive**

##### Le collège

La raison numéro un de demande d'accompagnement en ergothérapie d'un enfant avec un TDA-H est l'adaptation à l'école et au collège. Au collège les exigences augmentent en terme d'attention (écouter les consignes de plus en plus complexes, garder son attention sur une tâche pendant des temps plus long, être à l'écoute), de contrôle de son corps ( rester assis, ne

pas bouger, attendre) (Lanaris & Massé, 2008). Sans adaptation, cet environnement constitue un obstacle important.

De plus la grande variabilité des performances de l'enfant est en opposition avec la demande au collège de travail régulier et cela dans de multiples matières. L'accompagnement personnalisé est souvent nécessaire pour les enfants avec un TDA-H qui rencontrent des difficultés à adapter leur comportement en classe et à suivre les instructions (Ianni et al., 2021).

Depuis la loi de 2005, le système scolaire français a vu la mise en place de plusieurs possibilités pour favoriser l'inclusion à l'école. De nombreux enfants avec un TDA-H en bénéficient. Certains enfants sont scolarisés dans les classes ULIS. Ce sont des classes spécialisées au sein des établissements scolaires où l'effectif est réduit (10-12 élèves) et le programme allégé pour faciliter l'apprentissage. Dans une classe ULIS il y a une professeure spécialisée et une ou plusieurs AESH. D'autres enfants suivent un parcours scolaire classique avec une AESH dédiée ou partagée entre 6 et 20 heures par semaine.

Tous les enfants ne bénéficient pas de ces options. Il faut suivre une procédure administrative lourde qui implique de multiples acteurs et un renouvellement annuel ( école, MDPH, CDAPH, parents, médecin etc.).

Dès 2014, la HAS a souligné l'importance de la coordination avec l'Éducation Nationale pour réduire la situation de handicap. Cependant, 8 ans plus tard, sur le terrain, le constat est fait par le défenseur des droits d'une gestion des besoins d'accompagnement contraire aux intérêts de l'enfant : contenu des programmes trop rigides, effectifs insuffisants, formations insuffisantes voire inexistantes des équipes enseignantes, gestion des ressources humaines qui prime sur la réponse aux besoins de l'enfant etc. (Annexe C) (Défenseur des droits, 2022; HAS, 2014).

### **1.1.2.3 Le TDA-H sur la scène politique française**

Le consensus sur la légitimité clinique du TDA-H comme trouble du neurodéveloppement est plus récent en France (HAS, 2014). Ce retard a eu et entraîne toujours des conséquences importantes dans le diagnostic et le suivi des enfants. Par exemple, la quantité de médicaments prescrite en France pour le TDA-H est bien en deçà des autres pays européens. Bien que la publication de recommandations par la HAS permet désormais aux médecins de

premier niveau de détecter plus facilement les suspicions de TDA-H, et il leur est encore difficile de savoir vers qui s'adresser en deuxième niveau, au vu de la persistance de ces deux courants en France. Pourtant, les enfants avec un TDA-H sans diagnostic ont des symptômes bien plus importants que les enfants diagnostiqués (Bayrou-Lefèvre, 2011).

D'autre part, le TDA-H est un trouble très stigmatisé, avec un traitement dans les médias deux fois plus négatif que positif, incluant les notions de danger ( violence, imprédictibilité) incompetence (« fainéantise »), et de scepticisme sur le traitement médicamenteux (Kooij et al., 2019). Cette stigmatisation constitue un obstacle à la participation dans les activités.

Au niveau gouvernemental, le trouble du TDA-H est également encore trop peu enseigné que ce soit dans les programmes de formation des professeurs que dans les formations des professionnelles de santé. C'est d'autant plus important que de nombreuses études montrent une stigmatisation plus faible et un meilleur accompagnement des enfants avec un TDA-H lorsque les professionnelles ont une meilleure connaissance de ce trouble (Kooij et al., 2019). En France, cela se traduit également par la longueur des délais diagnostics ( 73% des parents mentionnent un parcours difficile pour l'obtention d'un diagnostic) (Bayrou-Lefèvre, 2011; Caci & Paillé, 2014).

En ergothérapie en libéral, l'accompagnement est essentiellement centré sur l'enfant. Or la situation de handicap n'est pas seulement générée par l'enfant mais aussi par son environnement. Prendre en compte l'environnement dans lequel évolue l'enfant permet plusieurs choses :

- D'évaluer la situation de handicap, les leviers et obstacles sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer ou au contraire ceux qu'elle devra contourner
- D'établir des objectifs d'accompagnements qui reposent sur des leviers actionnables par l'enfant et non d'un tiers

L'ergothérapeute doit être conscient des limites d'un accompagnement centré sur l'enfant avec une méthode compensatoire pour réduire la situation de handicap. Lorsque c'est possible l'ergothérapeute devrait non pas être centré sur l'enfant mais sur l'interaction entre

l'enfant, l'environnement et l'activité en proposant des séances à l'école, en se mettant en lien avec les professeurs, les parents, les élèves (Chronis et al., 2006).

### 1.1.3 Le rôle et la place de l'écolier avec un TDA-H

Pour Fougeyrollas, les habitudes de vie sont des activités sociales complexes et orientées vers un but (Fougeyrollas, 2010, p. 14). Elles résultent de la performance de l'individu à utiliser les aptitudes pour réaliser une activité ou un rôle social en fonction des facteurs environnementaux en situation de vie réelle. Elles se mesurent entre la pleine participation sociale et la situation de handicap total en lien avec la satisfaction de la personne et l'aide humaine et l'aide technique qui concoure à la situation. La vie d'un enfant avec un TDA-H est centrée sur l'école, c'est là qu'il y passe le plus clair de son temps, et c'est une activité signifiante pour son entourage.

Un enfant avec un TDA-H à dix fois plus de chances d'avoir un trouble de l'apprentissage qu'un enfant sans TDA-H en France (Lecendreux et al., 2011). Dans la dernière étude européenne LIS, les difficultés à l'école ressortent comme la problématique la plus importante pour 71% des parents d'enfant avec un TDA-H versus 25% pour les parents d'enfants sans TDA-H (Kooij et al., 2019). C'est la problématique jugée la plus importante par les parents (Chronis et al., 2006) mais aussi pour les enfants avec un TDA-H (Levanon-Erez et al., 2017). C'est aussi la raison numéro un de demande d'accompagnement en ergothérapie d'un enfant avec un TDA-H au Québec (Ianni et al., 2021). C'est pourquoi cette partie traite du rôle social lié à l'école.

#### En classe

Avec l'entrée au collège, les enfants passent de moins en moins de temps avec les parents et leurs professeurs et de plus en plus de temps avec les copains. C'est également un moment où les efforts scolaires attendus sont à la fois plus exigeants et demandent aux enfants/pré-adolescents plus d'autonomie.

L'impulsivité, les troubles de l'attention et l'hyperactivité sont particulièrement gênants à l'école où l'on demande aux enfants de rester assis, d'attendre leur tour et de rester concentrés sur une tâche non choisie pendant des heures. Typiquement ce sont des enfants qui vont souvent beaucoup participer en classe, cependant cette participation se fait souvent avant d'avoir pris le temps d'évaluer si la réponse est appropriée, en coupant la parole des

autres ou sans avoir écouté la consigne en entier. Dans leur travail se sont des enfants qui se précipitent, entraînant ainsi des erreurs d'étourderie. De plus, ils peuvent se décourager aussi rapidement si la récompense n'est pas immédiate. (Hinshaw & Scheffler, 2014; Vieyra, 2014).

Le rôle de « l'élève » pour un enfant avec un TDA-H est souvent un rôle difficile à endosser car les troubles de l'enfant ont tendance à définir les caractéristiques de son statut d'élève. D'autre part, l'interruption de la parole, le fait de penser à voix haute, l'agitation entraîne des conséquences sur la classe entière et donc sur son rôle social auprès ses pairs.

Les relations avec ses pairs → voir 1.2.1, paragraphe 4

### Les devoirs

La charge de travail demandée est plus importante au collège. Les enfants avec un TDA-H ont tendance à ne pas faire les devoirs, mal les noter, les oublier à la maison, ne pas respecter les délais etc. Les parents ont souvent des difficultés à accompagner leur enfant et c'est ce qui est source de conflits.(Hinshaw & Scheffler, 2014).

L'entrée au collège exacerbe les difficultés de l'enfant déjà présentes en primaire. Les troubles liés au TDA-H impactent grandement la participation sociale des enfants à l'école. De nombreux enfants avec un TDA-H ont du mal à se construire un rôle social satisfaisant que ce soit à l'école en tant qu'élève mais aussi en tant qu'ami, ou encore à la maison en tant qu'enfant face aux devoirs. Cela entraîne des « distorsions cognitives et des schémas cognitifs dysfonctionnels liés à une accumulation biographique d'expériences négatives associées aux symptômes du TDA-H [qui] contribuent à des résultats fonctionnels négatifs et conduisent à un comportement d'évitement, à une orientation vers l'échec, à une auto-efficacité réduite, à la procrastination, à des symptômes dépressifs et à l'anxiété » (Kooij et al., 2019).

L'utilisation du MDH-PPH2 permet de mieux appréhender les enjeux lors de l'entrée au collège. C'est une période de transition physique, mais aussi sociale et identitaire pour l'enfant. Les facteurs environnementaux et personnels, nombreux, sont autant de leviers et d'obstacles sur lesquels l'accompagnement en ergothérapie peut s'appuyer afin de faciliter la participation sociale de l'enfant à l'école et réduire la situation de handicap. Malgré les discours politiques sur l'école inclusive, le constat est fait qu'aujourd'hui l'école demande à

l'enfant de s'adapter. C'est pourquoi lorsque l'ergothérapeute propose une remédiation métacognitive, elle doit prendre soin de proposer des objectifs pour lesquels les leviers sont actionnables par l'enfant mais aussi d'apprendre à l'enfant à prendre conscience de ses ressources internes, de ses limites et de ses besoins.

## 1.2 L'utilisation de la métacognition en thérapie avec les enfants avec un TDA-H

Les thérapies existantes pour favoriser la qualité de la participation sociale des enfants avec un TDA-H sont peu nombreuses et les données probantes sont de qualité insuffisante. Il ressort des études une difficulté à transférer, généraliser et pérenniser les choses vues en thérapie. L'utilisation de la métacognition semble pouvoir en partie surmonter cette difficulté (Renou & Doyen, 2019).

### 1.2.1 La métacognition

L'enfant entrant au collège est un enfant de plus en plus autonome, qui grandit et s'éloigne petit à petit de ses parents. Les thérapeutes peuvent encourager l'enfant à mettre en place ses propres stratégies pour favoriser sa participation sociale à l'école. Le fait d'apprendre à l'enfant à développer ses propres stratégies dans la vie quotidienne pour une meilleure participation sociale revient à lui apprendre des stratégies dites « métacognitives ». La métacognition se définit comme « l'ensemble des connaissances, des processus et des pratiques permettant à chaque individu de contrôler et d'évaluer ses propres activités cognitives, c'est-à-dire de les réguler » (Proust, 2018, p. 208). La métacognition a donc deux aspects :

- les connaissances qu'une personne a de son fonctionnement cognitif (vraies ou fausses)
- Sa capacité à mettre en place des stratégies pour planifier/anticiper un apprentissage en fonction de son fonctionnement cognitif, ainsi que de s'auto évaluer dessus. (Frenkel, 2014; Proust, 2018).

Par exemple, un enfant avec un TDA-H essayant de réaliser un exercice de mathématiques :  
Connaissance sur soi : Puis-je résoudre cet exercice ? Est-ce que je connais les théorèmes ?  
Stratégie: Revoir les théorèmes plusieurs fois cette semaine pour favoriser la mémorisation.

Évaluation : cet exercice est facile car il est similaire à un exercice fait la semaine dernière (Fouquet & Zythat, 2019).

Mieux se comprendre permet également de mieux comprendre son écart à « la norme », de mieux s'ajuster aux attentes des autres, et de faire valoir ses besoins spécifiques. Dans le « métier d'élève » il peut s'agir de comprendre les attendus des adultes, de gérer les remarques des professeurs sur les copies ou en classe, ou encore gérer le sentiment d'injustice.

Une étude a montré que l'apprentissage de l'utilisation de «stratégies métacognitives» permet de rattraper un retard d'environ 7 mois sur le programme scolaire (Education Endowment Foundation, 2021). En apprenant aux enfants à reconnaître le but d'un exercice, à imaginer plusieurs solutions pour un même problème, à développer des stratégies d'apprentissage efficaces ( carte mentale, calendriers, rappels ...) les enfants acquièrent une meilleure compréhension « des ressources à leur disposition » (Kajka & Kulik, 2021). C'est pourquoi les enseignantes sont de plus en plus encouragées à utiliser la métacognition pour favoriser l'apprentissage (Fouquet & Zythat, 2019)

Cependant, les enfants avec un TDA-H ont du mal à « réfléchir avant d'agir ». Les stratégies métacognitives sont moindres et se développent plus tardivement. Leur motivation est également plus frivole. L'apprentissage de la métacognition par le professeur est plus laborieux. En même temps, l'apprentissage de stratégies métacognitives confère aux enfants avec un TDA-H un pouvoir d'agir plus important au sein de leur environnement. D'autres part les bénéfices de la métacognition tendent à perdurer dans le temps, au contraire des médicaments (Kajka & Kulik, 2021).

### **1.2.2 L'intérêt et les limites de la remédiation métacognitive avec les neuropsychologues**

La métacognition est utilisée en neuropsychiatrie et neuropsychologie dans l'accompagnement des enfants et adolescents avec un TDA-H dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale (RPS). La réhabilitation psycho-sociale est l'ensemble « des stratégies et procédés d'apprentissage permettant de récupérer un fonctionnement social et instrumental satisfaisant » afin de « palier à l'insuffisance des traitements psychopharmacologiques » (Trichanh, 2021). Cette définition doit être revue pour les enfants avec un trouble du

neurodéveloppement car ils n'ont pas besoin de « récupérer » quelque chose de perdu, mais plutôt de développer et d'améliorer des stratégies cognitives déficitaires.

La RPS dispose de plusieurs outils pour atteindre ce but, dont (Annexe D) la remédiation cognitive. C'est « une approche thérapeutique, brève et focalisée, dont l'efficacité repose sur le postulat scientifique de la plasticité cérébrale. Elle permet à des sujets présentant des défaillances cognitives spécifiques d'améliorer leurs fonctions exécutives, leur cognition sociale, leur attention mais aussi leur qualité de vie et leur adaptation dans la vie quotidienne » (Doyen et al., 2020). La remédiation cognitive en neuropsychiatrie repose sur deux modes d'intervention. Le mode bottom-up consiste principalement en la répétition intensive d'exercices cognitifs souvent sous forme de jeux stimulant les fonctions déficitaires. Le mode top-down repose sur la métacognition pour apprendre à connaître son fonctionnement et des techniques sur comment réguler un comportement, l'attention etc. (2020) : c'est la remédiation métacognitive.

Il existe quelques programmes de remédiation métacognitive pour les enfants et adolescents avec un TDA-H. Ces programmes divisent l'apprentissage métacognitif entre le savoir métacognitif et la régulation métacognitive. Dans un premier temps les enfants à travers des ateliers découvrent leur fonctionnement, puis dans un second temps les enfants découvrent des stratégies/techniques pour se réguler ( NEAR, Cog-fun, PIFAM, Groupe FLex).

Les études sur ces programmes montrent un effet positif sur les enfants avec un TDA-H qui peut durer jusqu'à un an. Dans le programme NEAR les enfants ont montré des bénéfices sur la mémorisation. Le travail en groupe semble également avoir un bénéfice sur les enfants par rapport aux séances en individuel notamment au niveau du développement du « rôle de soutien et de développement des capacités d'entraide » (Doyen et al., 2020).

**Tableau 1**  
Techniques cognitives et Modules thématiques du groupe NEAR.

Les seances cognitives	Les seances groupe passerelle
Apprentissage sans erreur	Introduction aux habiletés cognitives
Feed-back positif	Résolution de problèmes
Amorçage des réponses	Restructuration cognitive
Modeling	Planification et organisation
Généralisation	Attention
Faire des ponts	Habiletés communicationnelles et sociales
	Hygiène de vie

Figure 1: Techniques cognitives et Modules thématiques du groupe NEAR

On pourrait penser que la métacognition seule permet de faciliter le transfert des apprentissages. Cependant les premiers résultats montrent que les enfants éprouvent toujours des difficultés à réutiliser le contenu des ateliers dans la vie courante (Giroux et al., 2010; Poissant, 2000; Verret et al., 2016). Certaines études montrent que les stratégies apprises ne sont efficaces que pendant la thérapie (2010). Plus l'atelier se rapproche de la vie courante, plus la généralisation est facile d'où l'importance de l'environnement. Les ateliers doivent être le plus écologique possible prenant en compte l'interaction entre la personne son environnement et ses occupations (2016, 2000).

### 1.2.3 L'apport de l'ergothérapeute dans la remédiation métacognitive

#### 1.2.3.1 L'utilisation de la métacognition en individuel en ergothérapie

La thérapeute spécialiste de l'activité est l'ergothérapeute. Ses interventions visent à accompagner l'enfant vers l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne qui sont importantes pour lui et au regard des attentes de la société/culture (signifiantes et significatives).

Le choix de l'activité sur lequel se concentrer va dépendre de la demande des parents mais aussi de l'enfant. En permettant à l'enfant de choisir ses objectifs de thérapie l'ergothérapeute fait travailler la métacognition de l'enfant. Pour accompagner ce processus il existe plusieurs



Figure 2: OT'HOPE

« outils maisons » et un outil validé l'OT'HOPE. C'est un outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie similaire à la MCRO. C'est un jeu de cartes qui facilite le travail métacognitif et donne à l'enfant la possibilité d'être acteur de sa thérapie( voir image ci-dessous et Annexe E).

Après avoir déterminé l'activité à travailler, l'ergothérapeute réalise une analyse d'activité en utilisant des modèles conceptuels tel que le MDH-PPH2 pour comprendre l'interaction activité/environnement/personne. Cela lui permet d'évaluer ce qui pose difficulté dans l'activité pour l'enfant, les potentiels et difficultés de l'enfant, les leviers et obstacles de l'environnement.

Une fois cette analyse effectuée l'ergothérapeute travaille avec l'enfant pour optimiser l'interaction entre :

1. les potentiels de l'enfant – en travaillant des compétences par exemple en utilisant la méthode CO-OP (Annexe F).
2. l'environnement – en l'aménageant pour le rendre plus porteur, en échangeant avec les professeurs, parents, AESH, élèves
3. et l'activité – en proposant des stratégies, des aménagements, aides techniques, pour permettre l'accomplissement de l'activité et des objectifs liés à l'activité

C'est cette approche écologique de l'ergothérapeute qui manque dans les thérapies sur la métacognition avec l'enfant avec un TDA-H. **C'est dans cette optique de maintien des acquis après la thérapie et de transposition des compétences acquises dans la vie de tous les jours que l'ergothérapeute peut intervenir dans la remédiation métacognitive d'un enfant avec un TDA-H.**

#### **1.2.3.2 Le partenariat ergothérapeute neuropsychologue dans le groupe PIFAM**

En individuel, l'ergothérapeute est la seule personne à proposer un autre regard à l'enfant. En groupe, l'enfant peut se comparer, se sentir moins seul. Les situations de groupe sont propices au développement d'habiletés sociales ( prise de parole, entraide, gestion des émotions). Les enfants peuvent également partager des techniques, outils et stratégies qui fonctionnent pour eux.

Parmi les groupes thérapeutiques existant il existe le groupe PIFAM. C'est un Programme d'Intervention des Fonctions Attentionnelles Métacognitives centré sur l'école. Il s'agit d'un programme de 12 semaines, une séance par semaine. Entre les ateliers, des missions sont à réaliser. PIFAM est à destination des enfants avec un TDA-H entre 10 et 14 ans. Pour réaliser le groupe PIFAM il faut suivre une formation et acheter une mallette contenant tout le matériel. Cette formation est ouverte aux neuropsychologues mais aussi aux ergothérapeutes et d'autres professionnels. Ce programme est animé par deux professionnelles de santé. (Jovanovic & Speranza, 2020; Lefebvre, 2018; Lussier, 2014)

Ce groupe s'inspire de la méthode Réfecto utilisant des métaphores de métiers pour comprendre les fonctions du cerveau :

Métier	Correspondance
<b>Contremaitre</b>	Gestion du temps et de ses ressources
<b>DéTECTIVE</b>	Attention aux détails et observation
<b>Bibliothécaire</b>	Classification, catégorisation et stratégies d'encodage
<b>L'artiste</b>	Créativité
<b>L'architecte</b>	Planification, anticipation
<b>Le menuisier</b>	Traitement séquentiel et réalisation de l'objectif
<b>Le contrôleur</b>	Inhibition



Figure 3: personnages PIFAM

Pour favoriser la motivation et l'engagement le groupe PIFAM dispose d'un système de récompenses avec des Reflectos-dollars, qui sont distribués si l'enfant aide un autre enfant, lorsque l'enfant verbalise l'utilisation de la métacognition et lorsque son autoévaluation à chaque séance est en accord avec l'évaluation des intervenantes. Cela permet lors du dernier atelier « d'acheter » des cadeaux.

Le programme aborde les deux versants de la métacognition :

- **Apprendre à comprendre son propre fonctionnement cognitif** à travers la métaphore de métiers. Un nouveau personnage est présenté chaque semaine. Plusieurs activités liées à l'école sont proposées aux enfants pour mieux appréhender leurs forces et leurs faiblesses dans ce domaine.
- **Utiliser ses connaissances pour mettre en place des stratégies pour atteindre un but** à travers des activités : (1) pendant les séances en découvrant plusieurs stratégies sur un thème donné ; (2) avec des missions et défis à réaliser à la maison ou l'enfant expérimente les stratégies vues pendant l'atelier dans une situation concrète liée à l'école.

Le partenariat entre ergothérapeute et neuropsychologue/psychologue se développe depuis quelques années en France. Un certain nombre de cabinets libéraux propose l'atelier PIFAM animé par un ergothérapeute et une neuropsychologue/psychologue ( Hogrefe, 2017). Ce chiffre augmente d'année en année tendant à confirmer l'intérêt de l'apport de l'ergothérapie dans l'apprentissage de stratégies métacognitives malgré l'absence de données probantes en ergothérapie.

Un autre groupe s'inspirant de la méthode PIFAM a également été développé par des ergothérapeutes. Il s'agit du programme FLEX. Bien qu'aucunes données scientifiques n'existent pour l'instant le programme connaît un certain succès et les ergothérapeutes proposent désormais une formation pour pouvoir animer un groupe FLEX (Annexe F).

### 1.3 Problématique

Aujourd'hui en France, un enfant avec un TDA-H présente un risque important d'exclusion sociale et de décrochage scolaire. L'entrée au collège est une période de transition qui va mettre l'enfant face à un nouvel environnement, de nouveaux défis, une plus grande demande d'autonomie dans les devoirs.

La métacognition est de plus en plus utilisée en ergothérapie, en individuel et en groupe. Les programmes PIFAM et le groupe FLEX ont vocation à améliorer la gestion du TDA-H au quotidien, notamment à l'école. L'intérêt thérapeutique de ces groupes n'est pas directement démontré, cependant leur construction s'appuie sur les données des neurosciences et en ergothérapie qui font le constat d'un manque de transfert des apprentissages dans les thérapies en individuel et en groupe. D'autre part, le format en groupe est un format qui permet de favoriser l'émulation, la pair-aidance et la comparaison en complément d'une approche centrée sur l'enfant.

Cela amène à poser la question suivante : **Comment l'ergothérapeute en libéral utilise les programmes de groupe de remédiation métacognitive, pour favoriser l'atteinte des objectifs liés à l'école de l'enfant avec un TDA-H entrant au collège?**

## 2. Partie Méthodologie

La partie théorique a permis de faire ressortir une problématique qui va être testée dans une partie pratique. La partie méthodologie explique comment s'est construit la partie pratique.

### 1. 2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce mémoire est de décrire comment l'ergothérapeute met en place une thérapie au format de groupe avec des enfants avec un TDA-H, utilisant la métacognition pour favoriser l'atteinte des objectifs scolaires.

### 2. 2.2 Devis d'étude, population et outil d'investigation

#### 1. 2.2.1 Type de recherche

Cette recherche est un travail de recherche de fin d'études pour valider le diplôme d'état en ergothérapie. Il s'agit d'une recherche qualitative **exploratoire** qui s'attache à comprendre une pratique spécifique, lui donner du sens et identifier son intérêt auprès des ergothérapeutes interrogés.

#### 2. 2.2.2 Choix de la population

Toutes les personnes interrogées dans cette étude sont ergothérapeutes car la problématique est centrée autour de la pratique de l'ergothérapeute.

#### Les critères d'inclusion

Critères d'inclusion	Pourquoi
Exercer une activité d'ergothérapeute en libéral depuis au moins trois ans	Avoir un recul suffisant par rapport à sa pratique
Avoir suivi la formation PIFAM / Groupe FLEX	Etre familiarisé avec le format thérapeutique étudié dans ce mémoire
Avoir déjà animé au moins trois groupes	Avoir une connaissance pratique suffisante du format thérapeutique étudié dans ce mémoire
Accompagner en individuel des enfants avec un TDA-H	Savoir identifier les spécificités de la population étudiée dans ce mémoire

#### Le mode de recrutement des participantes

L'élaboration de l'échantillon de personnes à interroger s'est faite selon la méthode focalisée, c'est-à-dire centrée sur une caractéristique, ici c'est l'objet de recherche PIFAM et groupe FLEX.

Le recrutement des ergothérapeutes s'est fait uniquement par mail (Annexe H).

Les ergothérapeutes contactés par mail ont été sélectionnés selon trois méthodes :

- La première, à l'aide d'un document recensant les différentes professionnelles formées à la méthode PIFAM disponible sur le site internet [www.hogrefe.fr](http://www.hogrefe.fr).
- La deuxième, suite à une recherche sur FACEBOOK de mots clés permettant de retrouver des ergothérapeutes proposant des groupes de métacognition.
- La troisième, par bouche à oreille au sein de mes stages

Cela a permis de recenser une première vague de 15 ergothérapeutes à contacter par mail. Pour quatre d'entre elles les adresses électroniques n'étaient plus valides. Deux n'étaient pas disponibles dans le temps imparti et cinq n'ont pas donné suite. Quatre ergothérapeutes étaient disponibles et prêtes à réaliser un entretien dans le temps imparti il n'a donc pas été nécessaire de contacter de personnes supplémentaires. Cependant, une ergothérapeute s'est désistée au dernier moment.

Les trois participantes sont formées à PIFAM et une est formée au « groupe FLEX ».

### 3. 2.2.3 Choix et élaboration de l'outil d'investigation

La méthode utilisée est l'entretien de recherche au format d'interview afin de recueillir l'expérience des ergothérapeutes sur le terrain. L'entretien permet d'échanger avec la personne sur son expérience pratique et son ressenti sur l'objet de recherche.

L'entretien est semi-directif constitué de questions ouvertes pour une durée totale de 30 à 45 minutes en Visio. Le format en Visio a été choisi car les ergothérapeutes se trouvaient à une distance trop importante.

Pour guider l'entretien, un guide d'entretien semi-directif a été créé en amont (Annexe I). Il a permis d'identifier les thèmes principaux, les questions à poser, et leurs possibles reformulations pour faciliter et guider la conversation.

Les thèmes principaux sont :

1. L'Accompagnement d'enfants en individuel avec un TDA-H entrant au collège
2. Ergothérapie et métacognition

3. Ergothérapie et PIFAM/Groupe Flex

4. Spécificité du rôle de l'ergothérapeute au sein du groupe PIFAM/Groupe Flex

5. PIFAM et Objectifs de l'enfant

Le guide d'entretien contient également une partie sur la posture à adopter pour la chercheuse s'appuyant sur l'héritage de Carl Rogers qui implique le placement de l'interviewée au centre en respectant son rythme, en adoptant une position d'analyse cherchant à aller plus en profondeur et n'hésitant pas à s'écarter du guide au besoin, et enfin en adoptant une neutralité bienveillante pour faciliter la mise en place de la relation de confiance et favoriser un échange riche.

#### 2.2.4 Méthode de traitement et d'analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'une grille d'analyse qui reprend les thèmes du guide d'entretien, en y incluant les indicateurs, variables et déterminants envisagés ( Annexe J). Les trois ergothérapeutes sont nommés respectivement E1, E2 et E3.

#### 2.2.5 Aspects éthiques

Les propos des ergothérapeutes ne sont recueillis qu'à des fins de recherches et l'anonymat est assuré dans les documents. Chaque interviewée a reçu, en amont de l'entretien, un document d'information contenant l'objectif de l'étude, le déroulement de l'entretien, la confidentialité, le droit au retrait et le contact de la chercheuse ( Annexe K). Un formulaire de consentement est recueilli auprès de chaque personne interviewée.

Le consentement oral est également demandé avant le début de l'enregistrement.

# 3. Résultats et Analyse

## 3.1 Résultats

### 3.1.1 Présentation des participantes

La suite de ce mémoire a été réalisée grâce à la participation des ergothérapeutes E1, E2 et E3. Elles travaillent depuis de nombreuses années en libéral (E1 : 13 ans, E2 : 9 ans, E3 : 20 ans) essentiellement en pédiatrie et reçoivent des enfants avec un TDA-H. E1 et E2 sont à temps partiel et E3 à temps complet. Elles se sont formées à PIFAM il y a un certain temps ( E1 et E2 : 2016, E3 : 2013). Pour E1 et E2, les cabinets sont pluridisciplinaires avec la présence d'une orthophoniste. Pour E3 le cabinet regroupe sept ergothérapeutes. De ce fait E1 et E2 animent les groupes avec une orthophoniste tandis que E3 coanime les groupes avec une autre ergothérapeute. E1 et E2 animent uniquement des groupes PIFAM et E3 n'anime plus de groupes PIFAM, mais le groupe Flex. Elles accueillent les enfants au cabinet pour des séances de 40/45 minutes et se déplacent aussi à domicile ou à l'école.

### 3.1.2 Facteurs favorisant et limitant les résultats

Une ergothérapeute s'est désistée au dernier moment suite à un empêchement et il n'a pas été possible de reprogrammer cet entretien. Il s'agissait de l'ergothérapeute travaillant en binôme avec une neuropsychologue. L'absence de cet entretien limite la portée des résultats quant à la pluridisciplinarité.

Pour favoriser des entretiens de qualité malgré la visio, la caméra a été activée à chaque fois et une attention particulière a été portée à la gestuelle de l'interviewer ( hochement de tête, sourire etc.). Les ergothérapeutes se sont livrées avec facilité et spontanéité dans ces entretiens. Toutes ont demandé à utiliser le tutoiement au début de l'entretien.

Un problème technique est survenu pendant un des entretiens obligeant à finir l'entretien par téléphone sans caméra. Toutefois, il ne semble pas que cela ait eu un effet sur la qualité des échanges.

### 3.1.3 L'accompagnement des enfants avec un TDA-H

Les trois ergothérapeutes suivent en individuel des enfants avec un TDA-H de tout âge.

### 3.1.3.1 Une évaluation pour déterminer les objectifs de suivi avec l'enfant

Les parents sont systématiquement à l'initiative de la première consultation : ce sont « **les parents qui amènent l'enfant** » (E1). Cependant, lors de l'évaluation initiale, E1, E2 et E3 valorisent l'importance de l'implication de l'enfant dans le choix des objectifs. Selon les ergothérapeutes interrogées cette implication prend des formes différentes tant au niveau du contenu que de la temporalité.

#### - **Les motifs de visite**

Les motifs de visite portent soit sur l'école, soit sur le quotidien. La majorité des demandes est liée au graphisme, à la mise en place de l'ordinateur, ou la scolarité en général (E1,E2,E3). Une fois ces motifs traduits en objectifs, l'intervention démarre.

#### - **Impliquer les enfants en allant « chercher ce qui les embête » E1**

E1 et E3 soulignent que « si ça ne vient pas de l'enfant alors il n'y a pas d'intérêt à faire une intervention ». Les objectifs s'établissent donc avec l'enfant. Pour faciliter cet entretien, E1 utilise la MCRO et E3 une version de l'entretien éducatif partagé (ETP) après avoir longtemps utilisé le OT'HOPE et d'autres outils maisons. Grâce à ces outils, l'ergothérapeute « **travaille avec l'enfant** » (E1) pour « **chercher ce qui les embête à l'école ou à la maison** » (E1) (Voir Annexe L, citation 1).

#### - **Faire participer les enfants en recueillant leur avis**

E2 implique plutôt l'enfant de manière consultative en demandant son avis à l'enfant « **je pose toujours la question à l'enfant s'il est partant, si il n'est pas partant, je me lance pas là-dessus** ».

#### - **Les objectifs qui en émergent**

Les objectifs d'accompagnement des 3 ergothérapeutes sont centrés sur le pratico-pratique : gestion de l'agenda, gestion du temps, préparation du cartable, apprendre à l'enfant à se comprendre, organisation du bureau, utilisation de l'ordinateur ... (E1, E2, E3). Pour E3 les objectifs devraient être « **SMART** » (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel).

#### - **Les limites de cette méthode**

E2 et E3 mentionnent que parfois les parents sont obligés de choisir pour les enfants car ces derniers rencontrent de grosses difficultés à donner leur avis, que ce soit à cause de « **capacités**

**cognitives** » (E2) insuffisantes, parce que « **incapable de prendre une décision** », ou par absence de motivation.

#### - **L'absence de motivation, un motif de non-intervention ?**

La motivation des enfants à participer à la thérapie est centrale pour E1, E2 et E3. Si bien que lorsque l'enfant n'a aucune envie d'être présent à la thérapie il est déjà arrivé pour E1 de ne pas intervenir : « **si ça ne vient pas de l'enfant alors il n'y a pas d'intérêt à faire une intervention** ». E3 nuance cependant que ce sont des adolescents. C'est pourquoi elle ne prend pas en compte certains comportements pour décider de la poursuite de l'accompagnement ( s'enferme dans la voiture, geste violent envers les parents).

#### **3.1.3.2 Intervention en individuel : Entre exigences de l'école et objectifs de l'enfant**

Lorsque l'intervention est indiquée, E1 insiste sur la variabilité des accompagnements « **chaque enfant est différent, chaque intervention est différente** ». Cependant on observe des éléments similaires.

#### - « **Les enfants, ils savent pas ce qu'ils ont** » E1

Les trois participantes constatent que « **souvent les enfants ils savent pas ce qu'ils ont, ils arrivent à me dire qu'ils ont du mal à se concentrer mais ça s'arrête là** » E1, « **on leur a rien dit** » « **ils savaient pas qu'ils avaient un TDA-H** » E3. C'est pourquoi elles utilisent la métacognition dans l'accompagnement en individuel.

#### - **Utilisation de la métacognition en individuel**

Toutes les trois partagent une définition similaire de la métacognition avec : « **deux versants, un côté connaissance de soi et un côté capacité à agir en fonction de ses connaissances** » E1.

Dans un premier temps, E1 et E3 consacrent un temps à la compréhension des troubles liés au TDA-H et à la compréhension du fonctionnement cognitif des enfants. Pour cela, E1 utilise plutôt des « **capsules** » vidéo sur internet de vulgarisation du TDA-H.

E1 et E2 utilisent également les personnages métaphoriques. Cette première partie se déroule plutôt au cabinet.

Dans un second temps, les ergothérapeutes travaillent la mise en place de stratégies :

- en cabinet, à travers des jeux avec l'apprentissage de « **techniques d'autorégulation [...] être un peu plus canalisé lors des séances** » et l'utilisation d'aides techniques (coussin, ballon, ... ) E2.
- Dans des situations plus écologiques : « **C'est après ça qu'on peut travailler sur les problèmes avec la métacognition. Je vais à la maison. Je travaille sur les problèmes identifiés par l'enfant à la maison, à l'école. Et là par exemple j'ai un enfant qui arrivait pas à s'organiser avec un trieur. Il avait plein de feuilles volantes tout le temps donc on essaye autre chose. On marche par essai erreur.** » E1.

E1, E2 et E3 utilisent des méthodes par essai-erreur pour amener l'enfant à réfléchir par lui-même, qu'il « trouve des stratégies » E1, E2, E3 (Annexe L, citation 2). Toutes sont formées à la méthode CO-OP but-plan-fait-vérifie ( Annexe F).

#### - **La part d'utilisation de la métacognition dans l'accompagnement en individuel**

E1 semble utiliser plus systématiquement la métacognition que E2 qui l'utilise plus comme un outil parmi tant d'autres. Certains facteurs personnels favorisent l'utilisation de la métacognition comme l'âge (Annexe L, citation 3).

- **L'interaction avec l'environnement:** voir 3.5 l'environnement

#### **3.1.3.3 Réflexion sous-jacente**

Les trois participantes adoptent une approche « **compensatoire** » de « **remédiation** » ou de « **contournement** » qui vise à apprendre à l'enfant « **comment [s']adapter** ». E1 souligne le changement dans la nature de son accompagnement qui au début de sa carrière visait plutôt à « **tout soigner** ».

Elles s'appuient sur la recherche en neurosciences pour justifier leur intervention, notamment le fonctionnement atypique du circuit de la récompense (E1) en lien avec le principe de l'aversion au délai (E3). Toutes mentionnent les difficultés liées au transfert des apprentissages hors contexte (Annexe L, citation 4).

Elles ne citent pas de modèles conceptuels précis mais organisent toutes leur réflexion avec le triptyque personne – occupation/activité – environnement : E1 : « **être ergo, il faut prendre en compte la personne, l'environnement et l'occupation** » ; E2 : « **c'est toujours aussi voilà la personne, l'environnement, l'occupation** » ; E3 : « **je suis clairement dans une approche**

**complètement top down qui est centrée sur la personne et son environnement** ». Sans citer de modèle particulier, elles organisent leurs réflexions selon une approche holistique.

#### **3.1.3.4 Un accompagnement en évolution**

E1, E2 et E3 expriment un changement important dans leur manière d'accompagner les enfants avec un TDA-H depuis le début de leurs carrières. Tout d'abord E2 insiste sur la flambée des accompagnements, suite à un diagnostic de TDA-H, ces dernières années. Elle indique que les motifs de visite auparavant étaient plus centrés sur les troubles dys et questionne le lien avec le temps passé sur les écrans. Ensuite E1, E2 et E3 mentionnent avoir adapté, au fil des ans leurs outils pour mieux correspondre aux besoins via la formation (CO-OP), l'achat (OT'HOPE) et la fabrication d'outils maison (E3). Toutes se questionnent sur la place des parents dans l'accompagnement. Enfin, dans un souci de varier les supports (E2), elles ont toutes suivi la formation PIFAM dans les années 2010.

#### **3.1.4 L'analyse des groupes de remédiation métacognitive**

Depuis leurs formations, elles ont chacune mené une dizaine de groupes avec des enfants, entre 10 et 14 ans pour PIFAM et jusqu'au lycée pour le Groupe Flex.

##### **3.1.4.1 Aspects pratiques**

Les participantes organisent en moyenne deux groupes par an. Au sein du cabinet de E3 les ergothérapeutes - plus nombreuses - proposent parfois 2 groupes en même temps. Elles se limitent à deux groupes car l'organisation est lourde: (1) la disponibilité des enfants est limitée entre les horaires de cours, les vacances et les activités extra-scolaires ; (2) bloquer un soir par semaine sur 12 semaines est complexe pour les professionnelles de santé (vie personnelle) ; (3) Il peut également y avoir des contraintes de réservation de salle.

Le groupe PIFAM est adapté pour 4 à 6 enfants. E1 et E2 privilégient des groupes de 4 pour pouvoir répondre aux « **besoins spécifiques** » et « **maintenir le cadre** » (E1). E2 organise parfois des groupes de 5, cependant le dernier qu'elle a organisé semble l'avoir convaincue de rester à 4 : « **il y en avait 5 on s'est dit plus jamais** ». E2 et E3 s'attachent également à homogénéiser les groupes en fonction de l'âge « **On essaie de faire un groupe à peu près fin primaire début collège et après plutôt fin de collège** » (E2).

##### **3.1.4.2 Les moyens utilisés pour investir l'enfant dans le groupe**

Les moyens utilisés pour investir l'enfant dans le groupe sont dépendants de la manière dont l'enfant a été inscrit au groupe.

Pour E1 et E2, le groupe PIFAM est recommandé aux enfants qui ont déjà un suivi avec l'ergothérapeute ou la binôme ( orthophoniste). E1 en parle aux enfants et aux parents, E2 demande son avis aux enfants en amont de la tenue du groupe. Pour E3, les parents viennent inscrire leurs enfants directement au groupe Flex car ils en ont entendu parler, et ils ne sont pas systématiquement suivis en ergothérapie par ailleurs (Annexe L, citation 5). Pour E1, la motivation de l'enfant doit être présente avant la participation au groupe, alors que pour E3, la motivation doit être construite pendant le premier atelier.

#### - Adapter son discours pour motiver l'enfant

En amont : E1 mentionne l'importance d'adapter son discours et de trouver des leviers de motivations spécifiques à chaque enfant (Annexe L, citation 6).

Lors du premier atelier : « **C'est en pleine crise d'Ado, tu vois avec des fois de la difficulté de gestion des émotions, un peu de de violences envers les parents et puis aussi beaucoup de défiance [...] l'adolescence, c'est ça aussi qui joue vachement. C'est à dire que si tu veux pouvoir les mobiliser, les engager, il faut qu'à un moment donné tu viennes les chercher sur les trucs qui sont importants pour eux. »**

#### - Adapter le contenu pour le rendre plus convivial – E3

E3 organise un premier atelier convivial pour créer du lien car les enfants ne sont pas venus « **de gaieté de cœur** ».

#### - Donner du sens à sa participation E1, E2, E3

Lors du premier atelier : Les enfants suivis dans le groupe Flex n'étant pas systématiquement suivis en séance individuelle, c'est lors du premier atelier que le groupe est présenté et que les objectifs sont définis. « **On a l'intitulé des 12 ateliers et pour chaque on leur demande, est-ce tu te sens à l'aise sur cette compétence, [...] tu te sens comment un 2 un 3 ça va de 1 à 5** » . « **Pour favoriser l'engagement de l'enfant je pense qu'il faut pas en dire trop, il faut que ce soit lui qui soit à l'origine de ses objectifs parce que souvent, on a tendance à être trop ambitieux. [...] faut vraiment prendre le jeune là où il en est. Et partir de ces représentations** » Cela permet de favoriser « **l'engagement de l'enfant** ».

Au groupe PIFAM : le test pour savoir dans quels métiers les enfants sont le plus forts et le plus faible sont très appréciés (E1).

Pendant les ateliers : Pour les groupes PIFAM les liens avec les objectifs de l'enfant se font plutôt en fin de séance, quand l'enfant, suivant l'atelier du jour, choisit la mission et le défi à faire à la maison. C'est seulement à ce moment que l'ergothérapeute peut faire le lien avec son objectif (Annexe L, citation 7).

Durant les groupes Flex, les mises en situation « **pratico-pratique** » avec essai d'aide technique permettent de faire le lien pendant les ateliers avec les objectifs de l'enfant.

#### - **L'utilisation de récompenses – E1, E2, E3**

E1 et E2 utilisent des termes très positifs « **cool** » « **hyper-encourageant** » pour parler des Réfecto-dollars qui sont des « **renforceurs** » efficaces. Dans le groupe Flex, ce système a été abandonné bien qu'il y ait toujours un cadeau à la fin du programme. E3 mentionne toutefois que c'était un système qui « **marchait super bien** » mais qu'il était difficile de « **tout gérer en même temps** » au sein du groupe.

#### **3.1.4.3 Les bénéfices du format en groupe**

Le format groupe est bénéfique pour les enfants en comparaison au format individuel car il permet un « **effet miroir** » : se comparer les uns autres aux autres et ainsi de prendre conscience de soi, se sentir moins seul avec ses difficultés, ce qui a un impact positif sur l'estime de soi : « **j'ai été meilleure que lui [...] c'est valorisant** » E2.

Le format de groupe est également plus motivant et plus stimulant pour les enfants, plus propice à l'esprit de compétition (Annexe L, Citation 8). Lorsque les stratégies fonctionnent « **ils intègrent un peu mieux la stratégie qu'ils ont mis en place parce qu'ils savent qu'elle était efficace** ».

Le groupe permet également de créer une « **émulation** » et de favoriser l'entraide, le « **partage d'astuce** » ( qui est récompensé par des réfecto-dollars dans PIFAM). Cela peut amener des situations uniques : « **On a eu des enfants qui subissaient du harcèlement et du coup il y a les autres enfants qui leur donnaient des stratégies** » E2.

E3 mentionne que ce format entraîne les habiletés sociales : « comment s'adapter » « prendre ma place au sein d'un groupe » ou encore « laisser les autres parler ».

#### **3.1.4.4 Le développement de la compréhension de son fonctionnement cognitif, comparaison entre les groupes**

Dans PIFAM, les enfants sont amenés à réfléchir sur leurs propre fonctionnement cognitif en utilisant les personnages métaphoriques (E1, E2). Dans le Groupe Flex, les enfants apprennent ce que c'est le TDA-H et comment il se manifeste pour eux dans une approche présente des similitudes avec l'Education Thérapeutique du Patient (E3). Les personnages métaphoriques sont remplacés par un schéma maison qui se divise en deux parties l'autogo et le cogito. « **On axe le métacognitif sur [...] le contrôle inhibiteur parce que une fois que je suis capable de contrôler mon impulsivité, ou contrôler, inhiber, mes automatismes, je vais être capable de mettre en place des procédures** » (E3).

#### **3.1.4.5 Le développement de nouvelles stratégies dans le Groupe FLEX**

Dans les groupes, le développement de nouvelles stratégies se fait à travers des activités et des jeux. Les intervenantes viennent mettre « du sens sur les exercices cognitifs » en faisant le parallèle avec l'école et la vie quotidienne. Le but pour les enfants est de : « **prendre conscience au travers de jeux et d'activités, des mécanismes sous-jacents pour que dans une autre situation, les enfants soient capables de se dire bah c'est, c'est ça que je dois venir solliciter** ». Dans le groupe FLEX, les défis et missions sont abandonnées. Une partie de l'atelier est dédiée à la mise en pratique. Par exemple, lors de l'atelier sur la gestion du temps, les enfants doivent réaliser une todolist à partir de leurs devoirs et évaluer le temps que chaque tâche leur prendra. L'atelier est le moment d'expérimenter différentes aides techniques et trouver la stratégie qui leur convient le mieux. ( Annexe L, Citation 9).

#### **3.1.4.6 Les compétences spécifiques apportées par l'ergothérapeute**

Les participantes soulignent que l'ergothérapeute est la spécialiste de l'activité.

Elle a une vision plus globale et fait le lien avec les activités, l'école, les apprentissages scolaires et le domicile ( E1 , E2, E3).

L'ergothérapeute est spécialiste de l'adaptation, « **du contournement** ». Par exemple, E1 et E2 ont déjà adapté tout le classeur PIFAM pour le rendre accessible aux enfants utilisant l'ordinateur. Les ergothérapeutes ont ainsi évité de mettre ces enfants en situation d'échec face au classeur tout en leur permettant de participer pleinement aux activités.

Le rôle de l'ergothérapeute dans le groupe Flex est également de faire tester un certain nombre de méthodes et aides techniques aux enfants. ( E3).

#### **3.1.4.7 L'implication des parents aux groupes**

L'implication des parents dans ces groupes est cadrée et limitée. Les parents sont invités à une présentation du PIFAM en amont, puis lors du dernier atelier pour faire une réunion-bilan. Entre ces deux moments les participantes expliquent qu'il est difficile de faire le lien avec les parents. E2 explique même aux parents qu'il n'est pas possible de « **prendre le temps avec tous les parents de débriefer sur la séance** » à la fin de chaque atelier pour des questions de logistique et de temps.

Les parents sont impliqués au début lorsque l'enfant a du mal à exprimer ses objectifs, et dans la semaine pour s'assurer que l'enfant a réalisé défi et mission. Une des raisons de la mise en place de moments d'expérimentation « **pratico-pratique** » dans le groupe Flex répond au besoin de pallier le fait que les enfants ne faisaient pas souvent les missions et défis dans PIFAM. En permettant de tester les outils pendant les séances il est alors possible de contourner le besoin de compter sur les parents pour que les enfants fassent leurs défis et missions (E3).

### **3.1.5 La continuité après les groupes**

#### **3.1.5.1 Effet du groupe**

Les avis des participantes sur l'effet du groupe sont différents.

Pour E1, « **PIFAM seul c'est pas efficace. Pour moi c'est un boost pour l'apprentissage après en individuel** ». D'ailleurs E1 et E2 réutilisent beaucoup les personnages métaphoriques en séance.

Pour E2, l'effet dépend en grande partie de l'environnement. Pour que ça perdure dans le temps les parents et l'école doivent prendre part et « **c'est rare** ». Même si les retours sont rares, les parents des enfants suivis par E2 et E3 sont positifs (meilleure concentration, prise de parole plus adaptée).

#### **3.1.5.2 La continuité à la maison**

E2 encourage les parents pendant le dernier atelier à réutiliser le classeur PIFAM et s'emparer des personnages métaphoriques avec leur enfant : « **On leur dit, quand il fait ses devoirs pensez à inclure les personnages afin d'essayer de reprendre avec lui. Pense à ton détective, voilà**

**pense à l'architecte. Pour te faire un plan. Donc on essaie quand même de les inclure à ça dans le quotidien ».**

E3 insiste également sur le fait que ce sont encore des enfants, et qu'ils ont besoin du soutien des parents pour mettre en place les conseils sur l'organisation de l'environnement.

E1, E2 et E3 ont toutes trouvé un intérêt dans le système de récompense, mais ne pensent pas qu'il soit réutilisé ensuite à la maison. E1 émet l'hypothèse que ce genre de système est plutôt utilisé chez les plus petits que chez les enfants entrant au collège.

### **3.1.5.3 La continuité à l'école**

Bien que ce soit rare, il est arrivé pour E2 de pouvoir mettre en place un suivi sur PIFAM avec l'AVS. Elle mentionne cependant plusieurs obstacles : l'environnement physique, social, la lourdeur organisationnelle ... qui font qu'elle n'est « **pas sûre que ça perdure dans le temps.** ».

## **3.1.6 Les limites et axes d'amélioration selon les participantes**

### **3.1.6.1 1 Les limites d'un « programme » fermé**

Le principe d'un programme force les enfants à suivre tous les ateliers quelle que soit leur problématique personnelle. E3 mentionne cette rigidité, en opposition à un programme d'ETP où l'enfant peut choisir les ateliers auxquels il souhaite participer. Pour E3, cela constitue un obstacle à l'engagement de l'enfant. D'autre part, une fois le programme fini, le transfert des apprentissages n'est pas assuré. Les outils comme les Réfecto-dollars et les personnages métaphoriques ne sont pas toujours réutilisés par les parents : « **lui, à la fin du groupe il a refermé le classeur et c'était fini quoi. C'est dommage parce que s'il avait eu un petit peu plus d'appui chez lui il aurait pu être hyper efficace je pense** ».

E1 questionne également l'effet sur les habiletés sociales au sein d'un groupe fermé. Si elle remarque une amélioration, elle doute du transfert des compétences à l'école.

### **3.1.6.2 Un programme pas adapté à tous les enfants**

Pour E1 et E2, PIFAM n'est pas adapté à tous les enfants. Les profils d'enfants discrets ont tendance à ne pas profiter du groupe. Les enfants avec de grandes difficultés de lecture sont facilement mis en échec sans aménagement, et on leur demande de prendre beaucoup de décisions ce qui peut être difficile pour certains enfants de cet âge.

Les trois ergothérapeutes rapportent une certaine difficulté à faire le lien avec les objectifs au cours des ateliers. Lien qui ne se fait « **pas à chaque à fois** » E1, et plutôt en pointillé E2. D'autre part, E3 mentionne que les missions et défis ne vont pas assez loin dans la pratique et ne permettent pas de transférer l'apprentissage vers les objectifs des enfants.

### **3.1.6.3 Les limites des missions et défis**

E3 questionne la pertinence des missions et défis entre les ateliers : « **parce que la problématique du TDA-H elle fait que s'activer pour eux, ça va être plus difficile. Donc tu vois, si on attend tout le temps après leur initiative pour qu'ils mettent en pratique les outils qu'on leur suggère d'utiliser d'une fois sur l'autre. Enfin bref** ».

Ces missions et défis sont clés pour le transfert des apprentissages à la maison. E3 devait parfois prendre la casquette de « maîtresse » pour qu'ils soient réalisés. Cette difficulté est contournée dans le Groupe Flex en ne donnant plus de missions et défis. A la place, le groupe Flex propose de pratiquer pendant les ateliers.

### **3.1.6.4 Le potentiel d'un partenariat avec les parents**

Pendant les entretiens, les ergothérapeutes se sont toutes questionnées sur la place prise par les parents pendant les groupes et plus largement pendant l'accompagnement. Certains parents n'arrivent pas à mettre en place les propositions des ergothérapeutes, et les acquis lors du groupe ne perdurent pas (notamment les personnages métaphoriques).

Pour contourner cette difficulté au sein du groupe Flex, E3 offre à tous les enfants les outils d'organisation essayés pendant les ateliers (todolist plastifiée par exemple).

E3 questionne également la place donnée aux parents pendant le groupe. Elle envisage de consacrer l'atelier 6 aux parents pour en faire des « partenaires de l'accompagnement » en s'inspirant de l'ETP.

### **3.1.6.5 L'intérêt de développer la coanimation**

La coanimation avec une orthophoniste apporte sa spécificité notamment sur l'expression écrite, orale et la fluence. E1 et E3 mentionnent l'intérêt qu'il pourrait y avoir à animer ce groupe avec une neuropsychologue. Une neuropsychologue pourrait apporter son expertise sur les habiletés sociales (E1) et sur la métacognition. Des neuropsychologues ont d'ailleurs exprimé un intérêt à venir suivre la formation Groupe Flex (E3).

Toutefois, les contraintes organisationnelles ont pour l'instant empêché cette coanimation.

## 3.2 Discussion : Confrontation des résultats avec la revue de littérature

### 3.2.1 Le groupe thérapeutique pour favoriser la connaissance de soi

#### 3.2.1.1 L'intérêt du format de groupe

Pour les enfants : Les ergothérapeutes mentionnent de nombreux effets bénéfiques du format de groupe, notamment sur l'entraide ( E2), le soutien et l'émulation (E3). Ces effets sont également documentés dans la littérature (Doyen et al., 2020). Le format de groupe favorise également la confrontation avec « l'autre » dans un cadre protégé et contrôlé.

Pour les ergothérapeutes : Les ergothérapeutes favorisent l'animation du groupe avec une autre professionnelle de santé ( orthophoniste, neuropsychologue) afin de croiser les regards. C'est en accord avec la HAS qui recommande également de privilégier les suivis pluridisciplinaires (2014).

#### 3.2.1.2 Biais illusoire positif ou méconnaissance du TDA-H ?

La revue de littérature a permis d'identifier le phénomène de biais illusoire positif (Levanon-Erez et al., 2017). Or ce biais de perception n'a pas été mentionné pendant les entretiens. Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants suivis par les ergothérapeutes ne savent pas pour la plupart, qu'ils ont un TDA-H, ni ce que c'est, donc, encore moins le minimiser.

Cette absence de connaissance du TDA-H n'est pas abordée explicitement dans la revue de littérature. Cependant elle indique que le TDA-H est mal compris en raison de :

- La variabilité et la complexité des symptômes
- Le peu d'information du public
- Un manque de formation des professionnelles de santé et du corps enseignant (Défenseur des droits, 2022; HAS, 2014).

Il est possible que cela affecte les enfants dans leur accès à la connaissance de leurs troubles.

#### 3.2.1.3 La compréhension du fonctionnement cognitif

Les personnages métaphoriques se retrouvent dans plusieurs méthodes, notamment Réfecto. Utilisés dans le groupe PIFAM par E1 et E2, ils suscitent l'intérêt des enfants tout en les aidant à comprendre leur fonctionnement cognitif et à identifier leurs forces et faiblesses. Ces

personnages peuvent être réutilisés en suivi individuel (E1). Cependant, les ergothérapeutes constatent que, malgré la présentation faite aux parents et à l'école, ces derniers s'en saisissent rarement.

#### **3.2.1.4 La compréhension du TDA-H**

C'est pourquoi le Groupe Flex a abandonné ces personnages métaphoriques au profit d'un schéma simplifié. Ce schéma permet aux enfants de comprendre le principe d'inhibition puis de se concentrer sur ce qui caractérise le TDA-H. Chaque atelier est consacré à une thématique sur une des aptitudes fonctionnelles altérées. Le rôle de l'ergothérapeute est d'amener l'enfant à faire le lien entre la diversité des symptômes de ce trouble et l'expression de son propre trouble. Cela permet à l'enfant de comprendre les particularités de son propre TDA-H et répond à la problématique soulevée en 2.1.2 à savoir l'ignorance de leurs propres troubles.

### **3.2.2 Le groupe thérapeutique pour trouver de nouvelles stratégies**

#### **3.2.2.1 Les missions et défis**

Dans la littérature, les groupes thérapeutiques sont efficaces pendant la durée du groupe, mais soit leurs effets ne se transposent pas dans la vie quotidienne, soit les effets ont tendance à s'estomper et disparaître en quelques mois (Doyen et al., 2020; Giroux et al., 2010; Verret et al., 2016). La littérature a fait le constat que les thérapies les plus efficaces sont celles qui se rapprochent le plus de l'environnement écologique de l'enfant (Poissant, 2000; Verret et al., 2016).

Les ergothérapeutes s'interrogent sur la pertinence des missions et défis qui, en contradiction avec le symptôme de grande variabilité du TDA-H (Vieyra, 2014), demandent à l'enfant un gros effort d'initiation. Pour parer cela, PIFAM propose de s'appuyer sur les parents mais ce n'est pas toujours possible (E1, E2, E3). A cause de ces barrières, les défis et missions ne sont pas toujours réalisés et les ergothérapeutes doivent parfois assumer le rôle de « la maîtresse », ce qui peut nuire à la relation thérapeutique. En pratique, l'objectif de transfert des apprentissages à travers les missions et défis n'est pas souvent atteint.

#### **3.2.2.2 Une autre solution : pratiquer pendant les séances**

E3 cherche donc des leviers actionnables par l'enfant pour favoriser le transfert des apprentissages autrement. Avec le groupe Flex, plutôt que de compter sur des leviers de

l'environnement, E3 joue sur la pertinence de l'activité pour qu'elle se rapproche au plus près de l'activité réelle de l'enfant. Ainsi, dans le Groupe Flex, c'est pendant les ateliers que les enfants découvrent et essaient de nouvelles stratégies. Par exemple, en essayant d'élaborer une todolist pour leur devoirs. L'activité n'est pas simulée : elle est réelle.

### **3.2.3 Les leviers limités de l'environnement**

#### **3.2.3.1 La place de l'école dans l'accompagnement**

Les données entre les entretiens et la littérature concordent sur la place de l'école dans l'accompagnement (Défenseur des droits, 2022). Il est « rare » de pouvoir compter sur l'école pour faciliter l'utilisation d'outils mis en place en thérapie. Pourtant les effets positifs sont documentés (Chronis et al., 2006).

#### **3.2.3.2 La place des parents dans l'accompagnement**

La littérature sur les enfants TDA-H au début de l'adolescence souligne que c'est une période où l'enfant, d'un côté, ressent le besoin de se distinguer de ses parents, et de l'autre, n'a pas encore la maturité suffisante pour faire ses choix seul (Chronis et al., 2006). Le rôle des parents est donc encore très important. Cela se reflète dans la formulation des objectifs de E1, E2 et E3, pour qui parents et enfants ont leur mot à dire, et pour qui se sont les parents qui tranchent au besoin.

Pour autant, leur place dans le groupe PIFAM et Flex est ambiguë :

- Ce sont eux qui inscrivent leur enfant
- Ils sont inclus au début et à la fin du processus, lors d'une réunion avec les ergothérapeutes
- Ils sont sollicités pour les missions et défis entre les ateliers
- Ils n'échangent que de façon informelle et ponctuelle avec les thérapeutes pendant les douze semaines du programme

Les ergothérapeutes font plusieurs observations par rapport aux parents :

- L'implication des parents peut être limitée par manque de temps, de connaissance, problèmes financiers, d'organisation E1, E2

- La place accordée aux parents pendant les groupes mériterait d'être repensée pour qu'ils leur soient plus facile de s'impliquer
- Les parents jouent un rôle central dans la consolidation des acquis du groupe

Les ergothérapeutes sont conscientes de ces contradictions. E3 cherche des solutions, à la fois pour minimiser l'implication des parents, en fournissant aux enfants, pour que les parents n'aient pas à les acheter, les outils essayés pendant les ateliers; et, à contrario, elle s'engage dans une réflexion plus globale concernant la place des parent et sur comment favoriser leur engagement en s'appuyant sur la notion de "partenaire de l'accompagnement". Par exemple, un des ateliers pourrait être dédié aux parents. L'importance du partenariat avec les parents se retrouve dans plusieurs écrits, dont Chronis qui montre les effets positifs sur les enfants quand les parents sont coachés (Chronis et al., 2006). Cependant, cela demande aux parents de repenser leur rôle et donc leur place au sein de la famille : « En renégociant des pratiques [éducatives] devenues enjeu thérapeutique, les familles sont amenées en même temps à renégocier leur réputation et leur identité sociale et, ce faisant, leur place dans leur réseau de sociabilité. » (Béliard et al., 2019).

### 3.3 Intérêts, pertinence et limites de l'étude

Cette étude, par le biais d'entretiens avec des ergothérapeutes en libéral qui animent des groupes de remédiation métacognitive auprès d'enfants avec un TDA-H, a permis de présenter les pratiques du terrain, peu documentées dans la littérature scientifique. L'analyse de ces entretiens a permis de mettre en évidence la complexité de l'accompagnement d'enfants avec un TDA-H, ainsi que les leviers et obstacles à prendre en compte pour que la tenue du groupe favorise l'atteinte des objectifs de l'enfant.

En posant les questions suivantes : Comment l'ergothérapeute met en place ces groupes ? Comment utilise-t-elle le contenu du programme pour favoriser le transfert des apprentissages ? Comment se place-t-elle par rapport à l'environnement social et physique de l'enfant ? Comment fait-elle le lien entre les objectifs de l'enfant et le groupe ? Cette étude contribue à montrer l'intérêt de l'ergothérapie auprès de ce public. Cette étude présente dans quelle mesure l'ergothérapeute, en prenant en compte l'environnement, les caractéristiques de l'enfant et en favorisant la mise en place d'activités écologiques favorise à travers la mise

en place de ces groupes l'atteinte des objectifs. Cette étude soulève également les limites de l'intervention au regard du système scolaire français.

Enfin, cette étude révèle aussi que les ergothérapeutes sur le terrain, faisant le constat d'une efficacité insuffisante avec le groupe PIFAM, le remanie ou travaillent pour en créer un plus pertinent, et continuent à se questionner pour l'améliorer.

Cette étude a une faible portée en raison du peu de personnes interrogées et du manque de diversité des profils car il s'agit d'une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Il aurait été intéressant de questionner d'autres professionnelles de santé : neuropsychologues, orthophonistes ... D'autre part, la complexité du TDA-H et sa complexité à l'expliquer a pris une place importante dans la partie théorique. La partie sur la métacognition et les groupes s'en est trouvée raccourcie. De plus, la nature du travail réalisé n'a pas permis d'interroger les parents ou les enfants sur ces programmes. La revue de littérature n'a pas abordé les ETP sur les enfants avec un TDA-H. Or il aurait été intéressant d'examiner leur contenu.

### 3.4 Enjeux et perspectives pour la poursuite de l'étude

Cette étude met en lumière les obstacles rencontrés concernant le transfert des apprentissages et la réalisation des objectifs de l'enfant. Cette étude montre également qu'un des leviers de l'environnement semble sous-utilisé : les parents.

Il serait pertinent de poursuivre cette recherche en effectuant une étude qualitative impliquant des parents d'enfants avec un TDA-H et des ergothérapeutes en libéral animant des groupes de remédiation métacognitive, afin de questionner la nature de leur partenariat. Il pourrait également être intéressant de comparer cela avec les parents d'enfants avec un TDA-H ayant suivi un ETP sur ce trouble. La question de cette étude serait : **comment l'ergothérapeute en libéral et les parents d'enfants avec un TDA-H travaillent ensemble pour favoriser le transfert des apprentissages de la salle d'ergothérapie à l'école ?**

# Conclusion

L'utilisation du MDH-PPH2 en ergothérapie permet de centrer l'intervention sur l'interaction entre l'enfant, son environnement et l'activité qu'il souhaite réaliser. Pour Au moment où l'enfant avec un TDA-H entre au collège, il traverse une période transition physique mais aussi sociale et identitaire. Les facteurs environnementaux changent et les leviers et les obstacles à la réalisation de l'activité aussi. Le principal motif de consultation en ergothérapie avec les enfants avec un TDA-H est lié à l'école. Plusieurs outils de remédiation cognitives et métacognitives existent. La revue de littérature a permis de faire valoir que les limites de ces méthodes étaient leur faible efficacité en dehors de la thérapie, et un transfert des apprentissages limité. Parmi les outils dont dispose l'ergothérapeute pour assurer l'accompagnement, un connaît une popularité grandissante : le groupe de remédiation métacognitive. En donnant les clés aux enfants pour comprendre leur fonctionnement cognitif et en leur permettant d'explorer des stratégies pour mieux contrôler leurs troubles, les groupes métacognitifs ont pour objectif de réduire la situation de handicap à l'école. La revue de littérature laisse apparaître un manque d'études sur cette modalité d'accompagnement. C'est pourquoi cette étude s'est tournée vers des ergothérapeutes pour recueillir leur expérience sur le terrain. Trois entretiens avec des ergothérapeutes en libéral, proposant des groupes de remédiation cognitive depuis plusieurs années, ont permis de faire ressortir que le format de groupe favorise l'émulation et l'entraide entre les enfants et constitue un « boost » à l'accompagnement. Bien que les outils proposés pour comprendre la métacognition et l'appliquer sont globalement bien utilisés pendant les ateliers, la part de mise en pratique en dehors des groupes est jugée insuffisante. Cette étude a permis d'identifier plusieurs obstacles importants au transfert des apprentissages : d'une part au niveau macro-environnemental : l'école, grande absente du parcours de soin, et d'autre part au niveau micro-environnemental : la place donnée aux parents. Une étude sur les techniques utilisées par les ergothérapeutes pour que la place donnée aux parents favorise l'accompagnement est recommandée dans la continuité de ce mémoire.

# Bibliographie

- ANFE. (2023). *OT'hope*. anfe. <https://anfe.fr/product/othope/>
- Bayrou-Lefèvre, D. (2011). *Retard diagnostique du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité en France : Réalité et enjeux* [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux-II.
- Béliard, A., Eideliman, J.-S., Fansten, M., Mougel, S., Planche, M., & Vaumoron, S. (2019). Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H. *Sciences sociales et santé*, 37(1), 5-29. <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0130>
- Caci, H. (2014). 7. Épidémiologie. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 44-49). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0044>
- Caci, H., & Paillé, S. (2014). Retentissements au quotidien du trouble déficit de l'attention/hyperactivité durant l'enfance et l'adolescence : Données françaises issues de l'enquête européenne LIS. *Archives de Pédiatrie*, 21(12), 1283-1292. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.08.035>
- Cénat, J. M., Kokou-Kpolou, C. K., Blais-Rochette, C., Morse, C., Vandette, M.-P., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Noorishad, P.-G., Labelle, P. R., & Kogan, C. S. (2022). Prevalence of ADHD among Black Youth Compared to White, Latino and Asian Youth : A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051524>
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 486-502. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.002>
- Cornell, H. R., Lin, T. T., & Anderson, J. A. (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD : Implications for school-based occupational

- therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(2), 192-211. <https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432446>
- Cortese, S., Sabé, M., Chen, C., Perroud, N., & Solmi, M. (2022). Half a century of research on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A scientometric study. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 140, 104769. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104769>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Défenseur des droits. (2022). *Rapport : L'accompagnement humain des élèves en situation de handicap*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/aesh-2022-num-access.pdf>
- Doyen, C., Renou, S., Burnouf, I., Baron, T., Amado, I., Launay, C., & Kaye, K. (2020). La remédiation cognitive pour l'inclusion des enfants et des adolescents avec troubles du neurodéveloppement et/ou émotionnels. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(4), 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.03.005>
- Education Endowment Foundation. (2021). *Metacognition and self-regulation*. EEF. <https://educationendowmentfoundation.org.uk/education-evidence/teaching-learning-toolkit/metacognition-and-self-regulation>
- 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>

Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'Université Laval.

Fouquet, C., & Zythat, F. H. (2019). *Métacognition et Fonctions exécutives*.

Frenkel, S. (2014). Composantes métacognitives ; définitions et outils d'évaluation. *Enfance*, 4(4), 427-457. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enfl.144.0427>

Giroux, S., Parent, V., & Guay, M.-C. (2010). La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : Deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(3), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.09.004>

HAS (Éd.). (2014). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite)

Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion : Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.

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>

- Jovanovic, S., & Speranza, M. (2020). *Remédiation métacognitive chez les adolescents avec TDA/H : Étude des bénéfices du Programme d'Intervention sur les Fonctions Attentionnelles et Métacognitives (PIFAM)*.
- Kajka, N., & Kulik, A. (2021). The Influence of Metacognitive Strategies on the Improvement of Reaction Inhibition Processes in Children with ADHD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), Article 3.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18030878>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjemis Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Lanaris, C., & Massé, L. (2008). Le rôle des perceptions des adultes dans l'intervention auprès des élèves présentant un TDAH. *La foucade*, 9, 4-5.
- Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. V. (2011). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. <https://doi.org/10.1177/1087054710372491>
- Lefebvre, C. (2018). Axe 3, Chapitre 2 : Spécificités et transversalité, la cognition chez l'enfant : À la frontière des discipline... Quels champs et lieux d'intervention pour quelles prises en charge? In C. Seguin, *Rééducation cognitive chez l'enfant : Apport des neurosciences, méthodologie et pratiques* (p. 269-328). De Boeck Supérieur.

- Levanon-Erez, N., Cohen, M., Traub Bar-Ilan, R., & Maeir, A. (2017). Occupational identity of adolescents with ADHD : A mixed methods study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 32-40. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1217927>
- Levanon-Erez, N., Kampf-Sherf, O., & Maeir, A. (2019). Occupational therapy metacognitive intervention for adolescents with ADHD : Teen Cognitive-Functional (Cog-Fun) feasibility study. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(10), 618-629. <https://doi.org/10.1177/0308022619860978>
- Lussier, F. (2014). 49. Programme d'Intervention sur les Fonctions Attentionnelles et Métacognitives (PIFAM): In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 396-404). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0396>
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 481-489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Ogg, J., Fefer, S., Sundman-Wheat, A., McMahan, M., Stewart, T., Chappel, A., & Bateman, L. (2013). School-Based Assessment of ADHD : Purpose, Alignment With Best Practice Guidelines, and Training. *Journal of Applied School Psychology*, 29(4), 305-327. <https://doi.org/10.1080/15377903.2013.836775>
- Poissant, H. (2000). La métacognition chez les enfants présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. *REVUE CANADIENNE PSYCHOEDUCATION*. [https://www.academia.edu/1604195/La\\_m%C3%A9tacognition\\_chez\\_les\\_enfants\\_presentant\\_des\\_troubles\\_de\\_lattention\\_avec\\_ou\\_sans\\_hyperactivit%C3%A9](https://www.academia.edu/1604195/La_m%C3%A9tacognition_chez_les_enfants_presentant_des_troubles_de_lattention_avec_ou_sans_hyperactivit%C3%A9)

- Proust, J. (2014). Redéfinir l'humain. Pour une convergence des sciences de l'homme. *Le Débat*, 180(3), 56-69. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/deba.180.0056>
- Proust, J. (2018). La métacongnition et l'auto-évaluation. In O. Houdé & G. Borst, *Le cerveau et les apprentissages* (p. 207-230). Nathan.
- Renou, S., & Doyen, C. (2019). Programme de Remédiation cognitive NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation) chez des adolescents présentant un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité et/ou un Trouble du spectre Autistique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.012>
- Rouleau, N., & Poncelet, M. (2020). Le Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. In S. Majerus & L. Reduron (Éds.), *Traité de neuropsychologie de l'enfant* (2e éd, p. 2). De Boeck supérieur.
- Trichanh, M. (2021). *Réhabilitation psychosociale, Modèles et stratégies thérapeutiques en psychiatrie—Formation Ergothérapie*.
- umontreal. (2023). *L'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance)*. umontreal.  
<https://catalogue.ergo.umontreal.ca/Web/MyCatalog/ViewP?pid=r%2BeA9o0hp%2BTWY%2Fr67p6hMA%3D%3D&id=S3cPyMQdHQbt54xSHvQN9Q%3D%3D>
- Verret, C., Massé, L., & Picher, M.-J. (2016). Habiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH : État des connaissances et perspectives d'intervention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 445-454.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.08.004>

Vieyra, M. (2014). 40. Milieu scolaire. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 316-325). Dunod; Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0316>

Wexler, D., Salgado, R., Gornik, A., Peterson, R., & Pritchard, A. (2022). What's race got to do with it? Informant rating discrepancies in neuropsychological evaluations for children with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist*, 36(2), 264-286.  
<https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1944671>

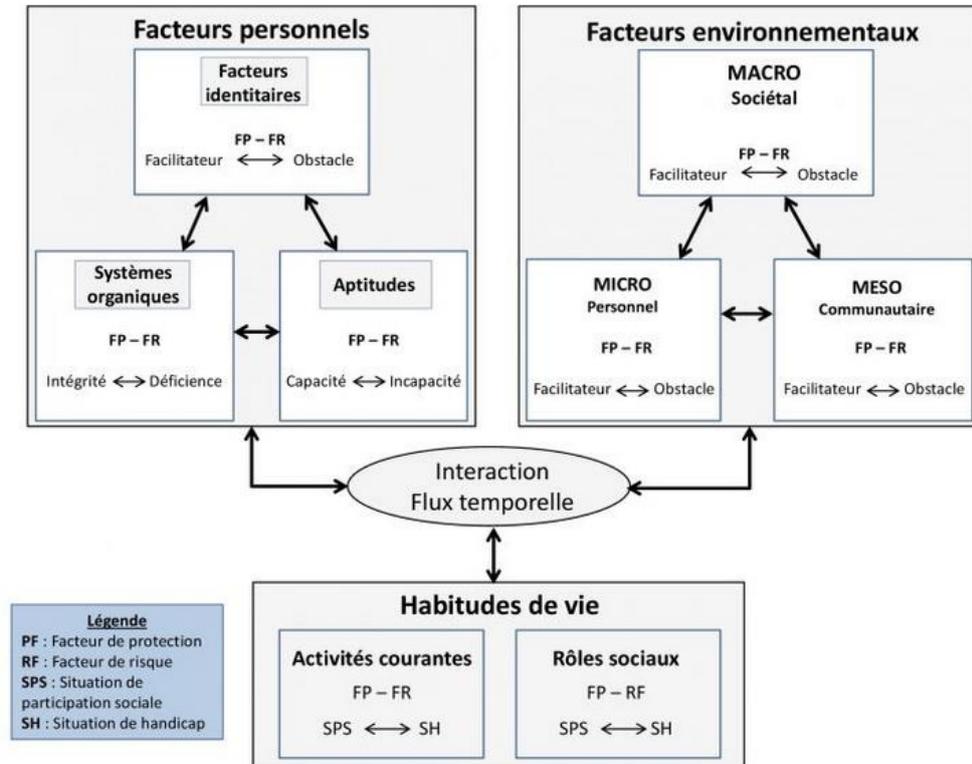
# Annexes

## Table des annexes

Annexe A : Le MDH-PPH2 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap - 2 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe B : Le TDA-H selon le DSM V .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe C : Communiqué de Presse du défenseur des droits, 29 août 2022	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe D : La médiation cognitive – extrait du cours du Dr TRICHANH.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe E: L’OT-HOPE.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe F : L’approche CO-OP .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe G : Groupe Flex .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe H : Mail de prise de contact pour entretiens	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe I : Guide d’entretien et grille d’analyse en amont des entretiens	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe J : Grille d’analyse post entretien vierge	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe K : Formulaire de consentement vierge	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Annexe L : Quelques citations des participantes.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

1. Annexe A : Le MDH-PPH2 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap - 2

MDH-PPH2 (2010)



10

## 2. Annexe B : Le TDA-H selon le DSM V

### **Critères A**

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

#### **A1. Inattention**

Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :  
*Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.*

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ( ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).

i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

## **A2. Hyperactivité et impulsivité**

Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif directe sur les activités sociales et académiques/professionnelles :  
*Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.*

a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.

b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).

c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).

f) Souvent, parle trop.

g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de leur interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).

h) A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue)

i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

## **Critères B**

Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

## **Critères C**

Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

#### **Critères D**

On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie

#### **Critères E**

Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

#### **Formes cliniques**

**Forme Mixte ou combiné** : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

**Forme Inattention prédominante** : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

**Forme hyperactivité/impulsivité prédominante** : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

### 3. Annexe C : Communiqué de Presse du défenseur des droits, 29 août 2022



Paris, le 29 août 2022

## Communiqué de presse

### Rentrée scolaire : la Défenseure des droits alerte sur l'accès à l'éducation des enfants en situation de handicap

A quelques jours de la rentrée scolaire, la Défenseure des droits, Claire Hédon, publie un rapport intitulé « [L'accompagnement humain des élèves en situation de handicap](#) ». Diminution du temps de présence scolaire, défaut d'accompagnement humain en classe, absence d'AESH<sup>1</sup> sur le temps de cantine... : autant de situations que l'institution du Défenseur des droits a eu à traiter à maintes reprises au cours de ces dernières années. Ce rapport contient 10 recommandations à l'attention des pouvoirs publics pour instaurer une école réellement inclusive et sans discrimination.

#### Une école qui se doit d'être davantage inclusive

En 2021, 20% des saisines de l'institution relatives aux droits de l'enfant concernaient des difficultés d'accès à l'éducation d'enfants en situation de handicap. La plupart d'entre elles concernent l'accompagnement de ces élèves en milieu scolaire. La Défenseure des droits déplore ainsi que l'accompagnement humain proposé via les AESH ne soit pas suffisant. Elle constate par ailleurs que les demandes en AESH sont en constante augmentation, et que tous les besoins ne sont pas satisfaits.

Malgré l'impulsion politique visant à rendre l'école inclusive ces dernières années, trop d'enfants en situation de handicap sont accueillis dans des conditions inadaptées. Au lieu de s'adapter à l'enfant, le système scolaire demande à l'enfant de s'adapter. Les besoins de nombreux enfants sont ignorés, notamment sur les temps du périscolaire, dont la cantine. Au-delà de l'augmentation du nombre d'AESH, les pouvoirs publics doivent rendre possible la formation des enseignants pour mieux garantir l'effectivité des droits de l'enfant.

#### Une gestion des besoins d'accompagnement contraire aux intérêts de l'enfant

Les saisines adressées à la Défenseure des droits révèlent des difficultés de recrutement, un budget insuffisant, un manque de formation des enseignants et AESH ainsi qu'une pénurie de candidatures pour faire face à l'augmentation de l'accompagnement humain des enfants. La Défenseure des droits déplore que la gestion des ressources humaines prévale - une nouvelle fois - à l'intérêt supérieur de l'enfant.

<sup>1</sup> Accompagnants des élèves en situation de handicap

A travers ce rapport, la Défenseure des droits dresse une liste de recommandations aux pouvoirs publics avec l'objectif de garantir l'effectivité des droits de l'enfant en situation de handicap. Entre autres, il apparait indispensable de :

- Mieux former l'ensemble des acteurs de l'Education nationale sur l'accueil des enfants en situation de handicap ;
- Garantir des aménagements effectifs de la scolarité, adaptés aux besoins de chaque élève ;
- Mettre en place des outils statistiques permettant d'appréhender finement les modalités et le temps de scolarisation effectif des élèves en situation de handicap, le temps de présence des AESH, les modalités d'accompagnement mises en place, etc. ;
- Mettre en place des temps de formation communs entre les enseignants et les professionnels du secteur médico-social ;
- Impulser un véritable travail de collaboration entre les professionnels de l'école (AESH, enseignant, directeur, ATSEM notamment) ;
- Favoriser l'implication de l'Etat dans le recrutement des accompagnants sur le temps périscolaire, afin de garantir la continuité de l'accompagnement de l'enfant dans sa globalité.

**Claire Hédon** : « Je regrette que l'accueil des enfants en situation de handicap à l'école soit trop souvent bricolé et que les modalités de leur scolarisation soient encore inadaptées. Cela contribue à aggraver des situations et à éloigner encore davantage les enfants de l'école, au lieu de les inclure ».

[Consulter le rapport](#)

**Le Défenseur des droits est une autorité administrative indépendante créée par la loi organique du 29 mars 2011, suite à la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008**

Protecteur des droits et libertés des personnes, il a pour mission de défendre et promouvoir les droits des usagers des services publics, les droits de l'enfant, de lutter contre les discriminations, d'assurer le respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité et de protéger et orienter les lanceurs d'alerte.

Il peut être saisi gratuitement par toute personne résidant en France ou française résidant à l'étranger qui estime que ses droits n'ont pas été respectés. Il peut également se saisir d'office.

Plus de 500 délégués répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain et en outre-mer reçoivent, orientent et aident toute personne à faire valoir ses droits, gratuitement et en toute indépendance.

Victimes ou témoins de discriminations : les juristes du Défenseur des droits écoutent, accompagnent et orientent gratuitement les personnes au 39 28 ou sur [www.antidiscriminations.fr](http://www.antidiscriminations.fr)

Contact presse

—  
Laetitia Got

Chargée de mission presse

[laetitia.got@defenseurdesdroits.fr](mailto:laetitia.got@defenseurdesdroits.fr)

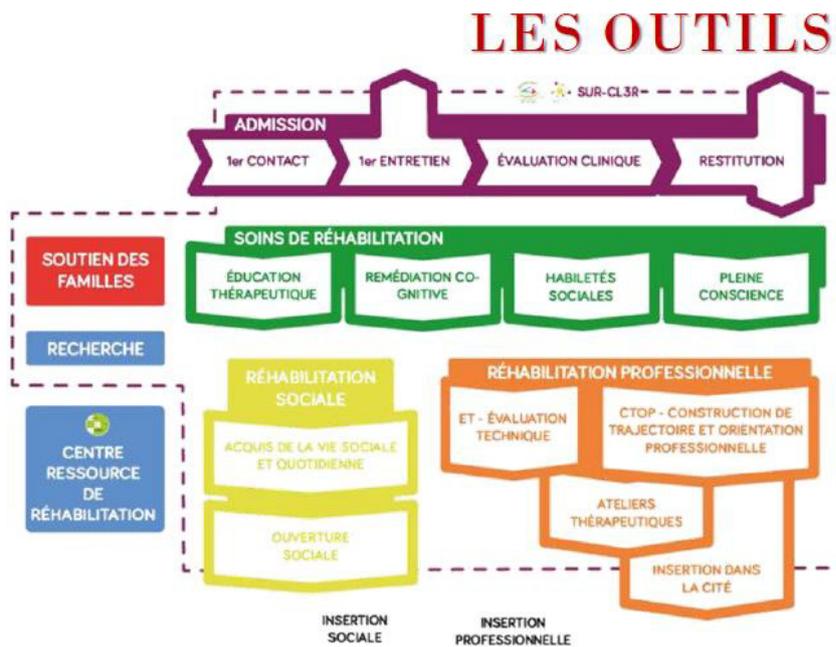
Tél. : 01 53 29 22 79 / Port. : 06 20 50 34 46

**Défenseurdesdroits**  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

| 2

VII

4. Annexe D : La remédiation cognitive – extrait du cours du Dr TRICHANH



La remédiation cognitive a donc pour but de ré entraîner les fonctions cognitives endommagées et/ou de trouver des méthodes pour compenser ces troubles.

La psychoéducation est la formation d'une personne souffrant de troubles psychiques dans les domaines visant le traitement au sens large et la réhabilitation  
*Exemple : Groupe sur les traitements, sur les symptômes ou sur le rétablissement*

Dr TRICHANH – Réhab – novembre 2021



La remédiation cognitive a donc pour but de ré entraîner les fonctions cognitives endommagées et/ou de trouver des méthodes pour compenser ces troubles.

La psychoéducation est la formation d'une personne souffrant de troubles psychiques dans les domaines visant le traitement au sens large et la réhabilitation  
*Exemple : Groupe sur les traitements, sur les symptômes ou sur le rétablissement*

Dr TRICHANH – Réhab – novembre 2021

- 5.
6. Annexe E: L'OT-HOPE

« Outil développé par Alexandra Perrault et Caroline Giroux, ergothérapeutes (2018)

**OT'hope est un outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique pédiatrique, centrée sur la personne et ciblée sur l'occupation.**

Il comprend :

- Kit avec plateau démontable pour faciliter le transport
- Cartes et plateau lavables
- 3 domaines, 13 sous-domaines, 135 items

**Comment l'utiliser ?**

L'enfant :

Classe les cartes items selon ses propres critères :

- Oui, je sais faire
- Oui, je sais faire, avec aide
- Je ne sais pas très bien faire
- Non, je ne sais pas faire

L'ergothérapeute :

- Complète la grille de réponses en fonction du classement fait par l'enfant
- Retire les cartes de la colonne "Je sais faire", en valorisant l'enfant sur ses compétences
- Echange avec l'enfant pour l'aider à identifier les items qu'il aimerait mettre dans la colonne "Oui, je sais faire"

**> L'enfant sélectionne les objectifs qui seront travaillés en ergothérapie.**

Il s'adresse aux enfants de tout âge : les cartes sont sélectionnées en fonction du niveau du jeune et des occupations. » (ANFE, 2023)

Exemple, formulaire de réponse activités scolaires page suivante

Source : ANFE

## Grille de réponses OT'hope

### Activités scolaires

NOM DE L'ENFANT: .....

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:

.....

1. ....

2. ....

NOM DU THERAPEUTE : .....

3. ....

4. ....

DATE : .....

5. ....

Moi, je sais faire...			
 OUI	 OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<b>Dans l'école :</b>					
Débarrasser mon plateau					
Écrire au tableau					
Etre délégué de classe					
Faire du sport					
Jouer à la récréation					
Lire l'heure					
Me changer pour le sport					
Me repérer dans l'école					
M'installer confortablement à mon bureau					
Ranger mon classeur					
Retrouver mes affaires dans mon bureau					
Retrouver mes affaires dans mon casier					
Tenir mon plateau à la cantine					
<b>Avec mon crayon :</b>					
Dessiner sur une feuille					
Écrire au bon endroit sur la feuille					

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
Écrire en suivant les lignes					
Ecrire lisiblement pour les autres					
Écrire une leçon sans être fatigué.					
Former toutes les lettres correctement					
Me relire					
<b>Avec mes outils :</b>					
Coller une feuille dans mon cahier					
Colorier sans dépasser					
Découper					
Gommer					
Souligner					
Tailler mes crayons					
Tracer un trait à la règle					
Utiliser un pinceau					
<b>En mathématiques :</b>					
Compter					
Poser une opération					
Tracer un carré					
Tracer un rond					
Tracer un triangle					
Utiliser mon compas					
Utiliser mon équerre					
Utiliser mon rapporteur					
Utiliser une calculatrice					
<b>Pour les devoirs :</b>					
Écrire mes devoirs dans mon agenda					
Faire mes exercices					
M'organiser pour faire mes devoirs					
Préparer mon cartable					
Relire mes cours					
Savoir quoi apprendre					
<b>Avec mon ordinateur :</b>					
Utiliser l'ordinateur à la maison					
Utiliser l'ordinateur en classe					
Utiliser l'ordinateur en évaluation					

## 7. Annexe F : L'approche CO-OP

« L'approche CO-OP est une approche d'intervention initialement développée pour les enfants atteints de troubles de la coordination (DCD), mais elle a également démontré son efficacité auprès d'autres populations, telles les enfants ayant une déficience motrice cérébrale, les enfants et adultes ayant eu un traumatisme crânien ou les adultes ayant subi une lésion cérébrale. L'approche est centrée sur l'utilisation de stratégies cognitives afin d'améliorer les compétences du client dans les activités qu'il préfère ou doit faire, mais qu'il réalise difficilement. Cette approche d'intervention se distingue de certaines approches traditionnelles utilisées en réadaptation parce que le rôle du thérapeute est de guider le client dans la découverte de stratégies cognitives qui lui permettront d'apprendre, ou parfois de réapprendre, à fonctionner dans son quotidien. » (umontreal, 2023)

Source : Site de l'université de Montréal



Figure 4: l'approche CO-OP

## 8. Annexe G : Groupe Flex



# GROUPE FLEX

## CONNAÎTRE ET GÉRER mon **TDAH** au quotidien

Réadaptation cognitive et stratégies de compensation

- ✓ Modifier mes **habitudes de vie** pour optimiser mon attention
- ✓ Comprendre mon TDAH
- ✓ Connaître mon **fonctionnement**
- ✓ Reprendre **confiance** en moi
- ✓ Apprendre à maîtriser mon **impulsivité**
- ✓ Booster ma **motivation**
- ✓ Être efficace aux **devoirs**
- ✓ Savoir gérer mon **matériel**
- ✓ Gérer mes **émotions** et faciliter les **relations** avec mon entourage
- ✓ Apprendre à **anticiper**
- ✓ Mieux gérer mon **temps**



Visuel © Shutterstock. Ne pas jeter sur la voie publique.

GROUPES de **JEUNES**  
12 ateliers d'1h30  
POUR PLUS D'INFORMATIONS :  
[www.cabergo74.fr/groupe-flex/](http://www.cabergo74.fr/groupe-flex/)

**Cabergo74**  
1 Allée des reinettes - 74370 Metz-Tessy

04 50 69 83 10

[www.cabergo74.fr](http://www.cabergo74.fr)

## 9. Annexe H : Mail de prise de contact pour entretiens



PERRIN CORALIE p2018235

mer. 26/04, 02:29

↳ Répondre à tous | ▼

Bonjour, [REDACTED]

Je suis étudiante en ergothérapie et je suis à la recherche d'ergothérapeutes pour la réalisation des entretiens de mon mémoire sur le sujet de la métacognition et des enfants de 10-13 ans avec un TDAH.

Je me tourne vers vous car j'ai vu que vous faites partie des ergothérapeutes formés au PIFAM et c'est en particulier sur ce format d'accompagnement que je souhaiterais m'entretenir avec vous.

Seriez-vous disponible pour un entretien ? Il durerait 30 minutes en visio de préférence (Je suis au Québec pour mon dernier stage) . Pour la date j'ai une préférence pour le 9 ou 10 mai à l'heure qui vous convient, mais cela peut aussi être dès la semaine prochaine.

En espérant pouvoir m'entretenir avec vous,

Bien à vous,

-----  
**Coralie Perrin**

*Étudiante en Ergothérapie*

*ISTR - Université Claude Bernard Lyon 1*

## 10. Annexe I : Guide d'entretien et grille d'analyse en amont des entretiens

### **Pense bête :**

1. Questions ouvertes, faire répéter au besoin
2. Attitude de naïveté
3. Etre expressive ( hocher la tête, sourire) surtout pour la Visio

1/ Relances simples : : « racontez ? » , « et alors ! » « et puis ? » « je vous écoute »...

2/ Demandes de clarification : « c'est à dire ? » « qu'en pensez-vous » « qu'avez-vous fait alors ? » quel est votre avis ? »...« Tout à l'heure, vous m'avez dit que...pouvez-vous revenir sur... » « Pouvez-vous m'expliquer ? » « qu'entendez-vous par-là ? » « pouvez-vous me préciser »...

3/Demande de précision : « il y a combien de temps ? » , »vous avez fait la formation ? »

4/ Techniques de suivi : Oui, Hum, d'accord... montrer de l'intérêt : verbal et non verbal...  
(Cours de Luc Andrieux)

Si bug en Visio, passer par le téléphone mettre caméra au moins au début pour créer un lien

### **Problématique de recherche :**

Comment l'ergothérapeute en libéral utilise le groupe PIFAM /Flex pour favoriser l'atteinte des objectifs liés à l'école de l'enfant avec un TDA-H entrant au collège?

### **Présentation de l'entretien**

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de m'accorder du temps pour mon mémoire.

Je suis Coralie Perrin, étudiante à l'IFE de Lyon en 3ème année d'ergothérapie. La question initiale de mon mémoire concerne l'utilisation de la métacognition pour favoriser la qualité de la participation sociale à l'école pour les enfants avec un TDAH entrant ou étant bientôt ou étant entré récemment au collège. Lors de la première partie de mon mémoire, l'étude de la littérature m'a montré qu'un certain nombre d'ergothérapeutes utilisaient la métacognition à travers des programmes de groupes d'une dizaine de séances que ce soit PIFAM ou groupe FLEX. Cependant il existe très peu d'articles de recherche sur une intervention de groupe telle que PIFAM. J'ai donc fait le choix de me concentrer sur les interventions de groupe tel que PIFAM, en abordant l'apport qu'un tel format pourrait avoir dans la réussite scolaire d'un enfant entrant au collège. Quand je parle de réussite scolaire je parle aussi bien des notes que de l'insertion sociale auprès des pairs et des professeurs. Je me questionne aussi sur la place de l'ergothérapeute dans ce programme.

Présentation des thèmes + introduction présentation personne

### **Questions à poser pour l'entretien :**

**Gras = question générale** Normal = questions de relance

### **Présentation de la personne :**

- **Pouvez-vous me parler de votre situation professionnelle?**
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en libéral ?
- Quel est votre lieu d'exercice ?
- Auprès de quel public travaillez-vous ?

### **L'accompagnement d'enfant avec un TDAH entrant au collège**

- **Pouvez-vous m'expliquer dans les grandes lignes en quoi consiste votre accompagnement auprès des enfants avec un TDAH en fin de primaire et début de collège ? (CM2, 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>)**
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants avec un TDAH ?
- Pouvez-vous m'expliquer comment vous déterminez vos objectifs d'accompagnement avec ces enfants ?
- Parlez-moi de la place de l'enfant dans le choix des objectifs d'accompagnement ? la place des parents ? des profs ? de vous ?
- Parlez-moi de ce qui guide votre pratique, utilisez-vous des modèles d'intervention particuliers ? données probantes ? Expérience clinique ?
- Quelle est la dose et fréquence d'un suivi typique ? la part individuel/groupe ?

### **Ergothérapie et métacognition**

#### **Pouvez-vous me dire ce que vous utilisez de la métacognition dans vos séances en individuelles avec les enfants avec un TDAH ?**

- Est-ce que vous faites souvent appel à la métacognition ?
- Pourriez-vous me parler d'un exemple ou l'utilisation de la métacognition avec un enfant TDAH a été bénéfique ? quels sont les atouts de la métacognition en individuel ?
- Pourriez-vous me parler d'un exemple ou l'utilisation de la métacognition avec un enfant TDAH n'a pas donné de résultats ? quels sont les limites de la métacognition en individuel ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec la métacognition ?

### **Ergothérapie et PIFAM :**

#### **Pouvez-vous m'expliquer quelles sont les raisons qui vous ont poussé à utiliser PIFAM dans votre accompagnement ?**

- Parlez-moi de la place de l'enfant dans le choix des objectifs d'accompagnement
- Combien de groupes avez-vous mené et avec combien d'enfants avec un TDAH ?
- Quel est la spécificité du contenu ?
- Quel impact ? facilitation transfère des apprentissages, motivation de l'enfant qu'on encourage à faire des choix ?
- **Est-ce que ce format favorise la motivation des enfants?**

- Avez-vous observé une différence dans vos accompagnements avec le groupe PIFAM entre les enfants n'ayant pas suivi le groupe et ceux l'ayant suivi ?
- Les leviers, obstacles, la pertinence de l'utilisation de PIFAM pour les enfants avec un TDAH

### Spécificité du rôle de l'ergothérapeute au sein du groupe PIFAM

- Parlez-moi de la place de votre collègue au sein de ce groupe ?
- Avec qui animez-vous ce groupe ?
- Parlez-moi de la place de l'ergothérapeute au sein de ce groupe ?
- **Quel est l'intérêt de la présence d'un ergothérapeute au sein du groupe PIFAM ? spécificité ?**
- Quel rôle dans la facilitation du transfert des apprentissages ?
- Quel est le rôle de votre collègue ?

### PIFAM et Objectifs de l'enfant

- Pour revenir sur les objectifs des enfants, comment faites-vous le lien entre les objectifs de l'enfant et le groupe PIFAM ?
- Comment faites-vous le lien entre les activités du programme PIFAM et les objectifs d'accompagnement liés à l'école ?
- Comment l'ergothérapeute en libéral fait le lien entre le groupe et les objectifs à l'école

### Grille d'analyse en amont des entretiens

Thème 1	Variable / Déterminant	Questions
L'Accompagnement d'enfants avec un TDA-H entrant au collège	Types d'intervention Fréquence/Durée Lieu Partenaires dans la thérapie	Pouvez-vous m'expliquer dans les grandes lignes en quoi consiste votre accompagnement auprès des enfants avec un TDAH en fin de primaire et début de collège ? (CM2, 6 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> )
	Partenariat entre l'enfant et l'ergothérapeute Partenariat entre l'école, les parents et l'ergothérapeute	- Pouvez-vous m'expliquer comment vous déterminez vos objectifs d'accompagnement avec ces enfants ? - Parlez-moi de la place de l'enfant dans le choix des objectifs d'accompagnement ?
	Modèle conceptuel Données probantes	Parlez-moi de ce qui guide votre pratique, utilisez-vous des modèles d'intervention particuliers ? données probantes ? Expérience clinique ?
Thème 2	Variable / Déterminant	Questions
Ergothérapie et métacognition	En individuel / en groupe Utilisation de la métacognition en lien avec les situations concrètes En répétition en séance peu d'effets Limites possibles : motivation / non écologique / absence choix de l'enfant Atouts possibles :	Utilisez-vous la métacognition dans vos séances individuelles avec les enfants avec un TDAH ? si oui, comment ? Pourriez-vous me parler d'un exemple où l'utilisation de la métacognition avec un enfant TDAH a été bénéfique ? Avez-vous rencontré des situations dans lesquelles l'utilisation de la métacognition avec un enfant avec un TDAH n'était pas adaptée en i ? Pour vous quels sont les limites de l'utilisation de la métacognition en individuel ?

<b>Thème 3</b>	<b>Variable / Déterminant</b>	<b>Questions</b>
<b>Ergothérapie et PIFAM</b>	Métacognition et groupe	Y-a-t-il un intérêt à l'utilisation de la métacognition en format de groupe avec des enfants avec un TDAH ?
	Utilité de PIFAM : Format /Contenu Données probantes Motivation énoncées Maîtrise du contenu Rapport pécunier	Pouvez-vous m'expliquer quelles sont les raisons qui vont ont poussé à utiliser PIFAM dans votre accompagnement ? Combien de groupes avez-vous mené et avec combien d'enfants avec un TDAH ? Quel est la spécificité du contenu ?
	Argument du groupe versus individuel Argument du transfert des apprentissages	Avez-vous observé une différence dans vos accompagnement avec le groupe PIFAM entre les enfants n'ayant pas suivi le groupe et ceux l'ayant suivi ? Les leviers, obstacles, la pertinence de l'utilisation de PIFAM pour les enfants avec un TDAH
<b>Thème 4</b>	<b>Variable / Déterminant</b>	<b>Questions</b>
<b>Spécificité du rôle de l'ergothérapeute</b>	Rôles Spécificité de l'ergothérapeute  Bénéfices possible de la collaboration Pluridisciplinarité	- Avec qui animez-vous ce groupe ? - Parlez-moi de la place de l'ergothérapeute au sein de ce groupe ? Quel est l'intérêt de la présence d'un ergothérapeute au sein du groupe PIFAM ? spécificité ? - Quel rôle dans la facilitation du transfert des apprentissage ? - Parlez-moi de la place de votre collègue au sein de ce groupe ?
<b>Thème 5</b>	<b>Variable / Déterminant</b>	<b>Questions</b>
<b>PIFAM et Objectifs de l'enfant</b>	Motivation Environnement Parents	Pour revenir sur les objectifs des enfants, comment faites-vous le lien entre les objectifs de l'enfant et le groupe PIFAM ? Reformulation Comment faites-vous le lien entre les activités du programme PIFAM et les objectifs d'accompagnement liés à l'école ?  Comment l'ergothérapeute en libéral fait le lien entre le groupe et les objectifs à l'école ?

11. Annexe J : Grille d'analyse post entretien vierge

Thème	Indicateurs	Variables	E1	E2	E3
Cadre d'intervention et expérience professionnelle	type de structure	Taille			
		Pluridisciplinarité			
	Type d'enfants accueillis	population			
		Pourcentage			
		Pathologies			
		évolution au cours du temps			
		hypothèse associée			
		Moyen financiers			
		Motif de la visite			
	Formation et expérience	Expérience en libéral			
		Année d'obtention du DE			
		Formations complémentaires mentionnées			
		Autres expériences professionnelles			
Accompagnement d'enfants avec un TDA-H entrant au collège	Format d'intervention	Fréquence			
		Durée			
		Lieu			
		Raisons			
	Détermination des objectifs	Place de la famille			
		Place de l'enfant			
		type d'objectifs			
		Outils utilisés			
	Réflexion ergothérapeutique sous-jacente	Modèles et données probantes			
		Outils spécifiques utilisés			
		comment ajuster la dose de compensation			
	Contenu des séances en individuel	Place de l'enfant			
		Place des parents			
Métacognition en ergothérapie	Comment	Définition de la métacognition selon l'ergothérapeute			
		fonctionnement cognitif			
		mise en place de stratégies			
		outils utilisés			
		Contexte (environnement)			
		Dose			
	Limites	âge			
PIFAM et/ou Groupe FLEX	Groupes menés	nombre de groupes			
		quand			

		composition du groupe			
		type de binôme			
		remarques			
	<b>Méthode de recrutement</b>	Enfants			
		Parents			
	<b>Intérêt</b>	Groupe			
		Emulation			
		Confiance en soi			
		habiletés sociales			
		Comparaison			
		adapté aux enfants			
		centré sur la motivation de l'enfant			
		transfert des apprentissage			
		résultats			
		implication des parents			
		caractère des enfants			
		accessibilité			
		pas assez écologique			
		programme prédéterminé			
		horaires			
		personnages métaphoriques trop abstraits			
	neuropsychologue				
	effet à long terme				
	<b>Contenu des séances Groupe Flex</b>	ateliers			
		gestion des émotions			
		Motivation			
		implication des parents			
centré sur la pratique					
limites					
ETP					
<b>spécificité du rôle de l'ergothérapeute</b>	<b>l'ergothérapeute</b>				
	<b>limite</b>				
	<b>intérêt de la collaboration</b>	qui			
quel rôle					
<b>Le lien entre le groupe et les objectifs de l'enfant</b>	<b>Temporalité</b>	pendant, avant, après			
		fonctionnement			
	<b>défis - missions</b>	lien avec les objectifs			
		exemples			
	<b>Réutilisation</b>	à la maison			
		à l'école			
en séances					

## 12. Annexe K : Formulaire de consentement vierge

### Formulaire de consentement et informations relatives

Projet d'étude conduit par Coralie PERRIN chercheuse étudiante dans le cadre de la formation en ergothérapie de l'université de Lyon1, sous la direction de Jean-François BODIN.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

#### Objectif de l'étude

Vous êtes invité à prendre part à une recherche qui s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Le sujet porte sur l'utilisation de programmes de groupes utilisant la métacognition tel que PIFAM avec les enfants avec un TDAH liés à des objectifs scolaires de début de collège.

#### Déroulement de l'étude

L'entretien consiste en un entretien par Visio d'environ 30-45 minutes pendant lequel vous pourrez échanger avec l'étudiante par le biais de questions ouvertes et partager votre expérience pratique.

L'entrevue sera enregistrée avec votre consentement pour pouvoir le retranscrire. Seule l'étudiante aura accès à son contenu et une fois la retranscription terminée l'enregistrement sera détruit.

Vous pouvez contacter l'étudiante pour accéder aux résultats de cette recherche une fois le diplôme de l'étudiante obtenue ( 27 juin 2023).

#### Compensation financière

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

#### Confidentialité, partage, publication

Les informations recueillies pendant l'entretien seront anonymisées et traitées en toute confidentialité. Les formulaires de consentement ne seront pas partagés et détruits dès l'obtention du diplôme. Les 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 anonymisées tirées de la transcription de l'entretien.

#### Consentement éclairé et participation volontaire

Par ce document vous déclarer avoir reçu les informations nécessaires pour saisir l'objectif et le déroulement de l'étude. Votre participation à ce projet est volontaire, vous vous engagez à y participer sans contrainte ou pression extérieure.

Vous avez le droit de refuser de participer ou de mettre fin à votre participation en tout temps sans avoir à vous justifier et sans avoir à subir de préjudice quelconque.

#### Remerciements

Votre collaboration à ce projet est précieuse pour l'obtention de mon mémoire. J'apprécie le temps et l'attention que vous y avez consacrée et je vous en remercie.

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

#### Contact

Coralie PERRIN –

#### Formulaire de consentement

Je soussigné(e) ....., exerçant en tant qu'ergothérapeute consens à participer au projet de recherche mené par Coralie PERRIN 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

### 13. Annexe L : Quelques citations des participantes

**Citation 1** : « J'aborde avec elle [l'ado] les différents domaines de sa vie et la scolarité, le quotidien, l'autonomie, les activités de vie quotidienne, et cetera. Et j'essaie de voir avec elle de quelle manière son tdah la pénalise et puis c'est elle qui va cibler des objectifs, donc par exemple elle est a identifiée des difficultés de gestion de son temps d'organisation, elle se prive de sortir systématiquement pour travailler chez elle. Mais en réalité, elle travaille sans travailler, c'est-à-dire qu'elle se garde des grandes plages de temps, mais pendant lequel elle fait rien du tout. Enfin, elle procrastine, comme beaucoup de TDAH. Donc finalement oui, dans l'entretien individuel, on avait axé à un travail sur la gestion du temps » E3

**Citation 2** : « est-ce que tu as vérifié dis-moi comment tu vas procéder ? Comment tu vas vérifier ? Est-ce que c'est OK pas OK ? Non c'est pas OK. Comment tu peux faire pour ... » E2

**Citation 3** : « à partir du CM1 ils commencent à comprendre là ça devient utile pour eux ils comprennent. Avant ça pour les tous petits c'est pas utile enfin c'est très difficile pour eux d'utiliser la métacognition. Et ils comprennent pas et si tu utilises trop la stratégie essai erreur tu les mets en situation d'échec sur échec ». E1

**Citation 4** : « j'ai toujours été septique sur l'intérêt de l'entraînement cognitif, c'est-à-dire exercer par exemple le contrôle inhibiteur dans un contexte de jeux vidéo ou exercer l'attention sélective dans un contexte de jeu particulier en se disant ça va se transférer». E2

**Citation 5** : « les familles savent qu'il y a ça qui est proposé au cabinet. Tu vois, c'est un peu l'offre qui crée la demande ils vont pas forcément être en demande d'un suivi individuel. » E3

**Citation 6** : « C'est pas en lui disant vient participer à un groupe PIFAM avec 3 autres inconnus pour travailler sur tes difficultés qu'on va motiver l'enfant à venir au groupe. Et la motivation de l'enfant à venir au groupe est indispensable en fait. Donc moi je m'adaptais à chaque enfant pour un je lui ai dit tu vas voir c'est un groupe on va faire pleins d'activité et en fonction de ta participation tu vas gagner des Réfecto dollars, qui te permet à la fin d'obtenir des cadeaux. Pour d'autres ça marche pas du tout alors j'essaie de parler de leurs problèmes à l'école » E1

**Citation 7** : «Par exemple il y a un enfant qui avait du mal à évaluer le temps, combien de temps va lui prendre de faire ses devoirs. Bah pour le défi il avait par exemple de noter dans l'agenda combien de temps va lui prendre chacune de ses taches. Donc ça par exemple ça va me prendre je sais pas moi 10 minutes, ça 20 minutes, ça 2 minutes et après de voir si ça lui a bien pris ce temps-là » E1

**Citation 8** : « Dès qu'il y a des challenges, des fois on faisait des jeux, des quiz, on comptait les points quand on fait des trucs par équipe, ça on garde cet esprit-là de compétition ou d'un truc à gagner. On voit que ça fonctionne bien. » E3

**Citation 9** : « Et puis, après tout, tout au long, essayez de faire des petits rappels ou essayer de rebondir en fonction de ce que lui va dire aux ateliers et dans les jeux qu'on propose dans les activités qu'on propose, faire en sorte qu'il soit acteur. Proposer des activités, des jeux qui fassent toujours appel aux représentations du jeune pour savoir où est ce qu'il en est, lui et vers quoi il veut aller et à chaque fois, le remettre, lui, au sein de chaque atelier, au centre de son parcours» ». E3

## Abstract

### **Résumé : Métacognition et ergothérapie : L'utilisation de programmes de remédiation métacognitive de groupe auprès d'enfants avec un TDA-H entrant au collège**

**Contexte :** Le dernier rapport de la fédération internationale sur le TDA- H révèle que c'est le trouble du neurodéveloppement le plus fréquent dans le monde (Faraone et al. 2021). Parmi ces enfants, certains présentent des difficultés scolaires et bénéficient d'un accompagnement en ergothérapie. A l'adolescence, l'environnement et les exigences de l'école change, particulièrement au passage au collège. Pourtant, il existe peu d'études sur l'efficacité des différents programmes d'accompagnement des enfants à cet âge. Sur le terrain, une modalité d'accompagnement en ergothérapie est de plus en plus utilisée : les groupes de remédiation métacognitive.

**Objectif :** Le but est de comprendre ce qui amène les ergothérapeutes à choisir le mode d'intervention de groupe de remédiation métacognitive pour favoriser l'atteinte des objectifs de l'enfant.

**Méthode :** La recherche qualitative exploratoire a été choisie. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de trois ergothérapeutes en libéral travaillant en France et menant des groupes de remédiation métacognitive depuis plusieurs années auprès d'enfants avec un TDA-H.

**Résultats :** Le format de groupe permet de faciliter l'apprentissage de la métacognition auprès des enfants. Les groupes de remédiation cognitives rencontrent les mêmes limites de transfert des apprentissages et de maintien des acquis dans le temps que l'accompagnement en individuel, bien que dans une moindre mesure. Les entretiens ont permis de mettre en lumière certains obstacles à cet apprentissage, notamment la place donnée aux parents, insuffisante dans ces groupes, et l'absence de l'implication de l'école. Le groupe Flex compense ces obstacles en proposant des activités au plus près de l'activité réelle de l'enfant et en repensant la place des parents.

**Conclusion :** Cette étude montre que les parents sont des leviers sous-utilisés à prendre en compte pour que le groupe favorise l'atteinte des objectifs de l'enfant. Cette étude met également en lumière l'absence de l'école alors que les objectifs d'accompagnement sont centrés sur celle-ci.

**Mots clés :** TDA-H, métacognition, PIFAM, Groupe Flex, ergothérapeute, adolescents, école

### **Abstract: Metacognition and occupational therapy: The use of group-based metacognitive programs with children with middle school-aged children with ADHD**

**Background:** The latest report from the international federation on ADHD reveals that ADHD is the most common neurodevelopmental disorder in the world (Faraone et al. 2021 ). A growing number of children with ADHD have learning disabilities. Occupational therapists care and support these children to help them with their learning disabilities. As changes occur as they grow up, children are faced with new challenges. The transition from primary school to middle school can be a challenge. However, very few studies analyse the effectiveness of therapy during this time. Over the last years, one approach is becoming increasingly popular among Occupational therapists: group-based metacognitive programs.

**Objective:** The purpose of this study is to understand how occupational therapists make use of group-based metacognitive intervention to boost child's goals achievement.

**Method:** Exploratory qualitative research was conducted using semi-structured interviews with three OT using group-based metacognitive programs for several years with children with ADHD.

**Results:** The results showed that the group format facilitates children's learning of metacognition. However, it showed that group-based metacognitive programs encountered similar limits than individual therapy sessions: transfer of learning seemed limited and learning retention seemed to fade over a short period of time. The interviews highlighted possible reasons: the insufficient place that was given to the parents to involve themselves, and the lack of involvement of the school. The "Flex group" found a way to compensate these problems by offering more ecological activities during sessions.

**Conclusion:** This study showed that the possibility for parents to get involved should be considered more. This study also highlighted the absence of school in the care pathway, despite the therapeutic goals being centered on it.

**Keywords:** ADHD, metacognition, PIFAM, occupational therapist, teenagers, school