



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 rue Vitruve, 75020 Paris

Ergothérapie et amélioration du rendement scolaire du collégien
présentant des troubles de l'apprentissage

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction d'Isabelle Yanez

Sophie Pomella

Session 2022

Note au lecteur

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'institut de formation concerné ».

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement ma maîtresse de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et sa réactivité ainsi que pour ses conseils et son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier l'ensemble des ergothérapeutes qui ont répondu présents pour participer à cette enquête.

Merci aux jurys des soutenances blanches pour leurs remarques et leurs conseils. Merci à mes tuteurs de stage pour m'avoir permis d'enrichir ma pratique.

Je remercie aussi toute l'équipe pédagogique de l'ADERE (Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie) pour leur accompagnement et leur écoute durant cette formation.

Enfin, je tiens à remercier Mathias Gavarry pour son soutien et la relecture finale.

Sommaire

	5
Introduction	
	5
1 Cadre conceptuel	7
1.1 Les troubles neurodéveloppementaux et les troubles des apprentissages	7
1.1.1 Définition et terminologie	7
Les troubles neuro-développementaux (in DSM-5)	7
Le trouble spécifique des apprentissages	9
Troubles des apprentissages et troubles dys	10
Difficultés et troubles	11
1.1.2 Epidémiologie	11
1.1.3 Etiologie	12
1.1.4 Le diagnostic	13
Des évaluations pluridisciplinaires	13
L'impact des troubles de l'apprentissage	14
1.2 Le collégien présentant des troubles des apprentissages	15
1.2.1 Le socle commun de compétences	15
1.2.2 Les spécificités du collègue	17
1.2.3 L'inclusion en milieu scolaire ordinaire	17
Les acteurs de l'inclusion	17
La loi de 2005 et les dispositifs	18
L'équipe de suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap	19
Le PPS et le Guide d'Évaluation à la Scolarisation	20
Aménagements et adaptations pédagogiques	20
1.3 L'ergothérapie et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	21
1.3.1 L'ergothérapie	21
Historique de l'ergothérapie	21
Définition de l'ergothérapie	22
Pédiatrie et troubles des apprentissages	22
1.3.2 Les modèles conceptuels et les différentes approches	23
1.3.3 Présentation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)	24
Engagement et rendement	25
L'occupation et ses domaines	25
Un modèle centré sur le client	25
1.3.4 L'intervention de l'ergothérapeute	26
1.3.5 Focus sur La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel	29

2 Cadre expérimental	31
2.1 Méthodologie d'enquête	31
2.1.1 Objectif de recherche	31
2.1.2 Choix de la méthode de recherche	31
2.1.3 Choix de la population cible	31
2.1.4 Elaboration de l'outil de recherche	32
2.1.5 Modalités de passation des entretiens	32
2.2 Présentation et analyse des résultats de l'enquête	33
2.2.1 Présentation des ergothérapeutes	33
2.2.2 Constitution de la patientèles	34
2.2.3 Les principales problématiques du collégien	34
2.2.4 Le MCREO (motivation formation, application)	35
2.2.5 La MCRO et la définition des objectifs par le patient	37
2.2.6 La spécificité du rendement scolaire	38
2.2.7 Les limites	39
2.3 Discussion	40
2.3.1 Analyse des résultats au regard du cadre conceptuel	40
2.3.2 Discussion par rapport à la question de recherche	42
2.3.3 Validité de l'hypothèse	44
2.3.4 Limites de l'étude	44
2.3.5 Ouvertures vers de nouvelles perspectives	45
Conclusion	46
Bibliographie	47
ANNEXES	1
Annexe 1 : guide d'entretien	1
Annexe 2 : Grille de passation de la MCRO	2
Annexe 4 : Retranscription de l'entretien de E1	5
Annexe 5 : Retranscription de l'entretien de E4	11
Résumé/Abstract	16

“Ce que nous devons apprendre à faire, nous l’apprenons en le faisant.”

Aristote

Introduction

Avant d’entreprendre des études d’ergothérapie, j’ai été amenée, en tant qu’accompagnant d’élève en situation de handicap (AESH) dans une école maternelle, à accompagner un enfant de trois ans qui présentait une hémiplégie gauche alors qu’il entrait en petite section en milieu scolaire ordinaire. Cette expérience ainsi qu’un stage effectué dans un cabinet d’ergothérapie libéral ont suscité mon intérêt pour la question de l’inclusion des enfants porteurs de handicap dans le milieu scolaire ordinaire.

J’ai d’abord voulu me pencher sur la question du travail collaboratif entre l’ergothérapeute et l’AESH, mais la problématique n’était pas assez centrée sur l’ergothérapie.

Lors de mon stage en libéral, j’ai pris en soin des jeunes présentant des troubles des apprentissages. Pour la majorité d’entre eux, l’objectif principal était d’améliorer la productivité à l’école ou au collège via une rééducation de l’écriture, un apprentissage du clavier, un travail cognitif le plus souvent axé sur la concentration et des outils pour mieux s’organiser. Cette réflexion m’a amenée à m’interroger plus précisément sur l’accompagnement du jeune dans sa scolarité et abouti à ma question de recherche : **comment l’intervention de l’ergothérapeute permet-elle d’améliorer le rendement scolaire du collégien présentant des troubles des apprentissages ?**

J’ai choisi de cibler la tranche d’âge des collégiens afin de restreindre mon cadre de recherche mais aussi parce qu’il me semble que l’entrée en sixième place le jeune face à de nombreux changements, notamment en termes de rendement.

Afin de répondre à cette problématique, je poserai d'abord le cadre conceptuel de mon travail de recherche. Il s'agira de définir la notion de troubles des apprentissages et de déterminer leur impact sur la scolarité, puis d'aborder les spécificités de l'ergothérapie en pédiatrie et la notion de rendement à travers le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Dans un deuxième temps, j'établirai le cadre expérimental qui présentera ma méthodologie d'enquête, la présentation et l'analyse des résultats d'enquête, puis la discussion.

1 Cadre conceptuel

1.1 Les troubles neurodéveloppementaux et les troubles des apprentissages

Depuis plusieurs années, les ergothérapeutes font face à une augmentation des demandes de prise en soin pour des difficultés scolaires. Le signalement peut provenir de l'école, des parents ou d'autres professionnels. Il peut s'agir de difficultés à écrire, à manipuler la règle ou le compas, ou encore à maintenir son attention. Les ergothérapeutes - qu'ils exercent dans un cabinet libéral ou en Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) - sont alors sollicités pour évaluer, rééduquer (par exemple améliorer les compétences en motricité fine), ou mettre en place des moyens de compensation (par exemple l'utilisation de l'ordinateur en classe). Ces difficultés scolaires sont souvent la conséquence de ce qui est communément appelé un trouble des apprentissages. Mais qu'est-ce qu'un trouble des apprentissages et que nous apprend la littérature scientifique à ce sujet ? C'est ce que nous allons tenter de comprendre dans la première partie. Ce questionnement n'est pas simple car la terminologie est en constante évolution et le vocabulaire scientifique n'est pas toujours usité par les professionnels.

1.1.1 Définition et terminologie

[Les troubles neuro-développementaux \(in DSM-5\)](#)

Les troubles des apprentissages ne sont pas cités dans la littérature. Nous retrouvons en revanche *le trouble spécifique des apprentissages* dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) inclus dans les différents troubles neuro-développementaux.

Les troubles neurodéveloppementaux y sont définis comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (Crocq et al., 2015).

Parmi les troubles du neurodéveloppement, on trouve :

- le handicap intellectuel (en France, on parle de Trouble du Développement Intellectuel).
- les troubles de la communication
- le trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
- le trouble spécifique des apprentissages
- les troubles moteurs dont le trouble développemental de la coordination (TDC)

Mazeau, dans Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant (2021), fait correspondre aux six troubles neurodéveloppementaux décrits dans la DSM-5 les dénominations courantes et toujours utilisées dans le milieu de l'ergothérapie :

- Déficience intellectuelle
- Dysphasie/ TDLO (trouble du langage oral)
- Trouble du spectre autistique (TSA)
- TDA/H et syndrome dysexécutif
- Troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie)
- TDC/Dyspraxie et dysgraphie

Concernant notre question de recherche nous avons dû déterminer quels troubles étaient inclus sous l'intitulé global de troubles des apprentissages : en plus du trouble spécifique des apprentissages nous pouvons y inclure le TDA/H, trouble qui aura un impact sur les apprentissages scolaires, et le TDC, anciennement appelé dyspraxie, qui peut impliquer des dysgraphies, motif fréquent de suivi en ergothérapie. Le trouble du handicap intellectuel ne peut pas être pris en compte car il exclut le diagnostic de troubles des apprentissages ; le troubles du spectre autistique, s'il peut impliquer des difficultés scolaires, demande une prise en soin très spécifique, et nous l'avons exclu de notre question de recherche, tout comme les troubles de la communication qui sont plus fréquemment pris en soin par des

orthophonistes ou des ergothérapeutes formés aux communications alternatives et augmentées (CAA), le plus souvent dans des SESSAD spécialisés.

Le trouble spécifique des apprentissages

Le DSM-5 propose une définition du trouble spécifique des apprentissages. Celui-ci est constitué de différents troubles identifiés par des outils d'évaluation standardisés révélant des scores déficitaires en référence aux normes attendues pour l'âge :

- "Ils sont spécifiques, ne pouvant pas être entièrement expliqués par une autre pathologie sensorielle (surdité, vision), neurologique (lésions cérébrales innées ou acquises), intellectuelle ou psychiatrique (troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale), ni par un manque d'apport socioculturel.
- Ils sont durables, persistants depuis au moins 6 mois en dépit d'une prise en charge individualisée et d'une adaptation pédagogique ciblée ; ils persisteront tout au long de la vie. Ils sont présents dès les premières étapes du développement, mais ils peuvent se manifester plus tardivement (lorsque l'enfant n'arrive plus à mettre en place des stratégies de compensation de son (ses) trouble(s).
- Ils interf rent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante." (Crocq et al., 2015).

Le trouble spécifique des apprentissages englobe un certain nombre de troubles ayant en commun :

- "d'entraver les apprentissages scolaires initiaux chez un enfant normalement intelligent
- de se prolonger à l'âge adulte, avec des conséquences directes et indirectes plus ou moins invalidantes dans la vie personnelle et professionnelle
- de relever d'un défaut de maturation des systèmes neurocognitifs spécifiques." (Habib, 2014)

Troubles des apprentissages et troubles dys

Comme en témoigne Mazeau (2021), le terme *trouble spécifique des apprentissages* n'est pas toujours utilisé par les professionnels. Dans son ouvrage, celle-ci fait volontiers référence aux *troubles des apprentissages* et aux *troubles dys* :

- Trouble du langage appelé communément « dysphasies »
- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture appelé communément « dyslexies ». Ce trouble comprend des difficultés à identifier les lettres, les syllabes ou les mots, malgré une scolarisation adéquate.
- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite appelé communément « dysorthographies » qui correspond à des difficultés ou des troubles spécifiques de l'apprentissage de l'orthographe. Elle entraîne une difficulté de reconnaissance, de compréhension et de reproduction des symboles écrits, mise en évidence par une lenteur d'écriture et des fautes multiples.
- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul appelé communément « dyscalculies » qui engendre des difficultés à comprendre et utiliser les nombres.
- Trouble développemental de la coordination appelé communément « TDC/dyspraxies » et incluant certaines formes de "dysgraphies". Celles-ci impliquent des difficultés fonctionnelles avec inefficacité du geste graphique (geste lent, écriture illisible, productions d'écrits "brouillon") malgré la volonté de bien faire.
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H). Il fait partie des troubles attentionnels et exécutifs, qui ont des conséquences sur la scolarité des enfants car ils atteignent les fonctions exécutives et les fonctions neurologiques transversales qui irriguent toutes les autres fonctions cognitives et qui déterminent les capacités d'apprentissage de l'enfant. On les associe à des compétences de chef d'orchestre qui régulent et contrôlent toutes les autres. On les diagnostique en présence du triptyque :
 - Trouble de l'attention
 - Déficit en mémoire de travail
 - Déficit des fonctions d'inhibition avec rigidité mentale

Mazeau explique aussi la difficulté de circonscrire et définir ces troubles qui font tantôt référence à des symptômes, tantôt à des diagnostics. (Mazeau, 2021)

Difficultés et troubles

Quand on évoque les troubles des apprentissages, il faut différencier le fait d'avoir des difficultés scolaires et le terme de *trouble* qui renvoie à une pathologie cognitive spécifique. Une difficulté d'apprentissage correspond à un apprentissage lent, incomplet ou pas assez performant (entre -1 et -1,5 DS de la norme pour l'âge, le niveau intellectuel et le niveau scolaire). Cette difficulté peut être due à des conditions environnementales, pédagogiques, psychologiques, éducatives ou psychosociales défavorables.

Le terme de *trouble* renvoie, lui, à une implication neurodéveloppementale - un dys. On le diagnostique selon des critères de précocité, de durée et d'intensité (entre -1,5 et -2 DS de la norme) (Mazeau, 2021).

Les mesures à prendre diffèrent : en cas de difficulté, il faut chercher à agir sur l'environnement, intensifier les entraînements et proposer un renforcement pédagogique. En cas de trouble dys-, il faut agir sur les processus pathologiques en cause en proposant une rééducation et en permettant au jeune de développer des stratégies de contournement pour apprendre malgré ses troubles. Ceux-ci peuvent être des dysfonctionnements isolés d'une fonction cognitive spécifique particulière (fonctions exécutives, attention, langage, mémoire, praxies, gnosies), de certains apprentissages (écriture, lecture, orthographe, calcul) sans déficience intellectuelle globale. (Mazeau, 2016), (Truscelli et al.,2017).

1.1.2 Epidémiologie

Il est difficile de trouver des chiffres fiables et précis. L'INSERM nous fournit cependant quelques données :

En France, en 2018, 15 à 20% des enfants sont confrontés à des difficultés d'apprentissage et scolaires (lecture, expression écrite ou orale, calcul, concentration), 5 à 7% des enfants d'âge scolaire présentent des troubles spécifiques des apprentissages.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), “l’estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est rendue difficile par les choix des seuils et des outils d’évaluation utilisés. Les estimations globales issues d’études internationales révèlent des troubles fréquents de l’ordre de 8 % des enfants par classe d’âge pour l’ensemble des troubles. L’association de plusieurs troubles est fréquente, ce qui contribue à retarder le diagnostic, compliquer la prise en charge thérapeutique et grever le pronostic.

Mazeau exprime la même réserve quant aux chiffres qui circulent. Tout d’abord, car ils ne prennent pas en compte les jeunes n’ayant pas reçu de diagnostic, ensuite et plus fondamentalement encore, parce qu’ “un certain nombre de diagnostics de troubles spécifiques d’apprentissage ou de troubles du développement neurocognitif spécifiques sont fondés sur un écart à la norme. Ainsi, les tests mis au point pour dépister et affirmer ces situations sont conçus pour mettre en exergue les 2 % d’élèves qui présentent des performances justement « hors normes ». On peut ainsi évaluer l’attention, la mémoire de travail, ou bien les habiletés en lecture ou en mathématiques. En pratique clinique, on constate cependant une fréquence bien plus élevée de troubles du langage écrit versus troubles du langage oral. Quid des 2 % théoriques ?

Mazeau conclut : “Il faut être très prudent avec des chiffres d’allure consensuelle (5 à 10 % de situations de dys-, dont 2 à 5 % de sévères, fréquemment publiés) qui sont loin d’être rigoureux. Ils restent cependant une indication plausible, probable et utile pour les instances décisionnelles gouvernementales”.(Mazeau et al., 2021)

1.1.3 Etiologie

“Un diagnostic de dys- n’implique pas que la cause « première » du trouble soit élucidée. Dans la plupart des dys- développementaux, l’étiologie de l’anomalie neurodéveloppementale est inconnue (même si des facteurs génétiques sont souvent suspectés). Il est à noter que cette situation est habituelle en médecine : faire un diagnostic de diabète ou de cancer n’implique pas que l’on connaisse la cause première des diabètes ni des cancers. Repérer les symptômes, poser un diagnostic et accéder à l’étiologie sont des démarches différentes.” (Mazeau, 2021, p 57).

Mais, comment se pose le diagnostic ?

1.1.4 Le diagnostic

Le diagnostic se fait généralement sur quelques mois et nécessite les évaluations de plusieurs professionnels, médecins ou paramédicaux. Il est difficile à poser avant que l'enfant ne soit vraiment rentré dans les apprentissages, notamment scolaires.

Tout d'abord, le médecin interrogera les parents sur l'anamnèse de l'enfant, sur son développement et sur de potentiels signes d'alerte. Il questionnera par la suite l'enfant et sa famille sur les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et à l'école. Afin de poser un diagnostic, il demandera des bilans à d'autres professionnels en fonction du trouble suspecté. Généralement, si les troubles suspectés sont la dyslexie et la dysorthographe, l'enfant sera dirigé prioritairement vers un orthophoniste alors que si les troubles suspectés sont plutôt la dyspraxie et la dysgraphie, l'enfant sera orienté vers un ergothérapeute ou un psychomotricien.

“Le bilan cherche à déterminer les mécanismes qui sous-tendent les déficits observés. Un enfant dyslexique peut par exemple présenter une déficience visuospatiale ou un déficit phonologique qui nécessitent des approches de rééducation différentes.” (INSERM, 2021).

Des évaluations pluridisciplinaires

Le neuropsychologue évalue les troubles de l'attention et le quotient intellectuel de la personne. L'orthophoniste estime les capacités de langage mais également les capacités numériques. Le psychomotricien apprécie le développement et la représentation du schéma corporel, les capacités motrices, l'écriture, les coordinations ainsi que la position du corps dans l'espace. L'ergothérapeute évalue les préhensions, les capacités visuo-motrices et visuo-spatiales, les capacités gestuelles, les coordinations, la dextérité, l'écriture, les praxies et les répercussions des troubles sur les activités de la vie quotidienne

L'impact des troubles de l'apprentissage

S'appuyant sur un modèle Top-down basé sur la performance, l'ergothérapeute va s'appuyer sur les difficultés perçues par le patient en complément du diagnostic transmis par le médecin. Les difficultés principales que l'on retrouve dans le trouble spécifique des apprentissages, le TDAH et le TDC interviennent sur les plans :

- Cognitif (déficit attentionnel, lenteur de raisonnement, trouble de l'inhibition)
- Visuo-spatial (perception topologique et perception de l'orientation)
- Sensori-moteur (coordination oeil-main, rapidité visuo-motrice, coordination bi-manuelle).

Concrètement, sur le plan scolaire, ces troubles peuvent engendrer des difficultés à être attentif en classe, à gérer des situations de double-tâches (par exemple écouter l'enseignant et écrire ou ranger ses affaires en même temps), à se servir des outils scolaires, notamment en géométrie, à écrire de manière lisible, au même rythme et dans les mêmes quantités que les autres élèves. La non-automatisation peut être la cause des difficultés d'écriture.

La double tâche est une des causes principales des difficultés lors de l'apprentissage des leçons. L'enfant n'ayant pas automatisé son écriture est souvent "en situation de « surcharge cognitive » et ne dispose plus de ressources suffisantes pour effectuer simultanément les tâches dites « de haut niveau » (écoute de l'enseignant, compréhension, mémorisation, attention à l'orthographe, planification des idées et des phrases lors de l'expression écrite...), qui sont pourtant l'essence même des objectifs scolaires" (Mazeau, 2016).

Nous pouvons donc conclure que les troubles des apprentissages peuvent avoir un impact sur les occupations, notamment scolaires, et mettre parfois le jeune en situation de handicap. Comment ces adolescents sont-ils inclus dans le milieu scolaire ordinaire ? C'est ce que nous allons voir dans la deuxième partie.

1.2 Le collégien présentant des troubles des apprentissages

Avoir des difficultés dans ses apprentissages, c'est risquer à un moment ou à un autre de sa scolarité de se retrouver en situation d'échec scolaire (source HAS) par perte de sens dans ses occupations. C'est pourquoi la prise en soin et la prise en compte des jeunes est primordiale. Mais quelles sont les attentes du collège en termes d'apprentissage ?

1.2.1 Le socle commun de compétences

Le système éducatif français est divisé en trois niveaux d'enseignement : l'enseignement primaire (composé de trois années d'école maternelle et cinq années d'école élémentaire), l'enseignement secondaire (composé de quatre années de collège et, généralement, de trois années de lycée) et l'enseignement supérieur (accessible après le baccalauréat, généralement obtenu au cours de dernière année au lycée).

A l'école, les apprentissages sont associés à des acquisitions de connaissances et de compétences. Celles-ci font partie du socle commun et relèvent de différents domaines d'enseignement. Durant sa scolarité, l'élève doit parvenir à les maîtriser : une culture scolaire commune est ainsi construite pendant les cycles 3 et 4 couvrant le collège. Le socle commun s'articule en cinq domaines de formation définissant les connaissances et les compétences qui doivent être acquises à l'issue de la scolarité obligatoire :

- les langages pour penser et communiquer
- les méthodes et outils pour apprendre
- la formation de la personne et du citoyen
- les systèmes naturels et les systèmes techniques
- les représentations du monde et l'activité humaine

La maîtrise de chacun de ces domaines s'apprécie de façon globale, sauf pour le domaine des langages qui, du fait de ses spécificités, comprend quatre objectifs qui doivent chacun être évalués de manière spécifique :

- Comprendre, s'exprimer en utilisant la langue française à l'écrit et à l'oral.
- Comprendre, s'exprimer en utilisant une langue étrangère et, le cas échéant, une langue régionale (ou une deuxième langue étrangère).
- Comprendre, s'exprimer en utilisant les langages mathématiques, scientifiques et informatiques.
- Comprendre, s'exprimer en utilisant les langages des arts et du corps.

Ce sont donc au total huit composantes du socle commun (les quatre objectifs du premier domaine et les quatre objectifs composant le cinquième domaine) pour lesquelles l'élève devra acquérir un niveau de maîtrise suffisant.

Nous ne pouvons pas détailler ici toutes les compétences et connaissances devant être acquises en fin de troisième. Nous placerons dans la bibliographie, le lien internet de la *Fiche collège* qui détaille les différentes acquisitions obligatoires. Nous pouvons toutefois détailler ici les attendus en termes d'écriture puisqu'il s'agit d'une discipline transversale qui sera utilisée dans toutes les disciplines, en témoigne le premier objectif exposé : "L'élève utilise l'écrit pour penser et pour apprendre" ; d'autant qu'une écriture non automatisée engendre de nombreuses situations de double tâche. (Eduscol, 2022)

En fin de collège, l'élève devra être capable d'exploiter les principales fonctions de l'écrit (écrire pour justifier une réponse ; savoir prendre des notes), d'adopter des stratégies et des procédures d'écriture efficaces (planifier la production de son écrit), d'exploiter des lectures pour enrichir son écrit, et de passer du recours intuitif à l'argumentation à un usage plus maîtrisé (structurer clairement un texte argumentatif).

1.2.2 Les spécificités du collège

En arrivant au collège en classe de 6ème, le jeune est confronté à des changements par rapport à l'école élémentaire difficiles à gérer d'autant plus qu'il présente des troubles des apprentissages :

- Un nouvel établissement souvent plus loin du domicile et plus grand en superficie
- Une multiplicité des professeurs et des matières
- Une multiplicité des acteurs (conseiller d'éducation, surveillants, documentaliste)
- Des changements de salle à chaque cours
- Des horaires fluctuants en fonction des jours et des semaines (semaine A / semaine B)
- Une plus grande charge de travail à la maison

En plus des enjeux strictement liés aux connaissances et compétences à acquérir, le jeune doit donc acquérir des méthodes de travail et développer son autonomie (faire ses devoirs, organiser son cartable, se repérer dans le temps et l'espace).

1.2.3 L'inclusion en milieu scolaire ordinaire

Les acteurs de l'inclusion

Les parents sont des membres à part entière de la communauté éducative. Le dialogue avec les enseignants et autres personnels de chaque établissement scolaire est assuré. Les représentants de parents d'élèves participent aux conseils d'école dans le premier degré et aux conseils de classe et d'administration des établissements d'enseignement du second degré.

L'**équipe pédagogique** désigne l'ensemble des personnels en charge de la pédagogie au sein de l'établissement scolaire : le directeur, les enseignants de chaque classe quel que soit leur statut, et les membres du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED).

L'enseignant référent est l'acteur central des actions conduites en direction des élèves handicapés. Il est l'interlocuteur privilégié des enseignants et des parents. Il contribue à la mise en place des moyens nécessaires pour permettre aux élèves en situation de handicap d'étudier dans les mêmes conditions que les autres élèves.

Les accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) sont des personnels chargés de l'aide humaine. Ils ont pour mission de favoriser l'autonomie de l'élève en situation de handicap, qu'ils interviennent au titre de l'aide humaine individuelle, de l'aide humaine mutualisée ou de l'accompagnement collectif. Ils sont des agents contractuels de l'État recrutés par le Rectorat ou les DESDEN. On en comptait 117 000 en 2017. Ils ont une formation de 60 heures obligatoires ce qui semble très peu au vu de leur mission. Leurs domaines d'accompagnement sont les actes de la vie quotidienne, les activités d'apprentissage (éducatives, culturelles, sportives, artistiques ou professionnelles), les activités de la vie sociale et relationnelle.

[La loi de 2005 et les dispositifs](#)

Les jeunes présentant des troubles des apprentissages se retrouvent fréquemment en situation de handicap. Cela aboutit parfois à une reconnaissance de handicap par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) mais celle-ci peut être longue à obtenir.

Si le collégien n'a pas de reconnaissance de handicap par la MDPH, il peut bénéficier d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement pédagogique qui s'adresse aux élèves du premier comme du second degré qui connaissent des difficultés scolaires durables ayant pour origine un ou plusieurs troubles des apprentissages et pour lesquels des aménagements et adaptations de nature pédagogique sont nécessaires, afin qu'ils puissent poursuivre leur parcours scolaire dans les meilleures conditions, en référence aux objectifs du cycle. » (Ministère de l'Éducation Nationale, 2017). Il permet un aménagement de l'emploi du temps de l'enfant pour qu'il puisse suivre des prises en charge de professionnels de santé extérieurs, mais aussi un aménagement pédagogique (polycopiés des cours, aménagement des notations, ordinateur...). Un tel projet est généralement mis en place à la demande de la famille ou de l'équipe pédagogique. (Truscelli, 2017, p 362-363)

En cas de reconnaissance de handicap par la MDPH, les jeunes présentant des troubles des apprentissages ont le droit d'être inscrits dans un établissement scolaire ordinaire. En effet, *la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, prévoit que l'enfant porteur de handicap soit inscrit dans l'établissement de son quartier et que la scolarisation individuelle dans une classe ordinaire soit privilégiée. Cependant, la scolarisation dans d'autres structures demeure une possibilité.

En 2017, la France comptait, 12 millions d'élèves dont 400 000 élèves en situation de handicap. Durieux et Thomas (2010) nous renseignent sur les différentes possibilités de scolarisation en milieu ordinaire :

- La scolarisation individuelle : inclusion en classe ordinaire, accompagné d'une AESH. L'enfant sera en général le seul enfant de sa classe porteur de handicap.
- La scolarisation collective : inclusion dans une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS-école ; ULIS-Collège) : petit groupe d'enfants en situation de handicap, 12 au maximum), enseignant spécialisé, AESH collective.

Ainsi, cette loi garantit l'accès à l'école de tout enfant reconnu comme handicapé. Elle permet également l'accès aux apprentissages grâce aux aménagements et adaptations pédagogiques. Elle envisage donc le handicap dans sa dimension sociale (l'inclusion) et s'appuie sur deux principes fondamentaux : l'accessibilité et la compensation.

[L'équipe de suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap](#)

L'Équipe de Suivi de la Scolarisation des élèves en situation de handicap (ESS) veille à la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Elle réunit, au moins une fois par an, le jeune et ses parents, l'enseignant référent, les enseignants de l'élève en situation de handicap, l'AESH, les professionnels de santé (dont l'ergothérapeute) et les professionnels de services sociaux. C'est lors de cette réunion que l'on remplit le Guide d'Évaluation à la Scolarisation (GEVA-Sco).

Pouhet et Cerisier-Pouhet insistent sur la nécessité du partage d'informations utiles : "rassembler et transmettre les informations utiles pour décider collégialement des modalités de compensation précises pour cet enfant-là, c'est partager toutes les indications indispensables, préalables à l'élaboration du projet individuel". (Pouhet et Cerisier Pouhet, 2015).

Le Projet personnalisé de scolarisation et le Guide d'Évaluation à la Scolarisation

Le plan personnalisé de compensation comprend un volet scolaire, dont le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Celui-ci sert à définir le déroulement de la scolarité de l'enfant en situation de handicap. Il définit également ses besoins notamment en termes de matériels pédagogiques adaptés, d'accompagnement, et d'aménagement des enseignements. Il se base sur un outil de recueil d'informations normalisé : le GEVA-Sco. Le PPS s'adresse aux enfants reconnus en situation de handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). La demande est faite par les parents auprès de la MDPH ; il sera retourné aux parents ainsi qu'au directeur de l'établissement scolaire. Celui-ci est responsable de sa mise en œuvre. L'enseignant référent s'assure quant à lui du suivi. (Truscelli, 2017, p.362-363) (Service publique.fr)

Mais quels sont les aménagements et les adaptations pédagogiques proposées dans le cadre de la scolarité (en classe et à la maison) ?

Aménagements et adaptations pédagogiques

D'après Pouhet et Cerisier-Pouhet, il faut envisager le projet thérapeutique en installant le principe de compensation au cœur du projet personnalisé de scolarisation. "Le principe de compensation consiste à rétablir une équité entre les individus neurotypiques et ceux qui voient leurs activités perturbées par l'interférence d'un handicap. En classe, les élèves dys- pourraient comprendre, apprendre, raisonner, mettre en œuvre leurs connaissances et leurs talents, mais ils en sont empêchés par des outils scolaires et cognitifs insuffisamment rentables ou trop coûteux à mettre en œuvre" (Pouhet et Cerisier Pouhet, 2015, p.83-84).

Il convient donc de proposer aux élèves présentant des troubles des apprentissages, des aménagements, des adaptations pédagogiques répondant à leurs besoins spécifiques. Ces élèves pourront ainsi montrer leurs connaissances et valider les compétences attendues.

Ces outils facilitateurs concernent :

- l'accès aux informations (l'accès aux programmes et aux cours)

- les modalités de restitution des connaissances (qui ne seront pas systématiquement l'écrit)
- la facilitation du raisonnement (en limitant par exemple les situations de double tâche).

Concrètement, il peut s'agir d'aménagements comme la mise en place d'un temps supplémentaire pour les évaluations ou alors de l'utilisation d'outils informatiques et numériques. Il peut s'agir aussi d'adaptations pédagogiques comme l'utilisation de support épuré, des évaluations à l'oral ou qui ne considèrent pas les erreurs d'orthographe.

Afin de pouvoir mettre en place ces aides, l'ergothérapeute travaille en partenariat avec le collègue et la famille tout au long de sa prise en soin.

Mais comment sont définis les objectifs de l'accompagnement ergothérapeutique ? Comment l'ergothérapeute intervient-il ? Nous verrons dans la troisième partie du cadre conceptuel les spécificités de l'ergothérapie et les avantages d'une prise en soin centrée sur le client.

1.3 L'ergothérapie et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

1.3.1 L'ergothérapie

Historique de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession récente, reconnue officiellement en France en 1971 avec la création d'un diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Elle est née pour répondre aux besoins des personnes handicapées. Son évolution, en France, est liée aux événements historiques, à l'évolution de l'aide sociale, aux changements de l'organisation du système de soins et aux représentations du handicap. Elle s'est construite pendant des années de manière plus ou moins empirique mais en gardant comme fil conducteur l'activité qui est la base de son existence et reste aujourd'hui au centre de son exercice professionnel.

L'ergothérapie est une discipline transversale qui s'exerce dans plusieurs domaines et à tous les âges de la vie, sa motivation étant l'accession à l'autonomie de la personne handicapée, qu'il y ait une récupération ou non.

La profession d'ergothérapeute est inscrite au livre IV du code la Santé Publique, et régie par un décret de compétence. L'intérêt du décret d'actes est de fixer un cadre juridique et légal aux pratiques ergothérapeutiques. Il énonce les bonnes pratiques à suivre par l'ergothérapeute. En l'occurrence, il fixe les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale. (Lefèvre et al., 2010)

Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui exerce dans les champs sanitaires, médico-social et social. Il collabore avec de nombreux professionnels (auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...). Ses interventions sont centrées sur le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes.

L'ergothérapeute est le spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé. Il mène des actions destinées à assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et cherche à rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. (ANFE, 2019)

Pédiatrie et troubles des apprentissages

Notre question de recherche évoquant des collégiens - soit des adolescents entre 11 et 14 ans -, il nous semble important d'évoquer les spécificités de l'ergothérapie en pédiatrie.

Le guide *Comprendre l'ergothérapie avec des enfants*, édité par l'ANFE, permet d'appréhender l'expertise et les missions de l'ergothérapeute dans le contexte **pédiatrique**. Les enfants étant en constant développement, l'ergothérapeute doit sans cesse s'ajuster à son patient, qui évolue constamment. Les enfants, comme les adultes, ont trois types d'occupations : les soins personnels, les actions productives et les loisirs.

Le répertoire occupationnel, soit l'ensemble des occupations dans lequel l'enfant s'engage à un moment de sa vie, évolue avec l'âge. Il est lié au développement occupationnel et aux centres d'intérêts de l'enfant. Les ergothérapeutes doivent adapter leur pratique et leurs interventions au répertoire occupationnel de chaque enfant. Dans le cadre du handicap, les incapacités physiques d'un enfant vont concentrer le répertoire occupationnel autour des besoins fondamentaux (manger, se laver, dormir) et le réduire dans le même temps.

Le rôle de l'ergothérapeute est alors de faire disparaître ou de réduire les situations de handicap par des moyens de rééducation ou de compensation. Pour cela, il commence par évaluer les capacités et incapacités de l'enfant, planifie ses interventions en lien avec le patient, et réévalue régulièrement les besoins de celui-ci.

Si l'ergothérapeute s'intéresse aux impacts des troubles des apprentissages sur les occupations du jeune, cela ne veut pas dire qu'il ne cherche pas à comprendre la cause de ses troubles. Il peut s'appuyer sur différentes approches afin de faire émerger un diagnostic ergothérapeutique, notamment les approches ascendantes (Bottom-up) et les approches descendantes (top-down).

1.3.2 Les modèles conceptuels et les différentes approches

Un modèle est la représentation d'un processus qui synthétise des connaissances théoriques et pratiques et s'appuie sur la recherche. Par la schématisation, il représente, organise et simplifie une situation complexe pour tenter de l'expliquer et pour guider l'action. Il tente d'en saisir la dynamique mais reste flexible. (Morel-Bracq, 2017).

Ces modèles peuvent découler de différentes approches.

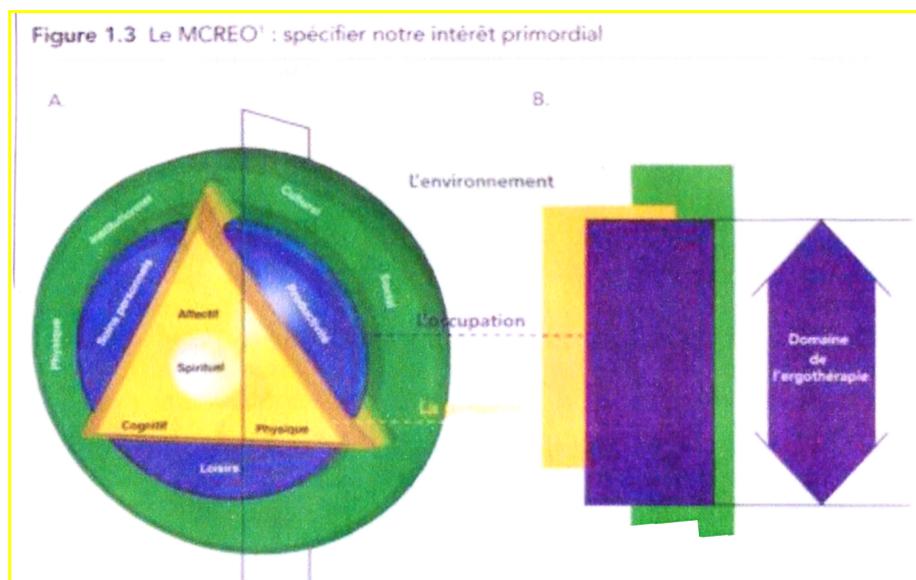
Les approches ascendantes ont pour but de réduire les déficits en restaurant la fonction et la structure organique déficiente. Ce sont des approches traditionnelles datant des années 1960 qui s'appuient sur l'hypothèse que l'acquisition des capacités de base (équilibre, manipulation) aboutit à un rendement satisfaisant dans les activités de vie quotidienne. Cependant, il y a peu de preuves que l'atteinte de ces objectifs se traduise par une amélioration dans l'exécution d'une tâche.

Les approches descendantes sont plus contemporaines et datent des années 1990. Elles s'appuient sur l'hypothèse que la performance dans une activité résulte d'une interaction entre la personne, la tâche, et son environnement. Elles mettent l'accent sur les apprentissages moteurs et l'acquisition d'habiletés qui permet d'améliorer le rendement occupationnel de la personne. La notion de rendement (sur laquelle nous reviendrons ultérieurement) est définie dans le MCREO.

1.3.3 Présentation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Ce modèle jouit d'une reconnaissance internationale, et d'une utilisation généralisée en France. "Il a été élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes dans le but de clarifier le rôle des ergothérapeutes. Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé". (Law et al., 2011).

Le MCREO définit ainsi l'ergothérapie : "L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habilitier les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être ; et habilitier les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager - selon leur potentiel - dans les activités de la vie quotidienne." (Townsend et Polatajko, 2013, p.31-32)



Engagement et rendement

La notion d'engagement occupationnel représente "*ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés*". (Townsend et Polatajko, 2013, p.28). Il évoque la capacité de la personne à "habiter" le champ occupationnel.

Le rendement occupationnel est défini comme étant "*la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction*". (Townsend et Polatajko, 2013, p.446). Il s'agit pour la personne de participer efficacement à ses occupations. Le rendement scolaire serait donc assimilé à la possibilité pour le jeune de participer aux activités scolaires et d'en être satisfait.

Mais comment définir l'occupation ?

L'occupation et ses domaines

Ce modèle sous-entend effectivement que les êtres humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation avec les autres.

Selon Wilcock, "l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé" (Wilcock, 2006). Les occupations ont un effet sur la santé et le bien-être des personnes. Elles donnent un cadre temporel et structurant, et un sens à la vie. En ergothérapie, ces éléments confèrent à l'occupation un réel potentiel thérapeutique.

Ce modèle définit trois domaines d'occupation : les soins personnels (par exemple, se laver et s'habiller), les loisirs (activités que l'ont fait pour son plaisir) et la productivité (qui inclut notamment la sphère professionnelle et les activités scolaires). Il place la personne au centre de ce modèle.

Un modèle centré sur le client

En effet, le MCREO est un modèle client-centré, c'est-à-dire, qu'il prône une pratique qui met au centre de la prise en soin le client et ses ressentis. Il a pour but d'établir

des objectifs de prise en soin et d'évaluer les changements dans le rendement et la satisfaction perçus par la personne au fur et à mesure des séances.

“L'approche centrée sur la personne nécessite une collaboration et un partenariat entre client et thérapeute pour construire une relation égalitaire dans les soins de la personne. Cette collaboration client/thérapeute a pour but de négocier ensemble des objectifs de prise en charge en prenant en compte l'avis du client et en lui laissant la parole pour s'exprimer sur ses occupations et les difficultés qu'il peut rencontrer. Cet investissement du client est crucial, car il permet à ce dernier de gagner en satisfaction et de mieux adhérer au traitement qui lui sera proposé.” (Rogers, 2013).

Mais comment l'ergothérapeute intervient-il dans la résolution de problèmes occupationnels ?

1.3.4 L'intervention de l'ergothérapeute

En se basant sur l'exemple des difficultés en graphisme et en écriture, Lefèvre-Renard explicite l'importance de l'évaluation initiale : “Le processus d'intervention en ergothérapie passe systématiquement par une évaluation exhaustive et détaillée recherchant les points de blocage à l'origine de la difficulté d'écriture manuelle. C'est pourquoi l'évaluation va balayer des domaines aussi variés que la posture, les composantes de stabilité et de mobilité du membre supérieur, la motricité fine, la coordination visuo-manuelle, la mémoire, l'exploration visuelle, le repérage spatial, la vitesse d'automatisation, la flexibilité mentale... car une altération d'un de ces domaines peut engendrer un trouble de l'apprentissage du graphisme et de l'écriture. On pourrait considérer qu'il y aurait autant de causes de difficultés d'écriture que d'enfants car la lésion, le dysfonctionnement, le trouble ne sont jamais les mêmes et le contexte de vie non plus” (Lefèvre, 2017).

Les trois phases d'intervention sont l'élaboration du diagnostic ergothérapique dans le cadre de l'évaluation initiale, la mise en place de l'intervention et la réévaluation suite à cette intervention. L'accompagnement par l'ergothérapeute doit permettre à l'enfant d'atteindre ses objectifs occupationnels (Galbiati et Yanez, 2022).

Afin de construire son plan d'intervention, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCP) lié au MCREO. **Il décrit les**

huit étapes de l'intervention ergothérapique (Townsend et Polatajko, 2013), (Galbiati et Yanez, 2022).

1 - Initier et établir le contact : Informer le client et ses parents, lui proposer une première rencontre.

2 - Établir des balises : poser le cadre thérapeutique, expliquer la passation des bilans, la fréquence des séances et le coût.

3 - Évaluer et analyser : évaluer et recueillir des données allant servir à la pose du diagnostic ergothérapique et à l'élaboration des objectifs en collaboration avec l'enfant et sa famille. Grâce à l'entretien, l'ergothérapeute peut obtenir les informations qui lui permettront de faire émerger les principales problématiques occupationnelles. En pédiatrie, l'entretien se fait en général avec les parents, et les ressentis du client et de sa famille sont pris en compte. Il peut être guidé par différents outils comme la Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) qu'il conviendra de présenter plus tard, ou OT'hope (Outil d'auto-détermination des Objectifs en Ergothérapie) qui permet aux enfants d'auto-évaluer leur performance occupationnelle à l'aide de cartes. L'ergothérapeute peut aussi proposer une évaluation écologique, c'est-à-dire dans le contexte de vie de l'enfant. Cette mise en situation permet d'analyser la performance occupationnelle durant une activité habituelle de l'enfant. L'ergothérapeute peut, par exemple, se rendre au collège pour observer l'adolescent durant un cours et se rendre compte des points forts et des difficultés du jeune.

L'ergothérapeute peut aussi proposer des tests normés issus de batteries standardisées. Ils permettent d'évaluer les compétences de l'enfant (sensori-motrice, sensorielle, cognitive et affective) et le positionnent par rapport à une norme ou une classe d'âge. Ces tests s'accompagnent d'observations cliniques et contribuent au diagnostic médical.

Le recueil de ces différentes informations permet la pose du diagnostic ergothérapique. Celui-ci comprend deux parties : une description de l'état occupationnel de l'enfant (ses limitations d'activités et de participation) ; puis un éclairage des causes de cet état, ainsi que les forces et les ressources repérées

dans l'environnement de l'enfant. A l'issue de son diagnostic, l'ergothérapeute propose un plan d'intervention.

4 - Convenir des objectifs et du plan : comme nous l'avons vu précédemment, le MCREO place le client au centre de sa prise en soin. La détermination des objectifs en collaboration avec l'ergothérapeute peut-être associée à la définition d'objectifs SMART pour maintenir la motivation et l'engagement du jeune. L'acronyme SMART signifie :

Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini.

Il s'agit de mettre en place différents objectifs avec le client, qui pourront être atteints tout au long de la prise en soin. Grâce à ces objectifs, il sera plus facile pour le jeune de maintenir son engagement et sa motivation. Un objectif SMART peut, par exemple, concerner la mise en place d'outils informatiques (je sais mettre en page un cours de français selon un modèle défini) ou alors l'organisation (je prépare mon sac pour le collège tout seul).

5 et 6 - Mettre en œuvre un plan et faire le suivi : L'ergothérapeute met en œuvre un plan d'intervention dans le but de soutenir le jeune dans ses occupations. Celui-ci est acteur de sa prise en soin ce qui permet de maintenir son engagement et sa motivation. L'ergothérapeute, en tant que spécialiste des aides techniques, préconise aussi des outils de compensations. Ceux-ci sont personnalisés en fonction des besoins des adolescents, de leurs parents et de l'environnement dans lequel ils évoluent.

7 - Évaluer le résultat : Les réévaluations permettent de constater les progrès du patient tant dans l'amélioration de son rendement que dans l'évolution de sa satisfaction occupationnelle. Elles peuvent notamment se faire en milieu écologique ou par validation des objectifs SMART. Elles peuvent aussi permettre de faire émerger de nouveaux objectifs.

8 - Conclure et mettre fin : quand les objectifs sont atteints, l'intervention ergothérapique prend fin, à moins que le client ait de nouveaux objectifs occupationnels à atteindre.

1.3.5 Focus sur La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel

Le MCREO peut s'utiliser avec tous les patients. Il repose sur la collaboration entre l'ergothérapeute et le client dans le but de faciliter ses occupations et son engagement. Il met en avant une relation client-thérapeute profondément humaniste qui nécessite que l'ergothérapeute ait une bonne connaissance de son patient, de ses objectifs et de sa satisfaction dans ses occupations. Mais comment obtenir ces informations ?

Il existe un outil se référant à ce modèle, la MCRO (La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) qui propose une évaluation initiale. Elle consiste tout d'abord en une identification des problèmes concernant les trois grands domaines occupationnels : les soins personnels, la productivité et les loisirs ("ce que la personne veut faire, a besoin de faire, devrait faire") ((Morel-Bracq, 2017, p.91). Par la suite, la MCRO propose de prioriser les problèmes occupationnels, en se basant sur des critères de degré d'importance pour le client et de rendement occupationnel des activités problématiques.

Il s'agit d'un entretien semi-directif mené par l'ergothérapeute permettant d'évoquer les différents problèmes rencontrés par le patient dans ses activités de vie quotidienne. Le patient s'appuie sur sa propre expérience pour identifier, parmi l'ensemble de ses occupations, celles qui lui posent problème. Les cinq problématiques prioritaires seront pondérées en fonction du rendement occupationnel et de l'importance accordée par le patient à l'activité concernée.

La passation se déroule en cinq étapes :

1. Identification des problèmes occupationnels.
2. Pondération avec cotation de 1 à 10 (du plus important au moins important) afin de déterminer 5 objectifs prioritaires.
3. Cotation du rendement occupationnel de 1 ("pas du tout capable") à 10 ("tout à fait capable") de ces cinq objectifs prioritaires puis cotation de la satisfaction de 1 ("pas du tout satisfait") à 10 ("tout à fait satisfait").
4. Réévaluation du rendement et de la satisfaction après l'intervention ergothérapeutique.

5. Décision par le client d'arrêter la prise en soin ergothérapeutique ou de la poursuivre avec d'autres objectifs (Morel-Bracq, 2017).

Au regard de toutes les données que nous avons recueillies dans le cadre théorique, nous faisons l'hypothèse suivante :

En appuyant son intervention sur le MCREO, l'ergothérapeute peut aider le collégien présentant des troubles des apprentissages à améliorer son rendement scolaire.

Nous tâcherons de valider ou non cette hypothèse grâce à l'enquête que nous présenterons dans le cadre expérimental.

2 Cadre expérimental

2.1 Méthodologie d'enquête

2.1.1 Objectif de recherche

L'objectif est de savoir si le fait d'appuyer sa pratique ergothérapique sur le MCREO permet d'améliorer le rendement scolaire des collégiens présentant des troubles des apprentissages.

2.1.2 Choix de la méthode de recherche

Afin de réaliser mon enquête, j'ai choisi de procéder à des entretiens semi-directifs individuels afin de réaliser une enquête qualitative et non quantitative. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. » (Tétreault, 2014, p.215). En effet, l'entretien permet d'obtenir des réponses développées, au plus près de la pratique du professionnel. Il permet aussi des réflexions nuancées et riches grâce à l'interaction avec l'interviewer.

Cependant, comme tout outil d'évaluation, l'entretien présente des limites. Tout d'abord, c'est un outil coûteux en temps (temps de passation et de retranscription), j'ai donc choisi de faire passer quatre entretiens. Ensuite, les données recueillies sont subjectives, puisqu'elles s'appuient sur le point de vue des ergothérapeutes interrogés.

2.1.3 Choix de la population cible

Nos critères d'inclusion sont les suivants :

- Ergothérapeutes D.E prenant en soin des collégiens souffrant de troubles des apprentissages
- exerçant en libéral ou en SESSAD
- Utilisant le MCREO

2.1.4 Elaboration de l'outil de recherche

Pour mener à bien ces entretiens, j'ai tout d'abord élaboré un guide d'entretien (voir en annexe). Celui-ci a pour but de structurer les échanges tout en laissant une certaine liberté. Il se compose de différents points :

- Ma présentation
Une présentation des modalités et de la thématique de l'entretien
Les considérations éthiques : le recueil d'un consentement oral pour l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation potentielle des informations, qui resteront anonymes (Tétreault, 2014, p. 215)
- Questions pour contextualiser la pratique de l'ergothérapeute
Questions ouvertes et fermées en lien avec ma thématique
- Questions de relance plus précises et moins ouvertes pour approfondir
- Conclusion

2.1.5 Modalités de passation des entretiens

Après avoir établi le guide d'entretien, j'ai recherché des ergothérapeutes répondant à ma population cible et volontaires pour participer à un entretien.

C'est par mon entourage professionnel que j'ai trouvé les contacts. Tout d'abord, ma directrice de mémoire m'a suggéré une ergothérapeute exerçant en SESSAD. Durant mon stage en cabinet libéral, j'ai aussi eu l'occasion de discuter de mon mémoire, et la tutrice m'a suggéré le nom d'ergothérapeutes formatrices MCREO. Enfin, j'ai consulté l'annuaire des professionnels sur le site internet de l'ANFE. J'ai envoyé une dizaine de mails, et j'ai eu quatre retours positifs.

Les entretiens ont été réalisés par visioconférence du fait de la distance et de l'emploi du temps de chacun. D'après l'étude de Sturges et Hanrahan de 2004 (dans Tétreault, 2014), cela n'altère pas la qualité des résultats. La durée des entretiens va de 25 à 50 minutes.

2.2 Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits à l'écrit dans leur intégralité, au plus proche des dires des ergothérapeutes. Une analyse thématique a été réalisée.

2.2.1 Présentation des ergothérapeutes

	E1	E2	E3	E4
Exerçant depuis	2013	2019	2017	1992
Lieu d'exercice	- En SESSAD	En cabinet libéral	En cabinet libéral	Hôpital en neuropédiatrie En cabinet libéral
Patientèle	100% pédiatrie 70% de paralysie cérébrale 30% d'autres pathologie dont troubles des apprentissages (Dys-, TDC, TDAH)	90% pédiatrique troubles dys (dyscalculie, dysgraphie, dysorthographe, TDC, TDAH)	70% pédiatrique dont la moitié de troubles des apprentissages (Troubles dys-, TDAH, TDC, TSA).	100% pédiatrique En libéral : TND avec troubles des apprentissages et TDC.
scolarité	47 jeunes scolarisés en milieu ordinaire et en ULIS (dont 24 jeunes avec un AESH)	Collège Classe ordinaire-ULIS Segpa	Jeunes scolarisés en milieu ordinaire avec aménagement et/ou AESH	4 collégiens (en 6ème, 5ème et 3ème) Scolarisés en milieu ordinaire ou classe ULIS (Dys-)
MCREO	oui formation : non	oui Formation : 2021	oui formation : oui Formatrice : oui	oui formation : 2017

Deux ergothérapeutes exercent en libéral à plein temps. Un ergothérapeute exerce en libéral à temps partiel et un ergothérapeute exerce au SESSAD.

Le nombre d'années d'exercice des ergothérapeutes interrogés varie entre quatre et trente ans.

Tous disent appuyer leur pratique sur le MCREO : trois ergothérapeutes sur quatre (E2, E3, E4) sont formés au modèle et un ergothérapeute (E3) est formateur.

2.2.2 Constitution de la patientèles

Pour deux d'entre eux (E1 et E4) la patientèle est exclusivement pédiatrique, tandis que E2 et E3 ont aussi des patients adultes.

Pour E1, les jeunes présentant des troubles des apprentissages représentent un faible pourcentage (une part de 30%) avec une part de dys-, d'une part de TDC et une part de TDAH. Pour E2 une part indéterminée des jeunes présentent des troubles dys-, TDC et de TDAH. Enfin, E4 évoque des TND avec une part indéfinie de troubles des apprentissages et TDC.

Les collégiens sont tous scolarisés en milieu ordinaire : en classe ordinaire, en classe ULIS, en Classe ULIS Dys- ou en SEGPA. E1 évoque 47 jeunes suivis par le SESSAD dont 24 ont une AESH.

2.2.3 Les principales problématiques du collégien

Quand on les questionne sur les principales problématiques du collégien présentant des troubles des apprentissages, les quatre ergothérapeutes citent prioritairement les **difficultés d'écriture**. E3 explique qu'une des difficultés qui revient le plus est "la difficulté à avoir une écriture rapide et lisible". E4 évoque des "problèmes de langage écrit, d'écriture et de vitesse d'écriture" tout comme E1, qui note que "parmi les difficultés sur lesquelles je vais travailler chez les adolescents, au collège, principalement on a des difficultés au niveau de l'écriture et de la vitesse d'écriture". En général, une rééducation de l'écriture manuelle a déjà eu lieu, et "on se pose la question de l'ordinateur". E2 décrit aussi des jeunes présentant une dysgraphie qualitative ou quantitative et des difficultés d'orthographe.

Sont évoquées ensuite les difficultés à **s'organiser** au niveau du matériel et du travail. E3 et E4 évoquent les questions d'organisation et de gestion du matériel, E1 confirme ces difficultés et décrit des jeunes qui ne parviennent pas à maintenir un espace de travail ordonné "y en a partout" et "souvent les classeurs débordent de feuilles".

La manipulations des **outils scolaires** (règle, équerre, compas) est une des problématiques rencontrées par les jeunes selon E2, E4 et E1, lequel note plus précisément des difficultés "à réaliser des figures géométriques" et à faire des "schémas en SVT où il faut orienter paillassse, le bec bunsen, etc."

Enfin, E3 évoque des difficultés dans la "cognition mathématique" et E2 de "troubles du raisonnement logique et de l'attention". E2 et E4 évoquent quant à eux des difficultés dans les activités de la vie quotidienne comme prendre le métro ou faire la cuisine.

2.2.4 Le MCREO (motivation formation, application)

Les quatre ergothérapeutes interrogés utilisent le MCREO. Ceci étant, E3 et E4 expliquent qu'il ne s'agit pas d'utiliser un modèle mais de faire reposer sa pratique dessus. E3 détaille : "je peux dire que j'ai comme schème de référence le MCREO, car il sert à définir l'occupation. J'ai une démarche centrée sur le client et ciblant l'occupation telle que définie dans ce modèle, et ça pour toutes les personnes que j'accompagne". E4 évoque un modèle qui "guide sa pratique et son raisonnement clinique" et qui lui est "familier."

E1 affirme utiliser le MCREO depuis qu'elle exerce au SESSAD mais pas exclusivement : "je suis partisane - et je pense que beaucoup d'ergothérapeutes font le même choix - de mixer plusieurs modèles (...) de prendre tout ce qu'il y a prendre dans chaque modèle et d'en faire quelque chose à ma sauce." De la même manière, E4 dit avoir aussi "en tête des modèles comme la CIF ou le PPH" qui sous-tendent sa pratique.

Trois ergothérapeutes (E2, E3 et E4) sur les quatre interrogés ont été formés au MCREO. E3 est aussi formatrice MCREO, elle a été formée en 2012 sur son ancien lieu d'exercice en même temps que ses collègues. E2 a été formé à l'ANFE en 2021 tout comme E4, en 2017.

Quand on leur demande les raisons du choix de ce modèle et comment celui-ci guide leur accompagnement, tous évoquent l'intérêt d'une **démarche centrée sur le client**.

E2 décrit un modèle qui permet de “recentrer le client au coeur de son environnement” et de le rendre “plus acteur en travaillant sur ses difficultés concrètes”. E1 parle d’un “modèle vraiment intéressant parce que centré sur les envies des adolescents” et qui permet de “les rendre acteurs de leur prise en soin”. Il ajoute “on sait que c’est hyper important qu’il soit partie prenante, notamment dans la mise en place de l’outil informatique.” Pour E3, le MCREO implique “une démarche centrée sur le client qui prend en compte, les attentes, les besoins, la culture et les valeurs de la personne en ciblant l’occupation”.

E1 trouve aussi importante la notion d’empowerment citée dans le MCREO : “c’est de l’autonomisation, mais dans le sens *être acteur*, il ne s’agit pas de *réfléchir* à, mais de *faire*”.

Pour E4, le MCREO apparaît “en filigrane” dans “sa pratique, dans son intervention et dans son raisonnement clinique”. Il évoque une approche plus “holistique” qui lui permet d’être “plus précis et de s’assurer qu’il ne passe pas à côté de certaines informations”. Il décrit un modèle qui permet une forte **connexion avec le client**, le client pouvant être “le jeune mais aussi le parent ou l’AESH”. Il précise avoir “toujours en tête la personne avec ses compétences, ses capacités et l’environnement dans lequel il évolue”. De plus, il espère, grâce à cette approche client-centrée émanant du MCREO, “ne pas se laisser déborder par des aspects psychologiques ou d’autres aspects” qui ne sont pas dans son “champ de compétences”. E1 ajoute que la démarche client-centrée, “répond” à ce qui est “demandé aux professionnels” car “l’HAS demande désormais aux professionnels de mettre le client au centre du projet de soin” afin qu’il y ait une collaboration entre le patient et le soignant”.

Pour E3, un modèle conceptuel c’est de la théorie mais c’est ce qui permet de faire des choix : il permet de définir ce qu’est l’ergothérapie. E4 va plus loin en expliquant que s’appuyer sur un modèle permet d’être certain qu’on n’intervient pas “par intuition”. S’appuyer sur une base théorique, faire reposer sa pratique sur des assises scientifiques, permet à l’ergothérapie de gagner en légitimité.

2.2.5 La MCRO et la définition des objectifs par le patient

Interrogés sur le MCREO, les quatre ergothérapeutes ont spontanément évoqué la MCRO.

E4 affirme que “ce qui est intéressant avec ce modèle, c’est surtout l’outil, la MCRO, qui permet d’identifier les problématiques occupationnelles qui peuvent devenir, ou pas, des objectifs ergothérapeutiques.

Pour E3, la MCRO est un des outils proposés par le MCREO. Elle permet de “co-construire le projet d’intervention dans une démarche d’écoute active, de mieux connaître son client et de bien cerner son identité occupationnelle”. E1 assure effectuer des entretiens semi-directifs avec les jeunes en “s’inspirant de la MCRO et OT’hope”.

En ce qui concerne la passation de la MCRO, E2 explique faire passer un premier entretien qui implique de classer des problématiques de 1 à 10, et d’auto-évaluer son rendement occupationnel de façon concrète. Il peut s’agir de la capacité à copier une leçon ou de comprendre un type de consigne par exemple. E1 utilise **OT’hope** car cela permet aux enfants de classer leurs cartes en fonction de ce qu’ils savent faire ou pas et de l’importance que cela a pour eux, puis de définir des objectifs de rééducation en collaboration. E3 explique utiliser le PACS ainsi que la MCRO et OT’hope afin d’identifier les problèmes occupationnels du jeune et qu’il puisse s’approprier son pouvoir d’action. E4 effectue aussi “un entretien, occupation centré, quand c’est nécessaire”. Il explique "s'appuyer sur OT'hope car c'est un outil qui facilite l'entretien."

E1 confronte ensuite les objectifs du jeune à ceux des parents. Quand il y a un désaccord, E1 explique au jeune qu’il est mineur et que les parents ont leur rôle à tenir. Souvent, “il y aura un mix entre les objectifs du jeune et ceux des parents”. Cependant, pour E1, le jeune définit lui-même 80 % de ses objectifs : “c’est rare qu’ils soient à côté”. Enfin, il ajoute “que les objectifs viennent directement des enfants, c’est 90% de la motivation de venir en séance d’ergothérapie”. “C’est très important surtout avec des enfants ou des adolescents, qui ne peuvent pas forcément se rendre compte de ce que peut leur apporter une rééducation sur le long terme”.

E2 explique faire un lien entre l’entretien et la détermination d’**objectifs SMART** : “c’est très important pour les enfants d’avoir des objectifs atteignables. Si l’enfant

nous dit, j'ai du mal à écrire, je veux apprendre à écrire à l'ordinateur, on peut pas définir "écrire à l'ordinateur" comme objectif parce que ça va prendre deux ans et que du coup, il n'en verra pas le bout". E4 affirme : "la problématique occupationnelle, on va essayer de la transformer en objectifs SMART et une fois qu'on a atteint notre objectif, on a atteint notre objectif !" Pour lui, la détermination de ce type d'objectifs permet de rester dans des durées courtes de rééducation en maintenant une certaine efficacité. Il ajoute : "quand je dois m'arrêter, je m'arrête. On n'est pas là pour rendre les enfants *normaux* entre guillemets ; on est là pour les habiliter à l'occupation et leur permettre de réaliser des activités". Pour E1, les objectifs SMART correspondent à des objectifs ciblés et précis comme "apprendre à allumer et éteindre l'ordinateur, puis apprendre à ouvrir un fichier. Ensuite parvenir à utiliser word, (...) à classer les dossiers, à écrire un mail et à utiliser internet. On se fait toute une liste, et petit à petit, on les coche les cases, et on peut constater les progrès de l'enfant". E2 abonde en ce sens en affirmant que les objectifs SMART permettent de répondre à une plus grande variété de problèmes et d'entretenir la motivation. Il ajoute : "la structure par objectifs permet de cocher les cases au fur et mesure de la prise en soin et de voir qu'on avance."

2.2.6 La spécificité du rendement scolaire

Concernant les attentes et la spécificité du rendement au collège, E1 évoque de "vraies différences entre le primaire et le collège", et tout d'abord en termes de vitesse d'écriture qui "augmente drastiquement". Il explique que s'il l'on regarde les critères d'évaluation du BHK, à partir du collège "ça décolle vraiment !" E2 ajoute que la quantité d'écrit augmente et que le recours aux supports, comme les textes à trous, diminue. Au collège, le jeune présentant des difficultés d'écriture ne parvient pas à allier vitesse et précision : les leçons sont mal écrites ou incomplètes.

E1 souligne ensuite la diminution de l'accompagnement des professeurs par rapport à l'enseignant de primaire : "on ne vous dit plus de sauter une ligne, laisser un espace et de prendre le stylo rouge, le jeune doit comprendre la logique et s'organiser lui-même". Il évoque aussi les changements de salle et la nécessité de savoir s'orienter dans l'établissement ; ainsi que le fait de se repérer dans son

emploi du temps et avec le matériel scolaire “savoir les affaires qu’il faut mettre dans son sac, c’est vraiment difficile pour eux, s’il ne se font pas de fiches”.

Pour E3, il n’y a pas de rendement spécifique au collège, il y a des attendus pour tous les âges, du bonhomme en maternelle à la prise de notes au collège : “au collège, on attend de l’élève qu’il soit en mesure de suivre le cours, de l’écrire avec une certaine vitesse et lisibilité. Les aménagements sont difficiles à mettre en place car ils sont dépendants de l’environnement, des professeurs, de l’AESH. Les photocopies ou la dictée à l’adulte sont difficiles à mettre en place car il y a un professeur par matière et des gros problèmes de coordination”.

2.2.7 Les limites

Quand on le questionne sur les limites du MCREO, E1 évoque le principe d'autodétermination des objectifs : “si le jeune ne dit à aucun moment qu’il a des difficultés d’écriture, ça va être un problème”. De même, quand l’entourage impose sa vision des choses, cela peut devenir complexe : “quand le parent insiste pour une rééducation de l’écriture manuelle alors qu’on pense que le jeune ne l’utilisera jamais, et que l’ordinateur va être mis en place. Il faut que les objectifs soient raisonnables”. E2 abonde dans ce sens et affirme que, quand il s’agit d’apprentissages scolaires, l'autodétermination des objectifs par le jeune peut-être une limite : si le jeune fait l’impasse sur un des objectifs, important pour l’acquisition des compétences scolaires, comment faire ? Il m’arrive que certains jeunes abandonnent l’apprentissage de la frappe au clavier et ne produisent plus d’écrit du tout”.

A contrario, pour E4, les divergences d’opinion entre le jeune et l’entourage n’est pas une limite du modèle. “L’intérêt de ce modèle, c’est que notre client, n’est pas uniquement l’enfant, c’est aussi, les parents, les AESH, les profs, comme décrit dans *la constellation du client* défini par Fisher. Donc, si l’enfant n’a pas de plaintes sur l’écriture, mais qu’en classe il ne peut pas écrire lisiblement, je vais rediscuter avec le jeune pour renégocier les objectifs”. Dans le domaine de la productivité, il y a “des occupations qui sont prioritaires pour le jeune”, et d’autres qui sont “obligatoires” comme le fait “d’être lisible, comme le fait d’avoir un rôle d’élève”. Et de conclure : “Il

y a des activités qui sont plus ou moins déterminées par notre communauté et par notre environnement et que l'on doit acquérir”.

2.3 Discussion

2.3.1 Analyse des résultats au regard du cadre conceptuel

Si on analyse les verbatim des ergothérapeutes interrogés, on se rend compte que **la terminologie** employée emprunte autant au DSM-5 qu'à un vocabulaire plus commun décrit par Mazeau (2021). En effet, E1, E2 et E3 évoquent des troubles dys-, et non un *trouble spécifique des apprentissages* comme cité dans le DSM-5. E2 évoque la dyscalculie, dysgraphie, dysorthographe, mettant ainsi au même plan les dys- diagnostic et les dys-symptômes. Aucun des ergothérapeutes n'évoque la dyspraxie mais le TDC, ce qui tendrait à prouver que ce terme a été bien assimilé par les professionnels. Enfin, trois des ergothérapeutes citent le TDA-H tandis que E4 n'en fait pas mention.

Concernant la scolarité, nous pouvons constater que tous les jeunes suivis par les ergothérapeutes interrogés sont **scolarisés en milieu ordinaire**, soit en classe “classique” soit en ULIS, ou en SEGPA. Ces données tendraient à démontrer que la loi 2005 est respectée et que les jeunes ne sont pas exclus du système scolaire, durant le collège.

Les résultats montrent aussi un consensus entre les ergothérapeutes sur le fait que **l'écriture** est la problématique principale du collégien présentant des troubles des apprentissages. Cela est cohérent avec la place accordée à l'écriture dans les programmes scolaires et les différents champs de compétences à valider. Enfin, les autres problématiques rapportées par les ergothérapeutes comme les difficultés d'organisation ou l'utilisation d'outils scolaires sont en phase avec les informations recueillies dans la littérature, notamment chez Mazeau et Pouhet.

E3 évoque notamment la difficulté de mettre en place certains **aménagements** dépendants de la volonté ou des possibilités des professeurs et de l'AESH, et de la **coordination** entre l'équipe pédagogique et les professionnels de santé. En effet,

comme nous l'avons souligné dans le cadre conceptuel, la multiplicité des acteurs peut être un frein à l'accompagnement du jeune, malgré tous les dispositifs mis en place comme l'EES.

Les quatre ergothérapeutes interrogés utilisent le **MCREO**. Cependant E3 et E4 expliquent qu'il ne s'agit pas "d'utiliser" un modèle mais plutôt de s'en servir comme base pour la pratique. Ils précisent aussi ne pas utiliser exclusivement ce modèle mais faire un "mix" de différentes approches ergothérapeutiques.

Concernant les avantages du MCREO, Les ergothérapeutes sont unanimes sur l'intérêt d'une **démarche client-centrée**.

E3, cite "une démarche centrée sur le client qui prend en compte, les attentes, les besoins, la culture et les valeurs de la personne en ciblant l'occupation" tandis que E4 évoque un modèle qui permet une forte connexion avec le client, ce dernier pouvant être "le jeune mais aussi le parent ou l'AESH". Il cite à ce sujet "*La constellation des clients*, de Fisher. Dans ces propos, on retrouve parfaitement les notions qui sous tendent le modèle, comme on a pu le noter dans le cadre conceptuel. On note que les ergothérapeutes ont à l'esprit les notions de valeurs et de cultures, notions que l'on retrouve chez Townsend et Polatajko.

Pour E1, c'est la notion **d'Empowerment** qui semble importante. Nous la retrouvons dans le MCREO. L'empowerment est né des pratiques sociales à la fin des années 80, en lien avec l'éducation à la santé. Il s'agit de la volonté d'accroître *le pouvoir d'agir des jeunes*, afin qu'ils puissent acquérir la capacité de faire des choix et de pouvoir agir de manière autonome et responsable. Ces interventions dans les domaines de la santé et de l'éducation sont alors pertinentes. En matière de santé, l'empowerment améliore le sentiment de compétence des enfants et des adolescents accompagnés et leur permet de faciliter leur participation sociale. En s'appropriant cette approche, l'ergothérapeute demeure dans son rôle de spécialiste de l'occupation et centre son intervention sur *l'autonomisation* de son client (Le Grand, Ferron, et Poujol, 2018).

D'après les quatre ergothérapeutes interrogés, **la MCRO** permet d'identifier les problématiques occupationnelles et de co-construire le projet d'intervention dans une

démarche d'écoute active. Trois des ergothérapeutes précisent s'appuyer sur OT'hope, outil adapté aux enfants et adolescents et qui permet de guider l'entretien en proposant des classer des cartes correspondant à des occupations, selon les compétences et la satisfaction.

Enfin les quatre ergothérapeutes évoquent l'autodétermination des objectifs par le client et trois d'entre eux évoquent les objectifs **SMART**. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, ces objectifs permettent de maintenir la motivation et l'engagement du jeune. L'acronyme SMART signifiant : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini. Cela permet, explique E2, de "répondre à une plus grande variété de problèmes, d'entretenir la motivation (...) et de cocher les cases au fur et mesure de la prise en soin".

2.3.2 Discussion par rapport à la question de recherche

La question de recherche de ce mémoire est la suivante :

Comment l'intervention de l'ergothérapeute permet d'améliorer le rendement scolaire du collégien présentant des troubles des apprentissages ?

Comme évoqué dans le cadre conceptuel, les jeunes présentant des troubles des apprentissages sont confrontés à des difficultés scolaires qui peuvent aboutir à des situations de handicap. L'éducation nationale a mis en place des dispositifs et des systèmes d'aide (matérielle ou humaine) afin de proposer à l'élève un environnement qui favorise l'acquisition des compétences scolaires.

Cependant, la mise en place de ces dispositifs nécessite souvent l'intervention d'un ergothérapeute.

Comme on a pu le constater dans la littérature ou dans les propos des ergothérapeutes interrogés, l'écriture cristallise à elle seule de nombreux problèmes dont la transversalité, la quantité d'écrit à produire, et la situation de double tâche qu'elle induit.

Au collège, la question de l'autonomie du jeune est aussi exacerbée, par rapport à l'école élémentaire. L'organisation au niveau du temps, du matériel scolaire peut mettre le jeune en difficulté. La multitudes des acteurs peut, quant à elle,

complexifier le partenariat entre l'ergothérapeute et le collègue et être un frein à la mise en place de matériel spécifique ou de pédagogie adaptée.

En choisissant le MCREO comme socle de leur pratique, les ergothérapeutes élisent un modèle client-centré. La MCRO leur permet une meilleure connaissance de leur client et d'entamer une collaboration autour des objectifs ergothérapeutiques déterminés par le client lui-même. Ce choix de pratique semble induire, de fait, un meilleur engagement dans les activités et une motivation constante du client. De plus, l'intervention en milieu écologique permet une observation du jeune dans son environnement scolaire ou à domicile. Cette observation permet une intervention plus ciblée, en lien avec les besoins du jeune dans un contexte précis.

Cette évaluation va aussi permettre la mise en place d'objectifs SMART qui vont permettre au jeune de cocher les objectifs atteints au fur et à mesure. Ce procédé permet à l'adolescent de pouvoir se projeter à court terme et de comprendre les bénéfices immédiats qu'il peut en retirer.

Cependant, en ce qui concerne les apprentissages scolaires, peut-on se cantonner aux seuls objectifs du jeune ? La question revient plusieurs fois dans les verbatims des professionnels. Les activités scolaires appartiennent au domaine occupationnel de la productivité au même titre que la vie professionnelle ou les tâches domestiques à accomplir pour ces adolescents. Ces occupations impliquent donc des obligations dans *l'agir*. Cela peut parfois rendre plus complexes l'engagement, la motivation et aussi la satisfaction qu'on va retirer d'une activité. De plus, le jeune n'est pas le seul à définir ses objectifs. Les parents et les professeurs ont des plaintes qui aboutissent souvent à la mise en place d'objectifs ergothérapeutiques. Comme on l'a vu dans l'analyse du thème 5, il semble important de considérer l'approche client-centrée comme axée sur le client et son entourage. Les résultats de cette enquête font donc émerger un paradoxe : autant il semble primordial de mettre le jeune au centre de sa prise en soin, autant il semble impossible de ne pas prendre en compte les attentes de sa famille, de l'institution scolaire et de la société en général.

Ce modèle présente donc certaines limites mais il apparaît qu'en ciblant l'intervention sur une problématique occupationnelle, en déterminant des objectifs à courte et moyenne échéance, en collaborant avec l'entourage du jeune, celui-ci

s'engage plus facilement dans la prise en soin et en accepte plus volontiers les contraintes. Cette approche axée sur la résolution de problèmes concrets permet au jeune de mieux appréhender ses difficultés occupationnelles, de s'approprier plus facilement les outils proposés et d'améliorer son rendement scolaire.

2.3.3 Validité de l'hypothèse

L'hypothèse de ce mémoire d'initiation à la recherche est la suivante :

En appuyant son intervention sur le MCREO, l'ergothérapeute peut aider le collégien présentant des troubles des apprentissages à améliorer son rendement scolaire.

L'analyse des résultats en regard du cadre conceptuel et la discussion me permettent de **valider mon hypothèse.**

2.3.4 Limites de l'étude

A l'issue de cette enquête, nous pouvons repérer différentes limites qui pourraient fragiliser les résultats.

Concernant les ergothérapeutes interrogés, nous devons prendre en compte la disparité des années d'expérience ainsi que celle des lieux d'exercice.

En effet, E3 exerce depuis trois ans tandis que E4 travaille depuis trente ans. Cette différence modifie peut-être la perception de l'un et de l'autre quant aux avantages qu'ils attribuent au MCREO.

Nous notons aussi que nous avons recueilli les propos d'ergothérapeutes travaillant en libéral ou en SESSAD : est-il pertinent de comparer leurs pratiques alors que certains sont à leur compte tandis que d'autres sont salariés ? De plus, les ergothérapeutes interrogés interviennent à domicile, au collège ou dans leur cabinet dans des proportions différentes : comparer des pratiques de professionnels ayant un cadre commun et des contraintes identiques aurait permis, nous semble-t-il, d'obtenir des résultats plus précis.

Nous aurions pu aussi circonscrire la question de recherche à un trouble précis comme le TDA-H : cela aurait peut-être permis de cibler plus spécifiquement les

modalités d'intervention en ergothérapie ainsi que l'amélioration du rendement scolaire.

Il nous semble également que le guide d'entretien aurait eu besoin d'être plus étoffé et précis dans ses questions. Il aurait fallu optimiser une phase de test du questionnaire et nous laisser plus de liberté au moment de la passation des entretiens.

Le nombre réduit d'entretiens est aussi un facteur limitant qui ne permet pas de tirer des conclusions définitives et scientifiquement incontestables. Enfin, nous pouvons évoquer la subjectivité des résultats obtenus puisqu'ils se basent sur les opinions des professionnels interrogés.

2.3.5 Ouvertures vers de nouvelles perspectives

La réalisation de ces entretiens m'a permis d'approfondir ma réflexion sur les modèles conceptuels. Elle m'a montré les avantages qu'il y a à faire reposer sa pratique sur un socle théorique servant à la fois de boussole et de guide d'intervention.

Elle a aussi ouvert un questionnement sur l'intervention des ergothérapeutes dans le cadre de la scolarité. A l'avenir, il semblerait intéressant de recueillir des données provenant des autres acteurs liés à ma question de recherche, notamment les professeurs, les AESH et les jeunes eux-mêmes. Il serait aussi intéressant d'imaginer des ergothérapeutes mieux implantés dans les établissements scolaires qui pourraient, en plus d'intervenir auprès des jeunes, interagir avec les professeurs, les AESH, etc.

Enfin, comme mentionné par E4 dans les entretiens, il semblerait pertinent de développer des modèles conceptuels adaptés à la culture française et aux institutions en vigueur, notamment l'école. Cela permettrait, peut-être, des interventions ergothérapeutiques plus en phase avec les problématiques locales et améliorerait la prise en soin des jeunes.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour ambition de mener une réflexion sur l'amélioration par la pratique ergothérapique du rendement scolaire chez le collégien présentant des troubles des apprentissages.

Ce travail à la fois conceptuel et expérimental m'a permis de répondre à ma question de recherche et de valider mon hypothèse.

En effet, il apparaît qu'en se basant sur un modèle client-centré, en choisissant de faire passer des entretiens axés sur la problématique occupationnelle, et en faisant émerger des objectifs SMART, l'ergothérapeute propose une prise en soin à l'écoute de son client. Placer le jeune au centre de son suivi semble permettre de maintenir constante sa motivation et d'améliorer son rendement scolaire.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques sur les troubles des apprentissages et sur leur prise en soin. J'ai pu découvrir le domaine de la recherche et, malgré les difficultés, renforcer mon intérêt pour cet exercice. J'ai développé mes capacités d'organisation, de rigueur et d'autonomie tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Ce travail m'a également permis de saisir l'intérêt de baser sa pratique professionnelle sur un modèle conceptuel et la pertinence du MCREO dans le suivi des jeunes en difficultés scolaires.

Enfin, cette recherche a soulevé de nouvelles pistes de réflexion sur la prise en soin des troubles des apprentissages et la pertinence qu'il y aurait en tant que jeune ergothérapeute à participer à l'élaboration d'un modèle conceptuel français.

Bibliographie

➤ Livres

Crocq, J. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Habib, M. (2014). *La constellation des dys*. De Boeck Supérieur.

Law, M. (2011) *La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel*. CAOT Publications ACE

Mazeau, M. (2016). *L'enfant Dyspraxique Et Les Apprentissages : Coordonner Les Actions Thérapeutiques Et Scolaires (French Edition) (2^e éd.)*. Masson.

Mazeau, M., Pouhet, A., & Ploix-Maes, E. (2021). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : Les dys- au sein des troubles du neurodéveloppement*. Masson.

Morel-Bracq, M-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Pouhet, A., et Cerisier-Pouhet, M. (2015). *Difficultés scolaires ou troubles Dys ?*. Retz.

Tétreault, S., (2014). Entretien de recherche. Dans Tétreault, S., et Guillez, P. *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain la Neuve : De Boeck Solal.

Townsend E., Polatajko H. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. CAOT Publication ACE.

Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2007). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. CAOT Publications ACE.

Truscelli, D., & Barbot, D. F. (2017). *Comprendre La Paralyse Cérébrale Et Les Troubles Associés : Évaluations Et Traitements* (2^e éd.). Elsevier Masson.

➤ Ouvrages collectifs

Durieux, G. et Thomas, C. (2010). Quand l'ergothérapeute intervient à l'école. In A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (Ed.) *Ergothérapie en pédiatrie*. (415-429).

Rogers, C. (2013). *L'approche centrée sur la personne*. Ambre Editions.

➤ Articles

Le Grand, E., Ferron, C., & Poujol, V. (2018). Empowerment des jeunes. *La santé en action*, N° 446, 8-9.

Lefèvre-Renard, G. (2017). L'accompagnement en ergothérapie de l'apprentissage du graphisme et de l'écriture. *Contraste*, N°45, 179-201.

Robin, S., et al. Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client. *Actualités ergothérapeutiques*, N°11.3, 15.

Wilcock, A. (2006). [School-Based Occupational Therapy during COVID-19 Pandemic](#). *Psychology*, Vol.12, 202.

Yanez, I., et Galbiati, C. (2022). Ergothérapie et enfants nés prématurément : accompagner le handicap invisible. *OrthoMagazine*, Vol 28, N°159, 21-24

➤ Supports en ligne et sites internet

ANFE. (2019). Définition de l'ergothérapeute. *Association Nationale Française des Ergothérapeutes*. Consulté le 22 Décembre 2020 à l'adresse <https://www.anfe.fr/index.php/definition>

Mikaeloff, Y. (2019). *Troubles spécifiques des apprentissages*. Consulté le 12 octobre 2021 à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages>)

Ministère de l'Éducation nationale. (2021). *Scolarité de l'élève*. Consulté en le 17 décembre 2021 à l'adresse <https://eduscol.education.fr/1137/ecole-inclusive>

Ministère de l'Éducation nationale. (2021). *Fiche collège, Attendus de fin de 3ème*. Consulté le 19 décembre 2021 à l'adresse <https://eduscol.education.fr/sites/default/files/2020-10/fiche-college-3e-1280085-pdf-1655.pdf>

➤ Autres

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019), *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*, sous la direction de Hélène Faure et Cécilia Galbiati, ed. ANFE, disponible en ligne

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019), *L'ergothérapeute : un professionnel clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement chez les enfants (0-7 ans)*, sous la direction de Juliette Lequino, ed. ANFE, disponible en ligne

HAS (2017), *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? Les parcours de soin* (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf)

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien

1. Depuis combien de temps exercez-vous ?
2. Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?
3. Quel est votre type de clientèle ? Quelle est la part des troubles des apprentissages ? Quels sont les différents diagnostics ?
4. Concernant leur scolarité : dans quel type d'établissement sont-ils scolarisés ? En quelle classe ?
5. Quelles sont les problématiques les plus fréquemment rencontrées par les collégiens ?
6. Y a-t-il une spécificité du rendement scolaire au collège ?
7. MCREO : travaillez-vous avec ce modèle ? Depuis combien de temps ?
8. Avez-vous suivi une formation ?
9. Comment le modèle MCREO guide-t-il votre accompagnement des collégiens présentant des troubles des apprentissages ?
10. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 2 : Grille de passation de la MCRO

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs :

Mary Law, Sue Baptista, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour détecter les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Nom du client :		
Âge :	Sexe :	ID# :
Répondant (si autre que le client) :		
Date de l'évaluation :	Date prévue de la réévaluation :	Date de la réévaluation :
Thérapeute :		
Établissement/organisme :		
Programme :		
Publié par CACOT Publications ACE	• M. Law, S. Baptista, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock	

ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL	ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE
<p>Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A, 1B, ou 1C.</p>	<p>À l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.</p>
<p>ÉTAPE 1 A : Soins personnels</p> <p>Soins personnels (ex : habillage, bain, alimentation, hygiène)</p> <p>Mobilité fonctionnelle (ex : transfert à l'intérieur, à l'extérieur)</p> <p>Vie communautaire (ex : transport, amplettes, finances)</p>	<p>IMPORTANCE</p> <p><input type="text"/></p>
<p>1B : Productivité</p> <p>Travail rémunéré/so rémunéré (à trouver ou garder un emploi, bénévolat)</p> <p>Gestion domestique ex : ménage, lessive, préparation des repas</p> <p>Jeux/travail scolaire (ex : habiletés de jeu, devoirs combinés)</p>	<p><input type="text"/></p>

1C : LOISIRS		IMPORTANCE	
loisirs tranquilles: (ex: passe-temps, artisanat, lecture)	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
loisirs actifs: (ex: sports, séries, voyages)	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
socialisation (ex: visites, appels téléphoniques, séries, correspondance)	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÉTAPES 3 & 4 : COTATION - ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmer avec le client les 5 problèmes les plus importants et inscrire les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demander au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, calculer ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant ensemble les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisés ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculez les nouveaux scores et changez le score.

Évaluation initiale :			Réévaluation :	
PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL :	RENDEMENT 1	SATISFACTION 1	RENDEMENT 2	SATISFACTION 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COTATION :		RENDEMENT	SATISFACTION	RENDEMENT	SATISFACTION
Score total =	Score satisfaction	SCORE 1	SCORE 1	SCORE 2	SCORE 2
		0	0	0	0
		5	5	5	5
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = cote de rendement 2 0,00 — cote de rendement 1 0,00 = 0,00

CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = cote de satisfaction 2 0,00 — cote de satisfaction 1 0,00 = 0,00

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien de E1

- **Si vous l'acceptez vos réponses seront enregistrées et elles pourront être retranscrites dans mon travail bien évidemment en gardant votre anonymat.**
- Oui, il n'y a pas de problème.
- **Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?**
- Ça fait 9 ans que j'ai mon diplôme, ça fait 8 ans que j'exerce et 5 ans et demi maintenant que je suis dans le SESSAD (service d'éducation spécialisé et de soins à domicile). Est-ce que je vous parle de ce que j'ai fait avant ?
- **Oui, ça m'intéresserait de savoir.**
- Alors j'étais à SOLIA, c'est l'ancien Pactarim, c'était une association qui avait pour but d'aider les gens à rester dans leur habitation et du coup c'est du réaménagement de domicile.
- **D'accord.**
- Puis je suis allée en SESSAD c'est là que j'ai commencé la pédiatrie.
- **Du coup, le type de patientèle que vous avez en SESSAD ?**
- Alors le SESSAD où je travaille, appartient à une grosse association qui est spécialisée dans la paralysie cérébrale, je regardais les chiffres tout à l'heure, on a 70% de paralysie cérébrale, et 30 % autre. C'est 30 %, ça va être, des achondroplasies, des maladies rares, des neuropathies et des troubles spécifiques des apprentissages.
- **Parmi ces patients, quel type de diagnostic avez-vous ?**
- Sur ceux que je suis, j'ai deux dyspraxiques, enfin, troubles de la coordination, pardon, ça ne se dit plus dyspraxique. Et j'ai un patient, TDAH. Sur 18 patients, donc ça n'est pas le plus gros de mon travail. Après si on parle de tous les troubles praxiques en général, j'en ai 15 sur les 18.
- **Et pouvez-vous me préciser la fourchette d'âge de vos patients ?**
- Oui, le service a un agrément pour les 0-25 ans, moi, la plus jeune que j'ai a 3 ans et demi, et le plus âgé, c'est qui mon plus âgé..? Ça doit être A., il a 14 ans.
- **D'accord. Et les trois patients dont vous m'avez parlé qui présentent un trouble spécifique des apprentissages, ils sont scolarisés en milieu ordinaire ?**

- Ça dépend ce que vous appelez milieu ordinaire, pour moi, ça inclut les ULIS.
- **Tout à fait, oui**
- Pour qu'ils intègrent le SESSAD, il faut forcément qu'ils soient scolarisés en milieu ordinaire. Donc tous les enfants que je suis sont en milieu ordinaire. Je n'ai pas préparé ma réponse, je me demandais si vous vouliez le pourcentage des enfants qui n'étaient pas en ULIS, j'ai vu que votre mémoire portait sur les collégiens, vous voulez un pourcentage avec les collégiens ou...
- **Si vous l'avez ou si vous pouvez l'avoir, oui, ça m'intéresserait de savoir.**
- Oui, je l'ai, je vous enverrai par mail.
- **D'accord. Vous suivez des collégiens ?**
- Tout à fait.
- Sont-ils en ULIS ou des classes ordinaires ?
- Les deux.
- **Quelles sont les problématiques qu'ils vont rencontrer dans leur scolarité ?**
- Parmi les difficultés sur lesquelles je vais travailler chez les adolescents, au collège, principalement on a des difficultés au niveau de l'écriture, de la vitesse d'écriture. C'est un âge auquel on a rééduqué pendant quelques années, et on se pose la question de l'ordinateur. Soit on est sur une rééducation de l'écriture mais, on est plutôt sur la fin...
- **C'est un peu tard ?**
- Oui, on espère que ça va décoller. Ou sinon, on est déjà passé à l'ordinateur, et on est sûr de l'apprentissage du clavier. On va être sûr des questions d'outils scolaires, utiliser la règle, le compas, le rapporteur, faire des schémas complexes, sur toutes les difficultés visuo-spatiales, on va être sûr de réaliser des figures géométriques, car ça risque d'être compliqué. Réaliser les schémas en SVT où il faut orienter la paillasse, le bec bunsen, réaliser tous ces petits schémas, ça peut être compliqué.
- **Oui**
- Après, on est aussi sûr des questions d'autonomie, apprendre à cuisiner, à sortir, à utiliser le métro, le bus. Habituellement on a déjà travaillé sur les activités de vie quotidienne de type habillage, brossage de dents...
- **oui**

- ... C'est acquis en général à cet âge là.
- **Ok**
- Il y a toutes les questions... S'organiser, dans ses affaires scolaires...
- **Oui, je me demandais justement...**
- Amener les bonnes affaires, s'organiser sur la paillasse, c'est souvent des enfants, y en a partout. S'organiser aussi dans les classeurs, souvent les classeurs débordent de feuilles.
- **Oui, moi, je viens de terminer un stage en libéral pédiatrie. Je n'ai pas vu beaucoup de classeurs mais des gros cahiers où on alterne une leçon d'histoire, une leçon de géo, sans continuité, ce n'était pas évident pour certains jeunes. C'est la demande du prof, donc, on est un peu obligé de faire avec cette organisation.**
- Après, on a souvent des enfants avec des besoins spécifiques où on a un PPS qui est mis en place, et ou du coup on va pouvoir imposer des choses à l'école et au collège. Dire, là, non, lui ce n'est pas possible qu'il s'organise de cette façon donc si on préfère qu'il prenne deux cahiers, on peut l'imposer.
- **Pensez-vous qu'il y ait une spécificité de rendement scolaire au collège par rapport à l'école élémentaire ?**
- Il y a de vraies différences entre le primaire et le collège. Le premier c'est qu'on change de salle, il faut s'orienter dans l'établissement. Le deuxième, c'est la vitesse d'écriture qui augmente drastiquement, Je pense que vous avez accès au BHK ?
- **Oui, je l'ai déjà fait passer.**
- Quand vous regardez au collège, ça décolle vraiment. La troisième, c'est que les professeurs ne sont plus dans un accompagnement de "on saute une ligne, on laisse un espace, là vous commencez, vous prenez le stylo rouge, et vous écrivez". Il faut s'organiser, il faut comprendre la logique et s'organiser de soi-même.
- **Et par rapport au nombre d'interlocuteurs ?**
- Je ne sais pas si j'ai beaucoup de patients qui me font remonter ce type de difficultés, le fait qu'il y en ait plusieurs. Je ne dirais pas que c'est une problématique soulevée par les enfants présentant des troubles des apprentissages.
- **Et par rapport à l'organisation dans l'emploi du temps, à savoir, les semaines A et les semaines B, à quelle heure est quel cours, ça peut être compliqué ?**

- Oui, tout à fait. S'organiser dans l'emploi du temps, savoir ce qu'il faut mettre dans le cartable, ça, c'est vraiment terrible s'ils ne se font pas des fiches. Après, ça dépend du type de difficulté qu'ils ont, bien sûr, mais beaucoup ne parviennent pas à s'organiser par rapport au matériel.
- **Concernant le MCREO, travaillez-vous avec ce modèle ?**
- J'utilise ce modèle, maintenant, ce n'est pas le seul que je vais utiliser. Je suis partisane, et je pense que beaucoup d'ergothérapeutes font le même choix, de mixer plusieurs modèles, de s'inspirer, de prendre tout ce qu'il y a récupérer dans chaque modèle et après d'en faire quelque chose à sa sauce. Le modèle de la MCREO, il est vraiment intéressant parce qu'il est vraiment centré sur les envies de l'adolescent, du coup, ça le rend acteur et on sait, notamment dans la mise en place de l'outil informatique, que c'est hyper important qu'il soit partie prenante. Si l'enfant, ou l'adolescent ne se saisit pas de l'ordinateur, on aura beau faire trois ans de séances d'ergothérapie, il ne l'utilisera jamais. Donc, effectivement, si on ne part pas de son envie à lui, ça ne sert à rien.
Du coup, je regardais plus précisément, la MCREO, et il parle, et c'est vraiment ça, de d'empowerment. C'est de l'autonomisation, mais dans le sens être acteur. C'est plus réfléchir à, mais le faire. C'est un terme qui me semble intéressant, et une philosophie qui me semble intéressante, et à réfléchir dans la mise en place de l'outil informatique. Surtout que l'HAS, actuellement, demande aux professionnels de changer leur pratique et de mettre le client au centre du projet de soin, qu'il y ait une collaboration dans l'établissement du projet de soin. Du coup, ça répond en plus à ce qui est demandé aux professionnels. Donc, c'est un modèle qui est intéressant à avoir en tête et à utiliser. Après, on peut parler, aussi, du questionnaire.
- **oui, je voulais d'abord vous demander, depuis combien de temps vous utilisez le MCREO ?**
- Depuis le début. Depuis que je travaille au SESSAD. Après, c'est inspiré. Ce sont des entretiens semi-directifs. En fait, je m'inspire beaucoup de la MCRO et de OT'hoïpe.
- **Pour vous, on peut considérer que OT'hoïpe c'est l'adaptation de la MCRO ?**
- Je ne sais pas comment ils se définissent mais pour moi, oui. Du coup, j'utilise OT'hoïpe, les enfants classent leurs cartes, ce qu'ils savent faire, ce qu'ils savent moyennement faire, ce qu'ils auraient envie de faire mieux, et ce qu'ils ne savent pas bien faire mais, ça ne les intéresse pas. Et ensuite, on définit ensemble les objectifs de la rééducation future. Ça c'est un entretien que je fais avec l'adolescent ou l'enfant, ensuite, un moment avec les parents où on questionne ce qui a été dit pendant l'entretien avec l'enfant. Là les parents ne sont pas forcément d'accord, ils disent, ben, non ça il ne sait pas faire. Parfois les enfants n'ont pas envie de dire qu'ils ne savent pas faire ou alors ils n'en n'ont pas conscience. Donc, on revoit avec les parents et ensuite, on détermine les objectifs, les enfants m'ont déjà dit, eux, ce qu'ils

souhaiteraient, mais ce que je leur réponds c'est qu'ils sont quand même mineurs, ils restent des enfants ou des adolescents et que les parents ont leur rôle à tenir et peuvent décider de certaines choses. et donc du coup, souvent on fait un mix entre les objectifs que l'enfant veut et les objectifs que les parents veulent, et puis, ça arrive, si jamais je vois, qu'il y a des choses un peu oubliées, et qui nécessiteraient une rééducation, moi, je peux aussi, venir aiguiller et dire là, ça me paraît important.

- **Oui, pour qu'il n'y ait pas de gros oubli..**

- Après, les enfants et adolescents, ils définissent quand même 80% de leurs objectifs, c'est rare qu'ils soient à côté.

- **OT'hope, vous l'utilisez jusqu'à quel âge ?**

- Avec les adolescents, sans problème, vu qu'on peut adapter les cartes un peu comme on veut. Nous, au SESSAD, on est en train de se dire qu'on va faire de nouvelles cartes. Et même, les élaborer avec les patients, quand il manque une occupation, leur demander ce qu'ils aimeraient qu'il y ait comme carte.

- **Vous avez une formation pour la MCREO ?**

- Pas du tout. Je me suis documentée par moi même.

- **Tout à l'heure vous me parliez du questionnaire, vous vouliez me parler de l'entretien de la MCRO ?**

- Je l'utilisais au tout début de ma pratique quand OT'hope n'existait pas. Et encore, je l'adaptais un petit peu, car pour les enfants, c'est compliqué quand on leur pose une question, de penser à tous les items qui pourraient être difficile et a tout ce qu'ils ont envie. Ils ont besoin, qu'on les...

- **Qu'on les guide ?**

- Qu'on leur propose des choix, sinon, c'est compliqué de sortir quelque chose, comme ça ! Donc, je l'adaptais. Et maintenant, j'utilise vraiment OT'hope, c'est vraiment l'outil qui marche le mieux, en ce moment. En quoi ça change ma pratique ? Que les objectifs viennent directement des enfants, c'est 90% de la motivation de venir en séance d'ergothérapie. C'est hyper important, surtout avec des enfants ou des adolescents, qui ne peuvent pas forcément se rendre compte de ce que peut leur apporter une rééducation sur le long terme. Il faut qu'ils aient un intérêt direct. Cette évaluation, je la relie d'ailleurs aux objectifs SMART. C'est très important pour les enfants d'avoir des objectifs atteignables. Si l'enfant nous dit, j'ai du mal à écrire, je veux apprendre à taper à l'ordinateur, on peut pas définir "taper à l'ordinateur" comme objectif parce que ça va prendre deux ans et que du coup, il n'en verra pas le bout.

- **Oui, la durée, c'est abstrait avec les jeunes.**

- Donc on va faire des objectifs : premièrement on va apprendre à allumer et éteindre l'ordinateur. On va apprendre à ouvrir un fichier. On va apprendre à utiliser word, à changer les polices, à mettre en gras, à souligner, etc. On va apprendre à classer les dossiers, on va apprendre à écrire un mail, on va apprendre à aller sur internet, etc. On se fait toute une liste, et petit à petit, on les coche, et comme ça l'enfant voit qu'il progresse.
- **Du coup, je rebondis, vous pensez que c'est important aussi pour les parents d'avoir des objectifs très centrés sur l'occupation, atteignables, mesurables ?**
- Tout à fait, les parents, en SESSAD, on les voit, trop rarement, pas manque de temps. Souvent, ils ne savent que vaguement ce qu'on fait. Donc, quand on fait une liste, par exemple dans un cahier, les parents rebondissent et me questionnent. Par exemple, A., quand il était en train d'apprendre à changer la signature d'un mail, son père m'a contacté pour me dire, qu'il était en train de chercher un stage et que du coup, il avait besoin d'une boîte mail. il voulait savoir si je pouvais le faire avec lui. Ce qu'on a fait durant les séances d'après. Du coup, on a aussi fait son CV en séance. Cette pratique permet de faire des allers-retours entre la rééducation et la vie quotidienne. Peut-être que le jeune, de lui-même, ne m'aurait pas parlé de sa boîte mail et de son CV. Là, c'est parce que les parents savaient exactement où on en était, qu'ils ont pu rebondir, et faire des demandes.
- **Les séances se déroulent où ?**
- Soit au domicile mais on en a très peu, soit au collège.
- **Donc, l'apprentissage du clavier par exemple se fait au collège ?**
- oui
- **Et ce temps est-il distingué d'une mise en situation sur un temps de classe ?**
- oui
- **Et la MCRO, vous l'utilisez aussi en réévaluation ?**
- J'avoue que je ne fais pas une réévaluation sur les objectifs apparemment acquis, je devrais le faire... Une fois que c'est acquis, on se le dit avec le jeune, par contre, je peux refaire une évaluation pour élaborer de nouveaux objectifs.
- **Donc, quand vous constatez les objectifs atteints, vous refaites un entretien pour voir s'il en a de nouveaux ?**
- oui. Et c'est grâce aux mises en situation que je vais voir ce qui est atteint. Je peux proposer un exercice qui consiste à demander au jeune de m'envoyer

un email, de joindre une pièce, etc. On prend en compte la vitesse, s'il sait faire ou non. Je fais aussi les observations écologiques en classe. Je me mets en retrait et je regarde s'il parvient à suivre la vitesse du cours, s'il arrive à classer ses dossiers... Je vais aussi lui demander ce qu'il en pense, ce qui est facile ou encore difficile. Mais c'est plutôt moi qui vais juger de ce qu'il en est.

- **Et les bilans normés comme BHK ou EVIC ?**
- Alors oui, l'EVIC, je le fais passer une fois par an.
- **Les élèves que vous suivez ont des AESH ?**
- Oui, tous.
- **A quel point vous appuyez-vous sur elle, pour l'organisation scolaire ou l'apprentissage de la frappe au clavier ?**
- Ça va beaucoup dépendre des AESH et des enseignants. Moi, ça fait partie de mon rôle d'aller vers eux, mais il y en a qui vont rester en retrait et qui ne vont pas vouloir écouter les recommandations ou les conseils. Même si on a une certaine légitimité, le GEVA-Sco et les PPS, c'est assez ascendant.. C'est assez horrible hein ? On a beau y mettre toute la bienveillance qu'on souhaite dans l'échange, il y a des fois où c'est assez mal reçu. Donc, ça dépend des AESH et aussi des enseignants ils sont les référents des AESH. Dans l'absolu, il faudrait que je parle d'abord à l'enseignant, et après à l'AESH. Donc, je propose habituellement de faire des réunions ensemble avec la maîtresse et l'AESH. Moi, je rencontre toujours les deux en début d'année, où je fais la liste des recommandations pour les élèves où l'on voit ce qui peut être mis en place et ce qui ne peut pas l'être par manque de temps. Après dans l'année, je croise souvent l'AESH dans l'établissement et je peux lui demander ce qui fonctionne ou non.
- **Pour finir, pouvez-vous me dire, selon-vous quelles seraient les limites dans l'utilisation de ce modèle ?**
- C'est qu'on pose les questions directement les questions à l'enfant ou l'adolescent mais que ca reste un enfant, ou un adolescent et que lui ne peut pas décider en toute objectivité des ses objectifs de rééducation. Si l'enfant ne me dit à aucun moment que l'écriture pose souci, ça va être un problème. Aussi, quand le parent insiste pour une rééducation de l'écriture manuelle alors qu'on pense qu'il ne l'utilisera jamais, et que l'ordinateur va être mis en place. Il faut que les objectifs soient raisonnables.
- **Je vous remercie**

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien de E4

- **Si vous l'acceptez vos réponses seront enregistrées et elles pourront être retranscrites dans mon travail bien évidemment en gardant votre anonymat.**
- Oui, d'accord.
- **Depuis combien de temps vous exercez et où ?**
- Depuis 32 ans, j'exerce dans deux services de neuropédiatrie, et j'ai un temps en libéral,
- **Quel est votre type de patientèle ?**
- Je travaille avec des enfants de 0 à 20 ans. A l'hôpital, surtout des troubles neurologiques et en libéral des troubles du neurodéveloppement.
- **Quelle est la part de troubles des apprentissages parmi les jeunes présentant des TND que vous suivez ?**
- Surtout des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles de la coordination.
- **Quelle est la part de collégiens ?**
- 4 collégiens, 2 en 6ème et un en 5ème et un en 3ème.
- **Sont-ils scolarisés en milieu ordinaire ?**
- Tout à fait. il y en a un qui est en classe dys.
- **Ont-ils des AESH ?**
- AESH ou AESH collective.
- **Quelles sont les principales problématiques au collège ?**
- Des problématiques en lien avec les apprentissages. Il y a des jeunes qui ont des problèmes de langage écrit, d'écriture, de vitesse d'écriture, d'organisation, d'utilisation des outils scolaires. Au collège, les problématiques sont très en lien avec les activités scolaires. J'ai aussi des jeunes qui rencontrent plus des difficultés de vie quotidienne et de loisir.

- **Vous utilisez le MCREO ?**
- Oui, c'est un modèle qui guide ma pratique et mon raisonnement clinique. Il m'est assez familier mais je peux aussi avoir en tête des modèles comme la CIF ou le PPH, qui sous tendent ma pratique mais je suis très MCREO.
- **A partir de quel moment de votre vie professionnelle, avez-vous utilisé le MCREO ?**
- Je l'utilise depuis que j'ai été formé car avant on était pas formé en 2017 via l'ANFE. Auparavant j'utilisais surtout la CIF et le PPH. D'emblée ma pratique a été guidée par des modèles conceptuels.
- **Pourquoi cette formation en 2017 ?**
- J'y suis arrivé car j'ai fait la formation co-op et que je suis instructrice CO-OP et que ça a été essentiel pour moi, et une collègue m'a présenté le MCREO, et j'ai voulu m'y former.
- **Comment ce modèle guide-t-il votre accompagnement en lien avec les problématiques scolaires ?**
- Mon modèle est en filigrane dans ma pratique, dans mon intervention et dans mon raisonnement clinique. Il me permet d'avoir une approche beaucoup plus holistique, même si je l'avais déjà. Je trouve qu'il me permet d'être plus précise, de moins oublier de choses ou de passer à côté de certaines informations. Juste, je veux vous dire que j'ai fait une formation, OPC (Occupational Performance Coaching) qui est aussi un entretien très important, et le premier point de ce modèle c'est la connexion avec ce client. Le MCREO, ce qu'il me donne, c'est cette connexion le fait d'être ensemble avec le client. Le client qui peut-être : l'enfant et l'AESH, l'enfant et son professeur, l'enfant et ses pairs, et d'avoir toujours en tête cette personne avec ses compétences, ses capacités, et l'environnement dans lequel il est avec cette occupation qui va faire le lien entre la personne et l'environnement, en permanence. Ca paraît peut-être pas forcément, peut-être que c'est pas explicite pour les étudiants en stage, mais j'essaie toujours de raccrocher ma pratique à ce modèle qui me permet de me centrer sur l'occupation et sur le client, et de ne pas me laisser déborder aussi, par des aspects psy ou des aspects que ne sont pas dans mon champ de compétences. Ce qui est intéressant avec ce modèle et surtout l'outil, c'est d'identifier les problématiques occupationnelles, qui peuvent devenir, ou pas, des objectifs en ergothérapie. La problématique occupationnelle, on va essayer de la transformer en objectifs SMART, et une fois qu'on a atteint notre objectif, on a atteint notre objectif. Et ça, c'est intéressant parce qu'on est pas sur des rééducations qui vont durer longtemps, où on ne sait pas ce qu'on va faire. C'est une approche qui est très descendante, qui nous permet d'arriver à des objectifs SMART, avec une certaine efficacité. Après, j'utilise aussi la méthode Co-oP, ce sont les mêmes auteurs, on retrouve un peu la même philosophie, et de ce fait je vois beaucoup plus là où je vais et quand je dois m'arrêter. Et je m'arrête. On n'est pas là pour réparer les enfants et les rendre normaux

entre guillemets. On est là pour les habiliter à l'occupation, leur permettre de réaliser des activités prioritairement.

- **Vous utilisez donc la MCRO ?**

- Quasiment tout le temps.

- **Comment faites-vous ? Passez-vous par des outils comme OT'hope, PACS ?**

- Alors c'est un entretien, occupation-centré. Quand c'est nécessaire, je vais m'appuyer sur OT'hope avec les images, c'est un outil qui facilite l'entretien. Je vais chercher dans ma boîte à outils les outils nécessaires, mais ce n'est pas systématique. La formation MCREO, m'a apporté beaucoup de choses sur la définition de l'occupation qui est quelque chose qui n'est pas claire du tout, qui reste complexe. L'approche client-centrée que j'avais déjà, mais ça l'a renforcée, et les techniques d'entretien aussi.

- **Par rapport à ces entretiens et est-ce que l'autodétermination des objectifs, n'est pas une limite, quand la plainte de l'entourage, n'est pas celle de l'enfant ?**

- L'intérêt de ce modèle, c'est que notre client, là je vais revenir "la constellation du client" défini par Fisher, n'est pas que l'enfant, c'est aussi, les parents, les AESH, les profs. Donc, si l'enfant n'a pas de plaintes sur l'écriture, mais qu'en classe, il ne peut pas écrire lisiblement, je vais rediscuter avec le jeune et ses parents pour renégocier.

Car il y a des occupations qui sont certes prioritaires, et d'autres parfois, obligatoires comme être lisible, comme avoir un rôle d'élève... Il y a des activités qui sont plus ou moins déterminées par notre communauté et par notre environnement et que l'on doit acquérir. On va donc négocier avec l'enfant et les partenaires potentiels.

- **Vous voulez rajouter quelque chose ?**

On entend souvent de la part des étudiants que les modèles, ça ne sert à rien, mais si, ça sert à guider notre pratique, de la cerner, et de savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait. Ce qui est compliqué c'est de mettre en lien cette théorie que vous avez à l'école avec la pratique, mais cette théorie éclaire la pratique et la pratique enrichit la théorie. Il est nécessaire de faire des allers-retours entre les deux, ça nous permet d'avoir des rétroactions sur notre pratique, d'avoir une réflexion autour de notre pratique, une analyse réflexive, et ça permet de faire évoluer la profession. En France il sera intéressant par la suite, et là je passe le flambeau aux jeunes, d'avoir des modèles, franco-français, adaptés à notre culture, parce que certains des modèles nord-américains qu'on utilise ne répondent pas complètement à nos problématiques locales.

- **Avant de choisir le MCREO, je me suis intéressée au modèle des 10 habilitations (MCHCC), et justement je me suis heurtée à des difficultés**

car il n'est pas totalement en phase avec notre culture et avec le rôle de l'ergothérapeute au Canada comparé à la France.

- Le fait d'utiliser un modèle ça éclaire énormément de choses, et je sais que ce que je fais, je ne le fais pas par intuition, que je n'invente rien et que je m'appuie sur une base théorique, importante pour notre profession, qui permet à notre profession de se développer aujourd'hui. C'est une profession qui repose sur des assises scientifiques, qui fait qu'elle est reconnue aujourd'hui, et recherchée. C'est ce qui va permettre de lancer de la recherche en France pour l'ergothérapie. Le questionnaire type MCRO, est utilisé aujourd'hui par d'autres professionnels, des médecins, des psychomotriciens, des orthophonistes, des éducateurs, des kinés, mais derrière ils n'ont pas le modèle. Et comme ils ne connaissent pas le modèle, et qu'ils n'ont pas les sciences de l'occupation comme socle de la profession, ça devient un entretien... "motivationnel" en fait... Il ne faut jamais oublier que ce modèle s'appuie sur une philosophie, des fondements théoriques, en lien avec les sciences des occupations. Et c'est ce qui nous identifie nous, ergothérapeutes.
- **Je vous remercie**

Résumé/Abstract

TITRE : Ergothérapie et amélioration du rendement scolaire du collégien présentant des troubles de l'apprentissage.

Mots-clés : Ergothérapie - Troubles des apprentissages - Rendement scolaire - Collège

Résumé : Les ergothérapeutes sont de plus en plus sollicités pour des problématiques occupationnelles en lien avec la scolarité. Mais comment l'ergothérapeute peut-il améliorer le rendement scolaire du collégien présentant des troubles des apprentissages ?

Nous retrouvons dans le DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) les troubles neurodéveloppementaux qui regroupent différents troubles dont le trouble spécifique des apprentissages, le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA-H) et le Trouble Développementnel de la Coordination (TDC).

Concernant la prise en soin de ces troubles, nous faisons l'hypothèse que l'ergothérapeute qui s'appuie sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel peut aider le collégien à améliorer son rendement scolaire.

En effet, il apparaît qu'en se basant sur un modèle client-centré, en choisissant de faire passer des entretiens axés sur la problématique occupationnelle, et en faisant émerger des objectifs SMART, l'ergothérapeute propose une prise en soin à l'écoute de son client. Placer le jeune au centre de son suivi semble permettre de maintenir constante sa motivation et d'améliorer son rendement scolaire.

TITLE: Occupational therapy and improving the school performance of secondary school students with learning disabilities.

Keywords: Occupational therapy – Learning disabilities – Academic performance – Secondary education – Secondary school

Abstract: Occupational therapists are increasingly solicited for occupational issues related to schooling. But how can they improve the academic performance of secondary students with learning disabilities ?

In the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), neurodevelopmental disorders include various disorders such as Specific Learning Disorder, Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADD-H), and Developmental Coordination Disorder (DCD).

We assume that, regarding the care of these disorders, occupational therapists relying on the Canadian Model of Occupational Performance can help secondary students improve their academic performance.

Indeed, it appears that by adopting a client-centered approach, by choosing to conduct interviews that are focused on the occupational problem, and by bringing out SMART goals, occupational therapists offer attentive care. Placing young patients at the center of their treatment seems to help maintain their motivation at constant level and improve their academic performance.