



**Institut de Formation en Ergothérapie de Paris**

Association pour le **D**éveloppement, l'**E**nseignement et la **R**echerche  
en Ergothérapie

52 rue de Vitruve – 75020 Paris

**INTERVENTIONS COLLECTIVES EN  
ERGOTHÉRAPIE EN MILIEU SCOLAIRE :  
PROMOUVOIR LA PARTICIPATION SOCIALE CHEZ  
LES ENFANTS PORTEURS DE TROUBLES DU  
NEURODÉVELOPPEMENT.**

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

*S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Sous la direction de Madame Gwenaëlle Lefevère- Renard

**Prisca CADONI**

Session Juin 2023

**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**

Tout d'abord, je tiens sincèrement à exprimer mes remerciements à ma maîtresse de mémoire, Gwenaëlle Lefevère-Renard, pour son accompagnement, sa disponibilité, son soutien, ses réflexions éclairantes, ses conseils et ses encouragements constants tout le long de mes travaux de recherche.

J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe pédagogique de l'ADERE pour leurs enseignements enrichissants et leur écoute bienveillante.

Mes remerciements s'étendent aussi à l'ensemble de la promotion 2023, avec qui j'ai partagé ces trois années de formation.

Je tiens à remercier tous les ergothérapeutes qui ont généreusement contribué, que ce soit directement ou indirectement, à mon enquête, ainsi qu'à ceux que j'ai eu l'opportunité de rencontrer lors de mes stages.

Un remerciement tout particulier s'adresse à Aude-Solène et Phala pour leurs relectures attentives de mon travail et leurs commentaires perspicaces.

Enfin, je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance envers mon mari, Jimmy, ainsi que nos trois enfants, pour leur soutien, leur patience et leur précieuse contribution à mon projet de reconversion professionnelle.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>CADRE CONCEPTUEL</b> .....	8
<b>1. Pratique professionnelle de l'ergothérapeute intervenant en milieu scolaire ordinaire</b> .....	8
1.1 Définition de l'ergothérapie .....	8
1.2 Ergothérapie à l'école.....	10
1.2.1 <i>Quels ergothérapeutes dans les écoles ?</i> .....	10
1.2.2 <i>Cadre d'intervention de l'accompagnement</i> .....	11
1.3 Ergothérapie en milieu scolaire à l'étranger.....	12
<b>2. Public concerné</b> .....	13
2.1 Scolarisation en milieu ordinaire .....	13
2.1.1 <i>Inclusion scolaire au sein de classe ordinaire</i> .....	13
2.1.2 <i>Modalités de scolarisation</i> .....	14
2.2 Elèves en difficultés .....	14
2.2.1 <i>Situations difficiles</i> .....	14
2.2.2 <i>Troubles rencontrés</i> .....	16
2.2.2.1 <i>Trouble du neurodéveloppement</i> .....	16
2.2.2.2 <i>Impacts des troubles sur la scolarité</i> .....	16
<b>3. Approche ergothérapique centrée sur la participation</b> .....	18
3.1 Concept de participation sociale.....	18
3.2 Interactions sur la participation .....	19
3.2.1 <i>L'environnement social, physique et occupationnel</i> .....	19
3.3 Processus d'intervention auprès des enfants .....	20
3.3.1 <i>Définition de l'intervention : d'une généralité au processus</i> .....	20
3.3.2 <i>Mesure d'évaluation de l'intervention</i> .....	23
3.3.2.1 <i>Evaluation formative</i> .....	23
3.3.2.2 <i>Evaluation sommative</i> .....	24
<b>4. Intervention et participation scolaire</b> .....	25
4.1 Intervention individuelle .....	25
4.2 D'une intervention individuelle vers une intervention collective.....	26
4.3 L'évolution des modèles individuels vers des modèles collectifs .....	29
4.3.1 <i>A l'échelle internationale</i> .....	29
4.3.2 <i>A l'échelle Européenne</i> .....	30
<b>METHODOLOGIE D'ENQUÊTE</b> .....	32

<b>1. Recueil des données</b> .....	32
<b>2. Résultats et analyse</b> .....	35
<b>3. Discussion</b> .....	47
<b>4. Limites de l'étude</b> .....	55
<b>CONCLUSION</b> .....	58
<b>Bibliographie complète aux normes APA (version 7)</b> .....	60
<b>ANNEXES</b> .....	66
Annexe I .....	66
Annexe II .....	67
Annexe III .....	71
Annexe IV .....	72
<b>Résumé/ Abstract</b> .....	80

## INTRODUCTION

Alors que j'étais en stage de deuxième année dans un institut d'éducation motrice (IEM), j'ai dû faire face à une situation de collaboration avec une enseignante qui m'a autant passionnée qu'interpellée. L'institut accueille des jeunes âgés de six à vingt-cinq ans et pour la majorité, ils sont scolarisés sur place. C'est lors d'une présentation avec la professeure d'arts plastiques, que cette dernière a demandé à mes tutrices de stage si je pouvais intervenir dans ses cours (créneaux de deux heures), qu'elle enseigne auprès de huit élèves tous les mercredis matin. Sa demande initiale était d'avoir un regard professionnel en tant qu'ergothérapeute pour les installations matérielles des élèves (comme pour les tables, les chaises...) et d'accompagner les élèves pour la manipulation des outils scolaires ou tout autre matériel propre aux arts plastiques. Elle souhaitait une aide précise à la gestuelle lors d'activités spécifiques. Cette enseignante, pourtant embauchée dans une structure médico-sociale, n'était pas formée aux situations de handicap. Elle recherchait des conseils pour permettre aux élèves de s'investir au mieux dans ses cours. Durant ces deux mois de stage, je me suis fixée deux objectifs que je pouvais réaliser avec cette collaboration : le premier consistait à rendre accessible le matériel d'arts plastiques pour la majorité de la classe et le second était de répondre à la demande des jeunes en aidant ou en compensant la tenue d'un crayon, de ciseaux, d'une règle, d'un pinceau ou des pots de peinture, pour écrire, dessiner, découper ou encore pour tracer.

Ces interventions m'ont amené à m'interroger sur l'impact réciproque des situations groupales et des situations de handicap : j'ai en effet constaté que l'engagement scolaire de l'enfant est impacté négativement par ses difficultés et par son environnement de classe. J'ai aussi remarqué une solide dynamique de groupe chez ces élèves, qui leur permet d'augmenter leur performance individuelle dans les activités scolaires. Grâce à la collaboration qui s'est instaurée avec l'enseignante, le mobilier, les outils et les consignes ont pu être adaptés pour l'ensemble de la classe. Elle a su elle-même tirer profit de ces actions pour mettre en place des stratégies éducatives collectives et individuelles. Elle a particulièrement apprécié les échanges d'informations concernant la répercussion des troubles sur les activités scolaires.

Les ergothérapeutes exerçant en IEM ont la possibilité d'intervenir en classe à la demande des enseignants au-delà du cadre de la prise en soin individuelle prévue pour certains enfants. Suite à ce stage, je me suis interrogée sur les pratiques des ergothérapeutes en milieu scolaire ordinaire, dont l'intervention est possible uniquement sur prescription médicale et nominative.

Dans ce cadre, comment l'ergothérapeute peut-il s'appuyer sur l'émulation de groupe lorsqu'il doit intervenir individuellement auprès d'un enfant ? Quels moyens l'ergothérapeute utilise-t-il pour collaborer avec l'équipe éducative ?

Ainsi, suite à mon analyse réflexive de cette situation, cela m'a conduit à me formuler la problématique suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute, par ses choix d'interventions collectives, peut-il favoriser la participation sociale des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement à l'école ?**

J'envisage une hypothèse potentielle pour répondre à cette problématique qui serait : les interventions collectives, en complémentarité des interventions individuelles, permettent à l'environnement humain une compréhension plus complète des difficultés rencontrées par l'enfant.

D'après ma propre perspective, je définis l'intervention collective en milieu scolaire comme toute forme d'intervention qui vise à sensibiliser l'environnement humain de l'enfant, en englobant à la fois les professionnels et les pairs (Jasmin & al., 2019).

Dans un premier temps, nous aborderons la pratique et la définition de l'ergothérapie intervenant en milieu scolaire ordinaire. Ensuite, nous nous concentrerons sur les enfants suivis en ergothérapie et les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux. Troisièmement, nous définirons le concept de participation sociale en relation avec l'environnement. Enfin, nous distinguerons les interventions individuelles et collectives.

**Les mots clés :**

Ergothérapie en milieu scolaire, modalité collective d'intervention, participation sociale, trouble du neurodéveloppement.

# **CADRE CONCEPTUEL**

## **1. Pratique professionnelle de l'ergothérapeute intervenant en milieu scolaire ordinaire**

### 1.1 Définition de l'ergothérapie

Les termes « Ergothérapie » et « Ergothérapeute » sont les traductions françaises des termes anglosaxons « Occupational Therapy » et « Occupational Therapist » à l'origine de notre profession. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2019) explique que l'ergothérapie est une profession de santé dont les pratiques professionnelles se situent dans les champs du médico-social, du sanitaire et du social.

L'ergothérapeute analyse la relation entre l'occupation et la santé des personnes. Son but est de leur permettre d'accéder et de réaliser leurs occupations, si elles ne peuvent pas les accomplir de manière sécuritaire, efficace, autonome et indépendante.

Les auteures H. Faure et C. Galbiati (2020) précisent que ce professionnel de santé accompagne les personnes de tout âge lorsqu'elles présentent des limitations dans les activités de vie quotidienne et des restrictions de participation sociale. Il peut intervenir en milieu hospitalier, en cabinet libéral et en milieu de vie. Il les accompagne dans le processus de réadaptation, d'intégration sociale, de rééducation, préconise des aménagements pour l'accès au milieu professionnel, au domicile, au milieu scolaire, aux loisirs.

Traduit du grec, l'ergothérapie signifie thérapie, soin, par l'activité. Pour une personne, l'activité représente son mode de vie, son développement, son épanouissement. Lorsque l'activité ne peut continuer à être exercée pour diverses raisons, elle a un impact sur la santé des personnes. À ce moment, l'ergothérapeute intervient pour permettre aux personnes de retrouver la capacité d'agir avec leurs activités, de retrouver le sens de leur quotidien, la qualité de vie. En ergothérapie, l'activité est à la fois un moyen thérapeutique et un but.

Selon L. Charret et S. Thiébaud Samson (2017), l'être humain est un être d'agir, l'activité aura pour but d'améliorer sa santé.

Pour déterminer un plan d'accompagnement individuel, un ergothérapeute évalue et identifie les besoins des personnes. Dans sa pratique professionnelle, il se base sur des modèles spécifiques à l'ergothérapie pour guider sa réflexion. Parmi ces modèles, on trouve l'OTIPM :

Occupational Therapy Intervention Process Model, appelé en français « modèle du processus d'intervention en ergothérapie ». Ce modèle, initialement développé par Ann Fisher, une ergothérapeute américaine, a été repris par G. Mignet (2019) dans son chapitre d'un ouvrage collectif. Ce qu'il le distingue, c'est son orientation centrée à la fois sur la personne et sur l'occupation. Ce modèle est utilisé par les professionnels en ergothérapie lors du processus d'accompagnement des personnes dans l'objectif d'accroître leur engagement dans les occupations.

La structure de ce modèle est divisée en trois phases pour l'intervention, que l'ergothérapeute suit, pour respecter son cadre de pratique :

- ✓ La phase d'Évaluation et d'Établissement des Objectifs. Cette phase comprend une évaluation initiale avec des observations cliniques, des entretiens, des recueils de données, des tests validés, des analyses d'activités. L'évaluation permet de mettre en évidence les facteurs freins empêchant la participation sociale et les facteurs facilitants permettant la réalisation de l'activité pour la personne. L'ergothérapeute analyse les résultats, formule des hypothèses et élabore son diagnostic ergothérapeutique.
- ✓ La Phase d'Intervention. Elle intègre la mise en place des différents outils d'intervention. Des ressources et des stratégies seront planifiées en fonction des objectifs définis.
- ✓ La Phase de Réévaluation de la performance occupationnelle de la personne. Cette phase mesure objectivement les progrès, mesure le niveau de performance occupationnelle. Les objectifs seront redéfinis.

Maintenant que la définition et l'approche de l'ergothérapie ont été détaillées et nous servent d'appui pour délimiter notre cadre de travail, intéressons-nous à la spécificité de l'intention de l'ergothérapeute auprès des enfants dans leur milieu scolaire.

## 1.2 Ergothérapie à l'école

### 1.2.1 *Quels ergothérapeutes dans les écoles ?*

Les ergothérapeutes qui interviennent auprès d'enfants scolarisés exercent principalement au sein d'une équipe pluriprofessionnelle comme le Service d'Education Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) ou au sein d'un cabinet libéral. L'un de leur champ d'action est l'intervention directe dans les lieux de vie, notamment l'école ou le domicile des enfants. L'ergothérapeute analyse l'environnement humain et matériel de l'enfant afin d'identifier ses besoins. Il met en lien le contexte de réalisation des occupations et les limitations d'activités en identifiant les éléments freins et facilitants.

Les ergothérapeutes analysent les habitudes de vie des enfants et de leur entourage. Dans leur pratique professionnelle, ils utilisent le jeu comme outil thérapeutique, les activités de vie quotidienne en groupe ou individuelles dans le but d'utiliser les compétences de l'enfant, d'améliorer leur capacité d'agir, de développer leur autonomie, leur indépendance et leur participation sociale.

Les auteurs G. Durieux et C. Thomas (2010) ont décrit les modalités des séances d'ergothérapie qui ont lieu au domicile ou bien dans l'établissement scolaire avec des jours et heures en concertation avec les autres intervenants professionnels de l'enfant. Ils y pratiquent à la fois l'évaluation ergothérapique et le suivi des enfants.

Ils énoncent également que les séances à l'école s'effectuent dans un espace dédié à l'ergothérapeute et à l'élève. Les séances ont rarement lieu au sein de la classe elle-même. Elles se déroulent pendant ou hors du temps scolaire.

L'accès des ergothérapeutes dans les établissements scolaires est autorisé par le Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse (JO Sénat, 2020) et l'exercice de la profession est soumis à la prescription médicale lorsqu'elle est nominative (article L4331-1). L'autorisation d'intervenir dans les écoles est accordée aux enfants qui disposent d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS) et doit être approuvée par le directeur d'établissement. Intervenir directement à l'école est alors une possibilité, encadrée afin d'éviter toute interruption du temps d'enseignement.

Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons à l'école élémentaire qui accueille les enfants scolarisés de six à onze ans. Elle est composée de deux cycles (cycle 2 : CP, CE1, CE2 et cycle 3 : CM1, CM2) comprenant les classes du CP au CM2 (Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, s.d.).

### 1.2.2 *Cadre d'intervention de l'accompagnement*

Selon S. Ray-Kaeser (2019), pour augmenter la participation à l'école, l'ergothérapeute intervient sur les difficultés de l'enfant ayant des besoins particuliers.

L'école étant un milieu de vie, en plus de participer aux apprentissages scolaires, un enfant a plusieurs tâches à accomplir tout au long de la journée. N. Cantin (2020), dans son ouvrage, détaille qu'en parallèle, l'enfant doit se déplacer d'un endroit à un autre, monter ou descendre des escaliers. Il doit aussi gérer ses effets personnels, ranger son cartable, organiser son casier, s'habiller fait aussi partie de son quotidien, enlever un manteau, l'enfiler, manipuler les attaches, il devra boire et manger au cours de la journée, il devra se laver les mains, veiller à son hygiène corporelle et excrétrice, etc. Selon les déficiences ou les troubles de l'enfant, son autonomie et son indépendance peuvent être affectées.

L'ergothérapeute s'attachera à améliorer la participation donc l'engagement de l'enfant dans ses occupations comme l'école ou bien améliorer son rendement dans toutes les activités qui composent une occupation.

Lors des interventions en milieu scolaire, le thérapeute a l'occasion d'observer les situations dites freins et facilitantes. Il effectue des bilans et des évaluations qui fournissent des informations sur les capacités et les difficultés d'un enfant. Il s'appuie principalement sur ses observations cliniques, ici en contexte scolaire, et sur des entretiens avec l'enfant. Dans son article, H. Benoit (2014) relate que l'ergothérapeute tient compte de l'environnement humain de l'enfant en se rapprochant de la famille et des proches qui s'occupent de lui, pour mener également des entretiens et obtenir le maximum d'informations. C'est en coopération avec les enseignants, les Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap (AESH) et les parents que l'ergothérapeute peut élaborer un plan d'intervention. En effet, il pourra s'appuyer sur l'entourage, mesurer les impacts des composantes de l'environnement, pour offrir un accompagnement permettant de répondre aux objectifs énoncés en début de suivi ergothérapeutique.

Une collaboration s'établira entre le thérapeute et l'enseignant dans le but de soutenir l'autonomie de l'enfant dans le rôle d'élève. Ils peuvent se croiser lors de chaque séance et échanger ainsi très brièvement des éléments de contextes favorables ou défavorables, dans le but de toujours valoriser le bien-être de l'enfant dans son milieu scolaire, qui peut apparaître hostile puisqu'il présente des particularités d'apprentissage.

L'ergothérapeute participe aussi à la réussite éducative des enfants, notamment grâce à ses différents domaines d'intervention tenant compte de la personne, de ses occupations et de son environnement. Il joue un rôle actif dans la récupération et le développement des fonctions corporelles, tout en s'appuyant sur les retours de l'enfant, de ses parents ou de ses enseignants quant aux difficultés rencontrées et au niveau de satisfaction lors de l'exécution des activités liées au programme scolaire. Ces informations précieuses permettent à l'ergothérapeute d'adapter ses interventions et de proposer des stratégies personnalisées pour soutenir l'enfant dans son parcours. Les missions des ergothérapeutes se définissent alors par la rééducation des fonctions altérées, par une amélioration de l'exécution des tâches et la prévention précoce de l'absence ou de la perte de fonction.

L'objectif de l'ergothérapie en milieu scolaire est donc de permettre la participation dans toutes les activités de vie quotidienne en compensant les déficiences, en adaptant les occupations, en répondant à une urgence scolaire permettant par exemple, d'écrire ce qui est inscrit au tableau pendant les cours, de se changer, de mettre ses chaussures pour les cours d'éducation sportive, jouer durant les récréations. La participation aux activités de vie quotidienne est essentielle au développement, à la santé et au bien-être d'un enfant.

### 1.3 Ergothérapie en milieu scolaire à l'étranger

Le cadre d'intervention des ergothérapeutes varie d'un pays à l'autre. Par exemple, dans certaines régions du Canada et des Etats Unis, les ergothérapeutes font partie intégrante du système scolaire. Selon les écrits de E. Jasmin & al (2019), cela signifie que les enfants qui éprouvent des difficultés à l'école peuvent bénéficier de services éducatifs complémentaires, comme l'ergothérapie. Les services d'ergothérapie peuvent soutenir les compétences d'autonomie et d'indépendance dans les domaines de soins personnels tels que l'alimentation, l'habillement, l'amélioration de la posture, les déplacements, la motricité fine, etc. Ils aident à la réalisation des activités de vie quotidienne et éducative. S. Cahill et S. Bazyk (2020) rappellent que les lois nationales sur l'éducation aux États Unis mettent l'accent sur la réussite scolaire de tous les élèves. Les dispositifs scolaires de ces pays permettent aux enfants défavorisés de bénéficier de ces services, ce qui contribue à les accompagner dans la réalisation de l'ensemble de leurs activités quotidiennes.

A.J. Beaudoin & al (2019) présentent un aperçu détaillé des interventions qui peuvent être nécessaires pour un élève ou un groupe particulier dans la classe, basé sur les rapports de l'équipe pédagogique. Ils expliquent que les ergothérapeutes jouent un rôle majeur en proposant du matériel adapté et en soutenant les enseignants en partageant des connaissances supplémentaires concernant les habiletés motrices par exemple. Les interventions seront de nature collective et préventive, visant à toucher le plus grand nombre possible d'enfants, à minimiser l'aggravation des difficultés et à réduire les listes d'attente afin qu'ils puissent bénéficier de l'ergothérapie. La collaboration entre les professionnels au sein de l'école est facilitée, ainsi que l'inclusion scolaire des enfants.

Bien qu'en France les ergothérapeutes ne dépendent pas du ministère de l'Éducation Nationale et que leurs interventions soient principalement individuelles, leurs objectifs d'interventions restent similaires à leurs homologues canadiens ou américains. Comme nous venons de le voir, les ergothérapeutes agissent en milieu scolaire, indépendamment du lieu de résidence, mais pour quels types de public ? Et quels sont les impacts des troubles dans les occupations ?

## **2. Public concerné**

### 2.1 Scolarisation en milieu ordinaire

#### *2.1.1 Inclusion scolaire au sein de classe ordinaire*

En 1994, la première loi réformant les écoles ordinaires a été adoptée dans le cadre de La Déclaration de Salamanque. L'école doit pouvoir accueillir tous les enfants avec des caractéristiques, des difficultés ou même des situations de handicap différents. Elle doit répondre aux besoins individuels de chacun : « des écoles accueillant tous les enfants, quelles que soient leurs conditions physiques, intellectuelles, sociales, émotionnelles, linguistiques ou autres » (UNESCO, p.6). Plus tard, de nouvelles lois sont apparues, comme la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (Loi n°2005-102) qui confirme que toute personne a droit à l'éducation, à une scolarisation en milieu ordinaire. Elle est suivie ensuite par la loi du 08 juillet 2013 « d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République » (Loi 2013-595), loi qui aborde le sujet de l'éducation inclusive avec l'école, qui doit s'adapter aux besoins de l'enfant afin de lui donner les meilleures chances de réussite. Cette inclusion

introduit l'ajustement de l'environnement scolaire au regard de la situation de handicap de l'enfant ainsi que des projets de scolarisation en fonction des besoins de celui-ci.

L'objectif de ces lois est d'accueillir le maximum d'élèves malgré leurs spécificités. En ce qui concerne les besoins éducatifs spécifiques, H. Benoit (2014) mentionne que différents programmes d'inclusion peuvent être mis en place. Quels sont justement les modalités de scolarisation concernant ces besoins ?

### *2.1.2 Modalités de scolarisation*

La loi de 2005 précise que tout enfant en situation de handicap est un élève à part entière, qu'il doit être maître de ses apprentissages ainsi, les élèves peuvent « bénéficier d'une inclusion individuelle au sein d'une classe ordinaire » (Durieux, Thomas, 2010, p.417).

F. Savournin (2016) précise également les dispositifs de scolarisation pour les enfants présentant des situations de handicap et des troubles des apprentissages diagnostiqués. Des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS), des Plans d'Accompagnement Personnalisés (PAP), des Projets d'Accueil Individualisés (PAI), ou des Projets Personnalisés de Réussite Educative (PPRE) peuvent être mise en place.

L'école ordinaire est composée de classes ordinaires, avec une scolarisation individuelle, et de classes spécialisées de type ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire). Ici, la scolarisation est dite collective avec un enseignement différencié pour permettre à l'enfant de suivre un cursus scolaire ordinaire. Ces unités offrent aux élèves la possibilité d'adapter leurs apprentissages à leurs besoins spécifiques en lien avec leur PPS lorsqu'ils ne sont pas en mesure de poursuivre le programme de façon continue dans une classe ordinaire. Dans ces dispositifs collectifs, le nombre d'élèves est réduit et ils sont regroupés selon les handicaps mentaux, auditifs, visuels, ou moteurs (Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, 2021).

Pour les élèves présentant des difficultés et orientés en ergothérapie, leur scolarité sera accompagnée d'appuis extérieurs menés par le SESSAD ou les intervenants libéraux.

## 2.2 Elèves en difficultés

### *2.2.1 Situations difficiles*

Dans une classe d'école en milieu ordinaire, tous les profils d'élèves se côtoient. Les normes scolaires ne conviennent pas à tous les enfants, beaucoup d'entre eux peuvent rencontrer des

difficultés dans leur parcours sans entraîner de retard significatif dans l'apprentissage ou sans signaler la manifestation d'un trouble.

Selon F. Savournin (2016), les difficultés rencontrées par les enfants se manifestent lors des apprentissages de base : lire, écrire et compter. Celles-ci ralentissent alors les apprentissages et nécessitent un accompagnement individuel et des dispositifs de suivi. Les causes des difficultés scolaires peuvent être multiples, comme le rapporte H. Benoit (2014). Par exemple, s'il y a une situation familiale difficile, l'enfant peut avoir plus de mal à apprendre à l'école, ou s'il ne maîtrise pas une langue étrangère autre que sa langue maternelle, cela peut avoir un effet négatif sur sa participation sociale.

Les ergothérapeutes n'interviennent pas pour tous ces domaines. Tout dépend de la prescription médicale établie. Toujours d'après F. Savournin (2016), les termes ont évolué, les « difficultés scolaires » sont aujourd'hui appelés « troubles », notamment les troubles des apprentissages.

Quels sont les troubles des apprentissages ? Ces troubles regroupent plusieurs termes. L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm, 2019) les a classé selon la classification internationale DSM-5 :

- Dyslexie : trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture.
- Dysorthographe : trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite.
- Dyscalculie : trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul.
- Dysphasie : trouble du langage oral.
- Dyspraxie : trouble développemental de la coordination, incluant certaines formes de dysgraphie (trouble de l'écriture).
- Déficiences de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ou TDA).

L'INSERM indique que lorsqu'un enfant est atteint d'un trouble spécifique des apprentissages, il peut en présenter plusieurs. Entre autres, un trouble des apprentissages avec déficit en lecture est souvent associé à des troubles développementaux de la coordination ou à un trouble déficitaire de l'attention.

La loi de 2005 rappelle que les troubles des apprentissages doivent être « analysés dans le cadre de l'activité de l'apprenant en situation, en relation avec les conditions affectives, sociales et institutionnelles ». On parlera alors de troubles lorsque l'enfant présentera des conséquences

importantes et surtout durables sur son développement personnel, sur ses relations sociales et sur son parcours scolaire.

En résumé, les troubles des apprentissages appartiennent à la grande famille des troubles du neurodéveloppement que nous décrirons dans le paragraphe suivant, entraînant des répercussions sur les activités de vie quotidienne et donc aussi sur la scolarité.

### *2.2.2 Troubles rencontrés*

#### *2.2.2.1 Trouble du neurodéveloppement*

Les troubles du neurodéveloppement (TND), regroupant notamment les troubles des apprentissages sont d'origine neurologique. Les signes avant-coureurs de ces troubles énoncés par la Haute Autorité de Santé se manifestent par des « décalages des acquisitions » (HAS, 2020) par rapport aux normes rapportées pour des enfants du même âge. Les facteurs de risques sont nombreux et les troubles apparaissent dès le plus jeune âge, pendant la période du développement. À partir de là, les déficits ou retard liés à un développement cérébral anormal peuvent-être caractérisés dans une ou plusieurs sphères. Il s'agit notamment des troubles du développement intellectuel, de la communication, du spectre de l'autisme, des apprentissages (évoqués ci-dessus), des troubles moteurs, des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Chaque TND, comme décrit par V. Des Portes (2020), correspond à un défaut de développement ou d'acquisition d'une fonction cognitive.

L'HAS répertorie les déficits engendrés par ces troubles, tels que la coordination, la motricité fine, les troubles de l'attention, etc., et les différents types de professions recommandées pour les prises en soins (comme les ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens). Cela permet de comprendre l'importance de la coordination entre plusieurs professionnels pour orienter le projet scolaire de l'enfant (voir tableau de l'HAS en annexe I).

Les troubles du neurodéveloppement ont un impact significatif sur le fonctionnement scolaire, familial et social.

#### *2.2.2.2 Impacts des troubles sur la scolarité*

La clinicienne M. Mazeau (2020) rappelle que les troubles du neurodéveloppement entraînent des lenteurs et des difficultés dans les situations de double tâche, ce qui constitue un

« handicap » au sens de la loi du 11 février 2005. Des troubles des apprentissages d'intensité variable peuvent affecter la lecture, l'orthographe, les gestes, le graphisme, l'arithmétique. Les troubles restent à vie, ce sont leurs impacts qui provoquent des situations de handicap ou non et les performances pour apprendre sont coûteuses. Pour illustrer les difficultés expliquées, plusieurs exemples issus de mes stages pratiques dans le cadre de la formation avec changement de prénoms seront cités. Prenons le cas d'Hercule, qui a du mal à écouter son enseignante, à suivre et à lire en même temps le schéma projeté au tableau. Cette situation de double tâche le met en échec. De même, Jael a des difficultés pour écrire la dictée et à penser à l'orthographe. Swann, lui, ne parvient pas à lire les questions et ne peut pas les comprendre pour y répondre. L'organisation et la mise en œuvre de la consigne lui paraissent difficiles. La lenteur et autres difficultés désavantagent tous ces enfants toute la journée dans leurs occupations.

Les troubles se traduisent aussi par des problèmes de structuration dans l'espace. L'enfant peut manquer d'attention, de concentration. Des difficultés au niveau de l'habillage sont observées notamment pour les activités sportives à l'école. Il y a souvent un décalage entre les compétences verbales et écrites, des problèmes dans l'écriture, de tenue d'un crayon. Les enfants ont des gestes maladroits dans les actes de la vie quotidienne. Ils sont caractérisés comme étant brouillon, dans la lune. Les troubles entraînent donc des limitations dans les activités de vie quotidienne comme les soins personnels, l'éducation, l'apprentissage, les tâches manuelles, etc.

Selon S. Cahill et S. Bazyk, lors de l'évaluation, les ergothérapeutes s'appuient également sur le fait que « les observations aident l'ergothérapeute à obtenir des informations importantes sur la participation sociale de l'enfant, ainsi que sur ses habitudes et Routines » (Cahill, Bazyk, 2020, p.633). Toutes ces observations peuvent être faites pendant les cours, dans les couloirs, dans la cour de récréation, à la cantine et en dehors des temps de classe lorsque l'enseignant n'interfère pas. Les troubles de toute nature privent l'enfant de la capacité à apprendre, du sentiment de compétence car il connaît souvent des échecs, sa participation à l'école est affaiblie. Le rôle de l'ergothérapeute va être de compenser, d'adapter les occupations, l'environnement de l'enfant afin d'éviter les situations d'échec, de rétablir l'égalité des chances avec les autres enfants de sa classe et d'apprécier ses capacités, qui lui permettront de construire son identité, d'avoir confiance en lui et de soutenir l'estime de soi. D'après C.A. Missiuna & al (2012), la spécialité d'un ergothérapeute est d'appliquer ses connaissances, ses compétences pour comprendre les exigences de la tâche et d'un environnement donné. Il pourra mettre en place des stratégies efficaces pour l'enfant et les transmettre à son entourage.

Suite à un entretien que j'ai réalisé auprès d'un ergothérapeute en libéral (voir annexe II), il en est ressorti que la plupart des enfants adressés à cette ergothérapeute libérale, sont orientés pour des difficultés d'écriture, de motricité fine et globale impactant leur participation dans leur milieu scolaire. Il est assez fréquent pour le professionnel interviewé de rencontrer des élèves atteints de troubles du neurodéveloppement.

Afin de comprendre les interactions entre l'environnement et l'enfant avec ses capacités et ses incapacités, il est nécessaire d'expliquer le concept de participation.

### **3. Approche ergothérapique centrée sur la participation**

#### 3.1 Concept de participation sociale

G. Poriel, ergothérapeute, précise que le concept de participation sociale combine plusieurs formes selon le domaine d'activité que l'individu exerce, que ce soit au travail, à l'école, à la maison, etc. La participation sociale comprend l'interaction entre l'individu, son milieu de vie et son environnement. Elle établit les rôles de chacun dans la société. L'enfant, par sa participation sociale à l'école, aura le rôle d'élève, de camarade. G. Poriel explique que la situation de handicap affecte le concept de participation sociale qui peut « s'améliorer ou se dégrader dans l'espace et dans le temps » (Poriel, 2016, p.6).

Auparavant, une autre ergothérapeute, S. Meyer présentait dans un de ses livres, avec le Cadre conceptuel du groupe Terminologie du projet ENOTHE (Réseau européen des écoles d'ergothérapie), une définition de la participation sociale qui suscite « l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013, p.170). L'engagement dans des activités dépend de l'environnement. Si un enfant, chez lui, aime écrire son prénom avec des feutres sur des feuilles blanches, à l'école il peut avoir dû mal à l'écrire sur son cahier du jour avec son stylo bille. Il ne parvient pas à respecter les interlignes, à suivre une ligne et il ne se repère pas sur sa page.

La participation sociale se définit donc par la réalisation de ses habitudes de vie dans son milieu (école, maison, etc.). Pour illustrer ce concept, lors d'une séance individuelle avec son ergothérapeute à domicile, Nina a pu utiliser une application PDF sur son ordinateur pour remplir un document. Cependant, lorsqu'elle est en situation de classe, elle est incapable de reproduire ce sur quoi elle a travaillé en séance. Elle ne sait plus comment faire, alors elle n'ose pas demander de l'aide à son enseignant, qui ne sait pas non plus utiliser l'application PDF.

Elle est dans l'incapacité de participer pleinement en classe parce qu'elle doit terminer son travail avant la récréation. La participation de l'enfant est dans ce cas entravée par l'environnement dans lequel il travaille.

### 3.2 Interactions sur la participation

#### 3.2.1 *L'environnement social, physique et occupationnel*

Dans l'exercice de leur profession, les ergothérapeutes s'appuient sur des modèles de pensée afin de guider leur réflexion. Le Modèle américain de l'Occupation Humaine (MOH, annexe III) présenté par M.C. Morel-Bracq (2017) et développé par G. Kielhofner est centré sur l'occupation et souligne que les impacts des troubles sur la vie quotidienne résultent de différents facteurs autres que les déficiences (motrices, cognitives, sensorielles). Ces autres facteurs comprennent la motivation pour l'activité, les engagements dans les rôles et routines, les habiletés et l'influence de l'environnement physique et social.

À travers ce modèle, nous essayons de connaître les effets de l'environnement sur les occupations. L'ensemble des caractéristiques physiques, sociales et occupationnelles dans le contexte dans lequel quelque chose est fait et la manière dont cela a été fait.

Le docteur M. Mazeau (2020), sans lien volontaire avec le MOH, explique que c'est par le système cognitif, par l'environnement, par les capacités de l'enfant et de l'interaction de ces derniers, que l'enfant pourra « entrer dans l'apprentissage ». En effet, ce modèle de l'occupation humaine étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour la réalisation d'activités.

Selon le MOH, l'environnement se décompose de trois manières entraînant des impacts positifs ou négatifs :

- L'environnement physique : fait référence à l'espace et aux objets. Un environnement familial peut aider. Pour citer un exemple, un enfant dans son contexte de vie familiale, utilise du matériel qu'il connaît et qu'il trouve satisfaisant. En revanche, dans son autre contexte scolaire et utilisant d'autres matériaux, il peut se désengager de l'activité d'écriture, certainement parce que l'environnement « cahier et stylo bille » lui semble hostile car trop complexe.

- L'environnement social : désigne les groupes sociaux rencontrés, les relations (vecteurs de support émotionnel, verbal, physique), la famille, les collègues, la communauté. Les tâches et les formes occupationnelles attendues par le contexte. La présence d'incapacités aura un impact sur les relations sociales, familiales. Prenons l'exemple d'un élève qui reçoit souvent des réflexions de la part de ses camarades lorsqu'ils doivent écrire la dictée du jour. Son aptitude pour le français lui permet de produire facilement une dictée de haute qualité mais il ne peut pas l'écrire lui-même, c'est donc son AESH qui s'en charge. Ses camarades de classe pensent qu'il bénéficie d'un traitement spécial car il dispose d'une aide humaine, certains sont jaloux de lui et ne comprennent pas pourquoi il reçoit de l'aide à l'école.
  
- L'environnement occupationnel : fait référence aux occupations liées aux préférences culturelles, aux intérêts. Les impacts entraînent des risques de marginalisation, des effets sur les composantes de la personne (la volition, l'habituatation et les capacités de performances). Autre exemple, si les activités proposées au centre aéré du mercredi ne sont pas adaptées à l'enfant en raison de sa situation de handicap, cela peut entraîner un impact négatif sur les variétés des occupations car il y aura moins d'occupations disponibles. Il prendra ses distances avec les autres et attendra que la journée passe.

Les impacts des troubles dépendront de l'interaction entre la personne et son environnement. Pour leurs interventions, les ergothérapeutes tiennent compte de l'environnement de la personne afin d'identifier les opportunités ou les obstacles qui le composent. Nous découvrirons à travers leurs moyens d'intervention, comment l'ergothérapeute peut agir sur l'environnement, en l'occurrence social, et ainsi le rendre stimulant.

### 3.3 Processus d'intervention auprès des enfants

#### 3.3.1 Définition de l'intervention : d'une généralité au processus

Dans cette partie, nous aborderons le concept « d'intervention » en ergothérapie avec les différentes approches, courants, qui lui sont associés. Tout d'abord, la première définition du mot « intervention » dans le dictionnaire est : « action, rôle, effet de quelque chose dans un

processus » (Larousse, s.d.). Par cette définition, nous comprenons que l'intervention en ergothérapie est une action qui tente d'effectuer un changement dans un processus.

Actuellement, l'intervention en ergothérapie repose sur trois courants existants. Les deux approches principales sont bottom-up et top down. Dans le modèle de processus d'intervention de l'OTIPM, Ann Fisher (2019) a récemment développé une troisième voie, « top to bottom-up ». C'est-à-dire la possibilité pour l'ergothérapeute de faire des aller-retours entre l'approche bottom-up et top-down.

Ce modèle de processus montre le déroulé étape par étape de la prise en soin en ergothérapie. Selon les auteures canadiennes H. J. Polatajko, A. Mandich (2017), les interventions individuelles traditionnelles se concentrent sur la remédiation et la réadaptation des déficiences dans les composantes des habiletés sous-jacentes nécessaires à la réalisation des tâches et activités motrices. L'approche en ergothérapie est dans ce cas liée au courant bottom-up en utilisant par exemple les approches neurodéveloppementales, ou d'intégration sensorielle.

Elles se focalisent sur les composantes des habiletés telle le croisement de la ligne médiane, la coordination, la motricité fine qui sont considérées comme facteurs essentiels pour l'exécution d'une tâche.

Pour résumer, l'approche bottom-up se concentre principalement sur les habiletés déficitaires, sur les incapacités du patient à réaliser une occupation. L'objectif de cette approche résumé par H. Faure et C. Galbiati (2020) est d'augmenter la performance dans les occupations tout en favorisant le développement des fonctions cognitives, motrices, sociales, affectives et sensorielles de l'individu. Le but est donc la restauration des fonctions corporelles ou psychiques.

Il existe d'autres façons d'analyser la réalisation d'une tâche. Cette réalisation n'est plus vue comme l'enchaînement des composantes des habiletés mais se base sur l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et la tâche. Il s'agit plutôt de ce qu'on appelle l'approche top-down. En effet, c'est par les activités que les ergothérapeutes vont analyser et évaluer les capacités et les ressources de l'enfant. De là, leurs interventions vont porter sur la manière dont l'activité est réalisée et amener l'enfant à trouver des stratégies pour pouvoir la réaliser de manière satisfaisante et sécurisante.

L'approche top-down, vise directement l'entraînement de l'occupation qui pose problème pour le patient. Le but de cette approche est d'augmenter l'autonomie de la personne, d'améliorer ses performances en trouvant des stratégies pour pouvoir réaliser une occupation. Les stratégies auront différentes approches de type cognitif comme CO-OP ou encore de type métacognitif.

La résolution de problèmes peut finalement favoriser le transfert d'acquis vers d'autres occupations.

Par ailleurs, R. Genet (2020) résume qu'en fonction de certains profils de patients, de leurs évaluations initiales, de leurs forces et de leurs faiblesses, l'ergothérapeute optera pour l'une ou l'autre approche. Il peut s'appuyer sur son expérience de thérapeute et s'appuyer sur la littérature.

L'observation et l'analyse sont essentielles avant l'intervention en ergothérapie. Selon les causes affectant la participation sociale, l'ergothérapeute choisira un modèle d'intervention qui lui semble approprié à la situation donnée pour atteindre les objectifs définis.

Pour citer l'OTIPM, le processus d'intervention est divisé en quatre modèles (Fisher, Marterella, 2019) :

- ❖ **Modèle de compensation.** Par exemple, la modification de l'environnement physique a permis à Kaori de bénéficier d'un bureau inclinable et réglable en hauteur dans la salle de classe.
- ❖ **Modèle d'éducation et d'enseignement** comprenant des programmes d'éducation basés sur les activités dans des groupes de personnes ayant des difficultés similaires. Sora participe au groupe « jouer ensemble » avec d'autres enfants comme elle le mercredi après-midi dans son village, animé par un ergothérapeute.
- ❖ **Modèle d'acquisition** pour l'entraînement des habiletés occupationnelles. Avec Tama, l'ergothérapeute développe les compétences dont elle a besoin pour faire les lacets de ses baskets préférées. Elle mémorise les étapes du laçage à l'aide d'une comptine qui lui permet de coordonner ses deux mains, de se souvenir de la position de chaque doigt et de connaître l'ordre dans lequel effectuer les gestes. C'est une autre manière d'appeler l'approche top-down.
- ❖ **Modèle de récupération** pour améliorer les fonctions corporelles et autres éléments de la personne. Nerea s'entraîne à manipuler ses billes à une main en saisissant chaque bille avec son pouce et son index pour améliorer la dissociation des doigts. L'approche bottom up s'inclut dans ce modèle d'intervention.

Le processus d'intervention en ergothérapie avec ses différentes approches, ses différents modèles étant maintenant défini, il serait intéressant de s'interroger sur le contenu en séance d'ergothérapie en milieu scolaire avec des interventions soit individuelles soit collectives.

### *3.3.2 Mesure d'évaluation de l'intervention*

#### *3.3.2.1 Evaluation formative*

Selon l'OTIPM (Fisher, Marterella, 2019) la phase d'évaluation et d'établissement des objectifs est une phase majeure du processus d'intervention en ergothérapie au cours de laquelle l'ergothérapeute identifie, évalue les problématiques occupationnelles de l'enfant ainsi que ses forces et ses faiblesses. Cette phase aide le thérapeute à choisir une intervention adaptée et pertinente.

Les informations du dossier patient en ergothérapie de l'HAS (2001) nous indiquent que l'évaluation initiale est basée sur des entretiens, des observations et des bilans.

Les entretiens sont soit formels, par exemple à travers de questionnaires, ou soit informels comme lors d'une séance, lors de difficultés rencontrées. Des entretiens avec la famille sont menés pour recueillir des informations sur le fonctionnement de leur enfant, sa façon de communiquer et ses capacités (Yanez, Vauvillé-Chagnard, 2017).

L'observation clinique est la base de la pratique de l'ergothérapie, observant ici les enfants dans leur environnement naturel ou bien en activité. Grâce à l'évaluation fonctionnelle, des informations précieuses sur le comportement, les difficultés, les capacités et les compensations de l'enfant sont révélées. Les ergothérapeutes observent les habiletés et les capacités du patient pour déterminer leur fonctionnement moteur et cognitif.

Pour les bilans, certains sont normés, standardisés et reproductibles par différents thérapeutes avec le même test et le même patient. D'autres bilans permettent de réaliser une série d'évaluation montrant soit une évolution, soit une régression. Dans le cas où la passation de bilan pour des raisons intellectuelles, motrices, comportementaux, etc. n'est pas possible, l'observation reste le seul moyen d'évaluation de l'enfant.

Les ergothérapeutes utilisent une variété d'outils d'évaluation pour aider les patients à déterminer leurs objectifs. L'un de ces outils est la Mesure Canadienne du Rendement

Occupationnel (MCRO) qui permet aux thérapeutes d'évaluer le rendement occupationnel d'une personne dans les domaines comme les soins personnels, la productivité (activités liées à l'école...) et les loisirs. D'autres outils d'autodétermination des objectifs sont utilisés, comme l'OT'HOPE, centré sur la personne et sur l'occupation. L'enfant auto-détermine lui-même les activités qu'il souhaite aborder lors de son accompagnement.

Après avoir évoqué l'évaluation formative dans le processus d'intervention en ergothérapie, nous pouvons maintenant aborder l'évaluation sommative. Cette dernière permet à l'ergothérapeute de mesurer les retombées de ses interventions et de vérifier si les objectifs fixés ont été atteints.

### 3.3.2.2 *Evaluation sommative*

L'ergothérapeute peut évaluer l'efficacité de ses interventions de différentes manières. Tout d'abord, il peut s'appuyer sur son analyse clinique, son jugement professionnel en utilisant des critères objectifs et observables. Par exemple, après plusieurs activités de motricité fine, Akira s'est appropriée son compas pour réaliser des cercles en mathématiques. L'ergothérapeute observera ensuite Akira manipuler son compas en classe lors du cours de géométrie, en regardant également ses cahiers d'exercices et en tenant compte des informations qu'il a reçu de l'enseignant à propos de cette tâche. À partir de là, soit l'activité « compas » doit encore être améliorée, soit l'objectif est atteint.

Il est possible d'utiliser des outils d'évaluation de la participation occupationnelle spécifiques à l'ergothérapie et intégrant les concepts du MOH comme le SCOPE *Short child occupational profile* (Large, Degano, 2022). Cet outils met en évidence les forces et les limites de l'enfant âgé de six mois à vingt et un ans, est utilisé dans tous les environnements et repose sur l'observation. Les résultats de l'évaluation montreront l'évolution du développement de chaque enfant dans son parcours de vie, ce qui permettra de mesurer l'efficacité de l'intervention.

Par ailleurs, la MCRO - expliquée précédemment – intègre au bout d'un laps de temps défini, une cotation de réévaluation, afin que l'utilisateur donne un nouveau score au rendement et à la satisfaction de réalisation des activités choisies initialement. On mesure donc l'impact des interventions, en calculant le delta de progression.

Le thérapeute utilise aussi des outils lui permettant d'indexer la douleur (comme l'Echelle Visuelle Analogique), les émotions (comme l'échelle de graduation des émotions). Akira a coté sa douleur à quatre sur dix et son émotion par un smiley sourire. Il existe aussi des échelles pour les descriptions qualitatives du comportement (comme l'échelle de Likert, les notes sont

subjectives par rapport aux sentiments). En fonction des résultats obtenus, l'ergothérapeute aura un premier retour de ses interventions, pour peu qu'une cotation initiale ait été demandée. D'autres outils tels l'échelle Goal Attainment Scaling (GAS) permettent de rédiger des niveaux d'objectifs dits SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporellement définis), pour ensuite évaluer l'atteinte des objectifs en fonction d'une échelle.

En analysant les critères observables, en s'appuyant sur son expérience professionnelle et en recueillant des informations auprès des proches de l'enfant, l'ergothérapeute procède à une réévaluation et ajuste ses interventions en conséquence. Après cette réévaluation, il adapte ses interventions en fonction des besoins identifiés. Abordons maintenant la phase suivante : l'intervention.

#### **4. Intervention et participation scolaire**

##### 4.1 Intervention individuelle

Selon les objectifs formulés lors de la phase d'évaluation formative, l'ergothérapeute mettra en place des moyens pour répondre au mieux aux objectifs fixés par l'enfant et sa famille.

Comme mentionné précédemment, certaines problématiques peuvent être abordées au sein de l'école, même si elles ne sont pas directement liées aux activités scolaires. Cela peut englober des activités de vie quotidienne telles que se laver les cheveux, attacher les boutons de son gilet, etc.

Prenons l'exemple de Marie rencontrée en stage pratique. J'ai accompagné cette jeune fille âgée de sept ans lors de ses séances en ergothérapie au sein de son école de secteur et chez elle. Effectivement, sur le plan scolaire, elle présente des difficultés pour la manipulation de ses outils scolaires et pour le graphisme. Elle dispose déjà d'un bureau adapté, de cahiers adaptés. Par contre, pour les autres sphères de sa vie quotidienne, Marie a émis des objectifs précis comme pouvoir s'attacher les cheveux seule avec un élastique, savoir nouer ses lacets et réaliser un gâteau aux pommes. Ces derniers objectifs ont été travaillés au sein de son école dans un espace dédié aux activités en lien avec ses demandes. Pour entraîner efficacement les compétences nécessaires à l'activité « nouer ses lacets », il a fallu la décomposer en plusieurs étapes. Chaque étape requiert des habiletés motrices, opératoires, c'est ainsi que le découpage de l'activité a permis à Marie de travailler avec précision.

L'intervention concernant l'activité de soins personnels pour Marie est de nature individuelle. Ses difficultés n'étaient pas liées à son environnement immédiat, l'école ou le domicile. Dans cette situation, l'approche d'intervention est du type bottom-up, visant à l'aider à développer les habiletés sous-jacentes nécessaires à la réalisation des tâches. D'autres enfants suivis en stage exprimaient l'envie de pouvoir fermer la fermeture éclair de leur manteau, de couper leur viande, ou de jouer à la récréation.

Par ailleurs, selon l'étude réalisée par les ergothérapeutes U. Rathauscher, M. André et F. Van Nes (2019) d'origine autrichienne, on constate que les interventions se font encore individuellement, malgré la volonté des ergothérapeutes d'encourager la participation de l'élève dans ses occupations et non de développer des habiletés de manière isolée. Il existe une variabilité dans la façon dont l'ergothérapie est pratiquée dans les différentes régions de l'Autriche, selon les politiques de financement et de fonctionnement des établissements en place. La compréhension des difficultés de l'enfant n'est pas forcément encouragée et les enseignants participent peu à l'intégration scolaire des enfants. La collaboration avec d'autres professionnels se fait rare. Au travers de cette situation, nous comprenons que la nature d'une intervention dépend aussi des systèmes existants. L'ergothérapeute adapte sa pratique.

Mais d'après M. Grandisson & al (2021), la collaboration avec l'équipe éducative est nécessaire pour déterminer les besoins et les actions les plus significatives et est indispensable pour le suivi des interventions en ergothérapie. Certains enseignants rapportent le besoin de transfert de connaissances (motricité fine, motricité globale, habileté graphique, perception visuelle, autonomie dans les activités de vie quotidienne) de l'ergothérapeute vers eux afin d'être plus efficaces dans leur pratique professionnelle. D'autres auteurs comme A.J. Beaudoin & al (2019) soulignaient déjà que la collaboration est une source essentielle de soutien pour les élèves ayant des besoins particuliers, sous-entendu pour des activités à caractère scolaire.

#### 4.2 D'une intervention individuelle vers une intervention collective

Pour rappeler les premiers paragraphes du cadre conceptuel, le trouble neurodéveloppemental regroupe plusieurs termes dont le trouble développemental de la coordination (TDC) qui se caractérise par des difficultés d'apprentissages, de motricité fine et globale, des difficultés dans les performances scolaires et/ou dans les activités de vie quotidienne.

Dans leurs écrits, Jasmin & al (2019) ont proposé un abandon progressif des interventions individuelles au profit d'un modèle de type collectif. Les services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec sont organisés selon un modèle de service traditionnel. Afin de répondre au mieux aux besoins des élèves ayant un TDC, il est recommandé d'utiliser un modèle de service collaboratif. Ces modèles permettent aux ergothérapeutes de travailler en collaboration avec les enseignants pour identifier les objectifs et les stratégies d'intervention. La collaboration implique le partage de connaissances entre les ergothérapeutes et l'équipe éducative en matière de compétences motrices et fonctionnelles. On parle alors d'intervention indirecte dirigée vers l'environnement humain de l'enfant.

Les études de C.A. Missiuna & al (2012) indiquaient aussi qu'il est parfois nécessaire de passer d'un modèle d'intervention individuel à une approche collaborative en classe pour des enfants présentant également des troubles neurodéveloppementaux. Afin d'aider les enseignants et les autres intervenants scolaires à adopter de nouvelles façons de travailler lorsque la méthode traditionnelle n'est plus adaptée. Ces modèles sont utilisés pour augmenter les performances et favoriser la participation de l'enfant atteint de ces troubles dans son environnement scolaire

En effet, ces auteurs s'accordent à dire que les TND nécessitent une approche globale et moins individuelle afin d'accroître les connaissances des autres adultes qui auront un impact sur l'environnement.

Cette approche globale peut être mise en œuvre par une sensibilisation à l'environnement social et donc humain de l'enfant. L'ergothérapeute propose à l'école une intervention collective pouvant réunir le directeur, les enseignants, les AESH... tout personnel en lien avec l'enfant, afin d'expliquer les besoins de l'enfant au regard de ses difficultés et de sensibiliser l'équipe éducative sur les différentes situations de handicap rencontrées. En accord avec les professionnels volontaires et l'ergothérapeute, la date d'intervention collective sera déterminée. Ce regroupement d'interprofessionnel peut être organisé à tout moment de l'année scolaire. Une salle sera réservée et l'ergothérapeute utilisera divers supports pédagogiques, ou outils de simulation des troubles. Il pourra organiser des situations difficiles que rencontrent les enfants lorsque l'environnement n'est pas adapté et reliera les raisons des aménagements envisagés avec le milieu scolaire. L'élève en question n'est pas nécessairement présent.

Dans d'autres cas, à la demande de certains enfants suivis, ils veulent sensibiliser leurs camarades de classe, qui appartiennent aussi à l'environnement social de l'enfant, sur leur situation de handicap. L'objectif est de permettre aux autres enfants de comprendre pourquoi

des aménagements particuliers sont en place et pourquoi ils peuvent avoir plus de difficultés que d'autres. Le jeune peut en effet parler à ses pairs pour expliquer sa propre situation de handicap avec ses ressentis et ses difficultés. En accord avec les parents et l'enfant, les ergothérapeutes aborderont les impacts concrets du handicap en question en se basant sur leurs connaissances des pathologies, sans toutefois les nommer car ils sont tenus au secret médical. Cela encourage un véritable échange entre le jeune en question et ses camarades de classe, dissipant les malentendus associés à des situations perçues comme privilégiées, réduisant les moqueries et atténuant l'isolement. L'enfant concerné par la sensibilisation se rend compte que sa situation peut susciter des interrogations. Il en ressort avec une meilleure confiance en lui et est plus apte à participer aux activités. Ces types d'interventions collectives nécessitent que les ergothérapeutes et les enseignants et autres professionnels libèrent une plage horaire conjointe d'environ une heure.

Ces interventions collectives conduiront à une autre compréhension plus juste et approfondie de la situation de handicap de l'enfant, permettront d'adapter certains supports pédagogiques, d'ajuster l'environnement et enfin d'augmenter la participation sociale de l'enfant dans ses occupations.

En effet, l'ergothérapeute est en mesure de prendre en compte toutes les composantes d'une activité c'est à dire les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psychosociales et environnementales (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Grâce à une intervention directe dans les lieux de vie des enfants, par exemple à l'école, l'ergothérapeute connaît les occupations scolaires de l'enfant. Son expérience, ses formations lui permettent d'être compétent précisément dans les outils de compensation nécessaires à chaque enfant.

À travers ces différentes situations d'interventions collectives, on peut constater que les objectifs sont certes différents des interventions individuelles et sont finalement très complémentaires. Ces exemples nous montrent que les interventions collectives visent des situations impliquant l'environnement humain et physique, et qu'elles sont également propices à la participation des enfants.

## 4.3 L'évolution des modèles individuels vers des modèles collectifs

### 4.3.1 *A l'échelle internationale*

S. Cahill et S. Bazyk (2020) exposent qu'il existe des modèles et des cadres de prestation de services utilisés en ergothérapie pour répondre à différents modes d'intervention comme le modèle 4 PC « Partenariat pour le changement ». Effectivement, dans les écoles aux Etats Unis, c'est le modèle éducatif top-down qui guide la pratique de l'ergothérapie par opposition au modèle bottom-up. Les objectifs portent sur la participation, la performance et le fonctionnement de l'enfant dans son rôle d'élève. La création de ces modèles collectifs vise à cibler le plus d'enfants possible, à agir en prévention et dans le temps et à réduire les listes d'attente afin de pouvoir recourir aux services d'ergothérapie.

Le modèle 4PC « Partenariat pour le changement » expliqué aussi par C. A. Missiuna & al (2012) est un modèle de soutien initialement créé pour répondre aux besoins des élèves présentant un TDC. C'est un modèle qui facilite la collaboration entre l'équipe éducative, la famille et l'ergothérapeute pour créer un environnement de classe encourageant la participation et la réussite scolaire de l'enfant. Ce modèle implique l'observation de l'enfant dans ses occupations réelles en salle de classe par exemple. L'objectif du projet est de cibler les élèves qui ont un risque de présenter des difficultés ou bien de les accentuer.

Ce modèle de « Partenariat pour le changement » s'articule autour de plusieurs axes d'interventions. Le premier étant de dépister (par les différents intervenants) les élèves ayant des besoins particuliers à un stade précoce. Ceci est suivi d'un renforcement de la compréhension des besoins de l'enfant de la part des professeurs, des intervenants périscolaires et des parents. Améliorer la participation des enfants à l'école et à la maison. Enfin, faciliter la gestion de soi et des proches pour prévenir des retombées secondaires.

Pour reprendre le TDC, dans un premier temps, l'ergothérapeute suggère d'optimiser l'aménagement de la classe, réalise des démonstrations de leçons en groupe pour l'ensemble de la classe. Il peut renforcer les connaissances des enseignants sur les habiletés motrices ou autre. Deuxièmement, l'ergothérapeute se concentrera sur un petit groupe d'apprenants qui ont encore des difficultés motrices. Il apportera ses connaissances sur les interactions personne-environnement, observera et analysera les activités quotidiennes en classe, au gymnase, dans les couloirs...Les enseignants ont la capacité de différencier l'enseignement selon les compétences des enfants mais ils n'ont pas forcément toutes les connaissances sur les diverses

habiletés. Les enseignants identifient les enfants qui ont des difficultés mais n'en connaissent pas les causes.

Lorsqu'il s'agit de passer à la phase d'adaptation, W. N. Campbell & al (2012) soulignent l'importance pour l'ergothérapeute d'effectuer une analyse de la tâche, d'évaluer les exigences de la tâche et de comprendre comment l'environnement peut entraver ou faciliter son exécution. Après analyse, l'ergothérapeute donne une rétroaction à l'enseignant sur l'analyse de la tâche. L'enseignant peut mettre cela en pratique sur l'enfant concerné ou bien lorsqu'il rencontrera un enfant présentant des difficultés similaires (Campbell & al, 2012).

Ces autres modèles d'interventions collectives mettent en lumière des innovations pour le rôle de l'ergothérapeute, notamment en offrant un cadre organisationnel pour contribuer à la promotion globale de la santé en créant des environnements scolaires favorisant la santé physique et mentale de tous les élèves. La pratique de l'ergothérapie varie d'un continent à l'autre, elle dépend des politiques budgétaires et de la conception du soin qu'il soit préventif ou curatif.

#### *4.3.2 A l'échelle Européenne*

Les écrits suisses de V. C. Kaelin & al (2017) précisent qu'à l'échelle européenne, la pratique de l'ergothérapie préventive en milieu scolaire est une pratique émergente. Les prestations sont individuelles, il existe encore peu d'études sur les approches d'intervention les plus couramment utilisées. Les cadres d'interventions sont différents de ceux vu précédemment au niveau international.

En France, depuis 2019, une nouvelle structure a été créée par l'Agence Régionale de la Santé (Légifrance, 2019). Il s'agit des Équipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS) pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, répondant ainsi aux besoins de l'inclusion scolaire. Ces équipes mobiles sont composées de plusieurs professionnels comme des éducateurs spécialisés, des psychologues et pour certaines d'ergothérapeutes. Les équipes interviennent à la demande de l'établissement scolaire, après accord préalable des parents, mais sans prescription médicale nominative, lorsque l'établissement rencontre des difficultés d'inclusion ou lorsqu'il accueille des enfants avec des difficultés reconnues ou non par la MDPH.

Des interventions sont également demandées pour les élèves ayant des troubles du comportement. Après avoir échangé avec une ergothérapeute exerçant dans le Grand-Est au sein d'une EMAS, elle a listé ses missions lors de ses interventions :

- Adapter l'environnement, les outils scolaires en commençant par des observations en classe ou sur le temps périscolaire.
- Aménager les modalités de passation des examens, préconiser des outils informatiques avec réorientation vers un ergothérapeute en libéral pour le suivi.
- Former les enseignants, AESH, personnels du périscolaire sur demande et pour tous types de handicaps.
- Participer aux réunions pédagogiques.
- Expliquer le rôle des EMAS et leurs différences avec les champs d'action du SESSAD.

Ils n'interviennent pas pour des prestations individuelles, mais pour une situation présentant des difficultés en agissant sur l'environnement, pour le groupe. Le but de ces interventions reste d'éviter la rupture scolaire pour les élèves.

L'élaboration du cadre conceptuel a permis de spécifier le rôle de l'ergothérapeute et ainsi souligner que le lieu d'intervention n'est pas nécessairement relié aux problématiques qui y sont associés. Rappelons que les troubles du neurodéveloppement entraînent des difficultés dans différents domaines de vie quotidienne et que les impacts des troubles sont interdépendants de l'environnement.

En lien avec les différentes approches d'interventions évoquées, il serait intéressant de rechercher par une enquête quels sont les contextes et les pratiques favorisant le soutien de l'intervention collective en milieu scolaire, et par quels moyens et à quelles fins passer d'une intervention à l'autre.

# **METHODOLOGIE D'ENQUÊTE**

## **1. Recueil des données**

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai investigué les pratiques des ergothérapeutes en milieu scolaire ordinaire et plus précisément leurs modes d'interventions. Habituellement, les interventions sont individuelles, impliquant le thérapeute et l'enfant. Mais il apparaît que les ergothérapeutes réalisent également des interventions collectives intégrant l'environnement scolaire, y compris l'environnement humain, de l'enfant. Ces interventions ont pour objectif de soutenir la participation sociale des enfants atteints de troubles du neurodéveloppement, qui constituent la population cible de cette étude. Il s'agit d'une modalité de travail que l'ergothérapeute choisit en fonction des besoins qu'il juge utiles, agissant toujours dans ce cadre sous couvert de la prescription médicale du médecin coordinateur du projet de soin.

À la suite de différents stages que j'ai effectués, j'ai constaté des variations dans les interventions collectives réalisées dans les écoles, tant d'un endroit à l'autre que d'un ergothérapeute à l'autre. Les objectifs diffèrent de ceux des interventions individuelles. Les méthodes d'intervention en ergothérapie en milieu scolaire en France sont peu documentées, l'accent étant principalement mis sur les pratiques individuelles.

La population d'enquête sera majoritairement composée d'ergothérapeutes diplômés d'Etat intervenant en milieu scolaire ordinaire, exerçant en SESSAD ou en pratique libérale. J'ai choisi de proposer cette enquête à tous les ergothérapeutes exerçant en France afin de comprendre les raisons qui motivent le choix d'interventions collectives au sein de l'école pour les enfants bénéficiant de soins en ergothérapie.

Dans le but d'obtenir une vue d'ensemble des pratiques réelles des professionnels dans ce domaine, j'ai opté pour la collecte de données quantitatives. Par conséquent, j'ai choisi d'utiliser un questionnaire comme outil de recherche. L'utilisation de questions fermées facilite la compréhension globale, tandis que les questions ouvertes permettent de recueillir des données qualitatives qui apportent des éclaircissements sur des points de vue spécifiques (Tétreault, Blais-Michaud, 2014). L'avantage de cet outil est qu'il peut être diffusé dans toute la France, ce qui permet de sensibiliser un grand nombre de répondants. La diffusion du

questionnaire a débuté le 31 janvier et s'est poursuivie jusqu'au 26 février. J'ai sollicité les ergothérapeutes que j'ai rencontrés lors de mes stages, leur demandant de le diffuser via leurs groupes d'échanges d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux ainsi que dans leurs groupes privés. Le questionnaire a aussi été distribué par courriel en recueillant les adresses mails concernant les ergothérapeutes exerçant en dehors de l'Ile de France.

J'ai commencé à élaborer mon questionnaire en décembre, après avoir établi le cadre conceptuel, ce qui m'a permis de réfléchir à ce que les ergothérapeutes entendent réellement par « intervention collective ». J'ai soumis mon premier questionnaire lors de la soutenance blanche au jury de janvier. Ils m'ont donné des commentaires qui m'ont aidé à améliorer mon questionnaire, notamment en précisant davantage les critères d'inclusion, tels que le lieu d'intervention, les enfants suivis et la pratique d'interventions collectives dans les écoles. Ensuite, j'ai discuté de la pertinence des questions et de leur formulation avec ma maîtresse de mémoire, ce qui m'a amené à apporter plusieurs modifications.

Le questionnaire se compose de trois parties : la première concerne la population cible et le champ d'intervention des ergothérapeutes ; la deuxième aborde les spécificités des interventions collectives ; enfin, la troisième partie fournit des précisions sur la population sondée. J'ai choisi de poser cinq questions fermées qui serviront de critères d'exclusion. Si une personne répond « non » à l'une de ces questions, elle est invitée à quitter l'enquête. Les questionnaires retenus seront ceux auxquels les cinq premières questions auront obtenu une réponse positive. Ensuite, j'ai inclus des questions à choix multiples, des questions semi-fermées et trois questions ouvertes dans le questionnaire. J'ai prévu une case « autre » pour que les ergothérapeutes puissent apporter des précisions si nécessaire. Au total, il y avait 18 questions, y compris une section pour le consentement et d'éventuelles remarques.

Le questionnaire est à la suite de la bibliographie ci-dessous (annexe IV).

Afin de garantir la protection des données conformément aux normes RGPD et de préserver l'anonymat des répondants, j'ai décidé de créer mon questionnaire en utilisant l'outil en ligne français Dragn'survey. Contrairement à d'autres outils en ligne gratuits tels que Google Forms, Dragn'survey propose une assistance utilisateur plus complète, ainsi que davantage de fonctionnalités pour ce qui concerne les options d'enquête et la conservation des données sur un serveur basé en France.

Le 23 janvier, j'ai lancé la phase de pré-test avec quatre ergothérapeutes que j'ai rencontrés lors de mes stages (3 en SESSAD et 1 en cabinet libéral) et qui n'avaient pas connaissance de

mon mémoire. Après avoir recueilli leurs réponses, je n'ai pas modifié la formulation du questionnaire, mais j'ai pu affiner mon hypothèse en lien avec ma question de recherche. Cette étape m'a permis de redynamiser mon sujet en redéfinissant plus précisément le concept d'intervention collective dans une des parties du cadre conceptuel. Ensuite, j'ai confronté mes idées aux pratiques réelles. Comme je n'ai pas eu besoin de reprendre le contenu de mon questionnaire après la phase de pré-test, j'ai pu intégrer les réponses des quatre ergothérapeutes qui y ont participé.

Au 26 février 2023, soixante-douze répondants avaient renvoyé le questionnaire, dont vingt pratiquaient des interventions collectives en plus de leurs interventions individuelles.

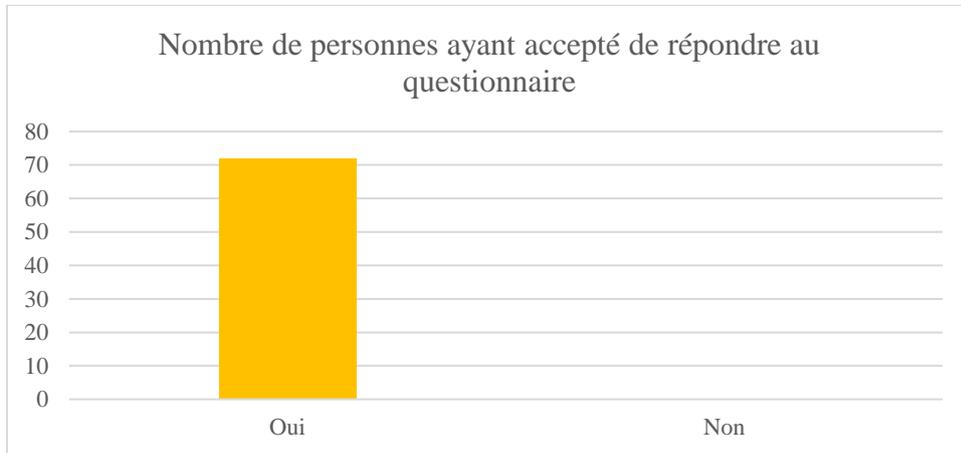
En termes de temps, le questionnaire peut être complété en moins de dix minutes et il est transmis directement au site drag'n'survey après validation.

Le questionnaire était initialement actif jusqu'au 26 février 2023 avant d'entrer dans la phase de traitement des données. J'ai toutefois prolongé sa disponibilité d'une semaine supplémentaire afin de permettre aux ergothérapeutes d'autres régions, en congé scolaire, d'y répondre à leur retour de vacances.

Les résultats des questions fermées, semi-fermées et à choix multiples seront illustrés par des représentations graphiques. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées de la même manière qu'un entretien et synthétisées dans des tableaux. Les résultats présentés proviennent des vingt questionnaires exploitables.

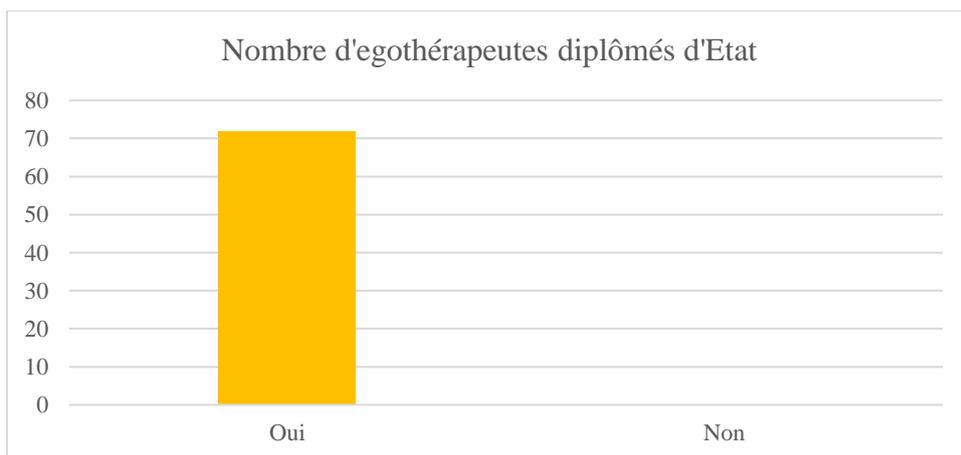
## 2. Résultats et analyse

### Question 1



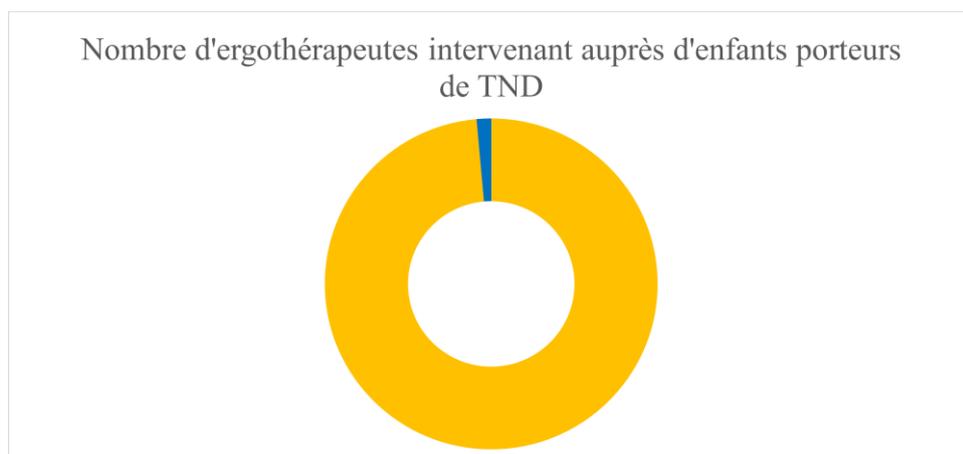
Au total, soixante-douze personnes ont accepté de répondre au questionnaire diffusé du 31 janvier 2023 au 26 février 2023.

### Question 2



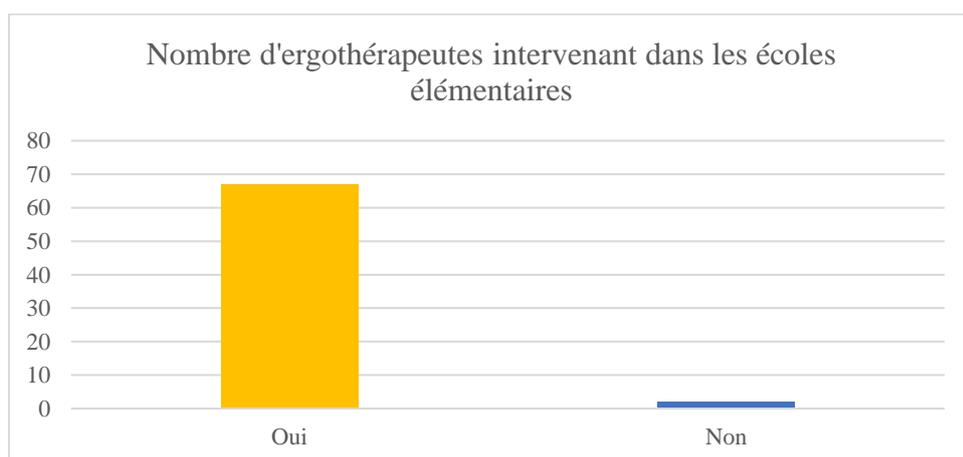
Les soixante-douze répondants sont tous des ergothérapeutes diplômés d'Etat.

### Question 3



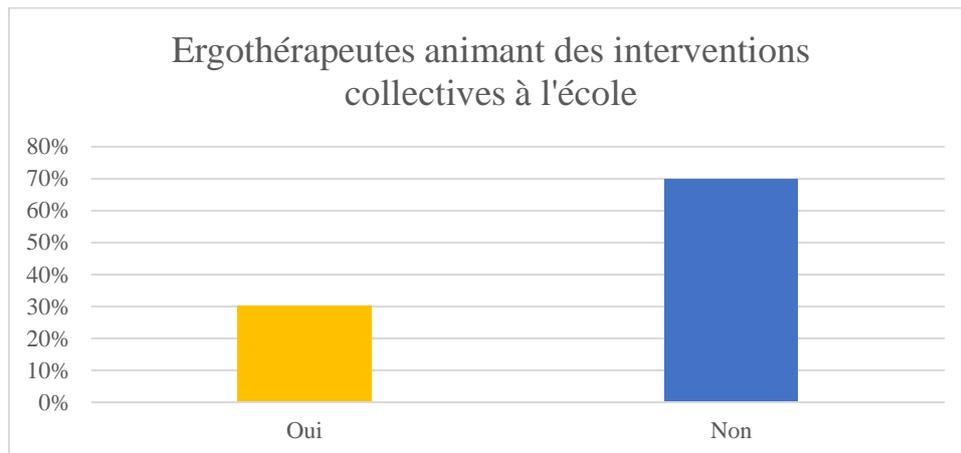
Sur les soixante-douze répondants, un ergothérapeute n'intervient pas auprès d'enfants atteints de TND.

### Question 4



Sur les soixante-neuf répondants à cette question, deux ergothérapeutes n'interviennent pas dans les écoles élémentaires.

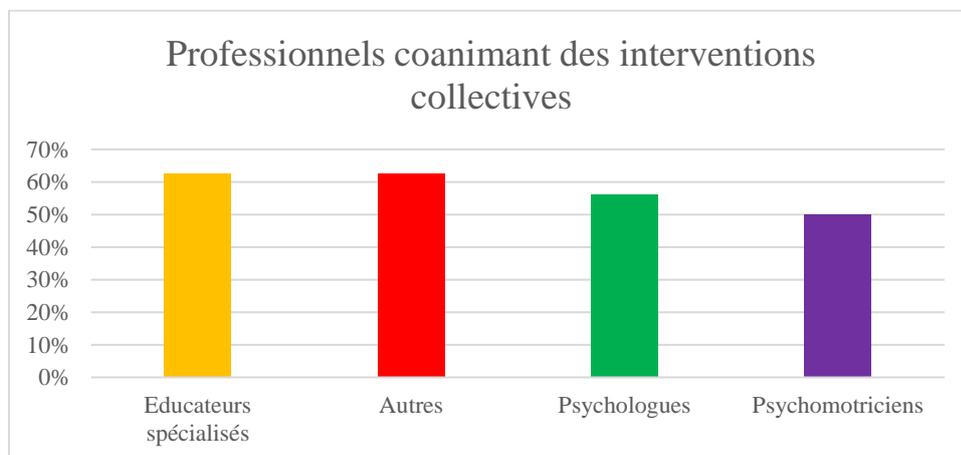
### Question 5



Près du tiers des répondants (30%) animent ou coaniment des interventions collectives au sein de l'école.

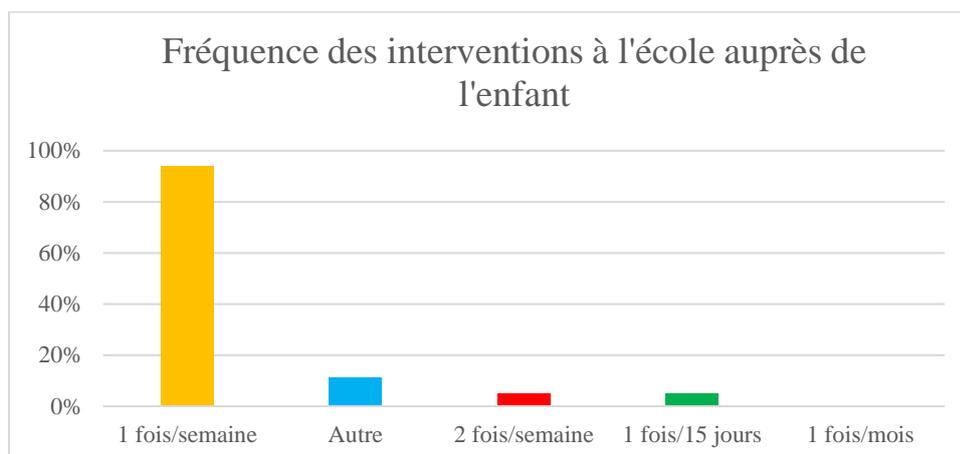
Sur les soixante-douze répondants, vingt répondaient aux critères d'inclusion des cinq premières questions et leurs résultats seront présentés ci-dessous.

### Question 6



Il s'avère qu'une majorité de répondants (62%) animent conjointement des interventions collectives avec des éducateurs spécialisés, 56% avec des psychologues et 50 % avec des psychomotriciens. Cependant, pour 62% des « autres » répondants, les réponses sont différentes. Certains répondants coaniment avec un instructeur en locomotion, un orthoptiste, un enseignant spécialisé ou référent, des ergothérapeutes, des neuropsychologues, des éducateurs sportifs, des AESH et des orthophonistes.

## Question 7



On constate qu'en moyenne, 94% des répondants eux interviennent de façon hebdomadaire au sein de l'école pour des interventions individuelles. 6 % interviennent deux fois par semaine ou une fois tous les quinze jours. Le champ « autre » précise que les interventions sont réalisées en fonction des demandes et des besoins.

## Question 8

Dans ce tableau, j'ai listé les objectifs qui ont été énoncés lors des différentes interventions individuelles, en les catégorisant selon leur fréquence.

<b>Soins personnels (habillage, toilette, alimentation...)</b>	<b>Productivité (activités scolaires, manipulation outils, graphisme...)</b>	<b>Loisirs (sauter à la corde, faire du vélo...)</b>
Habillage (x7)	Graphisme pré graphisme (x11)	Faire du vélo (x5)
Se brosser les dents (x6)	Manipulation outils scolaire	Jouer aux jeux de société (x2)
Faire ses lacets (x6)	(règle, équerre, rapporteur, ciseaux, taille crayon, compas)	Activités manuelles (x2)
Techniques d'indépendance à table (x5)	(x11)	Corde à sauter (x2)
Couper sa viande (x3)	Utilisation outils informatique	Piscine (x2)
Attacher son manteau (x2)	(tablette, ordinateur) (x9)	Tenir les cartes dans la main
Plier son linge (x2)	Ecrire manuellement les chiffres	Bricolage
Lavage, coiffage des cheveux (x2)	Ecrire plus vite	Entrer en relation
S'essuyer après le passage aux toilettes (x2)	Colorier sans dépasser	Sentiment d'efficacité personnelle
Attacher ses boutons (x2)	Organisation des affaires	Expérience du maintien attentionnel en situation d'activité
Enfiler ses chaussettes	Motricité fine	signifiante
	Préhension	

Se servir sans renverser	Coordination bi manuelle	Aide lors des entrainements au
Passage au self	Organisation des cahiers/ classeurs	foot
Port du plateau	Tâche visuo spatiale	Faire des jeux d'équipe
Repas à la cantine	Cartes mentales	Equilibre
Diversification alimentaire		
Se doucher seul		
Faire son cartable seul		
Mise en situation		
Motricité fine		
Organisation		

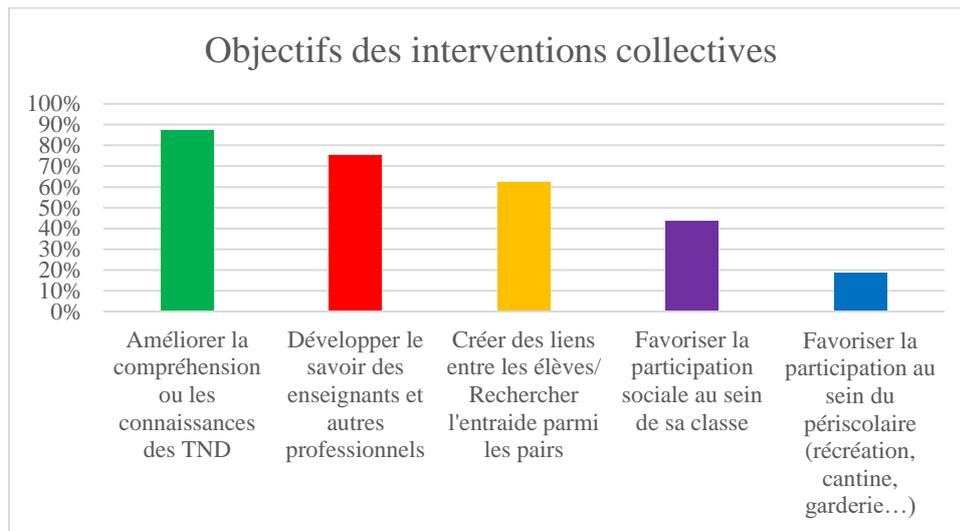
Lors d'interventions individuelles d'enfants, les principales problématiques occupationnelles abordées se situent dans les trois domaines de l'occupation :

En termes de soins personnels, les activités de vie quotidienne telles que s'habiller sont mentionnées sept fois, se brosser les dents et faire ses lacets six fois, les techniques d'indépendance à table reviennent cinq fois.

Un autre domaine souvent abordé concerne les activités productives, où le graphisme et l'utilisation des outils scolaires sont cités onze fois et l'utilisation des outils informatiques neuf fois.

Les loisirs sont un autre domaine abordé lors d'interventions individuelles comme faire du vélo nommé cinq fois, puis jouer aux jeux de société, sauter à la corde, les activités manuelles et la piscine sont désignées deux fois.

## Question 9



Les ergothérapeutes qui ont répondu à cette question ont indiqué que les objectifs les plus courants des interventions collectives sont :

- Avec 87% « d'améliorer la compréhension ou les connaissances des TND »
- Pour 75% de « développer le savoir des enseignants et autres professionnels ».
- 62% des objectifs des interventions collectives sont de « créer des liens entre les élèves et rechercher l'entraide parmi les pairs ».
- Tandis que 43% sont de « favoriser la participation sociale au sein de sa classe ».
- Enfin sont représentés par 18% de répondants les objectifs de « favoriser la participation au sein du périscolaire (récréation, cantine, garderie...) ».

## Question 10

Pour quels objectifs auxquels je n'aurai pas pensé, mettez-vous en place des interventions collectives ?

---

Expliquer les besoins en aides humaines et techniques de l'enfant en situation de handicap

Sensibiliser les AESH aux difficultés rencontrées par les enfants, leur donner des pistes pour mieux les accompagner et répondre à leurs besoins, favoriser le transfert en classe X3

Expliquer ses difficultés et besoins afin de gagner en confiance en soi/ Faire connaître le handicap au grand public et sensibiliser

---

Faire connaître le SESSAD comme soutien à la scolarité sous toutes ses formes

Mettre en place les aides techniques

Favoriser l'émulation par des groupes apprentissage de l'ordinateur, éviter la routine de l'apprentissage informatique en individuel

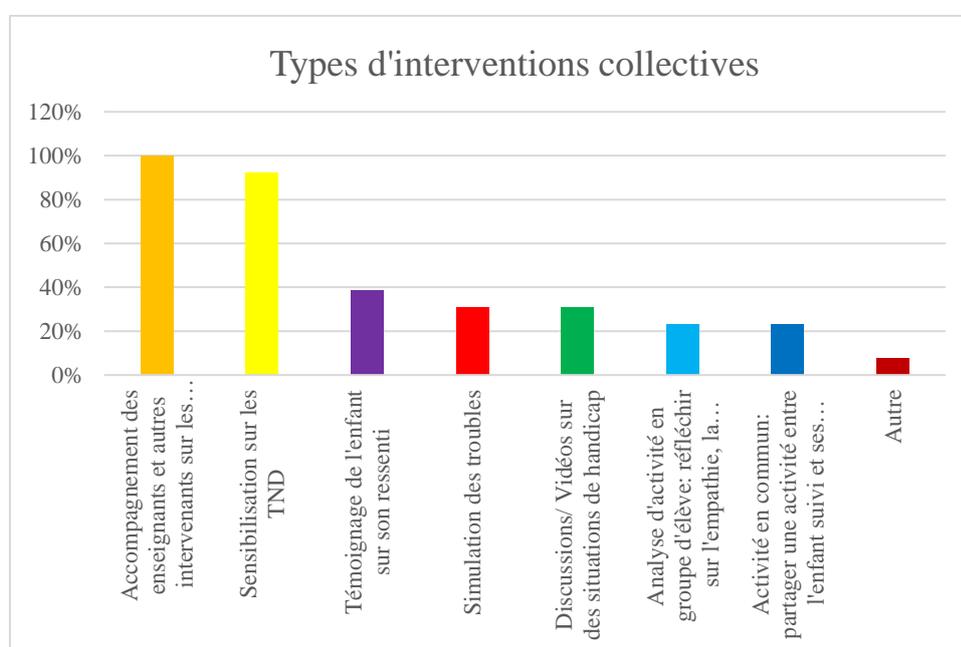
Gagner du temps en accompagnant plusieurs jeunes en même temps

Développer l'estime de soi de l'enfant porteur de TND

Je me rends compte grâce à ces réponses que les ergothérapeutes ont compris de trois manières différentes la notion d'intervention collective :

- (1) Intervention orale de type transmission de savoir, auprès d'un public d'adultes de l'école
- (2) Intervention rééducative auprès de plusieurs enfants simultanément
- (3) Intervention pour un seul enfant suivi habituellement individuellement mais dans un cadre collectif, comme une situation sportive de classe.

## Question 11



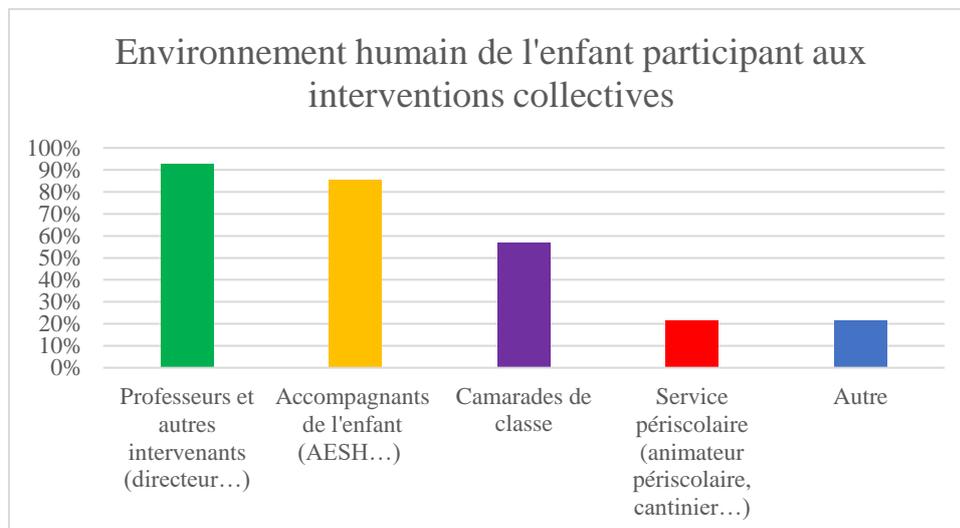
En ce qui concerne les types d'interventions collectives dans les écoles :

- Le plus courant est « l'accompagnement des enseignants et autres intervenants sur les adaptations, les compensations ».

- La « sensibilisation sur les TND » est citée par 92% des répondants comme type d'intervention,
- Suivie par 38% du « témoignage de l'enfant sur son ressenti ».
- « La simulation des troubles et les discussions et/ ou vidéos sur des situations de handicap » dans 30% des cas.
- Les autres types d'interventions énumérées comprennent « l'analyse d'activité en groupe d'élève » et « l'analyse d'activité en commun » à hauteur de 23%.

Les répondants qui ont sélectionné respectivement le champ « autre » précisent une sensibilisation au handicap en classe, les rencontres en début d'année scolaire avec l'équipe pédagogique pour présenter les difficultés de l'enfant et les moyens de compensation à mettre en place pour faciliter la scolarisation avec pour certains une distribution de livret récapitulatif.

## Question 12



Les professeurs et autres intervenants (directeur...) sont impliqués dans les interventions collectives à hauteur de 92%. Les AESH représentent 85% des participants. Les camarades de classe constituent le troisième groupe le plus important avec 57%. Le service périscolaire (animateur, cantinier...) et le domaine « autres », incluant les animateurs de loisirs et les éducateurs sportifs comptent pour 23% des participants.

### Question 13

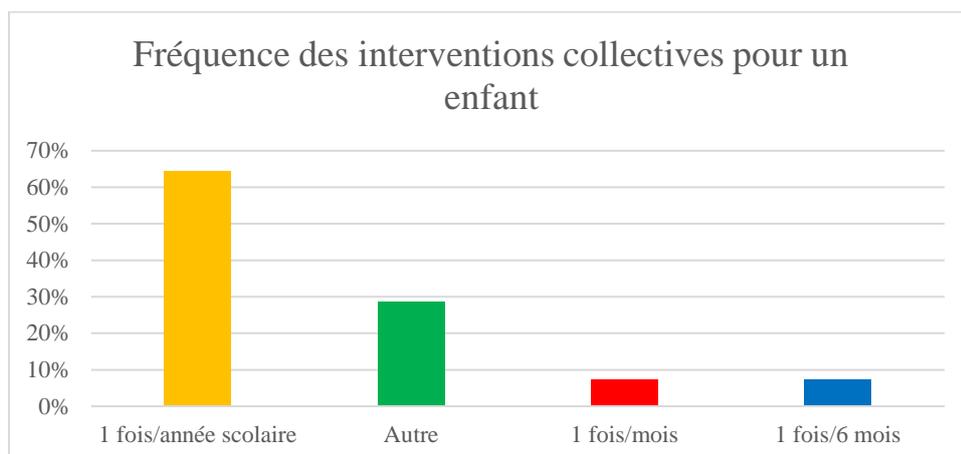
Freins et atouts de l'intervention collective dans l'accompagnement d'un enfant.

ATOUPS	FREINS
Stimulation des déterminants personnels, des valeurs, des intérêts : confiance en soi, ressenti, sentiment d'efficacité, socialisation, émulation	Tributaire des valeurs personnelles des professionnels pour la participation occupationnelle ou non aux interventions collectives
Favorise la collaboration interprofessionnelle : partenariat, partage de connaissances, proposition d'adaptation	Contrainte de temps des interventions : interfère avec le temps de classe, nécessite plus de temps en dehors du temps scolaire. Pour les ergothérapeutes manque de temps pour préparer et mener ce type d'intervention.
Encourage la participation de tous : échanges entre pairs, habiletés de communication et d'interaction, possibilité de poser des questions	Sentiment pour le jeune d'être jugé par tous, manque d'intimité/ dépendant de la progression du jeune dans son accompagnement
Améliore la compréhension de l'environnement physique nécessaire aux besoins du jeune, sensibilisation aux difficultés, présentation des outils et adaptations	Infrastructure de l'école non adaptée, manque de budget, peu de solution technique ou aide-technique

Ce tableau regroupe par famille les atouts et les freins énumérés par les répondants. Les principaux atouts recensés concernent les déterminants personnels comme la confiance en soi, l'estime de soi, etc. Les interventions collectives ont l'avantage de favoriser la collaboration professionnelle, notamment les relations avec les enseignants et autres acteurs de l'environnement de l'enfant. La participation de tous est accrue et permet l'échange entre les pairs, ce qui peut aider à améliorer les compétences de communication et d'interaction. Les outils et les adaptations nécessaires pour créer un environnement physique sécuritaire sont discutés et expliqués.

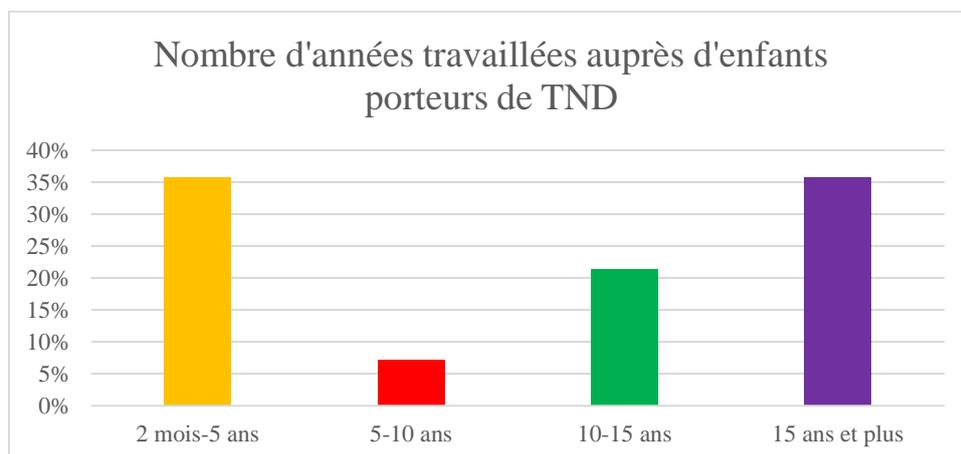
Par ailleurs, on constate que la mise en place des interventions collectives engage de bloquer des créneaux horaires plus long sur des plannings, de préparer en amont l'intervention par divers outils pédagogiques et de contacter l'ensemble des participants invités. Les créneaux horaires possibles se dérouleront pendant le temps scolaire.

### Question 14



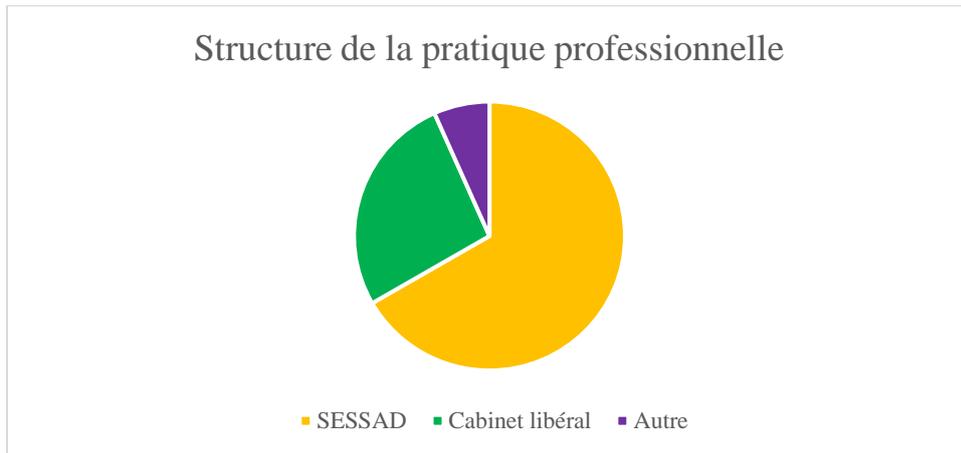
La fréquence des interventions collectives des ergothérapeutes répondant au questionnaire est d'une fois par année scolaire pour 64% d'entre eux. 7% les pratiquent une fois par mois et une fois tous les six mois. Le champ « autres » précise que pour 28% des ergothérapeutes, ils réalisent des interventions collectives autant que nécessaire, certaines lors de l'activité piscine ou cycle vélo, d'autres assurent des accompagnements collectifs toutes les semaines. Les sensibilisations en classe moins d'une fois par an car elles ne sont pas systématiques.

### Question 15



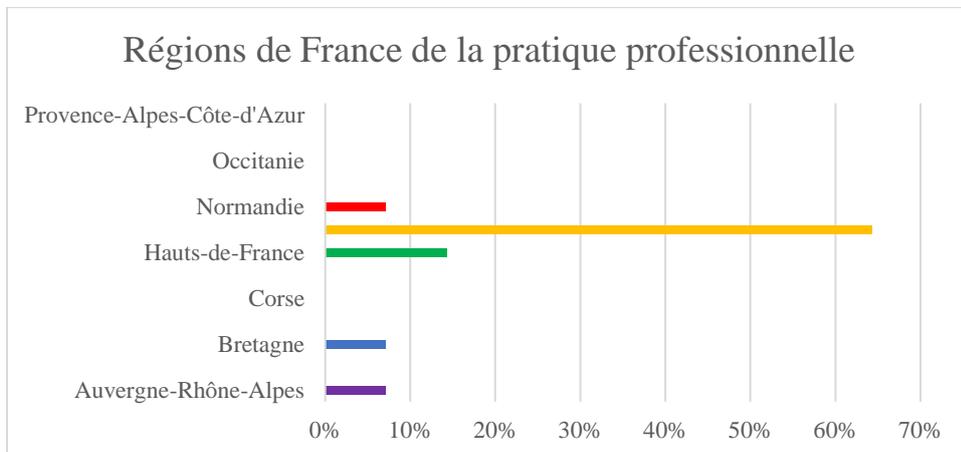
Parmi les ergothérapeutes ayant répondu à cette question, 35 % accompagnent des enfants porteurs de TND depuis moins de cinq ans et d'autres depuis plus de quinze ans. Certains les soutiennent depuis dix ans et moins de quinze ans et 7% déclarent accompagner des enfants atteints de TND depuis plus de cinq ans et moins de dix ans.

### Question 16



Selon l'enquête, 71 % des ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants appartiennent à un SESSAD, alors que 28 % sont en pratique privée. 7% des répondants, soit une personne, déclarent travailler au sein d'un EMAS.

### Question 17



64% des répondants travaillent en Ile de France. 15% dans la région Hauts-de-France, 7% en région Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Normandie. Au 26 février, aucune réponse n'avait été reçue concernant les autres régions.

## Réponses supplémentaires

Les commentaires suivants ont été reçu par des répondants n'entrant pas dans les critères d'inclusion de l'enquête.

<b>Réponses d'ergothérapeutes ne faisant pas d'intervention collective</b>
Les établissements scolaires ne demandent pas d'accompagnement collectif de ce type
En libéral, il est plus rare de faire des interventions collectives en groupe
Intervention collective une fois par an mais pas systématique pour chaque accompagnement
Atouts : « vision pluri disciplinaire de l'activité de l'enfant »
Freins : « disponibilité communes des différents acteurs »
Ergo en libéral en pédiatrie pour enfant porteur de TND n'intervient pas forcément en milieu scolaire
« Je ne fais pas d'intervention avec d'autres professionnels bien que je travaille beaucoup en lien avec eux » ; « je fais parfois des séances avec les AESH »

### 3. Discussion

Je remarque tout d'abord que les résultats de l'enquête mettent en évidence un écart entre le nombre de participants, soixante-douze, et le nombre de questionnaires retenus par les critères d'inclusion, vingt. Cela suggère que seulement vingt ergothérapeutes pratiquent des interventions collectives sur soixante-douze. En analysant les réponses rapportées, il est possible que certains répondants qui ont répondu « non » à la question « pratiquez-vous des interventions collectives » aient été influencés par leur compréhension des termes. En effet, j'ai remarqué grâce aux commentaires des répondants retenus, qu'il peut y avoir une certaine confusion quant à la définition de l'intervention collective, ce qui rend difficile un consensus sur sa signification. Pour ma part, j'entends par intervention collective en milieu scolaire toute intervention à l'intention de plusieurs personnes, visant à sensibiliser l'environnement humain de l'enfant, y compris les professionnels et les camarades. Cette intervention doit être pourvue d'objectifs définis et de moyens adéquats, tout comme dans le cadre d'une intervention individuelle.

Les résultats de l'étude ont renforcé mes convictions et ont nourri ma réflexion. En outre, je parlais du principe qu'une majorité d'ergothérapeutes utilisait ce type d'intervention comme moyen de soutien de la participation, mais je réalise désormais que ce n'est pas toujours le cas.

D'après les résultats de l'enquête, trois principales interprétations de « l'intervention collective » ont été identifiées par les ergothérapeutes. Certains répondants considèrent ce terme comme englobant des interventions orales visant à transmettre des connaissances à un public adulte dans le contexte scolaire. Ces transmissions peuvent prendre la forme de sensibilisations ou de réunions avec l'équipe éducative et d'autres intervenants.

D'autres répondants ont une compréhension de l'« intervention collective » qui implique des séances de rééducation regroupant plusieurs enfants simultanément. Cela signifie rassembler plusieurs enfants suivis en ergothérapie au sein de la même école, à un moment précis tel que l'heure du déjeuner, afin de développer leurs compétences individuelles, favoriser les échanges des connaissances entre eux et encourager une dynamique collective à travers la réalisation d'une activité commune.

Certains considèrent enfin que l'intervention collective concerne un enfant suivi habituellement individuellement, et placé à un moment donné dans un contexte collectif, comme lors d'une activité sportive scolaire. Par exemple, accompagner une séance de natation à l'école crée un

environnement partagé dans lequel les camarades de classe, les enseignants, les maîtres-nageurs peuvent prendre conscience des questions potentielles liées au handicap de l'enfant suivi en ergothérapie. De plus, l'ergothérapeute peut observer si l'environnement humain et physique facilite ou entrave la participation de l'enfant dans ses activités.

Pendant mes trois années de formation, j'ai remarqué, à la suite de mes stages pratiques, que les modèles conceptuels enseignés en théorie n'étaient pas toujours appliqués par les ergothérapeutes dans leur pratique. Ces modèles conceptuels nous aident à aborder notre pratique sous différents angles et à considérer l'individu dans sa globalité, en tenant compte de ses caractéristiques personnelles, de ses occupations et de son environnement. Le Modèle de l'Occupation Humaine peut nous aider à comprendre comment l'environnement social peut influencer sur la participation d'une personne dans ses activités. Tous les ergothérapeutes ne se basent pas sur des modèles pour élaborer leurs plans de traitement. Certains professionnels plus âgés, qui n'ont pas eu l'opportunité de s'initier aux modèles conceptuels lors de leur formation initiale, s'appuient souvent sur les modèles qui leur sont familiers. Ils se forment et adaptent leurs pratiques professionnelles en fonction de leurs expériences. En revanche, les jeunes professionnels reçoivent généralement une formation sur plusieurs modèles au sein de leur institut de formation. Les modèles utilisés varient en fonction de la structure du lieu d'exercice. Chaque ergothérapeute a sa propre approche en matière d'utilisation des modèles.

Pour ma part, l'intégration du MOH dans ce mémoire m'a permis d'avoir une meilleure compréhension des différents facteurs qui entravent la participation d'une personne. Au cours de ma formation pratique, l'utilisation de ce modèle m'a permis de recueillir des informations sur les divers aspects de la personne. Cela m'a également permis d'analyser les obstacles potentiels présents dans son environnement et de comprendre dans quelles circonstances elle réalise ses occupations.

Il est important de souligner que les éléments du modèle sont dynamiques. Il existe une interaction constante entre les facteurs personnels de la personne et l'impact de son environnement sur sa participation. Ainsi, le MOH offre une approche holistique qui considère à la fois les aspects individuels et environnementaux dans l'étude des occupations et de la participation.

L'environnement dans lequel évolue un enfant peut jouer le rôle soit d'un facilitateur, soit d'un obstacle à sa participation. Ainsi, il est essentiel de prendre en compte cet aspect en observant

attentivement l'environnement de l'enfant. Lorsque nécessaire, il convient d'intervenir pour modifier les interactions entre l'environnement et sa participation, afin de favoriser une meilleure adéquation. En comprenant l'impact de l'environnement sur la participation de l'enfant, il devient possible d'apporter des ajustements et des interventions appropriées pour soutenir son engagement et son bien-être.

Il n'existe pas d'intervention collective universelle qui convienne à toutes les équipes de travail, car les objectifs, les priorités et les approches peuvent varier d'une équipe à l'autre. Il est important d'être en mesure de collaborer avec plusieurs professionnels afin d'assurer le meilleur résultat possible de l'intervention.

A titre d'exemple concret, lors d'un de mes stages, j'ai eu l'occasion de participer à une intervention collective impliquant une ergothérapeute, une psychomotricienne et une psychologue. Cette intervention a été réalisée à la demande d'une jeune qui souhaitait expliquer à ses camarades de classe les difficultés auxquelles elle était confrontée au quotidien et partager son parcours de vie. Elle avait pour objectif de permettre aux autres élèves de comprendre pourquoi elle avait besoin continuellement de leur aide, par exemple pour porter son cartable, et de restaurer les liens avec certains camarades qui avaient développé des sentiments négatifs à son égard. L'équipe du SESSAD avait identifié chez cette jeune une certaine souffrance, ce qui a conduit à la décision de collaborer avec plusieurs professionnels dans le cadre de cette intervention. Cette approche pluriprofessionnelle a permis une compréhension plus approfondie et une réponse plus efficace aux besoins de la jeune personne.

La question numéro six du questionnaire aborde la possibilité de réaliser une intervention collective avec plusieurs professionnels. Les répondants ont mentionné principalement la coanimation avec des éducateurs spécialisés, des psychologues et des psychomotriciens. Ces professionnels font partie de l'équipe multi professionnelle qui entoure l'ergothérapeute. L'ergothérapeute collabore avec divers corps de métier et possède les compétences nécessaires pour organiser des activités et coopérer avec ces différents acteurs. Ces professionnels exercent également au sein des SESSAD et dans des cabinets libéraux, où ils collaborent ou font partie du réseau des ergothérapeutes. D'autres professionnels ont été cités pour animer des interventions collectives, comme les orthoptistes, les ergothérapeutes, etc. Cependant leurs rôles peuvent varier en fonction du type de SESSAD. Il incombe à l'ergothérapeute de prendre en compte l'ensemble des acteurs professionnels accompagnant les enfants atteints de troubles du neurodéveloppement et décider d'un programme d'intervention conjoint, avec des objectifs spécifiques pour chacun d'eux. Selon l'article des auteurs Tanneau et Bidal (2021), la

collaboration interprofessionnelle est d'une importance capitale lorsqu'il s'agit d'accompagner les jeunes enfants atteints de TND. Il est donc essentiel que les professionnels puissent partager et échanger des informations sur les différentes situations. L'ergothérapeute joue un rôle spécifique en mettant l'accent sur les occupations de l'enfant en apportant un regard unique au sein de son environnement quotidien, ce qui lui permet d'obtenir un éclairage différent sur les compétences et les ressources de l'enfant.

Il y a une différence de fréquence entre les interventions individuelles, que la plupart des ergothérapeutes effectuent une fois par semaine, et les interventions collectives, qui sont généralement réalisées une fois par année scolaire. Les objectifs à atteindre varient en fonction du plan d'intervention, et les interventions collectives ne sont pas systématiques lors de l'accompagnement d'un enfant. Les objectifs des interventions individuelles portent sur les activités de vie quotidienne telles que les soins personnels (habillage, brossage des dents, etc.), tandis que les activités scolaires peuvent inclure des compétences graphiques, l'utilisation d'outils scolaire, ou encore des activités de loisirs comme faire du vélo ou jouer à des jeux de société. La régularité des interventions individuelles est nécessaire pour atteindre ces objectifs. L'enquête suggère que les habiletés travaillées lors des séances sont soit motrices (liées au déplacement d'objets), procédurales (liées au suivi d'instructions) ou interactionnelles (liées aux conversations avec autrui). Cependant, je pense que l'environnement dans lequel ces habiletés sont pratiquées peut également constituer un facteur limitant, bien que cela n'ait pas été clairement étudié dans l'enquête. Les exigences de l'environnement scolaire peuvent être trop élevées pour certains enfants, décourageant ainsi leur participation à certaines activités. Par exemple, un enfant atteint de TND peut avoir du mal à rester assis sur sa chaise plus de dix minutes, malgré les attentes de l'enseignant. Pour mieux comprendre cette problématique, il aurait été avantageux de questionner les ergothérapeutes sur l'impact de l'environnement humain de l'enfant sur ses habiletés.

Dans mes recherches, j'ai découvert un outil issu du MOH appelé SCOPE (Tainguy, 2016), qui évalue comment les facteurs personnels et environnementaux facilitent ou limitent la participation de l'enfant. L'utilisation de cet outil dans ma pratique ou dans de futures recherches professionnelles pourrait fournir des informations précieuses pour mieux appréhender certains aspects. L'une des particularités de cet outil est sa capacité à détecter les forces et les difficultés qui influencent la participation occupationnelle de l'enfant (Large, Degano, 2022). Il permet d'avoir une vision globale de l'enfant, en identifiant ses forces sur lesquelles l'ergothérapeute peut se baser pour son intervention. Imaginons un enfant avec un

trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Pour remplir le SCOPE, l'ergothérapeute observe l'enfant dans sa classe, interagit avec lui et recueille des informations auprès des enseignants et de ses parents. L'outil met en évidence les forces de l'enfant, comme la capacité à maintenir son endurance lors d'activités qui lui plaisent particulièrement, comme les activités physiques. Cependant, il révèle également les difficultés de l'enfant par exemple dans des situations qui exigent un contrôle de sa force lorsqu'il se trouve en groupe. Les cotations de la grille d'évaluation du SCOPE aident l'ergothérapeute à élaborer des stratégies d'intervention, en vue d'améliorer l'auto-régulation de l'enfant tout en s'appuyant sur ses intérêts et ses forces, à titre illustratif.

Il existe différentes approches pour mettre en place des interventions collectives visant à impliquer l'environnement humain d'un enfant. Selon l'étude de Meuser & al. (2023) la transition d'une approche centrée sur l'enfant vers une approche « centrée sur l'environnement » dans le but de favoriser la participation de tous les enfants aura un impact significatif sur le rôle des enseignants. En effet, l'équipe éducative peut être sensibilisée afin de mieux comprendre les TND et d'approfondir leurs connaissances à ce sujet. Certains enseignants et AESH peuvent avoir besoin de ressources supplémentaires pour mieux appréhender les impacts de ces troubles sur l'enfant accueilli. Au cours d'échanges informels, de nombreux enseignants du primaire ont exprimé se sentir démunis lorsqu'il s'agit d'accueillir un enfant atteint de TND (et d'autres handicaps). Ils ne sont pas familiers avec les troubles et recherchent des outils et des adaptations pour faciliter l'apprentissage de l'enfant. Lors de l'interview d'une ergothérapeute au début de ce travail de recherche, il a été rapporté que les enseignants demandaient des « stratégies pour toute la classe », ainsi que des adaptations pour chaque enfant. Ils exprimaient également le « besoin de formation » car ils avouaient ne pas posséder suffisamment de connaissances sur les troubles apprentissages par exemple.

Les ergothérapeutes possèdent une richesse de compétences qui peuvent être utilisées pour former et informer d'autres personnes. Grâce à leur formation et à leur diplôme d'Etat, ils sont en mesure d'élaborer et de conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.

Les objectifs des interventions collectives sont de favoriser la création de liens, de promouvoir la participation au sein de la classe et de réaliser une activité par le biais d'un travail de groupe. Les ergothérapeutes ont la capacité d'organiser des temps d'échanges et d'analyse lors de ces

interventions, que ce soit avec le jeune ou avec des groupes d'élèves, favorisant ainsi l'expression de chacun.

En ce qui concerne la fréquence des interventions collectives, il a été mentionné précédemment qu'elles sont le plus souvent réalisées une fois par an. Les répondants ont expliqué rencontrer des difficultés à les mettre en œuvre en raison de divers facteurs.

Tout d'abord, l'environnement humain n'est pas toujours réceptif et disponible, et il peut être réticent à consacrer du temps supplémentaire en dehors des heures scolaires ou à empiéter sur le temps de classe. Certains établissements scolaires ne sont pas familiers avec ce type d'accompagnement collectif.

Pour les ergothérapeutes, la mise en place de ces interventions nécessite une organisation préalable afin de rassembler les participants et de préparer les moyens pédagogiques nécessaires.

La non-adhésion du jeune concerné peut constituer aussi un frein, car s'il n'est pas à l'origine de la demande, il peut se sentir jugé par les autres. En effet, les personnes ont besoin de motivation pour agir, qui dépend de leurs propres valeurs personnelles. L'absence d'engagement et de motivation de l'environnement humain crée un déséquilibre entre le besoin et la réalisation d'une action d'information, d'explication et de conseil en santé publique.

En intervenant sur l'environnement humain de l'enfant, en expliquant l'impact scolaire de son trouble du neurodéveloppement et fournissant des stratégies pour rendre les apprentissages plus clairs, plus simples, plus ajustés à sa manière de comprendre et d'agir, l'ergothérapeute contribue à favoriser la participation sociale de l'enfant en stimulant ses valeurs personnelles et ses intérêts personnels. Par exemple, en expliquant à l'enseignant qu'asseoir un enfant au premier rang, qui a tendance à être perturbateur, peut réduire sa distractibilité, alors l'enfant peut améliorer sa capacité à maintenir son attention pour une activité. Cela renforce son sentiment de compétence et de contrôle dans l'accomplissement des tâches, et ses progrès remarqués par l'enseignant « pouvoir déterminant des feed-back positifs et de la relation de confiance de l'enseignant avec l'élève sur sa motivation et sa réussite scolaire » (Réseau Canopé, 2019), sont liés à ses efforts, l'encourageant ainsi à continuer dans cette voie.

Lorsqu'un enfant atteint de TND est inclus dans une classe ordinaire, son handicap étant invisible physiquement, les adaptations de l'environnement physique peuvent être déroutantes pour tous les membres de la classe.

Par exemple, des outils informatiques peuvent être mis en place pour que des jeunes dysorthographiques bénéficient d'une aide à l'orthographe, à la prédiction de mots et à la synthèse vocale. Cependant, certains de leurs camarades peuvent percevoir ces aides comme de la triche. Les difficultés sont parfois confondues avec de la paresse. Les interventions collectives permettent aux enseignants, aux AESH, aux camarades de comprendre les difficultés de l'enfant et de lui apporter le soutien nécessaire.

Il est possible d'immerger l'environnement humain dans la réalité de l'enfant afin de sensibiliser les intervenants à sa situation et de présenter l'utilité des outils et adaptations mis en place (Faure, Galbiati, & al. 2020). Les enseignants, les AESH et les camarades de classe peuvent participer à des simulations qui reproduisent les situations auxquelles l'enfant est régulièrement confronté. Par exemple, des ateliers peuvent être organisés où les participants doivent essayer de se concentrer sur une tâche telle que recopier un texte affiché au tableau, tout en étant exposés à diverses distractions telles que le bruit des stylos sur les feuilles, des objets qui tombent au sol ou des personnes qui passent devant le tableau. Ces ateliers offrent des expériences concrètes, interactives et significatives pour les intervenants, favorisant ainsi leur sensibilisation et leur compréhension des besoins de l'enfant, ainsi que le développement de compétences pratiques pour mieux le soutenir au quotidien. L'enfant peut partager ses sentiments avec ses pairs et mettre en valeur ses habiletés de communication et d'interaction. La participation de toutes les parties prenantes est encouragée, ce qui favorise l'émergence de questions et de discussions.

La pertinence des interventions collectives réside dans la collaboration interprofessionnelle, qui favorise le partenariat, le partage de connaissances et l'ouverture à de nouvelles propositions d'adaptation, le tout dans le but d'améliorer la participation sociale de l'enfant.

Plusieurs types d'intervention ont été cités pour répondre aux objectifs des interventions collectives. Parmi les plus courantes figurent l'accompagnement des enseignants et autres intervenants dans l'adaptation et la compensation. Le personnel cherche des informations sur les répercussions des troubles de l'enfant ainsi que des solutions de compensation et d'adaptation qui peuvent lui être présentées.

Des interventions telles que la « sensibilisation sur les TND » permettent aux professionnels et autres élèves de comprendre les difficultés rencontrées par un enfant et de travailler ensemble pour un meilleur accompagnement. Ces interventions contribuent à aider l'enfant à retrouver sa participation sociale et à s'épanouir dans sa vie quotidienne. L'ergothérapeute est qualifié pour mettre en œuvre des activités de soin, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale. Il utilise une variété d'outils et de méthodes pour aider les personnes à s'intégrer dans leurs occupations et leurs environnements.

L'école est un véritable lieu de vie où les enfants ont de nombreuses tâches à accomplir. En fonction de ces tâches, ils auront différents interlocuteurs présents à leurs côtés. Pendant les heures de classe, ils sont entourés de leur professeur, de leur AESH (si applicable) et de leurs camarades de classe. Si l'enfant fréquente les services du périscolaire, il sera entouré d'animateurs, de cantiniers, et ainsi de suite. Selon les activités quotidiennes, les relations humaines et les interactions de l'enfant varieront, ce qui peut avoir un impact sur sa participation à un moment donné.

Les interventions collectives offrent une approche plus ciblée des individus qui composent l'environnement social d'un enfant. L'ergothérapeute cherche à provoquer un changement lorsque l'environnement de l'enfant représente un obstacle pour lui. En intervenant auprès des composantes humaines, en les informant, en les sensibilisant, les interactions seront alors modifiées pour devenir facilitatrices.

L'étude a révélé que parmi les ergothérapeutes travaillant depuis plus de dix ans avec des enfants atteints de TND, une majorité (57%) utilisent des interventions collectives pour ces enfants. Pour ceux exerçant depuis moins de dix ans, ils sont 43% à en pratiquer. Il semble que l'expérience professionnelle permette aux ergothérapeutes d'établir une meilleure connexion avec le milieu scolaire, ce qui les aide à promouvoir les compétences spécifiques de l'ergothérapie auprès du personnel scolaire et périscolaire.

Selon les résultats de l'enquête, la fréquence des interventions collectives varie en fonction du type de structure où exerce l'ergothérapeute. Parmi ceux travaillant en SESSAD, 70% interviennent une fois par an en milieu scolaire en utilisant des méthodes collectives. En revanche, parmi les ergothérapeutes exerçant en cabinet libéral, ce chiffre est de 50%. On constate donc une différence de pratique en fonction du contexte professionnel. Certains ergothérapeutes exerçant en cabinet libéral ont indiqué, en dehors du questionnaire, qu'ils

n'interviennent pas dans le milieu scolaire de l'enfant, ce qui explique l'absence d'intervention collective de leur part. Leurs séances se déroulent principalement en cabinet. On peut supposer qu'un frein supplémentaire pourrait être le paiement de ce temps de rencontre en dehors de la présence de l'enfant, ce que les familles pourraient être réticentes à payer, pour peu que l'intérêt pour l'enfant ne soit pas suffisamment expliqué et/ ou compris et accepté.

Les données relatives à la localisation géographique des thérapeutes et la fréquence des interventions collectives étaient insuffisantes pour tirer des conclusions. Il est important de noter que la majorité des répondants à l'enquête travaillent en région Ile de France, probablement en raison du mode de diffusion du questionnaire, par l'intermédiaire de mon réseau de connaissances, plutôt francilien.

#### **4. Limites de l'étude**

L'utilisation d'un questionnaire présente un principal inconvénient, à savoir son incapacité à vérifier l'authenticité des déclarations des répondants ou à confirmer leur identité.

Etant donné que le questionnaire est anonyme et rempli en ligne, il n'y a par ailleurs pas de contact direct permettant de clarifier certaines questions. Il est donc crucial de choisir soigneusement la formulation des questions et de fournir des explications concises des termes afin de garantir leur compréhension.

En ce qui concerne mon hypothèse de départ selon laquelle « les interventions collectives, en complémentarité des interventions individuelles, permettent à l'environnement humain une compréhension plus complète des difficultés rencontrées par l'enfant », je reconnais qu'elle n'est que partiellement validée pour plusieurs raisons.

En ne précisant pas clairement ma définition d'« intervention collective », j'ai réalisé que les ergothérapeutes répondants ont interprété ces termes de différentes manières, ce qui pourrait avoir un impact sur leurs réponses. Certains ont répondu « non » à la question : « Animez-vous ou coanimez-vous des interventions collectives au sein de l'école ? » alors qu'ils réalisent effectivement de telles interventions dans leur pratique. En revanche, ceux qui ont répondu « oui », peuvent l'avoir fait uniquement en fonction de leur propre compréhension de la terminologie, ce qui a pu entraîner des incohérences dans leurs réponses.

D'un autre côté, mon hypothèse n'est que partiellement validée en raison d'un autre facteur. Lorsque j'ai créé le questionnaire, j'avais une idée particulière en tête, selon laquelle les interventions collectives visaient à informer l'environnement humain de l'enfant sur la répercussion des troubles. Cependant, les différentes réponses que j'ai reçues m'ont amené à envisager d'autres hypothèses. Par exemple, les interventions collectives pourraient également servir à accroître la tolérance, à réduire les moqueries et la jalousie envers un enfant bénéficiant d'adaptations. Ce que je retiens, c'est qu'il n'existe pas une seule hypothèse pour répondre à une problématique. Le travail de recherche permet de soulever des points supplémentaires et d'apporter des compléments aux questionnements initiaux.

Un autre biais qui a été identifié réside dans la formulation des questions de l'enquête. Plus précisément, la question suivante a suscité des interrogations : « Animez-vous des interventions collectives ? », suivi de : « Avec quels autres professionnels coanimez-vous les interventions collectives ? » Cette formulation peut prêter à confusion, suggérant que les ergothérapeutes ne réalisent jamais de telles interventions de manière individuelle. Il convient de préciser que ces interventions peuvent effectivement être réalisées par des ergothérapeutes seuls, sans coanimation.

A mon sens, il semble y avoir un manque d'informations sur la corrélation entre les causes et les effets dans mon enquête. J'aurais pu approfondir les facteurs de l'environnement humain qui entravent la participation de l'enfant à l'école. Il aurait été intéressant d'identifier les scénarios spécifiques où l'environnement constitue un obstacle pour l'enfant.

De plus, il aurait peut-être été judicieux aussi de faire une distinction entre les différents troubles appartenant à la catégorie des TND. Les TND regroupent une variété de troubles, tels que les troubles du développement intellectuel, de la communication, du spectre de l'autisme, des apprentissages, de la fonction motrice et de l'attention avec ou sans hyperactivité. Il serait pertinent de déterminer lesquels de ces troubles nécessitent davantage que les ergothérapeutes mettent en œuvre des interventions collectives ?

Il aurait été bénéfique d'élargir ma réflexion pour englober les divers milieux dans lesquels évoluent les ergothérapeutes. Cela aurait inclus l'interrogation des ergothérapeutes intervenant dans des classes adaptées telles que les Ulis, ainsi que ceux exerçant également en IEM, car ils sont parfois sollicités pour offrir leurs services à certains jeunes dans leur établissement d'enseignement.

Une autre limite relevée, également soulignée par une ergothérapeute exerçant en cabinet libéral, est la difficulté actuelle d'accéder à certains établissements scolaires, ce qui entrave la mise en place d'interventions individuelles et collectives (Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, 2020).

Cette recherche a mis en lumière l'importance d'un langage précis et de mener une enquête approfondie pour comprendre la complexité des interventions. Il est apparu que la formulation de certaines questions a pu semer la confusion, ce qui a entraîné des réponses biaisées.

## **CONCLUSION**

En conclusion, ce mémoire d'initiation à la recherche a exploré le domaine des interventions collectives en ergothérapie en milieu scolaire qui ciblent l'environnement social des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement du primaire. L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'impact de ces interventions sur la participation sociale des enfants et de comprendre le rôle de l'environnement humain dans ce processus.

A travers l'utilisation d'un questionnaire en ligne et l'analyse des pratiques réelles de terrain, nous avons pu recueillir des données précieuses qui ont contribué à éclairer les choix d'intervention en ergothérapie. Les résultats obtenus ont souligné l'importance de la sensibilisation et de la compréhension des troubles du neurodéveloppement pour favoriser une meilleure participation sociale des enfants.

Les données ont montré que ces interventions peuvent avoir un impact positif sur la confiance en soi, les compétences sociales et l'autonomie des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement.

Cette recherche a souligné l'importance de la collaboration entre les différents acteurs, tels que les enseignants, les AESH, les parents et les autres professionnels du secteur du médico-social et de la santé. Cette collaboration permet d'optimiser les interventions en les adaptant aux besoins spécifiques de chaque enfant, tout en favorisant une approche holistique et coordonnée.

Pour finir, ce mémoire d'initiation à la recherche a contribué à l'enrichissement des connaissances dans le domaine des interventions en ergothérapie en milieu scolaire.

Les résultats de cette recherche peuvent servir de base pour l'amélioration des pratiques professionnelles et pour la sensibilisation des différents acteurs impliqués dans le parcours de ces enfants.

En me basant sur mes lectures, il serait possible d'envisager de nouvelles formes d'intervention pour améliorer la prévention à l'école en matière d'accueil des jeunes en situation de handicap. L'objectif de la prévention consisterait à anticiper les difficultés et à promouvoir le bien-être des enfants, en leur permettant de développer leurs compétences et de participer activement à leur parcours éducatif. Dans cette perspective, l'ergothérapeute pourrait travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé, du médico-social et de l'éducation au sein de l'école, en mettant en place des stratégies de prévention efficaces. Cela pourrait

impliquer des réunions d'équipes régulières, des échanges d'informations approfondis, des formations conjointes et une coordination des actions, afin d'assurer une approche globale et intégrée de la prévention.

*« L'humanité est une infinité de configurations de vie et une mosaïque d'étrangetés avec chacun les mêmes droits et devoirs. »*

Charles Gardou

## Bibliographie complète aux normes APA (version 7)

ANFE (2022, mars 15). *Prise de position : traduction du terme Occupational Therapy*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Prise-de-position-Traduction-OT.pdf>

Articles L4331-1 à L4331-7 (2021). *Chapitre Ier : Ergothérapeute*. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043424044/2021-04-28>

Arrêté du 05 Juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2010/7/8>

Beaudoin, A.J., Héguay, L., Borwick, K., Tassé, C., Brunet, J., Giasson Leblanc, E., Dore, J., & Jasmin, E. (2019). Perceptions de l'ergothérapie par les enseignants du préscolaire : étude descriptive mixte. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(2), 47-64. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.130>

Beaulieu, J., & al. (2015). Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Benoit, H. (2014). « De l'intégration scolaire à l'éducation inclusive : un changement de paradigme ». *Handicap, besoins éducatifs particuliers, quelle scolarisation ? Pour une école inclusive*. ONISEP Basse-Normandie.

Cahill, S., Bazyk, S. (2020). School-based occupational therapy. O'Brien, C., Kunanecky, H. *Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents* (627-658). Elsevier

Cantin, N. (2021). L'ergothérapie en milieu scolaire. Presse de l'Université du Québec

Campbell, W.N., Missiuna, C.A., Rivard, L.M., Pollock, N.A. (2012) "Support for everyone" : Experiences of Occupational Therapists Delivering a New Model of School-Based Service. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79 (1), 51-59. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.7>

Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. (Érès, Éd.) *Contraste*, 1(45), 17 - 36.

Des Portes, V. (2020). Les troubles des apprentissages en 2020. (Érès, Éd.) *Contraste*,1 (51), 21-53

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

Faure, H., Galbiati, C., & al. (2020). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/ergotherapie\\_aupres\\_des\\_enfants.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf)

Fisher, A.G., Marterella, A. (2019). *Powerful Practice : A model for Authentic Occupational Therapy*. Fort Collins, CO : Center for Innovative OT solutions.

Genet, R. (2022, mars 15). *Bottom Up et Top Down : explications et enjeux cliniques en ergothérapie*. <https://ergo3007.wixsite.com/ergo-gard-ardeche/post/bottom-up-top-down-explications-et-enjeux-cliniques-en-ergoth%C3%A9rapie>

Grandisson, M., Rajotte, E., Godin, J. (2021). La participation et le bien-être à l'extérieur de la classe. In Cantin, N. *L'ergothérapie en milieu scolaire*. (p.111-122) Presses de l'Université du Québec

HAS (2023, mars 10). *Le dossier du patient en ergothérapie*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jmcs/c\\_272109/fr/le-dossier-du-patient-en-ergotherapie](https://www.has-sante.fr/jmcs/c_272109/fr/le-dossier-du-patient-en-ergotherapie)

HAS (2022, mars 14). *Troubles du neurodéveloppement-Repérage et orientation des enfants à risque*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque)

Hutton, E. (2009). Occupational therapy in mainstream primary schools : an evaluation of a pilot project. *British Journal of Occupational Therapy*, 72 (7), 308-313, 2009. <https://doi.org/10.1177/030802260907200707>

INSERM (2022, mai 30). *Troubles spécifiques des apprentissages*. Inserm, La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>

Jasmin, E., Ariel E., Caron, M-S., Gauthier, A., Pelletier, L., Currer-Briggs, G. et Ray-Kaesler, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Revue Canadienne de l'éducation*, 42 (1), 226-231.

Jasmin, E., Hui, C. (2020). Stages d'ergothérapie à la maternelle : analyse et proposition d'interventions préventives. *ErgOthérapie*, 79, 61-72

Kaelin, V. C., Ray-Kaesler, S., Moioli, S., Kocher Stalder, C., Santinelli, L., Echsel, A., & Schulze, C. (2019). Occupational Therapy Practice in Mainstream Schools : Results from an Online Survey in Switzerland. *Occupational Therapy International*, 2019 (ID e3647397), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2019/3647397>

Large, M.-E., Degano, C. (2022). Intérêt de l'utilisation du SCOPE dans l'évaluation de la participation occupationnelle de l'enfant présentant un trouble du neurodéveloppement (TND). *ErgOThérapies*, 85, 35-42.

Larousse. (S.d.). Intervention. In *Larousse en ligne*. Consulté le 23 août 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intervention/43886>

Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, s. d.

LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>

LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (1), 2013-595 (2013). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027677984>

Mazeau, M. (2020). Les troubles des apprentissages en 2020. (Érès, Éd.) *Contraste*, 1 (51), 139-159

Meuser, S., Borgestig, M., Lidström, H., Hennissen, P., Dolmans, D., Piskur, B. (2023). Targeting the school environment to enable participation : A scoping review, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30 : 3, 298-310, DOI : 10.1080 / 11038128.2022.2124190

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur

Mignet, G. (2019). Vers une ergothérapie centrée sur l'occupation : du postulat à la mise en pratique... In Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., Riou, G., Caire, J.M., Guilloteau, N., Exertier, C., Marchalot, I. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. (39-69). ANFE

Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (2020). Accès des ergothérapeutes dans les établissements scolaires 15<sup>e</sup> législature. JO Sénat, p.1361

Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (2022, mars 22.). *La scolarisation des élèves en situation de handicap*. <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-1022>

Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (2023, janvier 04). L'école élémentaire. <https://www.education.gouv.fr/l-ecole-elementaire-9668>

Ministère de la santé et des sports (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. Annexe II, référentiel de compétences, compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement. *Bulletin officiel Santé protection sociale solidarité*, 7, 178. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse (2022, mars 15). *Les unités localisées pour l'inclusion scolaire*. Direction générale de l'enseignement scolaire. <https://eduscol.education.fr/1164/les-unites-localisees-pour-l-inclusion-scolaire-ulis>

Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Sahagian Whalen, S. D., Bennett, S. M., Hecimovich, C., Gaines, R., Russell, D. J. (2012). Partnering for Change : An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79, 41-50. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.6>

Morel-Bracq, M. C. (2010). Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique. Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., Vauvillé, B. *Ergothérapie en pédiatrie* (p.27-39). Solal éditeur, Marseille

Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (p.72-96). DeBoeck Supérieur

Polatajko, H.J., Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP-Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. (1-16). Association canadienne des ergothérapeutes.

Poriel, G. (2016). Ergothérapie et participation sociale : quels liens pour quelle pratique ? *ErgOthérapies*, 61, 5-12

Poriel, G. (2019). La participation : quel construit pour quelle évaluation ? De l'analyse du concept à son évaluation. In Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., Riou, G., Caire, J.M., Guilloteau, N., Exertier, C., Marchalot, I. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. (p.49-60). ANFE

Pierson, E. (2017). L'ergothérapeute parmi les autres : Comment travailler avec d'autres thérapeutes, modes d'intervention. *Contraste*, 45, 297-322. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0297>

Rathauscher, U.S., Andre, M., van Nes, F. (2019). L'Ergothérapie basée à l'école (EBE) : intervention des ergothérapeutes dans le système scolaire autrichien. *ErgOthérapies*, 72, p. 23-33.

Ray-Kaeser, S. (2019). L'ergothérapie en milieu scolaire. In M-H. Izard (Ed). *Expériences en ergothérapie, 32<sup>ème</sup> série* (p. 381-386). Montpellier : Sauramps Medical

Réseau Canopé (2023, mai 04). *Le bien-être des enfants à l'école : Fondements et enjeux – Vie scolaire*. <https://www.reseau-canope.fr/nouveaux-programmes/magazine/vie-scolaire/le-bien-etre-des-enfants-a-lecole-fondements-et-enjeux.html>

Savournin, F. (2016). De la difficulté au trouble : vers une médicalisation des difficultés scolaires ? *Troubles spécifiques des apprentissages*, 101 (1), 42-46. <https://doi.org/10.3917/empa.101.0042>

Tainguy, C. (2016). Le SCOPE, outil d'évaluation de la participation occupationnelle des enfants basé sur le MOH. *Ergothérapies*, 63, 35-42.

Tanneau, C. & Bidal, E. (2021). Le développement du répertoire occupationnel des enfants entre 0-6 ans. Comment l'accompagner en ergothérapie. *A.N.A.E.*, 172, 277-284.

Tétreault, S., Blais-Michaud, S. (2014). Élaboration d'un questionnaire, dans S. Tétreault, P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 247-268), De Boeck Supérieur.

UNESCO, "The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education" (1994). [http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF)

Yanez, I., Vauvillé-Chagnard, B. (2017). Les outils d'évaluation en ergothérapie chez l'enfant de 0 à 6 ans Quelles spécificités ? *Contraste*, 45, 61-86. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0061>

## ANNEXES

### Annexe I

Tab.I. : Tableau issu de l'HAS (2020) d'orientation vers les interventions précoces simultanément ou en attente du diagnostic.

Déficit	Type d'intervention
Troubles du tonus ou du développement de la motricité ou de la posture	<b>Kinésithérapie</b> , ergothérapie, psychomotricité,
Troubles de l'oralité alimentaire et verbale	<b>Orthophonie</b> , kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
Troubles de la communication et du langage	<b>Orthophonie, ORL</b>
Troubles visuels	<b>Orthoptie</b> , ophtalmologie
Troubles du comportement : anxiété, inhibition, agitation, troubles de la régulation émotionnelle et des conduites	<b>Psychomotricité, éducation spécialisée, psychologie, ou pédopsychiatrie</b>
Trouble de la coordination isolé (maladresse)	Ergothérapie, <b>psychomotricité</b>
Troubles de la motricité fine	<b>Ergothérapie, psychomotricité</b> en fonction de l'âge
Difficultés graphiques, environnementales et besoin d'installation	<b>Ergothérapie</b> , psychomotricité
Décalage global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel - TDI)	< 4 ans : orthophonie, psychomotricité, > 4 ans : orthophonie, psychomotricité plus si possible neuropsychologie
Trouble de l'attention et des fonctions exécutives	<b>Neuropsychologie</b> , ergothérapie, orthophonie, psychomotricité
<b>Ces orientations se feront en fonction de l'âge de l'enfant et en fonction du maillage territorial et de l'expertise en neurodéveloppement pédiatrique des différents professionnels disponibles.</b> Les professions surlignées <b>en gras</b> sont à prioriser.	

## **Annexe II : Retranscription de l'interview ergothérapeute du 20 mai 2022.**

L'ergothérapeute interviewé est installé en cabinet en libérale depuis 5 ans en Ile de France. Ce professionnel travaille principalement avec une population de pédiatrie.

**Prisca : Quel le rôle de l'ergothérapeute lorsqu'il intervient au sein d'une école, donc son rôle auprès des enseignants, de ses élèves et de ses accompagnants ?**

**Ergo** : Alors, pour moi, euh, je vais faire chacun l'un après l'autre. Donc en fait son rôle auprès des enfants c'est de l'accompagner, de enfin bon ça paraît logique, de pouvoir déterminer les situations qui sont facilitatrices, les situations qui sont obstacles. Quelles difficultés en fait l'enfant va rencontrer. Qu'est ce qui va être possible de rééduquer et dans le cas aussi où c'est pas possible de rééduquer, comment je vais pouvoir le compenser. Après ça, euh, en fait moi je vais le déterminer avec l'enfant mais ça servira à rien si au final y'a pas de communication avec l'enseignant, et le, et si y'a un accompagnant, si y'a une avs ou euh en classe. Donc en fait je vais aussi du coup demander aux enseignants euh de me dire déjà eux comment ils voient les enfants parce que mine de rien eux, ils sont en situation d'apprentissage toute la semaine avec lui. Ils vont pouvoir me dire ce qu'il fonctionne, ce qu'il ne fonctionne pas. Euh moi leur dire à l'inverse ce que je fais en séance, euh ce qui a marché ce qui n'a pas marché et je pense que c'est vraiment, euh, cette collaboration entre l'enseignant et l'ergo qui va permettre d'avoir des solutions efficaces pour l'enfant. Et du coup ce qui fait que aussi au final on va intégrer euh, l'enseignant et l'avs et du coup ils vont aussi plus nous écouter finalement. Mais vraiment je pense que ça se fait en travail de collaboration. Avec bien sûr en prenant en compte les contraintes des enseignants. Parce que ça aussi c'est pas toujours évident. En fait y'a une situation, on va se dire cette solution elle va être bien pour l'enfant mais par exemple, elle va nécessiter trop de temps, y'a pas de, on va soit, on va faire en sorte que par l'exemple l'avs soit là à ce moment-là en disant ben, là c'est une situation, il va pouvoir y arriver tout seul, enfin il va pouvoir réussir de telle manière mais il va avoir besoin d'être accompagné à ce moment-là. Euh, soit ça va être de trouver une solution qui va être, euh, qui comment dire, qui va essayer de faciliter aussi l'enseignant. Parce que la phrase qui vont nous dire tous les enseignants c'est, j'en ai 30, j'ai 30 gamins dans la classe, euh, j'en ai 6 avec des besoins particuliers, je fais comment. En fait il faut aussi que ça puisse répondre à des choses qui peuvent faire. Et du coup, euh moi je fais aussi souvent les séances avec les aesh, parce que euh, du coup je leur montre ma méthode de travailler des, aussi des méthodes de travail, des stratégies, je vais essayer de me baser sur ce qui ont déjà fait avec les enfants pour que ce soit efficace et que pour l'enfant il soit pas perdu. Parce qu'en fait si la maîtresse elle donne une stratégie, que l'aesh

elle donne une autre stratégie et que moi je viens avec une autre stratégie, le seul résultat c'est qu'il va être perdu entre les 3 stratégies et du coup il n'arrivera pas. Donc euh, voilà pour moi le rôle de l'ergo.

**Prisca : Deuxième question, quelles sont les actions d'interventions, des ergothérapeutes, on va dire les objectifs possibles à mettre en place à l'école ?**

**Ergo** : Oula ! Alors y'en a pleins. Généralement, la demande première elle est liée à des difficultés d'écriture. Ça souvent c'est la situation d'appel et quand on, quand on va interroger les enseignants ou qu'on va faire le bilan, on va se rendre compte que je sais pas, il peut y'avoir des difficultés organisationnelle, euh, il peut y'avoir des difficultés visuo-spatial, euh ça peut être dans les fonctions exécutives, euh, ça peut être toutes, euh ça va être aussi de déterminer les moments où l'enfant il est plus présent dans les capacités, le moment où il va avoir le plus de capacités attentionnelles. Le moment où il va avoir besoin de faire des pauses. Ça peut être aussi dans les accompagnements de sport, ça peut-être aussi de la sensibilisation aussi auprès des camarades. Ça j'avais pas pensé amis du coup, je pense que ça répond plus à la première question. Euh, donc moi enfin je vais travailler avec eux sur, euh, donc la majorité des enfants que je vois c'est des enfants qui ont des troubles des apprentissages, ça c'est important de le préciser et dans mes objectifs de travail, je vais avoir pour certains, euh, la mise en place de l'outil informatique. Pas forcément que pour régler un problème de lenteur d'écriture ou de qualité d'écriture. Préciser par exemple dans le cas de certains jeunes dyslexiques, dysorthographiques qui n'arrive pas à compenser, euh, les fautes de français qui font, on va peut-être aller sur l'outil informatique pour mettre en place des aides, comme des logiciels, des correcteurs, des prédicteurs de mots, euh, d'la synthèse vocale, de la dictée vocale, parce que si par exemple y'a une lenteur d'écriture. Et que y'a pas forcément euh, une avs, un enseignant qui va pouvoir aider à lire le texte, aider à lire la consigne, par contre j'en ai besoin qui, enfin beaucoup qui. J'en ai plusieurs qui sont sur iPad, qui vont en fait pouvoir scanner, euh, tous leurs documents plus rapidement et se les faire lire. Alors que ils vont pas voir de problème forcément dans la recopie ou euh une qualité d'écriture qui est catastrophique mais ils vont avoir cette difficulté là et du coup on va utiliser un moyen de compensation en fonction du besoin. Euh, du coup, voilà y'a beaucoup la compensation et ça c'est pour répondre entre guillemets à l'urgence scolaire parce qu'on a aussi, alors en libérale je sais pas si c'est plus que d'autres mais en tous cas on a une attente réelle des parents et je pense que le fait qu'ils financent des séances ils sont aussi dans une attente de résultats, j'pense. Après c'est un ressentit, j'ai rien sur quoi me baser mais, euh, c'est leur propos. Euh et puis après on va avoir tout le côté de la

rééducation mais c'est pas forcément spécifique à l'école, c'est-à-dire que quand on va on va nous dire bon bah il est en difficulté scolaire mais nous notre rôle ça va être de chercher aussi qu'est ce qui fait qu'il a des difficultés scolaires et de travailler sur cette notion là et après de faire un transfert d'acquis en disant bon bah voilà si y'a un trouble visuo-spatial ou visuo-constructif on va voilà on va travailler sur ce domaine-là. Et on va essayer de le reporter sur la scolarité, par exemple, euh, les déplacements pour aller à l'école, faire son sac, organiser les cahiers, les livres parce que l'organisation ça va être difficile. Pas forcément dans une activité scolaire pure. Et puis après y'a certains enfants qui vont aussi en classe, peuvent pas rester assis sur leur chaise toute la journée. Ils ont besoin de mouvements, donc ça va être aussi de trouver des stratégies pour ça. Et ben par exemple mettre des coussins à picots sur les chaises, euh, des ballons pour certains, après, tous les enseignants ne sont pas ouverts aux stratégies. Euh, moi je vais d'abord essayer de trouver des p'tites choses, des p'tits objets sur lesquels ils vont être sensibles. Alors je vais en tester plein parce que les enfants ils ont pas tous le même besoin de mouvement et certains les micros mouvements ça suffit pas. Donc ça va être dire bon bah voilà si vous sentez qu'il est trop agité, par exemple de le laisser sortir de la classe. J'ai une maîtresse qui fait en sorte que les enfants se lèvent régulièrement mais elle a mis à un endroit de la classe les cahiers. A un endroit les mouchoirs, pour qu'en fait de temps en temps juste ils se lèvent. Parce que voilà y'en a qui peuvent pas attendre la récré pour se dépenser.

**Prisca : Quels sont les besoins réels des enseignants donc face à des élèves présentant des difficultés, peu importe la difficulté. Est-ce qu'ils expriment des besoins ?**

**Ergo** : Un besoin de formation. Ça parce qu'en fait y'en a qui... moi j'ai déjà eu des enseignants qui m'ont déjà dit bah voilà qui savaient rien sur les troubles des apprentissages. Ils demandent aussi, ça arrive qui demandent des stratégies par exemple pour toute la classe. De se dire bah voilà j'ai dû mal à faire du cas par cas, est ce que y'a pas quelque chose que j'pourrai faire pour l'ensemble des élèves et qui faciliterait euh, ceux pour qui, ceux qui sont en difficulté et que ça demanderait quand même, euh, enfin voilà que ça aiderait tout le monde. Euh, des besoins de stratégies aussi pour chaque enfant. Voilà pour une situation particulière, des adaptations d'exercices, parce qu'on va leur dire oui faudra adapter mais après ils savent pas comment ils pourraient adapter. Euh, j'pense que voilà et donc ça, ils l'expriment clairement mais au final quand ils nous ont déjà vu. Par exemple pour être plus clair, moi quand je vais dans un établissement, euh, au fur et à mesure que j'y vais et que je communique, on va me dire, ah mais oui quand tu m'as parlé de cette situation au final j'ai un autre dans une autre classe qui, j'ai l'impression que c'est la même chose que, et du coup et voilà ils vont demander plus de

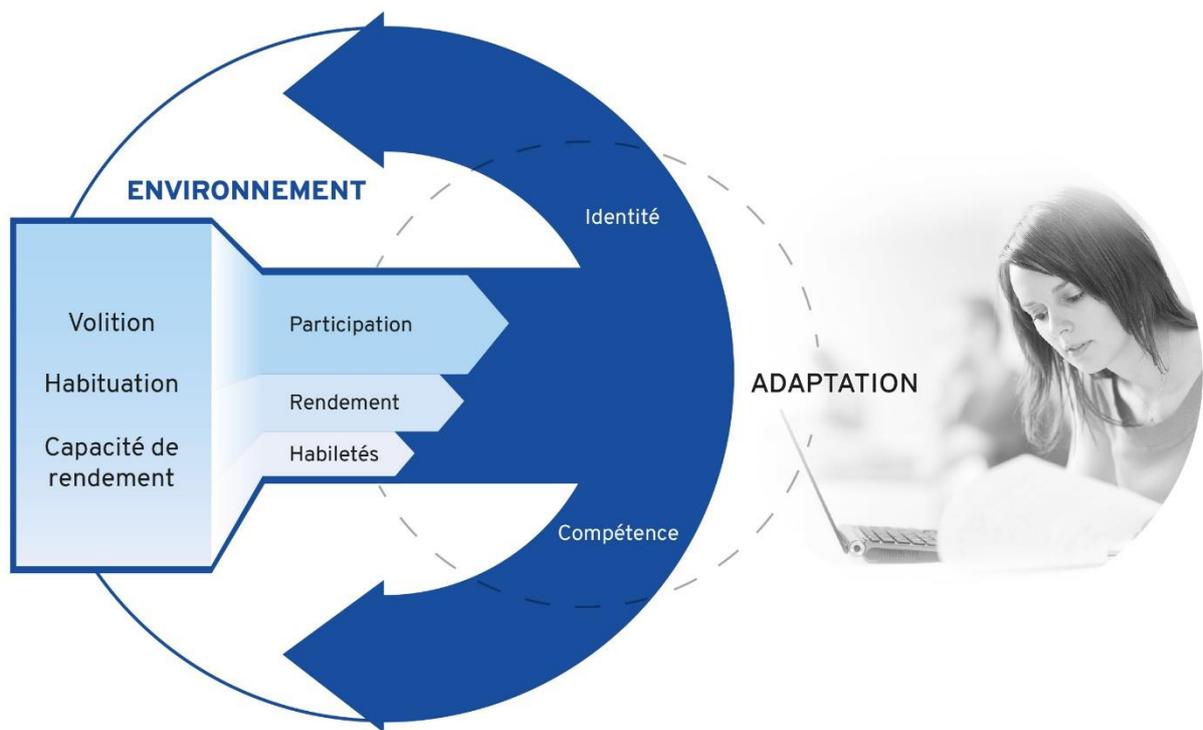
précisions. Mais après y'en a qui vont pas pouvoir mettre des mots sur ce qui se passent parce que en fait elles savent pas ce qu'il y a devant elle, c'est parce que, encore aujourd'hui on commence à entendre de plus en plus parler mais, euh, l'enfant qui va être maladroit ou celui qui va pas réussir à rentrer dans la lecture ou celui qui va avoir besoin de bouger tout le temps. Y'en a qui vont, y'a des enfants qui vont développer aussi des stratégies d'évitement pour pas se retrouver devant leurs difficultés, alors savoir si c'est parce que il n'arrive pas, c'est cette phrase-là : est ce qu'il n'arrive pas ou est ce qu'il n'a pas envie. Ça c'est aussi une vraie question et essayer de déterminer qu'est ce qui est de la motivation et qu'est ce qui est de la difficulté. Et du coup je pense qu'il y a un réel besoin, après le besoin quand il est exprimé c'est parce que soit on a discuté de cet enfant, soit euh, parce que du coup y'a une connaissance qui se fait au fur et à mesure des choses qu'on peut proposer et donc on se dit bon bah là c'est une situation similaire et du coup, on se dit oui pour peut-être il y aurait un intérêt.

**Prisca : Que penses-tu justement s'il y avait des ergothérapeutes qui intervenaient ponctuellement à la demande des directeurs d'établissements dans les écoles en termes de prévention ou en termes de dépistages ?**

**Ergo** : Alors moi je pense que ça peut être que très bénéfique. Après je le verrais voilà sur plusieurs axes différents, c'est-à-dire par exemple, je pense que pour moi la priorité elle est de former les enseignants et ça peut être une sensibilisation de début d'année. Moi j'ai déjà fait par exemple une sensibilisation au conseil de classe comme ça y'avait tous les enseignants autour de la table. Voilà de pouvoir aussi leur donner des billes pour se dire là l'enfant il est en difficulté, et puis aussi leur donner des, comment dire, des exemples de choses qui doivent être faites pour tout le monde et qui faciliterait et la vie de classe et la vie de tous ceux qui sont là, ceux qui sont là et qui présentent des difficultés. Donc enfin par exemple, avoir des supports aérés. Y'en a à qui ça ne va pas déranger d'avoir beaucoup d'informations alors y'en a d'autres qui vont pas pouvoir inhiber les informations en trop. Et euh, si par exemple ils vont faire un support de cours qui va être aéré, un support qui va être, je sais pas moi, aussi à la bonne police et qui dérangera pas ceux qui n'ont pas spécialement besoin mais qui aidera celui qui est en difficultés et au final ça sera le même support pour tout le monde. Au final je pense qu'il y a deux, bon du coup y'a l'information, enfin l'information, la sensibilisation, je sais pas comment on peut forcément les former et puis on peut pas les former sur tous les, parce qu'on est plusieurs professionnels à agir dessus. On peut sensibiliser et former sur ce que nous on fait et on peut pas faire sur tout le monde. Euh, donner des pistes et après pourquoi pas. Pourquoi pas avoir une intervention de l'ergo en classe, après sur combien de temps, est ce que ce serait venir sur,

venir observer une journée mais une journée c'est... pour le coup je me suis pas retrouvée sur cette situation mais après y'a des choses qu'on voit. Si par exemple j'accompagne un enfant en séance sur sa classe, je vais voir pour certains autres mais je vais avoir besoin d'en discuter, je vais pouvoir poser des questions pour savoir si y'a d'autres choses et guider vers le fait d'aller faire un bilan. Pourquoi pas avoir des temps réguliers peut être pour observer l'évolution de l'enfant, participer aux activités de classe, proposer des choses qui peuvent correspondre à tout le monde et du coup après pouvoir dire là j'ai l'impression que y'a une difficulté et du coup demander à aller explorer.

### Annexe III : Le modèle de l'occupation humaine

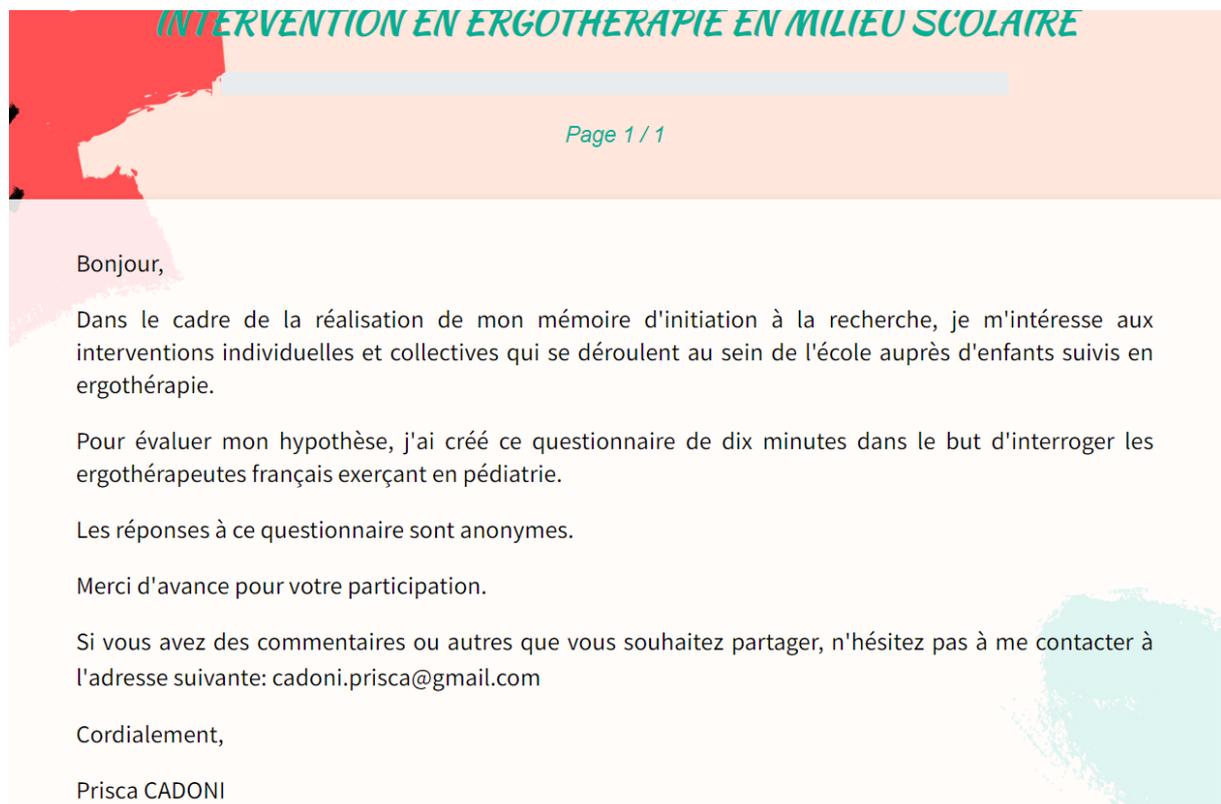


*Fig. 1.* Adapté et traduit par Marcoux, C. (2017). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and application, (5e ed.). Wolters and Kluwer

## Annexe IV : Questionnaire d'enquête

Voici le texte d'accroche joint au questionnaire :

« Vous êtes ergothérapeute ? Vous intervenez dans les écoles élémentaires pour des enfants porteurs de TND ? Alors, vous pouvez certainement m'aider ! Je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de l'ADERE à Paris. Je réalise un mémoire de recherche sur les interventions en ergothérapie en milieu scolaire ordinaire. Dans ce cadre, j'ai besoin de votre participation pour la phase d'enquête en répondant à mon questionnaire ci-joint en moins de dix minutes. Le lien du questionnaire sera actif jusqu'au 19 Février 2023 et vos réponses seront anonymes. Je vous remercie pour le temps que vous allez me consacrer et au plaisir de pouvoir lire vos réponses. <https://form.dragnsurvey.com/survey/r/fbd0eed3> »



*"Un traitement de données doit avoir un objectif, une finalité, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas collecter ou traiter des données personnelles simplement au cas où cela vous serait utile un jour. A chaque traitement de données doit être assigné un but, qui doit bien évidemment être légal et légitime au regard de votre activité professionnelle" (RGDP). La première question a pour but d'approuver ou de désapprouver cette législation adoptée au sein de ce questionnaire.*

1) Etes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ?

Oui

Non

2) Etes-vous ergothérapeute diplômé d'Etat ?

Oui

Non

3) Intervenez-vous auprès d'enfants porteurs de TND ? (troubles DYS, trouble du spectre autistique, TDAH, trouble de la coordination...)?

Oui

Non

4 ) Intervenez-vous au sein d'écoles primaires (élémentaires) publiques ou privées (du CP au CM2) ?

Oui

Non

5 ) Animez-vous ou co-animez vous des interventions collectives au sein de l'école ?

Oui

Non

*Si vous avez répondu "Non" à l'une des cinq premières questions, il n'est pas nécessaire de continuer le questionnaire.*

6 ) Avec quels autres professionnels co-animez-vous les interventions collectives ?

Educateurs spécialisés

Psychomotriciens

Psychologues

Autres, précisez

7) En moyenne, combien de fois intervenez-vous à l'école auprès de l'enfant ?

2 fois/semaine

1 fois/semaine

1 fois/15 jours

1 fois/mois

Autre, précisez

8) Lors de vos séances individuelles avec l'enfant, quelles problématiques occupationnelles abordez-vous majoritairement ?

Soins personnels (habillage, toilette, alimentation...), précisez

Saisissez votre texte ici

Productivité (activités scolaires, manipulation outils, graphisme...), précisez

Saisissez votre texte ici

Loisirs (sauter à la corde, faire du vélo...), précisez

Saisissez votre texte ici

9 ) Pour quels objectifs (pour l'enfant, pour l'ergothérapeute...) mettez-vous en place des interventions collectives ?

- Améliorer la compréhension ou les connaissances des TND
- Créer des liens entre les élèves/ Rechercher l'entraide parmi les pairs
- Développer le savoir des enseignants et autres professionnels
- Favoriser la participation sociale au sein de sa classe
- Favoriser la participation au sein du périscolaire (récréation, cantine, garderie...)

10 ) Pour quels autres objectifs auquel je n'aurai pas pensé, mettez-vous en place des interventions collectives ?

Citez

11 ) Quels sont les types d'interventions collectives ?

- Simulation des troubles
- Sensibilisation sur les TND
- Discussions/ Vidéos sur des situations de handicap
- Témoignage de l'enfant sur son ressenti
- Analyse d'activité en groupe d'élève: réfléchir sur l'empathie, la compréhension des troubles via une activité
- Activité en commun: partager une activité entre l'enfant suivi et ses camarades
- Accompagnement des enseignants et autres intervenants sur les adaptations, les compensations...
- Autre, précisez

12 ) Concernant l'environnement humain de l'enfant suivi, qui participe aux interventions collectives ?

- Professeurs et autres intervenants (directeur...)
- Accompagnants de l'enfant (AESH...)
- Service périscolaire (animateur périscolaire, cantinier...)
- Camarades de classe
- Autre, précisez

13 ) Selon vous, quels sont les atouts ou freins d'une intervention collective dans l'accompagnement d'un enfant ?

Atouts, citez

Freins, citez

14 ) Quelle est la fréquence de vos interventions collectives pour un enfant ?

- 1 fois/mois
- 1 fois/6 mois
- 1 fois/année scolaire

Autre, précisez

15) Depuis combien d'années travaillez-vous auprès d'enfants porteurs de TND ?

2 mois-5 ans

5-10 ans

10-15 ans

15 ans et plus

16) Au sein de quelle structure travaillez-vous ?

SESSAD

Cabinet libéral

Autre, précisez

17) Dans quelle région de France travaillez-vous ?

Sélectionnez ou commencez à saisir



### 18 ) Remarques/ Commentaires ?

Saisissez votre texte ici

Valider

Réalisé avec [Drag'n Survey](#)

## Résumé/ Abstract

### **Interventions collectives en ergothérapie en milieu scolaire : promouvoir la participation sociale chez les enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement.**

**Mots clés :** Ergothérapie en milieu scolaire - modalité collective d'intervention - participation sociale - trouble du neurodéveloppement.

Selon le ministère de l'Éducation nationale, plus de 430 000 élèves en situation de handicap étaient scolarisés en 2022, certains étant atteints de troubles du neurodéveloppement nécessitant un suivi en ergothérapie. Ce mémoire explore de quelles manières les ergothérapeutes sensibilisent les enseignants et les camarades de classe aux difficultés des enfants à l'école par le biais d'interventions collectives. Une étude quantitative impliquant des ergothérapeutes en SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) et en pratique libérale a été réalisée. Un questionnaire a permis d'identifier les types et la fréquence des interventions collectives en milieu scolaire. Les résultats mettent en évidence le rôle clé de l'ergothérapeute au sein de l'équipe éducative, en apportant son expertise sur la compréhension des impacts des troubles. Les interventions collectives favorisent les liens et les interactions entre les élèves, mais elles ne sont pas systématiquement mises en œuvre par tous les professionnels et ont lieu en moyenne une fois par année scolaire. L'ergothérapeute vise à créer des changements lorsque l'environnement de l'enfant constitue un obstacle à sa participation sociale à l'école. Les interventions collectives se révèlent être un moyen efficace de favoriser cette participation et de générer des transformations positives.

**School – based occupational therapy group interventions : promoting social participation in children with neurodevelopmental disorders.**

**Keywords :** School-based occupational therapy - group intervention modality - social participation - neurodevelopmental disorder

According to the Ministry of National Education, over 430,000 students with disabilities were enrolled in schools in 2022, some of whom had neurodevelopmental disorders requiring occupational therapy. This thesis explores how occupational therapists raise awareness among teachers and classmates about the challenges children face at school through collective interventions. A quantitative study was conducted involving occupational therapists in SESSAD (special education and home care service) and private practice. A questionnaire was used to identify the types and frequency of collective interventions in school settings. The results highlight the crucial role of occupational therapists within the educational team, as they bring their expertise in understanding the impacts of disorders. Collective interventions foster connections and interactions among students, although they are not consistently implemented by all professionals and typically occur once per school year on average. Occupational therapists aim to create change when a child's environment poses obstacles to their social participation at school. Collective interventions prove to be an effective means of promoting such participation and generating positive transformations.

**Prisca Cadoni**