

Région **ALSACE**  
**CHAMPAGNE-ARDENNE**  
**LORRAINE**

**RÉGION**  
**BOURGOGNE**  
**FRANCHE**  
**COMTÉ**

INSTITUT INTER REGIONAL DE FORMATION  
EN ERGOTHERAPIE  
MULHOUSE

LA TRANSITION PRIMAIRE/COLLEGE DES ENFANTS DYSPRAXIQUES  
EN MILIEU ORDINAIRE

*La collaboration de l'ergothérapeute avec les différents acteurs*

Mémoire d'initiation à la recherche

Jules Manton

Mai 2017

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement,

Mon référent de terrain, Thibaut Pollet-Villard, qui a su se montrer compréhensif, disponible et qui m'a été d'une grande aide lors de mon enquête.

Ma référente méthodologique, Martine De Montgolfier pour son soutien, son calme apaisant et ses bons conseils lors des moments critiques de l'élaboration de mon mémoire.

Maud Eckenschwiller, Noémie Luthringer et l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'IIRFE de Mulhouse pour leur bienveillance et pour avoir su me transmettre l'amour de leur métier, mon futur métier.

Tous ceux qui de près ou de loin m'ont permis de mener à bien ma formation et de me construire en tant que futur professionnel.

Tous les intervenants qui ont accepté de m'aider et qui ont pris part à ma recherche, sans lesquels je n'aurais pas pu mener mon travail à terme.

Ma promotion, cette bande d'étudiants, de véritables amis, ensemble nous nous sommes construits en tant que futurs ergothérapeutes, nous avons ri, nous nous sommes supportés et soutenus pendant ces trois années incroyables de formation et nous avons tissé de réels liens d'amitié.

Le Bureau Nationale de l'UNAEE, eux aussi étudiants, qui ont fait comme moi le pari un peu fou d'allier vie associative et vie étudiante le temps d'une année. De formidables rencontres et des expériences on ne peut plus enrichissantes tant sur le plan personnel que professionnel.

Ma famille pour son soutien indéfectible au fil des années, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir construit un cadre de vie idéal pour mener à bien mes études et mes projets.

Ma maman qui a vécu intensément les derniers instants de mon mémoire, pour ses nombreuses relectures et ses conseils et pour toujours avoir fait passer le bien-être de ses enfants avant le sien. Merci.

*« Puisqu'on ne peut changer la direction du vent, il faut apprendre à orienter les voiles ».*  
*James Dean.*

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Problématisation.....</b>	<b>2</b>
2.1	Situation d'appel .....	2
2.2	Phase exploratoire .....	3
2.2.1	Entretiens exploratoires avec des professeurs de collège.....	3
2.2.2	Entretiens exploratoires avec des ergothérapeutes.....	4
2.2.3	Conclusion de la phase exploratoire.....	5
2.3	Question de recherche .....	6
<b>3</b>	<b>Cadre théorique.....</b>	<b>6</b>
3.1	La dyspraxie .....	6
3.1.1	Définition .....	6
3.1.2	Répercussion sur la scolarité .....	9
3.1.2.1	Les troubles visuo-spatiaux.....	9
3.1.2.1.1	La lecture .....	9
3.1.2.1.2	L'écriture .....	10
3.1.2.1.3	La dyscalculie visuelle.....	10
3.1.2.1.4	L'apprentissage.....	11
3.1.2.2	Les Troubles d'Acquisition de la Coordination (TAC) .....	11
3.1.2.3	La double tâche .....	12
3.1.3	Les transitions .....	12
3.2	La scolarisation en milieu ordinaire de l'enfant ayant des troubles dyspraxiques...	13
3.2.1	L'inclusion scolaire : loi du 11 février 2005 .....	13
3.2.1.1	Des outils pour adapter la scolarité.....	14
3.2.1.2	Le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).....	16
3.2.2	La scolarité en milieu ordinaire.....	17
3.2.2.1	Organisation de la scolarité.....	17
3.2.2.2	Programme du cycle 3.....	19
3.2.3	Rapport de 2016 : Etat des lieux de l'inclusion scolaire .....	20
3.3	L'ergothérapeute, acteur de cette transition .....	23
3.3.1	Définition .....	23
3.3.2	Champ d'intervention avec un enfant ayant des troubles dyspraxiques .....	23

<b>4</b>	<b>Cadre méthodologique de recherche .....</b>	<b>29</b>
4.1	Choix des outils.....	29
4.2	Choix de la population .....	30
<b>5</b>	<b>Analyse des résultats .....</b>	<b>32</b>
5.1	Méthode d'analyse des entretiens.....	32
5.2	Présentation et analyse des entretiens .....	32
5.2.1	Etat des lieux sur les actions menées lors de la transition.....	32
5.2.2	Ressenti et axes d'améliorations .....	33
5.2.3	Implication de l'ergothérapeute dans la transition .....	35
<b>6</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>36</b>
6.1	Conclusion de l'analyse et évaluation de l'hypothèse.....	36
6.2	Ouverture vers de nouvelles pistes de réflexion.....	37
6.2.1	Quid de la formation des professeurs ? .....	37
6.2.2	Quelles perspectives pour ces enfants dans leurs études et leur vie professionnelle ?.....	38
6.3	Limites de l'étude.....	38
<b>7</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>40</b>
	Bibliographie .....	
	Annexes .....	
	Résumé .....	
	Abstract .....	

## Liste des abréviations

**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CRTA** : Centre de Référence des Troubles d'Apprentissage

**ESS** : Equipe de Suivi de la Scolarisation

**GEVA-Sco** : Guide d'Evaluation des besoins de compensation en matière de Scolarisation

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MENESR** : Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

**PAI** : Plan d'Accueil Individualisé

**PAP** : Plan d'Accompagnement Personnalisé

**PPS** : Projet Personnalisé de Scolarisation

**SESSAD** : Service Educatif Spécialisé et de Soins à Domicile

**SESSD** : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile

**TAC** : Troubles d'Acquisition de la Coordination

**TDC** : Trouble du Développement de la Coordination

## 1 Introduction

La transition de l'école primaire au collège est symbolique pour tout un chacun. Passer chez les « grands » et gagner en autonomie tout en gardant l'insouciance d'un enfant de onze ans, est une expérience que la plupart ont hâte de vivre. Mais tous ces changements peuvent se révéler source de difficultés pour un enfant qui pourtant ne laisse entrevoir aucun trouble apparent, mais qui en réalité est atteint de dyspraxie.

Tout enfant est en droit de suivre une scolarité dans l'école ou le collège de son secteur géographique. Ceci fait suite à la loi de février 2005 en faveur de l'égalité des droits et des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Mais l'accès au milieu scolaire ordinaire pour un enfant présentant des troubles dyspraxiques nécessite bien souvent des adaptations. Un accompagnement par des professionnels qualifiés est également préférable dont celui proposé par l'ergothérapeute.

Aujourd'hui, la question du handicap et de l'adaptation de notre société aux besoins spécifiques de chaque individu est maintenant bien ancrée dans les mœurs. Il est cependant plus aisé d'entrevoir les besoins d'adaptations pour une personne en fauteuil roulant que pour son égal atteint d'un handicap invisible. Cela peut donc être parfois difficile de comprendre la nécessité d'adapter la scolarité de certains enfants qui semblent en parfaite santé.

Ayant vécu ce genre de situation au cours de ma scolarité, j'ai eu moi-même des difficultés à entrevoir les raisons motivant de tels moyens déployés pour certains élèves. Ce que j'ai pu penser à l'époque n'être qu'un traitement de faveur se révèle, aujourd'hui des aménagements évidents, du fait de ma formation en ergothérapie.

Conscient que cette problématique est toujours actuelle, j'ai souhaité réaliser mon travail de recherche sur cette thématique afin d'en percevoir les avancées après toutes ces années. En tant que futur ergothérapeute, susceptible de prendre en charge ces enfants, j'ai eu envie de savoir et de réfléchir à comment les accompagner aux mieux dans leur scolarité.

Ce mémoire d'initiation à la recherche retrace la réflexion menée sur l'accompagnement de l'enfant dyspraxique lors de son passage de l'école primaire vers le collège par l'ergothérapeute et comment ce dernier, accompagné d'autres professionnels, contribue à faciliter cette transition.

Pour répondre à cette problématique, une première partie est consacrée à la démarche qui m'a permis d'accéder à cette question de recherche. Une seconde partie, plus théorique, identifie les différents concepts de cette problématique. Dans cette partie, sont abordés les troubles dyspraxiques et leurs retentissements fonctionnels au quotidien, la scolarisation en milieu ordinaire ainsi que les dispositifs permettant l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, enfin, les champs d'action de l'ergothérapeute dans ce type de prise en charge. La dernière partie expose la méthode d'expérimentation choisie et l'analyse des données recueillies. Dans un but réflexif, les limites de cette étude ainsi que des axes d'amélioration seront dégagés au fil de la recherche.

## **2 Problématisation**

### **2.1 Situation d'appel**

Durant ma scolarité, j'ai été amené à rencontrer des enfants atteints de troubles dys.

Les troubles dys sont définis par des troubles cognitifs spécifiques englobant toutes les difficultés d'apprentissage et ayant des répercussions sur la scolarité de l'enfant. On y retrouve certains connus comme la dyslexie, la dysorthographe, mais également d'autres qui le sont moins comme la dyspraxie ou encore la dysphasie...

Appelés également troubles des apprentissages, il s'agit d'un handicap dit « invisible » car ces troubles ne se remarquent pas de prime abord. C'est un handicap qui peine à être reconnu et donc considéré par le grand public.

A l'époque, je me souviens être également passé par le stade des préjugés, tout comme mes autres camarades et même certains professeurs : du fait du manque d'informations et de « l'originalité » de ces troubles. Au premier abord cela pourrait faire penser à de la mauvaise volonté, à de la paresse, à un défaut d'attention, voire à de la provocation vis-à-vis des professeurs. Pour eux aussi ces situations semblaient être difficiles à gérer, sûrement par incompréhension et manque d'informations.

Aujourd'hui, en tant qu'étudiant en ergothérapie, je me suis intéressé à ces troubles et ces situations de handicap, auxquels ont été confrontés mes camarades.

Le collège est un tremplin dans la scolarité, on passe d'une école souvent proche de notre domicile avec un enseignant unique, une seule salle de classe avec une place et des repères ; à un collège, plus grand, avec une dizaine de professeurs différents, dans des salles différentes, un emploi du temps mouvant et irrégulier d'un jour voire d'une semaine à l'autre. Ce sont autant de facteurs qui viennent interférer, s'ajouter aux troubles dys et qui perturbent la scolarité.

Il semble qu'il y ait eu une nette évolution du système éducatif quant au suivi des élèves et leurs besoins éducatifs particuliers suite à l'application de la loi de février 2005. Des outils et des stratégies pédagogiques nécessaires à la bonne prise en charge d'un enfant présentant des troubles des apprentissages ont été créés et mis à disposition. Dans certains cas, ils sont utilisés de manière optimale et les résultats sont sans appel. Cependant, l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants dys et le travail partenarial des différents intervenants restent à optimiser.

Même si pédagogiquement l'accompagnement est concluant et permet de favoriser les apprentissages, il reste des besoins qui ne sont pas satisfaits ce qui ne permet pas de répondre à toutes les attentes des enfants et des parents. Du côté des professeurs comme des thérapeutes il apparaît frustrant lorsque la collaboration est impossible ou mise en échec du fait de problèmes organisationnels.

J'en viens donc à m'interroger :

Quels moyens facilitateurs l'ergothérapeute peut-il mettre en place au sein d'une équipe pédagogique d'un collège accueillant des enfants présentant des troubles dys pour favoriser leur réussite scolaire en milieu ordinaire ?

## **2.2 Phase exploratoire**

Durant ma phase exploratoire je me suis beaucoup renseigné sur les différents dispositifs existants et me suis appliqué à faire un état des lieux le plus objectif possible sur ce qui existe et ce qu'il reste encore à mettre en place pour faciliter la scolarité des élèves dys.

J'ai pu m'entretenir avec deux professeurs et deux ergothérapeutes :

- Mme V. professeur documentaliste dans un collège de Saône et Loire
- Mme G. professeur de français dans un collège de Haute-Saône
- M A. ergothérapeute en SESSD à Mulhouse
- Mme E. K. ergothérapeute en libéral sur le secteur de Belfort et Montbéliard

Mes entretiens avec ces différents professionnels se sont déroulés de manière identique : un entretien téléphonique où je me présente, j'introduis ma situation d'appel et mon raisonnement puis je les laisse me témoigner leurs ressentis, leurs impressions, leurs vécus.

### **2.2.1 Entretiens exploratoires avec des professeurs de collège**

Il s'est avéré que les deux professeurs n'avaient jamais eu l'occasion de travailler en collaboration avec des ergothérapeutes. Cependant les deux ont rencontré durant leur carrière des élèves ayant des troubles dys.

Les deux entretiens ont été similaires et les idées principales identiques également : la reconnaissance de troubles dys donne droit à un temps supplémentaire lors des examens mais il n'existe pas plus d'éléments ou d'indications concernant l'adaptation des supports pédagogiques pour les enfants en question. C'est donc suite à des discussions avec leurs collègues et des recherches ou des méthodes personnelles que ces deux professeurs ont adapté leurs approches pédagogiques. Il s'agit principalement d'adaptations matérielles comme de donner davantage de photocopiés, que ces derniers soient plus aérés avec des phrases moins longues, une proposition de laisser son matériel dans la salle de cours...

Elles m'ont également fait part du rôle important que jouait le Chef d'établissement : à la fois dans la reconnaissance du travail supplémentaire généré pour les enseignants qui ont la démarche volontaire de s'adapter (et ce malgré la loi de février 2005), mais également dans la politique de l'établissement, favorisant plus ou moins les échanges avec différents professionnels et notamment avec le médecin scolaire ou le psychologue. C'est également au Chef d'établissement d'accepter ou non les absences des professeurs souhaitant accéder à la formation au handicap proposée par l'Education Nationale.

J'ai ainsi pu analyser, après mes entretiens, qu'il existe du côté des enseignants un désir de conseil et une volonté de collaboration avec des experts du handicap afin d'être formés et d'adapter au mieux leurs approches didactiques. Les deux professeurs m'ont également interpellé sur le fait que ces adaptations génèrent du travail supplémentaire sans valorisation d'une quelconque manière. Ces problèmes sont liés au système controversé de l'Education Nationale qui peine à changer malgré de nombreuses réformes, et qui ne donne pas les moyens aux professeurs qui souhaitent adapter leurs méthodes pédagogiques.

### **2.2.2 Entretiens exploratoires avec des ergothérapeutes**

Les deux entretiens avec des ergothérapeutes ont également été réalisés par téléphone. Leurs parcours des professionnels sont différents ainsi que leurs lieux d'exercice, j'ai pu relever plusieurs différences dans leurs témoignages :

En Alsace, il semblerait qu'il n'y ait pas de soucis pour établir le diagnostic ou dans l'initiation de l'accompagnement auprès de professionnels paramédicaux. En revanche une liste d'attente s'est instaurée dans la région par manque de place dans les structures ou par manque de professionnels sur le terrain. De nombreux dispositifs sont en place et fonctionnels, ce qui permet aux élèves le nécessitant, d'être dotés rapidement d'un outil informatique sur le temps scolaire. Les Projets Personnels de Scolarité (PPS) sont bien organisés, respectés et apparaissent comme de véritables supports de suivi pédagogique.

En Franche-Comté en revanche, l'ensemble des troubles dys ne sont pas tous connus et reconnus. Une phase d'information par l'ergothérapeute est primordiale. Elle va aboutir à une prise en considération de ces troubles par la famille et les professeurs. Dans le cas contraire, l'ergothérapeute aura du mal à mettre en place des aménagements scolaires pérennes et utilisés de façon optimale à la fois par les professeurs mais également par les élèves et leurs familles. A cela s'ajoute le temps d'attente pour obtenir une subvention de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), destinée à l'achat d'un ordinateur. Celui-ci est estimé à environ un an. Les PPS sont organisés mais la présence des acteurs est souvent aléatoires, les différents professionnels ne se sentent pas forcément concernés, cet outil ne semble pas être utilisé de manière optimale et pourrait apporter plus de bénéfices.

Malgré les différences notées précédemment dû aux moyens alloués en fonction des Académies, j'ai également constaté que le quotidien des ergothérapeutes présentait de nombreuses similitudes. La transition de l'école primaire au collège pour leurs patients est une période où les enfants ont besoin d'un accompagnement accru : changement de rythme, d'habitude, les attentes évoluent et sont de plus en plus grandes. En tant que professionnel cela devient aussi plus complexe : passer d'un interlocuteur unique à une véritable équipe. Cela implique une communication plus importante avec un passage d'informations dans les deux sens, qui souvent est un élément problématique. De plus, lors du passage au collège, un très faible relai d'informations est réalisé entre l'enseignant du premier degré à l'équipe enseignante du collège sur les différents aménagements qui avait pu être mis en place au préalable et qui fonctionnaient. Une reprise de toutes les étapes de préconisation est donc nécessaire, en

adaptant les aménagements aux contraintes du collège, ce qui pénalise à la fois l'élève et qui est chronophage pour les professionnels.

Le dernier point essentiel concerne la mise en place d'un outil informatique qui a une place importante dans la rééducation de l'enfant ayant des troubles dys. Sur ce point les deux ergothérapeutes sont unanimes et non équivoques : si la demande est correctement réalisée et que la rééducation est bien amorcée cela ne constitue pas un frein au progrès de l'enfant au collège et les professeurs ne sont pas réfractaires à son utilisation. En revanche si le projet d'outil informatique est instauré sans suivi de sa mise en place, cela se répercutera quasi immédiatement sur l'investissement de l'enfant, des professeurs ou des parents.

### **2.2.3 Conclusion de la phase exploratoire**

Recueillir les impressions et le vécu à la fois d'ergothérapeutes mais également de professeurs m'a permis d'avoir une vision plus complète des problématiques soulevées des deux côtés et ainsi d'identifier les principaux points sensibles lors de situations compliquées ainsi que plusieurs pistes d'amélioration. Le lieu d'exercice s'est également révélé source de disparité de prise en charge et de reconnaissance des troubles dys.

Il est donc important de souligner que mes recherches seront plus adaptées pour certaines régions mais d'autres auront certainement mis en place d'autres moyens, qui seront plus ou moins facilitateurs pour la scolarité de l'enfant et pour l'exercice des professionnels.

Lors de la journée nationale des Dys organisée à Strasbourg en octobre 2016, j'ai pu rencontrer et échanger de manière informelle avec parents d'enfant dys et différents professionnels. Ces échanges enrichissants ont contribué à ma réflexion et ont confirmé les éléments que j'avais pu mettre en lumière jusque-là. Cela m'a encouragé à poursuivre mes recherches dans cette dynamique.

Après cette première phase de recherche et suite aux entretiens exploratoires que j'ai pu organiser, il m'a semblé important de cibler mes recherches sur les enfants ayant des troubles d'ordre dyspraxiques ou troubles d'acquisition de la coordination. En effet, il existe une multitude de troubles dys et l'ergothérapeute intervient davantage lorsque ces troubles sont d'ordre praxiques.

De plus, le moment où les troubles dyspraxiques sont prédominants dans la scolarité de l'enfant est symbolisé par la transition primaire collège.

Un enfant ayant des troubles des apprentissages a davantage besoin de stabilité et de repères. Il apparaît alors logique que tout changement et notamment le passage de l'école primaire (avec un enseignant unique, une salle de classe et une journée ritualisée) au collège (avec une équipe éducative composée d'une dizaine de professeurs, des assistants d'éducation, un emploi du temps composé de journées inégales et parfois fluctuant d'une semaine à l'autre) va accentuer ses troubles et renforcer les situations de handicap.

## 2.3 Question de recherche

Ce qui m'amène donc à une problématique plus ciblée en m'appuyant sur les points importants que j'ai pu relever durant ma phase exploratoire.

Comment l'ergothérapeute contribue-t-il à faciliter la transition primaire-collège d'un enfant présentant des troubles dyspraxiques en milieu ordinaire ?

## 3 Cadre théorique

### 3.1 La dyspraxie

#### 3.1.1 Définition

L'origine du terme dyspraxie vient du grec

- Dys : qui exprime l'idée de difficulté, de manque
- Praxie : qui signifie action, mouvement

C'est donc « *une perturbation de la capacité à effectuer un geste ou une activité volontaire* ». <sup>1</sup>

La dyspraxie est un trouble du développement neurologique qui affecte la capacité à planifier, exécuter et automatiser des séquences de mouvements appropriées aboutissant à la réalisation d'un geste pour interagir avec son environnement.

Plus simplement, la dyspraxie apparaît comme une maladresse, davantage liée à l'activité gestuelle que sur les mouvements.

Avant tout, prenons le temps de définir le geste : « *il ne se définit pas par les mouvements effectués mais par l'intention de son auteur qui en décide l'exécution en fonction de son but, de sa finalité. Il s'en représente les effets, sur son environnement, sur l'autre et sur lui, et en contrôle la réalisation* ». <sup>2</sup> On peut donc décomposer le geste en deux parties : l'une cognitive, où la représentation, la planification du geste et de ses conséquences vont avoir lieu ; et l'autre, motrice, où aura lieu la programmation et la réalisation de ce dernier. La dyspraxie interfère dans l'ensemble de la partie cognitive de l'élaboration du geste. (Cf. Annexe I)

Ce trouble correspond à une anomalie développementale (sans lésion cérébrale détectée) d'un fonctionnement cérébral spécifique, sans lien avec un trouble sensoriel, entraînant des difficultés dans un domaine précis. Les autres fonctions cognitives sont préservées et les enfants porteurs de ces troubles n'ont pas de déficit intellectuel ni perceptif ni neurologique (indemnes des troubles psychologiques primaires).

---

<sup>1</sup> <http://www.ameli-sante.fr/dyspraxie-de-lenfant/dyspraxie-de-lenfant-definition-et-mecanismes.html> (09/03/17)

<sup>2</sup> MAZEAU M. & POUHET A., Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Elsevier Masson, 2014, p.114

Un parallèle peut être fait entre les troubles praxiques chez l'adulte, appelés apraxies, et les troubles dyspraxiques chez l'enfant ou l'adolescent. On utilise le préfixe «dys-» lorsque la fonction n'a pas encore été pleinement acquise, contrôlée de manière fonctionnelle, et donc généralement chez les enfants. En distinction du terme « a-», préfixe privatif utilisé chez l'adulte qui signifie que la fonction acquise au préalable a été perdue.

Associés ou non à des difficultés perceptivo motrices (Bairstow et Laszlo, 1989), ils peuvent recouvrir des formes d'incoordinations motrices ou de « maladroites » fort diverses. Henderson (1987), fait la distinction en relevant plusieurs disparités :

- L'étendue des difficultés de coordination : de l'incapacité de réaliser une quelconque action motrice à un simple déficit dans certaines activités quotidiennes ou sur le seul plan manuel ;
- Le degré de gravité du problème : de la simple lenteur dans les activités à l'incapacité totale d'apprendre certains gestes ou de réaliser certains apprentissages ;
- L'âge de début des troubles ;
- La présence ou non de comorbidité.

La dyspraxie et plus généralement les « troubles dys » sont des termes relativement nouveaux qui ont évolué depuis 1937 où le Dr Orton (USA) emploie le terme de « developmental apraxia » et de maladroite anormale. Ce n'est qu'en 1994 que le Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux 4<sup>ème</sup> édition (DSMIV) évoque les troubles d'acquisition de la coordination. En 1995 le Dr Mazeau s'appuie sur les connaissances en neuropsychologie chez l'adulte et étudie les enfants infirmes moteurs cérébraux. Elle parle alors de troubles praxiques constructifs et de troubles de la sériation temporelle.

Les anglophones utilisent le terme de « Developmental Coordination Disorder » (DCD).

Les francophones, eux, font la différence entre les Troubles d'Acquisition de la Coordination (TAC, traduction littérale de DCD) et la dyspraxie.

La coordination a été définie par le Dr Mazeau comme « *la combinaison organisée de mouvements en fonction d'un but avec une programmation globale du geste dans ses aspects temporels et spatiaux. Cela implique des capacités de mémoire et d'attention* ». <sup>3</sup>

La dénomination internationale « trouble du développement de la coordination » (TDC) est une traduction du terme anglo-saxon « Developmental Coordination Disorder ». Elle est préférée au terme « dyspraxie » qui n'est pas spécifique à l'atteinte développementale ainsi qu'à la dénomination « troubles de l'acquisition de la coordination » qui est moins explicite. En d'autres termes, la dyspraxie recoupe tous les troubles de la coordination motrice, qu'elle qu'en soit la cause. On parle de TDC lorsqu'il n'existe aucune pathologie neurologique associée.

---

<sup>3</sup> Idem

C'est un trouble spécifique neuro-développemental au même titre que la dyslexie ou la dysorthographe. <sup>4</sup>

Selon l'association française des dyspraxiques « Dyspraxiques mais Fantastiques » ces troubles touchent entre 3 et 6% de la population. Il existe plusieurs types de dyspraxies et toutes les personnes présentant des troubles praxiques n'ont pas été diagnostiquées en tant que tel.

*« Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) pour bénéficier du statut de dyspraxique nécessite :*

- *Un retard des acquisitions scolaires de plus de deux ans correspondant à son âge ;*
- *Ne pas avoir de déficience intellectuelle ;*
- *Ne pas avoir de pathologie neurologique ;*
- *Ne pas avoir de troubles psychiatriques ou psychologiques ;*
- *Etre dans un environnement stimulant favorable aux apprentissages ».* <sup>5</sup>

Ce dernier critère, définit par l'INPES, est discutable car la présence ou non d'un environnement favorable ou stimulant va certes interférer voire majorer les troubles de l'enfant mais il ne sera pas vecteur d'apparition des troubles dyspraxiques.

Si ces critères sont respectés, alors un médecin peut poser le diagnostic suite à un bilan neuropsychologique ou ergothérapique. Ces derniers critères permettent de faire la distinction entre difficultés scolaires et réelle pathologie dys-. Cette confusion et l'attribution de l'appellation « dys- » trop fréquente ne font que décrédibiliser l'ampleur de ces troubles et leurs répercussions auprès des enfants en souffrant réellement. A l'instar des troubles du spectre autistique, les troubles dys- sont souvent assimilés à un effet de mode et les différents intervenants ne prennent pas au sérieux l'ampleur des troubles. La distinction est importante car le choix des aides et leur efficacité ne relèvent pas du même champ d'intervention bien que ces troubles peuvent être intriqués.

Il existe différents types de dyspraxies :

La dyspraxie idéatoire correspond à un trouble de la succession chronologique des différentes étapes dans la réalisation du geste pour manipuler l'objet.

La dyspraxie idéomotrice est un trouble de l'organisation du geste moteur en l'absence de manipulation réelle de l'objet (faire semblant de, imiter des gestes...).

---

<sup>4</sup> HABIB M., La constellation des dys : Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Deboeck Solal, 2014, p.177-213

<sup>5</sup> Idem

La dyspraxie visuo-constructive est un trouble qui se révèle dans les activités d'assemblage et de construction.

La dyspraxie visuo-spatiale est un trouble de l'organisation spatiale et de la structuration spatiale (reproduction de dessins...).

La dyspraxie de l'habillement, se distingue d'un problème éducatif et correspond au fait d'avoir des difficultés pour s'habiller seul (boutonner par exemple).

La dyspraxie bucco-linguo-faciale implique des difficultés pour réaliser les programmations motrices telles que souffler, siffler, tirer la langue.

### **3.1.2 Répercussion sur la scolarité**

La dyspraxie est avant tout un problème d'automatisation des gestes du quotidien. Elle engendre des troubles des apprentissages scolaires qui peuvent varier en fonction des caractéristiques cérébrales fonctionnelles de chaque individu. En effet, il pourra d'autant mieux compenser ses difficultés par ses bonnes capacités cognitives (langage, attention, mémoire, fonctions exécutives).

L'impact des difficultés d'apprentissage peut varier selon le type de dyspraxie ou si plusieurs types de sont associés mais également avec d'autres troubles potentiels.

#### **3.1.2.1 Les troubles visuo-spatiaux**

##### **3.1.2.1.1 La lecture**

Du fait des troubles visuo-spatiaux, l'enfant dyspraxique peut avoir des difficultés pour lire.

Lorsque nous lisons, nous repérons les informations dans un espace qu'est la page.

De plus, la lecture nécessite de se repérer dans l'espace pour progresser dans un texte ligne par ligne. Or un enfant atteint de ses troubles aura tendance à sauter une ligne ou même à ne pas finir la fin d'une ligne avant d'en entamer une autre puis revenir à la première ensuite.

La recherche visuelle sera également difficile pour lui. Impliquant un repérage visuel et un ciblage efficace d'une information au sein d'une multitude d'informations et donc d'éléments perturbateurs, cette action va demander à l'enfant de redoubler d'effort à la fois pour se concentrer sur l'élément recherché mais également pour se repérer dans le texte.

En géométrie, les troubles visuo-spatiaux d'un enfant dyspraxique impacteront les travaux de symétrie, le repérage dans la géométrie dans l'espace et de topologie. Se repérer en comptant les carreaux peut aussi se révéler complexe tout comme la reconnaissance de figures entremêlées.

### 3.1.2.1.2 L'écriture

Les troubles de la coordination motrice liés à la dyspraxie ont un impact direct sur leur capacité à écrire. En effet les gestes réalisés lors de l'exercice d'écriture, pour un enfant ne présentant aucun trouble, sont automatisés. Or pour un enfant dyspraxique, chaque construction de lettre nécessite un effort de concentration important. Il doit se concentrer sur chaque mouvement pour réaliser lettre par lettre des mots souvent disharmonieux, de manière très lente et non fluide.

La notion de double tâche, développée un peu plus loin, est importante lorsque l'on demande à un enfant ayant des troubles dyspraxiques d'écrire.

En plus de l'aspect moteur de l'écriture, « *un enfant dyspraxique épelle facilement un mot, mais aura du mal à l'écrire ; il manquera une lettre ou bien elle sera mal formée, oubliée, manquante. Il y aura donc une dysorthographe d'usage ou sémantique causée par la dyspraxie. Celle-ci complique l'acte d'écrire qui provoque une surcharge de gestes mentaux et moteurs.* »<sup>6</sup>

Il ne faut également pas oublier l'aspect constructif dans l'exercice d'écriture que l'on attend d'un enfant commençant à rédiger. Les écrits structurés avec un plan seront pour lui difficiles à élaborer car il n'arrivera pas à mettre en forme sa pensée de façon spatiale.

En extrapolant, il apparaît évident que toute activité géométrique peut être source de difficultés car en plus d'impliquer la manipulation d'objets pour tracer, il faudra également analyser et séquencer les différentes étapes de construction ou de reproduction du modèle à réaliser tout en ayant une coordination des gestes homogènes et efficaces.

### 3.1.2.1.3 La dyscalculie visuelle

La numération et le calcul nécessite une intégration des aspects spatiaux qui peut être difficile à intégrer pour un enfant souffrant de troubles dyspraxiques du fait des troubles visuo-perceptifs, visuo-moteurs et visuo-constructifs. On parle alors de dyscalculie spatiale dont l'ampleur est spécifique en fonction de chaque enfant en fonction de leur troubles visuo-spatiaux.

Ainsi, un élève pourra tout aussi bien confondre les chiffres 9 et 6, avoir des difficultés à réaliser des opérations en colonne, ou même réussir à compenser ses troubles visuo-spatiaux en s'aidant du quadrillage de son cahier.

---

<sup>6</sup> CONTE E., SAGEY-LECOMPTE A., TRABAND V., ROSEZWEIG P., STEPHANOPOLI L., La dyspraxie, un trouble du comment faire, Coridys, p.8, 2008

#### **3.1.2.1.4 L'apprentissage**

Les activités et apprentissages impliquant la manipulation de divers objets vont mettre l'enfant en difficulté, il sera en incapacité de tirer les bénéfices d'un tel enseignement.

L'analyse, la production ou la reproduction de schéma ou de graphique va être difficile pour lui. La complexité de cet amas d'informations visuelles le mettra en échec car il ne saura pas mettre en place des stratégies de travail efficaces pour mener à bien l'activité.

#### **3.1.2.2 Les Troubles d'Acquisition de la Coordination (TAC)**

La sévérité des troubles d'acquisition de la coordination est variable d'un enfant à l'autre mais il est souvent associés aux troubles visuo-spatiaux. L'enfant a du mal à réaliser de manière automatique des mouvements volontaires complexes, alors que :

- Les muscles sollicités fonctionnent normalement ;
- La consigne à appliquer est bien comprise.
- Par ailleurs, on observe une difficulté à coordonner les gestes. Ainsi, l'enfant dyspraxique est plutôt malhabile, et ne parvient pas à agir comme il le souhaite. Il doit aussi contrôler sans cesse tous ses mouvements, pour éviter des erreurs.

Les TAC particulièrement visibles dans certaines activités manuelles complexes, telles que :

- Le dessin et/ou l'écriture ;
- L'habillage ;
- L'utilisation d'instruments tels que la règle, les ciseaux, la gomme, le compas et/ou l'équerre ;
- L'assemblage de diverses pièces (cubes, puzzles, jeux de construction).

Lorsque la reconnaissance du geste est réussie, l'aspect sémantique (conceptuel) de ce dernier est acquis. C'est en revanche sa programmation et la production du geste qui ne l'est pas. L'enfant est en capacité de reconnaître ce qu'il doit faire. Il lui est cependant difficile d'associer l'action et la stratégie pour la réaliser. « *L'association de troubles constructifs et d'une conservation sémantique du geste caractérise la plus fréquente des dyspraxies.* »<sup>7</sup>

Les activités sportives et les loisirs vont également être difficiles à réaliser. En dépit de ce que l'on pourrait penser, les activités motrices ne vont pas favoriser la rééducation des troubles praxiques. L'enfant va tout d'abord découvrir l'activité et donc ne présenter aucun trouble, puisqu'il ne présente pas de déficit d'entraînement gestuel mais bien un trouble neuro-

---

<sup>7</sup> MAZEAU M. & POUHET A., Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Elsevier Masson, 2014, p.143

développemental. Il se révélera en revanche très vite incapable de progresser dans ces activités car aucune automatisation du geste ne sera possible.

### 3.1.2.3 La double tâche

L'un des troubles majeurs d'un enfant atteint de dyspraxie est la notion de double tâche. En effet, du fait de son incapacité à automatiser les séquences motrices qui vont lui être demandées comme l'écriture, la lecture. Cela va ralentir de manière significative toutes les tâches de l'élève qui devra focaliser son attention sur chaque composante du geste (pour l'écriture : la bonne tenue du stylo, la formation de chaque lettre, l'orthographe, la compréhension de la phrase, la mémorisation de la suite de mots à recopier...) cet aspect bien souvent sous-estimé est celui qui met le plus souvent l'enfant en difficulté et qui lui donne cette attitude « ralenti » ou « lent » perçu par son entourage. (Cf. Annexe II)

Les troubles dyspraxiques sont majorés lorsque l'enfant n'a pas de repères dans son environnement. En effet ce défaut d'automatisation du geste sera moins important lorsqu'une certaine continuité voire routine mais également des repères bien identifiés seront instaurés. A l'inverse un environnement variant, nouveau va accentuer les troubles de l'enfant dyspraxique. Les transitions de la vie vont être difficilement gérées par ce dernier.

### 3.1.3 Les transitions

Colin Murray Parkes (sociologue) qualifie de transition « *tous changements d'ordre majeur dans l'espace de vie, qui ont des effets durables, qui se produisent dans un espace de temps relativement court et qui affectent de manière déterminante la représentation du monde* ». <sup>8</sup> Et Francis Lessourd lui de « *Tout événement attendu qui a pour conséquence de transformer les relations, les routines, les croyances et les rôles.* » <sup>9</sup> Enfin, Nancy Schlossberg, définit une transition comme étant un « *tournant constituant une période cruciale de vulnérabilité accrue* ». <sup>10</sup>

Ces définitions révèlent cette idée de changement de ses habitudes de vie, de sortie d'une certaine zone de confort, qui affectent la vie quotidienne.

Les premières grandes transitions d'un enfant se feront dans le milieu scolaire. C'est d'ailleurs au cours du passage au CP, à l'âge de 6-7ans que les troubles dyspraxiques sont détectés et pour la plupart diagnostiqués. Cela correspond au cycle d'approfondissement des apprentissages fondamentaux chez l'enfant. Cependant pour être approfondi, ces apprentissages doivent avoir été automatisés, et c'est à ce moment que sont décelés les troubles dyspraxiques.

---

<sup>8</sup> MURRAY PARKES C., « Les transitions psycho-sociale », Sciences sociales et Médecine, n°5, 1971, p.101-105

<sup>9</sup> SCHLOSSBERG N. K., « Aider les consultants à faire face aux transitions : le cas particulier des non-événements », L'Orientation scolaire et professionnelle, n° 34, 2005, p. 85-101

<sup>10</sup> LESSOURD F., L'homme en transition, éducation et tournants de vie, Economica, 2008, p. 36

Il est demandé à l'enfant d'avantage de travaux de constructions, de manipulations d'objets liés aux apprentissages du tracé géométrique notamment.

Cependant il arrive que certains enfants trouvent d'eux-mêmes des moyens de compensation et chemine jusqu'au collège, non sans difficulté, mais sans diagnostic de leurs troubles. A mesure que l'enfant grandit, un décalage entre l'évolution de ses performances par rapport à la norme va être de plus en plus significatif. (Cf. Annexe III)

Il peut également arriver qu'un enfant ayant des troubles dyspraxiques ne soit pas diagnostiqué. Il ne bénéficiera alors d'aucun aménagement au cours de sa scolarité. Cette absence de diagnostic, malgré des troubles potentiellement conséquents (ex : écriture lente et chaotique, difficultés en éducation physique et sportive, ajouté à une discrimination et des moqueries de la part de ses camarades...), va directement impacter sa scolarité mais également son développement : perte de l'estime de soi, souffrance psychologique, décrochage scolaire et tous les troubles attribués à la non reconnaissance d'une pathologie.

Il est alors compliqué pour un élève présentant des troubles dyspraxiques de suivre une scolarité dite « ordinaire », c'est-à-dire sans aménagement ou de mise en place d'aides techniques ou humaines pour pallier ses difficultés.

Auparavant, ces enfants étaient redirigés vers des classes spécifiques et sortaient du schéma de scolarité ordinaire. Cependant depuis 2005, une volonté d'inclusion des personnes en situations de handicap a permis l'accès au milieu scolaire ordinaire pour ces enfants.

## **3.2 La scolarisation en milieu ordinaire de l'enfant ayant des troubles dyspraxiques**

### **3.2.1 L'inclusion scolaire : loi du 11 février 2005**

La loi de février 2005 en faveur de l'égalité des droits et des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap est une grande avancée pour l'accessibilité et l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société. En lien avec ma thématique de recherche, une partie de cette loi est consacrée à l'inclusion scolaire. Depuis 2005, la loi a pour volonté que chaque enfant en situation de handicap puisse, dans la mesure du possible, bénéficier d'une scolarité en milieu ordinaire en priorité.

Comme le précise l'article 19, tout enfant est en droit de suivre une scolarisation dans l'école ou le collège de son secteur géographique ou proche de son domicile. Un enfant ayant des troubles dyspraxiques, et donc en situation de handicap, peut ainsi bénéficier avec certaines adaptations de la même scolarité que ces camarades de classe qu'il côtoie depuis le début de son entrée à l'école.

En effet les enfants ayant des troubles dyspraxiques sont en mesure de suivre un parcours scolaire ordinaire si une prise en charge et des moyens de compensations de leurs troubles sont mis en place.

### **3.2.1.1 Des outils pour adapter la scolarité**

Suite à cette loi de 2005, des outils ont été mis en place afin d'adapter au mieux la scolarité de chaque enfant en fonction de ses besoins. Ils associent l'enfant, sa famille, l'équipe éducative ainsi que les personnels de santé afin d'organiser des aménagements pour sa scolarité.

Un enfant atteint de troubles de santé évoluant sur une longue période, sans reconnaissance du handicap va pouvoir bénéficier d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI). Ce dispositif ne permet pas d'aménagement pédagogique au niveau des apprentissages (allègement du travail scolaire, supports de cours adaptés). Il se destine aux enfants ayant des pathologies chroniques, des allergies ou d'autres troubles n'impactant pas sur leur capacités d'apprentissages.

Un enfant ayant des troubles d'apprentissages évoluant ou des difficultés durables dans le temps sans reconnaissance de handicap par la MDPH, mais ayant besoin d'aménagements et d'adaptations pédagogiques va pouvoir profiter d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP). Ce dernier va permettre un aménagement pédagogique au niveau des apprentissages : allègement de la charge de travail, cours photocopiés ou supports adaptés. Le PAP ne donne pas systématiquement droit à une adaptation pour les examens mais ce dispositif est nécessaire pour en faire la demande.

Enfin, le dernier dispositif d'accompagnement scolaire créé suite à la loi de février 2005 est le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Il concerne les enfants ayant une reconnaissance de handicap par la MDPH. Ce PPS permet plusieurs types d'accompagnement suivant la sévérité du handicap de l'enfant. Il permet de définir les besoins spécifiques de l'élève et ainsi de bénéficier d'une orientation scolaire adaptée à ses besoins et/ou à ses capacités. Ainsi cela pourra aboutir à une orientation en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) avec un temps d'intégration en milieu ordinaire. Une scolarisation en classe ordinaire avec aménagement de l'emploi du temps (favorisant ainsi l'organisation des prises en charge externes), des mesures d'accompagnement, la mise en place d'une aide humaine ou de matériel pédagogique adapté (comme un outil informatique pour la prise de note) peuvent également être proposés. C'est aussi là que sont discutées les modalités d'aménagement pour les examens et les concours. L'ensemble de ces mesures sont définies lors de la mise en place de ce projet.

Ces différents dispositifs peuvent être instaurés à l'initiative du ou des professeurs, se rendant compte des difficultés de l'élève. Dans ce cas ils alertent le médecin scolaire et les parents si aucun diagnostic préalable n'a été établi. Ils peuvent également être initiés à la demande des parents, du médecin scolaire, du médecin généraliste ou par le directeur de l'établissement scolaire. (Cf. Annexe IV)

C'est le PPS qui est, dans la majeure partie des cas, appliqué pour un enfant ayant des troubles dyspraxiques. Il permet de bénéficier d'une reconnaissance de handicap par la MDPH suite à son élaboration et au dépôt d'un dossier soumis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Le Bulletin Officiel n°32 du 7 septembre 2006 reprend toutes les mesures concernant la mise en application d'un PPS au niveau légal. Il précise les conditions de ce dernier et ses différentes composantes.

Ce projet fera l'objet d'un suivi et d'une révision annuelle dans le cadre d'une Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS). *« L'équipe de suivi de la scolarisation comprend nécessairement les parents ou représentants légaux de l'élève handicapé mineur ou l'élève handicapé majeur, ainsi que l'enseignant référent qui a en charge le suivi de son parcours scolaire. Elle inclut également le ou les enseignants qui ont en charge sa scolarité, y compris les enseignants spécialisés exerçant au sein des établissements ou services de santé ou médico-sociaux, ainsi que les professionnels de l'éducation, de la santé (y compris du secteur libéral) ou des services sociaux qui concourent directement à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation tel qu'il a été décidé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les chefs d'établissement des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements privés sous contrat, les directeurs des établissements de santé ou médico-sociaux, les psychologues scolaires, les conseillers d'orientation-psychologues, ainsi que les personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale font partie de l'équipe de suivi de la scolarisation. »*<sup>11</sup>

Cette ESS est coordonnée par un enseignant référent handicap. Ce dernier fait le lien entre l'Inspection Académique et la MDPH mais entre les parents et les différentes institutions. Il anime les réunions d'ESS et rédige le compte rendu de ces dernières afin de centraliser les informations et les différents documents médicaux, paramédicaux et scolaires de l'enfant (informations, évaluations, demandes des parents ou des professionnels de santé, avis technique...).

La composition pluridisciplinaire de cette équipe de suivi est primordiale pour impliquer chaque acteur dans son rôle mais également pour qu'il rencontre et intègre le rôle de chaque professionnel. Les objectifs sont bien définis et rappelés à chacun pour que la scolarité de l'enfant se déroule de la meilleure manière possible mais aussi pour que chacun réponde aux engagements fixés.

Ainsi, chaque année, les progrès mais également les difficultés de l'élève seront mesurés et de nouvelles méthodes d'adaptation pourront lui être proposées pour répondre au mieux à ses besoins.

---

<sup>11</sup> <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/32/MENE0602187C.htm> (24/04/17)

### 3.2.1.2 Le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco)

Pour évaluer les progrès et les besoins des élèves en situation de handicap, le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MENESR) en association avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ont créé le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).

*Ce guide « permet d'harmoniser les pratiques d'évaluation des situations de scolarisation en développant un langage commun et en organisant le recueil et les échanges d'informations relatives à l'observation partagée d'une situation scolaire d'un élève. Ces données, transmises à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, doivent lui permettre d'identifier les besoins de compensation en matière de scolarisation pour ensuite élaborer des propositions de réponses adaptées aux situations. »*<sup>12</sup>

Avec cet outil, l'ensemble des partenaires partagent le même recueil de données établi en milieu scolaire. On évalue ainsi toutes les composantes de la scolarité de l'élève : ses activités d'apprentissage, sa mobilité, sa sécurité, les actes essentiels de la vie quotidienne, ou encore de ses activités relationnelles et sa vie sociale.

Le recueil de données est établi par l'enseignant, le professeur principal ou l'équipe pédagogique puis complété si besoin par le directeur ou chef d'établissement. Le GEVA-Sco finalisé est rédigé par l'enseignant référent handicap puis transmis aux différents intervenants par ce dernier.

Les besoins spécifiques de l'élève en situation de handicap sont évalués dans son milieu scolaire, à un instant donné. Il aboutit alors à un état des lieux sur les moyens de compensation à mettre en place ou déjà mis en œuvre et mets en lumière les aménagements à effectuer.

*« Véritable outil de dialogue entre les différents acteurs concernés par la situation d'un élève handicapé, il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des procédures d'évaluation des situations dans le champ de la scolarité. »*<sup>13</sup>

Ce guide est obligatoire pour établir une demande de reconnaissance de situation de handicap à la MDPH, et donc indispensable si l'on veut mettre en place un PPS. Le GEVA-Sco sera repris et réactualisé chaque année au cours de l'ESS.

Cette révision est d'autant plus importante que l'âge charnière où l'on observe le plus d'évolution se situe au cours du passage du primaire au collège comme évoqué plus haut.

---

<sup>12</sup> <http://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/formulaires-geva-sco> (24/04/17)

<sup>13</sup> Idem

## 3.2.2 La scolarité en milieu ordinaire

### 3.2.2.1 Organisation de la scolarité

Depuis la refonte du système scolaire en 2015, le parcours pédagogique d'un enfant jusqu'au collège est divisé en 4 cycles répartis sur différents niveaux :

- Cycle 1 : cycle d'apprentissages premiers (petite, moyenne et grande sections de maternelle)
- Cycle 2 : cycle des apprentissages fondamentaux (CP, CE1 et CE2)
- Cycle 3 : cycle de consolidation (CM1, CM2 et sixième)
- Cycle 4 : cycle des approfondissements (cinquième, quatrième et troisième)

*« Le cycle 3 relie les deux dernières années de l'école primaire et la première année du collège, dans un souci renforcé de continuité pédagogique et de cohérence des apprentissages au service de l'acquisition du socle commun de connaissances, de compétences et de culture. Ce cycle a une double responsabilité : consolider les apprentissages fondamentaux qui ont été engagés au cycle 2 et qui conditionnent les apprentissages ultérieurs ; permettre une meilleure transition entre l'école primaire et le collège en assurant une continuité et une progressivité entre les trois années du cycle. »*<sup>14</sup> D'après le Bulletin Officiel spécial n°11 du 26 novembre 2015.

Pour l'ensemble des élèves, l'Education Nationale organise le passage du primaire au collège par le biais d'un conseil école-collège. *« [Ce dernier] a pour objectif de renforcer la continuité pédagogique entre le premier et le second degré. Il réunit des enseignants du collège et des écoles du secteur de celui-ci. Le conseil école-collège est présidé par le principal du collège et l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de la circonscription. »*<sup>15</sup>

L'Education Nationale a donc déjà œuvré pour faciliter la transition des enfants entre le primaire et le collège, le cycle 3 englobe également la classe de sixième. Les exigences pédagogiques attendues sont donc un peu plus linéaires lors de cette première année de collège. Les élèves peuvent ainsi s'acclimater et prendre leurs marques dans leur nouveau milieu scolaire et changer de rythme progressivement.

En effet, sans parler des attentes scolaires et des apprentissages, bon nombre de changements sont observés entre le primaire et le collège. En primaire les élèves bénéficient d'une classe unique avec un enseignant attitré, une place définie dans leur salle, un emploi du temps constant avec des horaires stables et réguliers.

---

<sup>14</sup> [http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=94708](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=94708) (26/04/17)

<sup>15</sup> <http://www.education.gouv.fr/cid213/1-ecole-elementaire-organisation-programme-et-fonctionnement.html> (26/04/17)

Depuis 2013, le rythme scolaire a été réformé, il est réparti sur « 24 heures d'enseignement hebdomadaire sur neuf demi-journées. Les heures d'enseignement sont organisées les lundi, mardi, jeudi et vendredi et le mercredi matin, à raison de cinq heures trente maximum par jour et de trois heures trente maximum par demi-journée. La durée de la pause méridienne ne peut être inférieure à une heure trente ». <sup>16</sup>

Au collège, ce sont 26 heures d'enseignement hebdomadaire, soit 2h en plus par semaine. Ces heures sont réparties sur 9 demi-journées également les lundi, mardi, jeudi, vendredi et mercredi matin. Les journées ne peuvent cette fois pas excéder 6h mais elles ne sont pas équitablement réparties, les emplois du temps sont réalisés en tenant compte des autres classes et des disponibilités des professeurs, ce qui ne permet pas des horaires constantes ni même un rythme régulier d'enseignement.

L'élève doit ainsi être en mesure d'organiser ses journées en respectant son emploi du temps. Il est nécessaire pour lui également de préparer en amont le matériel dont il aura besoin car il ne bénéficie pas systématiquement d'un endroit de stockage au collège. Enfin l'enfant doit intégrer le plan de l'établissement, souvent bien plus complexe que celui de son école primaire, pour se rendre dans les différentes salles de cours tout au long de sa journée.

Ce n'est plus un unique enseignant avec ses habitudes de fonctionnement mais un professeur par matière avec son propre rythme, ses exigences de travail et de support.

D'un point de vue de l'autonomie, il est également attendu de l'élève qu'il devienne de plus en plus autonome dans sa prise de note et tant la longueur que la qualité de cette dernière vont croître au fur et à mesure de sa scolarité.

Les trajets quotidiens sont bien souvent plus longs et éprouvants également. On attend de l'enfant qu'il soit autonome dans la gestion de ces derniers. D'autant plus s'il habite dans un village éloigné, cela impliquera de potentiels changements de lignes ou l'utilisation de plusieurs transports en commun.

Autant d'éléments qui, mis bout à bout, font de cette transition une véritable épreuve et il n'est toujours pas question des attentes concernant le programme scolaire. Tous ces facteurs sont majorés chez un enfant ayant des troubles dyspraxiques dont la coordination et les repères spatiaux sont perturbés. Cela aura un impact sur ses capacités d'apprentissages et sur sa scolarité.

---

<sup>16</sup> Décret n° 2013-77 du 24 janvier 2013 relatif à l'organisation du temps scolaire dans les écoles maternelles et élémentaires

### 3.2.2.2 Programme du cycle 3

*« Le programme fixe les attendus de fin de cycle et précise les compétences et connaissances travaillées. Pour certains enseignements, le programme fournit également des repères de programmation afin de faciliter la répartition des thèmes d'enseignement entre les trois années du cycle, cette répartition pouvant être aménagée en fonction du projet pédagogique du cycle ou de conditions spécifiques (classes à plusieurs niveaux, notamment).*

*La classe de 6<sup>ème</sup> occupe une place particulière dans le cycle : elle permet aux élèves de s'adapter au rythme, à l'organisation pédagogique et au cadre de vie du collège tout en se situant dans la continuité des apprentissages engagés au CM1 et au CM2. Ce programme de cycle 3 permet ainsi une entrée progressive et naturelle dans les savoirs constitués des disciplines mais aussi dans leurs langages, leurs démarches et leurs méthodes spécifiques. »<sup>17</sup>*

Le cycle 3 s'inscrit dans la continuité du travail autour du socle commun de compétences, de connaissances et de culture. Sa singularité est d'être étendue entre l'école primaire et le collège. Son objectif principal est de consolider les acquis du cycle 2. Il a également pour but d'améliorer le contenu et l'organisation entre l'école primaire et celui du collège afin d'améliorer cette transition jusque-là marginale. Cette refonte de programme datant de 2015 touche à la fois le contenu et les pratiques pédagogiques. Son programme est construit sur plusieurs grands axes.

- La maîtrise des langages :

Ce qui permet à un individu de penser et de communiquer. Apprendre à manier la langue française, la parler, l'écrire, et la construire. Cela concerne la totalité des langages : le français mais aussi, les premières langues vivantes qui débutent et également les langages scientifiques et techniques.

- Entrer dans une capacité d'abstraction :

Alors que le cycle 2 avait une approche très pratique et factuelle, le cycle 3 initie le principe du raisonnement, avec une capacité d'abstraction. Et ainsi, permettre à l'élève de choisir ses langages de manière adaptée au message qu'il souhaite transmettre. Décrire, expliquer, ce qu'il a vu, observé, déduit, compris. Il doit être en mesure de trouver le bon langage soit par le biais de l'écriture, soit par l'oral, ou même par un geste ou une technique. Cet axe aborde également le recours à l'outil informatique.

- Résoudre des problèmes :

Que ce soit en mathématique ou dans d'autres matières, le collège va être consacré en grande partie à cette démarche. L'objectif étant de gagner progressivement de l'autonomie en entrant dans le raisonnement, la planification et l'élaboration dans un but précis.

---

<sup>17</sup> Bulletin officiel spécial n°11 du 26 novembre 2015

Auparavant l'élève était davantage dans l'exécution, dans la réponse à une demande. On va attendre une autonomie plus grande de sa part dans la prise en charge d'une tâche et dans le choix des moyens et de la stratégie pour y parvenir.

- Créer du lien entre les différents apprentissages :

Cet objectif de transversalité va permettre à l'enfant de s'approprier les connaissances qu'il va acquérir et de les appliquer dans des champs nouveaux. Apprendre à relier les contenus et les formes d'enseignement mais également avec les autres dans un aspect plus social. Travailler en coopération dans des travaux de groupes va permettre de démontrer l'importance de la mise en commun d'informations et ainsi d'avancer de manière plus aisée en composant avec les apprentissages de chacun. Cela favorise l'entraide et le partage d'informations entre les enfants.

Enfin, le cycle 3 a pour mission de fixer des repères historiques, scientifiques et géographiques pour structurer la pensée de l'enfant. Ainsi il va pouvoir davantage se situer dans le temps, dans l'histoire, dans une démarche scientifique afin d'en tirer des enseignements rationnels.

Le but étant de montrer aux élèves que les savoirs sont développés de manière intriquée et non pas de leur imposer une connaissance ou une théorie comme cela était fait jusqu'alors. Identifier ainsi plusieurs disciplines sur une même théorie permet de s'en saisir plus facilement ou de procéder à un apprentissage par un moyen alternatif pour le consolider.

Tous ces objectifs sont consignés dans le programme scolaire créé et mis à disposition par le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Il cible également précisément les attentes pour chaque matière et les méthodes pour les évaluer.

C'est en se basant sur ce programme scolaire et sur ses principes d'évaluation des compétences de l'enfant dyspraxique que l'on va pouvoir construire un projet d'aménagement adapté à ses besoins.

### **3.2.3 Rapport de 2016 : Etat des lieux de l'inclusion scolaire**

Le 12 février 2016 et suite à la mise en application de la loi de février 2005, le Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire (CNESCO) en lien avec le Centre International d'Etudes Pédagogiques (CIEP) a publié un rapport sur l'école inclusive afin de faire un constat sur la réalité de l'inclusion des élèves en situation de handicap, une décennie après la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ce rapport met en lumière une augmentation flagrante du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés et notamment en milieu ordinaire.

Selon un rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) du 23 janvier 2015 :

*« 298 361 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en France à la rentrée 2012, dont :*

- 45% en école ordinaire – y compris en classe pour l'inclusion scolaire – ;
- 29% en école ordinaire de second degré – y compris unités d'inclusion scolaire – ;
- 26% en établissements spécialisés – établissements hospitaliers et médico-sociaux ». <sup>18</sup>

Soit en 2012, 220 787 enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire.

« À la rentrée scolaire 2015, 278 978 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire - un chiffre qui a plus que doublé depuis 2006. À l'université, il est passé de 8 000 en 2005 à plus de 20 000 en 2015. ». <sup>19</sup> Ces analyses, disponibles sur le site de l'Education Nationale, se réfèrent à un rapport effectué par l'INSEE. (Cf. Annexe V)

Face à ces chiffres, nous pouvons donc bel et bien constater une nette évolution de l'inclusion scolaire.

Cette évolution est soulignée dans le rapport du 12 février qui estime que le « choix d'un modèle mixte d'éducation associant scolarisation en milieu ordinaire, [permet d'accueillir] aujourd'hui 77% des enfants en situations de handicap, et le maintien d'une offre spécialisé ». <sup>20</sup>

Cette étude rapporte également l'engagement personnel des acteurs qu'ils soient issu de l'Education Nationale, du secteur sanitaire et social ou de la famille des enfants en situation de handicap. Le projet d'une école inclusive, énoncé par la loi de refondation de l'école de la république datant du 8 juillet 2013, a permis d'instaurer un cadre législatif favorable à l'engagement de chacun.

Cependant, beaucoup de choses restent à mettre en place pour continuer et parfaire cette volonté d'inclusion. Le même rapport met en évidence sept axes d'amélioration :

Progresser sur l'accessibilité des établissements scolaires. Bien qu'obligatoire pour tout lieu recevant du publique depuis la loi de 2005, bon nombre de ces bâtiments ne sont pas accessibles pour une personne à mobilité réduite.

Agir sur l'inégalité d'accès, de réussite et de devenir selon les types de handicap n'altérant pas les capacités cognitives de l'enfant. En effet, les enfants porteurs de handicap moteur, de trouble de la parole, du langage ou des troubles visuels ont majoritairement accès à une scolarisation en milieu ordinaire. Alors que « ceux qui présentent des troubles du psychisme ou plusieurs troubles associés sont les plus nombreux à être scolarisés partiellement ou exclusivement en milieu spécialisé ». <sup>21</sup> Ces inégalités augmentent plus encore à mesure que l'enfant grandit : de l'école au collège et du collège au lycée.

<sup>18</sup> INSEE rapport du 23 janvier 2015

<sup>19</sup> <http://www.gouvernement.fr/action/l-ecole-inclusive> (26/04/17)

<sup>20</sup> Préconisation du CNESECO, en faveur d'une école inclusive pour les élèves en situation de handicap, Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire, 12 février 2016

<sup>21</sup> Idem

Diminuer l'inégalité d'accès aux prestations au niveau territoriale. Que ce soit des prestations d'évaluations, d'informations, de prise en charge scolaire ou médico-sociale, la France est encore incapable de proposer un accès égalitaire sur l'ensemble de son territoire.

Améliorer la gestion des situations singulières. Ces dernières nécessitent une coopération entre plusieurs acteurs et présentent de nombreuses contraintes sur le terrain par manque d'organisation. Il est également nécessaire que le personnel concerné soit formé sur ces problématiques, ce qui fait encore défaut aujourd'hui.

Favoriser l'importance de l'expérience scolaire, de la socialisation et de l'épanouissement personnel plutôt que de considérer l'acquisition des savoirs comme une fin en soi.

Agir sur la sécurité du parcours scolaire en luttant contre la rupture de scolarité, le décrochage et les difficultés d'accès à l'enseignement supérieur.

Garantir l'accès à une offre de formation professionnelle : une formation inclusive, suite logique à l'éducation inclusive. Aujourd'hui « *un jeune adulte en situation de handicap a moins de chance que les autres d'accéder à un emploi de qualité, est surexposé à l'inactif, au chômage et l'exclusion* ». <sup>22</sup>

Enfin, ce rapport a établi des préconisations et recommandations en faveur de l'inclusion scolaire. Ces dernières sont fondées sur trois principes qualifiés d'essentiels pour une éducation inclusive :

*« L'éducation inclusive doit guider l'ensemble des politiques publiques et des pratiques d'éducation pour atteindre l'objectif d'éduquer tous les enfants ensemble, fondement d'une société plus juste et non discriminatoire.*

*Les élèves en situation de handicap ont des besoins éducatifs au même titre que tout élève et sont à ce titre une composante de la diversité des profils scolaires. L'identification du handicap ne peut suffire, sans la prise en compte des besoins des élèves, pour déterminer le soutien adéquat à leur apporter et assurer la qualité de leur scolarisation.*

*Considérer l'enfant en situation de handicap et pas seulement l'élève, et développer, pour lui comme pour les autres élèves, l'ensemble de ses capacités, sa participation aux différentes activités sociales, sa confiance en soi ; assurer son affiliation à la communauté scolaire et son épanouissement, et le préparer ainsi à une participation effective dans une société plurielle. »*<sup>23</sup>

Ces principes reposent sur une vision holistique de l'enfant mais également sur une prise en compte de son environnement et de ses envies.

---

<sup>22</sup> Ibidem

<sup>23</sup> Ibidem

Cela n'est pas sans rappeler les fondements de l'ergothérapie. En effet, d'après toutes ces données, la prise en charge ergothérapique des enfants ayant des troubles dyspraxiques semble essentielle.

### **3.3 L'ergothérapeute, acteur de cette transition**

#### **3.3.1 Définition**

L'ergothérapie est une profession de santé qui fonde sa pratique entre l'activité humaine et la santé. C'est un métier de la rééducation apparu en France en 1953. Le métier d'ergothérapeute est régi par un arrêté qui a été révisé le 5 juillet 2010

Le rôle de l'ergothérapeute est de maximiser l'autonomie des personnes en situation de handicap, par le biais d'aides techniques, de stratégies de compensation ou via des mises en situation pour conseiller des moyens d'adaptations. Il est au quotidien au contact avec des situations de handicap qu'elles soient temporaires ou permanentes et son rôle concourt à la réduction de celles-ci afin de favoriser la participation de la personne et de lui redonner accès à l'activité.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* ». <sup>24</sup>

L'ergothérapeute accompagne la personne en situation de handicap pour d'une part travailler sur son acceptation au quotidien et pour l'aider à vivre avec ce dernier tout en lui redonnant accès à ses activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute va pouvoir, de par son expertise face aux situations de handicap, adapter au mieux le quotidien de ces personnes afin qu'elles ne soient pas restreintes dans leurs activités. C'est dans ce cas de figure qu'il est amené à prendre en charge un enfant atteint de troubles dyspraxiques, en l'accompagnant dans cette transition et en intervenant directement en milieu scolaire.

#### **3.3.2 Champ d'intervention avec un enfant ayant des troubles dyspraxiques**

L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale et peut prendre en charge un enfant directement suite à une orientation MDPH ou d'un suivi dans une structure type SESSAD (Service d'Education Spécialisée A Domicile), SESSD (Service de Soins et d'Education Spécialisé à Domicile) ou encore par le biais de l'exercice de ses fonctions en cabinet libéral.

L'ergothérapeute a également un rôle dans le dépistage des troubles dyspraxiques : réalisation de bilans en libéral et dans les Centres de Référence des Troubles d'Apprentissages (CRTA). Il évalue les habiletés gestuelles, la dextérité manuelle ou encore la coordination bi-manuelle.

---

<sup>24</sup> <http://www.anfe.fr/definition> (23/03/17)

Il procède également à l'évaluation du graphisme (écriture dysgraphique, lenteurs d'écritures...), de la manipulation des outils scolaires ainsi que les perceptions visuo-spatiales et constructives.

Lors de sa prise en charge, l'ergothérapeute est en mesure de procéder à des évaluations, de mesurer les retentissements fonctionnels de la dyspraxie sur le quotidien de l'enfant. Il peut ainsi réaliser des avis techniques et préconiser des aides techniques ou humaines pour compenser les situations de handicap. Pour cela il rédige un argumentaire qu'il devra transmettre à la MDPH s'occupant du suivi de l'enfant. Il peut également proposer des séances de rééducation pour pallier les troubles de ce dernier. L'ergothérapeute est amené à travailler conjointement avec les différents professionnels de la rééducation et de l'éducation s'occupant également de l'enfant.

Son champ d'intervention est régi par l'arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute du 5 juillet 2010 qui définit ses compétences en dix points. Ces compétences se retrouvent mises en application lors de la prise en charge de patient ayant des troubles dyspraxiques. Quatre compétences peuvent être principalement relevées car directement appliquées dans ce type de prise en charge. Les autres compétences seront également appliquées mais à moindre échelle.

Le rôle de diagnostic et la passation de bilan pour évaluer les répercussions fonctionnelles sont mis en lumière dans la première compétence de l'arrêté :

« *Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique :*

- *Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social*
- *Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation*
- *Conduire un entretien visant au recueil d'informations*
- *Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention*
- *Evaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie*
- *Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel*
- *Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé*

- *Elaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap*
- *Assurer la traçabilité des éléments recueillis, dans le dossier du patient ».*<sup>25</sup>

Ainsi il sait ajuster ses bilans et ses attentes pour évaluer de manière objective les répercussions fonctionnelles de la dyspraxie sur le quotidien de l'enfant et mesurer la ou les situation(s) de handicap de ce dernier. Pour cela, il dispose de nombreux bilans normés et validés spécifiques au public pédiatrique tel que le BHK (Echelle d'évaluation rapide de l'écriture), le bilan EViC (Evaluation de la Vitesse de frappe au Clavier), le ManOS (Test de Manipulation des Outils Scolaires), le PURDUE PEGBOARD (pour la dextérité manuelle), le bilan LESPARGOT (évaluation de la lenteur d'écriture), le test VMI (Visual Motor Integration, pour évaluer l'âge graphique) ou encore le DTVP et le DTVP2 (Developmental Test of Visual Perception, pour évaluer les perceptions visuo-spatiales).

Les aménagements de l'environnement de l'enfant et l'élaboration du projet d'intervention sont décrits dans l'article concernant la seconde compétence :

*« Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement*

- *Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique*
- *Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations*
- *Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne*
- *Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité*
- *Elaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité*
- *Concevoir des mises en situation écologiques permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie*

---

<sup>25</sup> Selon l'arrêté du 23 septembre 2014, Annexe VI, publié au JO le 28 septembre 2014

- *Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale*
- *Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement*
- *Evaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants*
- *Elaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer*
- *Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale*
- *Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées*
- *Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie. »<sup>26</sup>*

L'aménagement de la scolarité s'inscrit alors dans cette compétence. L'ergothérapeute est en mesure de déterminer les besoins et les capacités de l'enfant pour ensuite proposer des aménagements adaptés à la singularité de sa situation.

La capacité de préconiser des outils et des aides techniques pour compenser les situations de handicap est inscrite dans la quatrième compétence :

*« 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 :*

- *Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement*
- *Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapique*
- *Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapique*

---

<sup>26</sup> Idem

- *Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort*
- *Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques*
- *Evaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité.*
- *Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière, et de l'assistance technologique*
- *Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'informations, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi*
- *Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie. »<sup>27</sup>*

Parmi ces outils et aides techniques, l'outil informatique a une place prédominante, cela fait partie d'une des préconisations la plus fréquemment mise en place. Sous la forme d'un ordinateur portable ou d'une tablette selon les besoins identifiés, il s'agit des outils de base utilisés dans la prise en charge ergothérapeutique d'un enfant dyspraxique entrant au collège. Au-delà de la préconisation d'un outil informatique en tant que tel, l'ergothérapeute va avoir pour charge et mission de l'adapter car un ordinateur n'est pas une aide technique si ce dernier ne répond pas aux besoins de compensation de handicap de l'enfant. Le thérapeute va donc préconiser en plus de cela des logiciels facilitant la prise de note, avec des graphismes simplifiés ou permettant une mise en page adaptée aux troubles visuo-spatiaux de l'enfant. Cela va lui permettre d'être autonome dans la gestion de sa prise de note et dans l'organisation de ses cours. Un scanner portable ou d'autres aides techniques peuvent être également préconisés, toujours dans le but de maximiser l'autonomie de l'enfant.

---

<sup>27</sup> Ibidem

Enfin, l'ergothérapeute va travailler conjointement avec les différents acteurs gravitant autour de l'enfant, cela est également inscrit dans la neuvième compétence :

« *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs :*

- *Coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale*
- *Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents*
- *Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie*
- *Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie*
- *Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur*
- *Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques*
- *Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels*
- *Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités*
- *Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre. »<sup>28</sup>*

L'ergothérapeute doit en effet composer avec les différents professionnels de l'Education Nationale, les autres professionnels paramédicaux s'il y en a mais également avec les parents. Ensemble, ils forment une équipe de professionnels complète pour prendre en charge chaque besoin de l'enfant. La spécificité de la vision holistique de l'ergothérapeute et son suivi au long court de chaque patient lui permet d'être le plus à même pour coordonner les projets et transmettre les informations aux différents acteurs.

---

<sup>28</sup> Ibidem

Ainsi, suite à ces différents apports théoriques, j'é mets l'hypothèse suivante pour répondre à ma question de recherche :

L'ergothérapeute apporte ses connaissances sur les répercussions au quotidien des troubles dyspraxiques, il préconise des adaptations et s'assure du suivi de celles-ci pour limiter les conséquences sur la scolarité de l'enfant, enfin, il fait le lien entre les différents intervenants tout au long de son cursus scolaire.

## **4 Cadre méthodologique de recherche**

### **4.1 Choix des outils**

Pour la méthodologie d'enquête, je fais le choix de réaliser des entretiens semi-directifs ce qui me semble être pertinent pour recueillir les différentes données.

J'ai choisi cet outil d'enquête car les données que je cherche à recueillir sont des éléments qualitatifs. Les entretiens semi-directifs sont basés sur un recueil d'expérience et d'informations. Il est donc plus facile pour les interlocuteurs de se confier sans avoir l'impression d'être évalués ou jugés. La parole est plus libre, les entretiens sont donc plus spontanés tout en respectant le même cadre. Il est également plus aisé de reformuler ou de rediriger l'interlocuteur si l'une des questions est mal comprise.

Six grandes questions sont abordées lors de l'entretien. Je les ai choisies afin d'avoir une vision à la fois large et spécifique de chaque situation vécue. Les questions sont ouvertes afin de laisser libre la parole à chaque interlocuteur tout en recentrant l'entretien autour des différentes thématiques de la problématique. Le nombre de questions est restreint afin de ne pas dépasser vingt minutes d'entretien. Cette restriction de temps est un choix personnel car exiger une disponibilité des participants excédant plus d'une demi-heure m'a semblé être difficile. Etant conscient de la réalité de terrain, j'ai préféré limiter ainsi mon questionnaire tout en essayant de rester le plus complet possible pour ne pas que la durée des entretiens apparaisse comme un frein à la participation.

Le recueil de données est réalisé par téléphone pour des soucis d'organisation. Ainsi les contraintes de temps et de déplacements éventuels ne sont pas des restrictions à la participation à cette recherche pour les personnes interrogées. De plus, cela m'aurait permis en théorie de recueillir plusieurs entretiens de différentes régions et ainsi ne pas me limiter à un fonctionnement régional. Malheureusement la réalité du terrain, encore une fois, ne m'a pas permis d'avoir des entretiens avec des interlocuteurs extérieurs à la région Grand-Est. Cependant il est tout de même enrichissant de constater les différences d'opinions et d'expériences au sein d'une même région. Cela me permet d'avoir une vision plus large de la problématique, bien qu'il y ait, comme pour chaque outil, des limites à ce choix. Les limites de cette recherche sont développées un peu plus bas au cours de la discussion.

## 4.2 Choix de la population

J'ai choisi de restreindre mon étude aux enfants n'ayant pas de troubles associés visibles. Selon moi, un handicap « visible » modifie la perception de la situation de handicap, et influence donc la réceptivité des professionnels sur les troubles de l'enfant. Un enfant qui présente des troubles dyspraxiques mais également des troubles moteurs l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant va plus facilement être considéré en situation de handicap y compris pour les répercussions liées à la dyspraxie du fait de la symbolique du fauteuil. Les intervenants seront alors plus à même de comprendre l'importance de certaines adaptations. La notion de « handicap invisible » qualifiant la dyspraxie joue un rôle important dans cette problématique.

Ainsi, mon outil de recherche se destine aux différents professionnels gravitant autour des enfants ayant des troubles dyspraxiques :

- Aux enseignants en milieu ordinaire accueillant des enfants dyspraxiques en classe de CM2

Ils sont les premiers professionnels impliqués dans la scolarité de l'enfant et dans son inclusion en milieu ordinaire. Ils adaptent leurs méthodes pédagogiques aux capacités de l'enfant et intègrent les aménagements ainsi que les aides techniques au quotidien. Ils évaluent les capacités scolaires de l'enfant et travaillent avec celui-ci sur le passage de l'école primaire vers le collège.

- Aux professeurs de collège ordinaire accueillant des enfants dyspraxiques

Ce sont eux qui vont accueillir l'enfant dans son nouvel environnement. Leur rôle est primordial pour apporter de l'aide à la familiarisation face à toutes ces nouveautés tout en poursuivant le travail scolaire. Ils vont également adapter leurs méthodes didactiques et pédagogiques aux besoins de l'enfant et prendre en considération ses troubles des apprentissages tout en l'incluant dans la dynamique de la classe.

- Aux parents d'enfants dyspraxiques

Les parents sont les piliers de l'accompagnement de l'enfant. Ils vivent les événements au même rythme que leurs enfants ce qui explique que ce soit également difficile et source d'anxiété pour eux. Ce sont eux qui organisent le quotidien de l'enfant tout en lui donnant de plus en plus d'autonomie à mesure qu'il grandit. Ils sont au cœur de la situation et au contact de tous les professionnels éducatifs et rééducateurs.

- Aux ergothérapeutes prenant en charge des enfants dyspraxiques scolarisés en milieu ordinaire

Ces professionnels paramédicaux prennent en charge leurs patients dans leur globalité. Ils interviennent en milieu écologique et donc directement sur les lieux de vie de l'enfant, interagissant avec les autres acteurs. La prise en charge établie sur le long court permet d'accompagner les patients dans les différentes étapes du projet de vie.

En lien direct avec ma thématique, cela me permettrait de confirmer ou non leur rôle facilitateur dans la transition de l'enfant.

Enfin j'ai fait le choix de ne pas interroger directement les enfants ayant des troubles dyspraxiques scolarisés en milieu ordinaire et vivant pleinement la transition du primaire vers le collège. En tant que futur ergothérapeute, il est évident de placer le patient (ici l'enfant dyspraxique) au cœur de ma prise en charge et de prendre en compte ses besoins, ses demandes ainsi que son environnement. Cette décision est motivée par le fait que mon sujet de recherche est davantage porté sur le côté organisationnel de la transition primaire-collège. Bien que le but premier soit d'améliorer l'organisation et le ressenti positif de l'enfant durant ces étapes, j'estime que ceux-ci ne sont pas responsables des organisations mises en place. Il me semble donc plus pertinent d'interroger les acteurs de la transition. Cette prise de position est personnelle et peut être remise en cause.

Dans un premier temps, et dans un souci de faisabilité afin que je puisse recueillir et traiter tous les éléments de mes entretiens, je me suis entretenu avec les enseignants de primaire en milieu ordinaire ainsi que les parents d'enfants aux troubles dyspraxiques. Les enseignants car le travail de préparation en amont de la transition est réalisé en partie par ces derniers et il m'est apparu intéressant de m'entretenir avec eux prioritairement. Les parents de leur côté soutiennent et vivent au quotidien le ressenti de leurs enfants et sont à même de me transmettre des informations que je pense essentielles au déroulement de la transition.

En conséquence, j'ai choisi de mettre en second plan les professeurs de collège et les ergothérapeutes. Pour les professeurs, cela s'explique par le faible taux de participants. Pour les ergothérapeutes, il m'a semblé important de faire d'abord ressortir, au travers des informations recueillies par l'intermédiaire des autres intervenants, la vision qu'ils ont du rôle de ce thérapeute dans cette transition. M'entretenir avec des ergothérapeutes aurait pu tout à fait être pertinent et m'apporter des éléments techniques et un vécu de l'intérieur de cette transition primaire-collège. C'est un choix discutable ici encore que j'ai pris pour respecter les délais imposés.

J'ai pu au final réaliser quatre entretiens avec trois parents d'enfants dyspraxiques et un enseignant de CM2 en milieu ordinaire.

Avant chaque entretien, un temps est consacré à la présentation brève des interlocuteurs afin d'identifier le lien de chacun avec ma problématique. Par soucis d'anonymat des quatre participants et pour m'organiser dans l'analyse et la confrontation des données, les parents sont nommés par ordre de réalisation des entretiens, donc de Parent 1 (P1) à Parent 3 (P3) et l'Enseignant (E1).

## 5 Analyse des résultats

### 5.1 Méthode d'analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés en plusieurs étapes. Dans un premier temps j'ai réécouté chacun des entretiens pour les retranscrire de manière précise. Ensuite, pour avoir une vision complète de mon enquête, j'ai procédé à une lecture en intégralité des quatre entretiens. J'ai également réalisé une lecture croisée de chaque témoignage afin d'avoir un aperçu des points de convergences et de divergences de chaque participant.

Dans un second temps j'ai organisé et regroupé les éléments principaux ressortis au cours des entretiens grâce à un tableau typologique. (Cf. Annexe Méthodologique)

Pour l'analyse des résultats obtenus, j'ai choisi de traiter les réponses en les regroupant en trois axes. Dans un premier axe, l'état des lieux sur ce qui est en cours ou a pu être fait pour préparer la transition du primaire vers le collège. Ensuite, le ressenti et les propositions d'améliorations pour faciliter celle-ci. Enfin, dans le troisième et dernier axe le rôle de l'ergothérapeute dans cette transition.

### 5.2 Présentation et analyse des entretiens

#### 5.2.1 Etat des lieux sur les actions menées lors de la transition

Les réponses à la question 1 (Q1) m'ont permis d'identifier comment est abordé la transition du primaire vers le collège sur le terrain.

Alors que pour le parent n°2 (P2) et le parent n°3 (P3) la transition semble avoir été abordé « *lors de l'ESS* » de l'année de CM2, le parent n°1 (P1) ne mentionne qu'une initiative personnelle de « *rencontre des professeurs de collège avant la rentrée* ». P2 évoque un souhait de pouvoir assister à ce même type de rencontre pour préparer la transition de son enfant et attend confirmation de ces derniers. Pour P3, cette rencontre a bien eu lieu mais l'initiative venait des professeurs cette fois.

En réponse à cette même question l'enseignant (E1) fait part d'une « *réunion d'harmonisation avec l'équipe du collège* » effective à la fin de l'année et où les enseignants et les professeurs se rencontrent pour échanger sur les besoins spécifiques de certains élèves. Le rôle du personnel éducatif est repris également par P3 qui identifie le (futur) professeur principal comme coordinateur « *s'assurant du bon suivi auprès de ses collègues* ». E1 et P3 mentionnent également le rôle des paramédicaux dans la préparation à cette transition. E1 évoque une « *réunion entre les professionnels paramédicaux pour préparer l'accueil de l'enfant* » et P3 spécifie que « *l'ergothérapeute est allé à la rencontre des professeurs* ».

Enfin E1 parle également d'une « *journée découverte du collège* » permettant à l'enfant de se préparer à l'entrée au collège en découvrant le temps d'une journée son futur établissement scolaire et son fonctionnement. Aucun des trois parents n'a évoqué l'existence d'une telle journée.

En plus de ces éléments davantage portés sur l'organisation, les réponses à la question 2 (Q2) permettent d'identifier les moyens matériels mis en œuvre pour faciliter le passage au collège pour ces enfants et les instigateurs de ceux-ci.

Ainsi, j'ai pu constater que l'ensemble des personnes interrogées, leurs enfants ou élèves respectifs bénéficiaient tous d'un outil informatique associé à des logiciels spécifiques et adaptés aux besoins scolaires de chacun mais également un élément indispensable à la numérisation des photocopiés : un scan portatif. Ces aides techniques ont été mises en place unanimement par « *l'Education Nationale* » et plus précisément « *au cours de l'ESS* ». Pour ce qui est des instigateurs de ces mises en place, lorsqu'un acteur particulier est précisé on retrouve « *l'enseignant référent handicap* » et « *l'infirmière scolaire* » pour P1, le « *neuro-pédiatre* » pour P2 et « *l'ergothérapeute* » pour P1, P2 et E1. L'ensemble de ces acteurs font partie intégrante de l'ESS qui, de toute évidence, permet d'identifier les besoins de l'enfant et d'adapter sa scolarité. Il est mentionné à plusieurs reprises également que l'ergothérapeute, lui, se charge du « *suivi* » et la « *bonne maitrise* » de ces aides techniques.

Ainsi les différentes réponses ont pu mettre en lumière plusieurs actions menées et mises en place pour organiser la transition de l'école primaire vers le collège pour les enfants ayant des troubles dyspraxiques. Les réunions spécifiques à la préparation au passage au collège, lorsqu'elles sont mises en place, sont initiées par des personnes différentes au cas par cas tout comme la composition de celles-ci. Enfin, il apparaît que le rôle de l'ESS dans l'adaptation de la scolarité est effectif tout comme celui de l'ergothérapeute dans le contrôle de la mise en application des préconisations faites lors de l'ESS.

### **5.2.2 Ressenti et axes d'améliorations**

Les réponses aux questions 3 et 5 (respectivement Q3 et Q5) m'ont permis d'apprécier le ressenti des participants face à cette transition. Elles ont également aboutis à l'identification d'axes d'améliorations pour faciliter la transition des enfants dyspraxiques de l'école primaire vers le collège.

Les réponses relatives à Q3 m'ont permis d'identifier des leviers pour améliorer cette transition :

Le fait que l'enfant soit « *à l'aise avec ses aides techniques* » d'après E1, P2 et P3 mais également la « *bonne coopération* » des différents acteurs, que ce soit l'équipe éducative pour P1 et P3, les parents pour E1 ou même les professionnels paramédicaux pour P1 et P2. Pour ces deux interlocuteurs apparaît également comme élément facilitateur « *la continuité de prise en charge* » qu'il soit question de l'ergothérapeute ou de l'infirmière scolaire.

L'expérience de prise en charge d'enfant dys semble être un élément facilitateur pour les participants puisque P1 évoque « *diagnostic précoce* » en expliquant que cela permet d'être au fait des troubles de l'enfant et d'appréhender aux mieux les événements. E1 met en avant le fait que ce soit le « *2<sup>nd</sup> élève dyspraxique accueilli dans sa classe* » en reprenant les mêmes arguments que P1.

E1 souligne également le rôle important de « *l'accès à une formation aux troubles dys* » pour être plus au fait des choses et, dans la même optique, P2 la « *richesse des échanges avec les paramédicaux* » permettant ainsi de répondre aux questions et doutes des parents.

Ces réponses ont également dégagé des obstacles qui subsistent :

Notamment la lenteur des institutions avec des « *délais de traitement trop important* » repris par E1 et P1. Les contraintes administratives sont avancées également par P2 et E1 qui mettent en avant la « *reconduction non systématique des adaptations* », « *des démarches [superflues] à refaire* ». E1 pointe aussi un décalage entre les évaluations et les adaptations octroyé avec « *parfois un manque de cohérence entre les bilans scolaires et les suites données par la MDPH* ».

Enfin la dernière catégorie d'obstacles décrits lors des différents entretiens concerne l'équipe pédagogique. Tandis que P1 et P3 font part de leurs mauvaises expériences avec « *certaines professeurs réfractaires* » malgré la loi de 2005 et la réforme des programmes de 2015 rendant obligatoire l'aménagement des moyens pédagogiques pour les élèves en situation de handicap. P2 met davantage en lumière un « *manque de formation des professeurs sur les troubles dyspraxiques* » que l'on peut lier aux faits avancés par E1 qui explique l'existence de « *formation spécifique aux troubles dys mais dont les places sont limités* ». Ce manque de formation pourrait également expliquer la réaction de certains professeurs qu'ont pu rencontrer P1 et P3. En revanche, E1 avance une « *incertitude quant à la bonne transmission des informations à la nouvelle équipe éducative* » qui peut à la fois révéler une nouvelle faille du système administratif ou pointer des difficultés d'organisation d'un temps de concertation entre les instituteurs et la nouvelle équipe pédagogique de l'enfant.

Ces obstacles sont souvent accompagnés par un sentiment d'anxiété décrit par l'ensemble des participants et qui ne fait que majorer un peu plus encore les appréhensions liés à la transition et aux changements en règle générale pour tout un chacun.

L'identification de ces obstacles mais également des leviers d'actions ont permis de mettre en exergue, grâce notamment aux réponses de la question 5 (Q5), des axes d'amélioration pour faciliter cette transition. On retrouve en effet, et d'une manière unanime, une volonté de réunir l'ensemble des intervenants en amont de la rentrée de 6<sup>ème</sup> par ce que E1 nomme une « *réunion d'équipe de transition* ». Ainsi cela permettrait de préparer au mieux le passage au collège de ces enfants aux besoins spécifiques. Dans le même esprit, les trois parents expriment un désir de faciliter les échanges avec la nouvelle équipe pédagogique. Enfin, en lien avec le défaut de formation des professeurs mis en avant un peu plus haut, E1 et P3 évoquent une « *sensibilisation aux handicap lors de la formation initiale des enseignants* » mais également une augmentation des moyens de formations spécifiquement aux troubles dys afin que chaque professeur souhaitant se former puisse y avoir accès.

Cette partie d'analyse s'est révélée riche en informations ainsi qu'en propositions de la part des différents interlocuteurs. Cela met en lumière les failles mais également les atouts qui sont parfois vécu différemment en fonction de leurs parcours et des professionnels qu'ils

rencontrent. Les composantes humaine et relationnelle dans ces situations ne sont donc pas négligeables et l'identification des personnes ressources est primordiale pour s'assurer de la bonne prise en charge de l'enfant dyspraxique.

### 5.2.3 Implication de l'ergothérapeute dans la transition

Dans cette dernière partie d'analyse, les réponses à la question 4 (Q4) et celles de la question 6 (Q6) m'ont permis d'identifier comment les personnes interrogées qualifiaient le rôle de l'ergothérapeute dans cette transition. Elles m'ont également indicé sur la fréquence et la nature des échanges que les participants ont pu avoir avec ce professionnel.

L'ensemble des participants à l'enquête m'ont confié ne pas hésiter à contacter l'ergothérapeute « *lorsqu'un besoin est identifié* ». P1 et P2 précisent que ce dernier est source « *d'informations et de conseils* » sur les troubles dyspraxiques mais également que l'ergothérapeute répond présent lorsqu'un « *soucis plus d'ordre technique* » apparaît que les parents ne peuvent gérer.

Les échanges avec ce dernier sont pour E1, P1 et P2 la plupart du temps « *des échanges informels* » généralement « *à la fin de la séance* ». Ces échanges peuvent être également « *sous forme écrite* » comme le fait P2 et transmis par le biais de l'enseignant.

Des échanges plus formels sont également mentionnés par P2 qui évoque un « *bilan annuel avec toute l'équipe paramédicale* » mais également lors des « *vacances scolaires* » où l'ergothérapeute « *intervient directement au domicile* », lieu davantage propice aux échanges avec les parents.

Ainsi lorsque l'on demande aux participants de l'étude quel professionnel identifierait-il pour faciliter cette transition, « *le professeur principal* » joue un rôle clé selon P3 pour « *coordonner l'équipe pédagogique du collège* » mais d'une manière unanime « *l'ergothérapeute* » apparaît comme le professionnel identifié pour remplir ce rôle.

Pour P1, l'ergothérapeute « *est le seul professionnel à proposer un suivi complet* », « *une prise en charge globale* » permettant ainsi d'accompagner au mieux les enfants dans cette transition. De plus, « *il intervient directement sur place* », dans l'environnement où l'enfant évolue et cela semble être gage d'engagement.

Cet engagement dans le suivi est souligné par P3 qui met en avant un réel « *investissement dans l'intégration de l'enfant au collège* » de la part de l'ergothérapeute. En intervenant dans l'environnement de l'enfant E1 et P2 ajoutent qu'il est ainsi « *au contact des tous les intervenants* ». Pour P3 l'ergothérapeute est le « *seul professionnel constant dans la transition* ».

Toutes ces réponses semblent mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute dans la coordination des informations auprès des différents acteurs, du fait de sa proximité avec ces derniers au cours de son exercice. La fréquence et la nature des échanges indiquent également une certaine disponibilité ainsi qu'une relation de confiance et bienveillante que ce soit avec les parents ou les enseignants.

## **6 Discussion**

### **6.1 Conclusion de l'analyse et évaluation de l'hypothèse**

Suite à l'analyse des données recueillies lors des entretiens, une réponse à l'hypothèse de recherche peut être apportée.

J'avais émis l'hypothèse que l'ergothérapeute avait un rôle d'apport de connaissances sur les répercussions au quotidien des troubles dyspraxiques. Au vue des réponses, il semble que, du fait de sa formation sur les pathologies et leurs retentis fonctionnels ainsi que sa disponibilité auprès des acteurs, l'ergothérapeute soit en effet le professionnel indiqué pour transmettre les informations spécifiques aux troubles dyspraxiques.

Dans mon hypothèse, j'identifiais l'ergothérapeute comme étant le professionnel préconisant les adaptations et s'assurant du suivi de celles-ci. Les réponses apportées permettent bien de confirmer le fait qu'il joue un rôle prépondérant lors de la préconisation mais il est accompagné de toute l'équipe de suivi de scolarisation et vont ensemble prendre les décisions nécessaires. Les réponses ont notamment mis en avant le rôle de l'enseignant référent handicap. En revanche, pour ce qui est du suivi au long cours de ces adaptations, il s'agit bien là de l'ergothérapeute qui est identifié. En intervenant sur le milieu scolaire, il s'assure de la bonne utilisation du matériel préconisé et donne des pistes d'amélioration ou des conseils à ses interlocuteurs pour constamment s'ajuster au mieux et composer en fonction des besoins de l'enfant.

Enfin, toujours dans mon hypothèse j'indiquais l'ergothérapeute comme le professionnel faisant le lien entre les différents intervenants tout au long du cursus scolaire de l'enfant. Après l'analyse des données recueillies, cette partie d'hypothèse se vérifie à l'unanimité selon les participants de mon étude. De par sa vision holistique, sa prise en compte de l'environnement et de son intervention en milieu écologique, et donc au contact des autres intervenants, il apparaît presque évident, d'après les participants, que ce soit celui qui effectue le lien entre tous et coordonne les informations.

Pour conclure cette étude, je dirais que l'accompagnement des enfants dyspraxiques lors de la transition de l'école primaire vers le collège est un réel travail d'équipe où chaque intervenant a son rôle à jouer et contribue au bon déroulement de celle-ci. Un manque d'informations sur les retentissements fonctionnels de ces troubles de la part d'un des acteurs peut se manifester. Dès lors, le travail d'équipe ainsi qu'une bonne communication entre les différents interlocuteurs permettent d'instaurer un climat de confiance et de limiter l'anxiété de chacun, mais surtout des enfants. Ils peuvent ainsi se préparer plus sereinement pour franchir ce nouveau cap de leur vie.

## 6.2 Ouverture vers de nouvelles pistes de réflexion

### 6.2.1 Quid de la formation des professeurs ?

A plusieurs reprises lors de mes entretiens, le manque de formation des professeurs sur les troubles dys a été abordé.

Pourtant, depuis la loi du 11 février 2005, rendant obligatoire l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire, il serait cohérent d'avoir des attentes sur la formation des professeurs en matière de handicap. Mais en s'y intéressant de plus près il semble que la formation initiale de ces derniers ne soit que peu fournie sur la question.

Dans son Rapport au Président de la République en 2011, le Sénateur Paul Blanc indique : *« Pour la formation initiale, le référentiel « professeur des écoles » comprend 10 compétences dont la prise en compte des besoins de tous les élèves, dont les élèves handicapés. Toutefois, la formation des professeurs, confiée désormais aux universités ne permet pas d'assurer un niveau uniforme de formation. »*.<sup>29</sup>

Cependant cette formation a été réformée en 2013. Elle est désormais sous la responsabilité des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education. Ainsi depuis 2013 les professeurs et enseignants en devenir se voient dispenser un tronc commun et certains modules complémentaires sur la base d'un Master. Le Master Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation propose une formation sur les bases d'accueil de l'enfant en situation de handicap. Cette dernière permet aux futurs professionnels de savoir qu'il leur sera nécessaire d'adapter leurs pratiques en fonction des besoins spécifiques de ces derniers.<sup>30</sup>

Mais ce n'est que dans le contexte de formation continue, dans un module complémentaire au diplôme non commun à tous, que l'on propose à ces futurs professionnels une formation relative au handicap. Ce module *« Formations Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (ASH) d'une durée totale de 150 heures, prépare au 2CA-SH (Certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap) »*.<sup>31</sup>

Suite à cette réforme, des questionnements sur l'impact que cette nouvelle formation aura sur les futurs professeurs restent en suspens ainsi que sur les délais pour en entrevoir les potentiels bénéfiques au sein du corps enseignant.

Des améliorations sur la formation des professeurs restent encore à faire sur la question du handicap et pourquoi ne pas entrevoir une place pour l'ergothérapeute pour les former sur cette thématique ?

---

<sup>29</sup> BLANC P., Rapport au Président de la République sur la scolarisation des enfants handicapés, 2011

<sup>30</sup> Selon l'arrêté du 1er juillet 2013 relatif au référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation

<sup>31</sup> <https://espe.unistra.fr/masters-meef-et-autres-formations/ash-formation-continue/> (09/05/17)

## **6.2.2 Quelles perspectives pour ces enfants dans leurs études et leur vie professionnelle ?**

Il est également pertinent, au vue de cette étude, de s'interroger sur l'avenir de ces enfants aux troubles dyspraxiques.

D'après les rapports de l'INSEE <sup>32</sup> on sait que le taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap chute sensiblement au fur et à mesure de la scolarité. Cela laisse penser que les chiffres relatifs à l'inclusion scolaire sont encore plus bas et pourtant ces enfants, nous l'avons-vu, ont toutes les capacités intellectuelles pour prétendre à de grandes études si on leur permet quelques adaptations.

Enfin, quand est-il de leur future vie professionnelle ? Comment leur handicap invisible est-il pris en compte sur le marché du travail et comment sont-ils accompagnés ?

## **6.3 Limites de l'étude**

N'ayant réalisé pour cette exercice d'initiation à la recherche que quatre entretiens, l'étude des résultats n'est donc pas ou peu significative. Pour qu'elle le soit il aurait non seulement fallu un nombre d'entretiens beaucoup plus conséquent, mais également recueillir des témoignages de plusieurs personnes ayant la même profession pour pouvoir confronter leurs avis. La réalité du terrain avec un temps imparti limité pour l'organisation de mes entretiens et le défaut de participation malgré le nombre de demandes réalisées ne m'ont pas permis de m'entretenir avec plusieurs enseignants.

Cette méthode d'enquête basée sur l'entretien et la discussion peut manquer d'objectivité d'analyse. En effet chaque interlocuteur, lorsqu'il répond aux questions, fournit des réponses en fonction de ses souvenirs, de son vécu ou de ce qu'il a envie de dire. Ainsi on peut imaginer qu'une partie des informations sont soumises à une interprétation personnelle qu'elle soit volontaire ou non. Il nous est impossible d'aller vérifier l'exactitude de toutes les réponses données. On peut supposer également que des éléments pourraient être omis sciemment ou non dans leurs réponses. Nous nous basons sur la confiance et le sérieux de notre public interrogé.

Toujours à propos des entretiens, il ne m'a pas été possible de me déplacer pour m'entretenir avec les participants interrogés. Faute de temps et d'organisation dans les emplois du temps de chacun. Le fait de devoir réaliser ces entretiens par téléphone ne m'a pas permis de prendre en considération les expressions et tous les aspect de la communication non verbale de mes interlocuteurs. Il est probable que cela ait eu un impact dans les réponses concernant leur ressenti mais je ne pense pas que ce facteur ait grandement joué dans les éléments factuels concernant les actions et les mises en place.

Pour avoir des données les plus complètes possible un focus groupe aurait pu être organisé. Cet outil d'enquête consiste à réaliser une seule entrevue avec l'ensemble des participants sous forme de débat animé.

---

<sup>32</sup> Cf. Annexe V

La parole étant laissée libre à chacun, on peut tout à fait supposer que si l'une des réponses nécessite d'être complétée, un autre intervenant aurait pris la parole pour le faire. Avec ce procédé, l'ensemble des participants peut échanger sur leurs expériences et cela aboutit à des travaux de recherche très riches et complets. Il est cependant très complexe d'analyser ce genre de données et d'en ressortir une analyse objective. De plus l'organisation d'un tel événement se prépare bien en amont afin de s'assurer la présence d'un maximum de participants et cela sans compter les imprévus de dernières minutes.

La plupart des participants étant répartis sur le Bas-Rhin, il m'a été difficile d'entreprendre l'organisation d'un tel outil. Cela implique également une restriction des participants d'un point de vue géographique. L'étude en aurait alors perdu également en significativité.

Le nombre de participants et leur situation géographique aurait pu être plus variés. Cependant, une absence de réponse de plusieurs candidats contactés ainsi qu'une annulation de dernière minute ne m'ont pas permis de mener à bien mon projet tel que je l'avais initialement envisagé.

Avoir réalisé mes entretiens dans la même zone géographique s'est tout de même révélé très pertinent. Ainsi dans un même cadre de fonctionnement, avec des instances régionales, des connaissances et des mœurs sur le handicap partagés, des différences ont pu être décelées. Cela montre bien la singularité de chaque situation et la nécessité d'un accompagnement spécifique.

Enfin la période à laquelle j'ai réalisé mes entretiens n'était sans doute pas la plus propice à la participation de tous les interlocuteurs que j'aurais souhaité. La fin de l'année approchant, de nombreux projets sont déjà en cours. Cela n'a probablement pas joué en ma faveur pour qu'ils acceptent de participer à mon enquête. S'ajoute à cela les vacances de printemps. En effet, n'étant pas dans la même région et en stage lors de la période des entretiens, nous n'étions alors pas dans les mêmes zones de vacances scolaires.

J'ai également choisi d'établir un premier contact avec mes interlocuteurs par mail ce qui n'a pas été simple et qui m'a demandé de la persévérance. Un premier contact téléphonique aurait peut-être été plus rassurant et efficace pour les impliquer dans mon projet de recherche. J'ai dû les solliciter à plusieurs reprises pour avoir une réponse, qu'elle soit positive ou négative. La recherche de l'implication dans le temps imparti pour réaliser ces recherches a parfois été difficile.

## 7 Conclusion

Au cours de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai identifié la transition primaire/collège comme étant une période charnière pour les enfants dyspraxiques scolarisés en milieu ordinaire.

Je me suis alors intéressé aux rôles des différents intervenants dans l'accompagnement des enfants dyspraxiques durant le passage de l'école primaire vers le collège en milieu ordinaire. Et en tant que futur ergothérapeute, je me suis interrogé plus spécifiquement sur le rôle de ce dernier pour faciliter la transition de ces enfants aux besoins spécifiques.

La première phase de mes recherches a été consacrée à me documenter sur les différents concepts comme la dyspraxie, la scolarisation en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire mais également sur les champs d'action de l'ergothérapeute dans ce type de prise en charge. J'ai ensuite complété mon étude en réalisant une enquête afin de recueillir des informations auprès de professionnels sur le terrain.

Pour mener à bien cette enquête, je me suis entretenu avec des parents d'enfants dyspraxiques ainsi qu'avec une enseignante de CM2 en milieu ordinaire accueillant un enfant présentant ces mêmes troubles. Leurs témoignages m'ont permis de faire un état des lieux sur les actions menées pour préparer au mieux cette transition, mais également de recueillir leurs ressentis et ainsi apporter des pistes pour améliorer l'accompagnement de ces enfants. Enfin et surtout, ces entretiens m'ont permis d'identifier les actions que mène l'ergothérapeute dans cette transition et comment les personnes interrogées qualifient et perçoivent le rôle de ce dernier.

Ainsi j'ai pu en partie vérifier mon hypothèse de départ dans laquelle je supposais son rôle dans l'apport d'informations spécifiques aux troubles dyspraxiques, dans le suivi des adaptations à la scolarité pour respecter les besoins de l'enfant mais aussi de coordinateur auprès des différents intervenants.

Bien que cette étude n'ait pas été réalisée auprès de l'ensemble des acteurs gravitant autour de l'enfant au cours de ce passage de l'école primaire au collège, elle a pu mettre en avant l'importance de la collaboration et du travail d'équipe. Chaque intervenant à son rôle à jouer pour contribuer au bon déroulement de la poursuite de sa scolarité.

En tant que futur professionnel il me semble important de mettre en avant ces notions de travail d'équipe, de suivi pluridisciplinaire et de collaboration entre les différents professionnels pour avoir un regard réflexif sur sa propre pratique et la faire évoluer au bénéfice du patient.

Enfin, il serait tout à fait pertinent de compléter cette recherche en s'intéressant au devenir de ces enfants dans leurs poursuites d'études et sur la place de l'ergothérapeute dans la formation des professeurs afin qu'ils assurent au mieux l'accueil des enfants en situation de handicap dans leurs classes.

## Bibliographie

### - Livres :

DURIEUX G. & THOMAS C., Ergothérapie en Pédiatrie : Quand l'ergothérapeute intervient à l'école, 1<sup>ère</sup> édition, Marseille, Deboeck Solal, 2010, Chapitre 28, p. 115-127

HABIB M., La constellation des dys : Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles, 1<sup>ère</sup> édition, Marseille, Deboeck Solal, 2014, p.177-213

JACQUES M.-H., Les transitions scolaires, Presse universitaire de Rennes, 2016

KIRBY A. & PETERS L., 100 idées pour aider les élèves dyspraxiques, Paris, Tom Pousse, 2010

MAZEAU M., L'enfant dyspraxique et les apprentissages: Coordonner les actions thérapeutiques et scolaires, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Elsevier Masson, 2011

MAZEAU M. & POUHET A., Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Elsevier Masson, 2014

POUHET A., S'adapter en classe à tous les élèves dys, Poitiers, CRDP de Poitou-Charente, 2011

### - Articles :

BALIGRAND P., De la formation des enseignants en vue de la scolarisation des enfants handicapés. La Rochelle, 2014, Intégration Scolaire et Partenariat

CHAMBERS M.E. & SUGDEN D.A., Intervention in children with Developmental Coordination Disorder: The role of parents and teachers, British Journal of Educational Psychology, N°73, p. 545-561, 2003

CONTE E., SAGEY-LECOMPTE A., TRABAND V., ROSEZWEIG P., STEPHANOPOLI L., La dyspraxie, un trouble du comment faire, Coridys, p.8, 2008

GUILLOT E., Les élèves « dys » au collège. John Libbey Eurotext, Médecine, N°8, p. 88-91

MISSIUNA C., POLLOCK N., Recognizing and Referring Children with Developmental Coordination Disorder : The Role of the Occupational Therapist, Canadian Journal of Occupational Therapy, N°75, 26-34, 2008

MISSIUNA C., POLLOCK N., Rivard L., Children with DCD : At Home, at school and in the community. Hamilton, 2011, CanChild Center for Childhood Disability Research, McMaster University

MURRAY PARKES C., « Les transitions psycho-sociale », Sciences sociales et Médecine, n°5, 1971, p.101-105

SCHLOSSBERG N. K., « Aider les consultants à faire face aux transitions : le cas particulier des non-événements », L'Orientation scolaire et professionnelle, n° 34, 2005, p. 85-101

- **Documents non publiés :**

CERISIER-POUHET M., Des outils pour faciliter les activités scolaire d'élèves présentant un handicap moteur, des difficultés d'organisation gestuelle et/ou neurovisuelle, 2008

Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire, Préconisation du CNESCO en faveur d'une école inclusive pour les élèves en situation de handicap, 12 février 2016

- **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapée, JORF n°36 du 12 février 2005, p. 2353, Texte n° 1

Décret n° 2013-77 du 24 janvier 2013, relatif à l'organisation du temps scolaire dans les écoles maternelles et élémentaires

Arrêté du 23 septembre 2014, relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Annexe VI, publié au JO le 28 septembre 2014

Arrêté du 1er juillet 2013, relatif au référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation

Bulletin officiel spécial n°11 du 26 novembre 2015, Programmes d'enseignement du cycle des apprentissages fondamentaux (Cycle 1), du cycle de consolidation (Cycle 2) et du cycle des approfondissements (Cycle 3)

Rapport de l'INSEE du 23 janvier 2015

BANC P. Rapport au Président de la République sur la scolarisation des enfants handicapés, mai 2011

- **Sites internet**

<http://www.ameli-sante.fr/dyspraxie-de-lenfant/dyspraxie-de-lenfant-definition-et-mecanismes.html> (09/03/17)

<http://www.education.gouv.fr/bo/2006/32/MENE0602187C.htm> (24/04/17)

<http://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/formulaires-geva-sco> (24/04/17)

<http://www.education.gouv.fr/cid213/l-ecole-elementaire-organisation-programme-et-fonctionnement.html> (26/04/17)

<http://www.gouvernement.fr/action/l-ecole-inclusive> (26/04/17)

<http://www.circ-ien-illfurth.ac-strasbourg.fr/besoins-des-eleves/ppre-pai-pas-pps/> (09/05/17)

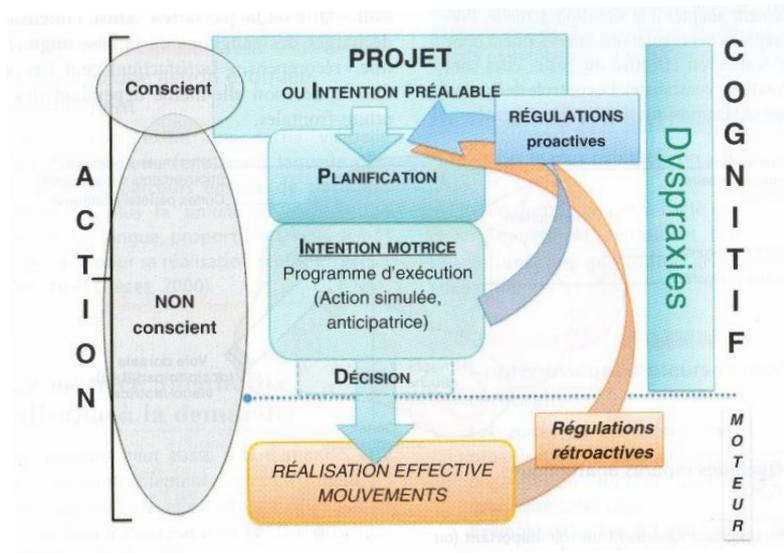
<http://www.ffdys.com/> (05/05/17)

<http://www.anfe.fr/definition> (23/03/17)

<https://espe.unistra.fr/masters-meef-et-autres-formations/ash-formation-continue/> (09/05/17)

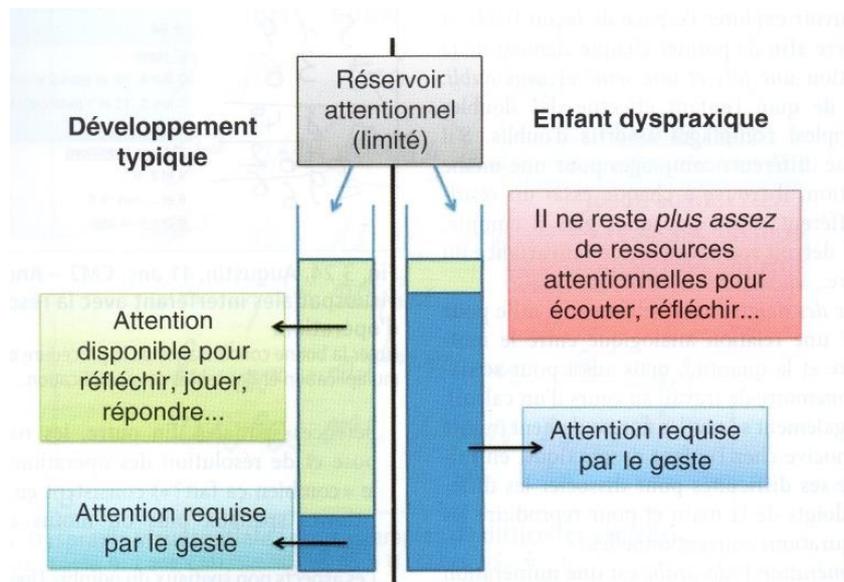
# ANNEXES

## Annexe I : Le geste



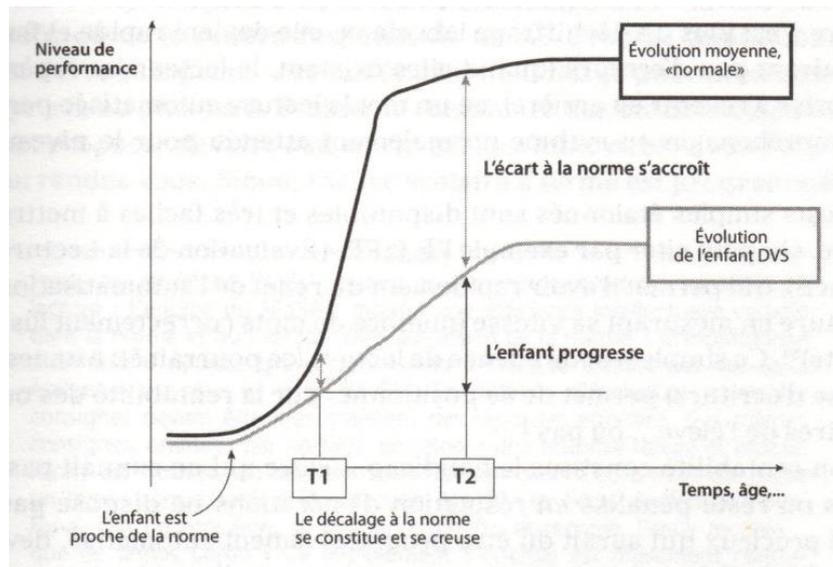
Source : *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : du développement typique aux « dys- »*, p.120, M. Mazeau et A. Pouhet, 2016

## Annexe II : La situation de double tâche



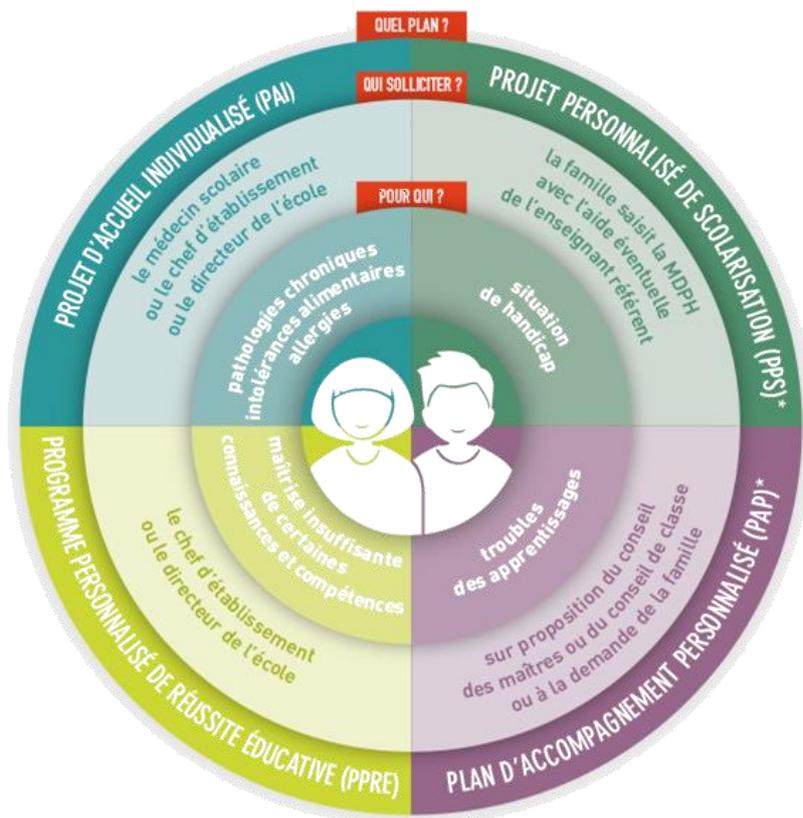
Source : *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : du développement typique aux « dys- »*, p.151, M. Mazeau et A. Pouhet, 2016

### Annexe III : Les progrès de l'enfant



Source : *S'adapter en classe à tous les élèves dys*, p.91, A. Pouhet, 2011

### Annexe IV : Les différents plans personnalisés



Source : <http://www.circ-ien-illfurth.ac-strasbourg.fr/besoins-des-eleves/ppre-pai-pas-pps/> (consulté le 09.06.17)

## Annexe V : Mode de scolarisation des enfants en situation de handicap en 2015-2016

Niveau d'enseignement <sup>1</sup>	Scolarité en milieu ordinaire		Établissements spécialisés <sup>2</sup>	
	Individuelle	Collective	Établissements hospitaliers	Établissements médicaux et sociaux
<b>Premier degré</b>	<b>111 682</b>	<b>48 361</b>	<b>5 546</b>	<b>61 615</b>
Préélémentaire	31 299	6 914	2 457	21 173
Élémentaire	80 383	41 447	3 089	40 442
<b>Second degré</b>	<b>82 875</b>	<b>36 060</b>	<b>2 299</b>	<b>6 754</b>
Premier cycle	62 596	15 794	1 464	5 347
Second cycle	19 663	4 130	835	1 407
Autre niveau <sup>3</sup>	616	16 136	///	///
<b>Niveau indéterminé<sup>4</sup></b>	<b>///</b>	<b>///</b>	<b>295</b>	<b>3 205</b>
<b>Total</b>	<b>194 557</b>	<b>84 421</b>	<b>8 140</b>	<b>71 574</b>

/// : absence de résultat due à la nature des choses.

1. Niveau d'enseignement estimé pour la scolarisation collective et la scolarisation en établissements hospitaliers ou médico-sociaux.
2. Hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.
3. Il s'agit pour l'essentiel d'élèves fréquentant un établissement du second degré sans en avoir nécessairement le niveau.
4. Il s'agit d'élèves scolarisés dans un établissement spécialisé dont le niveau est difficile à déterminer.

Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569386?sommaire=2587886>  
(consulté le 09.05.17)

## **Résumé et Abstract**

**Mots-clés :** Dyspraxie – Transition – Milieu Ordinaire – Ergothérapie– Scolarisation

Lors de la transition de l'école primaire vers le collège, les enfants doivent s'adapter à beaucoup de changements. Toutes ces nouveautés peuvent se révéler source de difficultés pour un enfant ayant des troubles dyspraxiques scolarisé en milieu ordinaire. Il est donc nécessaire d'aménager son quotidien et de l'accompagner pour limiter l'impact sur sa scolarité. Lorsqu'il s'agit d'adaptation l'ergothérapeute semble être l'interlocuteur le plus au fait des choses mais d'autres professionnels ont aussi un rôle à jouer dans cette transition.

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est donc de savoir comment l'ergothérapeute contribue à faciliter cette transition et quel est son rôle dans la collaboration avec les différents acteurs.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés par téléphone auprès de parents d'enfants dyspraxiques et d'enseignants accueillant ces jeunes en milieu ordinaire. Les données recueillies ont permis de mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute dans l'apport d'informations spécifiques aux troubles dyspraxiques, dans le suivi des adaptations à la scolarité mais aussi de coordination auprès des différents interlocuteurs. Enfin le travail d'équipe est mis en avant dans cet écrit ainsi que l'intérêt d'une bonne communication entre les différents acteurs pour permettre d'améliorer le vécu de cette transition.

**Keywords :** Developmental Coordination Disorder – Transition – Mainstream – Occupational Therapy – Schooling

There is a lot of significant changes for a child during the transition between primary and secondary school. All this changes may cause difficulties for a child with developmental coordination disorder (DCD). Also, some adjustments of the daily life could be necessary to limit effects on education. When it comes to adapting the daily life, occupational therapist seems to be the right person. Actually, there is a real team of professionals which all have important roles to play in this transition.

The purpose of this research paper is to understand how the occupational therapist makes this transition easier for children with DCD and what his role in partnership amongst professionals is.

For this study, telephone interviews have been organised with DCD children's parents and teachers in mainstream school. The data gathered show that the occupational therapist brings specifics information about DCD, follows up the kid's adaptation within the school and takes care of the coordination between other professionals. Finally, teamwork and a good communication are considered as key points. This two factors allow an overall improvement of the child's experience.