



**La collaboration interprofessionnelle : une
ressource en ergothérapie pour sensibiliser les
enseignants aux troubles cognitifs de l'enfant
traumatisé crânio-cérébral en milieu ordinaire**

Unité d'Intégration 6.5 – Semestre 6

Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Mémoire d'initiation à la recherche

Sous la direction de Monsieur Jérôme LUSSON

BOURGEOIS Elsa

Promotion 2013-2016

N° d'étudiant : ERGOP222

Juin 2016

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'article 9 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapie précise que les critères de réalisation et de validation du mémoire d'initiation à la recherche, comme toutes évaluations des Unités d'Enseignements, sont définis par chaque institut de formation en ergothérapie.

L'étudiant s'engage à respecter les consignes telles qu'elles ont été définies et énoncées par l'institut de formation en ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire. Ces consignes intègrent les règles de non plagiat, telles qu'elles sont définies par le code de la propriété intellectuelle.

Je soussigné(e), Elsa BOURGEOIS, étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'IRFSS – Centre Val de Loire, m'engage sur l'honneur à avoir mené ce travail dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude et/ou de plagiat avéré.

A Tours, le 06/06/2016

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elsa Bourgeois', written over a horizontal line.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien tout au long de l'élaboration de ce travail d'initiation à la recherche.

Je remercie en premier lieu Jérôme LUSSON, mon directeur de mémoire, pour le temps qu'il m'a accordé, pour son accompagnement à la réflexion et ses critiques constructives.

Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Tours pour leurs conseils et leurs apports théoriques sur la démarche de recherche.

Je remercie aussi les ergothérapeutes et enseignants qui ont répondu à mes questionnements et partagé leurs expériences professionnelles.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenue, aidée et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>I. Un contexte à délimiter</i>	<i>4</i>
I.1) Le traumatisme crânio-cérébral de l'enfant : des troubles bien spécifiques	4
I.2) Le traumatisme crânio-cérébral de l'enfant : une prise en soin pluridisciplinaire	7
I.3) La scolarisation en milieu ordinaire : un enjeu chez ces enfants	9
I.3) Le développement des apprentissages comme objectif de la scolarisation	12
I.4) Des acteurs déterminants pour la scolarisation de ces enfants	13
<i>II. Des concepts à identifier</i>	<i>18</i>
II.1) La sensibilisation	19
II.2) La Collaboration Interprofessionnelle (CIP)	21
<i>III. Une méthode d'analyse à construire</i>	<i>23</i>
<i>IV. Une investigation à mener sur le terrain</i>	<i>28</i>
IV.1) Données à recueillir et méthode d'investigation	28
IV.2) Population ciblée	29
IV.3) Construction du guide d'entretien	31
<i>V. Des données à analyser</i>	<i>34</i>
V. 1) Présentation des matériaux bruts	34
V.2) Traitement des matériaux bruts	36
V.3) Analyse des matériaux traités au regard du modèle d'analyse	42
V.4) Discussion	50
<i>Conclusion</i>	<i>54</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>I</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>VI</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>VII</i>
<i>Liste des acronymes</i>	<i>VIII</i>
<i>Annexes</i>	<i>IX</i>
Annexe I : Guide d'entretien pour les ergothérapeutes et les enseignants	X
Annexe II : Retranscription de l'entretien avec E1	XIII
Annexe III : Retranscription de l'entretien avec Ens	XXIV
Annexe IV : Tableau d'analyse des verbatim des personnes interrogées	XXXII

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous, ensemble »

(Euripide, dramaturge grec, ±480 - ± 460 avant JC)

Introduction

« Chaque année en France 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien et, parmi elles, 8500 seront des traumatisés graves avec séquelles invalidantes » (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, secrétariat d'état chargé de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012). Si ceux-ci sont prédominants chez les jeunes de 15 à 30 ans, ils appellent à une prise en soins spécifique chez les personnes âgées et les enfants. En effet, le traumatisme crânio-cérébral (TCC) de l'enfant, donc survenant durant le développement psychomoteur, va « perturber le développement ultérieur de manière imprévisible » (Chevignard, 2012), notamment le fonctionnement cognitif.

Dans mon parcours personnel et scolaire, j'ai pu rencontrer des adolescents et adultes ayant eu un traumatisme crânio-cérébral lorsqu'ils étaient enfants, avec une prédominance de séquelles cognitives. J'ai pu m'interroger sur les situations de handicap qu'ils rencontraient, adultes, dans leurs lieux de vie et notamment sur le parcours long et sinueux de la recherche d'une formation ou d'un emploi. Je me suis alors questionnée sur leur prise en soins consécutive à l'accident, lorsqu'ils étaient enfants : comment avait été gérée leur scolarité ? Qu'est ce qui faisait qu'ils avaient pu ou non apprendre, évoluer et finalement trouver un emploi ? La présence de séquelles cognitives, donc d'un handicap invisible, a-t-elle influencé leur parcours scolaire ? En outre, je côtoie personnellement des enseignants qui souvent se questionnent : comment transmettre efficacement des connaissances à tous les élèves ? Comment différencier le travail dans la pratique de classe pour prendre en compte la diversité des élèves ? Ces enseignants voudraient parfois mieux comprendre les comportements de certains pour pouvoir répondre à leurs besoins et à ceux de leurs parents. Pourtant des ressources sont disponibles comme l'équipe éducative, des Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap (AESH) ou des professionnels de santé parfois. Dès lors, que manque-t-il à l'enseignant pour développer les apprentissages de l'élève, alors que le retard scolaire de l'élève apparaît, s'accroît, voire engendre un échec scolaire pour certains ?

La préoccupation majeure des parents lorsqu'ils apprennent l'existence de troubles chez leur enfant, est la scolarisation (selon l'Association de la Fondation Etudiante pour la ville, 2012). Il semble que dans la société française, l'éducation conditionne le rôle et le devenir à l'adolescence puis à l'âge adulte : aujourd'hui, il faut faire des études pour avoir un travail, il

faut travailler pour être reconnu. Rien que pour se présenter à quelqu'un, nous énonçons spontanément notre nom, notre âge et notre profession. De plus, aller à l'école est l'activité principale de tout enfant : la scolarisation de son enfant est le reflet d'une certaine « normalité » et d'un bien être. Ainsi, l'éducation semble être un objectif important et prioritaire pour les parents et la société, d'où la pression que peut ressentir l'enseignant.

Depuis la loi du 11 février 2005 défendant l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'inclusion scolaire est encouragée et les troubles cognitifs reconnus. En réponse à cette loi, sont créés la loi pour la refondation de l'école en juillet 2013 et les AESH en 2014. C'est dans ce contexte aussi qu'est construit en 2012 un programme d'actions en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires dont un des grands axes est d'accompagner le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire. Ainsi, des progrès ont été observés en matière de scolarisation mais le bilan actuel reste mitigé. En 2015, soit dix ans après cette loi, nous constatons qu'environ 260 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire, soit le double par rapport à 2006 (Sédrati-Dinet, 2015). Cependant un point noir semble subsister : la coopération entre l'Education Nationale et les établissements médico-sociaux. Si en 2006, selon les enseignants interrogés, « *peu de contacts ont lieu au cours de l'année scolaire avec le milieu de la réadaptation* » (Tétrault et al, 2006), nous pouvons constater que l'évolution attendue sur le lien entre ces deux secteurs n'a pas été optimale jusqu'à aujourd'hui. Au niveau de la littérature, plusieurs recherches ont abordé la collaboration famille-école ou famille-réadaptation mais peu étudient la collaboration école-réadaptation. Pourtant, « *cette dernière est considérée par les parents comme un facteur facilitant qui allège leur tâche, puisqu'ils n'ont plus besoin de faire le lien entre les intervenants des deux milieux, ceux-ci communiquant directement entre eux* » (Beauregard, 2011).

L'ergothérapeute est un acteur pouvant intervenir dans le cadre de l'inclusion scolaire d'un enfant TCC. Dans l'objectif de favoriser ses apprentissages, il est susceptible de rééduquer ou de compenser les troubles cognitifs. Il va donc induire des changements dans les habitudes de vie de chaque personne (enfant lui-même, parents, enseignants...). Ces transformations peuvent s'avérer difficiles à mettre en place ainsi qu'à intégrer à long terme, notamment en milieu ordinaire où l'enfant arrive dans une classe peu adaptée à ses besoins et où il va aussi falloir que l'environnement s'ajuste quelque peu à lui. **Ainsi, quelles stratégies l'ergothérapeute peut-il utiliser pour faciliter l'inclusion scolaire d'enfants ayant des troubles cognitifs suite à un traumatisme crânio-cérébral ?**

Dans cette recherche en intelligibilité, nous décrirons d'abord le contexte afin d'assurer la clarté, la pertinence et la faisabilité de la question de recherche. Les particularités des séquelles cognitives, l'intérêt d'un suivi pluridisciplinaire, le retour à la scolarisation et les acteurs ressources de l'inclusion scolaire des enfants TCC seront donc détaillés. L'étude des deux concepts « Collaboration Interprofessionnelle » et « sensibilisation », au regard de la sociologie et des sciences de l'éducation, nous permettra de formuler la problématique. Nous construirons ensuite une méthode d'analyse afin d'envisager un modèle d'investigation : nous conduirons des entretiens semi-directifs auprès d'enseignants et d'ergothérapeutes. L'analyse des matériaux empiriques nous permettra de répondre à notre objet de recherche et nous mènera à une discussion sur les nouveaux questionnements soulevés par cette recherche.

I. Un contexte à délimiter

Quelles stratégies l'ergothérapeute peut-il utiliser pour faciliter l'inclusion scolaire d'enfants ayant des troubles cognitifs suite à un traumatisme crânio-cérébral ? Afin de cibler davantage notre objet de recherche, une étude approfondie du terrain et de ses enjeux est nécessaire.

I.1) Le traumatisme crânio-cérébral de l'enfant : des troubles bien spécifiques

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008), le traumatisme est un « *dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brusquement soumis à des quantités d'énergie qui dépassent le seuil de la tolérance physiologique, ou qu'il est privé d'un ou plusieurs éléments vitaux comme l'oxygène* ». Les traumatismes peuvent être classés de différentes manières : en fonction du mécanisme en cause (chute, noyade...), du caractère intentionnel ou non intentionnel, du type de blessure infligée (fracture, contusion...), du lieu de survenue (école, travail, domicile...), ainsi que de la zone du corps atteinte (traumatisme médullaire...). C'est dans cette dernière classification que nous nous inscrivons puisque nous étudions le traumatisme du cerveau. Ce traumatisme est souvent nommé *traumatisme crânien* mais cette appellation semble inadaptée puisqu'elle sous-entend que c'est la boîte crânienne qui est lésée alors que c'est le cerveau qui est l'organe touché (l'appellation anglo-saxonne *brain injury* paraît plus adaptée). Nous employons donc le terme de traumatisme crânio-cérébral (TCC) dans ce travail de recherche.

Le TCC est, avec l'accident vasculaire cérébral, une des deux principales étiologies de la lésion cérébrale acquise. Celle-ci correspond à « *une lésion cérébrale qui n'est pas due à une affection héréditaire, congénitale ou dégénérative, et qui n'est pas liée à la grossesse ou à l'accouchement* » (société Medtronic, leader mondial dans le domaine de la technologie médicale, 2012). Elle survient donc au cours de la vie, de manière imprévisible et brutale. Le TCC n'est pas une maladie mais il regroupe à la fois l'événement en lui-même (accident) et ses conséquences (atteintes psychologiques et / ou corporelles). Il peut être léger (nommé aussi commotion cérébrale), modéré (« *l'impact sur la tête a été assez puissant pour causer des saignements dans le cerveau, visibles au scan cérébral. La personne peut être dans un coma léger pendant quelques heures et rester confuse pendant quelques jours* ») ou sévère (« *la force d'impact sur la tête plonge la personne dans un coma plus profond et de plus*

longue durée. Les saignements au cerveau sont généralement plus graves et peuvent nécessiter une chirurgie », d'après C. Paquette, Association Québécoise des Neuropsychologues, 2016).

D'après la « *Brain Injury Association of America* » (2015), pour comprendre les conséquences d'une lésion cérébrale, il est important de connaître la physiologie cérébrale.

Le cerveau est constitué de cellules nerveuses qui transmettent les messages aux différentes aires cérébrales afin d'exécuter des fonctions plus ou moins complexes (comme la respiration, le rythme cardiaque, les mouvements, le comportement, les sens...). Le cerveau est la partie du système nerveux central « *la plus volumineuse et la plus développée fonctionnellement* » (M. Baciú, 2011). Il est divisé en deux hémisphères traversés par plusieurs sillons délimitant des lobes et des lobules cérébraux. Au niveau des circonvolutions cérébrales (régions de petites tailles), K. Brodmann a décrit plusieurs aires fonctionnelles (52 aires ayant une fonction propre). Les aires cérébrales sont interdépendantes puisqu'une lésion, même mineure et localisée, peut perturber de façon significative le fonctionnement cérébral. Sa survenue change la manière dont une personne pense, agit, sent, déplace ses segments corporels... Ces changements peuvent être temporaires ou permanents et peuvent provoquer une altération ou une incapacité totale à accomplir une fonction. Ainsi se dessine l'importance de porter attention à la survenue d'un TCC.

Chez l'enfant, le TCC est fréquent : selon A. Lecrubier (2012) il est à cette période, une des principales causes de handicap et la première cause de mortalité avant l'âge de 15 ans (il représente un tiers des décès pédiatriques). La particularité chez l'enfant est que les troubles ne s'expriment pas totalement tant que les fonctions ne sont pas censées être acquises : ils ne deviennent évidents que lorsque la charge cognitive et les attentes de l'environnement augmentent. Ainsi, suite à une lésion, sont observés une perte des capacités acquises mais aussi à long terme, un défaut, voire une absence d'acquisition de nouvelles fonctions.

Après une lésion cérébrale, le pronostic dépend de la lésion. S'il s'agit d'une lésion focale de petite taille, il est meilleur chez l'enfant que chez l'adulte. Cependant, s'il s'agit de lésions diffuses (comme lors de TCC sévères), il est moins bon chez l'enfant que chez l'adulte. Les séquelles du TCC dépendent principalement de sa sévérité (d'autres paramètres comme le niveau socio-économique ou le fonctionnement familial sont également des facteurs prédictifs). Elles sont très difficiles à prédire chez l'enfant et sont représentées dans le Tableau I.

Tab. I : Description des séquelles et de leurs évolutions en fonction du type de TCC de l'enfant, d'après l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et cérébro-lésés.

Types de TCC	Séquelles	Evolution
TCC LEGERS	<u>Syndrome post-commotionnel</u> : céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, difficultés cognitives et émotionnelles.	Guérison dans 90 % des cas dans un délai de 3 à 6 mois.
	<u>Retentissement psychologique</u> : état de stress post-traumatique.	Séquelles plus ou moins importantes dans 10% des cas.
TCC MODERES A SEVERES	<u>Séquelles sensorielles</u> : troubles visuels, perte du gout, de l'odorat, du toucher.	
	<u>Séquelles physiques</u> : troubles de la motricité, de la coordination, de l'équilibre, orthopédiques, vésico-sphinctériens, de la déglutition, épilepsie.	Evolution plus favorable chez les enfants que chez les adultes. Evolution plus favorable que les troubles cognitifs chez l'enfant.
	<u>Séquelles cognitives</u> : lenteur mentale, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire (surtout antérograde), des fonctions exécutives. Dans certains cas, perte de capacités intellectuelles (baisse du QI).	Principale difficulté à la reconnaissance d'un handicap. Evolution moins favorable que les troubles moteurs chez l'enfant.
	<u>Séquelles comportementales</u> : fonctions de cognition sociale et jugement moral altérées ou qui ne mûrent pas. Cela engendre des difficultés de jugement moral, de métacognition, de raisonnement abstrait, de capacité à changer de perspective, de prise en compte des conséquences de ses actes qui affectent également le comportement futur et la capacité d'empathie.	Difficultés d'insertion sociale à l'école et plus tard dans la vie professionnelle.
	<u>Anosognosie</u> .	
	<u>Retentissement psychologique</u> : état de stress post-traumatique.	

Ainsi, de nombreuses sphères peuvent être altérées. Ayant choisi d'orienter cette recherche sur l'inclusion scolaire, nous pouvons remarquer qu'elle est surtout liée aux séquelles cognitives, comportementales et psychologiques. Cela nous amène à introduire la notion de *handicap invisible* : par définition, ce terme regroupe des déficits cognitifs (qui nous intéressent plus particulièrement ici) mais aussi les altérations psychiques et / ou sensorielles. Cela peut avoir un retentissement sur ses capacités d'apprentissage et va mettre l'enfant en difficulté, surtout dans le milieu scolaire où il peut être rapidement mal jugé. Le handicap « *reste invisible tant qu'il n'est pas représenté et compris. C'est aux acteurs du monde du handicap d'améliorer leurs représentations du handicap pour dévoiler l'invisible au monde social des personnes avec lésions cérébrales acquises par traumatisme crânien* » (Bourrellier, 2008, p. 43). Le rôle de ces acteurs « *va être en partie de comprendre et de faire comprendre le handicap invisible* » (Bourrellier, 2008, p. 37).

I.2) Le traumatisme crânio-cérébral de l'enfant : une prise en soin pluridisciplinaire

« *Lorsqu'un traumatisme crânien se produit, commence pour la jeune personne blessée et sa famille un long parcours allant de la réanimation à la rééducation, jusqu'à la réinsertion* » (Laloua, 2006, p. 110).

Suite à un traumatisme crânio-cérébral, une hospitalisation plus ou moins longue est nécessaire. Lors d'un traumatisme modéré à sévère, les durées des périodes de coma, d'état végétatif chronique et d'état pauci-relationnel sont très variables et peuvent même être définitives : cela implique donc une constance et continuité des soins en hospitalisation.

Suite à celle-ci, « *l'arrivée en centre de rééducation est souvent porteuse de nombreux espoirs pour la famille* » mais celle-ci doit également « *se confronter à un enfant en situation de handicap, apprendre à vivre avec la différence souvent au prix d'une réorganisation familiale associée à une angoisse du devenir* » (Laloua, 2006, p. 110). En termes de priorités de prise en charge, Laloua écrit qu' « *il est extrêmement important dès l'entrée en centre de rééducation de prendre en charge les troubles cognitifs et physiques* » ainsi que les troubles psychologiques. Il s'agit donc de prendre en compte toutes les dimensions de la personne précocement.

Un suivi pluridisciplinaire organisé et spécifique est indispensable à long terme après un TCC de l'enfant (Lecrubier, 2012). En effet, ses besoins évoluent de façon imprévisible, puisqu'ils vont dépendre notamment des séquelles du TCC citées précédemment.

Faisons un rappel succinct des principaux professionnels pouvant intervenir auprès de ces enfants (Laloua, 2006, p. 112-113) :

Le psychologue : il « *recherche l'impact induit par le traumatisme, essaie de mesurer l'adaptation à la réalité et à la socialisation, ainsi que le potentiel relationnel. Il cerne les angoisses, les mécanismes de défense, la dynamique du conflit psychique, recherche les aspects dépressifs et les interférences sur les capacités cognitives. Il essaie également de mettre en avant les ressources psychiques, les potentialités créatives et imaginatives* ».

Le neuropsychologue : il « *étudie les principales fonctions cognitives et, dans une situation de tests « papier-crayon », objective et évalue les déficiences cognitives, les capacités, et appréhende le retentissement dans la vie quotidienne et scolaire* ». Il est donc un professionnel ressource important pour comprendre le fonctionnement cognitif de l'enfant.

L'orthophoniste : Il « *évalue l'incidence des séquelles sur la communication orale et écrite en utilisant des batteries classiques mais aussi des épreuves non standardisées permettant une approche pragmatique du langage (stratégie discursive et prise d'information)* ».

Le kinésithérapeute et le professeur d'Activités Physiques Adaptées : chacun d'eux « *permet de préciser les capacités physiques. Celles-ci sont bien souvent préservées. En sport, l'objectif est de permettre au patient la découverte d'une possible reprise d'activité sportive avec une notion de plaisir* ».

L'enseignant spécialisé (dans certaines structures) : il réalise un bilan scolaire (évaluation de diverses disciplines, type français, mathématiques, histoire-géographie...) qui permet d'extraire le niveau global et situer le jeune dans la scolarité et par rapport à son niveau antérieur. « *Le regard que l'enseignant porte sur l'élève observe le comportement scolaire, les prises d'initiatives, la gestion du temps, la recherche et l'analyse de documents, la hiérarchisation d'informations, l'autonomie, la fatigabilité, la méthodologie, les capacités à s'approprier et appliquer des savoir-faire, l'accès ou non à des connaissances nouvelles. Les capacités d'apprentissage sont particulièrement importantes à évaluer* ».

L'ergothérapeute : Il « *évalue de façon écologique les capacités motrices et gestuelles mais aussi les fonctions cognitives en testant les patients dans des prises d'initiative, la responsabilisation, la capacité à faire des choix, les capacités à s'orienter, à s'aider d'outils tels que des plans, des fiches horaires. On insistera particulièrement sur les situations de mise en danger, les capacités à gérer le stress, les imprévus et les stratégies de compensation qu'ils mettent en place* ».

Outre la rééducation des fonctions organiques, pour Ancarno (orthophoniste) et Guillot (ergothérapeute) « *la prise en charge de ces patients va s'appuyer sur leur motivation, la collaboration de leur entourage et l'évolution de leurs capacités* » (2005). Ceci met en avant l'importance du soutien de l'équipe de soins et de leur entourage.

La rééducation peut être parfois longue mais la poursuite des activités de vie quotidienne exige de débiter le processus de réadaptation en même temps. Selon Laloua, « *à terme, les séquelles cognitives et comportementales constituent les principales causes d'échec à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle de ces jeunes patients* » (2006, p. 111). Si l'objectif du centre de rééducation où se rend l'enfant est bien celui de rééduquer et de le faire progresser, l'objectif à l'école est différent : pour qu'il ne prenne pas de retard, des moyens de compensations doivent être mis en place rapidement, en parallèle de la rééducation. C'est ce que précise Lecrubier en écrivant que le suivi par l'équipe

pluridisciplinaire doit associer « *de la rééducation et des adaptations scolaires* » (2012). Cahill, Rotter, Lyons et Marrone aboutissent à la conclusion que « *les services d'ergothérapie peuvent être bénéfiques pour les personnes ayant subi une lésion cérébrale en réduisant les difficultés associées à leur rôle d'étudiant* ».

Nous voyons donc ici l'importance du travail d'équipe et avec la famille, ainsi que de la prise en soins complémentaire en rééducation et dans les différents lieux de vie de l'enfant.

I.3) La scolarisation en milieu ordinaire : un enjeu chez ces enfants

L'enfant était déjà « *porteur d'un projet scolaire ou professionnel et par là même se trouvait déjà inscrit dans un projet de vie qu'il va devoir repenser* » (Laloua, 2006, p. 110).

Selon Durieux et Thomas (2010, p. 416-417) la loi incontournable en matière de scolarisation aujourd'hui est celle du 11 février 2005 pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Elle mentionne notamment que tout enfant a le droit d'être scolarisé en milieu ordinaire au plus près de son domicile. Cela sous-entend que tout enfant en situation de handicap est, de droit, un élève dans son établissement de référence. Dans ce contexte, nous retenons deux points principaux qui légitiment l'intervention d'ergothérapeutes dans le cadre scolaire de l'enfant :

- Le parcours scolaire proposé doit être adapté à chaque enfant de façon à garantir l'égalité des droits et des chances. Cela donne le droit à une compensation des conséquences du handicap, qu'elle soit financière, humaine ou matérielle.
- Le droit à l'accessibilité aux locaux, aux savoirs et à la connaissance est également mis en avant dans cette loi. Elle est en lien avec le droit à la compensation puisque l'ergothérapeute pourra conseiller sur d'éventuels aménagements de l'environnement ou des adaptations scolaires et pédagogiques.

Selon le Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche (2015), il existe deux types de scolarisation en milieu ordinaire. La première est la scolarisation individuelle (dans une école élémentaire ou un établissement scolaire du second degré). L'enfant se retrouve avec des enfants qui, pour la plupart, ne portent pas de handicap et il profite d'un enseignement ordinaire. Au sein de cette classe, l'élève peut bénéficier d'aménagements (aides humaines ou pédagogiques) si besoin. La deuxième est la scolarisation collective, lorsque son niveau scolaire ou son niveau de fatigabilité ne lui permet

pas d'être scolarisé en classe ordinaire. L'enfant intègre alors une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS école ou collège depuis la rentrée 2015). Il est encadré par un enseignant spécialisé et a, autant que possible, des temps d'inclusion au sein des classes ordinaires. Ces deux types de scolarisation permettent l'inclusion scolaire des enfants. Rousseau et Bélanger font le constat que si « *certaines voient en l'inclusion l'application de lois et de politiques obligeant à l'éducation dans un contexte « régulier »* », d'autres la perçoivent plutôt comme la résultante d'une préoccupation humaniste. Certains qualifieront l'intervention inclusive de « naïve » alors que d'autres la décriront comme un engagement personnel et professionnel. Pourquoi l'école inclusive ? Pour développer le plein potentiel de tous les membres de la communauté (...), pour développer les compétences et attitudes nécessaires au « mieux vivre ensemble » (...), pour miser sur les forces de la collectivité plutôt que sur ses limites » (2004, p. 3).

Nous prenons le parti dans ce travail de recherche de cibler la scolarisation individuelle où l'enfant va être d'autant plus en difficulté puisqu'il est immergé dans une classe ordinaire et où l'enseignant n'a pas forcément reçu de formation spécialisée.

Afin de déterminer les sources de difficultés dans l'inclusion scolaire, il est intéressant d'écouter ce que disent les premiers concernés auprès de l'enfant - les parents. Tétrault et al. (2006, p. 195) soulignent les préoccupations de parents quant à l'inclusion scolaire de leur enfant :

- **La formation du personnel** : questionnements sur « *l'adéquation de la formation des enseignants pour travailler avec leur enfant* », sur « *la capacité des enseignants à trouver des stratégies pour inclure l'enfant* », sur « *l'efficacité et la qualité de l'enseignement* » ainsi que sur « *les bénéfices pour le développement de l'enfant* ».
- **Les services et ressources** : parfois ceux-ci ne correspondent pas aux besoins de l'enfant ou sont inaccessibles. Les parents s'interrogent notamment sur « *les services en réadaptation* » où ils apprécieraient « *que les intervenants puissent se déplacer davantage à l'école. Or, selon des enseignants consultés, peu de contacts ont lieu au cours de l'année scolaire avec le milieu de la réadaptation* ».
- **La relation avec les intervenants scolaires** : ils ressentent un manque de soutien (« *les parents estiment que le personnel de l'école manque de formation pour collaborer avec eux* ») et une divergence de priorités (« *les enseignants peuvent avoir comme priorité l'amélioration des performances scolaires de l'enfant tandis que les*

parents mettent l'accent sur les interactions sociales positives, l'acceptation par les pairs ainsi que le soutien fourni par l'école »).

- **Le vécu quotidien de l'enfant à l'école :** ils ont « *des appréhensions en lien avec les exigences du milieu scolaire envers les enfants, qu'il s'agisse des apprentissages à réaliser ou encore des horaires auxquels il devra s'adapter (journée entière, présence de cinq jours). Ils s'inquiètent aussi du rapport élèves-enseignant dans les classes ».*

Ces témoignages de parents ont été recueillis au lendemain de la loi de 2005. Nous comprenons que l'inquiétude vient principalement des conditions d'accueil et d'apprentissage que l'établissement peut offrir à l'enfant en situation de handicap scolaire. Les mesures dictées par cette loi ont-elles été assez anticipées pour pouvoir s'appliquer dans de bonnes conditions sur le terrain ?

Cette loi a notamment défini des moyens pour évaluer et bénéficier d'aides à la scolarisation afin de permettre cette inclusion scolaire. C'est le cas du Guide d'Evaluation des besoins de compensation (GEVA) qui est un support commun aux différentes équipes accompagnant l'enfant afin de favoriser et harmoniser la coopération entre elles. Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS depuis 2005) permet d'identifier et d'organiser les aides apportées à l'enfant dans le cadre scolaire. Il est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et par les mesures d'accompagnement décidées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). De plus, des Equipes de Suivi de la Scolarisation (ESS) ont une fonction de veille sur le déroulement du parcours scolaire de l'élève et assurent le suivi du PPS. A partir de la rentrée 2015, le Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA Sco) devient le support des demandes d'élaboration ou de réexamen du PPS. D'après le Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche (2015), ce guide « *regroupe les principales informations sur la situation d'un élève, afin qu'elles soient prises en compte pour l'évaluation de ses besoins de compensation en vue de l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation ».*

Nous remarquons donc que de nombreuses mesures ont été prises depuis 2005 afin de provoquer de la collaboration entre les différentes institutions (milieu éducatif, médical, médico-social, MDPH...). Mais la récente création du GEVA Sco ne reflète-t-elle pas un manque à combler de collaboration ou d'organisation dans le cadre scolaire ?

Tout cela nous montre que l'inclusion scolaire d'un enfant en situation de handicap est complexe, et d'autant plus si nous considérons les troubles cognitifs de l'enfant (notion de

handicap invisible) : l'appréhension des parents semble refléter une certaine réalité et impliquerait des interventions de formation, d'information, de conseils, de sensibilisation par un acteur qui saurait faire le lien entre le secteur médical et socio-éducatif. C'est un point clé de l'intervention ergothérapique.

I.3) Le développement des apprentissages comme objectif de la scolarisation

Nous interroger sur la scolarisation de ces enfants nous conduit à définir la notion d'apprentissages. Les situations de handicap identifiées, ou l'apparition secondaire des séquelles qui donnent naissance à de nouvelles situations de handicap, engendrent des altérations des capacités d'apprentissages. Celles-ci creusent progressivement l'écart de l'enfant avec les autres enfants de son niveau scolaire, jusqu'à engendrer dans certains cas un échec scolaire.

Dès lors, quels sont les facteurs qui influencent positivement ou négativement l'apprentissage scolaire des élèves ? Vienneau (2011, p. 12), définit l'apprentissage scolaire comme « *le processus interne et continu par lequel l'apprenant construit lui-même sa connaissance de soi et du monde. Il s'agit d'un processus interactif, alimenté par les interactions sociales entre pairs et par la médiation de l'adulte* ». Le savoir de l'enfant est ainsi dépendant de son environnement et son interaction avec celui-ci : il s'enrichit avec la présence de tiers comme les autres enfants et les enseignants par exemple. Cela montre ainsi l'importance pour l'environnement humain de s'intéresser à l'enfant en situation de handicap et d'interagir avec lui de manière adaptée pour construire ces apprentissages.

De plus, Vienneau (2011, p. 23-24) a identifié des facteurs externes (« *tout aspect de l'environnement physique et humain qui exerce une influence directe ou indirecte sur l'un ou l'autre des facteurs internes de l'apprentissage ou sur une combinaison de ces facteurs chez l'apprenant* ») et internes (« *facteurs personnels de l'élève-apprenant qui influencent directement son apprentissage (...) en interaction constante avec les facteurs externes* ») dont dépendent les apprentissages scolaires. Le schéma suivant permet de les représenter (Fig. 1).

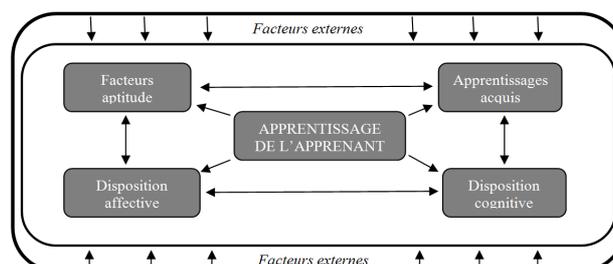


Fig. 1 : Modèle des facteurs essentiels de l'apprentissage scolaire d'après Vienneau.

Les facteurs internes correspondent aux aptitudes, aux apprentissages acquis, aux dispositions cognitives et affectives. Les facteurs externes sont nombreux : ils sont par exemple, l'influence des pairs (camarades et professeurs), la qualité de l'enseignement, l'aide des parents, le niveau socio-économique...

Ces facteurs doivent être évalués afin que des moyens soient développés pour faciliter l'inclusion scolaire de ces enfants. Ainsi, en agissant sur le facteur externe *enseignant*, l'ergothérapeute modifie les facteurs internes de l'enfant et donc influence indirectement ses conditions d'apprentissages.

De plus, lorsqu'un enseignant reçoit un élève en situation de handicap, il doit lui permettre d'apprendre. Cela implique l'adaptation de sa pédagogie à l'enfant, pour poursuivre l'objectif d'inclusion scolaire. Selon l'Association Professionnelle de Professeurs et professeurs d'Administration au Collégial (APPAC), la pédagogie est « *l'art d'enseigner ou les méthodes d'enseignement propres à une discipline, à une matière, à un ordre d'enseignement, à un établissement ou à une philosophie de l'éducation* ». Ainsi, ce terme regroupe « *la science de l'éducation des enfants, une méthode d'enseignement et la qualité d'une personne qui a le sens de l'enseignement* ».

Pour que le milieu scolaire ordinaire puisse répondre aux besoins éducatifs de tous les élèves, une forme spécifique de pédagogie s'est développée depuis les années 90 : la pédagogie de l'inclusion. Celle-ci se base sur le fait que « *chaque apprenant étant unique, les écoles et le processus d'enseignement – apprentissage doivent être structurés de manière à ce que chaque élève reçoive une éducation adaptée à ses caractéristiques personnelles et à ses besoins particuliers* » (Vienneau, 2006, p. 13). L'enseignant ne doit pas considérer que sa classe est composée d'un groupe de 30 apprenants (sous-entendu, un groupe relativement homogène), mais de 30 apprenants individuels.

I.4) Des acteurs déterminants pour la scolarisation de ces enfants

Lorsque l'enfant est à nouveau scolarisé, des acteurs s'ajoutent à l'environnement humain de l'enfant : il n'est plus seulement entouré de sa famille et de l'équipe de rééducation, mais aussi de l'équipe éducative.

Selon le code de l'éducation – article D321-16 (Legifrance, 24 mai 2006), « *l'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur de l'école, le ou les maîtres, les*

parents concernés, le psychologue scolaire, les enseignants spécialisés intervenant dans l'école, éventuellement le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels contribuant à la scolarisation des enfants handicapés ». C'est elle qui se réunit pour ajuster le PPS, en collaboration avec la famille et éventuellement d'autres partenaires. Parmi la dernière catégorie de personnes citée, les AESH peuvent être présents lorsque l'élève en inclusion scolaire en a besoin. Ils permettent à l'enfant un accompagnement en classe sur le long terme. Leur présence et la durée de leur intervention auprès de l'élève est défini par la CDAPH.

Lorsque des difficultés scolaires sont observées, l'équipe paramédicale se joint à l'équipe éducative et à la famille. Pour Ancarno (orthophoniste) et Guillot (ergothérapeute), l'objectif est d'établir un partenariat afin « *d'évaluer et d'analyser les difficultés qui pourraient avoir des conséquences sur les capacités scolaires de l'adolescent traumatisé crânien. Les rééducateurs collaborent alors étroitement avec l'équipe pédagogique exerçant dans la structure* ».

Dans ce projet de recherche, je choisis d'étudier plus particulièrement l'interaction entre ergothérapeutes et enseignants. En effet, ce sont eux qui sont au quotidien avec l'enfant et qui se retrouvent en *première ligne* lorsque des difficultés apparaissent. Les autres personnes de l'équipe éducative comme les AESH, ne sont pas systématiquement présentes aux côtés de l'enfant ou ne le sont que quelques heures par semaine : l'enseignant est alors seul face à l'élève en situation de handicap.

L'ergothérapie est une discipline paramédicale. Elle se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé. « *L'objectif de l'ergothérapeute est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (d'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes ou ANFE). L'ergothérapeute vise l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leurs activités de vie quotidiennes en réduisant ou en supprimant les situations de handicap. Etant au carrefour entre le milieu sanitaire et social, il a des connaissances variées qui lui permettent de comprendre les causes et les conséquences d'une situation de handicap et de savoir ce qui pourrait la compenser afin d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Quelles que soient ses conditions d'exercice, l'ergothérapeute suit une démarche particulière. D'abord il cherche à connaître la personne et son environnement et à cerner ses besoins par l'intermédiaire d'évaluations diverses. En accord avec la personne, il va définir des objectifs à atteindre. Cela va engendrer le développement de divers moyens afin de rééduquer ou compenser les situations de handicap. Enfin, assurer un suivi en évaluant les progrès pour ajuster la prise en soins est important.

Pour développer ses compétences dans cette démarche, l'ergothérapeute doit avoir une vision holistique de la personne et il est primordial d'intégrer à la prise en soins, les acteurs qui gravitent autour de l'enfant comme la famille (d'autant plus lorsque la personne est mineure), les amis, l'équipe éducative, l'équipe pluridisciplinaire...

Dans l'Arrêté du 23 septembre 2014, le référentiel de compétences de l'ergothérapeute est constitué de dix compétences (Fig. 2).

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

Fig. 2 : Référentiel des dix compétences de l'ergothérapeute, d'après l'Arrêté du 23/09/2014.

Ainsi, nous pouvons remarquer que les compétences 5, 6, 8, 9 et 10 concernent directement le développement d'interactions entre ergothérapeutes et enseignants. Les autres compétences le sous-entendent également, même si ce n'est pas explicite.

Lors de la prise en soins de l'enfant en milieu scolaire, une compétence semble donc indispensable : la collaboration avec l'environnement humain de l'enfant (parents, équipe éducative, AESH si nécessaire). Pour Durieux et Thomas, « que la pratique de l'ergothérapeute soit libérale ou inhérente à une structure, la principale condition du bon

accueil de ces enfants passe par un partenariat étroit entre l'équipe pédagogique et l'équipe de soins » (2010). Une collaboration entre les acteurs est importante puisqu'elle est transversale à toutes interventions : en effet, il est difficile d'imaginer un ergothérapeute s'isoler avec l'enfant pour apprendre à utiliser et mettre en place une aide technique en classe. Selon Durieux et Thomas (2010, p. 415), depuis la loi de 2005 qui favorise la scolarisation d'enfants porteurs de handicap, le développement d'un secteur d'activités pour les ergothérapeutes auprès de ces enfants est primordial, que le handicap soit d'origine motrice, cognitive, sensorielle ou psychique.

En effet, par définition, l'ergothérapeute agit dans les milieux de vie des personnes en situation de handicap. Selon les mêmes auteurs, « un enfant partage son temps entre l'école, la maison et ses loisirs extérieurs. L'ergothérapeute doit intervenir dans tous ces lieux afin d'être exhaustif et de cerner au mieux ses besoins » (Durieux et Thomas, 2010, p. 420). Durieux et Thomas écrivent aussi que le fait d'intervenir dans le milieu scolaire de l'enfant va permettre de développer des objectifs d'autonomie et d'indépendance de l'enfant élève (suivi des cours, réalisation des devoirs, apprentissage de l'utilisation d'aides techniques...). Evidemment cela s'inscrit dans une prise en charge globale et vient compléter les objectifs d'autonomie et d'indépendance dans les autres activités de vie quotidienne.

Il est donc tout à fait justifié pour un ergothérapeute de s'intéresser à la scolarité et de se déplacer jusque dans l'établissement scolaire de l'enfant : dans l'idéal, une salle est mise à la disposition de l'ergothérapeute pour qu'il puisse organiser ses séances et agir au sein de l'école, mais ce n'est pas toujours le cas.

Dans le cadre de l'inclusion scolaire, l'ergothérapeute peut exercer : en Service d'Education et de Soins à Domicile (SESSAD) ou en Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile (SSESD) ; dans un établissement médical comme en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) ; dans un établissement médico-éducatif comme en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) ; dans une équipe mobile pour enfants et/ou adolescents ; dans des centres de rééducation et réadaptation pédiatriques ; en libéral.

L'Arrêté du 25 juillet 2013 concernant les enseignants du premier et second degré, établit le référentiel de leurs compétences :

- | |
|--|
| <p>[1] « Faire partager les valeurs de la République ;</p> <p>[2] Inscrire son action dans le cadre des principes fondamentaux du système éducatif et dans le cadre réglementaire de l'école ;</p> <p>[3] Connaître les élèves et les processus d'apprentissage ;</p> <p>[4] Prendre en compte la diversité des élèves ;</p> |
|--|

- [5] *Accompagner les élèves dans leur parcours de formation ;*
- [6] *Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques ;*
- [7] *Maîtriser la langue française à des fins de communication ;*
- [8] *Utiliser une langue vivante étrangère dans les situations exigées par son métier ;*
- [9] *Intégrer les éléments de la culture numérique nécessaires à l'exercice de son métier ;*
- [10] *Coopérer au sein d'une équipe ;*
- [11] *Contribuer à l'action de la communauté éducative ;*
- [12] *Coopérer avec les parents d'élèves ;*
- [13] *Coopérer avec les partenaires de l'école ;*
- [14] *S'engager dans une démarche individuelle et collective de développement professionnel ».*

Fig. 3 : Référentiel des dix compétences de l'enseignant, d'après l'Arrêté du 25/07/2013.

Nous pouvons remarquer une nouvelle fois que différentes compétences s'inscrivent dans la collaboration avec des partenaires (notamment les compétences explicites 10 et 13). Nous pouvons également relever la notion de connaissance de tous les élèves et de prise en compte de leurs processus d'apprentissage (compétences 3 et 4 principalement) : cela renvoie au fait de connaître les capacités et incapacités de l'enfant (notamment s'il est en situation de handicap scolaire), ainsi que les moyens de compensations mis en place. Développer cette compétence est d'autant plus difficile que l'enfant TCC a des troubles cognitifs, donc invisibles et difficilement compréhensibles parfois. A partir de ce constat, l'ergothérapeute, qui connaît l'enfant, ses difficultés et ses habitudes de vie, peut apporter ces informations à l'enseignant pour lui permettre de développer le savoir de l'enfant.

Ces compétences communes nous invitent à nous questionner sur le déroulement et la plus-value de leur interaction pour l'enseignant, face à l'enfant en situation de handicap. Comprendre quels sont les facteurs influençant la collaboration entre l'ergothérapeute et l'environnement humain de l'enfant permettrait de contrôler ces facteurs et de rendre l'interaction efficace afin de permettre à long terme les apprentissages scolaires de l'enfant.

L'étude détaillée du terrain nous amène à nous poser la question de recherche suivante : **comment l'ergothérapeute permet-il à l'enseignant de comprendre l'enfant traumatisé crânio-cérébral en inclusion scolaire et d'ajuster son enseignement à la spécificité des troubles cognitifs ?**

Le but ici est de comprendre le processus de collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant qui permet à ce dernier d'accueillir au mieux, au sein de sa classe, l'enfant traumatisé crânio-cérébral ayant des troubles cognitifs. Ce travail se fait par l'intermédiaire d'une recherche en intelligibilité.

II. Des concepts à identifier

Comment l'ergothérapeute permet-il à l'enseignant de comprendre l'enfant traumatisé crânio-cérébral en inclusion scolaire et d'ajuster son enseignement à la spécificité des troubles cognitifs ? La formulation de cette question de recherche nous invite à conceptualiser nos termes.

Pour ce faire, deux orientations théoriques vont guider nos recherches.

Premièrement, la notion d'interaction entre plusieurs personnes (ici, l'ergothérapeute et l'enseignant) semble faire appel au domaine de la sociologie. Sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la sociologie est définie comme la « *science des faits sociaux humains (considérés comme un objet d'étude spécifique), des groupes sociaux en tant que réalité distincte de la somme des individus qui les composent* ». Ainsi nous pouvons dire qu'elle étudie l'impact de la dimension sociale sur les comportements et les représentations humaines : elle cible l'interaction et plus seulement les individus séparément. Il s'agit donc ici de considérer la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant comme un système complexe et dynamique et plus seulement d'étudier ces professions de façon indépendantes. L'une et l'autre s'influencent mutuellement et c'est cette interaction qui nous intéresse et que nous cherchons à comprendre.

Deuxièmement, pour comprendre les stratégies que l'ergothérapeute va mettre en place pour permettre à l'enseignant de développer ses compétences face à un élève présentant des troubles cognitifs, nous étudions également le domaine des sciences de l'éducation. Selon l'Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions (ONISEP, 2016), « *les sciences de l'éducation s'intéressent à la transmission des savoirs et à l'acquisition des connaissances* ». Elles sont particulièrement liées à la santé, tant dans le domaine de la recherche que dans le domaine de l'éducation et de la formation : elles font appel aux notions d'éducation pour la santé - la santé est un but qui « *relève de l'acquisition d'un comportement du sujet ou du groupe conforme aux normes assurant une bonne santé* » -, à la santé - définie en tant « *qu'occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportement en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance* » - et en santé – elles s'adresse autant « *à des sujets ou groupes de sujets enfants ou adultes non malades, afin de leur permettre de s'approprier l'avancement de la connaissance en matière de santé*

individuelle et collective, sanitaire et sociale, qu'à des personnes ou des groupes momentanément ou définitivement confrontés à des déficiences, carences, handicaps, pathologies, afin de les accompagner dans le processus de changement qu'ils sont en train de vivre » (Eymard, 2004, p. 14-16). C'est dans ce dernier champ que s'inscrit cette étude.

Ma démarche d'exploration s'est composée principalement de lectures sur les thèmes du handicap cognitif dit « invisible », de l'inclusion scolaire d'enfants en situations de handicap, de la formation des enseignants et des interactions possibles entre ergothérapeutes et enseignants. Il s'agit d'ouvrages de synthèse issue de la recherche, de manuels de vulgarisation et également d'ouvrages ou articles scientifiques. J'ai aussi lu différentes thèses, mémoires ou actes de congrès sur ces sujets. J'ai retrouvé très peu de littérature regroupant l'ensemble de ces thèmes, ce qui m'a amené à faire les liens entre eux et à élaborer un questionnaire adressé aux ergothérapeutes s'occupant d'enfants traumatisés crânio-cérébraux. Même si ce questionnaire n'a pas été exploité de façon aussi approfondie que j'aurais pu le souhaiter, il m'a confortée dans l'idée d'une démarche ergothérapique de réadaptation à visée scolaire des enfants traumatisés crânio-cérébraux quand les exigences scolaires nécessitent la prise en compte de leurs troubles au niveau éducatif. Il m'a aussi indiqué le moment où l'ergothérapeute intervient : le plus souvent, l'enfant est déjà rescolarisé et se trouve en difficultés (et non pas en amont de la scolarisation comme je le pensais initialement). L'action de l'ergothérapeute n'est alors pas préventive mais « curative » puisque les troubles se sont déjà exprimés dans le milieu scolaire. Enfin, il m'a orientée vers la notion de sensibilisation des différents acteurs accompagnant l'enfant et m'a donné un aperçu rapide du cadre d'intervention dans les établissements scolaires. Dès lors, la sensibilisation est décrite comme se faisant pendant les rencontres avec les enseignants, donc tout au long de l'année : ce sont ces rencontres qui font qu'il y a sensibilisation. Celle-ci n'est donc pas considérée comme un prérequis à la collaboration : cela est très important à prendre en compte par la suite.

Nous aboutissons finalement à deux concepts centraux : la sensibilisation et la Collaboration Interprofessionnelle.

II.1) La sensibilisation

En 2005, une étude Québécoise sur les besoins des enseignants reliés à l'intégration scolaire des enfants ayant subi un TCC (Beaupré, Desaulniers, Granger et Lepage, cité dans Beauregard et Kalubi, 2011) a mené à trois constats : 1) « *les enseignants disent avoir besoin*

de formation en lien avec (...) le TCC, les différentes méthodes à mettre en place pour faciliter les apprentissages de l'élève, les conséquences de l'état de l'élève sur ses apprentissages... » 2) « ils souhaitent avoir de l'information sur l'élève lui-même, ses caractéristiques, ses forces, ses difficultés, son évolution », 3) « ils expriment le besoin de recourir à un intervenant pivot qui ferait le lien entre les enseignants et le centre de réadaptation ». Selon leurs dires, les enseignants demandent à être formés, ce qui signifie « acquérir des compétences spécifiques supplémentaires ». Mais avant d'atteindre un savoir-faire, ils doivent être en amont capable « de réagir à quelque chose dont ils ont pris conscience » (Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques, INERIS, 2011), d'adapter leur comportement ou leur attitude face à une situation donnée. Cela correspond à l'acquisition d'un savoir et / ou d'un savoir-être, engendrée par la sensibilisation des enseignants : c'est donc une notion qui demande à être approfondie.

Le concept de sensibilisation est utilisé couramment, à bon ou mauvais escient, ainsi que dans de nombreux programmes de santé. Pourtant, la littérature propose très peu de définitions et sa signification reste floue. Sa réussite dépend des objectifs visés et des moyens utilisés : « on ne sensibilise pas de la même façon un enfant qu'un adulte, des professeurs que des décideurs locaux », « on ne choisit pas la même approche pour sensibiliser à la situation des personnes handicapées, pour favoriser l'intégration d'enfants handicapés dans les écoles ordinaires ou pour modifier les attitudes de la communauté à leur égard », « une sensibilisation réussie est une sensibilisation acceptée, c'est-à-dire conforme aux codes culturels du public qu'elle vise ». L'association Handicap International a ressenti le besoin de préciser ce terme afin d'adapter ses actions : « Sensibiliser c'est rendre les personnes attentives, disponibles à un phénomène donné. C'est susciter l'intérêt d'une personne, d'un groupe, ou d'une population. Sensibiliser, c'est faire évoluer des représentations pour modifier durablement des attitudes ». Une mission de sensibilisation est nécessaire lorsque la personne a une représentation erronée de la situation qui lui fait face.

Mornet (2001) décrit deux types de représentations : les « *normatives* » qui sont préexistantes (que nous appellerons initiales) et les « *enactives* » qui sont le sens donné par la personne dans un environnement précis et concret (que nous appellerons finales). Il ajoute que le passage d'une représentation initiale à une représentation finale qui se révèle plus positive génère de la satisfaction. Les deux notions sont donc liées.

Les représentations sont construites tout au long de la vie de la personne en fonction des expériences qu'elle vit et des personnes qu'elle côtoie. En fait, « les représentations sont

l'idée que l'on se fait de quelque chose qui touche à nos facteurs personnels, notre environnement et nos habitudes de vie. Par conséquent, les représentations peuvent varier selon les individus dans différents contextes sociaux » (Paré et al., 2013). Chacun a donc ses propres représentations. Cela implique qu'en vivant de nouvelles expériences, les représentations peuvent se transformer. Dans cette recherche, la nouvelle expérience est assimilée à la rencontre de l'ergothérapeute et de l'enseignant. Le rôle de l'ergothérapeute est alors d'expliquer à l'enseignant ce qu'est le handicap invisible, comment il se traduit sur la scolarisation et de lui faire prendre conscience de l'impact et des enjeux en terme d'apprentissages scolaires. Ainsi, comment cette rencontre va-t-elle modifier les représentations de l'enseignant par rapport aux troubles cognitifs de l'enfant TCC ?

II.2) La Collaboration Interprofessionnelle (CIP)

L'étude du concept de sensibilisation a fait émerger la notion de nouvelle expérience vécue qui correspond dans cette étude à l'intervention de l'ergothérapeute auprès de l'enseignant de classe ordinaire. Cela renvoie au concept de collaboration.

Le terme « collaboration » vient du latin *cum laborare* qui signifie *travailler avec*. « *Elle se réfère à l'idée de partage et suppose une action collective orientée vers un but* » (Nitecki, 2013). Le Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), cité par ce même auteur, décrit la collaboration comme « *une pratique où les prestataires de santé œuvrent de concert avec d'autres membres de leur profession ou d'autres professions, avec leurs patients/clients ainsi qu'avec leur famille. La pratique en collaboration exige un climat de confiance et d'appréciation mutuelle de manière à ce que les prestataires de la santé puissent sentir qu'ils peuvent recourir les uns aux autres et poser des questions sans craindre qu'on porte sur eux un jugement négatif* ». Ainsi, il s'agit de poursuivre des buts communs en analysant les problèmes qui apparaissent pour trouver des solutions adaptées.

Dans ce travail de recherche, il ne s'agit pas de collaborer au sein d'une même profession mais bien en interprofessionnalité. Cette notion « *émerge comme la solution à un problème requérant une plus grande cohésion entre les différentes professions. Il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt que chaque profession puisse travailler en collaboration de façon intégrée avec les autres* » (D'Amour et Oandasan, 2005, cité par Nitecki, 2013). D'ici, naît le concept de collaboration interprofessionnelle.

Nous pouvons observer des nombreuses définitions et théories de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans la littérature. Elle est un concept important pour les organisations quelle que soit leur nature, même si elle l'est particulièrement dans le secteur sanitaire (domaine le plus étudié dans la littérature).

En 2013, Emmanuelle Careau a constaté que ces dernières années, plusieurs auteurs ont cherché à définir ce concept mais cela n'a fait que multiplier les définitions et les terminologies françaises et anglaises. Ainsi, sont utilisés les termes de *collaboration interprofessionnelle*, *interdisciplinarité*, *travail d'équipe*, *interprofessionnalité* ou encore *interprofessional collaboration*, *interdisciplinary collaboration*, *interdisciplinary teamwork*, *multidisciplinary collaboration*... Certains auteurs les utilisent de façon interchangeable, d'autres pointent des différences : cela fait partie de la dynamique et la complexité de ce concept. Nous garderons le terme *interprofessional collaboration*, comme l'a nommé D'Amour dans le modèle qu'il a développé.

En répertoriant et en comparant les différentes définitions, elle a constaté que tous les auteurs s'accordaient pour dire que le phénomène est « *une action collective, un partenariat entre plusieurs professionnels de disciplines différentes qui travaillent ensemble vers l'atteinte d'un but commun, soit d'offrir des soins et services de santé de qualité à la personne et ses proches* ». En complément, Kosremelli-Asmar et Wacheux (2007) identifient trois caractéristiques élémentaires d'une pratique en collaboration interprofessionnelle : « 1) *Parce qu'elle met en lien différentes professions et favorise une approche intégrée des services, la collaboration interprofessionnelle produit une plus grande satisfaction au travail et une augmentation des connaissances en raison du partage entre disciplines ou professions ; 2) La collaboration interprofessionnelle pose aux gestionnaires le défi de diagnostiquer la collaboration et d'identifier les actions pour l'intensifier ou la renforcer ; 3) La collaboration interprofessionnelle favorise une approche holistique des besoins de l'individu et par conséquent y répond mieux* ». Cela impose à chacun de reconnaître la complémentarité des compétences afin de mieux comprendre les capacités et incapacités de l'enfant et d'agir de façon adaptée pour valoriser ses apprentissages.

Cette recherche dans la littérature nous a donc permis de conceptualiser la recherche. La problématique qui émerge est la suivante : **comment la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'enseignant permet-elle de sensibiliser ce dernier aux troubles cognitifs de l'enfant traumatisé crânio-cérébral en inclusion scolaire ?**

III. Une méthode d'analyse à construire

Comment la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'enseignant permet-elle de sensibiliser ce dernier aux troubles cognitifs de l'enfant traumatisé crânio-cérébral en inclusion scolaire ? Afin de pouvoir y répondre, nous allons construire un modèle d'analyse qui permet d'articuler les concepts identifiés et de construire des hypothèses de travail.

Un des concepts centraux est la Collaboration Interprofessionnelle. Celle-ci comporte différents enjeux qui déterminent ses conditions d'existence, par sa diversité de points de vue et de ses acteurs (individus différents, groupes professionnels différents, structures et organisations différentes). Une représentation de la collaboration interprofessionnelle a été synthétisée dans la figure 4 par le groupe de travail de l'Ecole en chantier (2007).

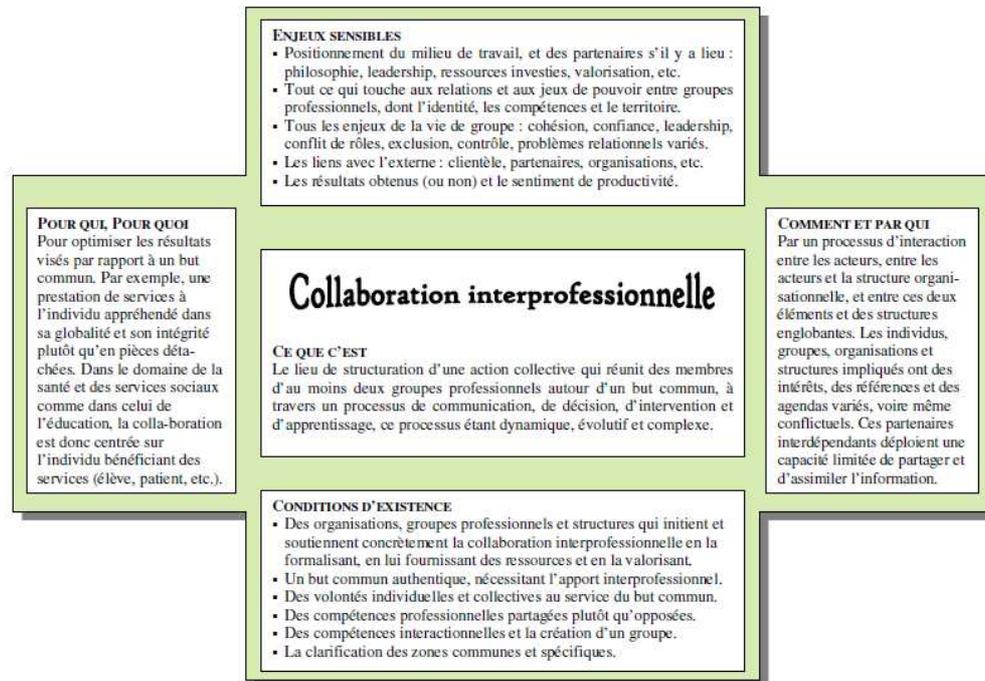


Fig. 4 : Représentation de la collaboration interprofessionnelle : raison d'être, nature, concrétisation, enjeux sensibles et conditions d'existence.

Pour avoir une vue d'ensemble de cette collaboration, Fourez perçoit la collaboration comme « un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication d'idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant » (2001, cité par Nitecki, 2013). Les différents niveaux de collaboration dépendent de cinq axes de collaboration en santé et services sociaux (Fig. 5),

selon le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en Santé et Services Sociaux (RCPI) : le contexte (complexité de la situation vécue par la personne et ses proches), les objectifs de collaboration (informer, demander un avis, se coordonner, partager les décisions et les actions), l'interaction entre les individus (intensité de l'interdépendance entre les intervenants), l'intégration des savoirs (unidisciplinarité, multidisciplinarité ou interdisciplinarité) et les outils (dossier centralisé, formulaires, plan de services, plan d'intervention interdisciplinaire : plus la pratique de collaboration est intense, plus il est utile de mettre en place différents outils pour la formaliser et la structurer).

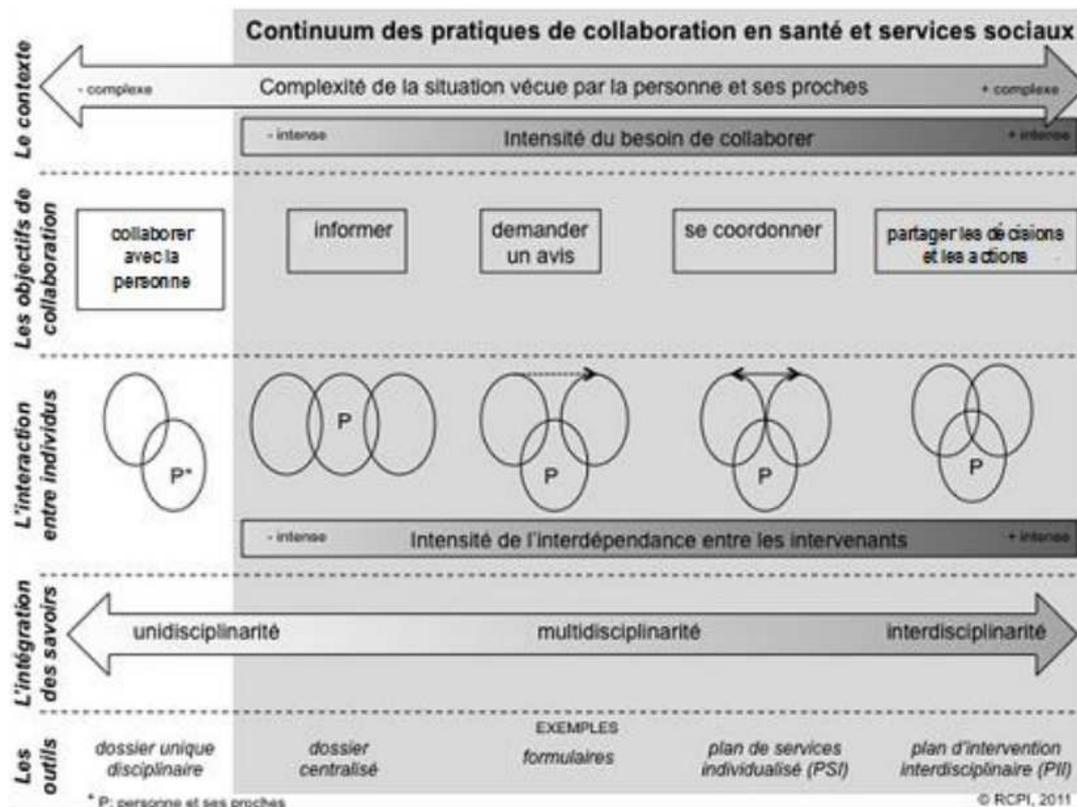


Fig. 5 : Représentation du continuum des pratiques de collaboration en santé et services sociaux d'après la RCPI.

De plus, en 2004, D'Amour et Oandasan (cités par un groupe de travail de l'École en chantier, 2007) ont analysé sept modèles, présents dans la littérature, pour tenter de comprendre ce concept complexe.

Pour mener à bien ce travail de recherche, l'un d'entre eux peut nous sembler intéressant puisqu'il s'intéresse à l'organisation sociale de celle-ci : le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et al. La collaboration est considérée comme un système local d'actions résultant d'un ensemble de règles (formalisation) et de relations

humaines (stratégies des intervenants). Ces auteurs « *voient l'action collective comme un produit des actions et des comportements des différents partenaires* »¹ (D'amour, 2008).

Dans ce modèle, le processus de collaboration est décomposé en quatre dimensions interdépendantes. Nous tirons les définitions suivantes des écrits de l'Ecole en Chantier (2007) qui a fait une traduction des écrits de D'Amour. Il comprend :

- **Deux dimensions relationnelles :**

- La finalisation se réfère à « *l'existence d'objectifs communs et à leur appropriation par les membres de l'équipe, ainsi qu'à la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples, de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration* » (l'Ecole en chantier, 2007). Elle est donc composée d'objectifs communs, d'une approche centrée sur le client.
- L'intériorisation correspond à « *la prise de conscience par les membres du groupe de collaboration, de leur interdépendance et de l'importance de gérer celle-ci* ». Cette dimension sous-entend donc « *une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires ainsi que des rapports de confiance et un consensus autour du partage de responsabilités* » (l'Ecole en chantier, 2007).

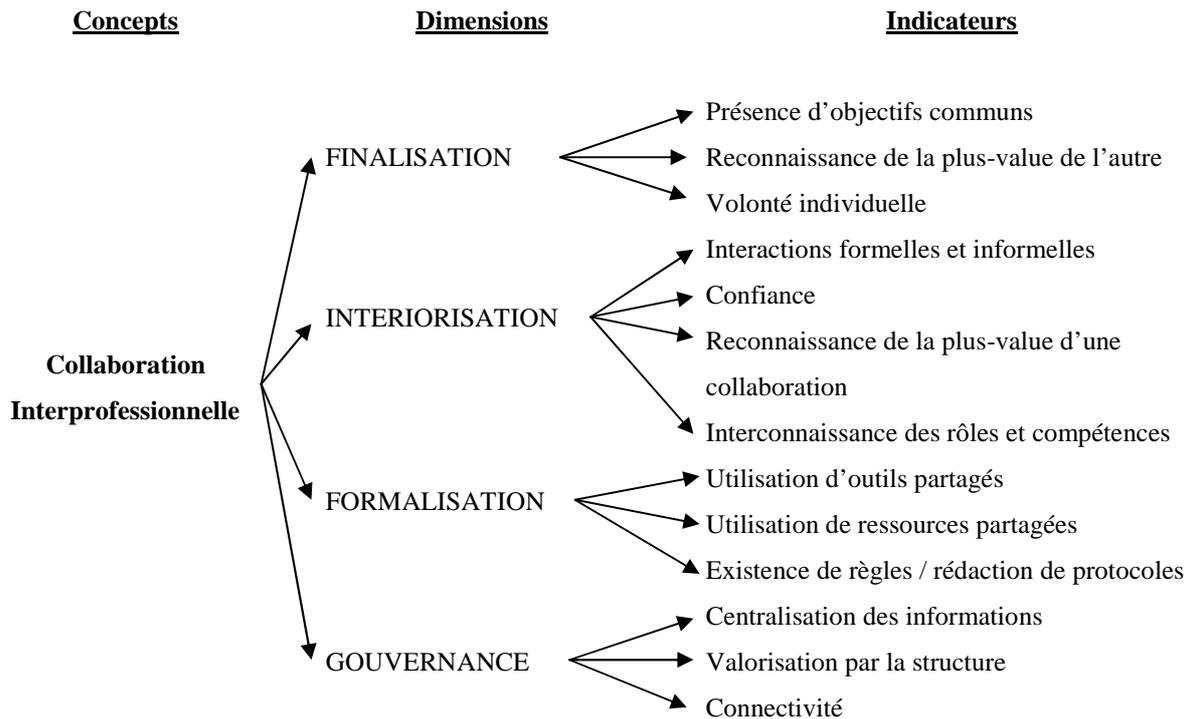
- **Deux dimensions organisationnelles :**

- La formalisation est « *l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures* » (l'Ecole en chantier, 2007). Cela correspond à l'utilisation d'outils et de ressources partagés ainsi qu'à l'existence de protocoles et de règles structurant les échanges.
- La gouvernance traite « *de la centralité, du leadership, de l'expertise et de la connectivité* » (l'Ecole en chantier, 2007).

La représentation de la CIP par l'Ecole en Chantier, le continuum des pratiques de collaboration en santé et services sociaux et le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, nous permettent de mieux cerner les dimensions qui sous-tendent le concept de Collaboration Interprofessionnelle. Ils nous fournissent des indicateurs pour la repérer (Tab. II).

¹ Texte traduit librement.

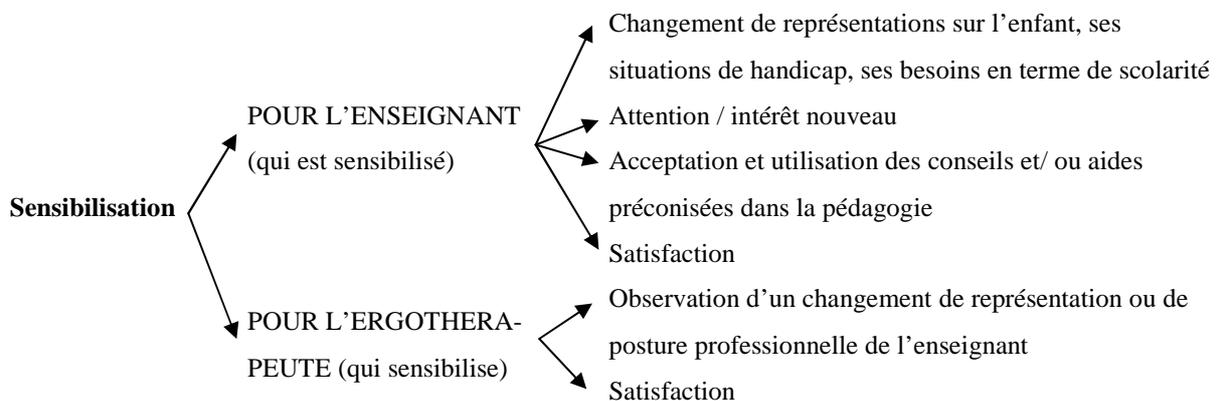
Tab. II : Dimensions et indicateurs de la CIP.



Ces dimensions et indicateurs vont nous permettre de repérer les caractéristiques de la CIP telle qu'elle se déroule en pratique et d'observer son influence sur la sensibilisation de l'enseignant par l'ergothérapeute. Nous avons vu dans la partie précédente qu'elle est identifiée suite à un changement de représentations et de postures professionnelles de l'enseignant ainsi qu'au ressenti ou non d'un sentiment de satisfaction suite à cette expérience de collaboration.

Pour ce qui est de la sensibilisation, les indicateurs diffèrent s'il s'agit d'une personne qui est sensibilisée (ici, l'enseignant) ou d'une personne qui sensibilise (ici, l'ergothérapeute). Ces deux concepts, leurs dimensions ainsi que les indicateurs retenus sont récapitulés dans le tableau suivant (Tab. III).

Tab. III : Dimensions et indicateurs de la sensibilisation.



Suite à la définition des concepts au regard de la littérature et l'identification de ces dimensions et indicateurs nous pouvons suggérer que les quatre dimensions de CIP permet à l'ergothérapeute de sensibiliser l'enseignant au handicap invisible de l'enfant. Cette sensibilisation correspond à la transformation de la représentation initiale de l'enseignant en une représentation finale différente et supposée plus adaptée. Voici le modèle d'analyse construit qui nous permettra de répondre à l'objet de recherche. Il est représenté sous forme de schéma (Fig. 6).

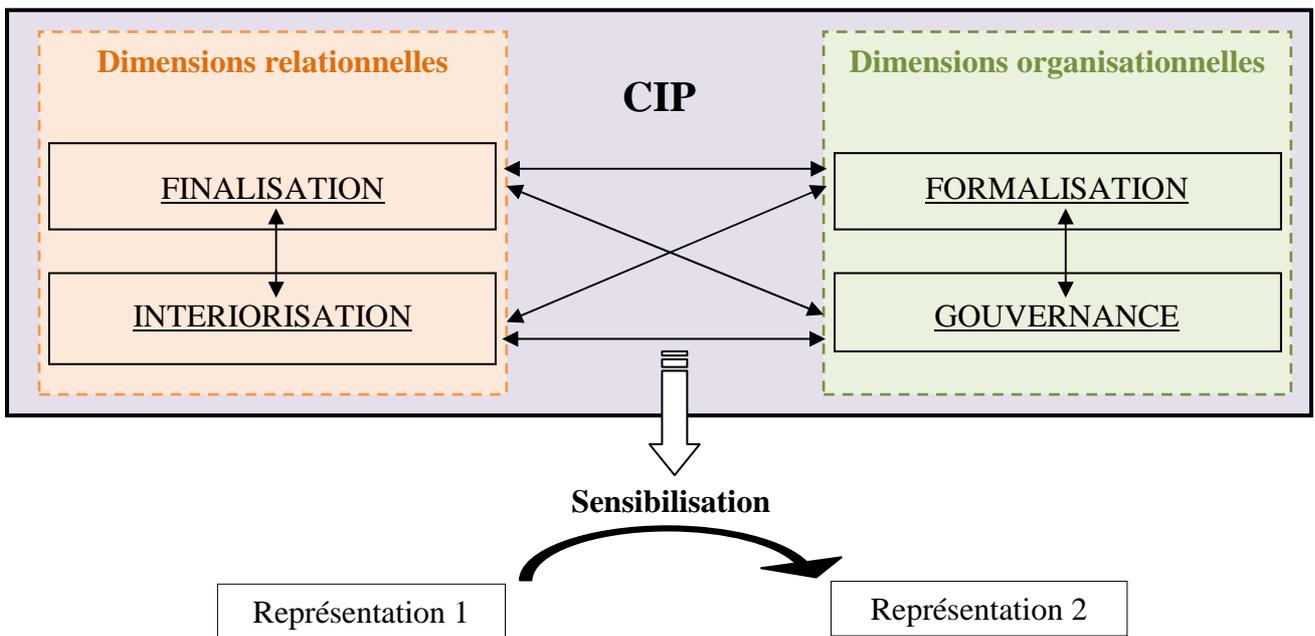


Fig. 6 : Représentation du modèle d'analyse de cette recherche.

L'hypothèse que nous posons sous la forme de ce schéma est : si la CIP entre ergothérapeute et enseignant comprend une part relationnelle et une part organisationnelle, alors la sensibilisation de l'enseignant aux troubles cognitifs de l'enfant TCC est effective.

IV. Une investigation à mener sur le terrain

Pour valider ou non les hypothèses et répondre à la problématique de cette recherche, il est indispensable de construire un modèle d'investigation permettant de recueillir les données du terrain. Les choix effectués précédemment, notamment la formulation de la problématique, les orientations théoriques et le modèle d'analyse, nous orientent vers une méthodologie précise. Trois questionnements nous permettent de définir ce modèle d'investigation : observer quoi ? - les données à recueillir -, observer comment ? - la méthode d'investigation - et enfin, observer qui ? - la population à cibler.

IV.1) Données à recueillir et méthode d'investigation

Dans ce travail de recherche, nous cherchons à comprendre comment la collaboration interprofessionnelle permet à l'ergothérapeute de sensibiliser l'enseignant de classe ordinaire aux troubles cognitifs de l'enfant TCC. Nous avons vu précédemment, grâce aux recherches bibliographiques que la collaboration interprofessionnelle comprenait une part plutôt objective (comme l'utilisation d'outils, la définition de temps de rencontre...) mais aussi une part plus subjective (comme la volonté individuelle à collaborer, la valorisation des compétences de chacun...). De plus, le concept de sensibilisation renvoie aux notions de représentation personnelle et de changement de cette représentation par une expérience vécue. Il s'agit donc ici de recueillir les expériences concrètes de collaboration des ergothérapeutes et des enseignants et d'étudier comment celles-ci modifient les représentations et la posture professionnelle des enseignants face aux enfants en difficultés scolaires de la classe.

Même 10 ans après la loi de 2005, la littérature montre que l'accueil des enfants en situation de handicap en classe ordinaire n'est pas toujours facile et souligne notamment un défaut de collaboration entre structures médico-sociales et éducatives. Avoir accès aux expériences personnelles des différents acteurs, soit ergothérapeutes et enseignants, semble indispensable, tant dans le vécu que la pratique. Pour parvenir à identifier cela, la méthode qualitative paraît être la plus pertinente. Cette dernière permet de s'adapter à chaque interlocuteur : elle vise la qualité du discours plutôt que la quantité de discours recueillis. Cette méthode nous permet de comprendre ce processus de changement de représentation, de faire le lien avec l'expérience vécue et de comprendre aussi les enjeux de la collaboration interprofessionnelle. De plus,

selon un essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives, l'approche quantitative ne pourrait convenir par son « *manque d'importance donné au point de vue de l'enquête* » (Couvreur et Lehuede, 2002).

Pour mener à bien cette recherche qualitative, nous sélectionnons l'entretien semi-directif comme outils d'investigation. En effet, selon ce même essai, il permet de « *recueillir des témoignages détaillés et individualisés afin de comprendre les logiques qui sous-tendent les pratiques* » et « *d'entrer dans le champ des représentations et des pratiques individuelles* ». Comme toutes méthodes, celle-ci a ses limites : en effet, « *l'entretien convient à l'étude de l'individu et des groupes restreints, mais est peu adapté et trop coûteux lorsqu'il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes et que se pose un problème de représentativité* » (Blanchet et Gotman, 2014, p. 37). Dans ce travail, nous ne pourrons généraliser à une société entière au vu du nombre réduit de personnes interrogées. De plus, elle exige du temps pour la confection, la réalisation et l'analyse. Il existe aussi un risque de biais de la part de l'interviewer, de par sa subjectivité.

Afin de préciser la méthode d'investigation, nous nous orientons vers *l'entretien compréhensif* de Kaufmann. Dans cette démarche où les interviewés deviennent des informateurs, il s'agit de découvrir leurs catégories de pensée afin de conduire les entretiens de façon efficace. Cette position d'informateur implique que « *pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation* », donc « *rompre la hiérarchie sans tomber dans une équivalence des positions* » (Kaufmann, 2016). L'enquêteur doit être mobilisé, curieux, empathique et engagé : « *il doit lui-même exprimer ses idées et émotions* » (Kaufmann, 2016, p. 52), afin de faire un pas dans le monde de l'informateur. L'objectif de cet entretien est la mise en évidence des processus sociaux par la compréhension dont la personne pense et agit. Ainsi, nous tenterons par la suite de comprendre l'expérience vécue de collaboration entre ergothérapeute et enseignant, pour identifier ce qui a permis à ce dernier d'avoir une représentation adaptée de la situation de l'enfant.

IV.2) Population ciblée

Afin de mener à bien cette investigation sur le terrain, définir qui nous souhaitons interroger est primordial. Ici, nous souhaitons recueillir l'avis d'ergothérapeutes d'une part, et

d'enseignants d'autre part. Déterminons pour chacun d'entre eux les critères d'inclusion et d'exclusion.

En ce qui concerne les ergothérapeutes, nous souhaitons :

- Qu'ils exercent en France.
- Qu'ils exercent actuellement en pédiatrie.
- Qu'ils accompagnent ou qu'ils aient accompagné dans le cadre scolaire ordinaire (du Cours Préparatoire à la troisième) des enfants TCC avec une prédominance de troubles cognitifs.
- Qu'ils aient une expérience de collaboration avec l'enseignant de classe ordinaire d'au moins une année scolaire.

Aucune restriction n'est posée quant au type de structure dans lequel ils exercent, à l'âge qu'ils ont et au lieu d'exercice au sein du territoire français.

En ce qui concerne les enseignants, nous souhaitons :

- Qu'ils exercent en France.
- Qu'ils enseignent du Cours Préparatoire à la troisième.
- Qu'ils accueillent ou aient accueilli au sein de leur classe un enfant suivi par un ergothérapeute pour des troubles cognitifs (et troubles associés) suite à un TCC.
- Qu'ils aient une expérience de collaboration avec l'ergothérapeute d'au moins une année scolaire.

De même, aucune restriction n'est posée quant à leur âge ou leur lieu d'exercice au sein du territoire français.

Pour le recrutement des participants, nous choisissons de contacter dans un premier temps, les ergothérapeutes. L'approche des enseignants se fait par l'intermédiaire des ergothérapeutes interrogés. Une première sollicitation a été faite par une publication sur un groupe professionnel du réseau social *Facebook*. De là, des pistes de recherche ont émergé, même si elles étaient peu nombreuses. Une recherche internet d'autres lieux potentiels accueillant ces enfants, doublée de discussions avec différents formateurs et avec mes anciens tuteurs de stage, sont venues compléter la liste des ergothérapeutes à joindre. Finalement, 28 établissements comptant un ou plusieurs ergothérapeutes ont été contactées par téléphone (en priorité) et par mail. Lors de ce premier contact, les critères d'inclusion ont été vérifiés suite à l'annonce du thème et de la problématique de ce travail de recherche. Une demande

d'entretien leur a été faite et suite à leur consentement, nous avons défini selon leurs préférences, une date, une heure et un moyen de communication.

Parmi les structures contactées, certains ergothérapeutes n'ont pas donné suite, d'autres ne répondaient pas aux critères d'inclusion et d'autres encore n'ont pas pu trouver de créneaux dans leur emploi du temps pour répondre. Nous avons finalement pu réaliser trois entretiens avec des ergothérapeutes. A la fin de chaque entretien, une demande de contact avec l'établissement scolaire concerné a été effectuée. Un seul d'entre eux a donné une réponse positive : un entretien a donc été réalisé avec une enseignante.

Nous pouvons relever certains biais à ce stade de l'investigation. En effet, le peu d'entretien avec chaque type de professionnel ne permet pas de tirer des conclusions généralisables à d'autres situations. Nous devons être vigilants également à d'éventuelles interprétations du discours des ergothérapeutes puisqu'ils ne pourront parler que de leur ressenti de la collaboration et de la sensibilisation et cela ne sera pas vérifié par les dires des enseignants. Enfin, étant donné que des structures ont été contactées dans tout le territoire français, nous ne pourrions effectuer les entretiens que par téléphone.

IV.3) Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit selon la méthodologie de *l'entretien compréhensif* de Kaufmann.

Pour réaliser des entretiens semi-directifs, les questions doivent être suffisamment ouvertes pour laisser une liberté de réponse à l'interviewé mais précises afin de centrer la discussion autour des thèmes identifiés.

Blanchet et Gotman citent deux étapes afin de construire ce guide : « *la formulation d'une consigne (instruction de l'interviewer qui définit le thème du discours attendu de l'interviewé) et la préfiguration d'axes thématiques* » (Blanchet et Gotman, 2014, p. 59). Kaufmann nous précise également qu'il s'agit d'élaborer une grille associant une suite de questions logiques associées à ces thèmes. C'est un guide, dit souple, car l'enquêteur va les adapter aux réponses de l'informateur et qui doit privilégier les *comment* plutôt que les *pourquoi* afin de faire émerger des processus.

Nous faisons le choix de faire un seul guide d'entretien (annexe I) pour les deux types d'informateurs (ergothérapeutes et enseignants) puisque les thèmes sont identiques : seule la

formulation des questions diffère parfois. Ainsi, cinq thèmes principaux sont identifiés pour ce guide : les représentations ou postures professionnelles, la collaboration interprofessionnelle, le changement de représentations ou de postures professionnelles, le vécu de la collaboration interprofessionnelle et l'atteinte des objectifs. A ces thèmes, nous avons associé des questions principales en tentant d'entrer précisément dans le sujet sans être directif.

Dès le début de l'entretien, nous choisissons de focaliser la discussion sur une prise en soin particulière, c'est-à-dire sur un enfant donné. L'objectif étant de recueillir les représentations et le vécu de la collaboration, centrer l'entretien sur une situation concrète semble judicieux. Cela va nous permettre de nous rendre compte des éléments divergents ou consensuels entre les ergothérapeutes et les enseignants de façon précise et contextualisée. Cela permet aussi d'éviter de diverger sur des enfants ayant d'autres problématiques (comme des troubles moteurs prédominants sur les troubles cognitifs), d'origines différentes (comme des enfants ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral par exemple).

En complément, les relances sont aussi des éléments clés de l'entretien puisqu'elles permettent de « *solliciter l'interviewé sur des aspects du thème qu'il a traité d'une manière trop rapide ou superficielle* » (Couvreur et Lehuede, 2002). Elles nécessitent une écoute active et une réactivité importante lors des entretiens mais elles doivent être réfléchies en amont. Pour construire notre guide, nous avons anticipé des questions de relance potentielles, mais cette liste reste non exhaustive. Elles ont été utilisées durant les entretiens et ont été complétées par d'autres (Tab. IV) : leur catégorisation s'appuie sur l'essai du Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (Couvreur et Lehuede, 2002) et sur le livre de Blanchet et Gotman (2014).

Tab. IV : Présentation des types de relances illustrés d'exemples concrets.

Types de relances	Exemples lors des entretiens
La reformulation	<i>Ens : « et donc ça, ce n'est pas toujours évident de le prendre en compte tout le temps », M : « ce sont des choses parfois plus difficilement maitrisables »</i>
L'écho	<i>EI : « il y avait des choses qui avaient bougé », M : « des choses qui avaient bougé... »</i>
L'interprétation	<i>« si j'ai bien compris, c'était l'enseignante spécialisée de l'équipe du SESSAD qui venait avec vous ? »</i>

Le recentrage	<i>« peut-être qu'on pourra se recentrer sur une période plus récente pendant laquelle vous avez suivi T ? »</i>
Les marques d'écoute	<i>« d'accord », « je vois », « ah oui ! » Rire, acquiescement.</i>
Les silences significatifs	<i>« euh... », « ben... », « ... »</i>
Les demandes d'éclaircissement	<i>« pouvez-vous m'expliquer ce que sont exactement ces feuilles d'aménagement pédagogique ? »</i>
Les demandes d'approfondissement	<i>« Y a-t'il eu d'autres moyens de contacts utilisés ? », « les difficultés que vous avez citées, ce sont des choses que vous avez aussi observées en classe avec T ou simplement des échos de vos collègues ? »</i>

Les entretiens ont duré 38 minutes en moyenne. Ils ont été effectués par téléphone du fait de la distance importante avec les participants. Ce moyen permet de recueillir le discours verbal ainsi que les émotions exprimées (rire, hésitation, accentuation de certains mots, soupirs...) mais ne permet pas d'identifier ce qui relève du non-verbal : cela peut conduire à des interprétations erronées ou à un manque d'informations, qui laissent potentiellement place à des biais. Ces entretiens ont été enregistrés, après acceptation des personnes, à l'aide de l'application *Call Recorder* sur Smartphone.

V. Des données à analyser

Le modèle d'investigation construit ci-dessus permet le recueil de données qualitatives. Afin de valider ou non notre hypothèse et de répondre à la problématique, nous devons analyser ces données extraites terrain : pour cela, nous exposons successivement les matériaux empiriques bruts et le traitement de ces matériaux pour les analyser. Nous finirons par discuter des résultats en perspective de notre modèle d'analyse et de notre problématique, en apportant un regard critique sur notre travail.

V. 1) Présentation des matériaux bruts

Afin de répondre à la problématique, nous avons envisagé dans le modèle d'investigation, d'effectuer des entretiens auprès d'ergothérapeutes et d'enseignants : l'objectif était d'avoir le vécu de l'expérience de collaboration et de sensibilisation des deux partis accompagnants l'enfant. Les entretiens ont été effectués auprès de trois ergothérapeutes et une enseignante. La taille de l'échantillon étant réduite (manque de temps et de moyens), des biais seront à prendre en compte dans l'analyse des matériaux puisque le vécu et les représentations des enseignants ont été recueillis en grande partie à travers les paroles des ergothérapeutes.

Nous choisissons d'inclure les quatre entretiens réalisés à cette recherche car chacun apporte des données pertinentes quant à notre objet de recherche. Ils ont tous été retranscrits pour être analysés : un exemple avec un ergothérapeute se trouve en annexe II et celui avec l'enseignante se trouve en annexe III. Afin de simplifier l'écrit, les ergothérapeutes sont désignés par la lettre *E* associée au numéro de l'entretien (l'ergothérapeute du premier entretien est par exemple appelé E1) et l'enseignante, par les lettres *Ens*.

Afin de mieux identifier et comprendre le contexte d'exercice des ergothérapeutes interviewés, nous synthétisons leurs caractéristiques dans le tableau suivant (Tab. V).

Tab. V : Présentation du contexte d'entretien pour chaque ergothérapeute interrogé.

Caractéristiques	E1	E2	E3
Cadre d'exercice :	Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents (EMEA).	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).

Temps de travail :	A 40 %.	A 100 % au moment de la prise en soins du jeune, à 80 % actuellement.	A 50 %.
Durée d'exercice dans ce lieu :	Presque 6 ans.	9 ans.	10 ans.
Expériences complémentaires en pédiatrie :	Non.	Non.	Oui.
Habitude ou non à collaborer avec le milieu scolaire dans leur exercice :	Très souvent, quasiment à chaque fois pour les enfants qui ont un suivi en ergothérapie.	Systematiquement pour les enfants d'âge scolaire, au maximum sur le temps scolaire.	En majorité, essaie que ce soit systématique.
Situation présentée :	<i>Cas de T, actuellement en CM1 mais suivi par E1 durant l'année de CE2.</i>	<i>Cas de M, actuellement en Institut Médico-Professionnel mais suivi par E2 durant sa 5^{ème}, 4^{ème} et 3^{ème} au collège.</i>	<i>Cas de G, actuellement en 3^{ème} mais suivi par E3 en 4^{ème}.</i>
Durée de l'entretien :	50 minutes.	42 minutes.	32 minutes.

Les trois ergothérapeutes interrogées ont une longue expérience dans leur domaine, même si deux d'entre elles n'ont pas eu d'autres expériences en pédiatrie. Deux travaillent en SESSAD, une en équipe mobile et elles disposent de temps d'intervention très hétérogènes. De plus, les situations étudiées se distinguent par le fait que les interventions se déroulent soit en école primaire, soit au collège. Cela entraîne des différences de cadres d'intervention à prendre en compte au regard des résultats obtenus.

En ce qui concerne l'enseignante interrogée, elle exerce actuellement en école primaire. Elle a déjà côtoyé des jeunes en situations de handicap puisqu'elle a effectué des remplacements en milieu spécialisé auprès d'enfants malentendants et handicapés mentaux notamment et a rencontré dans le milieu ordinaire des enfants dyslexiques. Elle signale en revanche qu'elle n'avait jamais enseigné auprès d'enfants TCC. Elle ajoute qu'elle avait déjà eu des enfants ayant de l'ergothérapie en dehors du milieu scolaire (mise en place de l'ordinateur par exemple) mais la situation décrite était son premier véritable contact avec un ergothérapeute. Nous nous sommes focalisées durant l'entretien sur T, actuellement en CM1, le même jeune dont avait parlé E1, qui l'avait suivi jusqu'en CE2 avec un autre instituteur. Voici ce que l'enseignante a pu me dire quant à sa pratique professionnelle : « *Humainement, aussi j'ai*

l'habitude de travailler un peu en différenciation, c'est-à-dire que, que ce soit des enfants ... sans handicap déjà décelé, je vois bien que tout le monde n'a pas le même rythme et que c'est important d'être à l'écoute des élèves, quoi. Donc euh, j'ai déjà une pratique un peu différenciée. Je travaille un peu selon les méthodes Freinet, en m'en inspirant en tout cas, si vous en avez déjà entendu parler... c'est-à-dire un rythme de travail adapté un peu à chacun, si possible. Donc ça, ça fait déjà partie de mes pratiques. Du coup j'ai un petit peu d'attention aux enfants qui ont des besoins particuliers... ou qui n'ont pas de besoins particuliers et qui justement peuvent mener leur petit bonhomme de chemin pendant que je m'occupe des autres. ». Nous pouvons déjà constater une certaine attention à s'adapter aux enfants présents au sein de sa classe. L'entretien a duré 28 minutes.

Les cinq thèmes du guide d'entretien ont été abordés de façon plus ou moins développée en fonction des personnes interrogées. Certains thèmes auraient pu être précisés davantage mais le temps alloué à l'entretien par les ergothérapeutes était restreint. *E1* notamment n'a pas pu consacrer plus de temps à l'entretien, ayant des contraintes personnelles et professionnelles.

V.2) Traitement des matériaux bruts

Une étape préalable à l'analyse des matériaux est nécessaire : le classement des données. Dans ce but, Bardin définit l'analyse de contenu comme « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés* » (1977, p. 43). Elle décrit trois méthodes dans son ouvrage : l'analyse structurale, thématique et formelle. Celle qui semble la plus adaptée pour notre étude est l'analyse thématique : elle est un « *outil classique pour l'étude des opinions par la catégorisation des énoncés dans des thèmes d'analyse* » (Negura, 2006). Le but de ce type d'analyse est de « *repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé. Dans ces conditions, il s'agit de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle* » (Negura, 2006). Afin d'atteindre cet objectif, nous devons passer par deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation.

Afin de minimiser la subjectivité et l'interprétation, le traitement des données devrait être effectué de nouveau par d'autres chercheurs. Cependant nous ne pourrions pas le mettre en pratique dans le cadre de ce mémoire : cela laissera potentiellement place à des biais.

Dans un premier temps, un tableau (annexe IV) nous permet de classer les différents verbatim exprimés par les ergothérapeutes et l'enseignant en fonction des thèmes, des sous-thèmes, ainsi que de répertorier leur fréquence d'apparition.

Deux types d'interlocuteurs ont répondu à la demande. Nous analyserons dans un premier temps les quatre discours sans tenir compte de cette différence, afin d'identifier quels sous-thèmes et thèmes ont été évoqués le plus. Il s'agira ici de les considérer en tant que personnes et non en tant qu'enseignant et ergothérapeutes. Puis, nous comparerons les dires des ergothérapeutes et de l'enseignant afin de repérer les points sur lesquels ils s'accordent ou divergent.

V.2)a. Traitement des discours des personnes pour comprendre le processus de sensibilisation à travers la CIP.

Afin de mener à bien cette analyse, nous choisissons d'étudier chaque thème successivement par l'intermédiaire de tableaux thématiques. Ils permettent de visualiser les relations entre les verbatim recueillis et les sous-thèmes en faisant apparaître :

- Le nombre de personnes ayant évoqué le sous-thème afin de quantifier le nombre de personnes l'ayant verbalisé (cela permet de pondérer les fréquences relatives suivantes).
- La fréquence absolue des fragments émis par sous-thème pour visualiser le nombre total de verbatim par sous-thème.
- La fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème, pour identifier l'importance du sous-thème au sein du thème.
- La fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble afin d'identifier l'importance du thème dans l'ensemble des discours recueillis.

Pour traiter les matériaux bruts, nous analyserons successivement les quatre thèmes identifiés en se servant du tableau de l'annexe IV et des tableaux décrits ci-dessus.

✓ LA SENSIBILISATION :

Etudions dans un premier temps les représentations ou postures initiales des enseignants.

Les verbatim appartenant à ce thème ont été regroupés selon deux sous-thèmes : les *représentations / postures initiales adaptées* incluant la perception de difficultés scolaires

liées aux séquelles cognitives, la prise en compte de ces difficultés dans leur pratique et la mise en place de moyens adaptés pour l'enfant avant l'intervention de l'ergothérapeute au sein de la classe ; les *représentations initiales / postures initiales inadaptées* regroupant des paroles ou des agissements ne tenant pas compte du traumatisme de l'enfant (colère, cris, reproches, incompréhensions...).

Tab. VI : Thème des représentations et postures professionnelles initiales.

Sous-thèmes	Nombre de personnes l'ayant évoqué (/ 4)	Fréquence absolue des fragments émis par sous-thèmes	Fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème (%)	Fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble
Adaptées	3	8	18	13
Inadaptées	4	36	82	

Dans ce tableau, nous observons que toutes les personnes interrogées ont évoqué des représentations et postures de l'enseignant à 82 % inadaptées, avant l'intervention de l'ergothérapeute. Une personne sur les quatre n'a pas mentionné de représentation ou posture adaptée aux spécificités des troubles cognitifs de l'enfant.

Dans un second temps, analysons le changement de représentations des enseignants suite à l'intervention de l'ergothérapeute. Trois sous-thèmes ont également été identifiés : *l'absence de changement* montrant que malgré la CIP, la sensibilisation n'a pas été effective ; l'identification de *raisonnements différents* correspondant à un changement dans l'intérêt porté à l'enfant, l'identification et la compréhension de ses progrès, la manière de réfléchir sa scolarité et son orientation future (...); l'identification *d'agissements différents*, comme un aboutissement de la prise de conscience, correspondant à un ajustement de la manière d'enseigner, une acceptation et une prise en considération nouvelle d'aides matérielles ou pédagogiques pour l'enfant (...).

Tab VII : Thème du changement des représentations et postures professionnelles.

Sous-thèmes	Nombre de personnes l'ayant évoqué (/ 4)	Fréquence absolue des fragments émis par sous-thèmes	Fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème (%)	Fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble
Pas de changement	2	8	17	14
Raisonnements différents	4	20	44	
Agissements différents	4	18	39	

Suite à l'intervention de l'ergothérapeute, 83% des enseignants ont modifié leurs représentations et postures auprès de l'élève, contre 17% d'inchangées. Toutes les personnes

s'accordent à dire qu'elles ont observé ces changements et seulement deux font état d'une absence de changement. Les changements sont exprimés à 44% dans l'identification de raisonnements différents et à 39% dans l'identification d'agissements différents.

✓ L'INFLUENCE SUR LA SCOLARITE DE L'ENFANT :

Deux sous-thèmes ont été dégagés de ce thème au vu du discours des personnes interrogées : une *influence effective* qui regroupe les bénéfices que l'enfant a pu tirer indirectement de cette collaboration ; une *influence non effective* lorsque l'enfant n'a pas bénéficié d'ajustement au niveau de sa scolarisation et que celle-ci est, par conséquent, décrite comme étant peu adaptée à lui.

Tab VIII : Thème de l'influence sur la scolarité.

Sous-thèmes	Nombre de personnes l'ayant évoqué (/ 4)	Fréquence absolue des fragments émis par sous-thèmes	Fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème (%)	Fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble
Effective	4	19	79	7
Non effective	2	5	21	

Malgré le peu de verbatim se rapportant à ce thème par rapport à l'ensemble (fréquence relative de 7 %), 79 % des verbatim de ce thème nous indiquent que des changements ont été constatés sur la scolarisation de l'enfant. Les quatre personnes interrogées mentionnent une influence effective tandis que deux seulement font état d'une influence non effective.

✓ LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP) :

Pour ce thème, comme pour les autres, le nombre d'évocation du sous-thème par la personne a été comptabilisé dans le tableau en annexe IV. Nous avons cependant choisi de différencier lorsque la personne l'a réellement pratiqué et lorsque la personne en a parlé ce qui est témoin d'une importance accordée au sous thème mais sans l'avoir appliqué à la situation explicitée, par choix ou par contrainte.

Ainsi les données de la colonne *pratiqué* correspondent aux faits réels de la pratique. Les données de la colonne *évoqué seulement* correspondent à un besoin, une attente exprimée par rapport à la situation mais qui n'a pas été concrétisée. Ainsi, la colonne *sous-total* permet de visualiser l'importance accordée au sous-thème sans tenir compte de la pratique dans la situation étudiée. Trois types de données sont donc à analyser :

- Ce qui est considéré comme important (troisième colonne)
- Ce qui se rapporte à la pratique (première colonne)

- Ce qui n'a pas pu être mis en pratique (deuxième colonne) par rapport à l'importance accordée au sous-thème (troisième colonne).

Tab. IX : Thème de la CIP.

Sous-thèmes	Nombre de personnes l'ayant évoqué (/ 4)	Fréquence absolue des fragments émis par sous-thèmes			Fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème (%)			Fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble
		Pratiqué	Evoqué seulement	Important (sous-total)	Pratiqué	Evoqué seulement	Important (sous-total)	
Finalisation	4	29	24	53	17	14	32	50
Intériorisation	4	70	15	85	42	9	51	
Formalisation	4	10	0	10	6	0	6	
Gouvernance	4	13	5	18	8	3	11	
<i>TOTAUX</i>		<i>122</i>	<i>44</i>	<i>166</i>	<i>73</i>	<i>27</i>	<i>100</i>	

Ce thème a été largement évoqué par toutes les personnes interrogées durant les entretiens (fréquence relative d'apparition du thème par rapport aux autres de 50%). Celles-ci accordent une importance de 6% à la formalisation, de 11% à la gouvernance, de 32% à la finalisation et enfin de 51% à l'intériorisation. Les personnes signalent aussi à travers leur discours une importance à ce qui a pu être réalisé en situation réelle mais également une importance à ce qui n'a pas pu être réalisé : même si cette dernière est moins évoquée que ce qui a pu être mis en place (les chiffres sont pour les quatre sous-thèmes inférieurs à ce qui a été pratiqué), ils sont tout de même représentés et à prendre en compte. Notamment, pour le sous-thème de la finalisation, l'importance accordée à ce qui a été réalisé (17%) et à ce qui ne l'a pas été (14%), sont presque équilibrées, ce qui montre qu'il est judicieux de mettre en regard ces deux catégories par la suite.

✓ **LA SATISFACTION PAR RAPPORT A LA CIP :**

Le dernier thème se décompose en deux sous-thèmes : *un vécu positif* de la CIP repéré par l'évocation de sentiments d'intérêt, d'utilité, de motivation et de satisfaction (...); un vécu négatif lors de verbatim exprimant un manque, un stress particulier, le sentiment d'être inutile, de ne pas avancer ou d'être en difficulté (...).

Tab. X : Thème de la satisfaction.

Sous-thèmes	Nombre de personnes l'ayant évoqué (/ 4)	Fréquence absolue des fragments émis par sous-thèmes	Fréquence relative d'apparition du sous-thème dans le thème (%)	Fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble
Positif	4	23	43	16
Négatif	4	30	57	

Chaque personne interrogée a mentionné à un moment de l’entretien son ressenti, non seulement parce que ce thème était induit par le guide d’entretien mais aussi à travers les autres thèmes : en effet, sa fréquence d’apparition est de 16%, il est donc le deuxième thème à avoir été développé après la CIP. Les ressentis des participants semblent mitigés : des sentiments négatifs ont été évoqués à 57% tandis que les sentiments positifs, à 43%.

V.2)b. Traitement comparatif des discours des ergothérapeutes et de l’enseignant pour identifier leur vécu respectif.

Nous avons précédemment traité les données en considérant les participants comme des personnes. Nous choisissons maintenant de les traiter en différenciant l’interlocuteur, c’est-à-dire ergothérapeutes et enseignants. Le but est de comparer l’importance accordée à chaque thème et sous-thème et de relever les points sur lesquels ces deux professionnels s’accordent ou divergent.

La figure suivante permet de visualiser cette importance en fonction des professionnels. Pour les trois ergothérapeutes interrogés, la moyenne des valeurs obtenues a été effectuée afin de pouvoir comparer avec les données de l’enseignant.

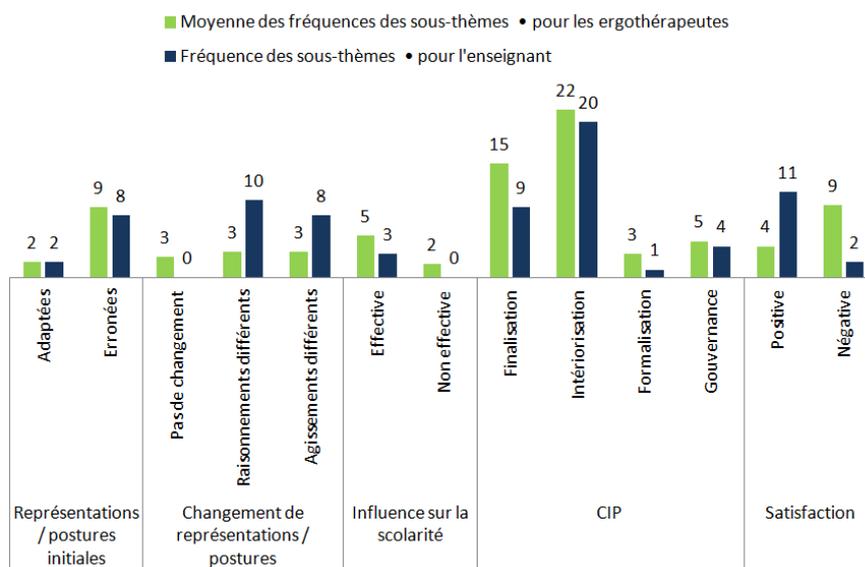


Fig. 7 : Représentation de l’importance accordée aux thèmes et sous-thèmes de la recherche en fonction du professionnel interrogé.

D’après ce graphique, les deux catégories de professionnels s’accordent sur le fait que :

- Les enseignants ont davantage de représentations et de postures inadaptées avant l’intervention de l’ergothérapeute.

- L'intervention de l'ergothérapeute a une influence sur les représentations et les postures des enseignants et indirectement sur la scolarité de l'enfant.
- Les dimensions de la collaboration qui sont importantes sont d'abord l'intériorisation puis la finalisation, la gouvernance et enfin la formalisation.

Cependant des divergences sont aussi observées entre ces deux catégories de professionnels :

- Les enseignants accordent une importance particulière au changement de leurs représentations et de leurs agissements suite au lien avec les ergothérapeutes, alors que les ergothérapeutes ne semblent pas observer de tels changements.
- Les enseignants ont un vécu particulièrement positif de la collaboration. A l'opposé, les ergothérapeutes évoquent davantage de sentiments négatifs et semblent beaucoup plus partagés par rapport à cette collaboration.

Ces deux façons de traiter les données recueillies lors des entretiens nous apportent des informations complémentaires pour pouvoir les analyser.

V.3) Analyse des matériaux traités au regard du modèle d'analyse

Le traitement des matériaux bruts nous permet de les analyser en lien avec le modèle d'analyse présenté dans la troisième partie de ce mémoire. Ce traitement nous a permis d'une part d'identifier les effets de la sensibilisation sur les enseignants et de constater l'importance attribuée à chaque dimension de la CIP, et d'autre part de mettre en regard les représentations et le vécu des ergothérapeutes puis des enseignants.

✓ SENSIBILISATION :

Nous avons observé que les enseignants ont certaines représentations et postures initiales adaptées face à ces enfants. Celles-ci sont parfois associées au TCC de l'enfant de manière conscientisée, lorsque par exemple E1 nous dit « *il avait déjà mis en place des choses qui étaient adaptées* », mais aussi de manière inconsciente, comme dans le discours de E3 : « *ça restait juste des observations (...) mais sans pour autant mettre des mots dessus* ». Dès lors, des moyens sont développés par les enseignants mais sans savoir précisément ce qui est problématique pour l'enfant. Dans son discours, l'enseignante interrogée a repéré que l'enfant avait du mal à organiser sa trousse et l'incitait à ranger sa trousse (« *je lui disais (...) il faut que tu ranges ta trousse* ») mais elle n'avait pas fait de lien particulier avec le TCC et les

moyens mis en place n'ont pas fonctionné. Cela a, petit à petit, été pris comme de la mauvaise volonté et s'est transformé en représentation non adaptée. Lorsque l'ergothérapeute est intervenu en expliquant les troubles cognitifs et les moyens de compensations (« *mettre un pot avec des crayons, qui est fixé avec de la pâte à fixe pour que ça ne tombe pas tout le temps* »), l'enseignante a pu adapter sa représentation et ajuster sa posture.

Ici nous repérons que l'ergothérapeute doit faire le lien entre les observations des enseignants et le TCC (E3 répond que « *mettre des mots* » sur les difficultés « *est un objectif à part entière* » de son intervention et E1 dit : « *on essaie vraiment de faire le lien avec les troubles cognitifs* ») et doit faire la différence entre ce qui relève ou non du TCC (E3 : « *des fois on peut évoquer certaines difficultés en rapport avec un traumatisme crânien, mais il y a aussi la personnalité du jeune* »). Ainsi, même lorsque les enseignants semblent avoir une représentation adaptée des difficultés de l'élève, l'intervention de l'ergothérapeute est bénéfique pour les mettre en lumière et trouver des solutions réalisables.

Mais malgré l'évocation de ces représentations et postures adaptées, celles qui sont inadaptées monopolisent largement le discours des quatre personnes interrogées. Nous avons constaté que 82% des représentations et postures des enseignants étaient décrits comme inadaptées aux troubles cognitifs de l'enfant TCC avant l'intervention de l'ergothérapeute. D'après les discours des personnes interrogées, différentes causes ont conduit à ces représentations et postures.

- L'inhabitude pour les enseignants de classe ordinaire d'accueillir des enfants en situation de handicap et notamment avec des troubles cognitifs. L'enseignante interrogée signale qu'elle avait déjà rencontrée des enfants dyslexiques en milieu ordinaire mais pas d'enfant TCC et elle n'avait jamais été confrontée à ces problématiques-là.
- Le manque de connaissances des possibilités et difficultés de l'enfant : cela peut être par manque de volonté ou par manque de moyens (de temps surtout). Par exemple, E1 évoque que « *l'instituteur n'était pas trop vigilant à ça donc il disait toujours 'oui il [l'enfant] est en retard'* », E1 dit « *on ne sait pas toujours d'où vient le problème* » et E3 complète par « *comme c'est un handicap invisible, ce n'est pas toujours bien compris* ».
- L'incompréhension des troubles et de la manière de les gérer, renforcée par le fait d'être face à un handicap invisible : cela est illustré par E1 qui nous dit « *« Il [l'enseignant] nous disait toujours 'oui mais il dit [l'enfant] qu'il n'est pas fatigué' »*

ou E2 qui souligne que « *on était avec un collègue qui était dans le déni de ses difficultés d'ordres dysexécutives et puis... il partait sur le principe que M avait tout à fait le niveau pour être dans ces classes-là* ». En ajoute aussi « *on a des longues listes de préconisations et puis... on ne cherche pas forcément dedans* ».

La sensibilisation des enseignants par l'ergothérapeute semble donc être justifiée au travers de ces éléments.

Même si les changements de représentations / postures peuvent être longs et complexes à se mettre en place (E1 : « *c'est arrivé malheureusement plus en fin d'année* »), nous observons qu'ils ont effectivement lieu. Parmi les changements observés, les enseignants ont eu en majorité un raisonnement différent et certains sont allés jusqu'à changer leur manière d'agir. Cela montre que les actions de l'ergothérapeute ont eu une portée sur les représentations et postures des enseignants mais qu'en plus, elles ont été utilisées par la suite et ont modifié la pratique des enseignants. La figure suivante montre que pour 82% de verbatim associés à des représentations et postures inadaptées avant l'intervention de l'ergothérapeute, 83% de verbatim soulignent un changement qui aboutit à une manière d'être et d'agir plus adaptée : la sensibilisation des enseignants a donc été ressentie comme effective.

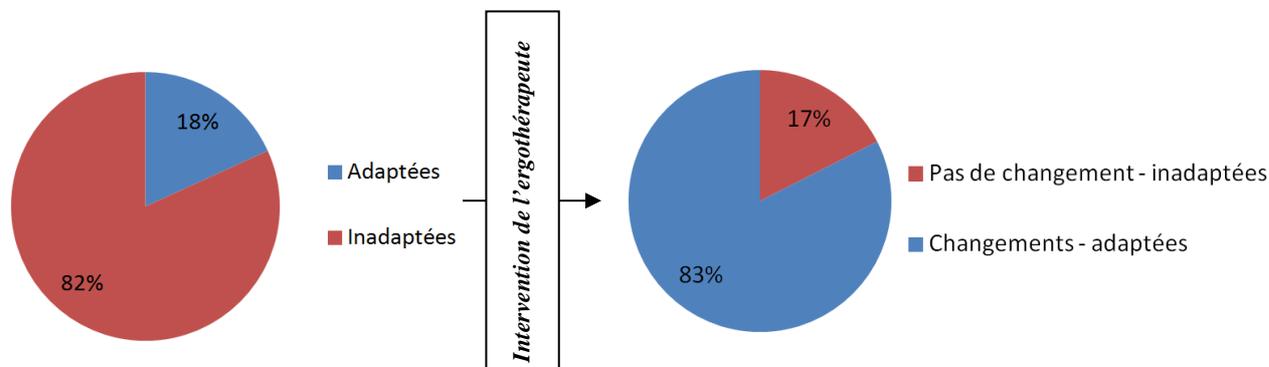


Fig. 8 : Diagrammes comparatifs des représentations avant et après l'intervention de l'ergothérapeute auprès de l'enseignant.

L'intervention de l'ergothérapeute a donc permis de sensibiliser les enseignants aux troubles cognitifs des enfants TCC suivis. Ces résultats montrent qu'une action de sensibilisation est pertinente afin que les représentations inadaptées soient mieux comprises et adaptées par la suite.

✓ **INFLUENCE SUR LA SCOLARITE DE L'ENFANT :**

Nous avons vu que l'intervention de l'ergothérapeute a eu des effets sur les représentations et postures des enseignants. Qu'en est-il de sa portée sur la scolarité de l'enfant ?

Nous avons vu que peu de verbatim traitait de ce thème par rapport à l'ensemble (fréquence relative de 7%). Nous aurions pu penser que le nombre supérieur d'ergothérapeutes interrogés par rapport aux enseignants ait influencé ce chiffre dans le sens où les enseignants sont plus à même d'observer les impacts sur la scolarité, étant présents au quotidien. Cependant, la figure 7 nous montre que les ergothérapeutes ont évoqué ce sujet plus souvent que l'enseignant. Cela suggère soit que les ergothérapeutes ont observé ces effets lors de leurs déplacements sur le milieu scolaire, soit qu'ils ont eu des retours des enseignants, de l'enfant ou de la famille quant à ses progrès scolaires. Par exemple, E1 dit « *il [l'enseignant] avait repéré que justement T ça l'a aidé parce qu'il était...il était moins en retard... ou alors il attendait un petit peu tu vois, il était plus vigilant à ça* », E2 évoque que la collaboration a permis à l'enfant « *d'essayer de s'accrocher parce qu'il voyait aussi qu'on était quand même plusieurs équipes à se mobiliser pour lui et à essayer de lui montrer qu'il avait des capacités et qu'il pouvait faire des choses* », E3 signale également que « *par rapport à son comportement, il y a eu un changement* ». L'enseignante valide cela en disant qu'elle a pu « *agrandir son temps de concentration et de travail et d'énergie au travail en réduisant tout ce qui est parasites dans sa journée et donc particulièrement tout ce qui concernait l'organisation spatiale et le temps qu'il peut passer aussi à... à se demander où il en est, ce qu'il doit faire et comment se mettre au travail* ». Ainsi ce résultat est à considérer avec précaution puisque l'influence sur la scolarité peut avoir été déclenchée par d'autres facteurs que la sensibilisation de l'enseignant par l'ergothérapeute. Ce lien semble exister mais il est difficile de l'évaluer ici : cela nécessiterait une recherche complémentaire.

N'oublions pas également que 21% des verbatim signalent une influence non effective sur la scolarité. E1 évoque que « *entre le CP et le CE2, c'était toujours pas fait* » et E2 souligne des « *soucis d'exclusions temporaires qui sont revenus régulièrement* » jusqu'à l'exclusion définitive de l'établissement. Cela indique que soit la sensibilisation n'a pas été effective (cela correspondrait alors aux 17% d'évocation d'absence de changement de représentations et postures de la figure 8), soit d'autres facteurs entrent en compte dans l'influence sur la scolarité et confirme qu'une recherche complémentaire de ces facteurs serait justifiée.

Finalement, l'intervention de l'ergothérapeute auprès des enseignants a indirectement et majoritairement influencé la scolarité de l'enfant. Cela accorde une importance supplémentaire à cette intervention puisqu'elle se répercute finalement sur les apprentissages et l'avenir de l'enfant. La sensibilisation de l'enseignant semble donc être un intermédiaire

pertinent pour permettre à l'élève d'évoluer en milieu ordinaire, en complément d'autres moyens. Cela est représenté sur la figure suivante :

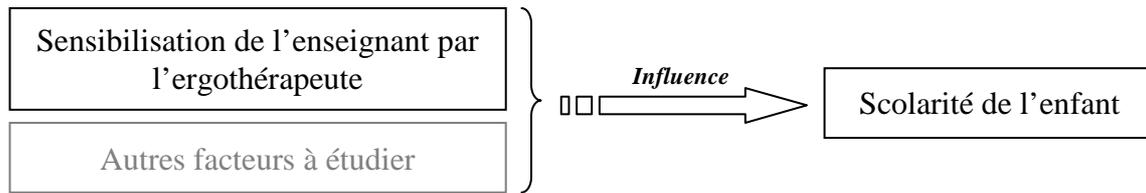


Fig. 9 : Représentation des facteurs influençant la scolarité de l'enfant.

✓ LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP) :

Au vu de la fréquence relative d'apparition du thème dans l'ensemble (50%), la CIP entre l'ergothérapeute et l'enseignant est le thème central de cette recherche : elle est donc effectivement présente lors de la prise en soins d'un enfant TCC d'âge scolaire. Mais quelles sont ses caractéristiques ? Tous les sous-thèmes ont été évoqués ce qui montre leur complémentarité et leur interdépendance. Etudions de quoi ils se composent plus précisément.

- **L'intériorisation :**

51% des verbatim relèvent de l'intériorisation. Durant les entretiens, une importance a été accordée aux échanges, que ce soit aux réunions ESS (E1 dit « *on en discute le jour de l'ESS* », « *on assiste aux réunions* », E2 évoque des « *RESS répétées* », « *2 à 3 RESS je crois sur le premier trimestre et après il y en a eu d'autres sur le reste de l'année* »), ou lors de contacts plus informels comme le téléphone, les mails ou le fait de se croiser dans l'établissement scolaire (E1 : « *c'était par téléphone, des fois mail aussi* », « *donc là je l'ai croisé, j'ai pu lui donner quelques infos* », « *j'avais expliqué ce travail-là à l'institutrice* », E3 : « *c'était plus des rencontres informelles* », « *on rencontre l'environnement* » ou Ens : « *elles sont venues dans la classe, elles nous ont donné des trucs (...) des petites choses simples pour améliorer la vie quotidienne* »). L'importance de la reconnaissance de la plus-value d'une collaboration et d'une relation de confiance a été mise en avant également (E2 : « *le collègue essayait de reprendre contact avec nous pour essayer de travailler les choses avec nous* », « *persévérer dans la collaboration le plus possible* » et E3 : « *on a plus intérêt en fait à intervenir auprès des personnes qui rencontrent le jeune régulièrement, pour vraiment leur faire comprendre les difficultés et comment on peut aider le jeune* ».

Parmi ces verbatim, 9% n'ont pas pu être mis en pratique. Par exemple, E3 nous dit « *en général, on prolonge les échanges avec les enseignants* » ou encore « *on peut très bien avoir une intervention... alors soit une intervention simple, ou soit aussi une observation... donc*

moi je participe à un cours avec le jeune ». Cela implique qu'il y a des contraintes qui empêchent parfois d'atteindre un idéal de collaboration.

- **La finalisation :**

32% des verbatim renvoient à de la finalisation. Celle-ci s'est composée de la présence d'objectifs communs des ergothérapeutes et des enseignants (E1 : « *on peut avoir des idées sur des aménagements et puis dans le rythme de l'école, de la classe, de plein de choses, ça ne fonctionne pas quoi* »), d'une reconnaissance des compétences de l'autre (Ens : « *je me suis rendu compte qu'en rencontrant les personnes qui le suivent, que l'ergothérapie ça va bien au-delà de ça* ») et d'une volonté individuelle à collaborer malgré les obstacles rencontrés (E1 : « *moi j'avais fait tout ça déjà en CE2 mais ça a été refait* », Ens : « *que les gens fassent un déplacement... on est un petit peu loin de Grenoble donc quand même c'est une équipe qui prend du temps, et qui vient... sur place pour un enfant* »).

Parmi ces verbatim, 14% n'ont pas pu être mis en pratique, ce qui représente presque la moitié des verbatim de ce sous-thème. Des divergences d'objectifs sont notamment responsables de ce chiffre (E2 : « *ils étaient tout le temps dans la question du comportement et très peu dans la question de la scolarité* » ou « *moi je travaillais tout autour des troubles dysexécutifs* » après avoir signalé que le collègue restait dans le déni des difficultés d'ordre dysexécutives de l'enfant), complété par une volonté non réciproque (E3 : « *enfin on va quand même plus vers eux pour être sûr que l'échange se produise on va dire...* »), ainsi qu'un découragement (E2 : « *une équipe d'enseignants qui était un peu perdue et à bout* »).

- **La gouvernance :**

11% des verbatim traitent de la gouvernance. Nous retrouvons cela dans les verbatim correspondant à de la connectivité entre les acteurs et une centralisation des informations. E1 évoque la nécessité d'avoir des « *autorisations* » pour pouvoir collaborer, E2, l'importance de « *faire le lien, de coordonner la scolarité* » entre MDPH, l'établissement scolaire et l'équipe médico-sociale tandis que l'enseignante signale « *l'humain il fait comme ça hein, il a besoin de liens et donc il fait des liens entre tous ces gens qui gravitent autour de lui* », ou encore « *c'est quand même important aussi pour un maximum d'efficacité que tous ceux qui gravitent autour (...), c'est vraiment important que tout le monde donne sa part quoi, donne son importance à ce qui se fait* ».

Parmi ces verbatim, 3% n'ont pas pu être mis en pratique. Cela correspond à des tentatives de centralisation qui restent peu idéales (E1 : « *on essaie de la partager* » ou encore « *s'il a des*

sons de cloches complètement différents que ce soit nous, les professionnels de l'équipe, ou sa famille, ou les enseignants, il ne peut pas s'y retrouver quoi »).

- **La formalisation :**

6% des verbatim correspondent à de la formalisation. Cela comprend l'importance d'écrire les informations, de rédiger des documents (pour E1 : « On avait mis en place une feuille d'aménagement pédagogique », pour E2 : « c'est la fiche de conclusions de la réunion d'équipe de suivi de la scolarisation », ou pour E3 : « il y a ce qu'on appelle un PPS (...) on rédige le projet du jeune ») ainsi que d'apporter un cadre aux interventions (E2 : « L'avantage du collègue ça permet aussi de travailler dans un cadre, on va dire, un petit peu plus... plus formel »).

Parmi ces verbatim, tout ce qui a été évoqué a été appliqué ce qui montre une certaine rigueur dans la traçabilité des interventions même si cela n'est pas considéré comme ce qui est le plus important au sein de la collaboration.

Au vu du modèle d'analyse utilisé dans cette recherche, la finalisation et l'intériorisation sont des dimensions relationnelles et la formalisation et la gouvernance sont des dimensions organisationnelles. La figure 10 nous permet de visualiser l'importance de la dimension relationnelle par rapport à la dimension organisationnelle pour les ergothérapeutes comme pour les enseignants interrogés (la figure 7 nous montrait qu'effectivement l'importance accordée à chaque sous-thème de la CIP était la même pour les deux types de professionnels).

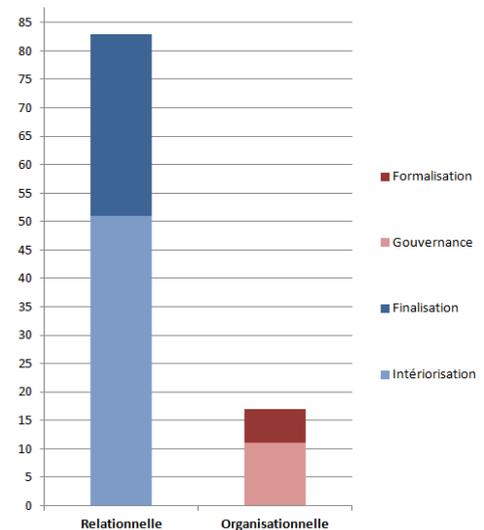


Fig. 10 : Représentation de l'importance accordée aux dimensions de la CIP.

✓ **LA SATISFACTION PAR RAPPORT A LA CIP :**

La fréquence relative d'apparition de chaque sous-thème permet de voir que le vécu de la CIP est en majorité négatif. Et cela est dû aux réponses des ergothérapeutes interrogés puisque l'enseignante était beaucoup plus satisfaite de la CIP. Cela fait apparaître que malgré une sensibilisation globalement effective des enseignants, la CIP ne s'est pas déroulé au mieux pour les ergothérapeutes interrogés. Au regard de l'analyse précédente, cela semble venir des tentatives répétées mais pas toujours abouties à mettre en place certaines dimensions de la collaboration. En effet, E1 souligne que ce qui a été déterminant dans cette collaboration est la

persévérance d'elle et de l'équipe de l'EMEA : « si on n'avait pas été en équipe à se soutenir, à être persévérant sur cette situation, à relancer, à prendre du temps pour rédiger des choses ; pour écrire des mails, pour passer des coups de fil, pour en discuter en équipe, pour voir la famille, etc, je pense que c'est vite le genre de situation où ça tombe à l'eau quoi ». Cette insatisfaction paraît donc être liée aux éléments de la CIP qui n'ont soit pas pu être appliqués malgré leur importance, soit qui ont été appliqués mais en investissant beaucoup d'énergie pour faire changer les représentations et postures de l'équipe éducative (c'est à eux de s'adapter aux horaires des enseignants, de se déplacer, ce qui demande un investissement particulier, même si c'est l'objectif de leur travail). Le pourcentage de finalisation qui n'a pu être pratiqué en est représentatif d'ailleurs : la divergence d'objectif et de motivation peuvent empêcher la situation d'avancer et les équipes peuvent s'épuiser finalement, d'autant plus que c'est un travail sur le long terme, qui est recommencé régulièrement (lorsque je dis à E1 « j'ai l'impression que c'est un travail en boucle finalement et qui a du mal à aboutir d'un an sur l'autre », elle rigole et acquiesce immédiatement). Pourtant, le vécu de l'enseignante est particulièrement positif ce qui montre que la collaboration lui a été utile dans son travail avec l'enfant qu'il s'agisse simplement de sa représentations ou de ses agissements par la suite.

Le modèle d'analyse construit précédemment nous permet de visualiser les données du terrain recueillies et d'en faire la synthèse.

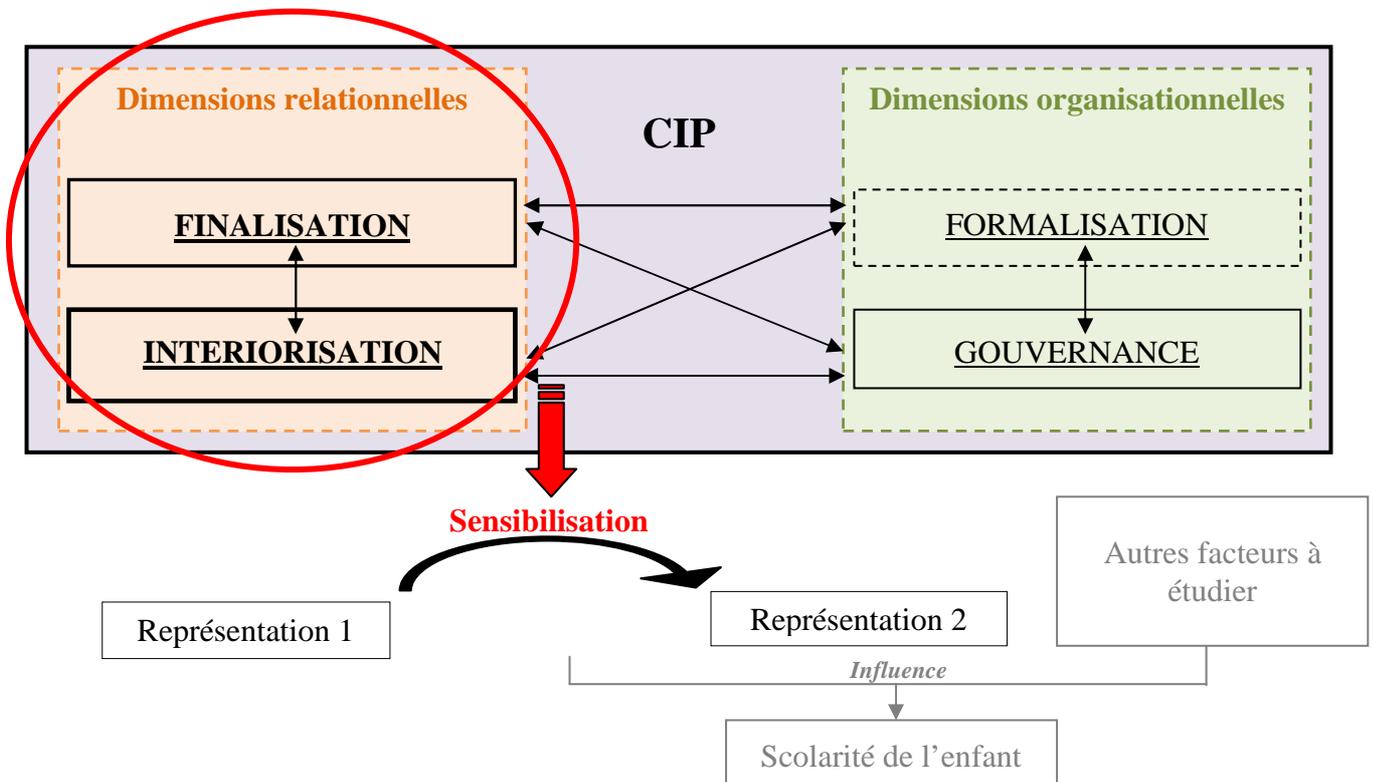


Fig. 11 : Modification du modèle d'analyse au regard des résultats obtenus.

L'hypothèse que nous avons posée était la suivante : **si la CIP entre ergothérapeute et enseignant comprend une part relationnelle et une part organisationnelle, alors la sensibilisation de l'enseignant aux troubles cognitifs de l'enfant TCC est effective.** Nous pouvons voir que cette hypothèse est validée puisque chacun des sous-thèmes de la CIP a été abordé, avec une importance plus marquée pour la dimension relationnelle. Nous avons effectivement constaté que l'ergothérapeute était un professionnel ressource pour sensibiliser l'enseignant. Cette sensibilisation a été repérée grâce aux représentations et aux postures des enseignants mais aussi grâce aux effets observés sur la scolarité de l'enfant. Nous pouvons donc dire qu'en utilisant les dimensions relationnelles et organisationnelles de la CIP, l'ergothérapeute parvient à sensibiliser l'enseignant de classe ordinaire aux troubles cognitifs de l'enfant TCC, malgré les contraintes auxquelles ils font face.

V.4) Discussion

Suite à l'analyse des matériaux traités au regard du modèle d'analyse, une synthèse des résultats est nécessaire pour répondre à notre question de départ. L'identification des différents biais de la méthode et des résultats nous permettra ensuite de prendre du recul et de critiquer l'utilité de cette recherche pour la pratique professionnelle.

Cette recherche avait pour objectif de décrire les différentes caractéristiques de la collaboration permettant aux ergothérapeutes de sensibiliser les enseignants aux troubles cognitifs de l'enfant TCC. Celles-ci ont été étudiées par la création d'un modèle d'analyse utilisant les deux dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2004).

Ce travail a permis de montrer que la dimension relationnelle prend une importance considérable (83%) par rapport à la dimension organisationnelle (17%).

Concernant la dimension organisationnelle, la première sous-dimension est la formalisation. Le pourcentage attribué à cette composante est relativement faible (6%). De la même façon, la seconde sous-dimension, qui est la gouvernance est peu représentée (11%) dans la démarche de collaboration. Pour ce qui est de la dimension relationnelle, la première sous-dimension est la finalisation qui a une importance supérieure pour les personnes interrogées (32%). Malgré son importance, elle semble la plus difficile à mettre en place puisque l'analyse montre que pratiquement la moitié de ce qui a été évoqué n'a pas pu être appliqué dans les situations étudiées. Au vu des résultats, c'est en majorité elle qui entraîne une insatisfaction des

ergothérapeutes quant au déroulement de la CIP : les ergothérapeutes et les enseignants n'ont pas toujours des objectifs communs, ne se sont jamais rencontrés auparavant et peuvent se démotiver rapidement. La seconde sous-dimension est encore davantage évoquée, ce qui témoigne d'une importance particulière (51%) et qui demande une attention spécifique à ce stade. L'analyse détaillée des verbatim obtenus lors des entretiens montre que des rencontres formelles et informelles, la reconnaissance de la plus-value de la collaboration et la connaissance des rôles de chacun pour instaurer une relation de confiance sont indispensables pour qu'une sensibilisation ait lieu et soit effective. D'ailleurs, l'enseignante qui se dit très satisfaite de la collaboration qu'elle a vécue, met en avant la plus-value de ces échanges en face à face et en demande même davantage (proposition d'observer un temps de classe).

Cette investigation et cette analyse ont donc permis de comprendre les dimensions de la CIP, initialement identifiées dans la littérature et d'identifier leur portée pour la sensibilisation des enseignants.

La sensibilisation des enseignants, qui s'est révélée être effective à 83%, a pu être repérée grâce à leurs changements de représentations et de postures et aux effets sur la scolarité de l'enfant, même si ces derniers sont à considérer avec précaution puisque d'autres facteurs que la CIP ont pu intervenir (tel que les séances en ergothérapie avec l'enfant directement ou les échanges avec la famille par exemple, cela serait à vérifier).

Enfin, il semble que la survenue d'un TCC chez un enfant soit particulièrement complexe à gérer au niveau scolaire par la diversité et l'intensité des troubles. Nous avons pu constater au travers des entretiens que les troubles comportementaux couplés aux troubles cognitifs sont un vrai défi pour l'accueil de ces enfants en milieu ordinaire. Il apparaît que les troubles cognitifs soient effectivement un questionnement pertinent puisque durant les entretiens leur spécificité a souvent été évoquée : ils relèvent du handicap invisible et sont d'autant plus complexes à cerner.

Avant de réfléchir à l'implication de ces résultats de manière plus globale, il est primordial d'identifier les biais liés à la méthode d'investigation et d'analyse, ainsi que d'en présenter les limites (certaines ont déjà été présentées au fil de ce travail). La première limite réside dans le fait que seul un enseignant ait été interrogé et que les résultats ne se basent que sur un discours, une situation vécue. Effectuer des entretiens avec au moins trois enseignants aurait permis d'ajuster et compléter ce travail en évitant ce biais important. La taille de l'échantillon des ergothérapeutes et des enseignants renseigne la tendance générale, donne un aperçu de la pratique mais ne permet pas de généraliser. Par ailleurs, le temps écoulé depuis le début de la

prise en soins en ergothérapie dans le milieu scolaire rend le souvenir parfois difficile ce qui a pu désorganiser par moment l'entretien. De plus, les contextes d'exercice auraient pu être plus variés : les ergothérapeutes ont été choisis en EMEA ou en SESSAD mais nous aurions pu solliciter les professionnels libéraux également. De plus, le fait de ne pas restreindre le milieu scolaire de l'enfant soit au primaire, soit au collège, peut entraîner des biais puisque le cadre d'intervention et l'intervention en elle-même est différente (notamment, au primaire l'ergothérapeute est face à un enseignant, alors qu'au collège c'est tout une équipe d'enseignants qu'il faut sensibiliser). Une autre limite est que les entretiens ont été effectués par l'intermédiaire du téléphone, ce qui n'a pas permis de recueillir les données non verbales des personnes interrogées et qui a probablement freiné l'instauration d'une relation de confiance. Le fait d'être étudiante en ergothérapie a pu également influencer la conduite des entretiens, la classification des thèmes et l'interprétation des résultats. Il est donc important d'être conscient de la part de subjectivité qui réside dans les résultats. Si cette étude avait été réalisée par différentes personnes issues de divers domaines, les résultats auraient pu différer.

Essayons à présent de prendre du recul pour s'interroger sur les apports à la pratique professionnelle en ergothérapie.

Cette recherche a permis de mettre en lumière les composantes de la CIP permettant une sensibilisation de l'enseignant par l'ergothérapeute. En dehors de ce thème, les entretiens ont fait apparaître des facteurs influençant la sensibilisation des enseignants qu'il serait peut être intéressant d'étudier plus précisément dans une recherche complémentaire. Parmi ceux-ci, voici une liste non exhaustive des facteurs facilitateurs ou obstacles à la sensibilisation, qui nous invitent à réfléchir à une vision plus globale de la relation ergothérapeute – enseignant. Les éléments facilitateurs qui apparaissent sont une bonne temporalité (anticipation de la prise de contact ou des problématiques de l'élève), l'intervention d'autres professionnels de santé (autres ergothérapeutes, équipe pluridisciplinaire, médecin scolaire...) ou de l'environnement humain de l'enfant (famille, AVS, enseignant spécialisé, enseignant référent...) en faveur d'une sensibilisation de l'enseignant. D'ailleurs, durant cette étude, l'importance de la présence des membres de l'équipe pluridisciplinaire a été soulignée à plusieurs reprises que ce soit par des interventions directes auprès de l'enseignant ou du soutien apporté à l'ergothérapeute. Les éléments obstacles pouvant entrer en considération sont une mauvaise temporalité (manque de temps par exemple) ainsi que le changement ou l'intervention de l'environnement humain de l'enfant en défaveur de cette sensibilisation (famille, AVS, enseignant lui-même...). Il s'agirait ici de ne plus considérer seulement la relation duelle

ergothérapeute – enseignant (ciblé dans cette recherche par manque de temps et de moyens), mais d'étudier tout ce qui influencerait les représentations et les postures des enseignants.

Dans cette même volonté d'élargir notre champ de vision, il serait également pertinent d'aller plus loin que la sensibilisation de l'enseignant, car celle-ci ne suffit pas à inclure complètement l'enfant au sein du milieu ordinaire. Nous pourrions nous questionner sur la plus-value ou non pour l'élève, de sensibiliser tous les acteurs gravitant autour de lui que ce soit l'équipe éducative, le directeur, les autres élèves...

Ces idées peuvent apporter des pistes holistiques d'accompagnement de ces enfants en milieu scolaire ordinaire. Elles peuvent être une réponse à notre question de départ : *quelles stratégies l'ergothérapeute peut-il utiliser pour faciliter l'inclusion scolaire d'enfants ayant des troubles cognitifs suite à un traumatisme crânio-cérébral ?*

Conclusion

Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous sommes intéressés au processus de Collaboration Interprofessionnelle permettant à l'ergothérapeute de mener une sensibilisation effective de l'enseignant, aux troubles cognitifs de l'enfant traumatisé crânio-cérébral, afin de favoriser ses apprentissages et son inclusion scolaire.

Ce travail est né de constats lors de l'accompagnement de personnes TCC en stage et de discussions personnelles avec une enseignante en collège ordinaire. Les premiers questionnements se sont révélés pertinents suite aux lectures et recherches bibliographiques sur le sujet, montrant des difficultés de collaboration entre les établissements médico-sociaux et ceux de l'Education Nationale, ainsi qu'une difficulté persistante pour les enseignants d'accueillir les élèves en situation de handicap. Tenter de cerner le rôle de l'ergothérapeute dans ce système nous a permis d'aboutir à deux concepts principaux : la CIP et la sensibilisation. Ceux-ci nous ont menés au fait que si la CIP entre ergothérapeutes et enseignants comprend une part relationnelle (finalisation et intériorisation) et une part organisationnelle (formalisation et gouvernance), alors la sensibilisation de l'enseignant aux troubles cognitifs de l'enfant TCC est effective. Des entretiens compréhensifs auprès d'ergothérapeutes et d'enseignants ont permis de recueillir leurs expériences professionnelles en lien avec leurs vécus et leurs représentations. Le traitement et l'analyse des verbatim ont permis de valider cette hypothèse même si les résultats sont à considérer au regard des biais de sélection, de méthode et d'analyse. En effet, la sensibilisation de l'enseignant par l'ergothérapeute s'est révélée effective en présence d'une forte dimension relationnelle de la CIP par rapport à la dimension organisationnelle et notamment grâce à l'intériorisation. L'enseignant semble satisfait de l'intervention de l'ergothérapeute. Cependant les ergothérapeutes signalent une insatisfaction globale provenant de la difficulté à appliquer les dimensions de la CIP et notamment la finalisation. L'étude montre que des facteurs externes à la collaboration influencent aussi la sensibilisation ce qui pourrait être une piste de recherche complémentaire.

A ce stade, il est intéressant d'adopter une démarche réflexive quant au travail fourni et aux orientations prises. L'outil d'investigation s'est montré pertinent pour recueillir les données qualitatives, même s'il aurait été plus riche d'interroger des professionnels avec une plus

grande diversité de cadres d'exercice. Le modèle d'analyse construit est réducteur à la relation entre CIP et sensibilisation car nous avons constaté que d'autres facteurs intervenaient dans ce système, mais il a permis de répondre à notre questionnement dans le temps imparti pour ce travail. L'analyse a donné des informations sur les changements de représentations et de postures des enseignants. Il serait intéressant d'aller encore plus loin et d'étudier les répercussions réelles sur les apprentissages de l'enfant et sur l'évolution de sa scolarité, car c'est l'objectif final pour lequel l'ergothérapeute intervient.

De manière plus personnelle, ce travail de recherche demande de la curiosité, de la rigueur et de l'investissement tout au long de la démarche. Les étapes ont été rythmées par de nombreuses remises en question et des périodes de doutes mais celles-ci ont permis d'avancer plus justement par la suite et de retrouver une motivation lorsque la réflexion avançait. Un sentiment de frustration a été ressenti également dû au manque de temps et de moyens. Découvrir et s'initier à la démarche de recherche a été très enrichissant par les réflexions menées, les lectures et plus encore par le partage d'expériences des personnes interrogées. Cette étude amène finalement à se questionner sur sa propre pratique et sa posture professionnelle.

Pour finir, je souhaiterais inviter les ergothérapeutes à une réflexion sur les pratiques qui se développent à l'étranger. En effet, au États-Unis ou au Canada notamment, certains ergothérapeutes exercent à temps plein pour des commissions scolaires : ils interviennent au sein d'un groupement d'écoles et font partie intégrante des équipes éducatives (Centre Régional d'Ergothérapie pour le Développement de l'Enfant, 2010).

Bibliographie

Articles de périodique :

Cahill, S. M., Rotter, J. M., Lyons, K. K., & Marrone, A. R. (2014). Survivors of brain injury: The narrative experiences of being a college or university student, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(2), 93-101.

Mornet, C. (2001). Essai de modélisation du concept de la satisfaction. *Recherche en soins infirmiers*, 66, 23-66.

Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*.

Sédrati-Dinet, C. (2015). Dix ans après la loi fondatrice de 2005, les espoirs déçus des associations. *Actualité sociale hebdomadaire*, 2896, 24-28.

Articles en ligne :

Beauregard, F., & Kalubi, J.C. (2011). Améliorer la collaboration entre les milieux scolaire et de réadaptation : besoins des intervenants. *Service social*, 57 (2), 158-172. doi : 10.7202/1006301

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8. doi : 10.1186/1472-6963-8-188

Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives*, 5(2), 13-33. Repéré à <http://www.ofep.inpes.fr/apports/pdf/Chantal%20Eymard.pdf>

Groupe de travail sur l'évaluation de l'École en chantier (2007). Cadre de référence, collaboration interprofessionnelle. *Ecole en chantier*, 4-25. Repéré à <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>

Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques. (2011). Fiche conseil n°7 - Sensibilisation. Repéré à http://www.ineris.fr/guide-sse/guide/fiches_2011/PDF/Fiche_7_442_sensibilisation_V2.pdf

Kosremelli Asmar, M., & Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *HAL*, 1-19. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

Paré, C., & Fougeyrollas, P. (2013). Développement affectif et construction des représentations des différences. *Le Journal des psychologues*, 304, 14-18. doi : 10.3917/jdp.304.0014

Dictionnaires et encyclopédies :

Sociologie. (2012). Dans Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/sociologie>

Livres :

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris, France : PUF, 43.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Armand Colin, 126 p.

Kaufmann, J. C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4^e éd). Paris, France : Armand Colin, 126 p.

Laloua, F. (2006). Quelle évaluation chez l'adolescent ou l'adulte jeune « traumatisé crânien grave » quand se pose le problème de la scolarité ?. Dans Pradat-Diehl, P., & Peskine, A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p 109-116). Paris, France : Springer.

Rousseau, N., & Bélanger, S. (2004). *La pédagogie de l'inclusion scolaire*. Québec : Collection Education Intervention, 1-4.

Rousseau, N., & Bélanger, S. (2004). *La pédagogie de l'inclusion scolaire*. Québec : Collection Education Intervention, 347-352.

Vienneau, R. (2006). De l'intégration scolaire à une véritable pédagogie de l'inclusion. Dans Dionne, C. & Rousseau, N. (2006). *Transformation des pratiques éducatives, la recherche sur l'inclusion scolaire* (p 7-28). Québec, Canada : Collection éducation-recherche.

Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement, théories et pratiques*. Québec, Canada : Gaetan morin éditeur, 10-12.

Mémoires et thèses :

Bourrellier, M. (2008). *Le handicap invisible : un concept à définir pour le traumatisme crânien* (mémoire de Diplôme Universitaire, Université de Médecine Créteil – Paris XII). Repéré à <http://duhandicap.free.fr/pdf/le-handicap-invisible.pdf>

Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* (Thèse de doctorat en médecine, Université Laval, Canada). Repéré à http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/these_emmanuelle_careau/these_emmanuelle_careau.pdf

Nitecki, C. (2013). *La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes*. (Thèse de doctorat en médecine, Université Paris est Créteil, France). Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0639004.pdf>

Publications gouvernementales :

Legifrance. (2006). *Code de l'éducation : article D321-16*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=58A4997E58C9838CED187EDB56C02BD4.tpdila21v_2?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006527398&dateTexte=20160225&categorieLien=id#LEGIARTI000006527398

Rapports de recherche :

Couvreur, A., & Lehuede, F. (2002). *Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs* (cahier de recherche n°176). Paris, France : Département Consommation, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.

Vincenten, J., & Mackay, M. (2008). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant : résumé. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Sites internet :

Association de la Fondation Etudiante pour la Ville. (s.d.). Les familles face à la pression scolaire. Repéré à http://www.education.gouv.fr/archives/2012/refondonslecole/wp-content/uploads/2012/09/contribution_afev_concertation_parents_partenaires_de_l_ecole1.pdf

Association Professionnelle des Professeurs et professeures d'Administration au Collégial (s.d.). La pédagogie. Repéré à <http://www.appac.qc.ca/pedagogie.php>

Brain Injury Association of America. (2015). Brain Injury in Children. Repéré à <http://www.biausa.org/brain-injury-children.htm>

Cabinet de neuropsychologie Thomas Buttaci. (s.d.). Qu'est ce que la neuropsychologie ? Qu'est ce qu'un neuropsychologue ?. Repéré à <http://www.cabinetneuropsychologie.com/pr%C3%A9sentation-1/>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2016). Le GEVA. Repéré à <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-la-compensation/levaluation-des-besoins/le-geva>

Centre Régional d'Ergothérapie pour le Développement de l'Enfant. (2010). L'ergothérapie à l'école. Repéré à http://www.crede.ca/docs/ecoles/ecole_ergo_10_04_c.pdf

Educa Santé, promotion de la santé. (s.d.). Définition et classification des traumatismes. Repéré à <http://www.educasante.org/definitions-classification.html>

Guillot, A. & Ancarno, V. (2005). Place des rééducateurs dans le projet soin/étude des adolescents cérébro-lésés. Repéré à <http://www.arfehga.fr/wp-content/uploads/2013/09/2005-projet-soin-A.GUILLOT.pdf>

Handicap International. (s.d.). La sensibilisation. Repéré à <http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/raise-awareness-0909/1Principes/page.htm>

Lecrubier, A. (2012). Devenir des enfants traumatisés crâniens : l'expérience du Dr Chevignard. Repéré à <http://français.medscape.com/voirarticle/3391049>

Medscape. (2012). Le devenir des enfants traumatisés crâniens à long terme. Repéré à <http://français.medscape.com/voirarticle/3391049>

Medtronic. (2012). Lésion cérébrale. Repéré à <http://www.medtronic.be/fr/votre-sante/Lesioncerebrale/index.htm>

Ministère de l'éducation Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2015). La scolarisation des élèves handicapés. Repéré à <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

Ministère de l'éducation Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2015). Scolarisation des élèves en situation de handicap. Repéré à http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html&cid_bo=86110

Ministère de l'éducation Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013). Formation des enseignants. Repéré à http://www.education.gouv.fr/pid25535 /bulletin_officiel.html?cid_bo=73066

Paquette, C. (2016). Traumatisme crânio-cérébral. Repéré à <https://aqnp.ca/documentation/neurologique/le-traumatisme-cranio-cerebral/>

Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et Cérébro-lésés. (s.d.). Mieux comprendre le Traumatisme crânien et les lésions cérébrales. Repéré à http://www.traumacranien.org/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=67

Liste des figures

Fig. 1	Modèle des facteurs essentiels de l'apprentissage scolaire d'après Vienneau	<i>p. 12</i>
Fig. 2	Référentiel des dix compétences de l'ergothérapeute, d'après l'Arrêté du 23/09/2014	<i>p. 15</i>
Fig. 3	Référentiel des dix compétences de l'enseignant, d'après l'Arrêté du 25/07/2013	<i>p. 16 - 17</i>
Fig. 4	Représentation de la collaboration interprofessionnelle : raison d'être, nature, concrétisation, enjeux sensibles et conditions d'existence	<i>p. 23</i>
Fig. 5	Représentation du continuum des pratiques de collaboration en santé et services sociaux d'après la RCPI	<i>p. 24</i>
Fig. 6	Représentation du modèle d'analyse de cette recherche	<i>p. 27</i>
Fig. 7	Représentation de l'importance accordée aux thèmes et sous-thèmes de la recherche en fonction du professionnel interrogé	<i>p. 41</i>
Fig. 8	Diagrammes comparatifs des représentations avant et après l'intervention de l'ergothérapeute auprès de l'enseignant	<i>p. 44</i>
Fig. 9	Représentation des facteurs influençant la scolarité de l'enfant	<i>p. 46</i>
Fig. 10	Représentation de l'importance accordée aux dimensions de la CIP	<i>p. 48</i>
Fig. 11	Modification du modèle d'analyse au regard des résultats obtenus	<i>p. 49</i>

Liste des tableaux

Tab. I	Description des séquelles et de leurs évolutions en fonction du type de TCC de l'enfant, d'après l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et cérébro-lésés	<i>p. 6</i>
Tab. II	Dimensions et indicateurs de la CIP	<i>p. 26</i>
Tab. III	Dimensions et indicateurs de la sensibilisation	<i>p. 26</i>
Tab. IV	Présentation des types de relances illustrés d'exemples concrets	<i>p. 32 - 33</i>
Tab. V	Présentation du contexte d'entretien pour chaque ergothérapeute interrogé	<i>p. 34 - 35</i>
Tab. VI	Thème des représentations et postures professionnelles initiales	<i>p. 38</i>
Tab. VII	Thème du changement des représentations et postures professionnelles	<i>p. 38</i>
Tab. VIII	Thème de l'influence sur la scolarité	<i>p. 39</i>
Tab. IX	Thème de la CIP	<i>p. 40</i>
Tab. X	Thème de la satisfaction	<i>p. 40</i>

Liste des acronymes

AESH	Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APPAC	Association Professionnelle de Professeurs et professeures d'Administration au Collégial
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIP	Collaboration Interprofessionnelle
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie
ESS	Equipe de Suivi de Scolarisation
GEVA	Guide d'Evaluation des besoins de compensation
GEVA Sco	Guide d'Evaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISEP	Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
RCPI	Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles
SESSAD	Service d'Education et de Soins à Domicile
SSESD	Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile
TCC	Traumatisme Crânio-Cérébral
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien pour les ergothérapeutes et les enseignants

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec E1

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec Ens

Annexe IV : Tableau d'analyse des verbatim des personnes interrogées

Annexe I : Guide d'entretien pour les ergothérapeutes et les enseignants

Avant de réaliser cet entretien, nous veillons à recueillir :

- Pour les ergothérapeutes :
 - o Le type d'établissement dans lequel travaillent les ergothérapeutes.
 - o Leur expérience dans ce domaine.
 - o L'habitude à collaborer ou non avec le milieu scolaire en général.
- Pour les enseignants :
 - o L'habitude à accueillir dans leur classe des enfants en situation de handicap.
 - o L'habitude à collaborer ou non avec le milieu médico-social en général.

Dans la grille d'entretien, le signe « ... » est à remplacer par « ergothérapeute » ou « enseignant » suivant la personne à qui la question est adressée. Les questions de relances seront à ajuster en fonction des réponses de l'interlocuteur, elles sont non exhaustives.

Pour les ergothérapeutes : *« J'ai souhaité m'entretenir avec vous parce que vous accompagnez au niveau scolaire un enfant ayant des troubles cognitifs suite à un TCC. Je vous remercie d'accepter de participer à mon travail de recherche. Avant de commencer, avez-vous des questions ? (...) M'autorisez-vous à enregistrer cette conversation ? (...) Nous allons commencer : comment s'est passé l'inclusion scolaire de cet enfant ? (...) »*

Pour les enseignants : *« J'ai souhaité m'entretenir avec vous parce que vous accueillez au sein de votre classe un enfant ayant des difficultés cognitives, suivi par un ergothérapeute. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de recherche. Avant de commencer, avez-vous des questions ? (...) M'autorisez-vous à enregistrer cette conversation ? (...) Nous allons commencer : d'abord, comment s'est passé l'accueil de cet enfant au sein de votre classe ? (...) »*

THEMES	<u>ERGOTHERAPEUTES</u>		<u>ENSEIGNANTS</u>	
	QUESTIONS DE RELANCE	QUESTIONS PRINCIPALES		QUESTIONS DE RELANCE
Représentations / postures professionnelles	<p>Qui a sollicité l'intervention d'un ergothérapeute en classe ? Quel était le comportement de cet enfant en classe ? Quelles étaient ses difficultés scolaires ? Comment l'enseignant appréhendait-il ces difficultés ?</p>	<p>1) Qu'est ce qui a motivé l'intervention d'un ergothérapeute dans le cadre scolaire de cet enfant ?</p>		<p>Qui a sollicité l'intervention d'un ergothérapeute en classe ? Connaissez-vous le rôle de l'ergothérapeute ? Quel était le comportement de cet enfant en classe ? Quelles étaient ses difficultés scolaires ? Selon vous, quelles difficultés étaient liées au TCC ? Que connaissiez-vous des séquelles liées à un TCC ?</p>
	<p>Comment les avez-vous menés à bien ? Comment ont-ils été reçus par l'enseignant ?</p>	<p>2) Quels étaient les objectifs de l'intervention en ergothérapie dans le cadre scolaire ?</p>	<p>2) Qu'attendiez-vous de l'intervention de l'ergothérapeute au sein de la classe?</p>	
Collaboration interprofessionnelle	<p>Qu'est ce qui a facilité ou freiné ces échanges ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps ? Avec quels outils ?</p>	<p>3) Comment s'est déroulée la première rencontre avec... ?</p>		<p>Qu'est ce qui a facilité ou freiné ces échanges ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps ? Avec quels outils ?</p>
		<p>4) Et par la suite, comment s'est poursuivie la collaboration avec... ?</p>		

<p>Changement de représentations / postures professionnelles</p>	<p>L'enseignant a-t-il été réceptif à vos conseils / préconisations ? Qu'est ce qui a été le plus complexe à aborder avec l'enseignant ? Comment avez-vous repéré son adhésion / sa non adhésion ?</p>	<p>5) En quoi avez-vous l'impression que votre intervention a eu un effet sur l'enseignant ?</p>	<p>5) Comment l'intervention de l'ergothérapeute a-t-elle impacté votre façon de penser / d'agir ?</p>	<p>Quels bénéfices ou inconvénients avez-vous tirés des échanges avec l'ergothérapeute ? Que retenez-vous des séquelles liées à un TCC après la rencontre avec l'ergothérapeute ? Cette collaboration vous a-t-elle aidé en classe ? En quoi ?</p>
<p>Vécu de la collaboration interprofessionnelle</p>	<p>Qu'est ce qui a été déterminant dans cette collaboration ? Qu'est ce qui a manqué à cette collaboration ? Cette collaboration vous paraît elle indispensable ?</p>	<p>6) Etes vous satisfait de la manière de collaborer avec... ? Pourquoi ?</p>		<p>Qu'est ce qui a été déterminant dans cette collaboration ? Qu'est ce qui a manqué à cette collaboration ? Cette collaboration vous paraît elle indispensable ?</p>
<p>Atteinte des objectifs</p>	<p>Quels sont les retours que vous avez eus de l'enseignant concernant l'enfant en classe ?</p>	<p>7) Selon vous, en quoi cette collaboration avec... a-t-elle aidé l'enfant en classe ?</p>		<p>Quels changements avez-vous observés chez l'enfant en classe (comportement, motivation, intégration, progression...) ?</p>

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec E1

M : Est-ce que vous pourriez déjà me dire comment s'est passée l'inclusion scolaire de T ?

E1 : euh... Je dirais qu'il faut du temps. C'est-à-dire que c'est compliqué sur les débuts de mettre un accompagnement en place. [Rire]. De faire comprendre aux différents accompagnants aussi comment on va travailler avec T et avec l'ensemble des partenaires. Ce n'est pas simple déjà. ... Ensuite ce qui peut être compliqué c'est que tous les ans T change d'instituteur, donc souvent c'est un travail qu'on doit recommencer tous les ans malheureusement. Et ça peut être aussi fonction de la présence ou non d'une AVS, parce que parfois elles sont malheureusement pas recrutées en septembre et ça peine à arriver en milieu d'année. ... Et en plus c'est des fois pas la même, il y a des changements. Il faut donc recréer, nous, cette relation, et puis T doit la recréer aussi avec la nouvelle AVS. Donc globalement, je dirais que c'est complexe. [rire].

M : Et depuis quand avez-vous commencé à suivre T ?

E1 : Depuis... juillet 2012. Il était... ... il était en CP.

M : D'accord, donc c'est une prise en charge précoce.

E1 : Voilà oui, on a du avoir l'information quand il était en CP et maintenant il est en CM1 et tous les ans, le suivi ne s'est jamais arrêté pour lui.

M : Du coup qu'est ce qui a motivé l'intervention de l'ergothérapeute dans le cadre scolaire ?

E1 : Alors... dans mes souvenirs, des problèmes d'écriture... euh... il faut que je me rappelle... C'était marqué « compétences fonctionnelles et cognitives dans le cadre de la scolarité ». C'est un peu vague... Mais globalement, si je me souviens, il sortait de l'hôpital, il y avait eu un PAI qui avait été mis en place en début d'année à l'école, et du coup je crois que c'est le médecin scolaire qui avait fait appel à nous, enfin qui nous avait un peu sollicités sur la situation. Et comme c'était un garçon qui avait eu un gros traumatisme crânien et qui reprenait une scolarité en CP, on avait dû partir sur une évaluation globale au niveau de l'équipe.

M : D'accord, une évaluation globale...

E1 : C'est-à-dire que parfois, quand on fait un accueil d'enfant, soit on a très peu d'éléments, l'histoire médicale est un peu lourde et au niveau de l'accueil on sent qu'il va falloir explorer

un peu tout, dans ces cas là tous les professionnels sont amenés au moins à faire un premier entretien clinique et un bilan par la suite.

M : D'accord...

E1 : euh... Et parfois quand les enfants sont un peu plus grands tu vois vers 14 – 15 ans, qu'il y a vraiment des difficultés très nettes, soit vraiment très psycho, neuro-psycho on va dire, ou alors très fonctionnelles, très scolaires, dans ces cas là on n'intervient pas tous. On fait des fois un premier entretien et en fonction de ça on dit si oui ou non il est nécessaire de faire un bilan, et on en parle avec les médecins. On ne peut pas se permettre de suivre tous les enfants... parce que moi j'ai un 40 % hein ... [rire]

M : Oui effectivement !

E1 : Voilà... Mais lui, oui, c'était vraiment une évaluation globale et euh... voilà, on a refait la batterie de tous les bilans quoi.

M : D'accord. Donc c'est le médecin scolaire qui a fait appel à vous si j'ai bien compris...

E1 : Ce n'est pas noté mais il me semble que oui.

M : Ok, et donc c'était vraiment pour évaluer globalement, pas pour une difficulté scolaire particulière ?

E1 : Non c'était pour une évaluation globale.

M : Est-ce que vous saviez quel était le comportement de l'enfant en classe ?

E1 : Oui ... oui parce qu'on a Tu veux dire au niveau de l'accueil ?

M : Oui au moment où vous avez débuté l'intervention en ergo.

E1 : alors attends... parce que du coup on a un compte-rendu d'accueil donc je vais le reprendre. Euh... Donc voilà... Alors on a eu des informations sur le fait qu'il était très fatigable, qu'il avait besoin de se reposer. Donc il avait repris à mi-temps. Oui il avait des temps de repos. Je n'ai rien d'autre sur le comportement à proprement parlé... non... il n'y avait rien d'autre...

M : D'accord... Du coup après la période d'évaluation, quels étaient les objectifs en ergothérapie ?

E1 : Alors je vais reprendre... les conclusions du bilan de 2012... ça fait longtemps...

M : Oui ça date un petit peu... Peut être qu'on pourra se recentrer sur une période plus récente pendant laquelle vous avez suivi T ?

E1 : Oui, après oui, parce que ça a beaucoup évolué... Alors... A la fin du premier compte-rendu en ergo, il y avait des fragilités qui étaient repérées en fait, mais qui n'avaient pas trop d'incidence car il était vraiment au premier trimestre du CP... C'est vrai que c'était un peut tôt finalement je pense... Et du coup, l'ergothérapeute qui avait fait le bilan avait préconisé

qu'il fallait vraiment être vigilant, surveiller, éventuellement proposer une nouvelle évaluation en CE1. Donc comme on revoit de toute façon ... comment dire, après il est suivi par notre équipe, et on fait des points régulièrement, mais tous les ans il y a une synthèse avec la famille. On assiste aussi aux réunions des ESS, PPS etc. Donc euh, au moins une à deux fois par an on est en réunion à l'école avec l'enseignant spécialisé, enfin l'enseignant référent du secteur. Voilà... Bon après c'est du cas par cas hein... on est ré-interpellé sur des problématiques très spécifiques. En tout cas à la fin de cette première éval' c'était ça : surveillance, fragilité donc éventuellement nouvelle éval'. Et c'est ce qui s'est passé par la suite [rire].

M : D'accord. Et chaque année jusqu'en CM1, il a eu un nouvel instituteur si j'ai bien compris ?

E1 : Oui, alors moi j'ai beaucoup travaillé avec T quand il était en CE2. En fait on s'est réparti les rôles parce qu'à cette période il n'avait pas encore d'ergothérapeute en libéral. Moi j'avais refait une évaluation en CE2 où ça montrait qu'il était très important de mettre en place ces séances de libéral, par rapport à l'écriture et à la mise en place d'un ordinateur. Et en CM1, c'est ma collègue qui m'a remplacée mais il avait ses séances en ergothérapie libérale pour vraiment travailler sur l'ordinateur, et ma collègue donc, qui l'a suivi ici, elle a participé aux ESS... euh... et elle a fait un travail avec lui sur des supports en classe et elle a donc rencontré la nouvelle institutrice et sa nouvelle AVS car je crois qu'il a rechangé cette année encore [rire]. Parce que moi j'avais fait tout ça déjà en CE2 mais ça a été refait parce que du coup il y a eu changement d'instit' et changement d'AVS...

M : Donc cette année vous ne l'avez pas trop suivi finalement ?

E1 : Eh bien non ... là en fait il faut que je recontacte la famille et l'ergo libérale pour voir un peu où ça en est.

M : Ok. Peut être qu'on peut se concentrer sur l'année où vous l'avez le plus suivi, sur le CE2 ?

E1 : Oui d'accord... Donc attends... T était en CE2. Donc moi j'ai refait un bilan ... attends... oui j'ai recommencé en octobre 2014 avec lui. On a refait une nouvelle éval'.

M : Donc c'était presque à la rentrée ?

E1 : Oui oui vu qu'on le suivait déjà avant, il fallait qu'on soit... au « taquet » [rire].

M : [rire]

E1 : Il fallait être vigilant à la rentrée.

M : Et comment s'est déroulée la première rencontre avec l'enseignant de CE2 ?

E1 : Alors... on a ... comment on a fait... [soupir] est ce que j'ai fait mon bilan avant ?... Alors, comme à cette époque il était le directeur de l'école aussi, j'étais en lien avec lui parce que quand on intervient à l'école il faut quand même qu'on ait les autorisations donc on est toujours en lien avec le directeur... Mais du coup le directeur était aussi son instituteur... Du coup, j'ai été en lien avec lui avant, pour programmer l'évaluation à l'école, donc j'ai déjà eu des informations à ce moment là, on a déjà échangé... plus sur le rythme de T à l'école, sur son comportement, sur ce qu'il avait un peu repéré aussi au niveau des difficultés.

M : D'accord et ce premier échange s'est fait par quel intermédiaire ?

E1 : C'était par téléphone, des fois mail aussi... On a pas mal échangé par mail. Euh... Alors malheureusement je n'ai pas pu rencontrer son AVS avant... Donc j'ai fait le bilan avec T. Et en parallèle il y avait aussi la neuropsychologue qui avait fait un bilan... alors elle, je crois qu'elle avait démarré déjà en fin d'année d'avant. Et suite à nos deux éval', une fois qu'on avait vraiment des éléments, on a rencontré son instituteur.

M : Rencontré en face à face donc...

E1 : Oui tout à fait. Sachant qu'à ce rendez-vous, devait être présente l'AVS et elle n'était malheureusement pas présente.

M : Vous étiez donc trois : l'instituteur, la neuropsy et vous...

E1 : Oui.

M : Et par la suite, comment s'est poursuivie cette collaboration ?

E1 : Et bien... Alors là, après c'était un suivi où moi j'intervenais, mais il y avait aussi la neuropsychologue, donc on se répartissait au fur et à mesure le travail tu vois, dans les échanges avec l'instituteur. Alors euh... il y a eu une deuxième rencontre avec l'instituteur. Moi j'ai travaillé à domicile avec la famille et à l'école avec T.

M : D'accord...

E1 : Et donc l'instituteur était aussi présent parce que ce que je mettais en place à l'école... le but était aussi que ce soit repris par l'instituteur. Et on avait mis en place une feuille d'aménagement pédagogique. Donc qui découlait en fait de notre entretien avec l'instituteur parce que lui, il avait déjà mis en place des choses qui étaient adaptées pour T. Ça on l'a fait ressortir dans la fiche d'aménagement pédagogique et nous, on a rajouté des choses qu'on a discutées avec l'instituteur. Parce que des fois on peut avoir des idées sur des aménagements et puis dans le rythme de l'école, de la classe, de plein de choses, ça ne fonctionne pas quoi...

M : Oui, c'est la difficulté de faire le lien entre théorie et pratique...

E1 : Voilà oui [rire], exactement. Donc il faut aussi que ça colle entre les deux... voilà... Et puis c'était beaucoup... euh... alors je crois que finalement, ma collègue neuropsychologue

avait pu avoir un rendez vous avec l'AVS, elle après, pour aussi discuter avec elle de ce qui était adapté ou pas avec T. Parce qu'on s'était rendu compte, suite aux différents entretiens et à ce que T nous rapportait, que l'AVS lui mettait beaucoup de pression. Euh... Elle avait tendance un peu à dire qu'en gros il était fainéant et qu'il ne faisait pas d'effort, ce qui n'était pas le cas [rire]... malheureusement il faisait énormément d'efforts, sauf qu'au niveau cognitif, au niveau attentionnel, c'était très compliqué pour lui, tout ce qui était double tâches, sensibilité à l'interférence, etc. Donc on a essayé de lui réexpliquer aussi, où étaient les difficultés de T et ce qui était adapté à lui au niveau des aides ou pas... quand elle pouvait intervenir et ... en fait quand il était en saturation attentionnelle et que du coup il n'arrivait plus à écrire, c'était important qu'elle soit là pour prendre le relais, et pas qu'elle lui dise encore « allez, fait un effort quoi » ... [rire] Il y a un moment, c'est plus possible... Quand c'est plus possible, c'est plus possible pour T.

M : Effectivement oui...

E1 : On essayait aussi de lui donner des indices pour repérer les moments de fatigue pour T, voilà ce genre de choses.

M : Ok. Donc vous m'avez dit que vous partagiez la collaboration avec la neuropsychologue. Son instituteur, vous le voyiez à quelle fréquence, pendant combien de temps ?

E1 : ... Honnêtement j'ai du le voir 3 fois. J'ai du le voir vraiment une fois en rendez-vous commun avec la neuropsychologue. C'était un rendez-vous d'une heure – une heure et demi hein, on a beaucoup échangé. Et après je l'ai revu, je crois que je suis intervenue deux fois à l'école... je regarde... [Chuchote : premier rendez-vous à l'école... deuxième rendez-vous à l'école... ESS]. Ah oui, il y a eu l'ESS aussi où je l'ai vu. Allez, je pense que j'ai du le voir donc en rendez-vous commun avec la neuropsychologue, après je l'ai vu deux fois quand je suis intervenue à l'école auprès de T. Donc là je l'ai croisé, j'ai pu lui donner quelques infos' sur ce qu'on avait mis en place, et là, on va dire que le dialogue était un peu plus compliqué parce qu'il était pas mal débordé. Euh... et je l'ai recroisé, parce que j'ai participé à une ESS à l'école, donc c'est... euh attends je ne me souviens même plus...

M : Une équipe de suivi à la scolarisation ?

E1 : Voilà exactement, merci [rire]. Euh... donc avec l'enseignante référente du secteur, et là il y a toujours l'instituteur présent, plus normalement l'AVS. Donc là, on re-détaille les feuilles d'aménagements pédagogiques dans le PPS, dans le compte-rendu.

M : Pouvez-vous m'expliquer ce que sont exactement ces feuilles d'aménagements pédagogiques ?

E1 : Alors, la feuille d'aménagements pédagogiques c'est un outil qu'on a mis en place en équipe, qui avait été pensée par la neuropsychologue et moi mais qu'on a travaillée en équipe, pour que tout le monde puisse s'y retrouver un peu... Après c'est vrai que la psychologue ou la psychomotricienne ont moins de choses à mettre dedans mais... en tout cas c'est une feuille qui reprend très brièvement les éléments médicaux... alors le secret médical n'est pas levé hein donc c'est très succinct. Et surtout elle reprend les difficultés actuelles de l'enfant et aussi les points forts. On essaie vraiment de mettre difficultés et points forts. Et puis du coup on essaie de mettre en place des aménagements pédagogiques, alors des fois ça peut être sur la tâche spécifique de l'écriture ou les manipulations d'outils scolaires... donc c'est plutôt ergo tu vois... sur l'installation dans la classe... voilà. Et puis la neuropsychologue va avoir plus d'aménagements sur la sphère attentionnelle, mnésique...

M : Et cette feuille est partagée avec l'équipe éducative ?

E1 : Alors elle est partagée... oui... on essaie de la partager, c'est-à-dire qu'on ne l'envoie pas comme ça euh... par mail [rire]. Cette fiche, elle découle de nos évaluations mais aussi d'un entretien avec l'AVS et l'enseignant et aussi de ce que nous dit l'enfant et la famille, tu vois... C'est un peu une synthèse de tout ça. Et nous on ne voulait pas justement lancer cette feuille comme ça, parce que s'il n'y a pas d'explications derrière ça ne sert strictement à rien. Donc vraiment, c'est soit on la donne lors d'un nouveau rendez-vous avec l'enseignant et l'AVS, où on relit ensemble cette feuille et on explique aussi les aménagements, soit on en discute le jour de l'ESS. Et elle est jointe au compte-rendu de l'ESS.

M : D'accord...

E1 : Et on dit toujours qu'il y a nos coordonnées dessus, que cette feuille bien sûr, n'a pas vocation à être fermée, loin de là... Et que c'est vraiment une feuille pour échanger en fait, c'est un support d'échange. Donc il ne faut pas hésiter, s'ils ont le temps, [rire], à nous recontacter, voilà... s'il y a des choses qui ne peuvent pas du tout se mettre en place, etc. L'idée c'est aussi que s'il y a une ESS en début d'année et qu'on a déjà parlé de cette feuille, lors d'une nouvelle ESS en fin d'année qu'on puisse faire le point sur ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi ça n'a pas fonctionné... est ce que c'est par manque de temps, de matériel... voilà... voir si il faut trouver une autre solution. Il faut que ce soit un outil constructif en tout cas [rire].

M : Ok [rire].

E1 : Et on est un peu soutenu par l'enseignant référent, qui du coup fait le lien entre la MDA et l'enseignant. Il suit les enfants qui ont une reconnaissance, tu sais... enfant handicapé. Donc il vérifie que s'il y a besoin d'une AVS notifiée, qu'elle est bien notifiée, et pour

combien de temps... si on notifie des aménagements pédagogiques lors de cette ESS et qu'ils ne sont pas mis en place parce que l'enseignant n'a pas fait son travail hein... on va dire clairement les choses, c'est aussi lui qui peut remettre un peu les points sur les « i » quoi, dire « non mais là, on vous avait dit qu'il fallait faire comme ci comme ca, donc maintenant c'est à vous de vous organiser pour mettre en place les choses ». Voilà, donc par exemple pour T, lui il était très fatigable, on a insisté plusieurs fois sur le fait que sur son heure et demi de pause de midi, quand il va à la cantine... parce que bien sûr si tu demandes à T, il va dire qu'il n'est pas fatigué [rire] parce qu'il a envie de jouer dans la cour avec ses copains, ce qui s'entends... sauf qu'il fallait vraiment qu'on prévoit trois quart d'heure de repos pour T. Donc il allait manger, ensuite il devait se reposer trois quart d'heure et ensuite il avait le temps de jouer dans la cour avant de reprendre son après-midi. Et ça, ça a été très compliqué à faire comprendre à l'instituteur par exemple. Parce qu'il nous disait toujours « oui mais il dit qu'il n'est pas fatigué » et après il nous disait « oui mais quand il arrive en classe, il ne veut plus travailler, il est fatigué ». Alors on lui disait « bah oui, parce qu'il n'a pas eu sa pose où il doit se reposer », alors il y avait un petit matelas, dans une salle spécifique, au calme... et ça il fallait que ce soit accepté aussi par l'enseignant qui était de permanence le midi. C'est-à-dire qu'il fallait que l'enseignant en gros, prenne T par la main [rire], l'emmène dans la salle et aille le chercher au bout de trois quart d'heure pour qu'il puisse jouer avec ses copains. Et ça c'était très compliqué, du coup ... je ne sais pas, je pense qu'entre le CP et le CE2 c'était toujours pas fait quoi...

M : Ah oui d'accord...

E1 : Donc là l'enseignante référente a son rôle de dire « oui mais c'est à vous de faire ça ».

M : Je vois, elle vous aide en vérifiant que les aides sont en place.

E1 : Bon après ce n'est pas toujours le cas non plus... parce que c'est vrai qu'entre enseignants ils sont solidaires [rire]. Parfois, malheureusement ... [rire] nos préconisations euh... sont pas toujours suivies et du coup l'enseignant référent ne dit pas à son collègue qu'il n'a pas bien fait son travail quoi... C'est un peu complexe.

M : Malgré ça, avez-vous quand même eu l'impression que votre intervention a eu un effet et plus particulièrement sur l'enseignant ?

E1 : Oui oui, quand même car il y a des choses qui avaient bougé.

M : Des choses qui avaient bougé...

E1 : Alors euh... sur ce que j'avais travaillé sur place, c'est-à-dire au niveau de l'organisation dans son casier, l'organisation sur son bureau... Parce qu'il y en avait partout, il ne s'y retrouvait pas. En fait au moment où l'instituteur disait par exemple « prenez votre

cahier bleu, pour commencer tel truc » bon ben T lui, une fois que tout le monde avait commencé depuis 10 minutes, il venait de sortir son cahier bleu tu vois. Et malheureusement l'instituteur n'était pas trop vigilant à ça donc il disait toujours « oui il est en retard, il est en retard » [rire], bah oui mais voilà... [rire]. Donc on avait retravaillé un peu là dessus du coup, on avait réorganisé avec T son casier, sa trousse, des choses comme ça. On avait indicé avec lui, donc moi j'avais expliqué ce travail là à l'instituteur et ça quand même, tu vois, ça avait été suivi. Il était plus vigilant à vérifier que du coup, le casier était toujours bien rangé au bout de 15 jours [rire]. Euh... et il avait repéré que justement T ça l'a aidé parce qu'il était... il était moins en retard. Ou alors il attendait un petit peu tu vois, il était plus vigilant à ça aussi.

M : D'accord. Et cette adhésion à vos conseils, à vos préconisations, ça a pris du temps ? C'était laborieux ?

E1 : Je dirais que oui quand même, car ça a été quelque chose que j'ai mis en place tu vois en décembre-janvier... Alors après on a une temporalité qui n'est pas évidente non plus hein, parce qu'entre le moment où on fait l'évaluation en octobre, le moment où on croise nos regards, où on prend rendez-vous et où on met en place les choses tu vois il s'écoule trois – quatre mois déjà [rire]. Parce qu'on se déplace donc c'est du temps de déplacement... Voilà... Mais oui, après c'est arrivé malheureusement plus en fin d'année et je pense que du coup ma remplaçante a refait ce travail là, à tout expliquer... oui je vois là en décembre 2015 avec la nouvelle institutrice.

M : J'ai l'impression que c'est un travail en boucle finalement et qui a du mal à aboutir d'un an sur l'autre.

E1 : Exactement, oui... je vois là, casier, cartable, trousse donc oui elle a repris tout ça... Donc c'est du travail de longue haleine oui [rire] !

M : Oui effectivement [rire] !... Parmi les différents axes de travail, qu'est ce qui a été le plus complexe à aborder avec l'enseignant ?

E1 : ... qu'est ce qui a été le plus complexe...

M : Qu'est ce qui a pris plus de temps ? Qui a nécessité plus de répétitions ?

E1 : Je dirais par rapport à ce que je disais... alors c'est moi, mon domaine hein mais sur sa fatigabilité et c'est vraiment ... je crois que c'est assez globale sur les enfants qu'on suit quand ils ont des troubles attentionnels et qu'ils ont une fatigabilité, c'est vraiment des choses qui sont invisibles, c'est vraiment le truc que les professeurs ont du mal à entendre... sûrement du mal à comprendre et à voir aussi... Tu vois, nous quand l'enfant commence à se frotter les yeux, quand il commence à s'effondrer sur sa table, qu'il regarde par la fenêtre, qu'il se tient la tête... tout ça pour nous ce sont des signes ... mais des fois, c'est déjà trop

tard, quand on arrive à ce stade là, c'est que l'enfant sature ++++. Et du coup il y a déjà des éléments un peu avant, qu'on essaie de faire prendre conscience aux instituteurs, mais souvent avant on a « mais il ne fait pas d'efforts, mais il n'écoute pas... il est un peu fainéant » et ça c'est un peu compliqué parce que nous du coup on essaie vraiment de faire le lien avec les troubles cognitifs... invisibles. Je dirais que c'est vraiment ça le plus compliqué, souvent.

M : D'accord oui je comprends. Si je reprends au niveau de la temporalité, si j'ai bien compris, vous l'avez rencontré en début d'année en octobre avec la neuropsy, ensuite vous l'avez vu deux fois de manière plus informelle quand vous travailliez à l'école avec T et enfin durant l'ESS...

E1 : Euh attends, l'ESS était en ... j'en ai une en décembre et ... non il n'y en a eu qu'une cette année là. La suivante était en début d'année de CM1 là.

M : D'accord. Par rapport à ces différents types de rencontres, cette difficulté à faire comprendre les troubles cognitifs, invisibles de l'enfant a été travaillé à quel moment ?

E1 : Oh c'est tout le temps ! [rire]

M : Tout le temps d'accord.

E1 : Tout le temps et ce n'est pas que moi, il y avait aussi la neuropsychologue qui avait rendez-vous à l'école, qui a fait son bilan, etc. Et aussi au niveau de la famille hein. J'en n'ai pas trop parlé mais des fois ce n'est pas facile... parfois il y a des familles qui comprennent très bien et d'autres qui sont dans « oh mais là il ne fait pas d'effort... il pourrait faire plus... ». Et du coup il faut aussi le faire comprendre à la famille parce que ce n'est pas simple. Parce qu'eux pour le coup ils sont beaucoup en lien avec l'école parce qu'ils ont des temps où ils vont chercher ou déposer leur enfant donc ils croisent plus l'instituteur. Et des fois ils se montent un peu le bourrichon entre eux quoi [rire]...

M : Au niveau des outils pour échanger, à part les rencontres en face à face, qu'avez-vous utilisé ?

E1 : Le téléphone, les mails principalement.

M : Ok. Par rapport à votre ressenti, sur cette année là, avez-vous été satisfaite sur le déroulement de la collaboration avec l'instituteur ?

E1 : ... euh... je vais faire une réponse qui n'en n'est pas une, mais oui et non [rire] !

M : [rire], alors pourquoi oui et pourquoi non ?

E1 : Non mais globalement je dirais qu'il y a des choses qui ont bougé tu vois, et même cette année. Ça dépend vraiment aussi des années, des interlocuteurs, des instituteurs... du bon vouloir aussi... et puis du temps ! Je ne leur jette pas la pierre aux enseignants hein, je pense qu'ils ont énormément de choses à faire et qu'ils ne peuvent pas faire de l'individuel pour

tous les enfants, donc c'est compliqué... Mais il y a aussi un peu du bon vouloir hein... parce que cette année apparemment il a eu une institutrice qui a été très... beaucoup plus à l'écoute, qui a très vite compris aussi le fonctionnement de T, et du coup déjà tout ce qui avait été amorcé l'année d'avant s'est remis en place mais très facilement.

M : D'accord...

E1 : On aurait pu tomber sur quelqu'un aussi qui n'aurait pas voulu entendre ça et ça aurait été encore plus compliqué donc... Moi je trouve que c'est satisfaisant parce que, ok c'est du travail et c'est beaucoup d'échanges mais c'est notre métier et c'est notre boulot donc voilà... Mais je pense qu'au final ça porte ses fruits... ... Alors ça ne porte pas ses fruits en deux mois, ça porte ses fruits au bout de trois ans [rire]... mais ça porte ses fruits !

M : D'accord...

E1 : L'idée c'est quand même que, à force, on y arrive, il faut être positif [rire] ! Non mais c'est comme l'accompagnement en libéral, c'est un truc dont je ne t'ai pas parlé mais, du coup, ça a mis aussi un peu de temps parce qu'il faut faire comprendre à la famille le pourquoi du comment, l'intérêt de l'ergothérapie en libéral, trouver l'ergothérapeute en libéral qui va bien vouloir se déplacer à l'école... et aussi l'avis de T qui était important. Mais voilà ça a commencé à s'amorcer à la fin de son année de CE2 quand moi je suis partie, et du coup ma collègue qui est arrivée a pris tout de suite le relais, ça s'est mis en place dès septembre là et il y a une super collaboration entre T et l'ergothérapeute en libéral donc c'est chouette quoi... parce qu'il progresse, parce qu'il y a des choses qui avancent même si ça a mis un peu de temps à se mettre en place, mais voilà, ça y est, ça s'est mis en place. Donc j'ai bon espoir que sur CM1, CM2 et sur une sixième ordinaire, qu'il puisse avoir des outils qui fonctionnent.

M : Selon vous, qu'est ce qui a manqué à cette collaboration pour qu'elle soit meilleure ?

E1 : Le temps oui le temps... et puis après c'est... [soupir]... c'est une question de relation avec les enseignants. C'est comment nous on peut être perçu aussi. On marche toujours un peu sur des œufs j'ai envie de te dire, c'est-à-dire que parfois les enseignants comprennent tout de suite qu'on n'est pas là pour leur donner des ordres en disant « il faut faire comme ci, il faut faire comme ça », mais qu'on est vraiment dans une idée de collaboration avec eux, comprendre aussi ce que eux vivent dans leur classe et comment les aménagements peuvent être mis en place. Donc il y en a qui comprennent tout de suite, et ils nous apportent énormément parce qu'on apprend aussi ... il y a des choses auxquelles on n'aurait pas pensé et pour eux c'est évident, et on se dit « mais oui tout à fait ». Donc c'est vraiment une collaboration. Son instituteur de CE2, je pense qu'il nous percevait un peu trop comme intrusif. Oui je pense qu'il y avait un peu de ça. Alors c'est compliqué parce qu'on a beau

essayer d'arrondir tous les angles et d'être hyper euh... diplomate parfois, bon ben voilà hein, ça ne passe pas, ça ne passe pas. Il y a le temps et aussi un peu comment nous on est perçu.

M : Ok. Et au contraire, qu'est qui vous a semblé déterminant pour permettre cette collaboration ?

E1 : Euh... notre persévérance ? [rire]

M : [rire]

E1 : [rire] ouais ouais, franchement, je pense quoi... Parce que si on n'avait pas été en équipe à se soutenir, à être persévérant sur cette situation, à relancer, à prendre du temps pour rédiger des choses, pour écrire des mails, pour passer des coups de fil, pour en discuter en équipe, pour voir la famille, etc, je pense que c'est vite le genre de situation où ça tombe à l'eau quoi...

M : On peut donc dire que le soutien des membres de l'équipe a été important alors ?

E1 : En tout cas pour cette situation oui. Je dirais donc notre persévérance, parce que franchement ... [rire] Après pour d'autres, ça peut être le super boulot de l'instit' hein. Parfois nous on ne fait quasiment rien et l'instit comprend bien et on intervient très peu. Mais là, pour le coup... sans vouloir nous jeter des fleurs [rire]... de temps en temps il en faut aussi [rire]...

M : [rire] Il faut savoir valoriser son travail aussi oui ! ... Finalement, la collaboration avec l'instituteur vous paraît elle indispensable pour la scolarisation de l'enfant ?

E1 : Ah oui oui ! Pour les enfants qu'on suit, s'il n'y a pas cette collaboration c'est voué à l'échec... enfin je pense.

M : D'accord. Et en quoi cette collaboration a-t-elle aidé l'enfant en classe ?

E1 : Je pense que si on a un discours commun auprès de l'enfant, il va mieux s'y retrouver, c'est clair du coup... S'il a des sons de cloches complètement différents que ce soit nous, les professionnels de l'équipe, ou sa famille, ou les enseignants, il ne peut pas s'y retrouver quoi... Et le fait qu'après les aides soient suivies aussi, quand nous on n'est plus présent tu vois.

M : Oui effectivement. Et vous avez eu des retours de l'instituteur sur ce qui a changé ?

E1 : Oui, alors moi les retours, j'ai du aller les chercher par mail, mais oui...

M : Vos conseils ont finalement été acceptés ?

E1 : Oui tout à fait, la preuve c'est que cette année ça a été bien repris aussi par la nouvelle institutrice donc oui.

M : D'accord. Je vous remercie beaucoup.

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec Ens

M : Pour T, qu'est ce qui a motivé l'intervention d'un ergothérapeute dans le cadre scolaire ?

Ens : Donc T c'est un enfant qui a des séquelles après un traumatisme grave... et qui a eu besoin d'une adaptation du milieu scolaire pour son rythme de temps de travail. Il avait des moments de grosse fatigue, il avait des moments ... de déconcentration, donc il est pris en charge par euh... plusieurs personnes, par tout un réseau. Et donc, à un moment donné, s'est posée la question aussi de son travail écrit parce qu'il avait une difficulté à écrire, à tenir euh... son stylo, à former des lettres correctement, il se fatiguait rapidement. Donc ça a été une des raisons qui ont motivé la prescription d'ergothérapie. Après euh... je me suis rendue compte... pour moi c'était ça la demande au départ, enfin... en tout cas de la part de mes collègues, parce que moi, il est dans ma classe seulement depuis cette année, alors qu'il est pris en charge depuis plusieurs années depuis son traumatisme. Et en fait, je me suis rendu compte qu'en rencontrant les personnes qui le suivent, que l'ergothérapie ça va bien au-delà de ça donc euh... je ne sais pas exactement dans l'équipe ce qui a motivé cette intervention là. Je ne suis pas au courant de tous les détails...

M : D'accord oui...

Ens : Ce que j'ai compris, c'est qu'il y avait aussi des postures qui comptaient, l'organisation de l'espace, euh... son repère dans le temps, organiser son emploi du temps, qu'il sache bien où il en est dans la journée... enfin, il y a tout ça que je n'avais pas euh... je n'avais pas mesuré que c'était aussi du rôle de l'ergothérapeute.

M : Ok, donc vous aviez déjà une certaine représentation mais vous en avez découvert d'autres...

Ens : Voilà, pour moi c'était plus du côté graphique euh... mieux écrire et trouver des postures pour mieux écrire... les postures voilà pour mieux écrire, je m'en étais arrêté là. Donc ça a été vraiment une rencontre intéressante pour moi, d'élargir ... de voir que le rôle de l'ergothérapeute était bien plus large que ça.

M : Je vois oui. Et les difficultés que vous avez citées, ce sont des choses que vous avez aussi observées en classe avec T ou simplement des échos de vos collègues ?

Ens : Euh alors, pour l'écriture ça c'est clair hein, c'est flagrant ! Pour le reste ... non, moi je n'avais pas remarqué qu'il avait besoin de ça spécifiquement... Besoin aussi... par exemple, il est très souvent en train de chercher un outil dans ses trousse, c'est mal rangé tout partout

autour de lui... elles sont venues dans la classe, elles nous ont donné des trucs, et aussi à T, des petites choses simples pour améliorer sa vie quotidienne et qu'il n'ait pas besoin justement de ... brasser autant d'air et d'objets [rire] avant de trouver ce dont il a besoin...

M : D'accord...

Ens : Donc bien repérer... ben par exemple, sur son bureau, mettre un pot avec des crayons, qui est fixé avec de la pâte à fixe pour que ça ne tombe pas tout le temps, parce qu'il a quelques fois des mouvements aussi un peu euh, malhabiles, enfin il peut renverser par exemple des choses donc ça, c'est fixé, ça ne tombe pas... Il lui faudrait un bureau bien plus grand mais ça on n'arrive pas à l'avoir... Donc il y a des choses qu'on a pu adapter à leurs propositions et d'autres euh...moins. Mais en tout cas, elles ont donné plusieurs solutions, plusieurs possibilités.

M : Et avant de rencontrer l'équipe et l'ergothérapeute, vous connaissiez un peu ce qu'était le traumatisme crânien ? Les séquelles qu'il pouvait y avoir ?

Ens : Non. J'avoue que ça c'était euh... non ça je ne savais pas.

M : D'accord donc elles ont pu vous apporter des informations ?

Ens : Alors oui... elles, et toute l'équipe de suivi quand même... En tout cas je ne sais pas si ça fonctionne comme ça partout, mais à Grenoble, visiblement, le centre fonctionne vraiment en plusieurs... il y a une équipe très complémentaire, et du coup... j'ai eu l'impression que chacun donnait vraiment les informations spécifiques à sa spécialité, mais en tenant compte de ce que les autres avaient planifié ensemble quoi.

M : Je vois. Donc si on reprend ce que vous attendiez de l'ergothérapeute à ce moment là, on peut dire que c'était principalement par rapport au graphisme et après, par rapport à l'organisation euh...

Ens : Voilà ! L'organisation spatiale, les repères que T pouvait prendre pour être plus à l'aise dans la journée, par exemple, lui faire un emploi du temps très très clair, avec des couleurs... euh, repérer bien ses cahiers, qu'il ait un cartable pratique pour ranger ses affaires ou pour voir ce qu'il avait à prendre dedans... Vraiment beaucoup beaucoup de détails matériels mais qui ont une grande importance.

M : Et ça c'était un peu en place déjà lors de son entre en CM1 ?

Ens : Alors, ça avait été mis en place l'année dernière, par une rencontre avec euh... alors je ne sais pas si ça avait été exactement le même type de rencontre ou si ça avait été juste... vous savez dans l'éducation nationale on a des équipes éducatives donc... est ce que ça avait été dit seulement en équipe éducative, ou est ce qu'elles étaient venues dans la classe pour faire le point, ça je ne sais pas... Mais euh... il y avait des choses mises en place, il y avait une fiche

de suivi, mais ça m'a un petit peu réactualisé tout ça parce que nous on a des longues listes de préconisations et puis... on ne recherche pas forcément dedans... ou on est pris un petit peu par euh... voilà. Donc le fait de se revoir... enfin de se voir, pour moi c'était une première, de se voir et de revoir en situation dans la classe qui n'était pas la même que l'année dernière, ça a permis à tout le monde de remettre des choses en route.

M : D'accord donc faire du lien entre ce qu'il faudrait faire et ce qui est possible d'appliquer réellement...

Ens : Voilà oui ! Et puis même moi, de me re-sensibiliser à ... aux choses spécifiques dont T a besoin, et que... bon voilà... je n'ai pas vu tout de suite hein... J'avais pas vu ou pas pris en compte de façon très précise.

M : D'accord, donc ça a été un plus pour vous aussi... Et du coup comment s'est déroulée la première rencontre avec l'ergothérapeute ?

Ens : Euh... oulala [rire], c'était... c'était au cours de la vie scolaire euh... on va dire... je crois que c'était le premier trimestre. Et elles sont venues à l'école, elle est venue à l'école.

M : C'était dans le cadre d'une réunion ? D'une ESS ?

Ens : Oui je pense qu'elle est venue dans ce cadre là... Mais elle est revenue une autre fois aussi. Elles sont venues deux fois en fait... Alors je dis « elles sont » parce qu'elles sont venues à deux... l'autre personne n'était pas ergothérapeute... j'ai un petit trou de mémoire... et je n'ai pas mon dossier donc je m'excuse ça ne va pas être très précis ce que je vais vous dire...

M : Ce n'est pas grave, toute information dont vous vous rappelez est bonne à prendre [rire]. C'était peut être la neuropsychologue non ?

Ens : Euh... neuropsych' oui, voilà c'est ça, la neuropsychologue ! Moi j'ai été euh... agréablement surprise que les gens fassent un déplacement... on est un petit peu loin de Grenoble donc quand même, c'est une équipe qui prend du temps, et qui vient euh... sur place pour un enfant... J'ai trouvé ça chouette !

M : D'accord. Donc il y a eu cette première ESS. Qu'est ce qui a été évoqué lors de cette ESS ?

Ens : On a parlé des progrès de T parce que c'est un enfant qui ne cesse de progresser et... oh... je pense que les séquelles s'atténuent un petit peu de son traumatisme donc ça... on a beaucoup parlé de ses progrès, et on a parlé également, en particulier c'est l'orthophonie qui posait le plus de problèmes aussi parce qu'au niveau du langage c'est un enfant qui a ... il cherche ses mots, il peut euh faire des phrases un peu incohérentes parce que ça se mélange un petit peu dans sa tête l'ordre des mots... donc on a beaucoup parlé d'orthophonie, euh... ça

a pris pas mal de temps, c'est peut être aussi pour ça que l'ergothérapeute est revenue aussi après, parce que c'était ... il y a eu un long moment de discussion là-dessus. Et puis, ... il y avait toujours des problèmes amenés autour de sa mémoire, autour de l'organisation spatiale, et euh... de la gestion du temps de travail. C'est-à-dire par exemple, T lui, le matin peut être bien concentré, travailler avec une certaine énergie, et l'après-midi être ... plus fatigué. Donc on cherchait comment... agrandir son temps de concentration et de travail et d'énergie au travail, en réduisant tout ce qui est parasites dans sa journée, et donc particulièrement tout ce qui concernait l'organisation spatiale et le temps qu'il peut passer aussi à ... à se demander où il en est, ce qu'il doit faire et comment se mettre au travail... Voilà tout ça.

M : Je vois. Elle est donc revenue une deuxième fois. C'était dans quel cadre ?

Ens : Ce n'était pas une réunion, elle est revenue une deuxième fois, que pour nous, que pour T et pour me rencontrer.

M : D'accord donc c'était un rendez vous prévu spécifiquement et non au court d'une séance avec T où elle vous a croisé ?

Ens : Non non c'était planifié. On a pris rendez-vous et elles sont revenues à deux. Du coup on n'avait pas eu assez de temps en ESS pour évoquer la spécificité de ce qu'on pouvait apporter à T au niveau de l'ergothérapie et du coup euh... c'était pour reprendre un peu du temps, dans la classe, et... et voir ce qu'on pouvait adapter... réadapter ou remettre en route ce qui avait été abandonné... ou abandonné par T parce que lui aussi il a quelques conseils mais bon voilà, il avait un petit peu laissé tombé certaines choses, donc remettre un petit tout ça d'actualité. Et m'informer aussi de tout ça dans la classe. Et il y a aussi des choses importantes aussi qu'elles m'ont dites ces personnes... c'est que euh... bon par exemple moi j'ai un travail différencié et puis T parfois voudrait faire le même travail que d'autres enfants qui ont un rythme normal et elles me disaient « *non non franchement pour ménager T, il faut, à tout prix, garder sa ligne de conduite, et il y a du travail adapté pour lui, lui faire comprendre que c'est pour son bien, pour qu'il garde son énergie pour autre chose* ». Et ça ça m'a fait beaucoup réfléchir pour lui et pour d'autres enfants d'ailleurs...

M : [acquiescement]

Ens : Pas forcément aller dans leur sens et dans leur demande si on est convaincu que ils ont besoins de se ménager pour la suite quoi.

M : C'est un mal pour un bien sur le plus long terme quoi...

Ens : Voilà. C'est bien d'aller dans leur sens pour leur motivation mais ce n'est pas forcément bien pour la gestion de leur rythme.

M : Je vois oui. Y a-t-il eu d'autres moments où vous avez échangé avec l'ergothérapeute ?

Ens : Ça a été ces deux fois là, mais à chaque fois elles m'ont dit qu'on pouvait rester en contact par mail ou par téléphone.

M : Et cela a été utilisé ?

Ens : Et bien... je ne l'ai pas fait forcément mais ça aurait pu se faire.

M : Si maintenant je vous demande qu'est ce qui a facilité ou freiné ces échanges ?

Ens : Alors facilité ce qui est certain, c'est la volonté de l'équipe Grenobloise de prendre contact et de... de venir plusieurs fois me rencontrer, ça c'est certain ! Euh parce que... bon... par mail elles me l'ont dit mais euh... ben je n'aurais pas forcément donné suite...

M : D'accord...

Ens : C'est vraiment leur propre détermination qui a été concluante... Euh... Freiné ben c'est des gens qui doivent... il y a une certaine distance hein, nous on est à 35 km de Grenoble, c'est sûr qu'ils ne vont pas se déplacer à tout moment hein...

M : Effectivement oui... Après ces interventions, comment cette intervention a-t-elle impacté votre manière de penser, voire d'agir ?

Ens : Et bien j'ai fait plus attention à ce qui a été mis en place donc au niveau matériel, que... j'ai fait référence à cette rencontre pour que T pense à reprendre par exemple son emploi du temps et qu'il s'y réfère... pour lui redire qu'on avait réfléchi ensemble euh... comment ménager son énergie... donc tout ça par rapport à ce que je vous disais, par rapport au travail différencié... Je fais attention à ce que son petit pot de crayon... ce sont des choses simples mais c'est très important hein... qu'il soit toujours en place...Voilà... ça m'a... ça m'a remobilisée sur les choses importantes. En revanche il y a des choses que je ne peux pas... enfin, que je n'arrive pas à mettre en place qui sont euh... qui demanderaient encore plus d'attention, de préparation, de ma part hein... Et ça bon ben je n'y arrive pas à chaque fois hein !

M : Et ces choses là plus compliquées pour vous à mettre en place, vous l'avez partagé avec l'ergothérapeute ?

Ens : Euh non... Je n'ai pas fais de retour... En même temps, j'avais bien aimé quand même leurs propositions, parce qu'elles m'ont dit « nous on vous fait un maximum de propositions, et puis on sait bien aussi quelles sont les conditions de travail dans les classes... », elles m'ont dit « à partir du moment où vous pouvez piocher le plus possible d'idées dedans et de sollicitations, c'est toujours bien hein ! ». Voilà...

M : Donc elles vous donnent des préconisations que vous ajuster dans la réalité de la classe.

Ens : Voilà oui. Après... après je pense quand même que les personnes qui sont en suivi individuel, ont un petit peu de mal à comprendre comment ça se passe après dans le groupe.

Par exemple, T c'est un enfant qui est vite gêné par le bruit. Bon... et bien c'est compliqué de gérer ça au quotidien, parce que du bruit ben... le bruit ou la chaleur ou quelque chose qui peut le gêner, voilà comme ça nous gêne tous, sauf que lui ça prend plein de place quoi quand il est gêné... Et donc ça ce n'est pas toujours évident de le prendre en compte tout le temps... par exemple.

M : Oui effectivement, ce sont des choses parfois plus difficilement maîtrisables !

Ens : Il y a des choses qu'on sait... on sait que c'est très important, on sait qu'il faudrait faire quelque chose [rire] mais euh... voilà, sur le coup là, je n'ai pas de solution, ou je n'ai pas le temps de trouver une solution ! Voilà, bon... il est suivi quand même par une AVS aussi hein, donc ça c'est aussi une grande aide. Même si elle n'est pas là toute la journée, elle aide sur une partie du temps.

M : D'accord. Après tout ça, qu'est ce que vous reprenez des séquelles d'un traumatisme crânien ?

Ens : Alors je pense la gestion de l'énergie, de la fatigue, la récupération... Euh... je pense aussi anxiété, parce que je vois euh... quand il veut parler et qu'il voit bien qu'on ne le comprend pas parce qu'il bafouille, ça génère vraiment de l'émotion pour lui... du coup... Voilà, je ne sais pas exactement ce qu'il se passe en lui mais on sent que c'est bien serré quoi. Donc ... ça je le perçois... énergie, fatigue, anxiété, euh... ... Je dirais aussi, enfin dans son cas en tout cas il y a des progrès, c'est ce qui compte aussi, c'est de mesurer les progrès et de s'appuyer sur les progrès.

M : Ok. Et globalement vous vous diriez satisfaite de cette collaboration ?

Ens : Oui très satisfaite.

M : Très satisfaite.

Ens : Quand on a un enfant en face de soi qui a un rythme un peu lent euh... une mémoire un peu défaillante, on ne sait pas toujours d'où vient le problème. Et le fait d'avoir des spécialistes qui nous expliquent un petit peu ce qu'il se passe, et d'où est parti l'enfant et où il en est maintenant et de voir tout son cheminement... et de voir qu'il y a des solutions pour l'aider tout au long, c'est rassurant et c'est motivant ... Plus, plus toutes les solutions pratiques qu'ils ont à nous proposer et qui sont, pour certaines, complètement possible à mettre en place.

M : C'est un soutien humain comme ... au niveau matériel...

Ens : Humain et pratique oui !

M : Voilà d'accord. Même si elle a été plutôt positive, si vous deviez me dire l'élément qui a manqué à cette collaboration pour qu'elle soit encore meilleure ce serait quoi ?

Ens : C'est sûr que par exemple, si ces personnes avaient un peu plus de temps, et passaient du temps dans la classe, pendant le temps collectif, ce serait intéressant aussi comme ça ils verraient aussi ... en fonction de l'atmosphère de classe et tout ça... comment on peut euh... au-delà des idées, des principes qu'on nous donne qui sont très très intéressants mais qui ne sont pas tous possibles à mettre en place, peut être qu'elles pourraient voir plus clairement comment adapter tout ça à notre quotidien.

M : Effectivement, ça pourrait être intéressant mais ce n'est pas quelque chose que les ergos semblent faire souvent ou puissent faire souvent.

Ens : Ben oui c'est sûr ! Je comprends bien !

M : Cette collaboration vous paraît-elle indispensable finalement ?

Ens : Ah oui tout à fait ! Ne serait-ce que parce que ... on connaît mal cette spécialité, enfin je m'en suis rendu compte hein ! Et puis même c'est vraiment très intéressant !

M : J'ai l'impression que ça vous a apporté beaucoup de choses...

Ens : Oui oui tout à fait !

M : Pour finir, quelles sont les répercussions que vous avez vu sur les apprentissages de T ? En quoi la collaboration a-t-elle aidé cet enfant en classe ?

Ens : Alors moi je pense que de toute façon un enfant quand il voit les personnes qui s'occupent de lui, venir à l'école ou se rencontrer en tout cas, parler ensemble... déjà ça fait forcément un impact parce que... voilà l'humain il fait comme ça hein, il a besoin de liens et donc il fait des liens entre tous ces gens qui gravitent autour de lui, se rencontre que chacun œuvre à sa façon pour lui et ça redonne un petit peu d'importance à la personne... et de l'importance à tout ce que chacun dit. Donc ça de toute façon je pense que c'est déjà psychologiquement très important. Et puis euh... voilà toutes les discussions techniques qu'on a eu sur euh... ce qu'on peut apporter vraiment pratiquement pour l'aide de T ont un impact parce que, ben voilà, moi je lui disais [rire] « *tu as trois trousse, il faut que tu ranges ta trousse, voilà... arrête de brasser ...* » [rire]

M : [rire]

Ens : Voilà, moi il y avait des tas de moments où moi je m'énervais de voir tout ce bazar et puis je n'avais pas idée de lui mettre le pot quoi [rire]... Voilà... bon c'est bête hein ! C'est des solutions très simples... En tout cas, tout ça a été un grand moment quoi [rire] !

M : [rire] Ok. Ça a facilité sa vie et la votre !

Ens : Exactement [rire] ! ... Ah et je voudrais rajouter une chose à tout ça... Vous ne m'avez pas parlé du lien avec les parents, et je pense que ... ça c'est quelque chose qui est important aussi. Dans le cas de T euh... bon quand on fait une réunion les parents viennent hein, il n'y a

aucun problème, mais ... en revanche ils ne sont pas trop exigeants sur son travail scolaire, par exemple, sur ce qui se passe à l'école, ils ne sont pas très curieux non plus de savoir ce qui s'y passe... donc ça je pense que c'est quand même important aussi pour un maximum d'efficacité que tout ceux qui gravitent autour et les parents bien sur qui sont hautement concernés... c'est vraiment important que tout le monde donne sa part quoi, donne son importance à ce qui se fait... Voilà... Je ne dis pas que dans ce cas là les parents ne s'intéressent pas hein, ce n'est pas le cas, mais disons que pour eux, et puis ça peut se comprendre, l'enfant il est là, il est en bonne santé maintenant, pratiquement en bonne santé... voilà l'école c'est un petit peu accessoire...

M : Ce sont effectivement des acteurs centraux aussi dans la démarche de scolarisation. Ecoutez, je vous remercie beaucoup !

Annexe IV : Tableau d'analyse des verbatim des personnes interrogées

THEMES	SOUS THEMES EVOQUES	FREQUENCE DES SOUS-THEMES ABORDES			VERBATIM
		Pratiqué	Evoqué seulement	Sous total	
CIP ergothérapeutes / enseignant	Finalisation	E1 : 10 E2 : 9 E3 : 4	8 10 3	18 19 7	<p>E1 : « On essaie de mettre en place des aménagements pédagogiques », « et ça il fallait que ce soit accepté aussi par l'enseignant ».</p> <p>E2 : « on avait essayé de trouver des solutions », « ces échanges ont permis aussi aux enseignants de se raccrocher aux possibilités de M et d'essayer d'adapter, en tout cas de la même manière qu'on essayait de le faire en séances nous, individuelles ».</p> <p>E3 : « C'était sur leurs demandes à elles », « l'envie de continuer à travailler avec nous », « faire que le jeune soit bien accueilli à chaque fois et que ce soit bien préparé ».</p>
		Ens : 6	3	9	<p>Ens : « je me suis rendu compte qu'en rencontrant les personnes qui le suivent, que l'ergothérapie ça va bien au-delà de ça », « que les gens fassent un déplacement... on est un petit peu loin de Grenoble donc quand même c'est une équipe qui prend du temps, et qui vient... sur place pour un enfant », « voir ce qu'on pouvait adapter... réadapter ou remettre en route ce qui avait été abandonné ».</p>
	Intériorisation	E1 : 22 E2 : 14 E3 : 16	4 5 4	26 19 20	<p>E1 : « on en discute le jour de l'ESS », « je suis intervenue deux fois à l'école ».</p> <p>E2 : « des RESS répétées », « le collègue essayait de prendre contact avec nous pour essayer de travailler les choses avec nous ».</p> <p>E3 : « on a plus intérêt en fait à intervenir auprès des personnes qui rencontrent le jeune régulièrement, pour vraiment leur faire comprendre les difficultés et comment on peut aider le jeune ».</p>
		Ens : 18	2	20	<p>Ens : « elle est revenue une deuxième fois, que pour nous, que pour T et pour me rencontrer », « ce sont des choses simples, mais c'est très important », « elles sont venues dans la classe, elles nous ont donné des trucs (...) des petites choses simples pour améliorer la vie quotidienne ».</p>
	Formalisation	E1 : 3 E2 : 4 E3 : 2	0 0 0	3 4 2	<p>E1 : « On avait mis en place une feuille d'aménagement pédagogique », « elle avait fait un travail avec lui sur des supports en classe ».</p> <p>E2 : « L'avantage du collège ça permet aussi de travailler dans un cadre, on va dire, un petit peu plus... plus formel », « c'est la fiche de conclusions de la réunion d'équipe de suivi de la scolarisation ».</p> <p>E3 : « il y a ce qu'on appelle un PPS (...) on rédige le projet du jeune », « rédige le compte rendu de la MDPH ».</p>
		Ens : 1	0	1	<p>Ens : « il y avait une fiche de suivie ».</p>

	Gouvernance	E1 : 5 E2 : 4 E3 : 2	2 1 0	7 5 2	<p>E1 : « <i>Quand on intervient à l'école il faut quand même qu'on ait les autorisations</i> », « <i>s'il a des sons de cloches complètement différents que ce soit nous, les professionnels de l'équipe ou sa famille ou les enseignants, il ne peut pas s'y retrouver quoi</i> ».</p> <p>E2 : « <i>faire le lien, coordonner la scolarité</i> », « <i>la MDPH du coup en a un exemplaire, la structure scolaire en a un exemplaire et nous en avons un exemplaire</i> ».</p> <p>E3 : « <i>il est partagé du coup entre les équipes</i> », « <i>c'est déjà vu en ESS, avec l'enseignante principale et pour en faire part à toute l'équipe</i> ».</p>
		Ens : 2	2	4	<p>Ens : « <i>l'humain il fait comme ça hein, il a besoin de liens et donc il fait des liens entre tous ces gens qui gravitent autour de lui</i> », « <i>c'est quand même important aussi pour un maximum d'efficacité que tout ceux qui gravitent autour (...), c'est vraiment important que tout le monde donne sa part quoi, donne son importance à ce qui se fait</i> ».</p>
Représentations / postures initiales	Adaptées	E1 : 3 E2 : 3 E3 : 0			<p>E1 : « <i>on a eu des informations sur le fait qu'il était très fatigable</i> », « <i>il avait déjà mis en place des choses qui étaient adaptées</i> ».</p> <p>E2 : « <i>ils repartaient sur une nouvelle base, sur une nouvelle relation</i> », « <i>une équipe du coup, qui je pense était peut être moins autour des troubles du comportement parce qu'ils avaient la possibilité de vraiment prendre du temps</i> ».</p>
		Ens : 2			<p>Ens : « <i>pour moi c'était plutôt du côté graphique... mieux écrire et trouver des postures pour mieux écrire... les postures voilà pour mieux écrire</i> », « <i>pour l'écriture ça c'est clair hein, c'est flagrant</i> ».</p>
	Inadaptées	E1 : 6 E2 : 11 E3 : 10			<p>E1 : « <i>Il nous disait toujours 'oui mais il dit qu'il n'est pas fatigué'</i> », « <i>l'instituteur n'était pas trop vigilant à ça donc il disait toujours 'oui il est en retard'</i> ».</p> <p>E2 : « <i>on était avec un collègue qui était dans le déni de ses difficultés d'ordres dysexécutives et puis... il partait sur le principe que M avait tout à fait le niveau pour être dans ces classes là</i> », « <i>quand on parlait d'orientation en fait, on n'était pas du tout sur des orientations qui étaient possibles</i> ».</p> <p>E3 : « <i>ça ressemble à des difficultés d'autres jeunes en général et c'est mal compris et mal perçu par l'équipe enseignante</i> », « <i>c'était pris comme de la mauvaise volonté</i> », « <i>comme c'est un handicap invisible, ce n'est pas toujours bien compris</i> », « <i>c'est aussi des réactions qu'a pu avoir le collègue, qui n'étaient pas forcément appropriées, par exemple à un moment il avait 3 AVS</i> ».</p>
		Ens : 8			<p>Ens : « <i>je n'avais pas remarqué qu'il avait besoin de ça spécifiquement</i> », « <i>on a des longues listes de préconisations et puis... on ne recherche pas forcément dedans...</i> », « <i>on ne sait pas toujours d'où vient le problème</i> », « <i>voilà, moi il y avait des tas de moments où moi je m'énervais de voir tout ce bazar et puis je n'avais pas idée de lui mettre le pot quoi...</i> ».</p>

Changement de représentation	Pas de changement	E1 : 3 E2 : 5 E3 : 0	<p><i>E1 : « l'enseignant n'a pas fait son travail », « entre le CP et le CE2 c'était toujours pas fait », « on a, 'mais il ne fait pas d'efforts, mais il n'écoute pas... il est un peu fainéant' et ça c'est un peu compliqué parce que nous du coup on essaie vraiment de faire le lien avec les troubles cognitifs... invisibles ».</i></p> <p><i>E2 : « comme ça il est monté jusqu'en 3^{ème} », « malgré mon intervention au sein du collège en fait, les problèmes de comportement revenaient toujours et encore... et parasitaient toujours la prise en charge autour vraiment de ... sa scolarité et de ses capacités, on va dire, scolaires ».</i></p>
		Ens : 0	
	Raisonnements différents	E1 : 1 E2 : 4 E3 : 5	<p><i>E1 : « Il avait repéré que justement T ça l'a aidé ».</i></p> <p><i>E2 : « re-réfléchir à son emploi du temps », « on avait un retour des enseignants qui nous disaient, en effet ça ça fonctionne, ça ça ne fonctionne pas ».</i></p> <p><i>E3 : « mais par exemple cette année, il n'a plus qu'une AVS », « par la prise de conscience en fait de ses difficultés, être plus compréhensif vis-à-vis du jeune pour mieux l'aider », « ils étaient étonnés de comprendre certaines difficultés du jeune. Et euh... ils y voyaient un petit peu plus clair ».</i></p>
		Ens : 10	<p><i>Ens : « ce que j'ai compris, c'est qu'il y avait aussi des postures qui comptaient, l'organisation de l'espace... son repère dans le temps, qu'il sache bien où il en est dans la journée », « et puis moi-même de me re-sensibiliser à ... aux choses spécifiques dont T a besoin », « il y a des choses importantes qu'elles m'ont dites ces personnes... c'est que... bon par exemple moi j'ai un travail différencié et puis T parfois voudrait faire le même travail que d'autres enfants qui ont un rythme normal et elles me disaient 'non non franchement pour ménager T, il faut à tout prix garder sa ligne de conduite, et il y a du travail adapté pour lui, lui faire comprendre que c'est pour son bien, pour qu'il garde son énergie pour autre chose' et ça ça m'a fait beaucoup réfléchir pour lui et pour d'autres enfants d'ailleurs ».</i></p>
	Agissements différents	E1 : 5 E2 : 1 E3 : 4	<p><i>E1 : « Il attendait un petit peu tu vois, il était plus vigilant à ça aussi ».</i></p> <p><i>E2 : « les échanges (...) ont permis aussi aux enseignants de se raccrocher aux possibilités de M et d'essayer d'adapter, en tout cas de la même manière qu'on essayait de le faire en séance, nous, individuelles ».</i></p> <p><i>E3 : « il y a eu pleins de petites actions on va dire, qui ont été mises en place », « après c'est plus un comportement, c'est-à-dire... bien séquencer, avoir un étayage verbal, bien séquencer les actions ».</i></p>

		Ens : 8	<i>Ens : « l'organisation spatiale, les repères que T pouvait prendre pour être plus à l'aise dans la journée, par exemple, lui faire un emploi du temps très très clair, avec des couleurs... repérer bien ses cahiers, qu'il ait un cartable pratique pour ranger ses affaires ou pour voir ce qu'il avait à prendre dedans », « c'est bien d'aller dans leur sens pour leur motivation mais ce n'est pas forcément bien pour la gestion de leur rythme ».</i>
Satisfaction par rapport à la CIP	Positive	E1 : 4 E2 : 6 E3 : 2	<i>E1 : « C'est satisfaisant », « mais ça porte ses fruits ». E2 : « Ca a été beaucoup plus intéressant », « les échanges qu'on a eus systématiquement ont été entendus ». E3 : « l'équipe était partante, à partir de ce moment là, il y a une très très bonne collaboration », « C'est relativement bien accepté de la part des enseignants ».</i>
		Ens : 11	<i>Ens : « Ca vraiment été une rencontre intéressante pour moi », « le fait d'avoir des spécialistes qui nous expliquent un petit peu ce qu'il se passe, et d'où est parti l'enfant et où il en est maintenant et de voir tout son cheminement... et de voir qu'il y a des solutions pour l'aider tout au long, c'est rassurant et c'est motivant ».</i>
	Négative	E1 : 8 E2 : 18 E3 : 2	<i>E1 : « On doit recommencer tous les ans malheureusement », « c'était compliqué », « malheureusement, nos préconisations ne sont pas toujours suivies ». E2 : « vraiment le plus difficile pour nous et pour moi, ça a été de pouvoir déjà, réussir à avoir ces informations là et d'être entendu », « on n'a pas tenu compte forcément de ma parole ». E3 : « ce n'est pas évident non », « avec l'équipe pédagogique, ce n'est malheureusement pas systématique ».</i>
		Ens : 2	<i>Ens : « si ces personnes avaient un peu plus de temps, et passaient du temps dans la classe, pendant le temps collectif, ce serait intéressant aussi comme ça ils verraient aussi... en fonction de l'atmosphère de classe et tout ça... comment on peut... au-delà des idées, des principes qu'on nous donne qui sont très très intéressants mais qui ne sont pas tous possibles à mettre en place, peut être qu'elles pourraient voir plus clairement comment adapter tout ça à notre quotidien ».</i>

Influence sur la scolarité de l'enfant	Effective	E1 : 5 E2 : 7 E3 : 4	<p><i>E1 : « Il va mieux s'y retrouver », « il était moins en retard », « le casier était toujours bien rangé au bout de 15 jours ».</i></p> <p><i>E2 : « ça a permis un petit peu plus d'investissement de la part de M », « pouvoir sortir de la classe pour prendre le temps de se calmer », « ça lui a permis déjà de comprendre un petit peu plus ses difficultés. Et puis d'essayer de s'accrocher parce qu'il voyait aussi qu'on était quand même plusieurs équipes à se mobiliser pour lui et à essayer de lui montrer qu'il avait des capacités et qu'il pouvait faire des choses ».</i></p> <p><i>E3 : « mettre en place des check-lists, des codes couleurs », « il comprenait de mieux en mieux », « il est passé en (...) 3^{ème} avec 6 heures de découverte professionnelle », « par rapport à son comportement, il y a eu un changement ».</i></p>
		Ens : 3	<p><i>Ens : « sur son bureau, mettre un pot avec des crayons qui est fixé avec de la pâte à fixe pour que ça ne tombe pas tout le temps », « agrandir son temps de concentration et de travail et d'énergie au travail en réduisant tout ce qui est parasites dans sa journée et donc particulièrement tout ce qui concernait l'organisation spatiale et le temps qu'il peut passer aussi à... à se demander où il en est, ce qu'il doit faire et comment se mettre au travail ».</i></p>
	Non effective	E1 : 1 E2 : 4 E3 : 0	<p><i>E1 : « entre le CP et le CE2, c'était toujours pas fait ».</i></p> <p><i>E2 : « il a été déscolarisé », « après, M a été repris un petit peu redéborde par ce comportement », « il y a eu les soucis d'exclusions temporaires qui sont revenus régulièrement ».</i></p>
		Ens : 0	

Titre/Title

La Collaboration Interprofessionnelle : une ressource en ergothérapie pour sensibiliser les enseignants aux troubles cognitifs de l'enfant traumatisé crânio-cérébral en milieu ordinaire.

The Interprofessional Collaboration: a resource in occupational therapy to sensitize teachers to cognitive disorders in children with traumatic brain injury in mainstream schools.

Auteur/Author

Elsa BOURGEOIS

Mots-clés

Ergothérapeute, inclusion scolaire, sensibilisation, collaboration interprofessionnelle, troubles cognitifs

Key words

Occupational therapist, mainstreaming, sensitization, interprofessional collaboration, cognitive impairments.

Résumé

Contexte : En France, depuis la loi de 2005, l'inclusion scolaire de l'enfant en situation de handicap cognitif est valorisée. Mais dix ans après, elle reste idéalisée et la collaboration entre l'éducation nationale et les établissements médico-sociaux est remise en cause.

Objectif : L'objectif de cette recherche est d'identifier les caractéristiques de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et l'équipe enseignante permettant de sensibiliser cette dernière au handicap invisible.

Méthode : Un entretien compréhensif a été conduit auprès de trois ergothérapeutes et un enseignant accompagnants des enfants ayant des troubles cognitifs consécutifs à un traumatisme crânio-cérébral, scolarisés en établissement primaire ou en collèges ordinaires.

Résultats : Le handicap invisible est complexe à cerner par l'équipe éducative. La collaboration interprofessionnelle se décompose en deux dimensions relationnelles - finalisation et intériorisation - et deux dimensions organisationnelles - formalisation et gouvernance. La sensibilisation des enseignants s'est révélée effective en présence d'une forte dimension relationnelle avec une importance particulière pour l'intériorisation. Les ergothérapeutes sont moins satisfaits de la collaboration interprofessionnelle que les enseignants à cause de la difficulté ressentie à la pratiquer, notamment pour la finalisation.

Conclusion : Cette étude a permis de répondre à l'objectif. Elle a aussi mis en avant l'existence d'autres facteurs influençant la sensibilisation de l'enseignant par l'ergothérapeute.

Abstract

Context: In France, since the law of 2005, inclusive education of children experiencing cognitive impairment is valued. But ten years later, it remains idealized, and the collaboration between National Education and the medico-social institutions is questioned.

Objective: The aim of this research is to identify the characteristics of the interprofessional collaboration between the occupational therapist and the teaching team in order to sensitize teachers to this invisible handicap.

Method: An in-depth interview was conducted with three occupational therapists and one teacher who were supporting children with cognitive impairment consecutive to a traumatic brain injury, enrolled in primary school or in college.

Results: The invisible handicap is complex to understand by the educational team. Interprofessional collaboration is divided into two relational dimensions - finalization and internalization - and two organizational dimensions - formalization and governance. Sensitization of teachers became effective in the presence of a strong relational dimension with particular importance for internalization. Occupational therapists are less satisfied with interprofessional collaboration than teachers because of the difficulty experienced in its practice, especially for finalization.

Conclusion: This study reached its objectives. It also highlighted the existence of other factors influencing the sensitization of the teacher by the occupational therapist.