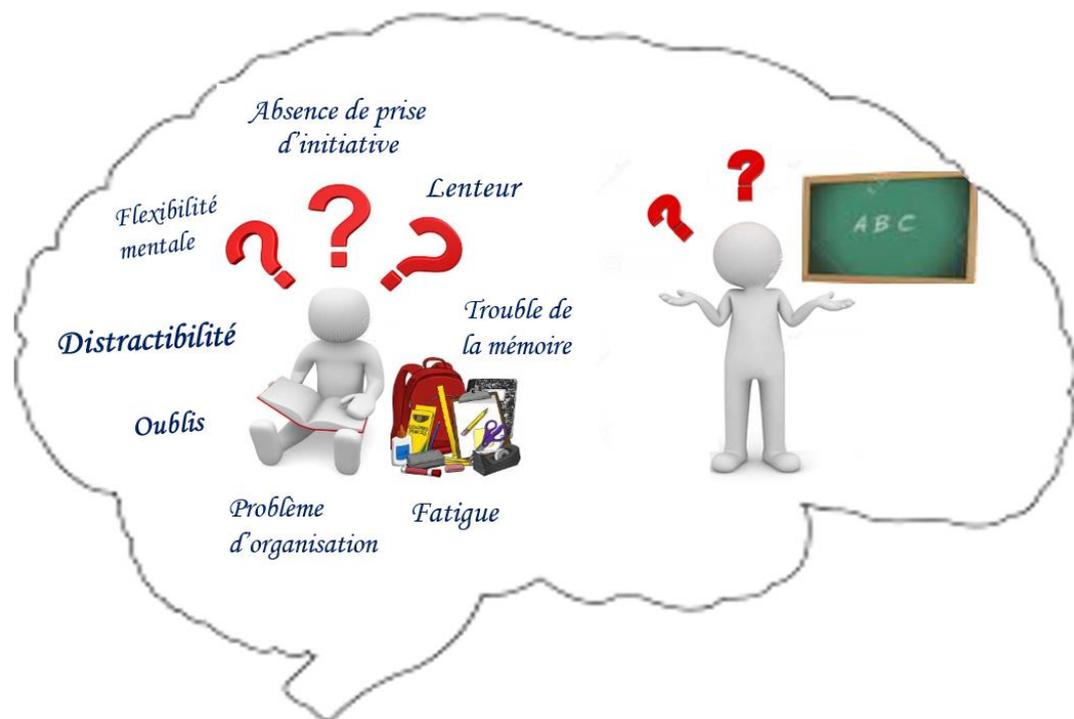


La collaboration enseignants/ergothérapeutes dans le suivi de l'enfant traumatisé crânien léger



Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie

- Session Juin 2018 -

Lorraine BAUMANN

Promotion 2015-2018

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de texte, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussigné(e), étudiante en 3^{ème} année en
institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les
règles édictées.

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

A Créteil, le

Signature :

NOTE AUX LECTEURS

« 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 toutes les personnes qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire d'initiation à la recherche. Et tout particulièrement,

Madame Jannick LAVIGNE, tutrice de mémoire, pour sa disponibilité et son accompagnement dans la rédaction de ce mémoire.

Madame Cynthia ENGELS, Monsieur Robin BAIRET, ainsi que toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie, pour leurs conseils avisés et leur suivi durant ces cinq années et tout au long de ce travail.

Tous les ergothérapeutes et les enseignants ayant donné de leur temps et accepté de participer à mon investigation.

« Pas de traumatisme crânien assez sévère pour désespérer, ni de traumatisme crânien assez léger pour le négliger ». Hippocrate (400ans avant JC)

Sommaire

Introduction.....	1
I. Partie théorique	3
1. La scolarisation des enfants handicapés : les lois.....	3
1.1. Sur le plan national.....	3
1.1.1. La loi du 11 Février 2005.....	3
1.1.2. Les formes de scolarisation en milieu scolaire ordinaire.....	3
1.1.3. La formation des enseignants en milieu scolaire ordinaire	4
2. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).....	5
3. La personne : enfant âgé de 6 à 11ans ayant subi un traumatisme crânien léger.....	7
3.1. Définition et épidémiologie du traumatisme crânien léger.....	7
3.2. Classification des traumatismes crâniens	8
3.2.1. La perte de connaissance initiale.....	8
3.2.2. L'amnésie post-traumatique.....	8
3.2.3. L'échelle de Glasgow	8
3.3. Physiopathologie	9
3.4. Particularité du traumatisme crânien léger chez les enfants	9
3.5. Les séquelles du traumatisme crânien léger et leurs répercussions	10
3.5.1. Les troubles comportementaux et affectifs	11
3.5.2. Les troubles cognitifs et attentionnels	11
3.6. Le handicap invisible	14
4. Occupation – les tâches scolaires	15
4.1. L'école élémentaire ordinaire	15
4.1.1. Le milieu scolaire ordinaire.....	15
4.1.2. L'école élémentaire et ses objectifs	15
4.2. Impact du traumatisme crânien léger sur la participation de l'enfant aux tâches scolaires. .	16
4.2.1. La mémoire	16
4.2.2. L'attention.....	17
4.2.3. La vitesse de traitement de l'information	17
4.2.4. Les fonctions exécutives	17
4.2.5. La concentration	18
5. L'environnement social : La collaboration enseignants/ergothérapeutes.....	19
5.1. La collaboration.....	20
5.1.1. Définition	20

5.1.2. Les notions de la collaboration	20
5.2. Les enseignants	21
5.2.1. Le rôle des enseignants.....	21
5.2.2. Le rôle des enseignants dans la collaboration	21
5.3. Les ergothérapeutes	22
5.3.1. Les ergothérapeutes intervenant en milieu scolaire	22
5.3.2. Le rôle des ergothérapeutes dans la collaboration	23
5.3.3. Les adaptations, les outils de l'ergothérapeute pour l'enseignant	25
II. Partie expérimentale.....	29
1. Démarche méthodologique.....	29
1.1. Objectifs de l'enquête.....	29
1.2. Choix de la population	29
1.2.1. Les enseignants.....	30
1.2.2. Les ergothérapeutes	30
1.3. Choix de l'outil d'investigation.....	30
1.4. Construction de l'outil.....	31
1.4.1. Le questionnaire	31
1.4.2. L'entretien.....	31
2. Analyse des résultats	32
2.1. Présentation des résultats bruts	32
2.2. Analyse des résultats des questionnaires et des entretiens.....	40
2.3. Conclusion de l'analyse des résultats de l'enquête, en lien avec les objectifs initiaux.	43
3. Discussion	44
3.1. Liens et transpositions	44
3.2. Limites et intérêts de l'étude	49
3.2.1. Les limites.....	49
3.2.2. Les intérêts.....	50
4. Conclusion.....	51
Liste des abréviations.....	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES.....	I

Introduction

La scolarisation des élèves en situation de handicap est une priorité nationale majeure. Suite à la loi du 11 février 2005, l'évolution législative sur l'intégration scolaire des personnes en situation de handicap est frappante. Ainsi, « *le service public d'éducation [veille] à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction* » (Ministère de l'Education Nationale, 2017). En une dizaine d'années, le regard et les moyens mis en place pour ces personnes ont largement changés. Ils sont passés d'une logique de discrimination et de mise à l'écart, à une logique d'intégration prenant en compte la personne et son handicap. Ainsi, la scolarité est ouverte à tous, quelle que soit la situation de handicap. Le nombre d'élèves en situation de handicap, scolarisé en milieu ordinaire, a par conséquent plus que doublé, passant de 126.972 en 2004-2005 à 300.815 en 2016-2017. (Ministère de l'Education Nationale, 2017) (Annexe 1)

Lorsque l'on parle de situation de handicap cela peut faire référence à une multitude de handicaps. Dans ce travail, je me suis intéressée au traumatisme crânien léger (TCL). Celui-ci correspond à « *une commotion cérébrale traduite par l'interruption temporaire du fonctionnement habituel du cerveau.* » (CASSIDY, 2004) Il représente la plus grande proportion des Traumatismes Crâniens (TC) : « *85% sont légers, 15% sont modérés ou graves.* » (LETOURNEAU, 2002, p. 8). Chaque année en France, environ 155.000 personnes sont admises aux urgences pour un TC. En 2013, 30.165 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés pour un TC au cours de l'année (InVS, 2016).

Ce choix, ciblé sur le TCL a émergé suite à la prise en charge d'un enfant traumatisé crânien lors d'un stage réalisé dans un service de rééducation et de réadaptation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant. Cet enfant avait des troubles cognitifs tels que des troubles de la mémoire ou des fonctions exécutives, et rencontrait des difficultés même au sein de l'école spécialisée de l'hôpital. Je me suis alors questionnée sur le rôle et les compétences qu'avait ici l'enseignant en charge. J'ai ensuite réfléchi autour des questions relatives à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants victimes de TCL.

Depuis 2005, « *il est légitime que le programme "ordinaire" s'applique à tous.* » (GACHET, 2007) Ainsi, les enseignants des milieux ordinaires sont eux aussi sujet à enseigner à de tels enfants. Si le TC est qualifié de "léger" il n'est pourtant pas dépourvu de conséquences. Ainsi, l'enfant victime d'un TCL, comme lors d'un TC grave peut être atteint de séquelles ou d'incapacités plus ou moins nombreuses et diversifiées, impactant son processus d'apprentissage et ses occupations. Néanmoins, si un enfant victime d'un TC grave est reconnu et suivi dans sa scolarité par des ergothérapeutes et toute une équipe de professionnels, en plus

de son enseignant, (Dr PRADAT-DIEHL, 2010) peu de démarches sont faites dans ce sens pour les enfants ayant subi un TCL. Or, même léger, le TC peut avoir des répercussions sur la scolarité et l'enseignant semble être seul face à ces enfants en difficultés.

En tant que future ergothérapeute je me suis demandée ce que je pourrais apporter à ces enfants et à ces enseignants. Cette réflexion m'a amenée à établir la question de recherche suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il améliorer le processus d'apprentissage d'enfants ayant des troubles cognitifs suite à un traumatisme crânien léger en classe élémentaire ordinaire ?**

En tant qu'ergothérapeute nous avons les compétences pour "former et informer" et nous sommes experts de l'occupation. (AUBRY, 2013) De ce fait, en collaborant avec des ergothérapeutes, ces enseignants peuvent s'adapter davantage aux capacités de l'enfant traumatisé crânien léger, afin que celui-ci améliore son processus d'apprentissage et ses occupations lors de sa scolarité. La collaboration venant du latin "laborare" et "cum" signifiant respectivement "travailler" "avec" (ALEXANDRE A., LEVEFERE G. et al , 2010). Ainsi, ergothérapeutes et enseignants, mutualisent leurs compétences et connaissances, et travaillent ensemble sur un projet commun. L'hypothèse suivante est alors proposée :

La collaboration avec des ergothérapeutes permet aux enseignants des classes élémentaires ordinaires de s'adapter aux capacités de l'enfant présentant des troubles cognitifs ayant une répercussion sur leur scolarité, suite à un traumatisme crânien léger.

Le travail que je présente a donc pour but de vérifier et valider ou non cette hypothèse. Ainsi, je présenterai dans une première partie les différents apports de mes recherches bibliographiques. J'exposerai d'abord le cadre législatif lié à mon travail de recherche puis je présenterai selon les trois composantes de mon modèle mes concepts. Respectivement je présenterai la personne, enfant âgé de 6 à 11ans ayant subi un TCL, l'occupation, qui correspond aux tâches scolaires et enfin l'environnement social, qui se rapporte à la collaboration enseignants/ergothérapeutes. Ce dernier concept permet de mettre en avant les spécificités de l'ergothérapie auprès de ces enfants scolarisés en classes élémentaires ordinaires.

La seconde partie, partie expérimentale de mon mémoire, est portée sur les enquêtes menées sur le terrain et sur le choix de mes outils méthodologiques : questionnaires et entretiens, sur l'élaboration de ces derniers et sur l'obtention des résultats.

Enfin, une analyse des résultats de mon enquête ainsi que leur confrontation avec mon cadre théorique constitueront la troisième et dernière partie de ce mémoire d'initiation à la recherche.

I. Partie théorique

1. La scolarisation des enfants handicapés : les lois

L'intégration des personnes en situation de handicap est une démarche importante et en développement dans notre société. L'intégration scolaire en est une composante centrale, qui, grâce au cadre législatif, a su se forger une place dans notre société.

1.1. Sur le plan national

1.1.1. La loi du 11 Février 2005

En conformité avec ces textes internationaux, la loi du 11 février 2005 est à l'origine de ce que le ministère de l'Éducation nationale a qualifié « *d'inversion fondamentale du principe de scolarisation des élèves handicapés* » (GACHET, 2007). En effet, cette loi « *est venue supprimer le clivage traditionnel entre éducation ordinaire et éducation spéciale* » (SARRALIE, 2016, p. 12). Le service public d'éducation veille ainsi à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction, et met en avant la scolarisation en milieu ordinaire. (ESENESR, 2017)

Cette loi montre cependant des failles puisque si la politique permet l'inclusion scolaire des personnes en situation de handicap, les enseignants, eux, ne semblent pas y être formés. Cela étant dû à un manque, une insuffisance des possibilités de formation sur ces sujets. Ce manque de formation semble être un manque à combler, d'où l'intérêt d'un mémoire d'initiation à la recherche visant à aider ces enseignants par une collaboration avec des ergothérapeutes.

1.1.2. Les formes de scolarisation en milieu scolaire ordinaire

Le Ministère de l'Éducation Nationale (2017) propose deux formes de scolarisation dans les écoles du milieu ordinaire :

- La scolarisation dite "individuelle", dans des classes dites "ordinaires" ou dans des classes adaptées à des élèves ayant des difficultés scolaires ou sociales.
- La scolarisation dite "collective" au sein de classes spécialisées situées dans des établissements scolaires ordinaires. Les classes, proposant un effectif réduit, sont dédiées aux élèves en situation de handicap, où un enseignement différencié et aménagé, est proposé à l'enfant. (ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire, UPI : Unité pédagogique d'Intégration)

Dans les deux cas, la scolarisation peut s'accompagner d'actions ou de soutiens extérieurs.

1.1.3. La formation des enseignants en milieu scolaire ordinaire

Depuis la loi de 2005, l'Education Nationale favorise l'inclusion scolaire de tous les enfants quel que soit leur handicap. Cependant, dans quelle mesure assume-t-elle ce changement au niveau de la formation des enseignants ? En effet, cette inclusion « *impose une nouvelle réflexion aux enseignants sur les modalités d'accueil de ces enfants mais aussi sur les modalités pédagogiques et de socialisation.* » (DE SAINT-MARTIN C., 2015). Assurer l'accueil d'élèves en situation de handicap « *avec des profils atypiques [...] exige des compétences professionnelles spécifiques.* » (RICHARD-ROUSSEL, 2011) Les enseignants se doivent donc d'acquérir ces nouvelles connaissances, nécessaires à un enseignement adéquat. Or, reçoivent-ils une formation sur le TCL et ses troubles cognitifs ?

Pour devenir professeur des écoles, il faut, après une licence, suivre la formation du master des métiers de l'enseignement de l'éducation et de la formation (MEEF), puis passer le concours de recrutement de professeurs des écoles (CRPE). (Ministère de l'Education Nationale, 2018)

Selon Mr BLANC (2011), la formation des professeurs, ne permet pas d'assurer un niveau uniforme de formation, et il s'agit de formations courtes (RICHARD-ROUSSEL, 2011). Celles-ci sont bien souvent limitées à « *une sensibilisation, une transmission de savoirs généraux, émiettées et le plus souvent inopérantes* » (GARDOU, 2008), et elles ne sont pas les mêmes selon les Académies. En effet, selon Mme BRULIN, gestionnaire administrative de l'ESPE de l'Académie de Paris, quelques cours (un module de 9h) sur les situations de handicap sont dispensés lors du master. (Annexe 2) Pour l'Académie de Lyon, ce sont des modules de 12h qui sont proposés, aussi bien pour les enseignants de 1^{er} que du 2nd degré. Ces faibles volumes horaires ne permettent pas aux enseignants d'accéder à un niveau plus précis, dans l'analyse des besoins, les prises en compte et les gestes professionnels associés, ou encore dans les partenariats pour construire le projet de l'enfant.

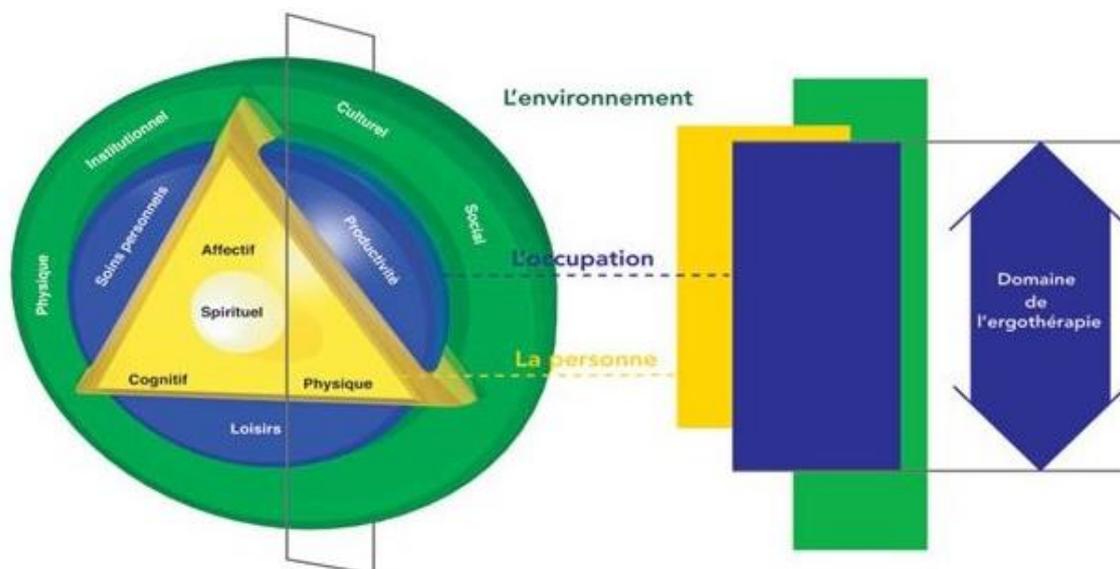
Si de telles formations semblent être proposées aux "nouveaux" enseignants (après la loi de 2005), ceux diplômés avant cette loi n'ont eux, jamais eu de telles unités d'enseignements. Aucune ou trop peu de démarches sont faites dans ce sens alors qu'une part croissante des enseignants des classes ordinaires est susceptible d'accueillir un élève TCL. Aujourd'hui, « *malgré l'affichage de priorités par l'administration centrale, les inspections académiques et les chefs d'établissements, la formation des enseignants au handicap relève aujourd'hui du volontariat.* » (BLANC, 2011) Les enseignants des milieux scolaires ordinaires ont cependant besoins d'être accompagnés, épaulés c'est pourquoi une collaboration avec des ergothérapeutes semble judicieuse.

Dans les établissements scolaires médico sociaux, l'enseignement lui est assuré par un personnel qualifié, relevant du ministère chargé de l'éducation. La politique actuelle veut un retour en classes ordinaires alors pourquoi l'enseignement ne devrait être adapté que lorsque l'enfant est dans un établissement scolaire médicosocial ?

Pour mieux comprendre mes différentes thématiques et les enjeux de la collaboration enseignant/ergothérapeute en milieu scolaire ordinaire, je m'appuierai sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce modèle conceptuel me paraît intéressant car il est centré sur la personne et il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement et ses activités ou ses occupations.

2. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle conceptuel humaniste, élaboré au Canada par des ergothérapeutes privilégiant l'approche centrée sur la personne vivant une situation de handicap.



La personne est considérée selon un cadre de référence holistique. Son but est d'illustrer la perspective canadienne de l'ergothérapie sur la relation dynamique qui existe entre ses composantes : la personne, l'environnement et l'occupation. « *Il fournit un cadre de référence pour promouvoir l'occupation chez toutes les personnes.* » (ACE, 2002, p. 37) Cette dernière fait référence à l'ensemble des activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent une valeur et une signification. Elle donne sens à la vie, est déterminant de la santé et procure un sentiment de contrôle et de satisfaction. L'occupation est représentée « *comme un*

pont qui relie la personne et l'environnement, indiquant que les individus agissent sur l'environnement par l'occupation. » (MARTINEN A. et al., 2013) Selon MEYER (2013), les occupations sont « *tout ce que les gens font [...] dans leur vie de tous les jours, [...] elle[s] caractérise[nt] l'être humain. Elles occupent du temps, [...] concernent autant les soins personnels, que les loisirs ou le travail. Elles existent dans l'environnement physique et social [...].* » Ainsi, cet auteur démontre que l'occupation est centrale dans la vie de la personne, qu'elle donne un caractère identitaire et qu'elle permet une ouverture envers autrui.

L'utilisation du MCREO dans mon mémoire d'initiation à la recherche met en avant la personne, c'est-à-dire l'enfant de 6 à 11ans ayant subi un TCL et cela dans toutes ses dimensions : physique, comportementale, affective et cognitive. Mais la dimension spirituelle, très personnelle, également présente dans ce modèle, ne sera pas évoquée dans mon travail, celle-ci étant trop large et générale.

La participation et le rendement occupationnel dans la productivité et les loisirs, à savoir pour cette population, la scolarité en classe élémentaire ordinaire et ses tâches scolaires sont également exploités. « *La participation [de l'enfant] est un concept actif caractérisé par l'implication et la participation, et qui est dicté en partie par les besoins biologiques d'agir, de trouver un sens, et d'établir des liens avec d'autres par l'action* » (TOWNSEND E., POLATAJKO H., CRAIK J., 2007). Elle comprend tout ce que nous faisons pour participer ou pour nous occuper. (TOWNSEND E., et al., 2007). Chez les enfants c'est particulièrement lors de la scolarité que ces besoins biologiques se mettent en place.

Enfin, le dernier concept, celui de "l'environnement", pouvant lui aussi influencer grandement la situation de l'enfant. Il n'est évoqué ici que l'environnement social, à savoir l'entourage de l'enfant à l'école, les enseignants mais aussi les ergothérapeutes.

Le MCREO et toutes ses composantes (personne, environnement et occupations), sont en interaction et sont utilisées pour mettre en avant le rendement occupationnel de l'enfant dans ses activités et tâches scolaires. Si une des trois composantes de ce modèle est modifiée ou perturbée cela va par conséquent impacter sur le rendement et sur la participation occupationnelle de la personne. Le rendement occupationnel étant 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 E., POLATAJKO H., 2013)

Ici, en raison des troubles cognitifs, l'enfant traumatisé crânien léger aura plus de difficultés à s'engager dans ses occupations.

3. La personne : enfant âgé de 6 à 11ans ayant subi un traumatisme crânien léger

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel permet d'illustrer la personne, ici un enfant âgé de 6 à 11 ans.

3.1. Définition et épidémiologie du traumatisme crânien léger

Le TC est une lésion cérébrale d'origine traumatique qui représente un problème majeur de santé publique en France. Environ 155.000 cas sont recensés par an (UNAFTC, 2017). Ce sont des événements très courants dans la population pédiatrique (Dr FERRER, 2016) et sont la cause la plus fréquente de handicap neurologique chez l'enfant (GEERAERT, 2009). En 2013, en France métropolitaine, 30 165 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés pour un TC au cours de l'année (InVS, 2016). Ce chiffre est cependant sous-évalué, car beaucoup de TC ne font pas l'objet, ni d'une consultation hospitalière ni d'un diagnostic, notamment lors d'un TCL (AZOUVI et al, 2015).

Le traumatisme crânien léger est défini comme « *une altération du statut mental due à un traumatisme qui peut ou non avoir été accompagné par une perte de connaissance.* » (COLLINS M.W. et al., 1999) Il n'existe cependant pas de définition unique du TCL. Les plus courantes sont celles de l'American Congress of Rehabilitation (ACR), de la Task force de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et du Defense and Veterans Brain Injury Center (DVBIC). L'existence d'une perte de connaissance n'est pas nécessaire au diagnostic de TCL. En son absence, une altération de l'état de conscience est alors notée. Ces différentes définitions se basent entre autres sur la durée de la perte de connaissance (< 30 minutes), de l'amnésie post-traumatique (APT < 24heures) et pour l'ACR et la Task force de l'OMS sur le Glasgow initial (score entre 13 et 15). (AZOUVI et al, 2015) (LAURENT-VANNIER A., PELISSIER J. , 2010)

Le TCL est le plus fréquent des TC, « *85 % de tous les [TC] sont légers, 15 % sont modérés ou graves.* » (LETOURNEAU, 2002, p. 8). Il existe donc plusieurs degrés de TC et même si chez les enfants, le TC est le plus souvent peu ou modérément sévère, leur évaluation et leur traitement sont importants. Aujourd'hui, contrairement aux TCL, les TC graves sont davantage pris en charge pour de la rééducation, mais aussi pour leur suivi scolaire.

3.2. Classification des traumatismes crâniens

3.2.1. La perte de connaissance initiale.

Selon la durée, la perte de connaissance initiale aura un impact dans le pronostic de l'enfant. Plus le réveil du blessé sera rapide et plus grandes seront ses chances d'un retour à la normale. (CURALLUCCI H. et al, 2011, p. 187)

3.2.2. L'amnésie post-traumatique (Annexe 3)

C'est la durée de la période qui suit l'accident pendant laquelle « *le patient est confus, incapable de s'orienter, de mémoriser des évènements courants avec : troubles d'orientation, amnésie.* » (RUSSEL, 1971) Selon LECLERC (2007), la durée de cette période varie fortement d'un blessé à l'autre. La victime d'un TCL présente une amnésie de moins d'une heure alors que, pour un TC grave, cette amnésie est de 24h ou plus. Il reste cependant difficile de déterminer avec précision la durée de l'amnésie ou même de savoir s'il y a ou non oubli des évènements qui ont entouré l'accident. L'amnésie post-traumatique est un excellent indicateur du risque de séquelle ; « *l'existence d'une lacune mnésique antérograde de plus de 24h marque un indéniable risque de séquelles cognitives.* » (WILSON J.T., TEASDALE G.M. et al., 1994)

3.2.3. L'échelle de Glasgow (Annexe 4)

L'échelle de Glasgow Coma Scale (GCS) est couramment utilisée pour classer les lésions cérébrales, pour définir le niveau de gravité et « *permet l'évaluation de l'état de conscience à un instant donné et de suivre l'évolution.* » (TEASDALE G., JENNETT B., 1974) Elle permet de connaître la profondeur et la durée du coma, deux critères majeurs du pronostic. Elle est cotée de 3 : coma profond, à 15 : personne parfaitement consciente, (UNAFTC, 2017) et s'évalue sur trois critères : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. (LECLERCQ, 2007)

TC Léger score compris entre 15 et 13	TC modéré score de 12 à 9	TC grave score entre 8 et 3.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------

L'Echelle de Glasgow est indispensable pour le bilan initial et l'évolution des premiers jours de l'enfant. Bien que controversé chez ce dernier, ce score reste la référence. C'est un outil essentiel, mais il faut rester vigilant, car chez les enfants, les lésions secondaires sont plus fréquentes, entraînant des symptômes qui apparaissent parfois de manière retardée. (Dr CHEVIGNARD, M., 2012) La prise en charge des TC de l'adulte ne pouvant pas être transposée à l'enfant.

3.3. Physiopathologie

Le mécanisme, lui, est le même chez l'adulte et chez l'enfant. Il s'agit d'un traumatisme qui survient à la suite de phénomènes physiques d'accélération-décélération qui mettent en jeu des forces de cisaillement et d'étirement au sein de la boîte crânienne, au niveau du cerveau (avec ou sans lésions) (Campus de Neurochirurgie, 2006). Lors du traumatisme, les phénomènes physiques liés à l'impact et aux forces d'inertie associent leurs effets « *pour provoquer des lésions de contusion à la surface du cerveau et/ou des lésions profondes au niveau des axones.* » (Campus de Neurochirurgie, 2006)

La gravité et le devenir d'un TC dépendent de la sévérité de l'atteinte lésionnelle cérébrale. Après un tel traumatisme il est généralement difficile de redonner au cerveau le contrôle des fonctions perdues ou diminuées. Les conséquences sur le fonctionnement neuronal sont immédiates ; elles sont transitoires en cas de sidération de la fonction, ou définitives en cas de lésion anatomique. (Dr TOUITOU, 2017) Des améliorations sont néanmoins possibles même si le cerveau est lésé. L'âge de la personne ou encore la gravité des dommages vont être deux des facteurs de récupération les plus importants pour prédire l'évolution du traumatisé crânien. (Dr MAJDOUB A., Dr MEKSI Y., 2016)

3.4. Particularité du traumatisme crânien léger chez les enfants

Contrairement à l'adulte, « *l'enfant est un être en développement, dont le cerveau est encore immature* », (Dr CHEVIGNARD M., 2015) et est le siège d'une activité métabolique particulièrement intense. Selon les Dr CHEVIGNARD et LAURENT-VANNIER (2004), une fonction en développement est plus vulnérable qu'une fonction déjà installée. Ainsi,

« en cas de lésion cérébrale, l'acquisition d'une habileté émergente pourra être retardée ou son ordre d'apparition sera perturbé. Dans le cas d'une lésion cérébrale survenant alors que l'habileté est partiellement acquise, il est probable que la suite de son développement en sera ralentie. Et enfin, lorsque l'habileté cognitive est complètement établie, le contrôle de cette habileté pourra être déficient, ce qui se manifestera par une perte temporaire de l'habileté ou par une altération dans le maintien de celle-ci. » (DENNIS, 1989)

Une étude pilote, a permis de formuler l'hypothèse qu'un TCL chez un enfant d'âge préscolaire affecterait ses capacités d'apprentissage. (Dr CHEVIGNARD M., LAURENT-VANNIER A., 2004) L'enfant a donc des réactions anatomiques et physiologiques propres à son cerveau encore en maturation. « *Les lésions cérébrales acquises de l'enfant peuvent avoir des conséquences importantes sur [son] développement ultérieur.* » (TOURE PELLEN H., CHEVIGNARD M., 2015)

Il est généralement difficile de redonner au cerveau le contrôle des fonctions perdues ou diminuées. Néanmoins, il est possible de voir apparaître des améliorations mais des séquelles vont tout de même persister. Est appelée séquelle la « *lésion ou manifestation fonctionnelle persistant après la guérison d'une maladie, d'une blessure.* » (Larousse Médical, 2018) Les séquelles peuvent prendre la forme de déficiences (diagnostics médicaux, neurologiques, ...) ou de limitations (difficultés dans la vie quotidienne résultant des déficiences). Les troubles cognitifs peuvent donc rester présents et vont avoir une répercussion sur la scolarité. Le TCL, malgré son appellation, n'est donc pas toujours bénin, et peut entraîner des troubles à distance. (Dr CHEVIGNARD M., et al., 2004)

3.5. Les séquelles du traumatisme crânien léger et leurs répercussions

« *Parce que chaque personne est unique, chaque cerveau est spécifique et sa possibilité de récupération l'est aussi.* » (SARRALIE, 2016)

Le cerveau étant le moteur des comportements humains, si celui-ci est lésé cela peut entraîner différents types de désordres chez la personne accidentée. Dans les suites immédiates du choc, on retrouve souvent des symptômes physiques ou somatiques tels que des céphalées, des étourdissements, des sensations vertigineuses, des nausées et vomissements, cela fréquemment associés à de la somnolence. (ALLAIN P., AUBIN G. et al, 2004)

Si les conséquences d'un TCL sont moins facilement repérables que pour un TC grave, des séquelles sont tout de même présentes. (LECLERCQ, 2007) Contrairement aux TCL modérés ou graves, le TCL ne présente pas de troubles physiques et sensoriels. Il présente davantage des troubles affectifs et comportementaux, et particulièrement des troubles cognitifs. Si ces différents symptômes tendent à diminuer au cours des 3 à 6 mois suivants, (PONSFORD J., SCHÖNBERGER M., 2010) dans 20% des cas, l'enfant ne récupère pas, (Dr FERRER, 2016) et des séquelles sont possibles et peuvent persister quelques années après. (BRYANT R.A. et al., 2014) Ces dernières vont avoir des répercussions majeures, qui vont surtout se voir lorsque le jeune doit user de ses capacités cognitives, notamment lors de sa scolarité. Ces troubles persistants affectent donc le présent, et l'enfant « *peu[t] se trouver en difficulté significative lorsqu'[il] [essaie] de reprendre [son] style de vie antérieure.* » (MEULEMANS, 2004)

« *Les lésions cérébrales offrent des tableaux cliniques complexes* » et diversifiés.

(HAMONET C., JOUVENCEL M. (de), 2004)

3.5.1. Les troubles comportementaux et affectifs

L'enfant cérébrolésé peut connaître des modifications au niveau de son comportement et au niveau de sa sphère affective et relationnelle et cela sans que celui-ci en soit réellement conscient. Ces modifications peuvent être « *sous forme soit d'une perte des initiatives et d'une apathie, soit au contraire d'une désinhibition, et de difficultés du contrôle du comportement pouvant mener à des actes socialement inadaptés.* » (UNAFTC, 2017) Ces troubles vont perturber les activités relationnelles mais aussi scolaires de l'enfant.

3.5.2. Les troubles cognitifs et attentionnels

Les troubles cognitifs sont à la fois les plus fréquents, et les plus déterminants pour l'évolution globale des personnes victimes de TCL. (MAZAUX J.M. et al., 1997) Ils sont les plus durs à distinguer et les principaux domaines touchés sont ceux de la mémoire, de l'attention, de la vitesse de traitement de l'information et des fonctions exécutives. (AZOUVI et al, 2015) On peut également retrouver un manque de concentration. (TOURE PELLEN H., CHEVIGNARD M., 2015). Tous ces troubles vont alors demander des efforts supplémentaires à l'enfant chez lequel on va retrouver dans la plupart du temps une grande fatigabilité. Un descriptif de ces troubles présents la plupart du temps après un TCL fait suite.

3.5.2.1 La mémoire

Les plaintes mnésiques sont parmi les plus fréquentes chez les victimes d'un TCL. Elles seraient également les plus durables, « *persistant parfois au-delà de la 1^{ère} année suivant la survenue du traumatisme.* » (ALLAIN P., AUBIN G. et al, 2004). La mise en œuvre de la mémoire suppose (GIL, 2006) :

- La réception, la sélection et, de manière plus générale, le traitement d'informations reçues par les organes des sens.
- Le codage et le stockage de ces informations [...], avec des réseaux représentant le support des informations stockées.
- La capacité d'accéder à ces informations.

Plusieurs types de mémoire existent, et certaines peuvent être atteintes à la suite d'un TCL.

- Mémoire de travail : « *La mémoire de travail a une contribution vitale aux apprentissages dans la classe.* » (ALLOWAY, 2006)

Elle « *permet de stocker et de manipuler des informations pendant de courtes périodes et lors de la réalisation d'une activité.* » (DEGIORGIE C. et al., 2017) En psychologie cognitive, elle peut se définir comme la faculté à conserver temporairement des données sans se laisser

distraire tout en exerçant une autre activité. La mémoire de travail est largement utilisée dans l'ensemble des tâches scolaires (calcul, résolution de problèmes, raisonnement verbal et logique, compréhension du langage oral et écrit. (SAMIER R. et al. 2016)) « *Il faut savoir que la mémoire de travail est relativement fragile puisque sa capacité est limitée. En moyenne, il est possible de retenir environ 7 éléments.* » (BOILY, 2017)

- **Mémoire épisodique** :

La mémoire épisodique peut elle aussi être altérée suite à un TCL. Elle permet au sujet « *d'enregistrer et de se souvenir d'informations référencées dans un environnement spatial et temporel, donc de se souvenir d'évènements de sa propre histoire personnelle, familiale ou sociale.* » (TULVING, 1983) Elle se réfère à des évènements bien précis, à des informations relatives à notre vécu situables dans le temps et l'espace. (BUSSY, 2016)

3.5.2.2 L'attention

« *L'attention suppose à la fois l'orientation et la concentration mentale vers une tâche et l'inhibition d'activités concurrentes.* » (GIL, 2006) Elle fait référence à la capacité à se concentrer sur une tâche donnée en dépit de ce qui se passe autour ou à partager son attention entre plusieurs tâches simultanément. (SAVALLE, 2015). Plusieurs types d'attention sont nécessaires pour avoir un processus d'apprentissage efficace.

- **L'attention sélective** : sélectionne les informations pertinentes parmi les non pertinentes, écarte les distracteurs.
- **L'attention soutenue** : permet de maintenir l'attention sur un temps long.
- **L'attention divisée** : est nécessaire pour traiter deux informations simultanément (situations de double tâche). Pour qu'elle puisse fonctionner relativement bien, il faut que l'une des deux tâches soit automatisée.

3.5.2.3 La vitesse de traitement de l'information

La vitesse de traitement de l'information réfère au rythme auquel les différentes opérations mentales sont déclenchées et exécutées. (SAVALLE, 2015) C'est la vitesse avec laquelle l'enfant comprend et réagit face à l'information qu'il reçoit (voie visuelle ou auditive ou le mouvement). Dans le cadre du TCL, on constate souvent un allongement de cette vitesse de traitement. Pour SPIKMAN J.M., et al, (1996), ce ralentissement expliquerait la plupart des troubles cognitifs observés après un TCL, notamment attentionnels exposés ci-dessus.

3.5.2.4 Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives correspondent aux fonctions cognitives élaborées, intervenant à la fois dans le comportement orienté vers un but et dans les activités non routinières. (AZOUVI P. , 2015) Elles jouent un rôle prépondérant dans l'orchestration des actions de la personne. Elles correspondent ainsi à ses capacités nécessaires pour s'adapter à des situations nouvelles, en ayant un comportement approprié, pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite. Plusieurs aspects peuvent être évalués. (SAVALLE, 2015)

- L'organisation/la planification : capacité à utiliser des stratégies efficaces, établir des priorités, anticiper et prévoir les étapes d'une tâche.
- L'inhibition : capacité à résister aux distractions ou à inhiber une réponse/un commentaire attendu(e) qui nous traverse l'esprit (capacité souvent comparée à un filtre)
- La flexibilité mentale : capacité à s'adapter à la nouveauté, aux changements. Elle désigne le fait de « *choisir entre plusieurs éventualités, puis en fonction des contingences, changer de choix, ce qui suppose d'inhiber le premier choix et de se diriger ensuite vers un autre.* » (GIL, 2006)
- Le jugement : capacité à évaluer la meilleure alternative face à un problème en fonction des buts à atteindre, afin de prendre les décisions appropriées et d'adopter un comportement adapté.

3.5.2.5 La concentration

La concentration est différente de l'attention, bien que ces deux notions soient interdépendantes et complémentaires. C'est un processus qui nécessite un niveau de conscience bien plus élevé que l'attention. La concentration est la capacité que nous avons à porter notre attention sur une tâche, un objet, une idée, tout en faisant abstraction du reste. Elle peut donc réduire drastiquement la largeur de champ d'attention nécessaire à une situation donnée. Se concentrer est un acte volontaire, qui maintient l'attention à son plus haut niveau. (CHRISTENSEN, 2014)

Tous ces troubles, pouvant persister de manière permanente après un TCL (ALLAIN P. et al, 2004), laissent à penser combien la gestion des activités scolaires peut être rendue difficile pour l'enfant. En raison de ces troubles, l'enfant va avoir des attitudes et des réactions qui vont alors venir « *grever [ses] apprentissages scolaires [...], à proportion de l'importance de l'atteinte neurologique.* » (BOISSEL, 2009)

Une des particularités du TCL chez l'enfant est que les troubles cognitifs liés aux lésions peuvent n'apparaître ou ne devenir pleinement évidents qu'après plusieurs semaines ou mois, lorsque la charge cognitive et les attentes de l'environnement augmentent (Dr CHEVIGNARD, M., 2012). Les séquelles vont donc diminuer, de manière progressive, la capacité de l'élève à réaliser ses tâches scolaires mais aussi à acquérir un processus d'apprentissage efficace et efficient. Il va avoir des difficultés à se concentrer, à résoudre des problèmes, à mémoriser, ou encore à s'adapter aux exigences du milieu scolaire. Cela va alors influencer sa participation et son rendement dans ses activités.

Les séquelles cognitives constituent la principale difficulté à la reconnaissance d'un handicap et « *sont la source de ce que l'on appelle communément le "handicap invisible.* » (UNAFTC, 2017)

3.6. Le handicap invisible

Une lésion cérébrale peut donc être à l'origine d'une combinaison de différents troubles plus ou moins variés dont les plus fréquents sont les troubles cognitifs. Autant de troubles qu'il est difficile de percevoir, tout comme l'impact qu'ils vont avoir sur la vie quotidienne du traumatisé. Ces troubles cognitifs sont, chez les personnes victimes d'un TCL, source de ce que l'on appelle souvent, le "handicap invisible".

Le handicap invisible « *est un handicap qui n'est pas apparent, ce qui revient, pour un individu, au fait d'avoir une limitation durable des possibilités d'interaction sans que l'entourage puisse comprendre qu'il s'agit bien d'un handicap.* » (DAURE I., SALAÜN F, 2017) En effet, les apparences sont souvent trompeuses, que ce soit pour la famille, ou pour ses enseignants, et laisse croire à une absence de séquelles. Dans la plupart des cas, le handicap cognitif passe inaperçu, échappe à l'observateur non-initié, et ce dernier ne comprend pas que l'enfant puisse rencontrer des difficultés sur des tâches simples. « *Il y a [...] des situations où les difficultés de certains élèves sont plus discrètes et les adultes [croient] qu'ils font des caprices et démontrent de la paresse.* » (GRAVEL, 2007) Les séquelles sont fréquemment négligées, (LECLERCQ, 2007, p. 10) mais se révèlent, à terme, lourdes de conséquences.

Ce "handicap invisible" est souvent source de rupture sur le plan scolaire mais aussi sur les plans relationnel et affectif. La notion de "handicap invisible" est donc essentielle dans la compréhension de la personne traumatisée crânienne. La diminution de l'efficacité des fonctions cognitives va être un véritable frein dans la scolarité de l'enfant qui va alors rencontrer des difficultés dans ses occupations, les tâches scolaires.

4. Occupation – les tâches scolaires

4.1. L'école élémentaire ordinaire

4.1.1. Le milieu scolaire ordinaire

La scolarisation des élèves en situation de handicap a connu une avancée considérable ces dernières années. Des études statistiques réalisées par le ministère de l'Education Nationale mettent en évidence ces progrès. Ainsi, le nombre d'élèves en situation de handicap entre les années scolaires 1998/1999 et 2015/2016 a largement augmenté, passant respectivement de 90000 à 278.978 élèves. (Annexe 1) En 2016-2017, c'est « *300.815 enfants en situation de handicap qui ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Education nationale (public et privé).* » (Ministère de l'Education Nationale, 2017) Ces nouvelles données représentent une augmentation de 7,5% d'élèves par rapport à l'année scolaire 2015-2016. La scolarisation est un droit fondamental quelle que soit la déficience ou la maladie. Après un TCL, un retour à l'école en classe ordinaire, a lieu dans la majorité des cas. L'Article L. 112-2 du code de l'Education Nationale va dans ce sens et souligne le fait qu'il est proposé à chaque enfant handicapé et chaque fois que possible, un parcours de formation en milieu scolaire ordinaire. (Légifrance, 2005) Cette scolarisation en école ordinaire ne semble cependant pas toujours être bénéfique pour l'enfant, même si, selon la Charte Européenne (1996), « *une éducation en milieu ordinaire est un principe de base pour tous et pour chacun* ».

Même si, après un TCL, il y a tout de même une possibilité de récupération des fonctions atteintes, les cellules détruites du cerveau ne se remplacent pas. Les troubles de l'enfant sont donc toujours présents et des obstacles se posent à sa scolarité. De ce fait, « *pour certains enfants, la scolarisation en milieu ordinaire peut s'avérer difficile et éprouvante, et donc être source de souffrance.* » (UNASEA, 2009)

D'autre part, l'établissement et/ou le programme scolaire ne sont pas toujours adaptés, ou encore, les enseignants n'ont pas une pédagogie et/ou un comportement adéquat(s) face à ces enfants. Ces derniers ne semblent pas être suffisamment formés et informés sur les TCL, (conséquences cognitives et répercussions) pour aider ces enfants.

4.1.2. L'école élémentaire et ses objectifs

L'école élémentaire accueille les enfants scolarisés de 6 à 11 ans et comporte cinq niveaux, du CP au CM2. Elle constitue le début de la scolarité obligatoire. En France (France métropolitaine, les DOM et à Mayotte), en 2015, 4 165 700 élèves étaient scolarisés en école élémentaire publique ou privée. (Ministère de l'Education Nationale, 2017)

L'école a pour objectifs d'instruire, de qualifier mais aussi de socialiser tous les élèves. Ces objectifs d'apprentissage (maîtrise de la langue française, des premiers éléments de mathématiques, la réflexion intellectuelle, etc.) « *reposent sur les programmes scolaires en vigueur et le "socle commun de connaissances et de compétences"* » (MAIF, 2015). Cela afin d'accéder aux outils fondamentaux de la connaissance. (Ministère de l'Education Nationale, 2017) L'école a donc pour objectif, à terme, d'apprendre et de délivrer, à chacun, le « *bagage de savoirs et de compétences propres à assurer leur avenir personnel, professionnel et social.* » (DUCHARME, 2008) Un apprentissage va être réussi s'il permet « *une restitution adaptée, rapide et peu coûteuse (automatique) par association harmonieuse des fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives, mémoire, ...).* » (SAMIER R., JACQUES S., 2016) C'est à travers une multitude d'activités et de tâches, et grâce à ces fonctions cognitives, que ces objectifs peuvent être atteints.

4.2. Impact du traumatisme crânien léger sur la participation de l'enfant aux tâches scolaires.

« *Si les séquelles physiques peuvent nuire à un retour à l'école [...] des personnes qui ont subi un [TC], ce sont surtout les séquelles cognitives et comportementales qui rendent*

Tous les troubles cognitifs cités ci-dessus, associés ou non, vont impacter grandement ses apprentissages et donc sa participation et son rendement dans ses occupations. Ces troubles, leurs traductions et effets sur la scolarité, ainsi que les difficultés qu'ils vont générer sont exposés dans la suite de ce travail.

4.2.1. La mémoire

- Mémoire de travail : Ces troubles vont se traduire dans la scolarité de l'enfant par une difficulté à la prise de notes, à retenir les informations, les consignes énoncées par l'enseignant. L'enfant va alors perdre la consigne en cours d'exécution de la tâche et d'autant plus s'il y a plusieurs éléments.

Cette mémoire est également indispensable lors de la lecture, tant pour le décodage des mots que pour la compréhension de phrases, de textes. (BUSSY, 2016) Cette compréhension « *passé par le maintien en mémoire des premiers mots [...]. S'il [ne les maintient pas], il ne peut pas comprendre la phrase dans sa globalité.* » (BUSSY, 2016) Certains enfants vont avoir tendance à oublier aussitôt la phrase lue, lorsqu'ils poursuivent leur lecture.

En ce qui concerne l'écriture, la mémoire de travail permet à l'enfant de conserver ses idées en tête. (BOILY, 2017). L'écriture semble donc à privilégier par rapport à la lecture.

Pour les mathématiques, (ex : les calculs mentaux et les résolutions de problèmes) cette mémoire est également très utile. Pour le calcul mental, l'enfant est en difficulté lorsqu'il s'agit de faire plusieurs calculs tout en mémorisant au fur et à mesure leurs résultats.

- Mémoire épisodique : L'enfant présentant un déficit de mémoire épisodique a du mal à enregistrer une information, à la stocker et à la restituer. L'enfant peut ne plus retenir ses leçons, sa poésie alors qu'il les avait apprises quelques jours auparavant.

Les troubles de la mémoire vont donc entraver les apprentissages, les performances scolaires et les occupations de l'enfant, mais aussi son adaptation sociale. (Pr GAUTHERON V., 2015)

4.2.2. L'attention

- L'attention sélective : L'enfant est facile à distraire ou peut être facilement happé par le bruit environnant ou par ses camarades. Il est également difficile pour l'enfant de s'organiser sur une page où il y a une multitude d'informations.
- L'attention soutenue : Elle est fatigante cognitivement et nécessite des pauses. L'enfant regarde par la fenêtre, bouge sur sa chaise, ...
- L'attention divisée : L'enfant rencontre des difficultés à faire deux choses à la fois comme par exemple écouter et écrire en même temps.

L'attention nécessite également de passer rapidement d'une attention à une autre ou d'un point d'attention à un autre, grâce à la flexibilité attentionnelle. Une tâche automatisée va être peu coûteuse en effort attentionnel mais de nombreux apprentissages scolaires sont des tâches non automatisées et demandent un grand effort attentionnel pouvant aller jusqu'à la surcharge cognitive. C'est pourquoi les situations de double tâche sont à proscrire.

4.2.3. La vitesse de traitement de l'information

Si la vitesse de traitement de l'information est perturbée, l'enfant met alors du temps à réaliser ses tâches scolaires, comme lire, faire des calculs ou encore pour prendre des décisions simples. Cela le pénalisera alors dans son processus d'apprentissage. Ces troubles peuvent également interférer sur ses habiletés exécutives pouvant ainsi entraîner de la lenteur pour planifier, se fixer des objectifs ou encore commencer une tâche ou maintenir son attention.

4.2.4. Les fonctions exécutives

Cet enfant TCL a des difficultés pour planifier, organiser, gérer les imprévus, définir les étapes nécessaires pour atteindre un but et pour prendre des décisions. Il aura du mal à s'engager

dans les tâches scolaires demandées et à initier l'action vers un but. (EDMOND M., LANDRY N. , 2015) Il peut oublier une partie de la consigne énoncée et omettre de vérifier si ses actions sont correctes ou non.

Avec des troubles de la flexibilité mentale, l'enfant reste sur l'information vue, entendue, réalisée et n'arrive pas à établir un raisonnement en utilisant plusieurs idées. (TOURE PELLE H., et al., 2015) Avec de tels troubles, il peut être déstabilisé lorsqu'il aborde une nouvelle activité ou lorsqu'il doit alterner les activités. (EDMOND M., LANDRY N. , 2015)

4.2.5. La concentration

Les troubles de la concentration se traduisent par des pertes de mémoire ou des difficultés à se souvenir de certaines informations. L'enfant TCL a des difficultés pour ignorer les stimuli perturbateurs et présente un manque de régularité dans ses performances et au cours de la journée. Ces troubles entraînent donc une baisse de l'efficacité dans les activités et donc sur le processus d'apprentissage.

- o - o - o -

Les milieux scolaires ordinaires sont souvent mal préparés à recevoir des enfants traumatisés crâniens et cela aura des conséquences sur leurs occupations. Or, selon la MCREO, l'occupation donne sens à la vie et est déterminante pour la santé. (MARTINEN A., FAURE H., MAURY M., 2013) Elle joue donc un rôle primordial « *pour [l'enfant] dans un souci aussi bien plus préventif que curatif ou palliatif.* » Selon le MCREO c'est bien en participant à des occupations qu'un processus d'apprentissage peut être efficace. Ces occupations doivent être signifiantes et significatives, cela correspond respectivement à des activités qui ont un sens pour la personne et qui ont un sens pour l'environnement social. Or, l'occupation de l'enfant est altérée à la fois par sa situation de handicap et par le manque de dispositifs mis en place par l'enseignant pour favoriser celle-ci dans les meilleures conditions.

« *La souffrance silencieuse des enfants nécessitent la sensibilisation des enseignants au vécu des séquelles du traumatisme crânien, notamment leurs aspects invisibles* » (BOISSEL, 2009)

Ces élèves traumatisés crâniens légers « *ont besoin de services pour les épauler dans leur cheminement scolaire* » (MONGRAIN, 2012) qui est perturbé. Il faut cependant constater qu'un « *nombre important d'établissements scolaires intègrent [des enfants en situation de handicap] en classe ordinaire sans leur offrir des services appropriés.* » (DUCHARME, 2008,

p. 6) L'intégration individuelle en classe ordinaire, défini par la loi de 2005, « *peut représenter pour l'enfant handicapé aussi bien une occasion remarquable de socialisation et de stimulation qu'une situation de solitude.* » (CALIN, 2006)

L'équipe pédagogique va avoir pour objectifs de réduire les difficultés de l'enfant et de prévenir les complications et mises en échec. Elle améliore son processus d'apprentissage en le rendant optimal. Pour cela des outils et adaptations propres à l'enfant devront être envisagés et cela le plus tôt possible. C'est notamment grâce à une collaboration ergothérapeutes/enseignants que ces moyens, adaptés à l'enfant, pourront être mis en place.

5. L'environnement social : La collaboration enseignants/ergothérapeutes

Le TCL a des séquelles complexes mais ce qui le rend également complexe c'est l'environnement dans lequel évolue l'enfant TCL, celui-ci n'étant souvent pas adapté. Etant donné que le TCL peut provoquer des séquelles cognitives, c'est bien sur l'environnement social, c'est-à-dire le milieu scolaire ordinaire, que des ajustements sont à apporter.

« La complexité des services à offrir et la satisfaction des besoins divers des [enfants TCL] ne peuvent être toutes "rencontrées" par une seule profession, d'où la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle orientée vers [l'enfant] » (WALSH C. L. et al., 2005)

Aller à l'école est une occupation significative, c'est à dire qui a un sens pour l'environnement social, et est obligatoire pour tous les enfants. Le système éducatif doit soutenir la participation de tous ses élèves, peu importe leurs besoins. C'est notamment par le biais de services offerts par des intervenants scolaires et des professionnels de la santé, que ce soutien doit avoir lieu, et cela même en milieu scolaire ordinaire. « *L'ergothérapeute en milieu scolaire est un de ceux qui peut intervenir lorsque l'occupation de s'éduquer devient problématique* » (VILLENEUVE, 2009). Au vu du manque de formation des enseignants sur le TCL une collaboration avec des ergothérapeutes semble judicieuse.

« La collaboration permet de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités d'une seule profession, de promouvoir la satisfaction au travail. » (WACHEUX F., ASMAR KOSREMELLI A., 2007)

5.1. La collaboration

5.1.1. Définition

Le terme "collaboration" vient du latin "cum laborare" signifiant "travailler avec". La collaboration est l'une des différentes formes que les interactions entre individus sont susceptibles de prendre. Elle se réfère à l'idée de partage et suppose une action collective orientée vers un but commun. (NITECKI, 2013). La collaboration interprofessionnelle est :

« faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients. » (D'AMOUR, 1997)

La collaboration repose sur quatre notions (VERILLON A., MARION-MIGNON A., 1991)

5.1.2. Les notions de la collaboration.

- Echange de savoir : La collaboration permet aux enseignants et ergothérapeutes de faire part de leurs savoirs et de leurs connaissances, et de partager leur point de vue, leurs interrogations mais aussi leurs conseils. La communication et le partage de leurs compétences sont essentielles et dirigées vers le même but, celui d'améliorer le processus d'apprentissage de l'enfant TCL lors de sa scolarité.

La collaboration *« contribue à l'envie de construire des projets ensemble. »* (COLINET, 2011)

- Appui de compétences : Cette collaboration, avec ses échanges entre professionnels permet de préciser les compétences et savoirs de chacun. Elle favorise un dépassement des représentations des corps professionnels sur la façon de faire et permet d'alimenter et de refaçonner leur pratique. (COLINET, 2011) *« Si chacun a un rôle et une responsabilité bien spécifique, la synergie est pour autant indispensable à tous les niveaux. »* (SARRALIE, 2016).

- La réassurance : *« La demande croissante des professeurs en matière de conseils pédagogiques et d'adaptation des situations d'enseignement »* (BLANC, 2011) démontre leur volonté d'être soutenus face au TCL. L'intervention d'un ergothérapeute représente un soutien et une réassurance pour les enseignants. *« La présence et le travail de l'ergothérapeute dans l'école ont un impact significatif sur le bien-être des élèves et des professeurs des écoles »* (GRAVEL, 2007)

La pratique en collaboration exige un climat de confiance et d'appréciation mutuelle de manière à ce que enseignants et ergothérapeutes puissent sentir qu'ils peuvent recourir les uns aux autres. (NITECKI, 2013) Ces deux professionnels doivent comprendre le rôle de chacun

et mettre à profit leur savoir pour définir et atteindre les objectifs mis en place. Si les rôles de chacun sont respectés, cela va contribuer à une collaboration efficace et positive.

- Principe évolutif : La collaboration est une notion en constant changement puisque les capacités de l'enfant TCL et ses occupations évoluent, changent au cours du temps. Il faut donc systématiquement se réadapter et proposer des remédiations en cohérence avec les situations.

5.2. Les enseignants

5.2.1. Le rôle des enseignants

Le rôle de l'enseignant peut se définir comme « *un ensemble d'actes pédagogiques organisés en vue d'atteindre un but précis dans un temps donné.* » (SARRALIE, 2010) Il va avoir un rôle d'accompagnement auprès des enfants et va chercher à favoriser leurs apprentissages ainsi que leur participation et leur rendement dans leurs occupations. Il va chercher à établir une relation didactique et pédagogique avec les élèves en limitant le retard scolaire.

Chaque enfant est singulier, et l'enseignant doit s'adapter à chacun, individuellement, c'est pourquoi un projet individuel avec des objectifs précis doit être mis en place. Si les enseignants semblent savoir s'adapter, gérer et enseigner à des élèves ayant des déficiences physiques, ils sont cependant davantage démunis face à l'arrivée d'enfants avec des profils "nouveaux", des "handicaps invisibles". (BLANC, 2011). Selon SARRALIE (2010), ce "handicap invisible" « *prédispose [les enseignants] au désarmement pédagogique.* » Les conséquences et répercussions du TCL, encore trop méconnues des enseignants, confirment la nécessité d'un travail collaboratif pour qu'ils s'ajustent au mieux aux désirs et besoins de l'enfant.

5.2.2. Le rôle des enseignants dans la collaboration

L'enseignant a une place centrale dans la scolarisation de l'enfant TCL, car c'est lui qui définit les objectifs d'apprentissage et de conduite et qui vérifie leur mise en application. C'est le membre de l'équipe le mieux placé pour observer les difficultés scolaires rencontrées et qui est le mieux à même d'en parler. Il est donc l'interlocuteur privilégié des ergothérapeutes et ses observations en milieu scolaire sont précieuses. Ses avis, ses remarques et son expérience sont nécessaires aux ergothérapeutes pour, qu'ensemble, ils aident ces enfants dans leur scolarité.

C'est par des ajustements lors de la scolarité que les occupations de l'enfant peuvent s'améliorer. Bien qu'il n'y ait pas de modèle type ou de réponse unique face aux situations rencontrées, des aides peuvent être proposés aux enseignants. L'ergothérapeute va proposer des adaptations mais il faut que l'enseignant soit d'accord et qu'il en comprenne les intérêts. S'il n'en a pas compris l'intérêt, il ne va pas les exploiter, tout comme l'enfant. L'enseignant aura alors la responsabilité de leur mise en place et de faire en sorte qu'ils soient maintenus dans le temps

Bien que la responsabilité du bon déroulement scolaire appartienne à l'école et à ses enseignants, les ergothérapeutes, par leurs champs de compétences variés vont pouvoir aider ces enseignants et donc ces enfants. Le travail fait autour de l'enfant ne peut cependant être à sens unique et se baser exclusivement sur les compétences de l'ergothérapeute. En effet, celui-ci a besoin du soutien et des compétences de l'enseignant. La notion de collaboration prend ici tout son sens.

5.3. Les ergothérapeutes

5.3.1. Les ergothérapeutes intervenant en milieu scolaire

5.3.1.1. Leur rôle

L'ergothérapeute « *est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* » (ANFE, 2017) Selon Mr GRAVEL (2007), l'ergothérapeute intervenant en milieu scolaire, permet à l'élève d'optimiser son fonctionnement occupationnel, « *afin d'atteindre les objectifs de l'instruction, de la qualification et de la socialisation.* » Il semble que très peu d'enfants ayant subi un TC léger soient suivis par des ergothérapeutes en milieu scolaire. En effet, « *c'est une population particulièrement difficile à prendre en charge, parce qu'elle échappe tout particulièrement au système de soins.* » (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2009) Or, sa "légèreté" initiale ne préjuge pas de l'évolution ultérieure de l'enfant, et ses séquelles sur la scolarité, à moyen/long terme, peuvent être réelles, tout comme celles d'un TC grave.

5.3.1.2. Ergothérapeute et occupation

L'ergothérapeute porte également un intérêt aux interactions occupationnelles existant entre la personne, son environnement et ses occupations. Il peut donc agir sur les trois composantes du modèle de la MCREO afin d'améliorer le rendement et la participation de l'enfant dans sa scolarité. L'enfant cérébrolésé rencontre des difficultés dans son processus

d'apprentissage et dans ses occupations en raison de ses troubles cognitifs. L'ergothérapeute va alors avoir une place importante auprès de l'enfant puisqu'il permet à toute personne qui présente des limitations fonctionnelles « *d'effectuer ses activités et occupations quotidiennes dont fait partie la fréquentation d'un lieu d'éducation.* » (PELLETIER ME., TÉTREAULT S., BEAUPRÉ P., 2005) Il va, avec les compétences de l'enseignant, chercher à ce que l'enfant s'engage dans la vie de tous les jours de manière qu'il effectue « *les occupations qui favorisent [sa] santé ainsi que [son] bien-être [...] [et qu'il] s'engage selon [son] potentiel - dans [ses] activités.* » (TOWNSEND E., et al., 2013).

5.3.1.3 Ergothérapeute en milieu écologique

L'ergothérapeute s'intéresse ici au fonctionnement de l'élève en milieu écologique c'est-à-dire en un milieu de vie spécifique qu'est l'école. Il examine donc « *la participation, c'est-à-dire la performance de l'enfant en situation réelle de vie* » (FELIX M., REMON N. , 2010), dans ses activités à l'école. Il va observer ses atouts et faiblesses dans son environnement scolaire par des évaluations et des mises en situations.

5.3.2. Le rôle des ergothérapeutes dans la collaboration

5.3.2.1. Informations

L'ergothérapeute va dans un premier temps avoir un rôle essentiel auprès des enseignants pour leur « *apporter une information claire sur le handicap* », (ALEXANDRE A., LEVEFERE G. et al , 2010) en définissant le TCL. L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute stipule que, par la compétence 10 (Annexe 5), il a un rôle d'informateur et de formateur. Ainsi, l'ergothérapeute donne « *information et conseil à destination de la personne [...] et de son entourage en fonction des périodes de vie, des transitions dans la trajectoire de vie et du contexte.* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports, 2010) Il va également expliquer aux enseignants les conséquences et répercussions directes du TCL sur la scolarité. Ces derniers pourront ainsi comprendre davantage les difficultés qui peuvent survenir chez de tels enfants en fonction des tâches qu'ils effectuent et en fonction des conditions de réalisation. Cela afin de mieux les accompagner et de mieux les aider, (LECLERCQ, 2007) mais aussi pour repérer au plus tôt si des troubles sont présents.

5.3.2.2. Force de proposition

Les ergothérapeutes après avoir défini et expliqué le TCL, vont pouvoir proposer aux enseignants des moyens de compensations, des adaptations. Ces recommandations étant intégrées aux activités de la classe en s'inscrivant dans la réalité quotidienne de l'élève et de l'enseignant. (GRAVEL, 2007) C'est notamment grâce à la collaboration avec les enseignants, grâce à leurs observations et remarques, mais aussi grâce à ses propres évaluations, que l'ergothérapeute peut proposer des « *recommandations sur [des] adaptations de l'environnement, sur l'utilisation d'équipements spécialisés, sur l'adaptation des activités et outils pédagogiques* » (PELLETIER ME., et al., 2005). C'est également en connaissant le rôle de l'enseignant, ce qu'il fait et ce qu'il veut faire, les objectifs qu'il veut atteindre, que l'ergothérapeute peut donner une façon concrète et efficace de faire. La compréhension des répercussions du TCL dans la scolarité n'étant pas évidente, les ergothérapeutes peuvent ainsi proposer « *des recommandations en lien direct avec le plan de réussite scolaire de l'élève.* » (GRAVEL, 2007)

5.3.2.3. Travail en réseau

L'ergothérapeute, est formé au travail en équipe, aux échanges. La compétence 9 (Annexe 6) de son référentiel de compétences indique l'importance de « *travailler en réseau et [de] coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ [...] éducatif pour construire des projets d'intervention pertinents* ». Ainsi, il va rassurer et expliquer aux enseignants l'intérêt de la mise en place de ces adaptations. Cette collaboration va permettre à tous les acteurs d'« *augmenter leurs opportunités de développer de nouvelles habiletés, partager leurs idées et stratégies afin de créer une offre de services adaptée pour les élèves ayant des incapacités.* » (BOSE P., HINOJOSA J., 2008).

L'intervention précoce d'un ergothérapeute « *est essentielle afin de limiter les répercussions que peuvent avoir [les séquelles du TCL] sur le comportement et la santé mentale de l'enfant.* » (ACE, 2002).

C'est par le partage des savoirs, des expériences et la complémentarité des différents acteurs qu'est favorisé le processus d'apprentissage de l'enfant. Cette collaboration semble ici pertinente dans l'accompagnement d'enfants TCL en classe élémentaire ordinaire car elle permet « *une approche holistique des situations* » et « *des résultats positifs et progressifs* ». (WACHEUX F. et al. , 2007)

« *L'ergothérapeute est un partenaire précieux qui offre des solutions au quotidien en vue d'améliorer l'autonomie de l'élève.* » (GRAVEL, 2007)

5.3.3. Les adaptations, les outils de l'ergothérapeute pour l'enseignant

« *Souvent les professeurs n'ont aucune connaissance des troubles en rapport avec une lésion cérébrale, d'où la nécessité de les informer précisément sur ce type de séquelles* » et de leur donner des stratégies pour les gérer. (Dr CHEVIGNARD M., LAURENT-VANNIER A., 2004, p. 321) Pour diminuer le retentissement de ces troubles il s'agit donc d'intervenir sur l'environnement, tout en considérant les habitudes de vie antérieure, les ressources et les obstacles. L'ergothérapeute est l'intervenant spécialiste dans la préconisation d'adaptations matérielles, pédagogiques ou environnementales, en lien avec les besoins spécifiques de l'élève.

Toutes ces adaptations, ces outils à la compensation, et ces aménagements scolaires vont permettre à l'enfant, présentant des troubles cognitifs suite à un TCL, de limiter ses difficultés et de maximiser sa participation et son rendement occupationnel.

C'est donc une fois les compétences et objectifs de l'enseignant connus, et les difficultés de l'enfant détectées que l'ergothérapeute va pouvoir les proposer. Elles doivent être facilitatrices et bénéfiques aux occupations et au processus d'apprentissage de l'enfant cérébrolésé.

« *Si l'on veut qu'un élève en situation singulière puisse tirer profit du cours, il est indispensable de penser pour lui des gestes appropriés, des manières de faire qui vont favoriser la communicabilité du savoir* » (RICHARD-ROUSSEL, 2011)

5.3.3.1. La mémoire

L'ergothérapeute peut proposer des outils et stratégies afin d'aider aux mieux les enfants traumatisés crâniens légers rencontrant des difficultés mnésiques dans leurs apprentissages.

- Privilégier les consignes et énoncés courts.
- Fragmenter les consignes. Ex : Codes de couleurs différents pour chaque consigne ou chaque matière.
- Enseigner à l'enfant la répétition des informations car c'est en se les répétant qu'on les retient plus facilement. « *Le vrai secret de la mémoire repose dans la répétition des apprentissages.* » (CROISILE, 2009) : Ex. : dans la salle de bain il y a : brosse à dents, serviette, douche/ brosse à dents, serviette, douche/ ... Proposer des répétitions variées, motivantes et ludiques. (Dr CHEVIGNARD M. et al., 2004, p. 321)
- Utiliser des techniques d'imagerie mentale ou des moyens mnémotechniques (TOURE PELLEN H., et al., 2015).

- Créer des associations, des représentations mentales sous formes d'histoires ou d'images mentales associées à des éléments connus de l'enfant en s'appuyant sur des mises en scène, des chants, des acronymes ou encore des mimes. (SAMIER R., et al., 2016) Ex : Stratégie d'associations d'informations. Si l'enfant doit mémoriser : chat-maison-souris-fenêtre, construire une histoire comme « *le chat court après la souris dans la maison, puis elle s'échappe par la fenêtre* » (BUSSY, 2016)
- Stratégies de regroupement d'informations. Ex : si l'enfant doit mémoriser 2-6-8-9. Proposez de regrouper et de retenir deux informations au lieu de quatre : 26-89.

5.3.3.2. L'attention

L'attention a un rôle essentiel dans tous les apprentissages scolaires et non scolaires, lors des activités de loisirs mais aussi dans les relations sociales. Pour aider les enfants TCL ayant ce type de troubles plusieurs stratégies peuvent être mises en place. (SAMIER R., JACQUES S., 2016)

- L'attention sélective :

L'ergothérapeute peut conseiller à l'enseignant de :

- Travailler si possible dans un environnement calme, épuré et rangé.
- Placer l'enfant dans les premières rangées de la classe, loin des fenêtres/portes
- Parler lentement et distinctement.
- Doit être évités les distracteurs, autour de l'enfant ou sur son bureau ; la surface de travail doit être dégagée et ne contenir que l'essentiel pour le cours. Ex : des fournitures scolaires neutres sont conseillées.
- Thomson et Kerns (2000) proposent de répéter l'information importante plusieurs fois, de s'arrêter souvent pour résumer les points importants et d'expliquer à l'enfant les nouvelles situations à l'avance. (Dr CHEVIGNARD M., et al., 2004, p. 320)

- L'attention soutenue :

L'enfant a du mal à soutenir son attention sur une longue période.

- Il est important d'avoir le silence avant de commencer une leçon pour favoriser l'écoute.
- Pour mobiliser l'attention, une lecture dramatisée, accentuée, jouant donc sur l'intonation de la voix va être importante. (BOISSIN, 2006)
- L'emploi des gestes et des regards en complément va également dans ce sens.
- S'assurer que l'enfant comprend les explications et consignes, celles-ci devant être courtes et claires. (TOURE PELLEN H. et al., 2015)
- Lui proposer des photocopiés à trous.
- L'encourager à mener sa tâche à son terme et si nécessaire le recentrer sur l'exercice.

- L'attention divisée :

- Eviter les situations de double tâche.
- Mettre en place des photocopies ou des supports écrit sur lequel l'enfant n'aura qu'à entourer les mots clés ou à surligner les informations importantes pendant le cours.
- Séquencer les consignes données à l'élève et en décomposer les tâches complexes en plusieurs tâches simples afin de réaliser une action à la fois.

Des pauses régulières sont recommandées, et les exercices demandant de l'attention soutenue doivent être alternés avec d'autres exercices qui demandent moins d'effort. Les évaluations elles, doivent être proposées en début de cours, plutôt qu'à la fin, en raison de la fatigabilité de l'enfant.

5.3.3.3. La vitesse de traitement de l'information

« *Plus notre vitesse de traitement est rapide mieux nous penserons et apprendrons.* » (CogniFit, 2018) Lorsque l'enfant présente de la lenteur dans son traitement de l'information il est judicieux de proposer un allègement de la charge de travail. Privilégier les interrogations orales, alléger les écrits en faisant des photocopies pour les énoncés des devoirs ou des exercices. Proposer des textes à trous peut également être bénéfique pour faciliter les réponses de l'enfant.

5.3.3.4. Les fonctions exécutives

En ce qui concerne les troubles de fonctions exécutives et les capacités de résolution de problème, l'enseignant doit :

- Proposer un environnement structuré et constant, en plaçant l'enfant systématiquement à la même place et éviter l'encombrement de matériel inutile sur l'air de travail.
- Fixer des objectifs de travail clairs, en annonçant en amont l'intention et la durée de la tâche.
- Demandez de bien relire la consigne avant de commencer et l'aider à démarrer toute activité.
- Simplifier ou raccourcir les tâches et aider l'enfant à fractionner celles-ci. (Dr CHEVIGNARD M., et al., 2004, p. 321)
- Arrêter l'enfant et lui donner les informations nécessaires à la bonne poursuite de l'exercice s'il se lance dans un raisonnement erroné. (TOURE PELLEN H. et al., 2015)
- Encouragez-le à vérifier son travail. Ex: Représenter chronologiquement sous forme d'un chemin les tâches à effectuer, puis cocher les activités réalisées et vérifiées. (SAMIER R. et al., 2016)

5.3.3.5. Concentration

Pour aider les enfants avec des troubles de la concentration, plusieurs moyens peuvent être mis en place. Un contact visuel ou un signe discret est utile pour attirer et maintenir l'attention de l'enfant. L'enseignant peut le solliciter fréquemment tout en prévoyant des temps de repos réguliers. La pose d'un pictogramme ou d'un symbole sur le bureau de l'élève peut servir de rappel pour se concentrer. Il est important d'alterner les tâches simples et complexes et d'utiliser du matériel ludique et dynamique. L'enseignant peut également donner à l'élève une raison valable de bouger. (Ex : apporter un message / chercher du matériel/...)

5.3.3.6. Fatigue

- Respecter le rythme de l'enfant, lui proposer des pauses régulières et un temps supplémentaire pour réaliser des exercices. (Dr CHEVIGNARD M. et al., 2004, p. 312)
- Réduire le nombre d'exercices.
- Alternier les temps de travail pratique, les temps où l'on demande un effort intellectuel plus important et les temps de repos sont conseillés. Moduler les exigences. (TOURE PELLEN H. et al., 2015)
- Ne pas culpabiliser l'enfant. Ex : le traiter de paresseux, lui dire que c'est de sa faute, etc.

- o - o - o -

Les troubles du TCL, quels qu'ils soient, demandent la mise en place d'adaptations. L'application des outils et aménagements proposés vont ainsi permettre aux enfants de suivre une scolarité satisfaisante le temps de leur récupération neurologique. (TOURE PELLEN H. et al, 2015). Cette scolarité alors satisfaisante permet également de soulager les enseignants, souvent eux-mêmes en difficultés face à ces enfants cérébrolésés. Cette liste d'outils et d'aménagement à la compensation est bien entendu non exhaustive.

Ces adaptations ne peuvent être proposées à l'enfant si elles ne viennent pas d'un travail collaboratif entre les enseignants et les ergothérapeutes. Si les ergothérapeutes les proposent, les enseignants eux jouent un rôle important dans leur mise en place, dans leur bon déroulement et dans leur maintien. Si un problème est constaté un retour sera à faire à l'ergothérapeute.

II. Partie expérimentale

Cette deuxième partie permet de confronter mes résultats obtenus, sur des expériences réelles de terrain, avec ceux de ma partie théorique. Dans un premier temps, je développerai les objectifs de mes enquêtes. Puis seront expliqués le choix de la population, le choix de l'outil d'investigation ainsi que sa construction. Ensuite j'exposerai une présentation ainsi qu'une analyse des résultats. Puis je terminerai par une discussion et une conclusion.

1. Démarche méthodologique

Cette enquête rassemble mes recueils d'informations et mes démarches de recherches. Un recueil d'informations est défini comme « *le processus organisé mis en œuvre pour obtenir des informations auprès de sources multiples [...], dans le cadre d'une action délibérée dont les objectifs ont été clairement définis, et qui donne des garanties suffisantes de validité.* » (DE KETELE J-M., ROEGIERS X., 2009) Ainsi, cette enquête me permettra de valider ou d'invalider mon hypothèse de travail. S'il peut paraître évident qu'une collaboration avec un ergothérapeute permettant aux enseignants de s'adapter aux capacités de l'enfant TCL présentant des troubles cognitifs, a des répercussions positives sur une scolarité, celle-ci est-elle envisageable chez les 6-11 ans ?

1.1. Objectifs de l'enquête

Je souhaite par cette enquête :

- Déterminer si une collaboration enseignant/ergothérapeute existe en classe élémentaire ordinaire pour un enfant traumatisé crânien léger.
- Déterminer si l'intervention d'un ergothérapeute en milieu scolaire ordinaire est utile pour les enseignants rencontrant des enfants traumatisés crâniens légers.
- Déterminer si la collaboration enseignant/ergothérapeute est essentielle pour aider les enfants traumatisés crâniens légers et leurs enseignants.
- Définir le rôle de l'ergothérapeute dans son intervention en milieu scolaire ordinaire auprès des enfants traumatisés crâniens légers mais aussi auprès des enseignants.

1.2. Choix de la population

Mon souhait initial était d'interroger des enseignants des classes élémentaires ordinaires, travaillant, ou ayant travaillé, auprès d'enfants ayant subi un TC Léger (enfants de

6 à 11 ans). J'ai commencé par m'orienter vers des hôpitaux rencontrant de tels enfants, afin de collecter des informations les concernant, et notamment afin de récupérer le nom de leur école ordinaire. Cependant, pour des raisons de secret médical, on n'a pu me communiquer le nom des enfants, m'empêchant ainsi de faire une "remonter de filière" : hôpital => enfants => parents => enseignants milieu ordinaire. J'ai donc envoyé directement mes questionnaires aux enseignants des classes élémentaires ordinaires, sans mentionner la nécessité d'avoir, ou d'avoir eu, des enfants traumatisés crâniens légers.

Ma seconde population interrogée est celle d'ergothérapeutes travaillant en pédiatrie et accompagnant des enfants traumatisés crâniens légers. Cette recherche m'a conduite vers de multiples structures telles que des centres de SSR (Service de Soins de suite et de réadaptation), des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique), des SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) et vers des ergothérapeutes libéraux.

1.2.1. Les enseignants

- **Pour le questionnaire :**

<u>Critères d'inclusions :</u>	<u>Critères d'exclusions :</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Enseignant diplômé - Enseignant en classe élémentaire - Ecole ordinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Stagiaire, étudiant enseignant. - Enseignant dans d'autres classes que les classes élémentaires (maternelle, 2nd degré, lycée...) - Enseignant de classes spécialisées (ULIS, UPI...)

1.2.2. Les ergothérapeutes

- **Pour les entretiens semi-directifs :**

<u>Critères d'inclusions :</u>	<u>Critères d'exclusions :</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Ergothérapeute diplômé d'état - A déjà suivi un enfant TC Léger - A déjà collaboré avec des enseignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Stagiaire, étudiant ergothérapeute - N'a jamais suivi un enfant traumatisé crânien léger

1.3. Choix de l'outil d'investigation

Pour recueillir les données nécessaires pour répondre à mes objectifs, j'ai décidé d'utiliser comme 1er outil d'investigation, le questionnaire. Celui-ci sera à destination des enseignants des classes élémentaires ordinaires. C'est un outil qui permet d'obtenir des réponses quantitatives et courtes. (DE SINGLY F., 2008) Les questions sont principalement fermées. L'école étant l'un des lieux de vie principal de l'enfant, les enseignants ont une place centrale dans leur scolarisation et dans leur réussite scolaire. Leur avis et recommandations sont donc essentiels afin de s'y ajuster et de proposer, si nécessaire, des solutions en conséquence.

Dans un second temps j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif auprès d'ergothérapeutes. Celui-ci me permettra d'obtenir des réponses riches, ciblées et détaillées sur le thème choisi, tout en accédant à des expériences concrètes de terrain. Il permet le recueil de données qualitatives et facilite la mise en avant d'exemples, de particularités ainsi que des subtilités de l'information recherchée. Contrairement au questionnaire, lors de l'entretien, « *la personne interrogée est davantage maîtresse de l'élimination ou de la conservation d'éléments.* » (DE SINGLY F., 2008) Il permet donc à l'interlocuteur d'aborder des sujets qui n'étaient initialement pas mentionnés et/ou prévus et il me permettra de rebondir sur certains points. Il va également me confirmer ou non les réponses obtenues lors de mon questionnaire.

1.4. Construction de l'outil

1.4.1. Le questionnaire :

Construction du questionnaire (Annexe 7) : Mon questionnaire cherche à répondre à mes 2 premiers objectifs. Il est composé d'une 1ère partie demandant des informations de présentation. Puis une partie sur les TC Léger est proposée. La 3^{ème} partie propose une définition du TC Léger et expose ses conséquences et répercussions. En définissant ce traumatisme je m'assure qu'on parle des mêmes notions. Des questions sur leur connaissance des répercussions du TCL, ainsi que sur leur pédagogie sont ensuite posées. Enfin une dernière partie, mettant en avant la collaboration avec les ergothérapeutes clôture ce questionnaire.

Mode de passation du questionnaire : j'ai revu mon mode de passation initialement programmé, n'ayant pas pu remonter la filière comme je le souhaitais au départ. Mon questionnaire a donc été diffusé à tout type d'enseignants des classes élémentaires ordinaires et non pas uniquement à des enseignants ayant eu des enfants traumatisés crâniens légers. En amont de la diffusion de mon questionnaire, je l'avais fait tester et valider auprès de trois enseignants de classes élémentaires ordinaires de mon entourage. Par la suite, je me suis déplacée directement dans des écoles élémentaires afin de le diffuser et je l'ai publié sur des réseaux sociaux. Enfin, par mon entourage et par le bouche-à-oreille, une diffusion par mail s'est effectuée.

1.4.2. L'entretien :

Les entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes ont été réalisés individuellement. Les questions posées intègrent principalement des questions sur le TCL et sur leur collaboration avec des enseignants.

Construction des entretiens (Annexe 8) : La grille d'entretien est composée de questions ouvertes et semi-ouvertes. Les premières questions concernent le profil de l'ergothérapeute, sa structure de travail et la population accueillie. Les questions suivantes se penchent davantage sur le TCL, ses troubles cognitifs et sur les modes de prise en charge. Puis, des questions concernant les projets scolaires des enfants TCL sont posées. Enfin j'appréciai leur avis sur la collaboration enseignant/ergothérapeute en milieu scolaire ordinaire pour ces enfants TCL.

Mode de passation de l'entretien : J'ai pu, lors de mon dernier stage, faire tester et valider ma grille d'entretien auprès de deux ergothérapeutes. Ces ergothérapeutes travaillent en libéral auprès d'une population d'enfants ayant des troubles des apprentissages mais n'ont pas en charge des enfants TCL.

Mes autres entretiens ont tous été réalisés par téléphone, en raison des secteurs géographiques éloignés et/ou du manque de disponibilité commune. Suite à l'accord des ergothérapeutes, ils ont été enregistrés afin de faciliter leur retranscription et leur analyse. La durée était d'environ 20minutes.

2. Analyse des résultats

2.1. Présentation des résultats bruts

❖ **Questionnaire** : 127 réponses ont été obtenues suite à la diffusion de ce questionnaire, dont 12 d'entre elles d'enseignants ayant, ou ayant déjà eu dans leur classe un enfant TCL.

La présentation des résultats est répertoriée par thématique en 7 parties distinctes :

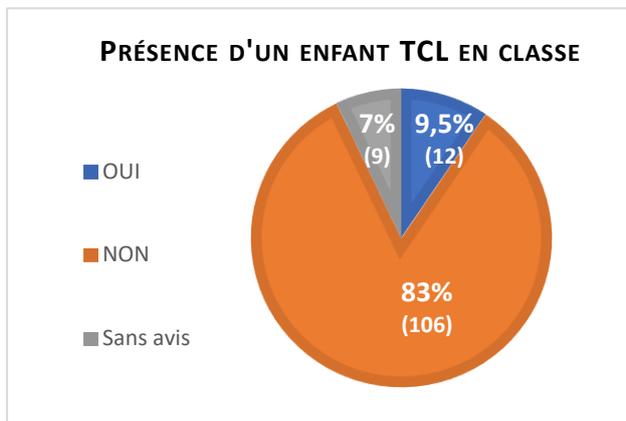
- Ancienneté et formation au TCL
- Présence d'un enfant traumatisé crânien léger en classe
- Les troubles cognitifs et leurs répercussions sur la scolarité
- Compétences des enseignants face à ces enfants traumatisés crâniens légers
- Connaissance des conséquences et des répercussions du TCL
- Adaptation de la pédagogie
- La collaboration enseignant/ergothérapeute

- Ancienneté et formation au traumatisme crânien léger.

Mes premières questions (1,2) interrogent sur l'année d'obtention du diplôme d'enseignant et sur leur formation au TCL. Sont alors partagés en deux groupes, les enseignants diplômés avant 2005 et ceux diplômés après 2005 (Loi du 11février 2005). En fonction de cette donnée sont ensuite analysées la formation et/ou la sensibilisation de ces enseignants au TCL. On constate

que 20,7% (12/58) des enseignants diplômés après 2005, ont été formés et/ou sensibilisés au TCL, contre seulement 10,1% (7/69) pour les enseignants diplômés avant 2005.

- Présence d'un enfant traumatisé crânien léger en classe :



9,5% (12/127) des enseignants ayant répondu à mon questionnaire ont ou ont déjà eu dans leur classe un enfant traumatisé crânien léger.

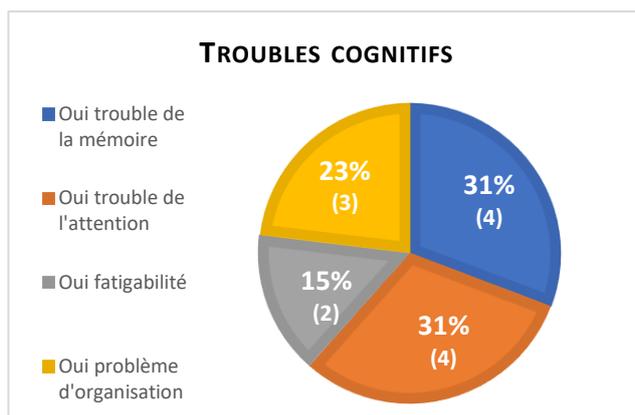
7% (9/127) des enseignants ne se sont pas prononcés et ne savaient pas dire s'ils avaient eu un enfant TCL dans leur classe.

Graphique 1: Présence d'un enfant traumatisé crânien léger en classe (N = 127)

D'après la question 3, sur les 9,5%, plus de la moitié (58%) n'étaient pas informés de l'arrivée de cet enfant dans leur classe.

Les deux thèmes suivants présentent les résultats des enseignants qui ont déjà eu un enfant TCL en classe (soit 9,5% des enseignants) et correspondes aux réponses des questions de 4 à 8.

- Les troubles cognitifs et leurs répercussions sur la scolarité :



Graphique 2: Troubles cognitifs rencontrés chez les enfants TCL (Plusieurs choix de réponses possibles, N = 12)

67% (8/12) des enfants ayant subi un TC léger présentaient des troubles cognitifs. Plusieurs d'entre eux présentaient plus d'un trouble à la fois. Ces troubles sont répartis dans le graphique ci-joint (Graphique 2).

100% des enseignants ayant rencontré dans leur classe ces enfants affirment que ces troubles cognitifs avaient un impact sur le processus d'apprentissage de l'enfant.

- Compétences des enseignants face à ces enfants traumatisés crâniens légers :

87,5% des enseignants (7/8) disent avoir adapté leur pédagogie face à ces enfants traumatisés crâniens légers présentant des troubles cognitifs.

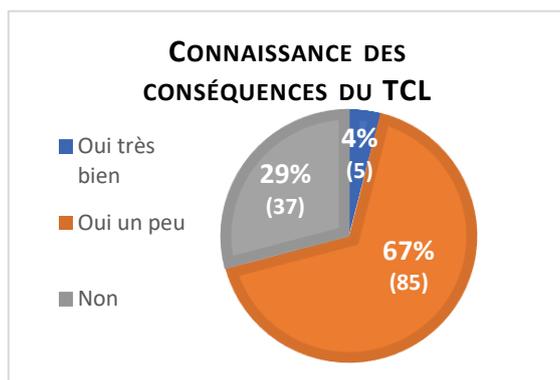
Les questions 7 et 8 de mon questionnaire interrogeant sur la pédagogie des enseignants face à ces enfants TCL présentant des troubles cognitifs ont permis de montrer que 87,5% des enseignants (7/8) avaient adapté leur pédagogie. La question « si oui de quelle(s) manière(s) ? » permet d'identifier les moyens et outils mis en place par ces enseignants :

- Réduire le temps de travail (4/8)
- Utiliser d'aide-mémoires (1/8)
- Accorder plus de pauses (3/8)
- Photocopier de leçon (1/8)
- Morceler la tâche (2/8)

Les résultats suivants regroupent les réponses de tous les enseignants interrogés et font référence aux questions de 9 à 17 de mon questionnaire.

- Connaissance des conséquences et des répercussions du TCL :

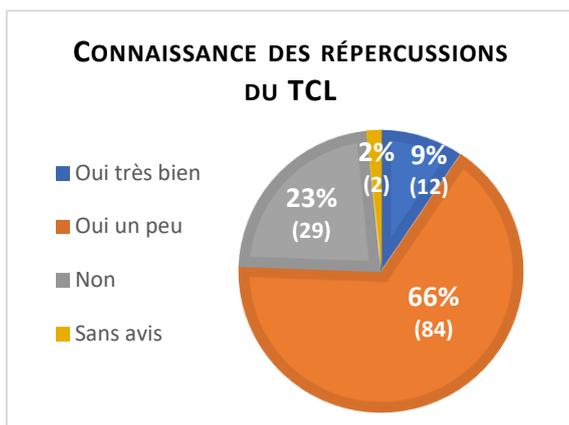
Dans le cadre de mon étude, les conséquences du TCL correspondent aux troubles cognitifs, c'est-à-dire aux éventuels troubles de la mémoire, de l'attention, de la vitesse de traitement de l'information, des troubles des fonctions exécutives ou encore de la concentration.



29% des enseignants ne pensent pas connaître les conséquences d'un TCL alors que 67% disent les connaître "un peu".

Graphique 3 : Connaissance des conséquences du Traumatisme Crânien Léger (N = 127)

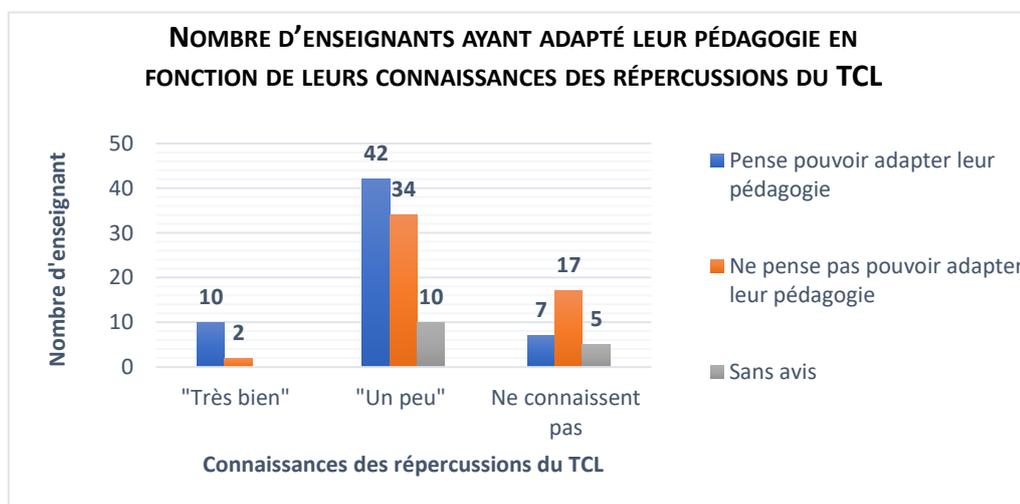
Les conséquences du TCL ont des répercussions sur la scolarité du jeune traumatisé. Les répercussions correspondent aux difficultés rencontrées dans la scolarité de l'enfant des suites des troubles cognitifs (ex : difficultés à retenir des informations, distractibilité, lenteur, difficultés pour planifier, organiser, pour prendre des décisions etc...)



Si 66% de tous les enseignants questionnés disent connaître "un peu" les répercussions du TCL sur la scolarité de l'enfant, 23% affirme ne pas les connaître.

Graphique 4 : Connaissance des répercussions du Traumatisme Crânien Léger (N=127)

- Adaptation de la pédagogie :



Graphique 5 : Nombre d'enseignants ayant adapté leur pédagogie en fonction de leurs connaissances des répercussions du TCL (N = 127)

Parmi les 12 enseignants affirmant "très bien" connaître les répercussions du TCL sur la scolarité, 10 d'entre eux pense pouvoir adapter leur pédagogie. Les enseignants affirmant les connaître "un peu" sont environ la moitié (42/86) à affirmer pouvoir adapter leur pédagogie.

Sur les 23% (29/127) des enseignants affirmant ne pas connaître ses répercussions, 30% pensent pouvoir adapter leur pédagogie (7/29). Sur ces 23%, les $\frac{3}{4}$ (78%) affirment tout de même vouloir collaborer avec un ergothérapeute.

⇒ En tout, 53/127 (41,7%) des enseignants ne pensent pas pouvoir adapter leur pédagogie quelle que soit leur connaissance des répercussions du TCL.

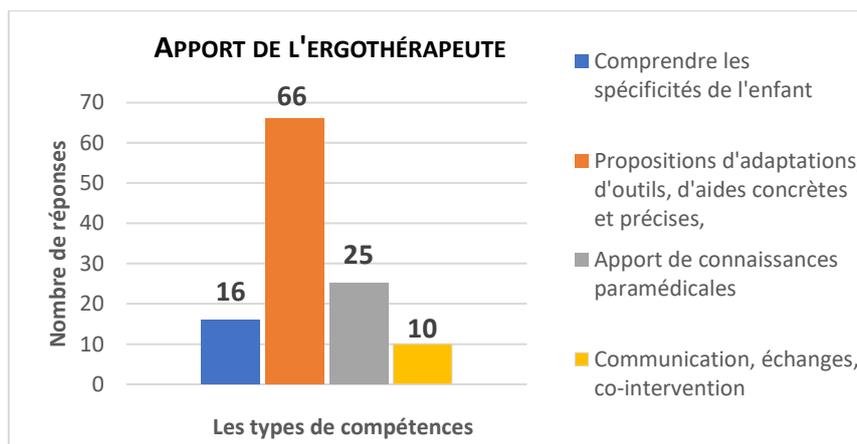
Enfin, 83% des enseignants, connaissant les répercussions des troubles cognitifs ("un peu" et "très bien" soit 98 enseignants), mais ne pensant pas pouvoir adapter leur pédagogie, veulent être formé(e)s au TCL et souhaitent collaborer avec un ergothérapeute. (30/36)

- La collaboration enseignant/ergothérapeute :

25% (3/12) des enseignants qui ont eu un enfant TCL dans leur classe ont déjà collaboré avec un ergothérapeute.

Mes questions 15 et 16, interrogent sur les bénéfiques ou non de l'intervention d'un ergothérapeute. Elles permettent de mettre en exergue que, quelle que soit leurs connaissances des répercussions et conséquences du TCL, 83% de l'ensemble des enseignants (105/127), affirment qu'une collaboration avec un ergothérapeute peut les aider à s'adapter aux capacités de l'enfant.

Ils mentionnent différentes manières dont les ergothérapeutes pourraient les aider. Ont été largement citées, 4 "compétences" exposées dans le graphique ci-dessous. (Graphique 6) Les enseignants semblent s'accorder sur le fait que l'ergothérapeute propose, entre autres, des adaptations, des aides concrètes et précises.



Graphique 6 : Les apports de l'ergothérapeute auprès des enseignants (Plusieurs choix de réponses possibles par enseignant, N = 127)

La question 17 permet, elle, de déterminer les limites de la collaboration selon les enseignants. Seule 8 réponses ont été obtenues. On retrouve parmi elles, leur méconnaissance de l'ergothérapie et de ses missions (2/8), le manque de temps pour échanger avec ces ergothérapeutes (5/8) mais aussi « *parce que les ergothérapeutes sont trop loin de l'école et ce sont les élèves qui se déplacent et non nous [...].* » (Annexe 8)

Une analyse des résultats secondaires du questionnaire est consultable en annexe. (Annexe 8)

❖ Entretiens :

Une retranscription d'un des entretiens est consultable en annexe (Annexe 9). Pour respecter l'anonymat des ergothérapeutes interrogés, ils sont respectivement appelés **E1**, **E2** et **E3**. La présentation de ces résultats est, elle aussi répertoriée par thématique, en 5 parties distinctes :

- Lieux de pratique des ergothérapeutes
- Les troubles cognitifs et leurs répercussions sur la scolarité
- Le suivi ergothérapeutique et les adaptations
- Les compétences des ergothérapeutes
- La collaboration enseignant/ergothérapeute

- Lieux de pratique des ergothérapeutes :

Dans quelle structure travaillent les ergothérapeutes ?	
E1 : CMPRE (Centre de Médecine Physique et Réadaptation pour Enfants)	E2 et E3 : SSR pédiatrique

Tableau 1 : Structures des ergothérapeutes

Moi : « <i>J'ai essayé de chercher des ergos travaillant en libéral, en SESSAD, dans des CMPP, dans le suivi d'enfant TCL, mais je n'ai pas trouvé cette population d'ergo.</i> »
E1 : « <i>Non non, bah non c'est sûr qu'il y a très peu d'ergothérapeutes pour ces enfants-là. Ces ergos peuvent en accueillir mais c'est vrai que c'est nous qui leur envoyons des enfants TCL.</i> »
Moi : « <i>je vous ai trouvé vous, mais avant cela j'ai contacté de nombreuses structures, des SESSAD, CMPP, des cabinets libéraux, mais aucun de ceux que j'ai appelé ne suivait des enfants TCL.</i> »
E3 : « <i>Ça ne m'étonne pas vraiment, malheureusement</i> »

Tableau 2 : Propos des entretiens semi-directifs sur les structures de travail des ergothérapeutes

- Les troubles cognitifs et leurs répercussions sur la scolarité :

Les ergothérapeutes interrogés citent des troubles de la mémoire, de l'attention, de la vitesse de traitement des informations, de la concentration et des fonctions exécutives. Ils évoquent également un syndrome dysexécutif comportemental et/ou un syndrome dysexécutif cognitif.

E1 spécifie que « *puisque'on est sur un traumatisme léger, il n'y a pas de troubles moteurs.* »

Les ergothérapeutes affirment qu'il y a des répercussions sur la scolarité de l'enfant. Pour **E2**, « *ces troubles ont un impact sur la scolarité, c'est certain* » et selon **E1** : « *[Le médecin ou la famille] se rendent compte que l'enfant a des difficultés à rester concentré ou à initier une action.* » ou encore « *même discrets ils vont forcément jouer sur la scolarité* ».

Lorsque l'on parle de troubles cognitifs, l'ergothérapeute est un professionnel de santé pouvant intervenir auprès de la personne concernée afin de l'aider dans ses activités de vie quotidienne.

- Le suivi ergothérapeutique et les adaptations :

A quel moment a lieu le suivi ergothérapeutique par rapport au TCL ?

E1 : « on a plus fréquemment des enfants qui viennent directement de l'hôpital [...] juste après leur traumatisme. [...] On a aussi des jeunes qui reviennent un an, un an et demi après leur traumatisme. »

E2 : « ici on a l'habitude que l'enfant vienne plusieurs mois après son traumatisme ».

E3 : « A distance de leur atteinte »

Tableau 3 : Moment de prise en charge des enfants TCL selon E1, E2 et E3

Les trois ergothérapeutes affirment qu'ils suivent, la plupart du temps, ces enfants TCL, à distance du traumatisme. Ils interviennent alors sur son projet scolaire et proposent des adaptations afin de le faciliter. Pour **E2**, si l'enseignant met en place des adaptations, l'intervention d'un ergothérapeute permet le plus souvent de les mettre en place « plus rapidement » et celles-ci sont généralement « davantage en lien avec les troubles et les problématiques de l'enfant. » **E1**, lui, atteste que « des fois l'enfant trouve seul des petits moyens qui vont l'aider à les compenser », mais que « au-delà des explications [données aux enseignants] il faut proposer les outils et les aides techniques les plus adaptés à l'enfant ».

- Les compétences des ergothérapeutes :

Les compétences des ergothérapeutes

E1 : « On rencontre et échange avec l'équipe », « rester très humble », « il ne faut pas arriver avec le savoir absolu », « une discussion, un partage », « repérer les habitudes », « proposer les outils et les aides techniques les plus adaptés à l'enfant », « il faut pouvoir faire passer un message [...] en ajustant notre langage »

E2 : « professionnel mais pas trop »

E3 : « pédagogue », « super important de faire en fonction de l'enfant »

Tableau 4 : Les compétences des ergothérapeutes selon E1, E2 et E3

Les compétences exposées par les trois ergothérapeutes font référence à des compétences humaines, à une capacité d'adaptation ou encore à une force de proposition. Si l'ergothérapeute intervient sur le projet scolaire de l'enfant, il va également côtoyer les enseignants qui ont une place centrale dans le milieu scolaire de l'enfant.

- La collaboration enseignants/ergothérapeutes :

La collaboration enseignants/ergothérapeutes

E1, E2, E3 : « indispensable »

E1 : « s'il n'y a pas de collaboration, ça ne peut fonctionner correctement », « c'est vraiment une discussion, un partage », « chacun va apporter en fait »

E2 : « la collaboration est utile et indispensable. », « il est essentiel d'échanger avec l'enseignant pour mieux cerner l'enfant », « si l'enseignant n'a pas compris l'intérêt d'un outil mis en place, il ne fera pas en sorte que ça perdure... C'est bête mais pourtant c'est bien ce qu'il se passe... »

E3 : « en tant qu'ergo on a besoin d'échanger avec les enseignants pour être sur la bonne voie »

Tableau 5 : La collaboration enseignants/ergothérapeutes selon E1, E2 et E3

⇒ Les trois ergothérapeutes sont unanimes, et affirment que cette collaboration est indispensable. Ils expliquent qu'ils ont cependant besoin des remarques et observations de l'enseignant pour s'adapter au cadre et pour proposer des adaptations et moyens de compensations adaptés aux difficultés scolaires de l'enfant. Cette collaboration leur permet de « *mieux cerner l'enfant et ses difficultés* » (E3), d'avoir des informations sur son comportement et de situer son niveau scolaire.

Néanmoins, E2 précise, qu'il faille, en tant qu'ergothérapeute, s'assurer que les enseignants aient bien compris l'intérêt des adaptations proposées. Plus la collaboration est comprise et investie de la part des deux professionnels, « *plus les apprentissages de l'enfant seront efficaces et plus l'enseignant pourra s'adapter aux capacités de l'enfant* ». (E3)

De quelle nature sont vos échanges avec les enseignants ? A quelle fréquence ont-ils lieu ?

E1 : - des échanges en face à face avec l'équipe pédagogique, « *on se déplace directement à l'école. On n'intervient pas forcément à l'école pour travailler, on n'a malheureusement plus le temps surtout [d'intervenir en milieu scolaire].* »

- « *On se déplace à l'école au moins une fois, rarement plus. Après on échange par mails ou téléphone si nécessaire.* »

E2 : - « *échanges téléphoniques ou des échanges par mails* », « *nous ne nous déplaçons pas dans les écoles pour rencontrer les enseignants* ».

- « *Une seule fois* », « *c'est vraiment compliqué de se déplacer dans les écoles, on perdrait trop de temps* ».

E3 : - « *On rencontre directement les enseignants, par mail ce serait trop compliqué* »

- « *Rencontre une à deux fois par an* »

Tableau 6 : Nature et fréquence des échanges selon E1, E2 et E3

⇒ Deux des ergothérapeutes interrogés se déplacent directement à l'école au moins une fois, pour rencontrer l'enseignant. Cela ne semble cependant pas être systématique (E2), même si, pour E3, « *par mail [les échanges] serai[en]t trop compliqué[s]* ». Néanmoins, si E1 s'y déplace « *directement [...], [il]n'intervient pas forcément [...] pour travailler* ». Il rencontre l'équipe pédagogique et revoit les modalités de fonctionnement et voit « *comment le jeune peut se retrouver là-dedans* », mais il ne va pas observer l'enfant directement en classe.

L'ergothérapeute va alors proposer des « *aménagements scolaires ou des aides au projet et à l'orientation scolaire* » (E3). Selon E2, les échanges avec les enseignants vont lui permettre de « *connaître les difficultés antérieures de l'enfant, et proposer des moyens de compensations cohérents.* »

⇒ Pour E1 et E3 il y a bien une collaboration qui se met en place, même si les échanges se font 1 à 2 fois dans le suivi d'un enfant. Pour E2, « *la collaboration est difficile car nous n'intervenons pas, ou peu, en milieu scolaire et que les échanges téléphoniques/mails sont limitants.* » La notion de temps est également un facteur freinant la collaboration. (E1, E2)

2.2. Analyse des résultats des questionnaires et des entretiens

Chaque partie de mes 2 outils, évoquée ci-dessus, est reprise afin d'en analyser les résultats. Les parties similaires sont analysées simultanément afin de faire un travail comparatif.

- Ancienneté et formation au TCL :

Un travail comparatif sur la formation/la sensibilisation au TCL, et l'année d'obtention du diplôme d'enseignant (avant ou après la loi de 2005) a été fait. Si 10,1% des enseignants diplômés avant 2005 disent avoir été formés, sensibilisés, seule une légère augmentation (+10,6%) est constatée pour la formation des "nouveaux" enseignants (après 2005). Il semblerait que très peu de dispositifs soient mis en place sur le TCL en milieu scolaire ordinaire, alors que les enseignants sont sujets à rencontrer de tels enfants. Certes le pourcentage a doublé mais seul un cinquième des "nouveaux" enseignants sont formés et/ou sensibilisés au TCL. Ce pourcentage laisse présager des difficultés d'adaptation et de pédagogie aux vues des troubles cognitifs éventuels du TCL et de leurs conséquences.

- Présence d'un enfant traumatisé crânien léger en classe :

Les enseignants qui ont ou ont eu, un enfant TCL dans leur classe sont peu nombreux (9,5%). S'ils ne sont que 12 sur 127 à avoir répondu positivement, 9 autres enseignants (7%) n'ont cependant pas su dire si l'enfant avait subi un TCL. Au vu de cette confusion (sans avis), il semblerait que les enfants qu'ils ont rencontrés, présentaient des difficultés, sans pour autant mentionner un TCL. Ces résultats prouvent qu'aucune information n'a été relayée à l'enseignant quant à la possibilité d'un TCL en amont. 58% des enseignants ayant eu un enfant TCL dans leur classe, confirment ce manque d'informations relayées puisqu'eux n'avaient pas été informés de l'arrivée de cet enfant dans leur classe. Si l'enfant a subi un TCL, il est possible qu'il présente des troubles cognitifs, pouvant impacter ses processus d'apprentissages et sa participation dans ses activités.

- Les troubles cognitifs et leurs répercussions sur la scolarité :

Les enseignants et les ergothérapeutes évoquent les mêmes troubles cognitifs rencontrés chez un enfant TCL. Ils sont en accord sur les termes et sur le type de troubles observables. Néanmoins, les ergothérapeutes mentionnent également un syndrome dysexécutif comportemental et/ou un syndrome dysexécutif cognitif, troubles non énoncés par les enseignants. Ces deux catégories professionnelles s'accordent sur le fait que ces troubles cognitifs ont un impact sur le processus d'apprentissage de l'enfant. Par conséquent, le TCL et ses troubles cognitifs nécessitent des compétences spécifiques afin de s'y ajuster et afin d'aider l'enfant dans ses tâches scolaires.

- Compétences des enseignants face à ces enfants TCL et compétences des ergothérapeutes :

Une grande majorité des enseignants disent avoir adapté leur pédagogie face à ces enfants présentant des troubles cognitifs (7/8). Cela prouve à la fois qu'ils sont conscients de la présence de troubles, mais aussi qu'ils ont une volonté d'agir différemment.

La connaissance du TCL, de ses conséquences et répercussions va notamment influencer les adaptations mis en place par l'enseignant. Les compétences mentionnées par les enseignants et celles rapportées par les ergothérapeutes sont similaires. Il semble que les enseignants connaissent un peu l'ergothérapie et ses missions.

- Connaissance des conséquences et répercussions du TCL et adaptation de la pédagogie :

En moyenne, 66,5% de tous les enseignants interrogés pensent connaître "un peu" les conséquences et/ou les répercussions du TCL. Ce pourcentage, relativement élevé, permet de dire qu'une majorité d'enseignants, par leurs connaissances, peuvent mettre en place quelques adaptations. 87,5% ayant déjà eu un enfant TCL dans leur classe ont notamment pu modifier leur pédagogie. Par contre s'ils ont quelques connaissances, l'intervention d'un ergothérapeute, de par ces champs de compétences, semble judicieuse pour compléter celles de l'enseignant.

D'autre part, 30% de ceux affirmant ne pas connaître les répercussions du TCL, pensent pouvoir adapter leur pédagogie (7/29). Cette affirmation semble peu cohérente. En effet, la connaissance des conséquences et des répercussions va influencer la capacité de l'enseignant à moduler son action face à cet enfant. Sans connaître ces conséquences et/ou répercussions il semble en effet complexe de remédier et/ou de mettre en place des adaptations adéquates.

Par ailleurs, l'ergothérapeute s'ajuste « *plus rapidement* » que les enseignants (E2) L'intervention d'un ergothérapeute prend ici tout son sens.

- Lieu de pratique des ergothérapeutes et suivi ergothérapeutique :

Très peu d'ergothérapeutes, quelle que soit leur structure, semblent travailler avec des enfants TCL. Trois ergothérapeutes ont tout de même répondu à ce critère. Ils peuvent alors intervenir auprès de ces enfants afin de favoriser leurs processus d'apprentissage dans le but d'améliorer leur participation et leur rendement dans leurs occupations. Ce suivi se fait cependant souvent tardivement après le traumatisme, lorsqu'il y « *a un appel au secours qui vient soit du médecin traitant soit de la famille directement.* » (E1). Cela peut notamment s'expliquer en raison des troubles cognitifs et du handicap invisible qui découlent du TCL et du cerveau encore en maturation de l'enfant. L'intervention d'un ergothérapeute peut supposer la mise en place d'une collaboration avec l'enseignant.

- La collaboration enseignants/ergothérapeutes :

12 enseignants ont eu un enfant TCL dans leur classe. Seul 3 d'entre eux (25%) ont déjà collaboré avec un ergothérapeute. Si cette population est minime (12/127), ce faible pourcentage démontre que très peu de suivi ergothérapeutique n'est effectué en milieu scolaire ordinaire. Or, ces enseignants, qui ont déjà eu à faire à un tel enfant sont unanimes (100%) et affirment qu'une collaboration avec un ergothérapeute leur permettrait de mieux s'adapter aux capacités de l'enfant. De plus, 83% de tous les enseignants (105/127) sont également en accord avec ces propos. Ce fort pourcentage prouve que les enseignants veulent être soutenus, accompagnés

Les ergothérapeutes vont dans le même sens que les enseignants et vantent les bienfaits d'une telle collaboration. Pour eux, elle est « *indispensable* », mais pour l'être elle ne peut marcher dans un seul sens. Chaque professionnel doit s'accorder à l'autre. Le langage utilisé doit notamment être adapté. Les ergothérapeutes, doivent se baser sur des « *exemples, un vocabulaire qui sortent du technique et du paramédical* » (E1).

La collaboration doit être investie et comprise par les deux professionnels pour que les adaptations proposées perdurent dans le temps. Cela afin d'améliorer la participation de l'enfant dans ses occupations. Les ergothérapeutes ne sont pas les seuls à avoir des compétences, « *[les enseignants] savent aussi faire des choses* » (E1) et « *sans l'aide des enseignants se serait dur [..].* » (E2) Si pour deux des ergothérapeutes il y a bien une collaboration qui se met en place, celle-ci reste marginale car les échanges se font rare : 1 à 2 fois seulement. Si le mode de communication et la fréquence des échanges semblent être des facteurs limitants à la collaboration pour les ergothérapeutes, la notion "de temps" l'est également. Les enseignants évoquent, de la même manière le manque de temps pour penser et/ou mettre en place une collaboration. La méconnaissance des enseignants de l'ergothérapie est également un frein à cette collaboration.

2.3. Conclusion de l'analyse des résultats de l'enquête, en lien avec les objectifs initiaux.

L'analyse des résultats permet de répondre aux objectifs initiaux. Ainsi devait être déterminé si une collaboration enseignant/ergothérapeute existait en classe élémentaire ordinaire pour un enfant TCL. Si celle-ci était utile pour les enseignants et les enfants et si elle leur était essentielle. Enfin, devait être défini le rôle de l'ergothérapeute.

Une collaboration semble exister mais elle reste minime et peu développée. Seul 25% (3/12) des enseignants interrogés, ayant eu dans leur classe un enfant TCL, ont collaboré avec un ergothérapeute. Après avoir effectué de nombreuses recherches d'ergothérapeutes, et cela auprès de différentes structures (SSR, SESSAD, CMPP, CMPRE) et en cabinet libéral, il semble qu'ils travaillent très peu dans le suivi scolaire d'enfants TCL.

Or le TCL provoque des troubles cognitifs qui vont avoir un impact sur le processus d'apprentissage de l'enfant. Si ce dernier éprouve des difficultés dans ses activités, l'enseignant va lui aussi en rencontrer puisqu'il ne connaît que très peu les conséquences et répercussions du TCL sur la scolarité (~ 66,5% les connaissent "un peu"). Contrairement aux enseignants qui ont déjà eu un enfant TCL et qui ont su adapter leur pédagogie (7/8), les autres enseignants sont davantage en difficulté (41,7%). L'ergothérapeute, par ses champs de compétences propres et variés, peut aider les enfants mais aussi les enseignants en milieu scolaire ordinaire et leur est donc utile.

L'ergothérapeute a néanmoins besoin de l'enseignant afin d'avoir des retours sur l'enfant, sur son comportement en classe mais aussi sur son projet scolaire. Enseignant et ergothérapeute ont donc besoin d'échanger, de partager leur savoir et leurs compétences. Chaque professionnel doit s'accorder, s'appuyer et se servir de l'autre, rendant ainsi cet échange de compétences essentiel pour aider l'enfant et son enseignant.

Les ergothérapeutes jouent donc un rôle essentiel par leur intervention en milieu scolaire. De par leurs connaissances paramédicales, ils proposent des adaptations, des moyens de compensation en lien avec les difficultés rencontrées et en lien avec les besoins spécifiques de l'élève mais aussi ceux de l'enseignant. Ils s'intéressent à l'enfant dans sa globalité et interviennent sur l'environnement, tout en considérant les habitudes de vie antérieure, les ressources et les obstacles, afin d'optimiser leur fonctionnement occupationnel. Ils ont un rôle d'informateur, tant sur le TCL que sur les adaptations mises en place.

3. Discussion

Dans ce travail, je cherchais à montrer que la mise en place d'une collaboration ergothérapeutes/enseignants permettait à ces derniers de s'adapter aux capacités de l'enfant TCL présentant des troubles cognitifs. La comparaison du cadre conceptuel et expérimental me permet de mettre en avant les grandes idées en m'appuyant sur le modèle du MCREO.

3.1. Liens et transpositions :

A la lumière de ces résultats certains constats peuvent être dégagés. Ce travail met notamment en exergue l'approche complexe du TCL en milieu scolaire.

Mon enquête apporte des résultats qui corroborent que ce traumatisme, avec ses troubles cognitifs, a un impact sur le processus d'apprentissage et sur les occupations de l'enfant traumatisé crânien léger. Ils ont également un impact sur le comportement et la pédagogie des enseignants qui sont confrontés à ces élèves, sans pour autant y être préparés.

Si ce traumatisme a longtemps été négligé du fait de l'absence, à la fois de troubles majeurs et de lésions visibles, il n'est pourtant pas dépourvu de gravité. Du fait de la méconnaissance des spécificités du TCL, nombreux sont les enfants qui échappent à une hospitalisation et a prise en charge rééducative. Or, des troubles cognitifs peuvent être associés au TCL, et cela même à distance du traumatisme, en raison du cerveau encore en maturation chez l'enfant. Ces faits exposés dans la partie théorique sont bien retrouvés dans la partie expérimentale. Des campagnes de prévention mises en avant par des plaquettes explicatives du TCL (Annexe 10) ont été diffusées par le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC). Ces plaquettes destinées spécifiquement, à l'enfant et ses parents, aux blessés adultes, aux médecins généralistes ou aux urgentistes, ne semblent pas avoir eu assez d'impact. En effet, trop d'enfants échappent aux services de soins après un TCL. Comment pourrait-on alors sensibiliser davantage tous ces acteurs ?

Si ma partie théorique montre que la loi a évolué, permettant ainsi l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction, très peu de démarches sont faites dans ce sens pour les enseignants des milieux scolaires ordinaires. Des journées de sensibilisation aux situations de handicap, incluant le TCL, sont organisées par UNAFTC, mais la présence des enseignants, basée sur du volontariat, ne rend pas les démarches propices aux apprentissages de tous les enseignants. Ces journées devraient-elles être obligatoires pour les enseignants et professionnels de santé ? Les enseignants sont donc peu nombreux à être formés et/ou sensibilisés au TCL alors que la probabilité d'avoir de tels enfants dans leur classe augmente

chaque année. Cela reste donc une notion floue pour les enseignants, qui rencontrent, au même titre que les enfants eux-mêmes, des difficultés. Ils ne savent donc pas comment agir et enseigner et ne comprennent souvent pas que l'enfant ait des difficultés dans ses activités. Comment faire alors comprendre à l'enseignant que ce n'est pas volontaire de la part de l'enfant et que ces difficultés sont liées à de réels troubles ? Si certains enseignants disent tout de même pouvoir adapter leur pédagogie, celle-ci est-elle en lien avec les troubles et les besoins de l'enfant ? Sont-ils en mesure de mettre en place des remédiations, des moyens de compensations appropriés afin d'optimiser les capacités de l'enfant et de limiter ses difficultés ?

Enseignants et ergothérapeutes ont une volonté commune, être soutenus et travailler ensemble. Si quelques enseignants disent avoir proposés des adaptations aux enfants TCL celles-ci sont souvent empiriques. Certains enseignants disent même ne pas connaître les répercussions du TCL sur la scolarité mais affirment pouvoir adapter leur pédagogie. Ces propos démontrent une incohérence et prouvent que ces enfants ont besoin d'un soutien extérieur face à des enseignants non formés au TCL. Comment est-il possible que l'enseignant malgré toute sa bonne volonté aménage sa pédagogie envers l'enfant s'il ignore les difficultés rencontrées et s'il ignore ce que celui-ci endure et ressent ?

Chaque TCL est unique, et chaque enfant est unique. Les adaptations en milieu scolaire se doivent donc d'être pensées pour chacun, selon son histoire de vie, son milieu, et cela en fonction des objectifs fixés et des besoins de l'enfant. Un même trouble ne va pas nécessairement aboutir à la même solution pour deux enfants TCL, c'est pourquoi elles ne peuvent pas être uniquement empiriques. Elles se doivent d'être propres à chacun et réfléchies, en prenant l'enfant dans sa globalité. L'enseignant doit donc trouver la meilleure solution, sans pour autant négliger les autres élèves de la classe. Aujourd'hui les effectifs scolaires sont conséquents comme le démontre le Syndicat National Unitaire des instituteurs (SNUipp-FSU, 2018) et les enseignants sont débordés. L'enseignant sera plus à même de gérer et enseigner à un enfant TCL s'il a moins d'élèves dans sa classe.

Leur méconnaissance du TCL, de ses conséquences et répercussions, leur volonté et demande d'être soutenus, mais aussi la spécificité des adaptations à mettre en place à la suite d'un TCL sont des éléments qui démontrent la nécessité d'une intervention ergothérapeutique. L'enfant traumatisé crânien grave, lui aussi peut présenter des troubles cognitifs, et contrairement aux enfants TCL il est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. La littérature met en effet en avant ces dispositifs pour ces enfants TC grave, comprenant entre autres des ergothérapeutes intervenants, en temps voulu, en milieu scolaire. (Ministère de la

Santé et de la Protection Sociale, 2009) Pourquoi, des enfants ayant subi un TC grave, présentant eux aussi des troubles cognitifs, devraient être les seuls à bénéficier d'un suivi ergothérapeutique en milieu scolaire ?

Il a été démontré à la fois dans la partie théorique et expérimentale que l'intervention d'un ergothérapeute dans le suivi d'un enfant dans son milieu scolaire ne peut cependant être efficace sans cette notion de collaboration avec l'enseignant. Celle-ci a en effet su montrer son intérêt mais aussi ses limites, qu'il me semble intéressant d'exposer brièvement.

- **Intérêt de la collaboration :**

La collaboration est une notion qui semble être indispensable et est présentée comme ayant des avantages multiples, tant pour les professionnels de santé que pour les enseignants et les enfants cérébrolésés. Elle est à double sens et permet un échange de compétences professionnelles. L'enseignant n'a souvent pas tout le bagage nécessaire pour gérer et enseigner à des enfants TCL. L'ergothérapeute, lui, n'a pas toutes les informations nécessaires sur l'enfant, sur son comportement et sur ses difficultés en classe, pour proposer des solutions adéquates et efficaces.

Le travail en collaboration permet à ces professionnels de mettre en commun leurs idées, d'évaluer leur pratique, de se réassurer sur les moyens mis en place, de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités d'une seule profession et d'ajuster les objectifs si nécessaire. Une collaboration active entre les ergothérapeutes et les enseignants semble donc être essentielle afin notamment de permettre aux enseignants d'ajuster leur pédagogie aux capacités de l'enfant.

- **Limite de la collaboration :**

Il est intéressant de se préoccuper des limites de la collaboration afin d'y pallier et de rendre la collaboration plus efficiente.

En premier lieu, et au vu de l'enquête, les ergothérapeutes ne se déplacent que très peu à l'école pour le suivi d'enfants TCL. Ils affirment que le manque de temps constitue une des principales causes. Ils privilégient alors les échanges téléphoniques ou mails, freinant ainsi la collaboration. Même s'ils sont conscients que des échanges en face à face sont primordiaux pour le suivi au plus près des besoins de l'enfant, en pratique, il est difficile de les organiser et de les rendre efficaces. Ces échanges sont trop peu fréquents et non formalisés donc peu propice à une collaboration efficace. Or, MARIANO (1989), présente comme l'une des conditions d'une

collaboration réussie et solide, « *la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information et développer des relations interpersonnelles.* » La systématisation des rencontres en face à face semble être essentielle afin de transmettre les informations de façon concises et précises d'une part, mais également pour instaurer un climat de confiance. Pour cela, des temps courts mais fixés à l'avance et réguliers semblent être la solution la plus adaptée à une collaboration efficace. Si les déterminants organisationnels peuvent être un frein à la collaboration, les déterminant interpersonnels peuvent l'être également.

La réalité du terrain démontre que la notion de confiance est primordiale dans la relation interprofessionnelle. La fiabilité de la description des difficultés de l'enfant repose alors sur l'enseignant, c'est pourquoi il se doit d'avoir la volonté de collaborer et se doit d'être impliqué pour être le plus précis et aidant possible. L'ergothérapeute lui doit s'assurer que l'enseignant comprenne l'intérêt de son intervention. Chacun doit donc reconnaître, comprendre et accepter le rôle et les compétences de l'autre. Il faut être ouvert à la discussion, aux ajustements et aux changements de sa propre pratique afin d'atteindre les objectifs. A cela s'ajoute un respect mutuel et de partage. Par conséquent, l'affinité entre ergothérapeutes et enseignants, peut elle aussi être une limite à la collaboration, si les acteurs ne répondent pas à ces différentes qualités. Les explications, les négociations ou encore les remises en question peuvent être difficiles, au vu de pratiques professionnelles ou de caractères différents. Il s'agit de rester objectif et professionnel, dans le seul but de favoriser le processus d'apprentissage de l'enfant et de limiter les difficultés de l'enseignant face à celui-ci. Il faut également prendre en compte les différences de langages car dans certains cas, les mots employés peuvent être trop techniques ou complexes et ne permettent pas à l'autre professionnel de comprendre le sens et l'intérêt des propositions.

Enfin, on retrouve également les déterminants externes qui peuvent eux aussi être des obstacles à la collaboration. On identifie à nouveau la formation des enseignants au TCL. Celle-ci semble en effet insuffisante, pouvant alors entraîner des temps d'échanges plus longs et moins efficaces. S'il y a un manque de formation, de sensibilisation au TCL, certains enseignants ne connaissent tout simplement pas l'ergothérapie et/ou ne savent pas à qui s'adresser lorsqu'ils sont face à ces enfants cérébrolésés.

Il ne faut cependant pas blâmer les enseignants chez qui l'appréhension face à ces enfants est légitime.

Au vu des chiffres et des statistiques émis dans ma partie théorique, je pensais trouver facilement des ergothérapeutes travaillant avec ces enfants cérébrolésés mais la réalité du terrain semble différente de l'idée que je me faisais. En effet, si je conçois qu'il n'y a qu'environ 20% des TCL qui laissent des séquelles cognitives et que ces enfants ne sont pas tous suivis par un ergothérapeute, j'ai eu des difficultés à trouver ces ergothérapeutes. Mes recherches se sont orientées vers des cabinets libéraux, des SESSAD, des SSR, des CMPP et des CMPRE mais seuls quelques SSR et un CMPRE ont répondu favorablement à l'accueil et à la prise en charge de ces enfants. La réalité du terrain montre que ce traumatisme passe souvent inaperçu et échappe au service de soin malgré sa bénignité parfois trompeuse.

Par ailleurs, ma partie théorique montre que les ergothérapeutes interviennent en milieu écologique, pour observer les atouts et les faiblesses de l'enfant dans son environnement scolaire par des évaluations et des mises en situations. Or, il semble que la réalité du terrain est toute autre. En effet, très peu d'ergothérapeutes se déplacent directement dans l'école pour observer l'enfant en classe. Est-ce vraiment suffisant pour les ergothérapeutes de se fier qu'aux observations et remarques de l'enseignant ? L'observation de l'enfant par l'ergothérapeute dans son milieu scolaire permettrait-elle d'avoir une analyse plus poussée et détaillée des difficultés rencontrées par l'enfant dans ses occupations ?

Au vu des champs de compétences variés des ergothérapeutes pourquoi sont-ils aussi peu présents et établis en milieu scolaire ordinaire pour le suivi de ces enfants TCL ? Pourquoi n'y aurait-il pas des ergothérapeutes employés directement par le ministère de l'éducation nationale pour intervenir dans les écoles ? Il semble que peu de structures et/ou de cabinets libéraux travaillent sur le suivi d'un tel handicap et que les ergothérapeutes manquent de temps. Employer des ergothérapeutes ayant pour missions d'intervenir en milieu écologique peut-être une solution pour pallier en partie aux limites de la collaboration. Le professionnel pourrait alors rencontrer directement les enfants et les enseignants, observer, mettre en situation, évaluer et faire de la formation et/ou de la sensibilisation aux enseignants. Il y aurait alors un vrai suivi, basé sur des observations et analyses plus approfondies. Je pense que leur champ d'action serait plus efficace et cela permettrait un meilleur suivi, un repérage précoce de troubles éventuels et un soutien majeur pour les enseignants qui se sentiraient davantage accompagnés.

Au Canada il semble qu'environ 7 % des ergothérapeutes travaillent dans les écoles. (Institut canadien d'information sur la santé, 2010) Ces ergothérapeutes offrent leurs services et proposent des recommandations à l'enseignant afin de faciliter l'apprentissage scolaire et de

« maximiser le rendement occupationnel [de l'élève ayant des besoins spéciaux], lorsqu'il n'est pas optimal. » (ACE, 2002) Mme VILLENEUVE (2009) démontre que les ergothérapeutes, en offrant un soutien aux enseignants, « contribuaient positivement au développement des habiletés des élèves, mais aussi à celui des enseignants. » Une revue de la littérature réalisée par l'ACE en 2002, démontrait l'efficacité de la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire. Si le contexte institutionnel canadien est différent du nôtre, pourquoi, en France, ne pouvons-nous pas nous inspirer de ce dispositif puisqu'il a su démontrer son efficacité en Amérique du nord ?

Toutes ces pistes de travail semblent intéressantes à étudier afin d'améliorer le suivi d'enfants traumatisés crâniens légers dans leur scolarité mais aussi de leur prise en charge par les enseignants. Si la collaboration enseignants/ergothérapeute est peu établie en milieu scolaire ordinaire, celle-ci démontre son intérêt et sa nécessité. Cette collaboration est un axe majeur sur lequel il faut encore se pencher afin d'améliorer ce défi qu'est leur accompagnement.

3.2. Limites et intérêts de l'étude

3.2.1. Les limites

La réalisation de ce travail d'initiation à la recherche présente des limites. J'ai rencontré des obstacles dans la mise en œuvre de mon enquête, notamment dans la recherche de professionnels, en raison notamment des critères précis et restrictifs de mon sujet. En effet, j'ai trouvé peu d'enseignants et ergothérapeutes travaillant avec ces enfants TCL. Je voulais questionner exclusivement des enseignants ayant travaillé avec ces enfants mais j'ai dû revoir mes critères d'inclusion. J'ai rencontré la même difficulté pour mes entretiens avec les ergothérapeutes alors que je me suis tournée vers de nombreuses structures de soins (SSR, SESSAD, CMPP, CMPRE) et cabinets libéraux. En interrogeant un plus grand nombre de professionnels, travaillant exclusivement avec des enfants TCL j'aurais eu des résultats plus significatifs et plus fiables en lien avec ce traumatisme.

Par ailleurs, j'aurais souhaité m'entretenir avec des enseignants ayant eu dans leur classe en enfant TCL, afin d'approfondir mes données. Dans mon questionnaire j'aurais dû demander aux enseignants volontaires de me laisser leurs coordonnées afin que je puisse les recontacter. L'anonymat de mon questionnaire ne m'a pas permis de pousser mon analyse...

3.2.2. Les intérêts

En premier lieu, ce travail permet de montrer la plus-value de l'ergothérapeute. Ici, nous faisons ressortir sa valeur ajoutée qui est d'accompagner à la fois l'enfant TCL en le prenant dans sa globalité mais également son enseignant.

D'autre part, ce travail m'a permis de m'initier au travail de recherche. C'est-à-dire développer et améliorer ma capacité à sélectionner, à me questionner, à rechercher, à synthétiser et à déduire. Ce travail m'a également permis d'approfondir mes connaissances sur le traumatisme crânien léger, sur ses conséquences et répercussions mais aussi sur la notion de collaboration indispensable à l'ergothérapie. Ces compétences et connaissances ne pourront m'être que bénéfiques pour ma future pratique professionnelle.

Enfin, ce mémoire m'a permis de mettre en pratique une démarche explorative et de traitement de données face à un problème. A travers ce travail, j'ai pu mobiliser la compétence 6 du référentiel ergothérapique, mentionnant que l'ergothérapeute doit savoir évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle en se remettant en question et en entreprenant des recherches afin de progresser dans l'exercice de sa fonction.

Hypothèse partiellement validée :

Ce travail d'analyse et d'élaboration m'a permis de mettre en perspective mon hypothèse avec la réalité du terrain, et de la valider partiellement. La collaboration enseignants/ergothérapeutes, si elle est mise en place, permet aux enseignants de s'adapter aux capacités de l'enfant traumatisé crânien léger présentant des troubles cognitifs, en classe élémentaire ordinaire. Cependant elle ne peut qu'être partiellement validée car elle est trop peu développée dans ces classes et son efficacité dépend de divers déterminants qu'il est difficile de rassembler et de concilier.

4. Conclusion

Notre problématique était de savoir **de quelle manière l'ergothérapeute peut améliorer le processus d'apprentissage d'enfants ayant des troubles cognitifs suite à un traumatisme crânien léger en classe élémentaire ordinaire.**

Pour y répondre j'ai émis l'hypothèse d'une **collaboration entre ergothérapeutes et enseignants permettant à ces derniers de s'adapter aux capacités de l'enfant présentant des troubles cognitifs suite à un tel traumatisme.**

Si la plupart des enfants ayant subi un traumatisme crânien léger retrouvent leur état antérieur, l'aspect bénin du traumatisme ne doit pas faire oublier qu'une partie non négligeable conserve des séquelles principalement en raison de leur cerveau encore en maturation. Ces séquelles peuvent notamment se manifester à plus ou moins long terme en fonction des aires cérébrales atteintes au moment de l'accident. Prioritairement cognitives, elles impactent alors le processus d'apprentissage de l'enfant et ses occupations. La qualité de leur accompagnement en milieu scolaire ordinaire va alors dépendre de l'équipe pédagogique.

L'enquête menée lors ce travail permet de montrer que les enseignants ne sont pas ou très peu formés et/ou sensibilisés au TCL. S'ils rencontrent des difficultés face à ces enfants et ont du mal à les appréhender, ils affirment néanmoins vouloir collaborer avec des ergothérapeutes afin d'être soutenus et aidés. Cette collaboration enseignants/ergothérapeutes a donc été étudiée dans le suivi d'enfants traumatisés crâniens légers. Celle-ci semble être utile et nécessaire tant pour ces enfants, que pour leurs enseignants et les ergothérapeutes.

La réussite scolaire de l'enfant est tributaire de cette collaboration. Un partage des compétences et des spécificités de chacun favorise un projet commun et cohérent propre à chaque enfant. Ergothérapeutes et enseignants gagnent à échanger et à s'entraider. Mais si la collaboration démontre son intérêt, sa nécessité et ses bienfaits, elle ne se manifeste actuellement que trop peu dans le milieu scolaire ordinaire. D'autre part, elle représente une réalité fragile car elle est basée sur divers déterminants (motivation, désir de collaborer, temps, engagement, disponibilité,...), qui, s'ils ne sont pas tous pris en compte, peuvent nuire à une collaboration efficace.

La réalité des démarches entreprises sur le terrain et la personnalité propre et unique de chaque professionnel, engendrent des collaborations singulières et distinctes. Si celles-ci varient, ce travail d'initiation à la recherche m'apporte néanmoins la preuve que travailler

ensemble, vers un but commun, apporte tant sur le côté professionnel que sur le côté humain. Il s'agira de pallier ces obstacles afin d'améliorer la scolarité de l'enfant. Cela facilitera également le travail des enseignants en classe élémentaire ordinaire.

Pour prolonger ma réflexion sur la collaboration, notion centrale de ce travail, il serait intéressant de s'interroger sur les autres facteurs qui peuvent intervenir. En effet, je me suis limitée aux échanges, aux partages de savoirs et de connaissances des enseignants et des ergothérapeutes, mais il est certain que d'autres acteurs pourraient influencer le processus (parents, neuropsychologue...). Intégrer par exemple les parents à la collaboration aurait donné des résultats différents et peut-être plus pertinents face à la réalité du terrain. Rappelons que l'étude porte sur une population âgée de 6 à 11 ans et donc la présence et l'influence des parents sont certaines. Leurs attentes peuvent différer de celles de l'enfant, de l'enseignant et/ou de l'ergothérapeute et ils peuvent ne pas comprendre, ne pas savoir gérer ou accepter ce handicap dit "invisible". Quelle serait alors la place des parents dans cette collaboration ?

« La complexité des services à offrir et la satisfaction des besoins divers des [enfants TCL] ne peuvent être toutes "rencontrées" par une seule profession, d'où la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle orientée vers [l'enfant] » (WALSH C. L. et al., 2005)

Liste des abréviations

ACR: American Congress of Rehabilitation

APT : Amnésie Post-Traumatique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMPRE : Centre de Médecine Physique et Réadaptation pour Enfants

CRFTC : Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien

CRPE : Concours de Recrutement des Professeurs des Ecoles

DVBIC: Défense and Veterans Brain Injury Center

ESPE : Ecole Supérieur du Professorat et de l'Education

ESS : Equipes de Suivi de la Scolarisation

GCS : Glasgow Coma Scale

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MEEF : master des Métiers de l'Enseignement et de l'Education et de la Formation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisme Crânien

TCL : Traumatisme Crânien Léger

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UNAFTC : Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et cérébrolésés

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

BIBLIOGRAPHIE

- ACE. (2002, Mai-Juin). L'ergothérapie est efficace en milieu scolaire. *Actualités ergothérapeutiques*.
- ALEXANDRE A., LEVEFERE G. et al. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. Marseille: Boeck solal.
- ALLAIN P., AUBIN G. et al. (2004). Déficits cognitifs dans les traumatismes crâniens légers : état de la question. Dans A. P. Meulemans T., *Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers* (pp. 55-90). Marseille: Solal.
- ALLOWAY, T. (2006). How does working memory work in the classroom? *Educational Research and Reviews*, 134-139.
- ANFE. (2017). *Définition - ergothérapeute*. Consulté le décembre 17, 2017, sur Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE): <http://www.anfe.fr/definition>
- AUBRY, C. (2013, Aout). *L'activité significative comme moteur d'influence sur le bien-être*. Montréal.
- AZOUVI et al. (2015). *Traumatisme crânio-cérébraux*. De Boeck-Solal.
- AZOUVI Ph. (2002). Evolution neuropsychologique des traumatisés crâniens sévères. *Services de rééducation neurologique, Hopital Raymond Poincaré, Garches*.
- AZOUVI, P. (2015). Fonctions exécutives aspects théoriques et cliniques. *Service de MPR, Université de Versailles-saint-quentin INSERM U 483*.
- BENOIT H., SAGOT J. . (2008). L'apport des aides à la scolarisation des élèves handicapés. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation n°43*, pp. 19-26.
- BLANC, P. (2011). *La scolarisation des enfants handicapés*. Rapport au président de la République.
- BOILY, E. (2017). *6 conseils pour renforcer la mémoire de travail de votre enfant - Au quotidien aidersonenfant.com*. Consulté le Novembre 24, 2017, sur Aidersonenfant.com: <https://aidersonenfant.com/6-conseils-pour-renforcer-la-memoire-de-travail-de-votre-enfant/>
- BOISSEL, A. (2009). Parcours scolaire après un traumatisme crânien : à propos d'un cas clinique. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, pp. p. 203-214. .
- BOISSIN, M. (2006). L'accompagnement pédagogique à la rescolarisation de jeunes traumatisés crâniens. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, pp. p. 274-284.
- BOSE P., HINOJOSA J. (2008). Reported experience from occupational therapist interactig with teachers in inclusive early childhood classrooms. *American Journal of Occupational Therapy* 62, pp. 289-297.
- BRYANT R.A. et al. (2014). Sleep disturbance immediately prior to trauma predicts subsequent psychiatric disorder. *Sleep* 33, pp. 69-74.
- BUSSY, G. (2016). *La mémoire de travail à l'école - Pour Comprendre et Accompagner au quotidien* . Remédiacog .
- CALIN, D. (2006). *La scolarisation des enfants handicapés (Daniel Calin)*. Consulté le Décembre 20, 2017, sur Psychologie, éducation & enseignement spécialisé: <http://dcalin.fr/cerpe/cerpe39.html>

- Campus de Neurochirurgie. (2006). *Traumatismes crâniens - Campus de Neurochirurgie*. Consulté le janvier 07, 2018, sur Campus de Neurochirurgie: <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article165>
- CASSIDY, D. (2004). *Les traumatismes crâniens légers - Définition et symptômes associés - Y. Distriquin*. Consulté le Novembre 25, 2017, sur Les traumatismes crâniens légers: http://syndrome-post-commotionnel.fr/?page=traumatisme_pathologies
- CHRISTENSEN, T. (2014). *Troubles cognitifs - L'attention*. Consulté le Novembre 25, 2017, sur L'attention: <http://www.scientificbraintrainingpro.fr/fonctions-cognitives/attention>
- CLOSSET A., CATALE C. . (2004). Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers. Dans A. P. Meulemans T., *Evaluation des traumatismes crâniens légers chez l'enfant* (pp. 265-301). Marseille: Solal.
- CogniFit. (2018). *Rapidité et vitesse de traitement cognitif (VT) Habilité Cognitive*. Consulté le Septembre 23, 2017, sur CogniFit: <https://www.cognifit.com/fr/science/capacites-cognitives/vitesse-de-traitement>
- COLINET, S. (2011). La formation des enseignants par la mutualisation des pratiques avec les professionnels des services sociaux. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* N° 55, pp. 215-227.
- COLLINS M.W. et al. (1999). Current issues in managing sports-related concussion. *Journal of American Medical Association* 282.
- COYETTE F., ADAM S. (2004). La prise en charge cognitive des traumatismes crâniens légers. Dans A. P. Meulemans T., *Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers* (pp. 205-236). Marseille: Solal.
- CROISILE, B. (2009). *Approche neurocognitive de la mémoire*. Fond. Nationale de Gérontologie.
- CURALLUCCI H. et al. (2011). *Le traumatisme crânien léger ou modéré : un handicap négligé*. Marseille.
- D'AMOUR, D. (1997, Décembre). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Montréal.
- DAURE I., SALAÛN F. (2017). Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le Journal des psychologues* (n° 348), p. 22-27.
- DE KETELE J-M., ROEGIERS X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. Bruxelles: De boeck.
- DE SAINT-MARTIN C. (2015, Octobre). Les élèves des classes spécialisées de l'école élémentaire, entre intégration et inclusion. *Recherches & éducations*.
- DE SINGLY F. (2008). *Le Questionnaire - L'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin.
- DEGIORGIE C. et al. (2017). Comprendre la mémoire de travail.
- DENNIS, M. (1989). Language and the young damaged brain. . In T. Boll and B.K. Bryans, *Clinical neuropsychology and brain fonction : Research, measurement and practice*. Washington: American psychological Association.

- Dr CHEVIGNARD M. (2015). Particularités du traumatisme crânien de l'enfant. *Traumatisme crânio-cérébraux*.
- Dr CHEVIGNARD M., LAURENT-VANNIER A. (2004). Pronostic et prise en charge du traumatisme crânien léger de l'enfant. Dans A. P. Meulemans T., *Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers* (pp. 303-330). Marseille: Solal.
- Dr CHEVIGNARD, M. (2012). Lésions cérébrales acquises de l'enfant. *Communication présentée au cours DIU*.
- Dr FERRER. (2016). Le traumatisme crânien léger . *Développement Professionnel Continu 2016* . Service des urgences hôpital Saint Joseph - Marseille.
- Dr MAJDOUB A., Dr MEKSI Y. (2016). Traumatisme crânien : physiopathologie, diagnostic, orientations thérapeutiques . *Mini-Module d'Auto-Apprentissage* .
- Dr PRADAT-DIEHL. (2010). *Mission interministérielle en vue de l'élaboration d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires*. Paris.
- Dr TOUITOU, V. (2017). Les lésions cérébrales acquises: Types de lésions neuronales et conséquences anatomocliniques. *DHU Vision et Handicaps*. Pitié-Salpêtrière - Paris.
- DUCHARME, D. (2008, Octobre). L'inclusion en classe ordinaire des élèves à besoins éducatifs particuliers.
- EDMOND M., LANDRY N. . (2015, Octobre). Vers des pratiques pédagogiques adaptées. *Guide d'accompagnement - Pour une intervention qui vise la réussite des élèves à besoins particuliers*. Commission scolaire de Laval.
- ESENER. (2017, Février). *Scolarisation en milieu scolaire ordinaire des élèves en situation de handicap*. Consulté le Novembre 24, 2017, sur École supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (ESENER): <http://www.esen.education.fr/?a=71&cHash=2357aeb82d&id=79>
- FELIX M., REMON N. . (2010). *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps Médical.
- GACHET, P.-F. (2007). Scolarisation des élèves handicapés : une révolution douce. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation - n39*, p. 57.
- GARDOU, C. (2008). Comment penser les situations de handicap dans le processus de scolarisation. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation INS HEA*, p. 129.
- GEERAERT, T. (2009). Conséquences à long terme du traumatisme crânien : les résultats paracliniques. *MAPAR*.
- GIL, R. (2006). *Neuropsychologie - 4ème édition*. Paris: Masson.
- GRAVEL, D. (2007, septembre). Au-delà de la réadaptation, L'ergothérapeute à l'école: rôle de l'ergothérapie en tant que service éducatif complémentaire auprès des élèves en difficulté.
- HAMONET C., JOUVENCEL M. (de). (2004). Handicap, des mots pour le dire, des idées pour agir.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010, Octobre). Les ergothérapeutes au Canada 2009.
- InVS. (2016). *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC)*. Institut de veille sanitaire.

- IRME. (2011, Décembre). Le traumatisme crânio-encéphalique. *Recherche (Institut pour la Recherche sur la Moelle épinière et l'Encéphale)*.
- Larousse Médical. (2018). *Encyclopédie Larousse en ligne- séquelle*. Consulté le Octobre 19, 2017, sur Larousse médical: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/s%C3%A9quelle/16074>
- LAURENT-VANNIER A., PELISSIER J. . (2010). *Expertise après un traumatisme crânien*. Paris: Sauramps médical.
- LECLERCQ, M. (2007). *Le traumatisme crânien: guide à l'usage des proches*. Marseille: Solal éditeurs.
- Légifrance. (2005). *Code de l'éducation - Article L112-2*. Consulté le novembre 23, 2017, sur Légifrance.gouv.fr: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524375&dateTexte=&categorieLien=cid>
- LEROY-MALHERBE V., DELAYE C. (2004). Le retour à l'école après une lésion cérébrale acquise. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie Vol 7*, pp. 346-351.
- LETOURNEAU, P.-Y. (2002, Nov). Le traumatisme crânio-cérébral - brochure à l'intention des familles et des personnes atteintes.
- MAIF. (2015). Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap.
- MARIANO, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, pp. 285 - 288.
- MARTINEN A., FAURE H., MAURY M. (2013). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, une étape dans l'évaluation de l'ergothérapie.
- MAZAUX J.M. et al. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil 78*, pp. 1316-1320.
- MEULEMANS, T. (2004). Les séquelles des traumatismes crâniens légers : problèmes méthodologiques. Dans A. P. Meulemans T., *Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers* (pp. 33-54). Marseille: Solal.
- MEYER, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Ergothérapies.
- Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004, juin 18). *Bulletin Officiel n° 2004-26*. Consulté le mai 20, 2018, sur Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-26/a0261926.htm>
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2009). Circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.
- Ministère de l'Education Nationale. (2017). *La scolarisation des élèves en situation de handicap - Ministère de l'Education Nationale*. Consulté le octobre 27, 2017, sur [education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr): <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap.html>

- Ministère de l'Education Nationale. (2017). *L'école élémentaire : organisation, programme et fonctionnement - Ministère de l'Education Nationale*. Consulté le décembre 26, 2017, sur [education.gouv.fr: http://www.education.gouv.fr/cid213/l-ecole-elementaire-organisation-programme-et-fonctionnement.html](http://www.education.gouv.fr/cid213/l-ecole-elementaire-organisation-programme-et-fonctionnement.html)
- Ministère de l'Education Nationale. (2018). *Être professeur des écoles - Devenir enseignant*. Consulté le janvier 16, 2018, sur [Devenir enseignant: http://www.devenirenseignant.gouv.fr/cid98883/etre-professeur-des-ecoles.html](http://www.devenirenseignant.gouv.fr/cid98883/etre-professeur-des-ecoles.html)
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports. (2010, Juillet). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Annexe II Référentiel des compétences.
- MONGRAIN, A.-A. (2012, août). *L'ergothérapie en milieu scolaire : d'un océan à l'autre*. Québec Trois-Rivière.
- MOREL-BRACQ, M.-C. (2009). Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. pp. 79 - 88.
- NITECKI, C. (2013). *La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes* . Créteil.
- OEQ. (2009, décembre). *L'ergothérapie en milieu scolaire - Ordres des ergothérapeutes du Québec*. Consulté le novembre 19, 2017, sur [Ordre des ergothérapeutes du Québec: http://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/12-lergothérapie-en-milieu-scolaire.html](http://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/12-lergothérapie-en-milieu-scolaire.html)
- PELLETIER ME., TÉTREAUULT S., BEAUPRÉ P. (2005, Juin). La réinsertion, comment relever le défi du passage à l'école ? Étude canadienne sur l'identification des facteurs liés à l'inclusion scolaire de l'enfant ayant des besoins spéciaux. *Ergothérapie N°18*, pp. 15-26.
- PONSFORD J., SCHÖNBERGER M. (2010). Family functioning and emotional state two and five years after traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychology Society* , pp. 306-317.
- Pr GAUTHERON V. (2015). La rééducation à la phase post-aigue d'un traumatisme crânien chez un enfant. *Semaine du cerveau*. Lyon.
- RICHARD-ROUSSEL, E. (2011). Partenariat Enseignant Spécialisé – Enseignant de la Classe : un dispositif au service de nouveaux savoirs. *Travail et formation en éducation* .
- RUSSEL. (1971). *APT*. Consulté le novembre 23, 2017, sur [Amnésie Post Traumatique \(APT\): http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/155_APT.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/155_APT.pdf)
- SAMIER R., JACQUES S. (2016). Quels stratégies pour les enseignants. *Pédagogie et neuropsychologie*.
- SARRALIE, C. (2010, Septembre). Positions et dispositions de l'enseignant en situation de réadaptation scolaire avec des jeunes traumatisés crâniens. Genève.
- SARRALIE, C. (2016, mars). Scolarisation des jeunes traumatisés crâniens. *Éditions de l'INS HEA*.
- SAVALLE, J.-P. (2015). Le handicap cognitif et ses incidences dans la vie quotidienne. *Association Québécoise des neuropsychologues*.

- SERON X., VAN DER LINDEN M. (2013). *Traité de neuropsychologie clinique - Tome II*. Bruxelles: Boeck solal.
- SNUipp-FSU. (2018, Janvier). Des classes trop chargées . *Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeurs des écoles et PEGS, affilié à la FSU*.
- SPIKMAN J.M., et al. (1996). Déficits of attention after closed-head injury: Slowness only ? . *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 18*.
- TEASDALE G., JENNETT B. (1974). Aspects of coma after severe head injury. *University Department of Neurosurgery, Institute of Neurological Sciences, Southern General Hospital*.
- TOURE PELLEN H., CHEVIGNARD M. (2015). Procédure de reprise de la scolarité après traumatisme crânien léger chez l'enfant.
- TOURE PELLEN H., CHEVIGNARD M. (2015, Janvier). Traumatisme crânien léger (TCL) et scolarité. *pour l'équipe du CSI (Centre de Suivi et d'Insertion pour enfant et adolescent après atteinte cérébrale acquise)*. Hôpitaux de Saint Maurice.
- TOWNSEND E., POLATAJKO H. (2013). Habilitier à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. *CAOT Publication ACE. 2ème édition*, p. 247.
- TOWNSEND E., POLATAJKO H., CRAIK J. (2007). Advancing an occupational therapy vision for health, well being and justice through occupation. *Canadian Association of Occupational Therapists*, p. 369.
- TULVING, E. (1983). *Elements of Episodic Memory* . New-York: Oxford University Press.
- UNAFTC. (2017). *Mieux comprendre le TC*. Consulté le janvier 09, 2018, sur Union Nationale des Associations de Familles de traumatismes crâniens et cérébrolésés: https://www.traumacranien.org/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=129
- UNASEA. (2009, Septembre). *La scolarisation des enfants en situation de handicap*.
- VERILLON A., MARION-MIGNON A., LANTIER N. (1991). *Les élèves handicapés à l'école : pour une collaboration enseignants spécialistes, éducations et pédagogies*.
- VILLENEUVE, M. (2009). A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. . *Canadian Journal of Occupational Therapy*, p. 76.
- WACHEUX F., ASMAR KOSREMELLI A. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence internationale en management*, (pp. 1-14). Beyruth, Liban.
- WALSH C. L. et al. (2005, Juillet). Interprofessional capability : A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*.
- WILSON J.T., TEASDALE G.M. et al. (1994). Post-traumatic amnesia: still a valuable yardstick. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994, 198-201.

ANNEXES

ANNEXES

- Annexe 1 :** "Repères et références statistiques" de l'Education Nationale – Evolution du nombre des élèves handicapés de 1998-1999 à 2015-2016 et La scolarisation des élèves en situation de handicap – education.gouv.fr
- Annexe 2 :** Module n°6: école inclusive: les besoins éducatifs particuliers – Enseignement desservi à l'académie de Paris.
- Annexe 3 :** Classification de la gravité des traumatismes crâniens selon l'amnésie post-traumatique (SERON X., VAN DER LINDEN M., 2013)
- Annexe 4 :** Echelle de coma de Glasgow et Classification de la gravité des traumatismes crâniens selon l'échelle de coma de Glasgow (SERON X., VAN DER LINDEN M., 2013)
- Annexe 5 :** Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute - Compétence 10 - Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports, 2010)
- Annexe 6 :** Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute - Compétence 9 - Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports, 2010)
- Annexe 7 :** Questionnaire aux enseignants des classes élémentaires ordinaires
- Annexe 8 :** Réponses complémentaires du questionnaire diffusé aux enseignants des classes élémentaires ordinaires.
- Annexe 9 :** Entretien semi directif – entretien téléphonique avec une ergothérapeute (E1)
- Annexe 10 :** Exemple de Plaquette d'informations sur le TCL destinée aux parents et aux enfants.

Annexe 1

"Repères et références statistiques" de l'Éducation Nationale – Evolution du nombre des élèves handicapés de 1998-1999 à 2015-2016

		1998-1999	2004-2005	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
1er degré	Intégrations individuelles	27 900	58 812	70 100	74 251	79 129	83 309	86 089	90 900	94 782	103 908	111 683
	Intégrations collectives ULIS 1er degré	44 900	37 584	39 634	40 231	41 051	42 985	44 420	45 521	46 783	47 504	48 361
2d degré	Intégrations individuelles	17 000	24 588	40 700	46 697	50 125	54 865	56 719	63 261	68 473	75 941	82 875
	Intégrations collectives ULIS	200	5 988	11 574	14 584	17 18/5	20 229	23 159	25 881	29 122	32 588	36 060
Total		90 000	126 972	162 008	174 673	187 490	201 388	210 387	225 563	239 160	259 941	278 978

La scolarisation des élèves en situation de handicap – education.gouv.fr



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

education.gouv.fr

POUR L'ÉCOLE
DE LA CONFIANCE

Entrez votre recherche ici

sur education.gouv.fr sur tous les sites de l'éducation nationale

LE SYSTÈME ÉDUCATIF | ÉCOLE | COLLÈGE | LYCÉE | POLITIQUE ÉDUCATIVE | CONCOURS, EMPLOIS, CARRIÈRES | LE B.O. | ETUDES & STATS

EN CE MOMENT | Bac 2021 | Plan Étudiants | École en chœur | Devoirs faits | Maîtriser le français | Sécurité à l'école

Accueil > Le système éducatif > De la maternelle au bac

De la maternelle au baccalauréat

La scolarisation des élèves en situation de handicap

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est un droit fondamental. Chaque école a vocation à accueillir tous les enfants, quels que soient leurs besoins.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées a permis des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap. Le service public d'éducation doit veiller à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. Une approche nouvelle est consacrée : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que l'environnement est adapté à sa scolarité.

Depuis 2006, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a plus que doublé. Le ministère chargé de l'Éducation nationale a fait des efforts sans précédent pour améliorer la scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap. Les différents dispositifs de scolarisation, les parcours de formation individualisés et les aménagements personnalisés en fonction des besoins des élèves sont autant de mesures participant à l'inclusion scolaire.

En 2016-2017, 300 815 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale (public et privé) : 172 145 dans le premier degré et 128 670 dans le second degré. Soit une augmentation de 7,5% d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire par rapport à l'année scolaire 2015-2016.

Désormais, grâce à l'amélioration de la scolarisation et la professionnalisation des accompagnants, **les parcours des enfants en situation de handicap se diversifient et s'allongent à l'École.**

À l'occasion du **comité interministériel du handicap** qui s'est tenu le 20 septembre 2017, il a été, d'ici 2022 :

- réaffirmé la création de plus de 8 000 postes d'accompagnants
- annoncé la création de 250 ULIS en lycée

IMPRIMER | A+ / A-

CALENDRIER SCOLAIRE

CALENDRIER SCOLAIRE

QUAND JE PASSE LE BAC

→ DES CONSEILS POUR RÉVISER

→ JE DÉCOUVRE LE SITE

Annexe 2

Module n°6 : école inclusive : les besoins éducatifs particuliers – Enseignement desservi à l'académie de Paris.



MODULE n°6 : Ecole inclusive : les besoins éducatifs particuliers
Responsable : Dominique Pellan
Thématique(s) du tronc commun abordée(s) (voir note de cadrage du 30 avril 2015) : Prise en compte de la diversité des élèves
Principales compétences développées (voir le référentiel de compétences des métiers du professorat et de l'éducation dans le Bulletin officiel du 25 juillet 2013) : Compétence 4 : Prendre en compte la diversité des élèves Compétence 10. Coopérer au sein d'une équipe Compétence 11. Contribuer à l'action de la communauté éducative Compétence P 3 : Construire, mettre en œuvre et animer des situations d'enseignement et d'apprentissage prenant en compte la diversité des élèves à besoins éducatifs particuliers.
Objectifs : <ul style="list-style-type: none">- Connaître les principales notions correspondantes aux élèves à besoins éducatifs particuliers- Connaître et s'approprier les différents dispositifs et structures au service de l'école inclusive- Travailler avec les partenaires de l'école et les enseignants ressources en vue de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation des élèves en situation de handicap.
Descriptif du module « école inclusive » : <ul style="list-style-type: none">- Cours 1 : la notion de BEP : définitions, contextualisation, enjeux, ressources pour la classe et l'établissement- Cours 2 : les structures adaptatives : la notion d'adaptation, les textes législatifs, les dispositifs et les projets individuels- Cours 3 : la scolarisation des élèves en situation de handicap : la notion de handicap; les textes législatifs; les dispositifs et les projets personnalisés de scolarisation.

Annexe 3

Classification de la gravité des traumatismes crâniens selon l'amnésie post-traumatique

Amnésie post-traumatique	Degré de gravité du traumatisme
Moins de 5 min	Très léger
5 à 60 min	Léger
1 à 24h	Moyen
1 à 7 jours	Sévère
1 à 4 semaines	Très sévère
Plus de 4 semaines	Extrêmement sévère

SERON X., VAN DER LINDEN M. (2013). *Traité de neuropsychologie clinique - Tome II*. Bruxelles: Boeck solal.

Annexe 4

Echelle de coma de Glasgow

	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	nulle	nulle	nulle
2	À la douleur	incompréhensible	Extension stéréotypée
3	Au bruit	inappropriée	Flexion stéréotypée
4	spontanée	confuse	Evitement
5		normale	Orientée
6			Aux ordres

Classification de la gravité des traumatismes crâniens selon l'échelle de coma de Glasgow

Sévère : score de 8 ou moins pendant au moins 6h durant les 24h suivant l'accident
Modérée : une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- GCS = 8 durant 1 à 6h- GCS compris entre 9 et 12 le 1^{er} jour- CT scan normal- Geste neurochirurgical
Léger : autre situation : perte de connaissance inférieure à 1h, examen clinique et CT scan cérébral sans anomalie

SERON X., VAN DER LINDEN M. (2013). *Traité de neuropsychologie clinique - Tome II*. Bruxelles: Boeck solal.

Annexe 5

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute – Compétence 10 - Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports, 2010)

Compétence 10

Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/7 du 15 août 2010, Page 185.

Annexe 6

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute – Compétence 9 - Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports, 2010)

Compétence 9

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.

2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.

3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.

4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.

5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.

6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.

7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.

8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.

9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

Annexe 7

Questionnaire aux enseignants des classes élémentaires ordinaires

Questionnaire

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en dernière année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil. Je me permets de solliciter votre participation dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en répondant au questionnaire ci-dessous.

Je m'intéresse dans ce mémoire à la collaboration enseignants/ergothérapeutes. Je me questionne notamment sur la place de cette collaboration sur la scolarisation des enfants ayant subi un traumatisme crânien en classe ordinaire.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce questionnaire est anonyme et confidentiel, au seul but d'un travail de mémoire. Il ne vous prendra que quelques minutes.

Merci du temps que vous m'accordez.

Bien cordialement,

Lorraine BAUMANN

Veuillez cocher ou compléter les cases correspondantes à vos réponses.

I. Présentation :

1 – En quelle année avez-vous été diplômé ?

II. Le traumatisme crânien

2 - Avez-vous été sensibilisé/formé aux traumatismes crâniens légers ? Si oui, par qui ?

- OUI, par une infirmière
- OUI, par un médecin
- OUI, par un ergothérapeute
- OUI, autre
- NON
- Sans avis

3 - Avez-vous déjà rencontré des enfants traumatisés crâniens légers dans votre classe ? Si oui, répondez à l'ensemble des questions suivantes. Si non, passez directement à la question 9.

- OUI, mais je n'étais pas informé(e) de son arrivée
- OUI, et j'étais informé(e) de son arrivée
- NON
- SANS AVIS

4 - Celui-ci présente-il/ présentait-il des troubles cognitifs ?

- OUI
- NON
- Sans avis

5 - Si oui le/lesquel(s) ? Précisez si vous le pouvez et répondez à l'ensemble des questions suivantes. Si non, passez directement à la question 9.

6 – Ces troubles ont/avaient-ils un impact sur le processus d'apprentissage de l'enfant ?

- OUI
- NON
- Sans avis

7- Avez-vous adapté votre pédagogie face à cet élève ?

- OUI
- NON
- Sans avis

8 - Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

9 - Connaissez-vous les conséquences d'un traumatisme crânien léger ?

- OUI très bien
- OUI un peu
- NON
- Sans avis

III. Qu'est-ce que le traumatisme crânien ?

Le traumatisme crânien est défini comme « *une altération du statut mental due à un traumatisme qui peut ou non avoir été accompagné par une perte de connaissance* » (COLLINS M.W. et al., 1999). Il correspond à une lésion cérébrale d'origine traumatique. Suite à ce traumatisme il est possible de voir apparaître des séquelles. Est appelée séquelle la « *lésion ou manifestation fonctionnelle persistant après la guérison d'une maladie, d'une blessure* » (LAROUSSE, 2018) Si après un traumatisme crânien grave des troubles physiques et cognitifs sont notables, après un traumatisme crânien modéré ou léger, les séquelles sont majoritairement d'ordre cognitif. On peut retrouver des troubles attentionnels, de la mémoire, un manque de concentration, de la lenteur d'exécution, ou encore des troubles des fonctions exécutives (difficultés de gestion de tâches nouvelles ou inhabituelles, de planification, d'organisation, d'inhibition, de raisonnement, de jugement). Ces troubles vont avoir des répercussions sur la scolarité de l'enfant.

A la vue de cette définition du traumatisme crânien et des éventuels troubles cognitifs de l'enfant :

10 - Connaissez-vous les répercussions des troubles cognitifs sur la scolarité ?

- OUI très bien
- OUI un peu
- NON
- Sans avis

11 - Pensez-vous pouvoir adapter votre pédagogie face à un enfant présentant des troubles cognitifs?

- OUI
- NON
- Sans avis

12 - Voudriez-vous collaborer avec un ergothérapeute afin d'être formé(e) aux troubles cognitifs, à leurs conséquences et à leurs répercussions sur la scolarité, afin d'adapter votre pédagogie envers cet enfant ?

- OUI
- NON
- Sans avis

IV. L'ergothérapeute

L'ergothérapeute « est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. » (ANFE, 2017) Un des rôles de l'ergothérapeute est de permettre à toute personne qui présente des limitations fonctionnelles « d'effectuer ses activités et occupations quotidiennes dont fait partie la fréquentation d'un lieu d'éducation » (PELLETIER ME., et al., 2005) De par ses connaissances sur le handicap et son analyse des activités, il va chercher à faciliter, ici, l'apprentissage scolaire et à « maximiser le rendement occupationnel [de l'élève ayant des besoins spéciaux], lorsqu'il n'est pas optimal. » (ACE, 2002) C'est notamment par la mise en place d'aides, de conseils, de stratégies qu'il va y parvenir. Il a également un rôle d'informateur et de formateur sur les situations de handicap et sur leurs conséquences et répercussions, cela auprès de l'enfant mais aussi auprès de son entourage (famille, enseignant, ...)

A la vue de cette brève définition de l'ergothérapeute et de ses missions :

13 - Avez-vous déjà collaboré avec des ergothérapeutes pour le suivi d'un enfant traumatisé crânien léger ? Si oui, répondez à la question suivante. Si non, passez directement à la question 15.

- OUI
- NON
- Sans avis

14 - Savez-vous dans quelle(s) structure(s) travaillait cet ergothérapeute ? Précisez si vous le pouvez (libéral, SESSAD (Service Spécialisé d'Education et de Soins A Domicile), SSR (Soins de suite et de réadaptation), etc

15 - Pensez-vous qu'une collaboration avec un ergothérapeute peut vous aider à vous adapter aux capacités de l'enfant ?

- OUI
- NON
- Sans avis

16 - Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

17 - Quelles sont selon vous les limites d'une telle collaboration et donc qui vous auraient empêchés de collaborer avec un ergothérapeute ?

Avez-vous quelques choses à ajouter ?

Votre réponse

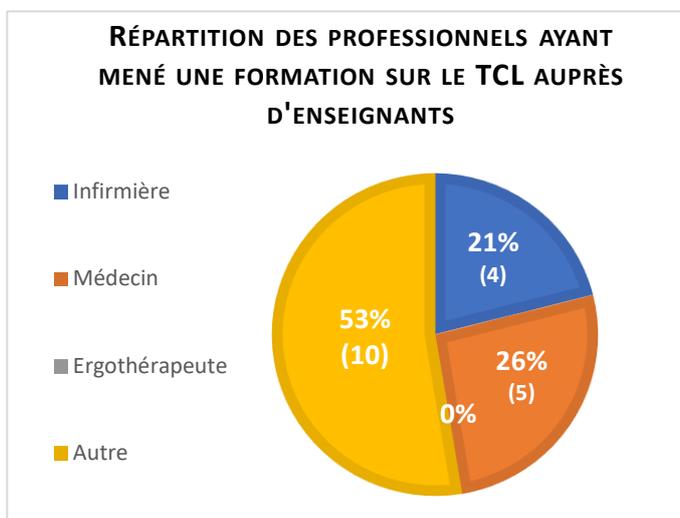
Merci pour le temps consacré au remplissage de ce questionnaire et pour votre contribution à la réalisation de mon mémoire de fin d'études d'ergothérapie.

Annexe 8

Réponses complémentaires du questionnaire diffusé aux enseignants des classes élémentaires ordinaires.

La question 2 permet de savoir si les enseignants ont déjà été formés et/ou sensibilisés aux traumatismes crâniens légers et si oui, par qui.

Si 19 enseignants sur 127 ont été formés et/ou sensibilisés au TCL, il semblait intéressant de se questionner « par qui est ce qu'ils ont reçu ces formations ».



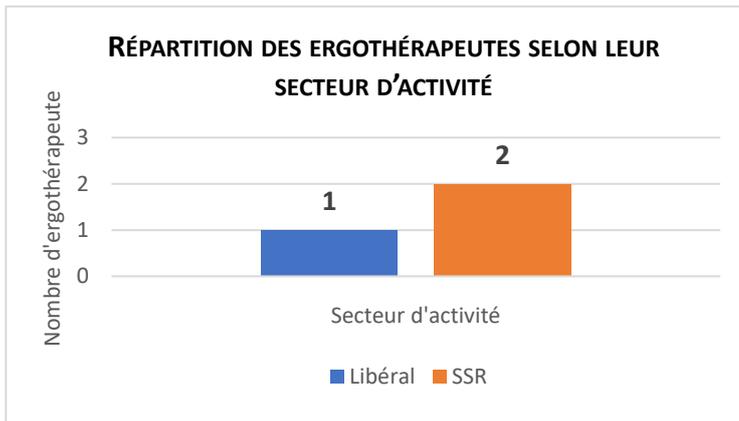
- 53% (10/19) des enseignants qui ont déjà reçu une formation et/ou une sensibilisation au TCL disent ne pas avoir reçu l'une et/ou l'autre par un médecin, une infirmière ou un ergothérapeute. (Autre)

- Aucune formation et/ou sensibilisation (0%) n'ont été menées par un ergothérapeute.

Graphique 7 : Répartition des professionnels ayant mené une formation et/ou une sensibilisation au TCL auprès d'enseignants (N= 19)

⇒ Les ergothérapeutes ne semblent pas mener des formations ou des journées de sensibilisation auprès d'enseignants des milieux scolaires ordinaires d'après la population interrogée. La question n'a pas permis d'identifier, dans 53% des cas, l'interlocuteurs, le professionnel ayant donné une formation et/ou ayant sensibiliser au TCL.

La question 14, elle, interroge les enseignants qui ont déjà collaboré avec un ergothérapeute, dans le cadre d'un suivi d'un enfant TCL. Cette question a été posée dans le but de faciliter la recherche d'ergothérapeute travaillant avec ces enfants en milieu scolaire, pour la réalisation d'entretiens semi-directifs. Dans cette étude, 3 enseignants sur 12 ont collaboré avec un ergothérapeute dans le suivi de tels enfants.



Graphique 8 : Répartition des ergothérapeutes ayant collaboré avec des enseignants dans le suivi d'enfant TCL, selon leur secteur d'activité (N= 3)

Sur ces 3 enseignants, 2 disent avoir collaboré avec des ergothérapeutes travaillant en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le 3^{ème} dit avoir collaboré avec un ergothérapeute libéral.

La dernière question « Avez-vous quelques choses à ajouter ? » propose aux enseignants de faire des commentaires, des remarques et/ou des suggestions s'ils le souhaitent. Ci-dessous leur retranscription.

Bonne chance pour votre mémoire ! Sujet intéressant.
Bon courage pour la fin de vos études
On demande toujours à l'enseignant de joindre les professionnels, de se documenter, de s'intéresser... mais si les enseignants orientent les parents c'est bien pour cela. Si l'ergothérapeute pouvait donner un document écrit spécialement pour l'enseignant (pas celui du parent) avec des pistes, savoir ce qu'il faut faire, ce serait le paradis. Car difficile d'être avec les enfants et d'avoir une conversation privée.
Une formation dans ce domaine serait très intéressante
Quelques soit la nature des troubles des apprentissages nous n'avons, hélas, aucune formation dans l'éducation nationale (enseigne depuis 2001)
Il faut se rapprocher d'un ergothérapeute
Je crois que mes collègues enseignants (et la population en général) ont beaucoup à apprendre sur les traumatismes crâniens légers. En ayant subi un moi-même, j'ai dû faire face à beaucoup de préjugés, en plus de devoir accepter la nouvelle personne que je suis. Bon succès dans vos travaux et merci de vous intéresser aux traumas crâniens légers.
Il est difficile de répondre à ce sondage sans connaître réellement qu'est-ce qui est considéré comme un traumatisme crânien léger. J'ai un élève qui a eu une commotion grave en jouant au hockey. Est-ce considéré comme un traumatisme ? J'enseigne au Québec, en 5e secondaire.
J'ai moi-même été victime d'un traumatisme crânien à l'âge de 8 ans. À l'époque peu de sensibilisation et peu de prise en charge. Je ressentais certaines difficultés mais faute de prise en charge je me suis efforcée de continuer mon cursus comme les autres en trouvant chaque jour des moyens pour palier mes manques. Merci pour ce questionnaire. Force et courage 🍀
J'ai répondu à ton questionnaire et je l'ai trouvé les définitions très intéressantes, Merci
Je souhaiterais pouvoir lire le mémoire final, possible ?
Il serait bien que les futurs professeurs soient informés du rôle des ergothérapeutes et que les écoles collaborent plus avec eux. Ils ont de réelles solutions à nous apporter !

Annexe 9

Entretien semi directif – entretien téléphonique avec une ergothérapeute (E1) –

Le vendredi 20/04/18

Moi : Bonjour madame, Lorraine BAUMANN, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil.

E1 : Oui bonjour Mademoiselle.

Moi : Je ne vous dérange pas, c'est bon pour vous ?

E1 : Non non du tout, je vous écoute.

Moi : Donc vous vous travaillez au sein du Centre de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Enfance c'est bien cela ?

E1 : Oui c'est exact, au niveau du service, du bâtiment B3, pour les pathologies neurologiques et orthopédiques de l'enfant.

Moi : Vous êtes donc amenée à travailler avec des enfants traumatisés crâniens légers, c'est bien cela ?

E1 : Oui c'est ça.

Moi : Rencontrez-vous souvent des enfants traumatisés crâniens légers dans votre centre ?

E1 : Ça dépend de ce que vous appelez souvent. Mais je dirais que comparé à d'autres populations d'enfants, ce type de traumatisme est moins fréquent.

Moi : Combien de temps ses enfants reste-t-il au sein de votre structure ?

E1 : Ces enfants restent en moyenne trois mois, oui maximum trois mois je dirais.

Moi : À oui quand même, je pensais que c'était moins long que ça les prises en charge. Très bien. Pouvez-vous m'indiquer les troubles que présentent habituellement ces enfants ?

E1 : Il s'agit de troubles cognitifs et comportementaux. Puisqu'on est sur un traumatisme léger, il n'y a pas de troubles moteurs.

Moi : Très bien. Pouvez-vous m'indiquer les troubles cognitifs que vous rencontrez le plus fréquemment ?

E1 : Oui, alors on retrouve souvent des troubles attentionnels, de la mémoire, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, avec un syndrome dysexécutif comportementales et/ou un syndrome dysexécutif cognitif.

Moi : Combien de temps dure vos prises en charge ergothérapeutique avec ces enfants traumatisés crâniens légers ?

E1 : En général quand ils viennent on les prend une heure par jour en individuel en ergothérapie tout au long du séjour

Moi : D'accord très bien. Et quelle est la moyenne d'âge de ces enfants, approximativement ?

E1 : C'est plutôt..., enfin, on a des enfants d'âge maternelle, d'âge primaire et de collège mais la majorité, actuellement, dans les plus récents, c'est plutôt des enfants d'âge primaire. Mais voilà on peut en avoir des plus jeunes et des plus âgés. On est amené à avoir des enfants de 7 à 18ans dans notre service.

Moi : A quel moment à lieu le suivi ergothérapeutique par rapport au traumatisme crâniens légers ? Est-ce que quand ils arrivent dans votre centre, le traumatisme crâniens vient de se produire, ou l'enfant vient plusieurs semaines, voire plusieurs mois après son traumatisme crâniens ? On parle souvent de

handicap invisible, c'est pourquoi cela m'intéresse de savoir à quel intervalle de leur traumatisme ils sont pris en charge.

E1 : (Rire). Voilà, c'est exact. Alors en fait on a une structure qui est bien repérée au niveau des hôpitaux ici sur Nancy donc depuis quelques années on a plus fréquemment des enfants qui viennent directement de l'hôpital donc souvent juste après leur traumatisme. On a des enfants qui viennent plus tardivement, mais bon il faut quand même qu'il soit très très gravement, enfin qu'il y est quelque chose de marqué, de visible, pour que les familles comprennent. Si les troubles ne sont pas directement visibles les parents ne "captent" pas. On a donc des jeunes qui rentrent chez eux après être venu directement nous voir et du coup on a aussi des jeunes qui reviennent un an un an et demi après leur traumatisme. Après, voilà il y a un appel au secours qui vient soit du médecin traitant soit de la famille directement. Ils se rendent compte que l'enfant a des difficultés à rester concentrer ou à initier une action. Et du coup on les revoit en consultation ici, et on propose des séjours, la passation de bilans, cela entre 15 jours et trois semaines. Au détour de ces 15 jours, trois semaines de séjour, ils partagent en général une prise en charge en hôpital de jour (HDJ) et en ambulatoire et on peut aussi passer le relais à des équipes en libéral.

Moi : Oui c'est vrai, parce que j'ai essayé de chercher des ergothérapeutes travaillant en libéral, en SESSAD, dans des CMPP, dans le suivi d'enfant traumatisé crânien léger, mais je n'ai pas trouvé cette population d'ergothérapeute. Les ergothérapeutes travaillent principalement auprès d'enfants ayant des dysgraphies, dyslexie, des troubles des apprentissages, ou pour des troubles moteurs mais j'ai trouvé vraiment que très peu d'ergo travaillant avec cette population d'enfants traumatisés crânien léger.

E1 : Non non, bah non c'est sûr qu'il y a très peu d'ergothérapeutes pour ces enfants-là. Ces ergos peuvent en accueillir mais c'est vrai que c'est nous qui leur envoyons des enfants traumatisés crânien léger. On fait alors des propositions aux familles et peut-être que c'est des ergo en libéral qui leur conviennent le mieux. On peut donc être amené à faire ça, à orienter les familles vers du libéral mais peut-être pas dans un premier temps. On passe le plus souvent pas des hospitalisations en HDJ. On a aussi un collègue qui travaille sur un SESSAD avec qui on bosse pas mal. On peut aussi faire ce genre de proposition, mais ils sont "blindés" donc les enfants sont sur liste d'attente, donc voilà souvent on les garde en HDJ, le temps que le SESSAD puisse prendre le relais. Enfin voilà on a de la chance d'avoir sur la région d'avoir un panel de propositions qui fonctionne bien mais en effet on essaye de trouver une solution.

Moi : D'accord, très bien. Avez-vous une école au sein de votre structure, accueillant les enfants hospitalisés ?

E1 : Oui, nous avons une école, dans nos bâtiments et c'est apprécié par les familles d'ailleurs.

Moi : Très bien, donc vous avez une école spécialisée avec des enseignants spécialisés ?

E1 : Oui il y a une école primaire, un collège et un lycée, tous les trois avec des enseignants spécialisés.

Moi : C'est super ça que votre structure propose une école avec des enseignants spécialisés. Ça ne se fait pas partout. Et selon vous, pouvez-vous dire que les troubles cognitifs que vous m'avez cités un peu plus tôt, ont un impact sur la scolarité de l'enfant traumatisé crânien léger ?

Ergo : Oui c'est vraiment une excellente chose d'avoir cette école dans nos locaux, ça permet à l'enfant de poursuivre leur scolarité même en étant hospitalisés et sur les troubles cognitifs, et oui, même discrets ils vont forcément jouer sur la scolarité, même si des fois l'enfant trouve seul des petits moyens qui vont l'aider à les compenser.

Moi : Dans mon travail d'initiation à la recherche, je m'intéresse à la collaboration ergothérapeute/enseignant en milieu scolaire ordinaire. Donc quand l'enfant retourne dans son école ordinaire. Etes-vous amenée à communiquer et échanger avec l'enseignant du milieu scolaire ordinaire ?

E1 : Oui oui oui. Le lien se fait au départ par l'intermédiaire de la famille. Le jeune est réintégré en milieu ordinaire. En revanche, on fait affaire très très vite à une ESS (Equipes de Suivi de la Scolarisation). On rencontre et échange avec l'équipe et on revoit les modalités de fonctionnement.

Moi : Il s'agit donc bien d'échanges en face à face avec l'équipe pédagogique et les enseignants et non pas des échanges uniquement par téléphone ou par mail ?

E1 : Oui oui c'est bien cela, on se déplace directement à l'école et on fait une un ASS. On n'intervient pas forcément à l'école pour travailler, on n'a malheureusement plus le temps surtout... Moi j'ai pu le faire en début de carrière mais maintenant c'est plus possible du tout du tout du tout. Mais voilà on fait des ESS on revoit un petit peu le fonctionnement de l'école comment le jeune peut se retrouver là-dedans quelles adaptations il faut mettre en place quel est le travail de l'AVS.

Moi : Combien de fois rencontrez-vous l'enseignant pour le suivi de ces enfants ?

E1 : On se déplace à l'école au moins une fois, rarement plus. Après on échange par mails ou téléphone si nécessaire.

Moi : Parce que dans ces cas-là il y a une AVS qui est mise en place ?

E1 : En primaire oui ou non, mais voilà quand elle est proposée on voit avec elle ses fonctions et dans quoi elle est utile aux jeunes.

Moi : D'accord. Donc il y a bien une collaboration qui est mise en place avec les enseignants des milieux ordinaires.

E1 : Oui, c'est exact et s'il n'y a pas de collaboration, ça ne peut fonctionner correctement.

Moi : Dans mon mémoire, et d'après les informations tirées de mon questionnaire, qui s'adressait aux enseignants des classes élémentaires ordinaires, je constate que ces enseignants sont souvent très peu voire pas du tout formés au traumatisme crânien léger. Et sans connaissances des conséquences et répercussions sur la scolarité du jeune il est donc compliqué de s'adapter aux capacités de l'enfant et d'agir de la meilleure des manières.

E1 : Mais pour pouvoir transmettre et travailler, apprendre aux enseignants les difficultés des enfants traumatisés crâniens légers, il faut déjà être un thérapeute très très aguerri. Pour pouvoir être très clair. Il faut pouvoir faire passer un message avec des mots d'enseignants en ajustant notre langage. Il faut déjà qu'en tant que thérapeute être très très très très au clair. Un trauma crânien quand on n'en a pas régulièrement c'est loin d'être évident, et le handicap invisible c'est loin d'être évident également. Voilà, il faut donc rester, très humble, parce qu'ils savent aussi faire des choses, et donc il ne faut pas arriver avec le savoir absolu. C'est vraiment une discussion, un partage. Il faut repérer les habitudes de la classe, comment est-ce qu'on peut s'intégrer là-dedans et chacun va apporter en fait. Moi la dernière fois où j'avais un peu des doutes quant à l'accueil d'un jeune très très hyperactif, avec syndrome comportemental, la maîtresse m'a répondu directement : « oui mais ça je sais faire ». (Rires) Donc bon c'était une vieille maîtresse. (Rires). Et puis, lorsqu'il a fallu mettre en place un ordinateur, là elle m'a regardé et m'a dit « ça je ne sais pas faire ». (Rires)

Moi : Dans mon mémoire justement je précise bien que les enseignants savent et peuvent mettre en place des choses, des adaptations, mais c'est vrai que nous en tant qu'ergothérapeute on apporte un complément on apporte d'autres aides, d'autres petites astuces qui peuvent voilà, être plus adaptées.

E1 : Oui voilà, c'est l'explication, les exemples, un vocabulaire qui sort du technique et du paramédical qui va permettre d'aider les enseignants. Il faut utiliser un langage enseignant. Il y a aussi un travail là-dessus à faire. Et puis bien sûr, au-delà des explications il faut proposer les outils et les aides techniques les plus adaptés à l'enfant, mais ça on est formé(e) là-dessus. (Rires)

Moi : En tout cas un grand merci pour votre temps et pour vos informations.

E1 : Je vous en prie, bonne chance pour votre mémoire.

Moi : Merci beaucoup. Au revoir.

E1 : Au revoir.

Annexe 10 : Exemple de Plaquette d'informations sur le TCL destinée aux parents et aux enfants.



Traumatismes crâniens légers

Information destinée à l'enfant et à ses parents

Ne t'inquiète pas !

Le plus souvent, tous ces problèmes s'arrangent. Mais si tu trouves que c'est trop difficile et que cela dure trop longtemps, tes parents t'emmèneront chez le médecin. Il saura comment t'aider !

Ton retour à l'école

Si tu ne retournes pas à l'école tout de suite, c'est pour te reposer quelques jours à la maison. Lorsque tu rentreras à l'école, tu auras peut-être du mal à te concentrer, à retenir ce qu'on te demande de faire, surtout si tu dois faire plusieurs choses à la fois. Pour t'aider, tes professeurs doivent savoir ce qui t'est arrivé : tu peux leur montrer ce petit livre. En classe, ils peuvent te faire asseoir au premier rang : ce sera plus facile pour te concentrer. Pendant quelques jours, ils peuvent aussi te laisser un peu plus de temps pour terminer les exercices, ou t'en donner moins à faire.

Avant de reprendre le sport...

Tu auras peut-être un mauvais équilibre ou tu seras plus maladroit, pendant un certain temps. Tu peux aussi ne pas bien voir le danger... Préviens ton professeur ou ton club de sport de ce qui t'est arrivé. Avant de reprendre le sport, tu dois attendre de ne plus avoir mal à la tête depuis plusieurs jours. Et si tu fais du vélo ou du roller, n'oublie surtout pas ton casque !

Inspiré du livret d'information de l'équipe de Jennie Ponsford : Ponsford J., Willmott C., Rothwell A., Cameron P., Kelly A.M., Nelms R., Curran C. (2002) Impact of early intervention on outcome following mild head injury in adults. J Neurol Neurosurg Psychiatry 73 : 330-332

Document réalisé par France Traumatisme Crânien
Pour tous renseignements complémentaires sur le traumatisme crânien et sur cette campagne, vous pouvez consulter le site www.francetraumatismecranien.fr



Pour les parents

Votre enfant a eu un traumatisme de la tête...

Que devez-vous faire après son passage aux urgences ? En l'absence de signes de gravité, il n'a pas été hospitalisé. Un scanner n'est pas toujours nécessaire.

Le plus souvent, tout se passe bien. Cependant, soyez attentifs à son état...

➡ Durant les 3 premiers jours...

Les signes suivants doivent vous alerter :

- mal de tête prolongé
- vomissements répétés
- somnolence ou difficulté à se réveiller
- mouvements anormaux, convulsions
- comportement inhabituel

Ces complications surviennent rarement. Elles imposent toutefois une **consultation immédiate aux urgences.**

➡ Durant les semaines qui suivent...

Votre enfant peut souffrir de troubles divers. Ils sont détaillés dans la page suivante et disparaissent en général après quelques semaines, le temps que tout se remette en place.

Pendant cette période, repos et calme lui permettront de récupérer et de reprendre peu à peu ses activités.

Toutefois, en cas de doute ou si vous n'observez pas d'amélioration, **consultez votre médecin traitant.**



Pour les enfants

Pendant un certain temps, tu dois éviter de t'agiter, de trop te fatiguer et de vouloir tout faire comme avant...

Tu as besoin de dormir plus... mais pas de rester tout le temps au lit !

Si tu ne te sens pas bien, c'est important de le dire à tes parents ou à tes professeurs.

➡ Voici ce qui peut t'arriver...

- Tu as mal à la tête ou tu te sens très fatigué... N'hésite surtout pas à te reposer au calme ou même à t'allonger.
- Tu as la tête qui tourne et même envie de vomir... Essaie de faire les choses plus lentement
- Tu te sens plus lent que d'habitude... Prends ton temps... et demande à tes parents de l'expliquer à tes professeurs.
- Tu as du mal à te concentrer... Prends le temps de te reposer.
- Tu as du mal à te rappeler certaines choses... Note les choses que tu ne veux pas oublier. Ta mémoire devrait s'améliorer peu à peu. Tu peux choisir de rester seul un moment ou d'aller jouer ailleurs.
- Tu es plus énervé que d'habitude... Demande que l'on fasse moins de bruit ou va dans une pièce plus calme.
- Tu supportes moins bien les bruits... N'hésite pas à éteindre ou à baisser la lumière et à porter des lunettes de soleil à l'extérieur.
- Tu ne supportes pas bien la lumière ou le soleil...

et ce que tu peux faire !

La collaboration enseignants/ergothérapeutes dans le suivi de l'enfant traumatisé crânien léger

Résumé :

La volonté politique actuelle est en faveur de l'inclusion scolaire de tous les enfants, quel que soit leur handicap. Les enseignants des milieux scolaires ordinaires sont donc sujet à voir dans leur classe des enfants traumatisés crâniens légers. Ce traumatisme peut cependant entraîner des troubles cognitifs ayant des répercussions sur leurs occupations, les mettant en situation de handicap dans leur scolarité et les enseignants ne sont pas formés.

Ce travail s'intéresse à la collaboration enseignants/ergothérapeutes dans le suivi d'enfants traumatisés crâniens légers.

Pour récolter des informations à ce sujet, des questionnaires ont été diffusés aux enseignants et des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des ergothérapeutes travaillant avec ces enfants.

L'enquête a permis de confirmer que les troubles cognitifs impactaient le processus d'apprentissage et les tâches scolaires de l'enfant, provoquant des difficultés chez l'enfant mais aussi chez l'enseignant. L'ergothérapeute est expert de l'occupation et grâce à ses compétences peut proposer des adaptations tout en considérant les habitudes de vie antérieure, les ressources et les obstacles afin d'optimiser leur participation et leur rendement occupationnel. Cette collaboration ne peut cependant être à sens unique. Chaque professionnel doit intégrer l'expérience et les connaissances de l'autre afin d'améliorer sa propre pratique. Cette collaboration est tributaire d'un ensemble de déterminants et trouve ses limites. Entraide et partage doivent être un leitmotiv.

L'enquête valide partiellement la relation enseignants/ergothérapeutes dans le suivi d'enfants TCL. Elle démontre que cette collaboration tend à réduire les difficultés soulevées, aussi bien pour l'enfant que pour l'enseignant.

Mots clés : Traumatisme crânien léger (TCL), collaboration, enseignant, ergothérapeute, classes élémentaires ordinaires.

Abstract:

Since 2005, French government policy have supported school inclusion for disabled children. Teachers in mainstream classes can therefore find themselves with children with mild traumatic brain injury (MTBI) in their classes. This trauma can however lead to cognitive disorders which impacts their occupations within the school environment, and teachers are not prepared for this.

The purpose of this qualitative study is to explore the collaboration between teachers and occupational therapists (OT) for children with MTBI.

To obtain background information for the analysis, a questionnaire was sent to teachers and three OTs working with these children were interviewed.

The analysis of the data confirmed that cognitive disorders following this trauma have an impact on the child's learning process and their activities, which thus create difficulties for both the child and the teacher. The OT is an expert in this field, and with his/her varied skills he/she can propose adaptations by examining lifestyle habits, resources, and the obstacles needed optimize occupational participation and performance. This collaboration, however, cannot be put in place from only one direction. Each professional must integrate the experiences and knowledge of the others to improve their own practices. The project should also present a set of objectives and limitations, in which mutual aid and sharing must be a common theme.

The survey particularly puts emphasis on the relationship between different contributors in the schooling of children with MTBI. It shows that this collaboration tends to reduce the problems encountered for the child, and equally for the teacher.

Key Words: Mild traumatic brain injury (MTBI), collaboration, teacher, occupational therapist (OT), mainstream classes.