



Institut de Formation



En

Ergothérapie



-TOULOUSE-



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES D'ERGOTHÉRAPIE

« Handicap invisible et ergothérapie : Mieux adapter
l'inclusion scolaire des enfants et adolescents dyslexiques »

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Directeur de mémoire : Jean-Michel CAIRE

FERRER Marina

Promotion 2021-2024

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée FERRER Marina, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteure de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à Toulouse.

Le : 20/05/2024

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, consisting of the name 'FERRER' in capital letters, with a large, sweeping flourish underneath that loops around the name.

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné FERRER Marina, étudiante en ergothérapie de l'Institut de Formation de Toulouse.

Auteur du mémoire de fin d'étude intitulé : « *Handicap invisible et ergothérapie : Mieux adapter l'inclusion scolaire des enfants et adolescents dyslexiques* »

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

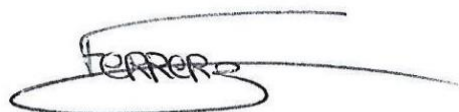
Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et le SIFEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse

Le 20/05/2024

Signature



FERRER

NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers Jean-Michel CAIRE, pour sa guidance experte, ses conseils avisés et son soutien inébranlable tout au long de l'élaboration de ce mémoire de recherche. Sa patience, sa disponibilité et son expertise ont été des piliers essentiels de ce travail.

Je souhaite également remercier chaleureusement l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour avoir créé un environnement propice à l'apprentissage et à l'épanouissement intellectuel, ainsi que pour sa contribution précieuse à la formation que j'ai reçue.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont généreusement partagé leurs expériences et leurs connaissances, contribuant ainsi à enrichir ce travail.

Je n'oublie pas de mentionner ma famille et mes amis ainsi que mes camarades de la promotion 2021-2024 pour leur soutien inconditionnel, leurs encouragements et leur compréhension durant cette période intense.

Enfin, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire en ergothérapie.

« Je m'accroche à l'espoir que l'école peut être le principal acteur transformant tout handicap en source d'énergie. »

Albert Jacquard

Table des matières

Introduction	1
Partie théorique	4
I. L'inclusion en milieu scolaire ordinaire	4
a. Évolution depuis la loi de 2005	4
b. Différentes formations sur le handicap pour les AESH et les enseignants.....	6
II. La dyslexie, un handicap invisible	7
a. Généralité.....	7
a.1. Définition et prévalence	7
a.2. Comorbidités associées.....	8
a.3. Impact sur la réussite scolaire.....	9
b. Les modalités spécifiques cognitives des enfants et adolescents dyslexiques dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.....	10
b.1 Les exigences de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture	10
b.2. Problèmes en lecture et en écriture rencontrés chez les enfants et adolescents dyslexiques.....	12
b.3. Les atouts d'une pensée singulière.....	13
III. Les actions des ergothérapeutes pour favoriser l'appropriation des savoirs explicités à partir de deux modèles de pratique : modèle MCREO et modèle MCPO	16
a. L'ergothérapie	16
b. Modèle MCREO.....	17
b.1.Utilisation du jeu comme moyen d'acquisition, d'éducation et de rééducation	17
b.2. Compensation du handicap à l'aide d'aide technique.....	19
c. Modèle MCPO.....	20
c.1.Modèle collaboratif avec enseignant et parents.....	21
c.2. La prise en compte d'un contexte favorisant	23
Partie expérimentale	25
I. Méthodologie et outil de recherche	25
a. La recherche qualitative.....	25
b. L'entretien.....	25
c. Population cible	26
d. Construction de l'outil de recherche.....	26

II. Analyse des résultats	27
a. Recueil de données et retranscription	27
b. Analyse des données	27
c. Présentation et analyse des résultats.....	28
c.1. Les populations majoritairement rencontrées en libéral	28
c.2. Lien entre ergothérapeute et milieu scolaire	28
c.3. Formations complémentaires sur la dyslexie et type d'intervention	29
c.4. Obstacles rencontrés lors des prises en charge	29
c.5. Ressources et/ou prédispositions naturelles des enfants et adolescents dyslexiques	30
c.6. Accompagnement idéal des enfants et adolescents dyslexiques	30
III. Limites et biais de l'étude.....	31
IV. Discussion.....	31
a. Interprétation des résultats.....	31
a.1. La prise en charge en ergothérapie des enfants et adolescents dyslexiques	31
a.2. Les obstacles identifiés de cette prise en charge	32
a.3. Réponse aux questionnement initiaux	34
<i>Conclusion.....</i>	35
<i>Bibliographies.....</i>	37
<i>Annexes</i>	<i>I</i>

Introduction

Depuis notre plus jeune âge, nous sommes entourés de personnes présentant un handicap sans même nous en rendre compte. C'est ce que l'on appelle un handicap invisible. Cet handicap invisible est défini par *Erving Goffman* comme « un handicap qui n'est pas apparent, ce qui revient, pour un individu, au fait d'avoir une limitation durable des possibilités d'interaction sans que l'entourage puisse comprendre qu'il s'agit bien d'un handicap. » (Daure & Salaün, 2017, pp. 22-27)

Il a été nécessaire d'introduire le terme « invisible » car la majorité des personnes associent de manière très générale handicap et fauteuil roulant. Cependant, d'après le ministère des transitions écologiques et cohésion des territoires mer, les données épidémiologiques nous informent que si nous assimilons le handicap avec le terme de fauteuil roulant seulement 2% des personnes pourraient alors être considérées en situation d'handicap. Or, toutes les situations d'handicap ne sont pas visibles. En effet, 80% des handicaps déclarés sont invisibles car non détectables si la personne concernée ne l'évoque pas. Ils peuvent être par exemple une déficience visuelle ou auditive, un trouble mental, une dyslexie ou dyspraxie, une maladie chronique, etc. Cette méconnaissance du handicap et des personnes ayant des besoins spécifiques engendre des difficultés relationnelles, de l'incompréhension, de la crainte voire du rejet de ces derniers. (*DMA-petit memento sur le handicap .pdf*, s. d.)

Compte tenu de ces chiffres nous pouvons nous interroger sur l'impact que peut avoir ce handicap invisible sur la scolarité des enfants. Plus particulièrement nous pouvons nous questionner sur l'inclusion des élèves en milieu ordinaire, ainsi que sur les moyens mis en place pour les aider.

La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise que « tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou l'un des établissements le plus proche de son domicile ». Elle pose également les principes d'accessibilité et de compensation du handicap. Parmi eux se trouvent l'accès à tout pour tous, ainsi que la mise en place de mesures individuelles rétablissant l'égalité des droits et des chances (accompagnement humain, aide matérielle...) (*LOI N° 2005-102 du 11 Février 2005 Pour L'égalité des Droits et*

des Chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées (1) - Légifrance, s. d.)

De plus, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la république du 8 juillet 2013 promeut quant à elle le principe d'école pour tous et d'inclusion avec une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des élèves en situation de handicap. (*LOI N° 2013-595 du 8 Juillet 2013 D'orientation et de Programmation Pour la Refondation de L'école de la République - Dossiers Legislatifs - Légifrance, s. d.)*

Ces deux lois nous permettent ainsi de comprendre qu'en France, l'inclusion scolaire en milieu ordinaire pour tous est un principe défendu. Et qu'il y a une notion de mesures et besoins individuels à prendre en compte. Cependant, est-ce réellement le cas ?

En sachant que pour une personne qui n'est pas sensibilisée au handicap, les différentes pathologies caractérisées de handicap invisible sont pour la plupart du temps liées à un désengagement de la part de l'élève du fait de l'invisibilité du handicap, (Barth, 2022 p.105-124), trop peu de moyen sont alors mis en place par l'enseignant pour parer aux réelles difficultés de l'élève. "*Il y a une volonté de proposer la scolarisation en milieu ordinaire, de façon systématique, mais il n'y a pas les moyens pour que cela marche partout*", estime Sophie Biette, vice-présidente de l'association Unapei. (Handicap.fr, 2022)

Cela entraîne de nombreuses conséquences dans la vie quotidienne des enfants et notamment dans leurs apprentissages scolaires. C'est donc dans leurs environnements scolaires, à l'origine de situation de handicap, que les enfants rencontrent de nombreuses difficultés. Pour pallier à ces difficultés, et pour trouver des moyens de compensation, l'ergothérapeute va accompagner l'enfant dans sa scolarité pour l'aider au mieux dans ses apprentissages.

Ainsi, nous voyons bien que malgré les différents progrès concernant l'école inclusive, les moyens mis en place restent encore insuffisants.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, nous allons étudier un handicap invisible en particulier : la dyslexie. Nous allons ainsi essayer de répondre à la problématique suivante : **Dans le cadre de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire comment les ergothérapeutes peuvent prendre en compte la spécificité d'apprentissage des enfants et adolescents dyslexiques souffrant d'un handicap invisible pour favoriser leur appropriation des savoirs ?**

Afin de répondre à cette question nous poserons d'abord le cadre théorique. Pour cela, nous étudierons la notion d'inclusion scolaire en milieu ordinaire. Puis nous définirons la

dyslexie ainsi que les modalités spécifiques d'apprentissage des enfants et adolescents présentant ce trouble. Nous verrons dans un second temps l'accompagnement de ces enfants en milieu ordinaire en nous intéressant notamment aux différents moyens mis en place par les ergothérapeutes pour les aider. Pour cela, nous classerons les différentes interventions selon deux modèles prédominants en ergothérapie : Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) et le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Pour finir, nous verrons la méthodologie employée pour collecter des éléments de réponse à notre problématique. Enfin nous analyserons et discuterons les résultats de notre étude.

Partie théorique

I. L'inclusion en milieu scolaire ordinaire

a. Évolution depuis la loi de 2005

Comme évoqué dans l'introduction, nous savons que la loi de 2005 prône l'inclusion scolaire pour tous. Pour rappel, cette dernière est régie par trois principes fondateurs :

- Garantir le libre choix de son projet de vie par la personne handicapée, fondé sur le droit à la compensation auquel la loi donne un contenu
- Permettre la participation de la personne handicapée à la vie sociale en développant l'accessibilité généralisée de la cité
- Placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent. (*LOI N° 2005-102 du 11 Février 2005 Pour L'égalité des Droits et des Chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées (1) - Légifrance, s. d.*)

Cependant, Y'a-t-il réellement eu un changement après l'apparition de cette loi ?

De nombreuses recherches montrent qu'il y'a effectivement eu une évolution après l'apparition de la loi. (*Depuis la Loi de 2005, la Scolarisation des Enfants En Situation de Handicap A Très Fortement Progressé, s. d. ; L'école Inclusive, s. d.*)

En 2015 (9 ans plus tard) on constate une augmentation de 80% de scolarisation d'enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. Cette augmentation reste quand même à nuancer. En effet, la loi de 2005 a permis la reconnaissance de nouvelles catégories de handicap comme les déficiences intellectuelles, cognitives, les troubles psychotiques ou encore les troubles du langage et de la parole. Ceci explique donc en partie l'augmentation du nombre d'enfants handicapés scolarisés. Malgré ces bons résultats, nous constatons que le nombre d'enfants handicapés non scolarisés demeure encore très élevé. En effet, selon le rapport blanc, « 20 000 enfants handicapés et soumis à l'obligation scolaire seraient non scolarisés. » (*Loi Handicap : Des Avancées Réelles, une Application Encore Insuffisante - Sénat, s. d.*)

De plus, nous pouvons constater que l'accompagnement individuel a également progressé. En effet, « le nombre d'élèves en situation de handicap bénéficiant de l'accompagnement individuel atteint au total 83 000 en 2015, soit près de 55 000 élèves supplémentaires en dix ans. » (*Depuis la Loi de 2005, la Scolarisation des Enfants En Situation*

de Handicap A Très Fortement Progressé, s. d.). Cependant, en 2019 nous nous sommes aperçus que l'accompagnement individuel pouvait contribuer à créer un environnement scolaire peu ouvert aux élèves en situation de handicap. C'est-à-dire que cela limitait leur scolarisation en dehors de la présence d'Accompagnants d'Elèves en Situation de Handicap (AESH). De ce fait, « *La rapporteuse spéciale des Nations Unies faisait le même constat en 2019 et encourageait la France à passer de l'approche individuelle appliquée actuellement, qui veut que les enfants handicapés s'adaptent au système scolaire, à une approche générale visant à transformer le système d'enseignement de sorte qu'il accueille, dans une démarche inclusive, les enfants handicapés* ». (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap | Défenseur des Droits*, s. d.). En effet, le fait de considérer l'accompagnement humain comme seule solution pose problème notamment car la demande d'AESH ne cesse d'augmenter ces dernières années. Certaines familles se voient même refuser par un établissement une scolarisation pour leur enfant au motif de l'impossibilité des équipes éducatives à accueillir l'enfant en l'absence de son AESH. Cependant, la réelle mission des AESH est de participer à rendre l'environnement plus adapté pour l'enfant en situation de handicap et non pas de se substituer au rôle d'enseignant. Ainsi, les institutions sont très souvent mises en difficulté pour le recrutement des AESH notamment du fait d'une pénurie de candidatures. En effet, l'une des premières raisons de la précarité de l'emploi d'AESH est celle de la rémunération et du temps hebdomadaire de travail. Cette précarité entraîne donc un recrutement d'une même AESH pour différents établissements et enfants. Ainsi, le recrutement se fait sans tenir compte des besoins de l'enfant ni des conditions de travail de l'AESH. (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap | Défenseur des Droits*, s. d.).

Pour finir, le 22 octobre 2018, Jean-Michel Blanquer, ministre de l'Education nationale et de la Jeunesse, et Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, ont lancé la concertation "*Ensemble pour une école inclusive*" au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPPH). L'objectif de cette initiative est d'entreprendre un saut majeur pour une école pleinement inclusive. Pour cela, la concertation s'appuie sur trois axes majeurs : Les attentes des familles et des associations pour une scolarisation de qualité, un métier d'AESH attractif avec des perspectives d'avenir, la mise en œuvre des Pôles inclusifs d'Accompagnement localisés. Ces propositions ont été mises en place à la rentrée 2019 afin d'avoir une transformation complète à la rentrée 2020. (*Lancement de la Concertation « Ensemble Pour une École Inclusive »*, s. d.)

Ainsi, nous voyons bien qu'une évolution suite à la loi de 2005 existe et que de nouveaux moyens ont été mis en place. Cependant, nous constatons qu'il y'a encore certains enfants non scolarisés. Ainsi, nous pouvons nous demander si cela peut notamment être dû à un manque de formation sur le handicap par les professionnels de l'éducation (enseignant, AESH...).

b. Différentes formations sur le handicap pour les AESH et les enseignants

La défense des droits a été alertée du manque de formation de certain AESH. En effet, ces derniers n'auraient reçu aucune formation que ça soit avant leur prise de fonction ou pendant le premier trimestre de l'année scolaire alors que ceci est spécifié dans leur contrat. Malgré leur demande, ces derniers doivent ainsi se former tout seuls sur le terrain. En outre, parmi les AESH qui auraient reçu une formation, beaucoup l'estiment insuffisante et inadaptée à l'égard de l'étendue de leurs missions. Ceci est autant préjudiciable pour les AESH que pour les enfants nécessitant une scolarisation adaptée (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap / Défenseur des Droits*, s. d. ; Caire, 2009 ; ThemeGrill, 2018)

Certaines personnes telles que M. Guy-Dominique Kennel interrogent M. le ministre de l'Éducation nationale sur le manque de formation des enseignants. Il caractérise ce manque comme l'explication majeure du parcours tumultueux des élèves en situation de handicap et notamment des « dys » (orientation par défaut, déscolarisation partielle ou totale...). À la suite de cette question, le ministère de l'éducation nationale a fait remarquer que depuis la loi de 2005, plusieurs dispositifs de formation des enseignants dans le domaine de la scolarisation et de l'accueil des élèves en situation de handicap ont été mis en place. (*Formation des Enseignants Face Aux Élèves En Situation de Handicap*, s. d. ; Caire, 2009)

En effet, le plan académique de formation (PAF) ou encore l'Institut National Supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes Handicapés et les Enseignements Adaptés (INSHEA) proposent diverses formations pour les enseignants. Elles traitent par exemple de l'organisation institutionnelle de la scolarisation des élèves handicapés, de la sensibilisation aux différents handicaps, des adaptations pédagogiques en fonction des besoins spécifiques des élèves. Trois formations pour les enseignants concernant le handicap existent : (*Formation des Enseignants et Encadrants des Élèves À Besoins Éducatifs Particuliers*, s. d.)

- **Le CAPA-SH** : le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap, permet à un enseignant du premier degré de se spécialiser afin de pouvoir travailler avec des enfants et/ou adolescents en situation de handicap en école et collège. Ce dernier dispose d'une formation de 400 heures comprenant différentes options en fonction du type de handicap.
- **Le 2CA-SH** : le certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap est réalisable par tout professionnel travaillant en collège ou lycée (second degrés) avec ou sans premier contact d'un élève en situation de handicap. La formation est également proposée avec plusieurs options en fonction du type de handicap mais ne dure que 150 heures. L'objectif final est principalement d'acquérir des connaissances afin de savoir comment accueillir au mieux des élèves présentant un handicap ou des difficultés scolaires graves au sein de sa classe.
- **CAPPEI** : le certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'inclusion scolaire se substitue en réalité aux 2 précédentes. Il a été créé par le décret du 10 février 2017 suite à la diversité et à l'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés.

Malgré l'existence de ces formations, prenant notamment en compte le handicap invisible tel que les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie), encore beaucoup d'enseignants n'y participent pas et sont ainsi peu formés au sujet du handicap. Ce manque est un frein à l'inclusion scolaire pour tous et notamment à l'accessibilité pédagogique (adaptation des contenus des cours, de leurs supports...) (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap / Défenseur des Droits*, s. d ; Mazereau, 2009)

II. La dyslexie, un handicap invisible

a. Généralité

a.1. Définition et prévalence

La dyslexie fait partie de ce que l'on appelle les troubles spécifiques des apprentissages. Ces derniers sont définis comme étant : « un terme générique qui désigne un groupe de personne hétérogène de troubles neurocomportementaux caractérisés par des difficultés significatives, inattendues, spécifiques et persistantes dans l'acquisition et l'utilisation de

capacités de lecture (dyslexie), d'écriture (dysgraphie) ou de mathématique (dyscalculie) efficaces en dépit d'un enseignement conventionnel, de sens intacts d'une intelligence normale, d'une motivation appropriée et d'opportunités socioculturelles adéquates. » (Specific Learning Disability : The Invisible Handicap, 2005 p315)

De plus, d'après le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5) les troubles spécifiques de l'apprentissage seraient un ensemble de troubles se manifestant précocement au cours du développement. Ils peuvent apparaître avant l'entrée à l'école, avec des symptômes d'appel correspondant à un retard des acquisitions. Ou bien durant la scolarité, avec les difficultés d'apprentissage comme symptôme d'appel. Les troubles spécifiques de l'apprentissage peuvent être qualifiés de troubles car ils sont persistants et ils ont un retentissement au niveau personnel, familial, social et académique. Le déficit développemental concerne soit spécifiquement une fonction cognitive (langage, inhibition...), soit globalement un ensemble de fonctions (compétences sociales, intelligence...) (Crocq & Guelfi, 2015)

Nous savons également qu'il s'agit d'un trouble fréquent. En effet, près de 20% des enfants présentent des difficultés scolaires avec des causes multiples. Parmi elles, les troubles spécifiques des apprentissages sont souvent méconnus ; ils concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants, soit un enfant par classe. (*Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf*, s. d.)

D'après une étude américaine, « *la dyslexie est le trouble spécifique de la lecture le plus courant et le plus étudié, puisqu'il touche 80% des personnes identifiées comme ayant des difficultés d'apprentissage. L'incidence de la dyslexie chez les enfants scolarisés aux Etats-Unis varie entre 5,3% et 11,8%. Alors que l'on pensait auparavant que la dyslexie touchait principalement les garçons, des données récentes indiquent que les garçons et les filles sont touchés de la même manière. L'ancienne prépondérance masculine a été attribuée à un biais d'orientation des enfants identifiés par l'école.* » (Specific Learning Disability : The Invisible Handicap, 2005 p315)

a.2. Comorbidités associées

La dyslexie est associée à de nombreuses comorbidités. En effet, en plus des difficultés de lecture, les enfants et adolescents dyslexiques présentent fréquemment des difficultés dans d'autres domaines du fonctionnement cognitif : orthographe, graphisme, praxie, calcul, etc.

Ainsi, certains auteurs comme Habib (2018) ont décrit la constellation des dys (figure 1) afin de représenter les associations possibles entre la dyslexie et les différents troubles développementaux. Ce schéma nous permet de voir que la dyslexie est une illustration puissante de ce phénomène.

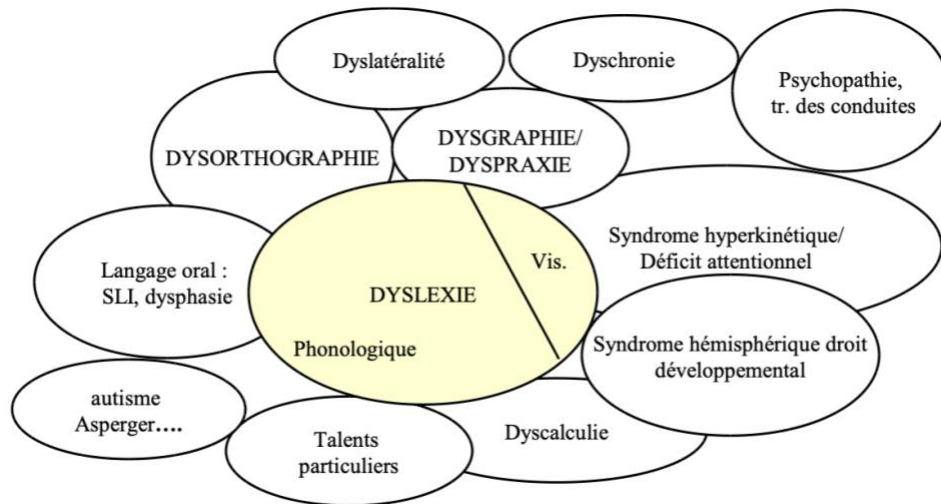


Figure 1. La constellation des « dys » (Habib, 2018) La constellation des « dys » montre que les caractéristiques ont de fréquentes associations et qu’elles surviennent en dehors d’une intelligence dite normale.

Nous voyons donc que l’enfant dyslexique est susceptible de présenter de nombreuses difficultés dans d’autres domaines que la lecture. En effet, ces dernières peuvent toucher entre autres les domaines du fonctionnement suivant : expression orale, motricité, calculatoire... C’est ce que l’on va appeler pour la plupart du temps des comorbidités. Cependant, dans certains cas leur lien n’atteint pas un seuil suffisant pour être qualifiées de troubles associés.

a.3. Impact sur la réussite scolaire

« Les conséquences de la dyslexie en classe touchent principalement 5 domaines : lire, écrire, mémoriser, se concentrer et dire. » (Habib, 2003)

La dyslexie aurait un impact négatif sur la scolarisation des enfants. En effet, malgré les efforts des professionnels, familles... de nombreuses difficultés de mise en place et de pérennisation d’adaptation sont rencontrées au quotidien (mise en place d’aide, coordination du suivi à l’école et en dehors, etc.). De nombreux constats montrent également que les enfants atteints de dyslexie ont souvent une orientation par défaut vers des filières courtes, ou encore

une forme d'exclusion est parfois mentionnée, y compris dans les filières techniques et professionnelles (*handicap-cog-points-de-repère-et-enjeux-Conte.pdf*, s. d.)

De plus, une étude menée auprès de 170 jeunes dysphasiques ou dyslexiques-dysorthographiques âgés de 6 à 20 ans a démontré qu'au sein de chacune de ces voies, un nombre fréquent de redoublement est observé. En effet, un peu plus d'un tiers des élèves scolarisés à l'école primaire, 67,6% (115/170) ont déjà redoublés. Dans cette proportion, treize élèves cumulent, en plus du redoublement, d'un dispositif pédagogique particulier. Si dans cette étude nous regardons essentiellement les enfants dyslexiques, on compte 57,7% de redoublement (56/97). Ces redoublements se situent principalement lors du cycle 2 de la maternelle. C'est-à-dire lors de la période des apprentissages fondamentaux (lecture, écriture, calcul) (Piquard-Kipffer & Léonova, 2017)

Nous voyons donc bien que les enfants dyslexiques rencontrent dès leurs plus jeunes âges des difficultés scolaires, notamment lors des apprentissages. C'est pourquoi il est important de prendre en charge ce type de population assez tôt, ainsi que de connaître leur mécanisme d'apprentissage afin d'adapter au mieux les moyens mis en place.

b. Les modalités spécifiques cognitives des enfants et adolescents dyslexiques dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture

b.1 Les exigences de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture

Comme vu précédemment, nous savons que la dyslexie affecte plusieurs domaines et fonctions. Cependant, dans ce mémoire, nous nous intéresserons principalement aux troubles de la lecture et de l'écriture. Ce choix est motivé par le fait, « *qu'en pratique clinique, le diagnostic de dyslexique ne peut être posé chez un enfant donné, qu'au moyen de tests standardisés de lecture et d'orthographe qui sont réalisés de façon répétée sur plusieurs années d'apprentissage de langage écrit et de suivi* » (Brun-Henin et al., 2012)

Avant de comprendre pourquoi un enfant dyslexique rencontre ce type de difficulté, intéressons-nous aux mécanismes de base de ces activités. La lecture est un processus complexe, nécessitant plusieurs compétences neurocognitives, dont certaines spécifiques à la lecture. D'autres compétences, comme la compréhension, entrent également en jeu. De plus, la lecture implique l'apprentissage des correspondances entre l'imprimé et le son, rendu difficile par la finesse des distinctions phonémiques et graphémiques. Au fur et à mesure de

l'apprentissage, les enfants traduisent les caractères écrits en sons pour accéder à la signification des mots familiers, processus appelé décodage (Annexe 1), permettant d'acquérir des connaissances orthographiques détaillées (Snowling et al., 2020). D'un point de vue anatomique, la lecture implique trois grandes régions du cerveau (Annexe 2), avec deux voies et une aire visuelle dédiée aux lettres et mots (Rueckl et al., 2015). Au début de l'apprentissage, l'information visuelle est traitée dans les aires de la prononciation et de l'articulation, puis transférée vers l'aire de la signification. Avec l'automatisation de la lecture, l'information est traitée directement vers la voie de la signification (McCandliss & Noble, 2003). Une aire cérébrale spécifique reconnaît la forme des lettres et chiffres, se spécialisant avec l'apprentissage de la lecture. L'activation de cette aire est spécifique à mesure que la capacité de lecture augmente. L'écriture est également complexe, impliquant des processus perceptivo-moteurs, moteurs, cognitifs de haut niveau et linguistiques. Selon Gentaz, l'apprentissage de l'écriture implique l'acquisition de représentations visuelles et motrices des lettres (Gentaz, 2018 p.113-133). L'apprentissage commence par l'écriture des lettres majuscules d'imprimerie, puis cursives, visant une écriture lisible et rapide. La qualité de production des formes et la rapidité sont essentielles pour automatiser l'écriture (Brun-Henin et al., s. d. ; Berninger et al., 2008). D'après Zesiger (2003 p.55-64) il existe trois domaines d'acquisition :

- Les **acquisitions visuo-spatiales** ;
- Les **acquisitions des mouvements de l'écriture** : ici, il s'agit à la fois de l'apprentissage des composantes dites morphocinétiques. C'est-à-dire des programmes moteurs permettant d'écrire n'importe quelle lettre. Ainsi que l'apprentissage des composantes topocinétiques. On fait référence ici aux différents mouvements permettant l'agencement spatial de la production écrite ;
- **L'acquisition de l'orthographe.**

Pour finir, certains auteurs ont développé des modèles d'acquisition de la lecture et de l'écriture afin de mieux comprendre leurs mécanismes complexes. Parmi eux, le modèle triangulaire (Annexe 3) (Seidenberg & McClelland, 1989), le modèle à double voie de lecture (Annexe 4) (Coltheart et al., 1993 ; Coltheart et al., 2001) et le modèle par étape (Annexe 5) (Gentaz, 2018 p.95-133 ; Brun-Henin et al., 2012 ; Berninger et al., 2008 ; Zesiger, 2003 ; Marin & Legros, 2008)

b.2. Problèmes en lecture et en écriture rencontrés chez les enfants et adolescents dyslexiques

Les enfants et adolescents dyslexiques rencontrent en général d'importants problèmes au niveau, entre autres, de la lecture. Ils ont notamment des difficultés à interpréter la prononciation des mots, mais également à traiter et comprendre ce qu'ils lisent (*CogniFit*, s. d.). Ces difficultés sont en lien avec leur faible performance en décodage ainsi qu'en stratégie de contrôle de la compréhension. (Maeder, 2012 p.29-37)

Au départ, lorsque la dyslexie était encore mal comprise, certains admettaient l'hypothèse d'un déficit visuel lié aux difficultés de lecture. En effet, ces derniers supposaient que les personnes dyslexiques voyaient les lettres et les mots à l'envers. Or, nous nous sommes rendu compte que malgré certaines difficultés visuelles rencontrées par les dyslexiques, aucune preuve ne permettait d'affirmer qu'elle soit liée à la dyslexie (Acheampong et al., 2019). Au contraire, d'autres études plus récentes ont permis de mieux comprendre les différents problèmes rencontrés par les enfants et adolescents dyslexiques.

3 causes sont décrites afin d'expliquer les difficultés en lecture rencontrées : (Norton et al., 2015)

La première est **la faiblesse de la conscience phonologique (AP)** : cela correspond soit à un déficit de représentations des sons phonétiques et/ou à un déficit d'accès et de manipulation de ces sons. Cela peut notamment se voir en dictée avec une production qui ne respecte pas la forme sonore des mots (ex : boudin→boutin) (Habib, 2015 ; Castles & Coltheart, 2004 ; Mimouni et al., 2013)

La deuxième concernerait **la dénomination automatisée rapide RAN** : « *Une lenteur de dénomination peut refléter une difficulté d'intégration des processus cognitif et linguistiques impliqués dans la lecture fluide.* » (Norton et al., 2015 p.73-78)

La dernière serait liée aux **processus perceptuels de base** qui peuvent être à l'origine des faiblesses les plus proximales de l'AP ou du RAN, tels que l'échantillonnage ou le traitement temporel, l'attention visuo-spatiale ou les déficits d'apprentissage perceptuel. (Norton et al., 2015 p.73-78)

De plus, certaines études ont démontré qu'il existait des différences fonctionnelles et structurelles du cerveau dans la dyslexie qui pouvaient en partie expliquer ces difficultés (Norton et al., 2015 p.73-78). Maintenant que nous avons vu les problèmes liés à la lecture, nous allons nous intéresser à ceux liés à l'écriture.

Les troubles d'écriture rencontrés chez les enfants et adolescents dyslexiques seraient liés à un dysfonctionnement des processus perceptivo-moteur de l'écriture et/ou des processus cognitifs supérieurs (l'attention, la mémoire, la planification...). On pense également que les processus psycholinguistiques pourraient également être défaillants dans certains cas (Brun-Henin et al., 2012 p.4-28). De plus, peu d'études ont été menées sur les difficultés que rencontrent les enfants et adolescents dyslexiques en écriture. Cependant, l'une d'elle a permis de montrer que lorsqu'un enfant dyslexique doit écrire des mots irréguliers et/ou des pseudos mots le geste de l'écriture se dégrade. Cela serait notamment dû à l'effort orthographique important que leur demanderait ce type de mot. C'est d'ailleurs pour cette raison, que les enfants et adolescents dyslexiques sont souvent considérés, à tort, comme « dysgraphiques ». C'est-à-dire comme présentant un trouble au niveau de la mécanique du mouvement de l'écriture. (*Dyslexie : Quand les Difficultés En Orthographe Gênent L'acquisition de L'écriture* | CNRS, 2017)

Ainsi, nous nous apercevons que les enfants et adolescents dyslexiques ne présentent en réalité aucun problème moteur. Ce qui signifie que ces derniers peuvent écrire de manière lisible lorsque la tâche ne demande pas trop d'effort. Lorsque cette dernière devient complexe et leur demande une réflexion orthographique trop coûteuse, la qualité et la rapidité de l'écriture diminuent.

Grâce à différentes recherches menées nous comprenons ainsi que les difficultés rencontrées par les enfants et adolescents dyslexiques sont en fait liées à des modalités cognitives spécifiques de ces derniers. Dans cette partie nous nous sommes exclusivement intéressés aux difficultés et différences des enfants et adolescents dyslexiques, cependant nous pouvons nous poser la question suivante : la dyslexie leur apporte-t-elle des bénéfices dans d'autres domaines ?

b.3. Les atouts d'une pensée singulière

Le dyslexique réfléchit de préférence de façon non verbale. Il pense par association d'idées selon un mode analogique. Il passe donc souvent du coq à l'âne, et l'entourage a du mal

à suivre le fil de sa pensée. Comme nous l'avons vu précédemment, la lecture du dyslexique est aussi perturbée par ses difficultés d'orientation qui provoquent une désorientation. Certaines lettres ou assemblages de lettres sont liés, en effet, aux troubles de l'organisation spatiale et de la perception. (*Neurones de la Lecture (Les)*, s. d. ; *Le Talent Code*, s. d.)

« La dyslexie est un don au vrai sens du terme : une disposition naturelle, un talent. C'est quelque chose qui met en valeur l'individu. D'après l'auteur, les dyslexiques seraient dotés de huit capacités de bases :

- 1. Ils peuvent utiliser l'aptitude de leur cerveau pour transformer ou créer des perceptions,*
- 2. Ils sont très conscients de leur environnement,*
- 3. Ils se montrent plus curieux que la moyenne des gens,*
- 4. Ils pensent essentiellement en images plutôt qu'en mots,*
- 5. ils sont très intuitifs et perspicaces,*
- 6. Ils perçoivent de manière multidimensionnelle (en utilisant tous leur sens),*
- 7. Ils sont capables de vivre la pensée comme si c'était la réalité,*
- 8. Ils ont une imagination très vive. » (Ronald D., 1995 ; Malié, 2016)*

Ces auteurs nous montrent bien que malgré leur handicap, les enfants et adolescents dyslexiques ont de nombreuses ressources qu'il est important d'utiliser et prendre en compte dans notre processus d'intervention.

D'autres auteurs tels que Brock et Fernet (2011) ont mis en évidence l'existence d'un développement particulier de certains schèmes (= « un acte moteur ou mental élémentaire. Pour le psychologue Jean Piaget, la pensée se développe à partir du stade sensori-moteur (lié à l'action pratique) pour se diriger vers la construction de représentations mentales de plus en plus abstraites. » (*Humaines*, 2022) les rendant particulièrement efficaces chez les personnes dyslexiques. Il s'agit des suivants :

- Un système de pensée doté d'une vue spatiale élargie de par sa caractéristique multidimensionnelle,
- Un système de pensée propre à développer la sociabilité (pensée altruiste) et offrir à l'individu une propension à la créativité. (Brock, E. L., & Fernet, E. F., 2011).

Ces auteurs, nous montrent que les personnes dyslexiques présentent certaines modifications neurologiques leur permettant de développer des stratégies particulières. Ainsi, nous pourrions affirmer que malgré leur handicap et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien et notamment durant leur scolarité, les enfants et adolescents dyslexiques ont de grands potentiels et ressources à développer. Cette notion de ressource serait donc à prendre en compte lors de l'accompagnement de ces derniers. De plus, cela renforcerait l'importance d'existence de formation pour les ergothérapeutes et les professionnels de l'éducation (enseignants, AESH) sur le sujet de la dyslexie pour comprendre ce handicap et donc aider au mieux les enfants et adolescents dyslexiques.

Cependant, lors d'une table ronde au congrès Occitadys auquel j'ai pu participer, une question de l'animateur a fait débat concernant les prédispositions naturelles et/ou ressources que possèderaient les enfants et adolescents dyslexiques. En effet, un délégué départemental de dyspraxie France dys ne se reconnaît pas dans ce genre de qualificatif. Pour lui, il n'y a pas assez de preuves scientifiques pour affirmer ce genre de chose. Au contraire, un professeur des universités, ancien président de l'université Paul Sabatier, quant à lui relève une notion très importante. En effet, il cite la question du contexte. Pour lui, rien ne peut être qualifié de force ou de faiblesse indépendamment du contexte. La question n'est donc pas « est-ce que les personnes dys ont tel ou tel type de force ? » mais plutôt « dans quel environnement leurs caractéristiques peuvent-elles devenir une force et comment pouvons-nous modifier leur environnement de sorte à ce qu'elles soient le plus souvent possible dans ce qui va correspondre à des situations positives et réduire les situations négatives ? ». De plus, une intervenante ergothérapeute, lors de cette table ronde, renforce cette idée de contexte et de ressource. Pour cela, elle s'appuie sur une des approches en ergothérapie : l'Occupational Performance Coaching (OPC). Cette technique d'accompagnement en ergothérapie cherche à trouver des solutions aux problématiques du quotidien en partant de situation de réussite que la personne rencontre. Le but étant d'analyser ces situations afin de trouver des éléments de contexte et d'environnement permettant cette réussite afin de les transférer sur des situations problématiques. C'est donc la personne elle-même qui réfléchit à ses propres ressources.

Nous voyons donc bien qu'avec le manque de preuves scientifiques que nous avons à disposition, il est difficile d'affirmer ou réfuter quelque chose. Cependant, nous comprenons que le contexte doit absolument être pris en compte. Or, dans la pratique ergothérapique, les termes de ressource et environnement favorable sont omniprésents. De nombreux modèles de

pratique se basent sur cela. Ainsi, nous pouvons donc dire que les ergothérapeutes peuvent potentiellement jouer un rôle dans le processus d'intervention des enfants et adolescents dyslexiques. C'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

III. Les actions des ergothérapeutes pour favoriser l'appropriation des savoirs explicités à partir de deux modèles de pratique : modèle MCREO et modèle MCPO

a. L'ergothérapie

Avant toute chose, il est important de rappeler ce qu'est un ergothérapeute ainsi que ses différentes missions. D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) « *L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.* » (ANFE, 2023)

De plus, le but de l'ergothérapeute en milieu scolaire est d'aider les enfants ayant des difficultés afin qu'ils puissent améliorer leurs rendements dans les activités essentielles à leur réussite scolaire (Du Québec, s. d.). Ici, par exemple, son but va être notamment d'aider les enfants et adolescents dyslexiques dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture en mettant en place divers moyens.

Pour cela, l'ergothérapeute travaille avec divers modèles. C'est ce que nous allons voir maintenant en nous intéressant à deux modèles de pratique en particulier : le « Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) » et le « Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) »

b. Modèle MCREO

Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) (Annexe 6) apparu en 2013 est une révision du modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO). C'est donc comme son prédécesseur une approche qualifiée de centrée sur la personne. Ce dernier permet d'établir des objectifs ainsi qu'évaluer les changements de la performance et de la satisfaction perçus lors d'un traitement d'intervention. Il permet de lier la personne à son environnement, ses occupations, le sens qu'elle donne à sa vie ainsi que sa santé. (Morel-Bracq, 2017)

Ce modèle nous permet de prendre en compte deux notions importantes. **L'engagement occupationnel**, représentant "*ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés*". (Townsend, Polatajko, 2013, p.28). Ainsi que le **rendement occupationnel** défini comme étant "*la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction*". (Townsend, Polatajko, 2013, p.446). Ce terme fait également référence à l'habilitation. En effet, la personne va essayer de renforcer son pouvoir et sa capacité d'être et d'agir. Cette habilitation est sensible à l'environnement de la personne. Il est donc important de permettre à la personne de tirer profit de son potentiel. C'est pourquoi l'ergothérapeute doit identifier un environnement favorisant le développement de ce potentiel afin d'aider au mieux la personne (Morel-Bracq, 2017).

b.1.Utilisation du jeu comme moyen d'acquisition, d'éducation et de rééducation

Comme nous venons de voir, le modèle MCREO met en avant l'importance de l'engagement et donc de la motivation de l'enfant dans sa prise en charge. Il nous permet de comprendre que sans ce facteur, la rééducation devient moins efficace. Cela est directement en lien avec l'utilisation du jeu lors des séances.

En effet, nous nous rendons compte, grâce à plusieurs articles, que le jeu est un moyen de travail très utilisé et pertinent chez les enfants et adolescents dyslexiques. En effet, « *Les jeux permettent de contourner le stress lié aux notes et à la peur du jugement, tout en conservant la motivation et l'intérêt de l'apprenant. Le dyslexique ou l'élève qui rencontre des difficultés d'apprentissage peut alors utiliser les jeux comme un outil pour apprendre.* » (Culturedys, 2023)

De plus, en ergothérapie, l'occupation est très importante à prendre en compte lors de notre intervention. Or, nous savons que le jeu est, entre autres, une des occupations les plus présente chez les enfants, et cette dernière ne représente souvent pas un échec, ni une pression par peur de ne pas y arriver. En effet, contrairement aux apprentissages qui les mettent en général en échec, le jeu quant à lui permet de se tromper, de recommencer... On peut dire que le processus de tentatives/ récompenses et cette motivation apportée par le jeu est en fait un outil pédagogique de choix pour l'apprentissage des dyslexiques. (Culturedys, 2023)

Comme nous venons de voir le jeu est très intéressant à utiliser avec les enfants et adolescents dyslexiques, cependant il ne faut pas confondre un terme important. En effet « *les jeux ne sont pas là, pour « apprendre » mais pour renforcer l'apprentissage de l'enfant, l'aider dans sa compréhension des consignes, dans sa mémoire ou sa façon de réfléchir.* » (Raphaël, 2022)

Jusqu'ici, nous nous sommes exclusivement intéressés à des jeux dit « éducatifs ». Cependant, une étude a été réalisée auprès de jeux vidéo. Cette dernière cherchait à savoir si les jeux vidéo avaient ou non un impact sur l'apprentissage des enfants dyslexiques. Dans un premier temps, cette étude nous permet de voir que les jeux vidéo ont un impact sur la cognition des joueurs, du à la présence de nombreux stimuli de plusieurs ordres (visuels, sonores...). Ces derniers mobilisent également l'attention et la concentration permanente du joueur. Ainsi, les joueurs de jeux d'action auraient une meilleure capacité de discrimination visuelle que les non joueurs. La première étude que nous allons regarder est celle de Franceschini et al., (2013). Dans cette dernière, les jeux vidéo d'action et leurs effets après neuf sessions de jeu de 80 minutes sur les capacités de lecture d'enfants dyslexiques ont été étudiés. Les résultats ont montré l'existence d'une amélioration de la vitesse de lecture chez les enfants ayant joué au jeu vidéo sans perte de précision, beaucoup plus rapide que celle des enfants ayant effectué des exercices et traitements traditionnels. De plus, ces chercheurs ont également montré une amélioration des capacités attentionnelles. Un suivi de l'amélioration de la lecture grâce au jeu d'action a été effectué deux mois après l'expérience. Ce dernier a permis de mettre en évidence l'apport que représente le jeu d'action dans la prise en charge de la dyslexie.

Les résultats d'une étude empirique plus récente, renforcent l'hypothèse du rôle crucial de l'attention dans l'acquisition de la lecture. Ainsi, ils montrent que les jeux vidéos ont des impacts bénéfiques sur la cognition, pouvant aider à combler certains déficits d'attention et de

discrimination visuelle chez les enfants dyslexiques, et ce dès une dizaine de jeu. (Blaesius & Fleck, 2015)

Suite à toutes ces études nous pouvons ainsi affirmer que l'utilisation du jeu dans notre plan d'intervention avec des enfants et adolescents dyslexiques peut être bénéfique. Cela permet en effet d'allier travail et plaisir et ainsi renforcer la motivation de l'enfant.

b.2. Compensation du handicap à l'aide d'aide technique

Cette notion de motivation peut également être démontrée avec la mise en place d'aide technique. En effet, afin d'aider au mieux les enfants et adolescents dyslexiques dans les activités scolaires (lecture, écriture...), les ergothérapeutes mettent souvent en place un ordinateur. Cet outil est très intéressant. En effet, il peut être doté de **synthèse vocale** permettant à l'enfant d'avoir accès au texte sans être freiné voir empêché par sa lecture. Ou encore de **dictée vocale** lorsque l'enfant a de grosses difficultés en écriture. D'autres outils existent tels que **des correcteurs orthographiques, des dictionnaires virtuels, des tableaux de conjugaison, des logiciels de prédiction lexicale** permettant de faciliter la tâche d'écriture qui est très coûteuse pour les enfants et adolescents dyslexiques. Cela permettrait également de développer du plaisir dans cette activité. (Bacquelé, 2015 ; Najjar, 2015 ; Cado et al. 2019)

De plus, d'après l'étude sur l'impact de l'usage des Technologie de l'information et de la communication éducative (TICE) et notamment sur les représentations qu'ont les jeunes pour les outils informatiques, **79% trouvent qu'il existe une utilité à l'utilisation des TICE**. Au contraire, 21% n'en trouvent pas d'utilité. De plus, l'objectif de l'utilisation varie entre les personnes. En effet, **67% l'utilisent pour la motivation** et la contribution au développement de l'autonomie, 65% les considèrent comme efficaces dans l'apprentissage, 63% mettent en avant leur adaptabilité aux besoins de chacun. Pour finir, 62% les qualifient de satisfaisants et en font une représentation positive et valorisante. Nous voyons ainsi que, malgré la divergence d'objectifs d'usage, la majorité de la population de recherche est d'accord pour affirmer l'efficacité des TICE. De plus, de nombreuses recherches et études ont pu confirmer l'impact positif des TICE sur l'apprentissage des enfants présentant des besoins éducatifs particuliers. Cela est notamment dû à leur flexibilité permettant à chacun d'adapter son « poste de travail » en fonction de ses besoins et permettant également de rendre plus agréable l'apprentissage. (Najjar, 2015)

Suite à ces études nous pourrions affirmer que la mise en place d'ordinateurs est totalement efficace et que cette dernière permettrait un renforcement de la motivation... Cependant ces résultats sont à nuancer. En effet, si nous observons un peu plus nous nous rendons compte que beaucoup d'enfants ne se servent finalement pas de l'ordinateur à l'école. Cependant, est-ce un manque de motivation, un mauvais suivi de la mise en place de l'outil ou encore une mauvaise collaboration entre les différents professionnels ? (Bacquelé, 2015)

c. Modèle MCPO

Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO), apparu en 2022, se concentre sur une approche de l'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour favoriser la participation occupationnelle. Son objectif central est de soutenir les individus dans l'accès, l'initiation et le maintien de leur participation dans les activités quotidiennes. En mettant l'accent sur les forces, les connaissances, les talents et les ressources des individus et des communautés, ce modèle fournit un cadre précieux pour identifier les occupations valorisées et élargir les possibilités occupationnelles, en tenant compte des contextes micro, méso et macro. Il trouve une application pertinente dans le cadre de la prise en charge des enfants et des adolescents dyslexiques, notamment à travers le modèle collaboratif impliquant les enseignants, les parents et les ergothérapeutes. Cette approche collaborative permet de comprendre l'enfant dans sa globalité, en identifiant à la fois ses ressources et ses difficultés. Cela favorise une prise en charge holistique et adaptée aux besoins spécifiques de chaque enfant ou adolescent dyslexique.

La collaboration entre les différents acteurs, tels que les enseignants et les parents, revêt une importance capitale dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques. En effet, cette approche permet une communication fluide et une coordination des interventions, ce qui contribue à créer un environnement favorable à l'apprentissage et au développement de l'enfant. En intégrant les principes du MCPO, ce modèle collaboratif favorise une prise en charge globale et personnalisée, visant à maximiser la participation et le bien-être des enfants et des adolescents dyslexiques (Egan & Restall, 2023).

En lien avec l'autodétermination, ces processus mettent en lumière la capacité des individus à s'approprier leur apprentissage. L'autodétermination implique non seulement la motivation intrinsèque à apprendre mais aussi la prise en charge de ses propres stratégies d'apprentissage et de résolution des problèmes. Dans le contexte de la dyslexie, une approche

axée sur l'autodétermination peut encourager les enfants à développer des compétences de décodage et d'écriture, tout en les aidant à surmonter les défis rencontrés.

c.1.Modèle collaboratif avec enseignant et parents

Nous nous apercevons bien que tous les moyens de compensation proposés dans la partie précédente ne peuvent être mis en place que si un partenariat entre l'ergothérapeute, l'enseignant et les parents est réalisé. En effet, d'après Henripin « *Le partenariat est une relation équitable établie entre plusieurs parties ayant chacune sa mission propre en vue de travailler en étroite collaboration à la réalisation d'un objectif commun.* » (Henripin, 1994, p.29)

Cette définition fait bien référence à l'ergothérapeute, l'enseignant et aux parents. En effet, chacun possède sa propre fonction et mission envers l'enfant. Cependant, ils ont tous un objectif commun : l'inclusion et la réussite de l'enfant au sein de sa classe. Ainsi, nous pouvons donc dire que le partenariat entre l'ergothérapeute, l'enseignant et les parents est indispensable.

De plus, une étude menée dans une école publique de la sous-région d'Asokwanous montre que les principaux obstacles à l'enseignement des enfants dyslexiques sont dans 79% des cas un manque de formation auprès des enseignants sur la notion de dyslexie et dans 77,8% des cas des classes surchargées rendant difficile la reconnaissance des enfants dyslexiques. Ce manque de connaissances sur le handicap est un énorme frein. En effet, cela peut affecter la façon dont les enfants sont traités en classe et ainsi influencer leurs performances. De plus, le nombre trop important d'élèves entraîne également une impossibilité de mise en place de moyens pour aider les enfants en difficultés. (Acheampong et al., 2019)

Ces chiffres nous montrent d'autant plus l'importance de mettre en place un partenariat entre ergothérapeute et enseignant. En effet, l'ergothérapeute pourra, entre autres, expliquer aux enseignants les difficultés que rencontre l'élève ainsi que l'importance de mettre en place des moyens de compensation du handicap.

Le partenariat entre ergothérapeute, enseignant et parents est également très important pour s'assurer de la mise en place de moyens. En effet, nous nous apercevons que de nombreux enfants nécessitant un ordinateur pour leur scolarité ne s'en servent pas. Par exemple, l'étude de Bacquélé (2015) nous montre que sur 52 élèves dyslexiques, 9 n'utilisaient pas du tout l'outil informatique, 28 ne l'utilisaient qu'à domicile et ne l'amenaient jamais en classe et 15

l'utilisaient en classe et à domicile pour des activités scolaires. Nous voyons donc bien que dans cette étude, plus de la moitié des élèves disposant d'un ordinateur ne parviennent pas à l'exploiter dans le cadre scolaire malgré sa nécessité. Dans la même étude, nous comprenons que cette non-utilisation n'est en aucun cas due à un mauvais apprentissage mais plutôt à l'impact du regard des autres plus ou moins bienveillant. En effet, le commentaire revenant le plus souvent de la part des élèves est « vouloir être comme les autres ». On comprend finalement que l'ordinateur met en avant leur handicap qui pourtant jusque-là était « invisible ». Ce partenariat permettrait à chacun d'entendre et essayer de comprendre le point de vue de l'enfant. Ainsi, ils pourraient par la suite lui faire accepter, à son rythme, la nécessité de mettre en place un ordinateur ou autre dispositif.

L'étude de De Oliveira Borba et al. (2020) a confirmé que l'école est un centre d'intérêt important pour les ergothérapeutes et que le champ des connaissances scientifiques pertinent se concentre sur les enfants handicapés en tant que population bénéficiant directement ou indirectement de l'intervention des ergothérapeutes dans les écoles. En outre, ces actions ont été menées de manière individualisée, malgré le fait que l'école fonctionne dans un contexte collectif.

Pour ce faire, il sera essentiel que la formation - initiale et continue - des ergothérapeutes offre des conditions permettant de comprendre les demandes et les besoins présents dans la société en relation avec l'école et les processus de scolarisation. Et que l'école elle-même et les élèves soient reconnus comme des sujets existant dans une certaine période historique, politique et culturelle, afin qu'elle puisse évoluer vers une école démocratique basée sur une inclusion radicale, ce qui signifie que tout le monde peut profiter et être des agents créatifs de la culture et de l'expérience, et promouvoir la justice sociale.

Grâce à cette étude nous comprenons bien que le partenariat entre les ergothérapeutes et les enseignants est primordial pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants et adolescents présentant un handicap tel que la dyslexie.

De plus, une autre étude nous permet de voir l'importance de ce partenariat entre parents, ergothérapeutes et enseignants. En effet cette dernière nous dit que pour mettre en œuvre l'inclusion dans les écoles, différents acteurs sont impliqués : les enseignants, les élèves, les parents et des groupes externes tels que les ergothérapeutes, psychologues ou les formateurs en loisirs. (Paseka & Schwab, 2019)

Nous voyons donc bien que la mise en place de cette collaboration et donc l'utilisation du modèle MCPO est primordiale si nous voulons avoir une prise en charge efficiente des enfants et adolescents dyslexiques. En effet, sans cette dernière, l'inclusion en milieu scolaire ordinaire ainsi que la mise en place de compensations ne peuvent pas être complètes.

c.2. La prise en compte d'un contexte favorisant

Jusqu'ici, nous nous sommes essentiellement intéressés à la notion de collaboration du MCPO. Cependant, un autre facteur est étudié dans ce modèle. Il s'agit de la pertinence des relations sur le plan contextuel. En effet, les ergothérapeutes doivent comprendre les influences sur les plans micro, méso, macro sur les individus, les collectivités et sur eux-mêmes. Cela signifie qu'ils doivent chercher les contextes dits pertinents, ainsi que ceux d'autodétermination de l'enfant. Cela fait référence au discours d'un professeur des universités, ancien président de l'université Paul Sabatier et d'une intervenante ergothérapeute lors de la table ronde au congrès Occitadys. En effet, ces derniers insistaient sur la notion de contexte/ environnement facilitateur ou au contraire stressant. Nous voyons donc bien que le modèle MCPO utilisé par les ergothérapeutes peut totalement rentrer dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques. En effet, ce dernier nous permettrait de repérer les environnements favorisant les ressources de l'enfant. Ainsi, nous pourrions adapter les différents contextes problématiques afin de les rendre plus accessibles et facilitant.

Afin de mieux comprendre cette notion, nous allons utiliser l'exemple des enfants et adolescents dyslexiques en milieu scolaire. En effet, avant de mettre en place des aides techniques comme l'ordinateur vu précédemment, d'autres petites adaptations pédagogiques peuvent être adoptées afin de les aider. Ces dernières se base sur des contextes qualifiés de favorisant pour les enfants

Suite à une étude menée auprès d'enseignants, quatre profils de gestes d'adaptation pédagogique ont été identifiés (Gombert et al., 2008)

Le « **profil inclusif** » favorise l'individualisation des apprentissages en tenant compte des besoins éducatifs particuliers de chaque élève, inspiré par le modèle inclusif de scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap.

Le « **profil intégratif** » se concentre sur les différenciations pédagogiques et vise à amener l'élève vers une norme scolaire de classe ordinaire.

Le « **profil motivationnel** » met en avant les réussites des élèves pour encourager leur motivation dans l'apprentissage.

Le « **profil attentionnel** » cherche à maintenir l'attention de l'élève tout au long de la tâche en adaptant le cadre de travail en classe et en fournissant des aides méthodologiques et des pratiques de guidance.

Ces quatre types de profils nous montrent bien qu'une multitude d'adaptations pédagogiques simples et sans matériel particulier peuvent être mises en place pour faciliter la scolarité des enfants et adolescents dyslexiques en se basant sur leur contexte/ environnement facilitant.

Partie expérimentale

Après avoir abordé les notions théoriques de ce mémoire de fin d'étude, nous allons maintenant développer notre réflexion et démarche de recherche afin d'apporter des éléments de réponse à la question que nous nous sommes posés.

I. Méthodologie et outil de recherche

a. La recherche qualitative

La recherche qualitative est un terme générique regroupant diverses perspectives en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données. Dans un premier temps, « *elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative.* » De plus, « *Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ».* Pour finir, « *Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.* » (Aubin-Auger et al., 2008). Pour toutes ces raisons, nous avons donc choisi de mener une recherche qualitative. Cependant, d'après Mays et Pope (2006), nous savons que l'analyse quantitative permet d'utiliser diverses méthodes. Nous retrouvons notamment « *l'observation directe, les entretiens, l'analyse de textes ou de documents et l'analyse de comportements de parole enregistrée à l'aide de bande audio ou vidéo* » (Pope & Mays, 2006, p.7).

b. L'entretien

L'entretien s'est rapidement imposé comme la méthodologie adaptée afin de répondre à la question de recherche. En effet, d'après Tétreault et Guillez (2014), « *l'intérêt d'utiliser l'entretien comme méthode de collecte de données est lié à l'intention du chercheur d'explorer des expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire* » (Tétreault & Guillez, 2014, p.215). De plus, l'utilisation de cette méthode « *est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc.* » (Kohn & Christiaens, 2014). Ainsi, l'utilisation de l'entretien comme méthodologie de recherche semble parfaitement correspondre à notre quête. En effet, nous cherchons à savoir si les ergothérapeutes travaillant en libéral peuvent ou

non jouer un rôle dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques dans un objectif d'inclusion scolaire et, si oui, comment. Ces données sont donc subjectives et inhérentes à la vision de chaque professionnel. De plus, Tétréault (2014) décrit trois types d'entretien : directif, semi-directif ou libre (Tétréault, 2014). Ici, nous choisirons la forme semi-directive. Cette dernière permettra aux ergothérapeutes interrogés d'exprimer leurs propres idées, avec leurs propres mots... De plus, cela me permettra notamment de créer du lien entre les réponses, approfondir certains aspects ou encore aborder des thèmes et/ou idées auxquels je n'aurais pas forcément pensé.

c. Population cible

Avant de faire un entretien, il est important de définir des **critères d'inclusion**. Ici, les critères seront les suivants :

- Être ergothérapeute diplômé d'État
- Travailler en libéral
- Travailler auprès d'enfants et adolescents dyslexiques

Ces critères nous permettent ainsi d'analyser dans quelle mesure l'intervention en ergothérapie pourrait favoriser l'apprentissage des enfants et adolescents dyslexiques. De plus, en sachant que ce type de population consulte principalement des ergothérapeutes exerçant en libéral, il semble essentiel d'interroger des ergothérapeutes libéraux pour répondre à la question de recherche.

d. Construction de l'outil de recherche

Un guide d'entretien est nécessaire lors de la réalisation d'un entretien semi-structuré (Annexe 7). Ce dernier est composé en général de quatre parties : une introduction, les considérations éthiques, les questions de l'entretien prédéterminées dans un ordre logique, la conclusion de l'entretien ainsi que les remerciements. (Tétréault & Guillez, 2014, p.224).

Lors de l'introduction il est important de se présenter ainsi que de présenter l'objectif de l'étude et ses modalités comme la durée de l'entretien... (Tétréault & Guillez, 2014). C'est également dans cette partie que nous retrouvons les considérations éthiques. Ces dernières consistent à demander aux personnes leurs consentements à l'enregistrement de l'entretien, à l'analyse des données... en remplissant un formulaire (Annexe 8).

En ce qui concerne la troisième partie (question en lien avec la thématique), il est important d'inclure des questions ouvertes. En effet, ces dernières permettent de favoriser l'approfondissement et la réflexion sur la thématique proposée. Lors de la préparation des questions, il faut donc toujours garder en tête l'objectif et le but de l'entretien (Tétreault & Guillez, 2014, p.227).

Pour finir, L'entretien se termine sur une phrase de conclusion qui permet de s'assurer que la personne n'a pas plus d'éléments à fournir et de la remercier pour le temps consacré à notre recherche.

II. Analyse des résultats

a. Recueil de données et retranscription

Afin de sélectionner les participants, une prise de contact a dû être faite. Pour cela, des mails ont été envoyés au cours du mois de janvier à quatre ergothérapeutes travaillant en libéral. A la suite des quatre confirmations, les entretiens se sont déroulés en présentiel courant février et mars. Après accord des interviewés, les entretiens ont été enregistrés afin de faciliter la retranscription et l'analyse des propos.

b. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits (Annexe 9). Une première lecture permet d'identifier les éléments clés. Vient ensuite l'analyse de contenu. Pour appuyer cette catégorisation, les transcriptions ont ensuite été analysées avec IRAMUTEQ 07 alpha 2, un logiciel informatique d'analyse de corpus de textes (Iramuteq - IRaMuTeQ, 2022). La représentation en nuage de mot a permis d'obtenir une première vue d'ensemble (Comelli et al., 2021) (Annexe 10). L'analyse hiérarchique descendante (DHA) a ensuite donné des classes de mots statistiquement indépendantes (Salone, 2013), utiles pour identifier les thèmes principaux dans les transcriptions, représentés par des dendrogrammes (Annexe 11). Les entretiens ont été analysés en les regroupant. Les classes créées par IRAMUTEQ suite à la compilation des transcriptions ont été choisies en groupe (Annexe 12).

De plus, l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) (Annexe 13) est une méthode factorielle de Statistique Descriptive Multidimensionnelle (MDS). Elle est

utilisée lorsque l'on souhaite étudier la liaison entre deux variables qualitatives (nominales) : variable expérience danse, expérience de vie.

c. Présentation et analyse des résultats

L'ensemble des analyses des résultats qui vont suivre ont été faites en se basant sur deux matrices d'entretien (Annexe 14) et en utilisant la méthode Bardin.

c.1. Les populations majoritairement rencontrées en libéral

L'ensemble des ergothérapeutes ont révélé que les populations rencontrées sont quasiment les mêmes peu importe le cabinet dans lequel on travaille. En effet, les troubles du neurodéveloppement (TND) sont majoritaires. Parmi eux, nous retrouvons, la dyslexie, la dysgraphie, le trouble du spectre autistique (TSA), le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), la dyspraxie (TDC). Cependant, E1 affirme que dans son cabinet rencontrer des enfants présentant une dyslexie pure est rare. En effet, cette dernière est pour la plupart du temps associée à un autre trouble.

c.2. Lien entre ergothérapeute et milieu scolaire

Selon les ergothérapeutes interrogés, divers liens existent avec le milieu scolaire. En effet, ces derniers sont principalement retrouvés lors des équipes éducatives et lors des séances réalisées au sein de l'établissement. Cependant, E1 et E2 ajoutent une nuance. Lors des prises en charge au sein des écoles, le lien n'est pas systématique, parfois il y'a peu de communication avec les AESH et les enseignants. Pour elles, cela reste très « personne dépendante ».

De plus, lors des entretiens, les ergothérapeutes ont été unanimes sur un point : le manque de formation des AESH et des enseignants sur le handicap invisible. Ainsi, chacune a sa façon de procéder pour y remédier. E1 par exemple invite les AESH à participer aux séances, elle reste disponible par mail et par téléphone pour les questions des enseignants et des AESH... E2 réalise souvent des séances conjointes avec les AESH, pour elle, ce lien est très important car ces professionnels voient tous les jours les enfants et connaissent donc mieux leurs besoins que nous. Elle réalise également des séances en classe afin que les enseignants comprennent mieux comment accompagner les enfants. E3 quant à elle nous dit que le contact se fait toujours avec les AESH lors des séances réalisées au sein des établissements. Pour finir, E4 prend régulièrement contact avec les enseignants afin de comprendre leurs besoins et problématiques rencontrés par rapport à la mise en place de l'outil informatique et répondre à leurs questions.

Ainsi, nous voyons bien comme nous le dis E2 « le milieu scolaire une fois sur deux c'est un allié et une fois sur deux c'est ce qui peut rendre difficile la mise en place de plein de choses ». Comme nous le voyons dans l'ensemble des entretiens, la question du lien entre les ergothérapeutes et le milieu scolaire reste très personne dépendant (envie ou non d'être formé et de mettre en place des choses). Et pourtant, E1 affirme « moi je trouve que c'est le cœur de mon métier en fait »

c.3. Formations complémentaires sur la dyslexie et type d'intervention

Lors des quatre entretiens, aucune formation spécifique sur la dyslexie n'a été évoquée. Cependant, E2 nous informe que cette pathologie peut être évoquée dans d'autres formations telle que celle sur les troubles du neurodéveloppement... E1 et E4 affirment s'être formées sur le terrain et notamment grâce aux diverses collaborations avec les orthophonistes.

Pour ce qui est du type d'intervention auprès des enfants et adolescents dyslexiques, les quatre ergothérapeutes utilisent principalement un modèle de réadaptation / compensation. En effet, la plainte est principalement en lien avec l'écriture et la lecture. Elles mettent donc en place des compensations et des aménagements pédagogiques tel que l'outil informatique adapté avec divers logiciels afin de faciliter la scolarité des enfants et répondre à leurs besoins.

De plus, d'après E1 et E2, un modèle de rééducation peut être mis en place notamment pour l'écriture, cependant aux vues de l'avancée dans les niveaux scolaires, les moyens de compensation tel que l'outil informatique sera forcément nécessaire à un moment.

c.4. Obstacles rencontrés lors des prises en charge

De nombreux obstacles ont été identifiés lors des entretiens. En effet, l'engagement et la motivation de l'enfant sont les notions les plus récurrentes. De plus, l'environnement scolaire est un des plus gros freins identifiés. Par exemple, E4 décrit un manque de formation des enseignants, entraînant donc une non-volonté de mettre en place des choses par peur du travail que ça leur demanderait. Elle soulève également une problématique concernant les AESH. En effet, cette dernière nous informe que de nombreuses AESH font à la place de l'enfant afin de gagner du temps, sans se rendre compte qu'elles privent l'enfant de son autonomie et indépendance. Cela est notamment dû, comme le soulève E2, au manque d'AESH. De plus, E1 et E2 ajoutent, en plus de l'environnement scolaire, l'environnement familial comme un obstacle. Elles affirment que si le travail des séances n'est pas poursuivi à la maison,

l'apprentissage devient beaucoup plus lent et cela devient compliqué qu'il perdure dans le temps. Pour finir, E1 parle des motivations et de l'engagement de l'enfant, mais aussi de l'acceptation de son handicap. En effet, pour elle, de nombreux enfants développent un apprentissage satisfaisant de l'outil informatique mais ne veulent pas l'utiliser en classe par peur d'être différent des autres. E2 quant à elle, soulève également la notion de niveau de dyslexie. Cette dernière affirme que lorsque le niveau est très élevé, les logiciels ne sont plus assez puissants pour compenser les difficultés que rencontre l'enfant.

c.5. Ressources et/ou prédispositions naturelles des enfants et adolescents dyslexiques

L'ensemble des ergothérapeutes étaient d'accord pour affirmer que oui les enfants et adolescents dyslexiques avaient des ressources. E3 décrit notamment leur créativité, E2 leur mémoire auditive... De plus, elles ont toutes affirmé que les ressources des enfants étaient au cœur de notre métier et notamment au cœur de notre prise en charge. En effet, elles s'appuient toutes sur ces dernières afin de renforcer la motivation de l'enfant. E4 ajoute que ces ressources sont notamment identifiées lors des bilans initiaux. Pour elle, en tant qu'ergothérapeute, nous arrivons plus facilement à identifier ce genre de chose grâce à la notion de profil occupationnel, et par le fait qu'on prenne le patient dans sa globalité. Pour finir, lors des quatre entretiens, les ergothérapeutes ont affirmé s'appuyer sur les ressources des patients pour compenser leurs difficultés.

c.6. Accompagnement idéal des enfants et adolescents dyslexiques

Pour E1, afin d'avoir un accompagnement idéal des enfants et adolescents dyslexiques, il faudrait avoir une meilleure collaboration de tous les acteurs (famille, enseignants, AESH, ergothérapeutes...). Pour cela, des formations notamment pour les AESH et enseignants seraient nécessaires afin de renforcer le lien entre ergothérapeutes et milieu scolaire et donc de favoriser l'environnement scolaire de l'enfant. De plus, ce lien pourrait être renforcé par des réunions systématiques et plus régulières avec les équipes éducatives.

E2, met en avant la notion de dépistage précoce, et prise en charge précoce. En effet, pour elle, ce sont deux points très importants à améliorer. Elle reprend également le concept de sensibilisation et formation de tous les acteurs notamment au niveau scolaire afin de favoriser et d'améliorer l'environnement scolaire des enfants.

E3 parle également de la prise en charge précoce ainsi que de la nécessité d'avoir une meilleure collaboration entre tous les acteurs.

Pour finir, E4 reprend les notions précédentes, mais ajoute la nécessité que les parents et acteurs scolaires comprennent mieux le rôle de l'ergothérapeute. Cela permettrait une meilleure collaboration et pérennité des choses mises en place.

Comme nous pouvons le voir, les quatre ergothérapeutes sont plutôt en accord avec les modifications à apporter et les points sur lesquels il faudrait travailler.

III. Limites et biais de l'étude

Notre recherche présente des limites et des biais. Tout d'abord, nous pouvons dire que seulement quatre entretiens ont été réalisés, de ce fait, nous ne pouvons pas savoir si les pratiques des ergothérapeutes interrogées reflètent l'ensemble des professionnels travaillant en libéral auprès d'enfants et adolescents dyslexiques.

Une autre limite est l'âge et les années d'expérience des ergothérapeutes interrogées. En effet, une des ergothérapeutes interrogée était une jeune diplômée. Ainsi, cette dernière n'a pas pu fournir autant d'informations que les autres de par son manque d'expérience. Néanmoins, il s'agissait d'une volonté. En effet, le but était de voir s'il y avait une différence de point de vue entre une jeune diplômée ayant une formation plus récente et différente des anciennes générations avec notamment l'apprentissage de nouveau modèle en ergothérapie.

IV. Discussion

a. Interprétation des résultats

a.1. La prise en charge en ergothérapie des enfants et adolescents dyslexiques

Dans un premier temps, l'étude américaine (*Specific Learning Disability : The Invisible Handicap*, 2005 p315) nous informait que la dyslexie touche 80% des personnes identifiées comme ayant des difficultés d'apprentissage. Ainsi, cela représente un grand nombre d'enfants potentiellement pris en charge en ergothérapie. Les divers entretiens nous ont permis d'affirmer cela. En effet, d'après les ergothérapeutes interrogées, la majorité des enfants pris en charge en libéral sont des enfants présentant des TND et notamment parmi eux des enfants et adolescents dyslexiques. De plus, nous avons vu grâce aux études de Habib (2018) que la dyslexie était souvent associée à de nombreuses comorbidités. Cette notion a été reprise par les

ergothérapeutes lors des entretiens. Ces dernières ont affirmé qu'il était rare de prendre en charge des enfants présentant une dyslexie pure. Cette pathologie était pour la plupart du temps associée à un TDA/H, un TDC ou encore un TSA.

En ce qui concerne la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques, les ergothérapeutes ont affirmé se baser sur les ressources des enfants. Ces dernières étaient identifiées notamment lors des bilans initiaux et permettaient de renforcer l'engagement et la motivation de l'enfant tout au long de la prise en charge. Cette notion de ressource fait référence au modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) étudié précédemment (Caire et al., 2017). Nous voyons donc bien que ce modèle est utilisé en pratique par les ergothérapeutes lors de leurs prises en charge. De plus, nous nous apercevons que tous les points de vue de ce modèle sont utilisés quotidiennement avec les enfants et adolescents dyslexiques. En effet, l'ergothérapeute utilise à la fois le modèle de compensation et donc la mise en place d'outils informatiques mais elles s'appuient aussi sur ce qu'aime l'enfant. Cependant, aucun ergothérapeute n'a mentionné utiliser les jeux vidéo comme outil de rééducation. Néanmoins, dans leurs discours, elles affirmaient demander aux enfants ce qu'ils aimaient et ce dans quoi ils étaient forts. Ainsi, les jeux vidéo peuvent totalement rentrer dans cette catégorie.

Dans le discours des ergothérapeutes, nous pouvons également identifier le modèle MCPO. En effet, tout le long des entretiens, la collaboration avec le milieu scolaire était évoquée. Cette dernière était plus identifiée comme un obstacle ou quelque chose à travailler mais cela renforce l'idée de l'importance de cette notion comme affirmée par Paseka & Schwab (2019). De plus, grâce aux divers entretiens, nous avons compris à quel point l'environnement scolaire de l'enfant était influencé par les relations interprofessionnelles. Et que ce dernier jouait beaucoup sur la réussite scolaire ou non de l'enfant notamment grâce à la possibilité de mettre en place des adaptations en lien avec les besoins de l'enfant.

a.2. Les obstacles identifiés de cette prise en charge

Comme nous venons de voir, les ergothérapeutes mettent en place diverses adaptations / compensations afin de répondre au mieux aux besoins des enfants et adolescents dyslexiques. Cependant, de nombreuses difficultés sont rencontrées au quotidien.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont identifié le manque de formation des enseignants et AESH sur le sujet du handicap invisible. Cela correspond bien à ce que nous avons identifié précédemment. En effet, les AESH elles même décrivent leur formation comme

insuffisante et inadaptée à l'égard de l'étendue de leurs missions. Nous pouvons donc affirmer que ce manque de formation est bien un obstacle à la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques nécessitant une scolarisation adaptée. ... (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap / Défenseur des Droits*, s. d. ; Caire, 2009 ; ThemeGrill, 2018)

De plus, nous avons également identifié un manque de formation des enseignants. Cela est en accord avec le discours des ergothérapeutes. En effet, ce dernier représente l'explication majeure du parcours tumultueux des élèves en situation de handicap et notamment des « dys » (orientation par défaut, déscolarisation partielle ou totale...). (*Formation des Enseignants Face Aux Élèves En Situation de Handicap*, s. d. ; Caire, 2009 ; Acheampong et al., 2019). Ce manque de formation est à nuancer. En effet, de nombreuses formations existent bel et bien. Cependant, malgré l'existence de ces dernières, prenant notamment en compte le handicap invisible tel que les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie), encore beaucoup d'enseignants n'y participent pas et sont ainsi peu formés au sujet du handicap. Nous pouvons donc affirmer que ce manque est un frein à l'inclusion scolaire pour tous et notamment à l'accessibilité pédagogique (adaptation des contenus des cours, de leurs supports...) (*Rapport - Accompagnement Humain des Élèves En Situation de Handicap / Défenseur des Droits*, s. d. ; Mazereau, 2009)

Un autre obstacle a été identifié, il s'agit de l'engagement et de la motivation de l'enfant. En effet, si un enfant n'est pas motivé à faire l'apprentissage de l'ordinateur, ce dernier ne s'engagera pas dans la prise en charge. Ainsi, l'apprentissage ne sera pas efficient et efficace. Comme vu précédemment cette notion fait référence au MCREO. Nous voyons donc bien que les ergothérapeutes essaient de se baser sur les ressources des enfants afin de favoriser leur motivation. Cependant, cela ne marche pas à tous les coups. Un autre frein qui est en lien avec l'engagement et la motivation de l'enfant et qui a également été identifié par les ergothérapeutes lors des entretiens est l'acceptation du handicap. En effet, si l'enfant n'accepte pas sa différence, ce dernier n'arrivera pas non plus à s'engager dans les séances. Cela rendra d'autant plus difficile la mise en place d'adaptations pédagogiques. Par exemple, les ergothérapeutes décrivaient un problème récurrent, les enfants arrivaient à développer un apprentissage satisfaisant de l'ordinateur, cependant ils ne voulaient pas le prendre à l'école. Cela était dû à la différence, ils voulaient être comme les autres. Cette notion d'acceptation de handicap et de différence a également été écrite par l'étude de Bacquelé (2015). Cette dernière nous montre que plus de la moitié des élèves disposant d'un ordinateur ne parviennent pas à l'exploiter dans le cadre scolaire malgré sa nécessité. Dans la même étude nous comprenons que cette non-utilisation n'est en aucun cas dû à un mauvais apprentissage mais plutôt à l'impact du regard

des autres plus ou moins bienveillant. Nous pouvons donc affirmer que l'acceptation du handicap influe sur l'engagement et la motivation de l'enfant qui va également avoir un impact négatif sur la prise en charge.

Pour finir, l'environnement familial a été décrit comme un obstacle. En effet, pour les ergothérapeutes, l'apprentissage de l'ordinateur est quasiment impossible si la famille ne soutient pas l'enfant. Cela est notamment dû à un manque d'apprentissage en dehors des séances. Par exemple, un enfant pourra apprendre à se servir d'un ordinateur de manière rapide s'il voit des choses en séance et qu'il continue à les travailler à la maison. Au contraire, pour un enfant qui n'est pas soutenu par la famille, l'apprentissage sera beaucoup plus lent du fait d'un apprentissage seulement lors des séances. L'environnement familial peut également être un frein à la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques.

a.3. Réponse aux questionnement initiaux

Au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous nous posons la question suivante : **Dans le cadre de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire, comment les ergothérapeutes peuvent prendre en compte la spécificité d'apprentissage des enfants et adolescents dyslexiques souffrant d'un handicap invisible pour favoriser leur appropriation des savoirs ?**

Suite à nos différentes recherches, nous pourrions reconnaître que les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques. Ces derniers pourraient réaliser un processus d'intervention avec divers moyens qui pourraient favoriser l'appropriation des savoirs de ces enfants souffrant d'un handicap invisible malgré les divers obstacles rencontrés. En effet, ils pourraient notamment mettre en place un modèle de compensation/réadaptation afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant. Ils pourraient également s'appuyer sur divers modèles en ergothérapie pour faciliter cet apprentissage. L'ensemble de ces modèles pourrait essayer de contrer les obstacles potentiellement rencontrés. Les points sur lesquels les ergothérapeutes pourraient principalement travailler seraient la motivation et l'engagement de l'enfant mais également son environnement scolaire et familial grâce, entre autres, aux diverses collaborations qui pourraient être mises en place.

Conclusion

Lorsque nous analysons le nombre d'enfants présentant un handicap invisible en classe, nous pourrions envisager que l'inclusion scolaire est pleinement mise en œuvre au sein des établissements. Cependant, un examen plus attentif révèle que, dans la plupart des cas, soit le diagnostic n'a pas été formellement établi, soit aucune adaptation n'est mise en place. Ainsi, bien que les enfants souffrant de handicaps invisibles tels que la dyslexie soient effectivement présents dans des classes ordinaires, peut-on réellement parler d'inclusion scolaire ? En effet, comme nous l'avons observé, l'inclusion scolaire véritable consiste à adapter l'environnement pour faciliter la scolarité des enfants en situation de handicap, ce qui est souvent négligé. C'est pourquoi tous les professionnels, y compris les ergothérapeutes, ont un rôle à jouer dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques, comme nous l'avons précédemment souligné grâce à divers modèles d'intervention en ergothérapie, notamment un modèle de compensation/réadaptation adapté aux besoins de l'enfant.

Ce projet de recherche nous a permis d'explorer un processus grâce aux compétences nécessaires en analyse, rigueur, traitement de texte et réflexion/questionnement autour de la pratique professionnelle. De plus, il nous a sensibilisé à la prise en compte des enfants et des adolescents dyslexiques, souffrant de handicaps invisibles, et nous a démontré l'existence de méthodes, d'outils et de moyens spécifiques pour les accompagner au quotidien. Les entretiens avec divers professionnels nous ont également permis de découvrir différentes approches et de réaliser l'importance du travail collaboratif.

Pour compléter cette recherche, il serait intéressant de mener des études auprès d'une population plus large d'ergothérapeutes libéraux afin de confirmer et de compléter les différentes méthodes étudiées. De plus, il serait pertinent d'approfondir la question des obstacles rencontrés, notamment pour comprendre plus précisément pourquoi les établissements représentent un frein à l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap. Ainsi, cela pourrait permettre de chercher et éventuellement de trouver des solutions pour y faire face, afin d'assurer une meilleure prise en charge et donc une scolarité plus adaptée.

En conclusion, lors du congrès Occitadys, une question a été soulevée concernant le handicap invisible. Il semble pertinent de la partager et de vous inviter à y réfléchir : « N'est-ce pas en réalité le terme de "handicap invisible" qui caractérise la personne différente comme

inférieure et qui entrave une logique inclusive ? » « Ne serait-il pas préférable d'utiliser des termes neutres, tels que "personne présentant une caractéristique" ? » « Ne serait-il pas plus approprié de dire "je suis différent car j'ai telle caractéristique" plutôt que "j'ai un handicap invisible" ? »

Bibliographies

- Acheampong, E., Yeboah, M. M., Anokye, R., Adusei, A. K., Naadutey, A., & Afful, B. F. (2019). Knowledge of basic school teachers on identification and support services for children with dyslexia. *Journal Of Indian Association For Child And Adolescent Mental Health*, 15(2), 86-101. <https://doi.org/10.1177/0973134220190206>
- ANFE. (2023, 28 novembre). *Qu'est ce que l'ergothérapie - ANFE*. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- Bacquelé, V. (2015). L'usage de l'informatique par les élèves dyslexiques: un outil de compensation à l'épreuve de l'inclusion scolaire. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, (116).
- Barth, I. (2022). Chapitre 7. Le handicap invisible, pourquoi révéler ce qui est caché ?. Dans : Anne Joyeau éd., *Handicaps invisibles et situations personnelles handicapantes: Comprendre pour agir au travail* (pp. 105-124). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.joyea.2022.01.0106>
- Berninger, V. W., Nielsen, K., Abbott, R. D., Wijsman, E. M., & Raskind, W. H. (2008). Writing problems in developmental dyslexia : Under-recognized and under-treated. *Journal Of School Psychology*, 46(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.11.008>
- Blaesius, N., & Fleck, S. (2015, October). Quinze minutes de jeu vidéo: apports pour la prise en charge de la dyslexie. In *27ème conférence francophone sur l'Interaction Homme Machine*. (p. w9). ACM.
- Brock, E. L., & Fernet, E. F. (2011). *The Dyslexic advantage*. British Library. Viking.
- Brun-Henin, F., Velay, J., Beecham, Y. & Cariou, S. (2012). Troubles d'écriture et dyslexie : revue théorique, aspects cliniques et approche expérimentale. *Développements*, 13, 4-28. <https://doi.org/10.3917/devel.013.0004>
- Cado, A., Nicli, J., Bourgois, B., Vallée, L., & Lemaitre, M. P. (2019). Évaluation des besoins en outils informatiques pour les enfants présentant un trouble du langage écrit: proposition d'un arbre décisionnel. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2(4), 305-313.
- Caire, J. M. (2009). La scolarité pour tous depuis la loi de février 2005?. *Ergothérapies (Arcueil)*, (36), 31-41.
- Caire J.M, Rouault L. (2017) Modèle canadien du rendement et engagement occupationnel, in

- Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Castles, A., & Coltheart, M. (2004). Is there a causal link from phonological awareness to success in learning to read ? *Cognition*, *91*(1), 77-111. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(03\)00164-1](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(03)00164-1)
- CogniFit. (s. d.). Dyslexie. <https://www.cognifit.com/fr/science/recouvrir-sa-sante-cerebrale/dyslexie>
- Coltheart, M., Curtis, B., Atkins, P. W. B., & Haller, M. (1993). Models of reading aloud : Dual-route and parallel-distributed-processing approaches. *Psychological Review*, *100*(4), 589-608. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.100.4.589>
- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. C. (2001). DRC : A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, *108*(1), 204-256. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.1.204>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Culturedys. (2023, 7 mars). *Jeux pour dyslexique : top 5 des meilleurs jeux*. CultureDys. <https://culturedys.com/jeux-pour-dyslexique-top-5-des-meilleurs-jeux/>
- Daure, I., & Salaün, F. (2017). Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le Journal des psychologues*, (6), 22-27.
- Depuis la loi de 2005, la scolarisation des enfants en situation de handicap a très fortement progressé.* (s. d.). Ministère de L'Education Nationale et de la Jeunesse. <https://www.education.gouv.fr/depuis-la-loi-de-2005-la-scolarisation-des-enfants-en-situation-de-handicap-tres-fortement-progresse-2018>
- De Oliveira Borba, P. L., Pereira, B. P., De Souza, J. R. B., & Lopes, R. E. (2020). Occupational Therapy Research in Schools : A Mapping Review. *Occupational Therapy International*, *2020*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/5891978>
- Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf.* (s. d.). Consulté 4 avril 2024, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf
- DMA-petit memento sur le handicap .pdf.* (s. d.). Consulté 4 avril 2024, à l'adresse <https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/DMApetit%20memento%20sur%20%20handicap%20.pdf>

- Du Québec, O. D. E. (s. d.). *L'ergothérapie en milieu scolaire*. Ordre des Ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/12-lergothérapie-en-milieu-scolaire.html>
- Dyslexie : quand les difficultés en orthographe gênent l'acquisition de l'écriture* | CNRS. (2017, 28 novembre). CNRS. <https://www.cnrs.fr/fr/presse/dyslexie-quand-les-difficultés-en-orthographe-génent-l'acquisition-de-l'écriture>
- Egan, M., et Restall, G. (2023). Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO). *Formation des enseignants et encadrants des élèves à besoins éducatifs particuliers*. (s. d.). Académie de Versailles. <https://www.ac-versailles.fr/formation-des-enseignants-et-encadrants-des-eleves-a-besoins-educatifs-particuliers-123623>
- Formation des enseignants face aux élèves en situation de handicap*. (s. d.). Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180203233.html>
- Franceschini, S., Gori, S., Ruffino, M., Viola, S., Molteni, M., & Facoetti, A. (2013). Action video games make dyslexic children read better. *Current Biology*, 23(6), 462-466. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.01.044>
- Gentaz, É. (2018). *La main, le cerveau et le toucher: Approches multisensorielles et nouvelles technologies*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.genta.2018.01>
- Gombert, A., Feuilladiéu, S., Gilles, P., & Roussey, J. (2008). die Einschulung schwer legasthenischer Schüler in eine gewöhnliche Klasse am Collège : Verbindung zwischen pädagogischer Anpassung, Standpunkt der Lehrer und erlebter Schulerfahrung der Kinder. *Revue Française de Pédagogie (Paris)*, 164, 123-138. <https://doi.org/10.4000/rfp.2141>
- Habib, M. (2003). *La dyslexie à livre ouvert*. Résodys.
- Habib, M. (2015). Dyslexie et troubles apparentés : une nouvelle thématique de santé publique, entre neuroscience et pédagogie. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 199(6), 853-868. [https://doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)30889-1](https://doi.org/10.1016/s0001-4079(19)30889-1)
- Habib, M. (2018). *La constellation des dys: Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles*. De Boeck Supérieur.
- Handicap.fr. (2022, 22 janvier). *Ecole inclusive : des progrès mais peut mieux faire*. <https://informations.handicap.fr/a-ecole-inclusive-progres-mais-peut-mieux-faire-32217.php>
- Handicap-cog-points-de-repère-et-enjeux-Conte.pdf*. (s. d.). Consulté 5 avril 2024, à l'adresse <https://coridys.fr/wp-content/uploads/2014/08/handicap-cog-points-de-rep%C3%A8re-et-enjeux-Conte.pdf>

- Henripin, M. (1994). Les pratiques locales du partenariat en éducation-travail au Québec. *Landry C., Serre F., (sous la direction de), École et entreprise. Vers quel partenariat*, 29-43.
- Humaines, S. (2022, 31 mai). Schè ; me. *Sciences Humaines*. https://www.scienceshumaines.com/scheme_fr_43343.html#:~:text=Un%20sch%C3%A8me%20correspond%20%C3%A0%20un,de%20plus%20en%20plus%20abstraites.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Lancement de la concertation « Ensemble pour une école inclusive »* . (s. d.). handicap.gouv.fr. <https://handicap.gouv.fr/lancement-de-la-concertation-ensemble-pour-une-ecole-inclusive>
- Le talent code*. (s. d.). Google Books. https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=y3urEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Le+Talent+Code&ots=0EhQo-dPy4&sig=SQ1eeb0Bev5hvQbssNVihMDf4B0&redir_esc=y#v=onepage&q=Le%20Talent%20Code&f=false
- L'école inclusive*. (s. d.). Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/action/l-ecole-inclusive>
- Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante - Sénat*. (s. d.). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r11-635/r11-635.html>
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance*. (s. d.). <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) - Légifrance*. (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027677984>
- Maeder, C. (2012). Troubles dyslexiques et troubles de la compréhension écrite : quels liens, quelles différences, quelles évaluations ?. *Développements*, 13, 29-37. <https://doi.org/10.3917/devel.013.0029>
- Malié, L. (2016, 7 juin). *Quand la dyslexie devient un point fort : témoignages d'adultes dyslexiques sur les atouts de leur trouble des apprentissages au sein du monde professionnel*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01522727>

- Marin, B., Legros, D. (2008). *Psycholinguistique cognitive: Lecture, compréhension et production de texte*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.marin.2008.01>
- Mazereau, P. (2009). La formation des enseignants et la scolarisation des élèves handicapés, perspectives européennes : état des lieux et questionnements. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 42, 13-32. <https://doi.org/10.3917/lse.421.0013>
- McCandliss, B. D., & Noble, K. G. (2003). The development of reading impairment : A cognitive neuroscience model. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(3), 196-205. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10080>
- Mimouni, Z., L'anglais, C., Granger, M. P., Courtemanche, C., & Delage, I. (2013). L'impact des mesures de soutien sur la réussite scolaire des étudiants dyslexiques du collégial.
- Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Najjar, N. (2015). *L'impact de l'usage des Tice sur l'apprentissage des enfants et jeunes dyslexiques, dysorthographiques et dyscalculiques: l'autonomie et l'estime de soi* (Doctoral dissertation, Université Toulouse le Mirail-Toulouse II).
- Neurones de la lecture (Les)*. (s. d.). Google Books. [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=WHpoVIbr75AC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neurones+de+la+lecture+\(Les\)+:+La+nouvelles+science+de+la+lecture+ey+de+son+apprentissage&ots=sedslc-uNc&sig=tSdS0Pe1TtUfgVGq98hMHq2xKuI&redir_esc=y#v=onepage&q=Neurones%20de%20la%20lecture%20\(Les\)%20%3A%20La%20nouvelles%20science%20de%20la%20lecture%20ey%20de%20son%20apprentissage&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=WHpoVIbr75AC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neurones+de+la+lecture+(Les)+:+La+nouvelles+science+de+la+lecture+ey+de+son+apprentissage&ots=sedslc-uNc&sig=tSdS0Pe1TtUfgVGq98hMHq2xKuI&redir_esc=y#v=onepage&q=Neurones%20de%20la%20lecture%20(Les)%20%3A%20La%20nouvelles%20science%20de%20la%20lecture%20ey%20de%20son%20apprentissage&f=false)
- Norton, E. S., Beach, S. D., & Gabrieli, J. D. E. (2015). Neurobiology of dyslexia. *Current Opinion In Neurobiology*, 30, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.09.007>
- Paseka, A., & Schwab, S. (2019). Parents' attitudes towards inclusive education and their perceptions of inclusive teaching practices and resources. *European Journal Of Special Needs Education*, 35(2), 254-272. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1665232>
- Piquard-Kipffer, A., & Léonova, T. (2017). *Scolarité et handicap : parcours de 170 jeunes dysphasiques ou dyslexiques- dysorthographiques âgés de 6 à 20 ans*. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01645096v1>
- Pope, C., & Mays, N. (2006). Qualitative methods in health research. *Qualitative research in health care*, 1-11.

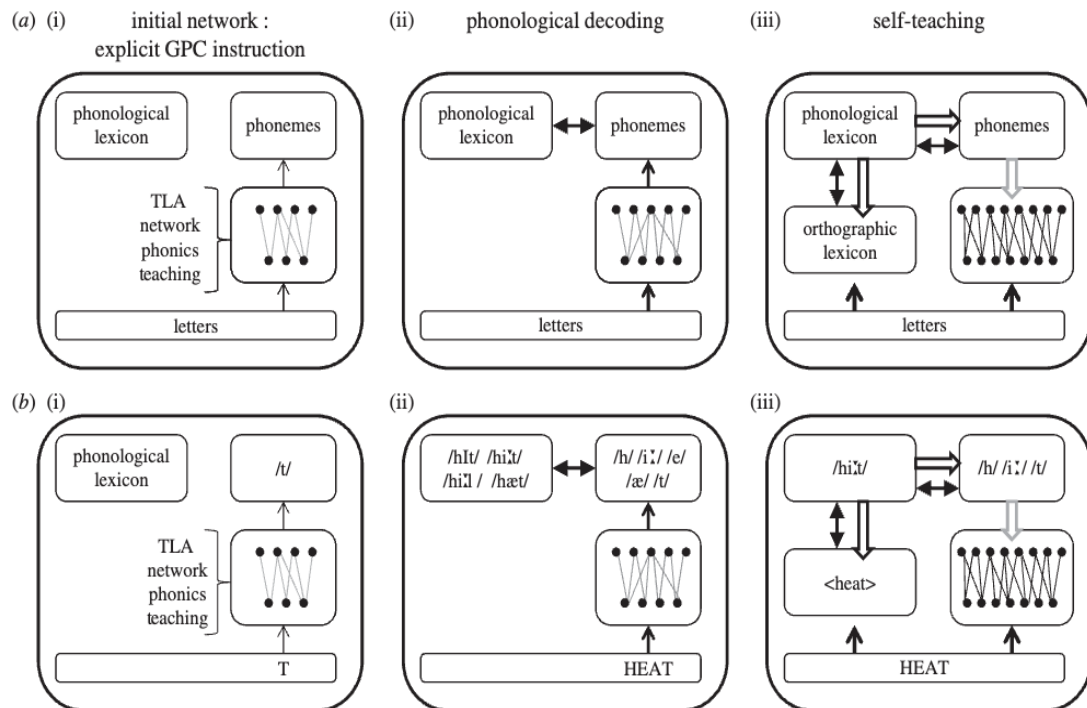
- Raphaël. (2022, 31 mars). Jeu éducatif : rôle et exemples pour différentes matières. *FranceDyslexia*. <https://francedyslexia.com/jeu-educatif-exemples-differentes-matieres/>
- Rapport - Accompagnement humain des élèves en situation de handicap | Défenseur des Droits*. (s. d.). Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-accompagnement-humain-des-eleves-en-situation-de-handicap-270>
- Ronald D. Davis, Braun, E. M., & de Launay, A. F. (1995). *Le don de dyslexie*. La Méridienne.
- Rueckl, J. G., Paz-Alonso, P. M., Molfese, P. J., Kuo, W. J., Bick, A., Frost, S. J., Hancock, R., Wu, D., Mencl, W. E., Duñabeitia, J. A., Lee, J. R., Oliver, M., Zevin, J. D., Hoeft, F., Carreiras, M., Tzeng, O. J., Pugh, K. R., & Frost, R. (2015). Universal brain signature of proficient reading : Evidence from four contrasting languages. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, *112*(50), 15510-15515. <https://doi.org/10.1073/pnas.1509321112>
- Seidenberg, M. S., & McClelland, J. L. (1989). A distributed, developmental model of word recognition and naming. *Psychological Review*, *96*(4), 523–568. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.523>
- Snowling, M., Hulme, C., & Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia : past, present and future. *Oxford Review Of Education*, *46*(4), 501-513. <https://doi.org/10.1080/03054985.2020.1765756>
- Specific learning disability : the invisible handicap*. (2005, 1 avril). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15876592/>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- ThemeGrill. (2018, 1 octobre). *Interview AVS/AESH : rencontre avec Virginie | Génération Cochlée*. <http://generation-cochlee.fr/interview-avs-aesh-rencontre-avec-virginie/>
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Zesiger, P. (2003). Acquisition et troubles de l'écriture. *Enfance*, *55*, 56-64. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0056>
- Ziegler, J. C., Perry, C., & Zorzi, M. (2014). Modelling reading development through phonological decoding and self-teaching : implications for dyslexia. *Philosophical*

Transactions Of The Royal Society B, 369(1634),
20120397. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0397>

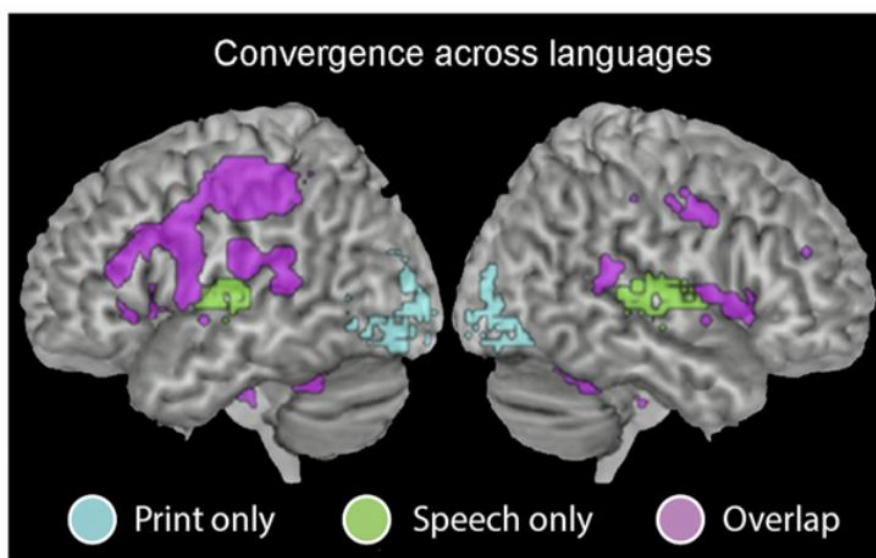
Annexes

ANNEXE 1 - ILLUSTRATION DES MÉCANISMES DE DÉCODAGE PHONOLOGIQUE ET D'AUTO-APPRENTISSAGE (Ziegler et al., 2014)	II
ANNEXE 2 - CARTES D'INSERTION MONTRANT LES AIRES ACTIVÉES POUR LES CARACTÈRES IMPRIMÉS SEULEMENT (CYAN), LA PAROLE SEULEMENT (VERT), OU POUR LES DEUX (VIOLET) (Rueckl et al., 2015)	II
ANNEXE 3 - « MODELE TRIANGULAIRE » (SEIDENBERG & MCCLELLAND, 1989)	III
ANNEXE 4 - « MODELE A DOUBLE VOIE DE LECTURE » (COLTHEART & CURTIS, 1993).....	III
ANNEXE 5 - SCHEMA REPRESENTANT LES TYPES DE CONNAISSANCE (COLONNE DE GAUCHE), LES COMPOSANTS IMPLIQUES DANS L'APPRENTISSAGE DE L'ECRITURE (COLONNE CENTRALE) ET LES FONCTIONS DES AFFERENCES PERCEPTIVES (COLONNE DE DROITE) (Zesiger, 2003).....	IV
ANNEXE 6 - LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL (MCREO) (MOREL-BRACQ, 2017).....	IV
ANNEXE 7 - GUIDE D'ENTRETIEN	V
ANNEXE 8 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	VI
ANNEXE 9 - ENTRETIEN E1	VII
ANNEXE 10 - NUAGE DE MOT IRAMUTEQ.....	XVII
ANNEXE 11 - ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE (DHA) IRAMUTEQ...XVII	
ANNEXE 12 - CLASSES D'ENTRETIEN IRAMUTEQ	XVIII
ANNEXE 13 - ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES (AFC) IRAMUTEQ.....	XIX
ANNEXE 14 - MATRICES D'ANALYSE D'ENTRETIEN	XIX

ANNEXE 1 - ILLUSTRATION DES MÉCANISMES DE DÉCODAGE PHONOLOGIQUE ET D'AUTO-APPRENTISSAGE (Ziegler et al., 2014)

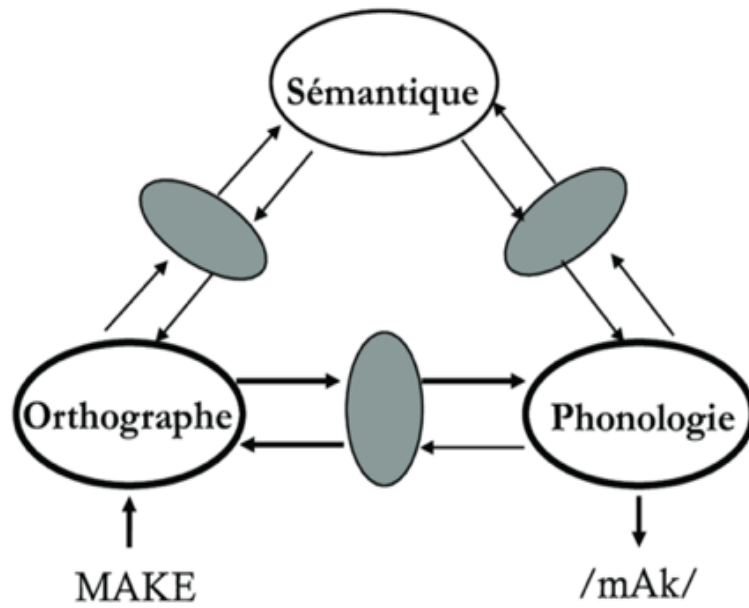


ANNEXE 2 - CARTES D'INSERTION MONTRANT LES AIRES ACTIVÉES POUR LES CARACTÈRES IMPRIMÉS SEULEMENT (CYAN), LA PAROLE SEULEMENT (VERT), OU POUR LES DEUX (VIOLET) (Rueckl et al., 2015)



PSYCHOLOGICAL AND
COGNITIVE SCIENCES

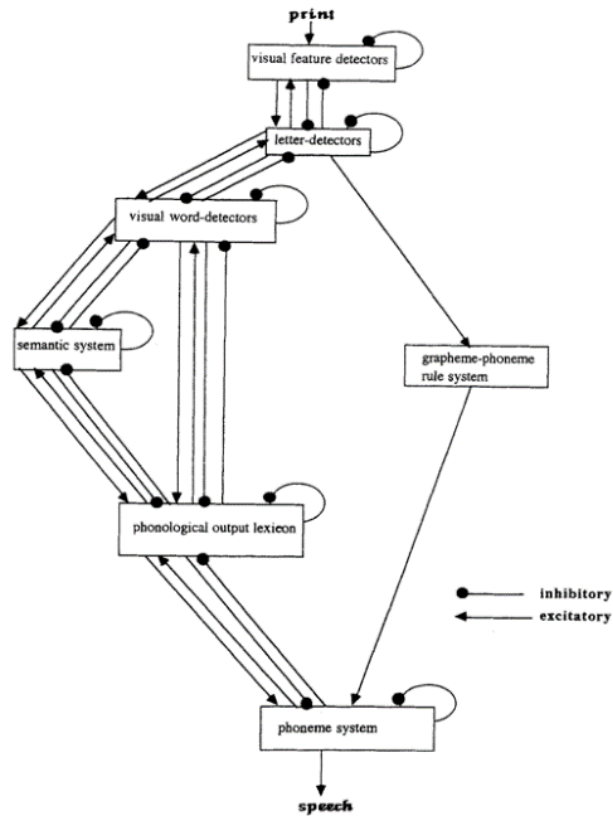
ANNEXE 3 - « MODELE TRIANGULAIRE » (SEIDENBERG & MCCLELLAND, 1989)



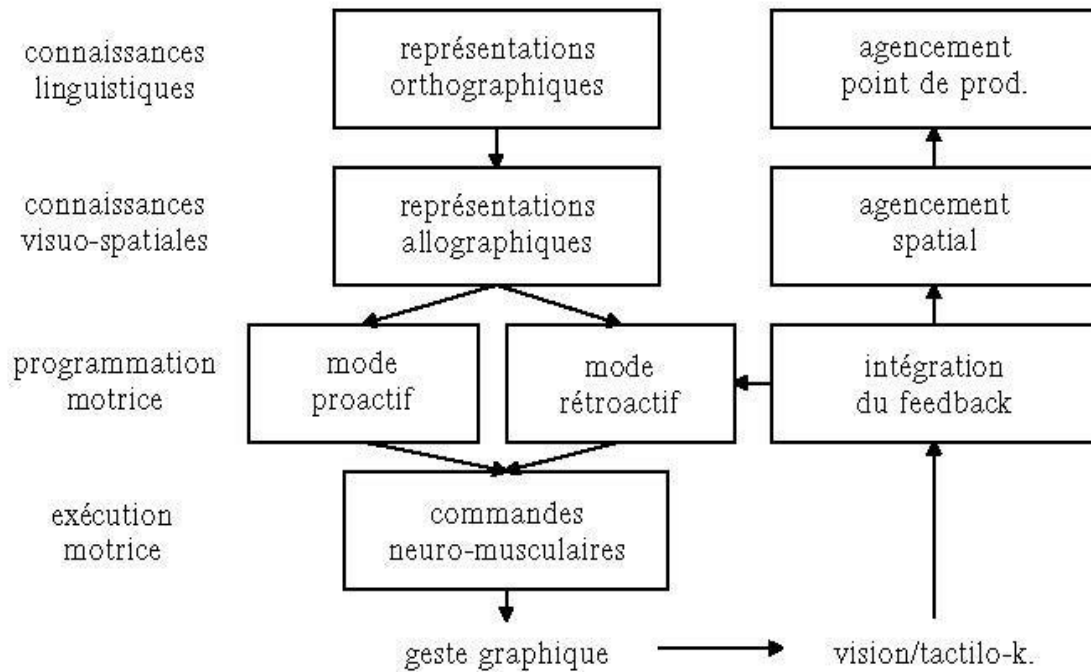
ANNEXE 4 - « MODELE A DOUBLE VOIE DE LECTURE » (COLTHEART & CURTIS, 1993)

598

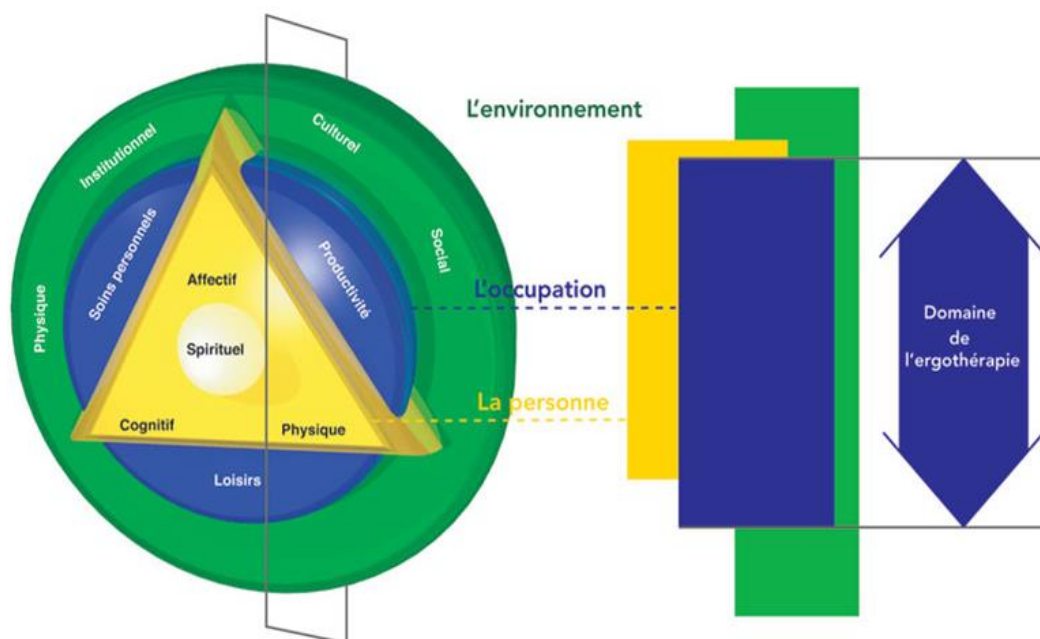
COLTHEART, CURTIS, ATKINS, AND HALLER



ANNEXE 5 - SCHEMA REPRESENTANT LES TYPES DE CONNAISSANCE (COLONNE DE GAUCHE), LES COMPOSANTS IMPLIQUES DANS L'APPRENTISSAGE DE L'ECRIURE (COLONNE CENTRALE) ET LES FONCTIONS DES AFFERENCES PERCEPTIVES (COLONNE DE DROITE) (Zesiger, 2003)



ANNEXE 6 - LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL (MCREO) (MOREL-BRACQ, 2017)



ANNEXE 7 - GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis FERRER Marina, étudiante en 3-ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Nous nous voyons aujourd'hui dans le cadre de mon travail d'initiation à la démarche de recherche : le mémoire. Je tiens dans un premier temps à vous remercier d'avoir accepté de vous entretenir avec moi ce jour. Plus précisément, l'objectif de notre rencontre est d'aborder la question de l'intervention en ergothérapie auprès d'enfants et adolescents dyslexiques. Nous aborderons plus spécifiquement l'accompagnement que vous proposez en tant qu'ergothérapeute libérale face aux difficultés que rencontre ce type de population souffrant d'un handicap invisible. Cela durera environ 45min. Pour m'aider dans mon travail d'analyse, cet entretien sera enregistré et je serai amené à vous envoyer un formulaire de consentement à la suite de l'entretien. Êtes-vous d'accord avec cela ? Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

Questions :

1. Pouvez-vous vous présenter ? J'aimerais également connaître vos motivations qui vous ont amené à faire du libéral.
2. Quel est le type de population que vous rencontrez majoritairement en pédiatrie ? Quel type de pathologies ?
3. Pouvez-vous me dire quels sont les liens que vous avez avec les milieux scolaires en tant qu'ergothérapeute ?
4. Par rapport aux enfants et adolescents dyslexiques pouvez-vous me dire quels sont vos connaissances, vos formations complémentaires et comment vous pratiquez l'ergothérapie avec ces enfants ?
5. Pouvez-vous me raconter une situation qui a bien marché et où l'enfant a pu développer un apprentissage satisfaisant
6. Pouvez-vous me donner un élément où au contraire le processus d'intervention s'est moins bien passé ?
7. Comment comprenez-vous ces différences ?
8. Lors du congrès Occitadys j'ai pu assister à une table ronde où le modérateur évoquait la question de la prédisposition naturelle des enfants dys et des ressources potentielles de ces mêmes enfants. J'aimerais avoir votre avis sur cette question.
9. Pour vous quel serait l'accompagnement idéal du parcours dys, et sur quoi faudrait-il travailler, insister ?

Conclusion : Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien et de m'avoir accordé de votre temps. Si vous souhaitez que je vous envoie ce travail, ou en savoir plus sur ce dernier, n'hésitez pas, vous avez mon mail.

ANNEXE 8 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE
L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Exerçant à l'adresse suivante : _____

Autorise FERRER Marina dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'institut de formation en ergothérapie de TOULOUSE

A enregistrer ma voix

A me photographier

A me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche.
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixations d'image et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par _____. Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé

Fait à _____, le : _____

Signature (précédé de la mention « lu et approuvé ») :

ANNEXE 9 - ENTRETIEN E1

1 **Marina** : Pouvez-vous vous présenter ? J'aimerais également connaître vos motivations qui
2 vous ont amené à faire du libéral.

3 **E1** : Moi je suis E1, je suis ergothérapeute en libéral depuis 2010. Je suis diplômée depuis 2004
4 de l'institut de Bordeaux. Je fais du libéral donc depuis 2010 d'abord sur Paris et depuis 2013
5 ici dans la région. Et en libéral c'est quasiment uniquement de la pédiatrie avec beaucoup de
6 troubles des apprentissages. Donc voilà ça c'est vraiment notre patientèle habituelle. Alors ça
7 va du plus petit au plus grand, du pré scolaire, maternelle, moi j'en ai même qui passe le bts...
8 donc voilà moi j'ai un panel de population qui est un petit peu large. Et puis comme je me suis
9 formée à plein d'autres choses en plus de l'ergothérapie j'ai des maladies neurologiques, des
10 handicaps rares, des handicaps moteurs, j'ai des enfants TSA. On a des enfants avec des hauts
11 potentiels aussi. Voilà un peu tout ça.

12 **Marina** : D'accord, et pourquoi le libéral et pas une structure ?

13 **E1** : Pourquoi le libéral ? alors, moi j'ai d'abord travaillé en structure. Quand je suis sortie de
14 l'école de Bordeaux j'ai travaillé dans un service mobile d'accompagnement pour traumatisés
15 crâniens, sauf que je n'étais pas forcément ergothérapeute de terrain, j'étais plutôt un peu chef
16 de service responsable des aides humaines, donc c'était super j'ai adoré mais j'étais loin de ma
17 pratique en sortant de l'école. Donc je suis restée un an et puis après je suis partie faire de
18 l'humanitaire au Sénégal quelques mois. Puis au retour j'ai trouvé un poste sur Bordeaux en
19 psychiatrie. Voilà, complètement par hasard. Je m'étais dit que je n'irais jamais en psychiatrie
20 et puis finalement... Là j'étais dans un centre de réhabilitation psychosociale donc vraiment
21 l'aide à la prise d'appartement, reprendre un emploi, reprendre des études, se déplacer, faire ses
22 courses, enfin c'était vraiment sur le quotidien. Donc ça, ça m'a beaucoup plu, je suis restée 4
23 ans avec beaucoup de séjours autonomie, beaucoup de choses comme ça. Et puis au bout d'un
24 moment le salariat a eu ses limites en termes de, voilà tous les projets j'en avais pleins, j'étais
25 jeune aussi donc j'avais envie de mettre en place plein de choses en psychiatrie j'avais une
26 collègue ergothérapeute qui était une vieille ergothérapeute donc ancienne école pas du tout
27 pour ce genre de mise en place. Donc c'était un peu la guerre et puis bah voilà, l'inconvénient
28 de l'établissement de se dire qu'on n'a pas les moyens, que votre projet il est super mais ce
29 n'est pas possible, des collègues pas forcément super motivés... et puis surtout j'ai fait un

30 « burn-out ». Voilà parce que j'étais à fond les ballons, et puis bah on n'était pas bien soutenus
31 je trouve pour être en psychiatrie et avoir des publics d'adultes, jeunes ados, bipolaires
32 schizophrènes. Enfin voilà on avait quand même des gros trucs. Et ouais donc voilà j'ai
33 vraiment pété un boulon et donc je me suis dit je fais une pause je réfléchis à ce que je vais faire.
34 C'est vrai que moi j'avais toujours voulu travailler en pédiatrie mais en structure... Sauf qu'il
35 n'y avait pas de poste. Donc même en allant très très loin c'était vraiment très rare. Et puis ma
36 meilleure amie avait monté son cabinet sur Paris et donc elle m'a dit « écoute, viens voir, viens
37 dans mon cabinet » et effectivement ça me titillait le libéral. A l'époque j'étais sur Bordeaux
38 donc y'en avait pas beaucoup, y'avait que 2 cabinets, 1 qui faisait de la pédiatrie et un qui faisait
39 de l'adulte, ce n'était pas très développé. Et puis je me suis dit allez tentons l'aventure du libéral,
40 allons voir. Et donc je suis partie à Paris, je suis restée 3 ans en libéral, j'ai adoré. Dans le sens
41 où voilà alors certes c'est lourd en organisation, en gestion personnelle, pro. Voilà au début on
42 peut s'y perdre un peu. Et donc là l'intérêt c'est que j'étais collaboratrice moi donc c'est vrai
43 que bah j'ai été formée par ma meilleure amie j'ai eu les patients que je voulais au fur et à
44 mesure, je n'ai pas galéré à trouver, j'ai eu rapidement un salaire qui me permettait de vivre. Et
45 donc j'ai découvert le libéral bien accompagné pour tous les bilans... parce que c'était quand
46 même un métier à part entière. Et surtout que moi j'ai été formée en 2004 donc je n'avais pas eu
47 beaucoup de cours sur la pédiatrie ou alors si mais sur des enfants IMC, avec des pathologies
48 neuro qu'on n'avait pas du tout en libéral. Donc je me suis formée sur le tas et pis ben j'ai
49 découvert ma voie. Ouais voilà, je me suis dit je veux être chef d'entreprise, le principe du
50 libéral ça me convient parfaitement. Voilà je paye cher cette liberté mais à un moment donné
51 j'ai ce luxe de pouvoir choisir les patients avec qui je veux travailler, me former dans les
52 domaines que j'ai envie, le côté hyper spécialisé en psychiatrie ça m'avait plu, mais là c'était
53 de se dire, là je peux avoir, des enfants, des bébés, des personnes âgées, des adultes, je peux
54 faire toutes pathologies, je peux ne pas me limiter. Donc c'est en ça que je trouve que le libéral
55 apporte aujourd'hui cette possibilité. En tout cas moi maintenant que ça fait plus de 10 ans que
56 je fais du libéral j'ai ce luxe de pouvoir aujourd'hui choisir mes patients. Quand on s'installe,
57 souvent au début on a que de l'ordi de la compensation informatique mais avec le temps le
58 réseau se développe. Voilà par exemple moi j'ai des nouveaux-nés, j'ai des personnes âgées,
59 des visites à domicile, je forme les enseignants, les AESH, enfin voilà je fait plein plein plein
60 de choses et aujourd'hui je ne suis pas limitée et en fait je trouve que c'est ça l'intérêt du libéral.
61 En fait ma seule limite c'est moi.

62 **Marina** : Comme vous avez dit, vous avez majoritairement de la pédiatrie, même s'il y'a quand
63 même parfois des adultes...

64 **E1** : Ouais on peut dire 97% enfants

65 **Marina** : Et donc est ce qu'il y'a une pathologie qui revient plus que d'autre ? ou plusieurs
66 pathologies qui sont quand même plus dominantes ?

67 **E1** : Moi comme j'ai un peu cette couleur d'intégration sensorielle, je vais avoir pas mal de
68 demandes d'enfants autistes, mais je ne suis pas spécialisée autiste non plus donc voilà je ne
69 milite pas forcément là-dessus. On va dire j'ai 1/3 d'enfants autistes. Et après on peut dire que
70 les autres 2/3 c'est des multi-dys en fait. Souvent la plainte c'est l'écriture. Donc souvent y'a
71 une dysgraphie, soit une dyspraxie derrière enfin TDC, soit une dyslexie associée mais des
72 dyslexies pures en tout cas on n'en a pas parce que ce n'est pas notre domaine, c'est plus les
73 orthophonistes. Si vraiment c'est une dyslexie pure on n'a pas à intervenir ou alors peut-être
74 pour mettre en place la compensation a un moment donné mais voilà ce n'est généralement
75 jamais seul quoi. Donc c'est beaucoup de troubles du langage oral, langage écrit et dyspraxie.

76 **Marina** : Ok, et du coup quels sont les liens que vous avez avec les milieux scolaires en tant
77 qu'ergothérapeute ?

78 **E1** : Moi je fait pas mal de séances sur les écoles car j'aime beaucoup ça. Ce qui me permet du
79 coup de pouvoir rencontrer toutes les semaines la maîtresse. Ça c'est plus facile en primaire.
80 En collège je fais les séances sur le collège mais je ne rencontre pas les profs ou alors si je vais
81 dans la salle des profs mais bon ça reste difficile. Après j'aime bien aussi pour pouvoir
82 rencontrer les AESH. Et pouvoir même les inviter à mes séances. Ça je trouve que c'est
83 vraiment très chouette. Après moi dans l'accompagnement type que je vais faire avec les
84 enfants que je suis, systématiquement en début d'année je demande une équipe éducative pour
85 faire le point, se présenter, donner les objectifs de l'année voir si y'a déjà des aménagements
86 ou si ça manque et on en fait au moins une autre avant la fin de l'année scolaire. Moi j'essaie
87 de mettre en place ça de façon systématique.

88 **Marina** : Si je comprends bien, les liens ne se font pas seulement pendant les équipes
89 éducatives. Vous essayez aussi pendant les séances ...

90 **E1** : Ouais, et puis on s'appelle avec les maîtresses, on s'envoie des mails pour celles qui ont
91 envie et qui le veulent. On peut se mettre un cahier de transmission si y'a besoin. Enfin moi je
92 suis très disponible. Alors voilà on a les réserves de certains enseignants qui n'ont pas forcément
93 envie ou qui trouvent ça un peu bizarre. Moi je trouve que c'est le cœur de mon métier en fait.

94 **Marina** : Et donc comme vous avez dit vous êtes disponible pour les maîtresses ... mais est-
95 ce-que justement il y'a des enseignants et des AESH qui sont en demande d'être en contact
96 avec vous, qui vous posent beaucoup de questions ...

97 **E1** : Oui, mais bon ça reste variable. Effectivement les AESH dans leur formation de base,
98 même si elles n'en ont pas beaucoup... On leur dit bien qu'elles n'ont pas le droit d'être en
99 contact avec des professionnels de santé et pas le droit d'être en contact avec les familles. Ce
100 que je trouve aberrant ! et donc y en a qui reste là-dessus ou qui n'osent pas et donc quand je
101 leur dit « venez à ma séance telle heure, tel jour si vous pouvez » elles ne vont pas oser parce
102 qu'elles ont peur de se faire engueuler, de se mettre en porte à faux. Et après y'en a d'autres qui
103 vont être partie prenante et être là à toutes les séances et m'appeler, me donner des informations
104 entre les séances de ce qui se passe, m'envoyer des photos. Y'en a qui vont être super investies
105 ... après y'en a pas beaucoup qui sont super investies parce que je pense qu'elles ne connaissent
106 pas trop et puis ben elles ont peur au niveau de leur rôle. Et puis ben aujourd'hui on a aussi une
107 problématique d'AESH. C'est qu'elles n'ont pas qu'un seul enfant, elles en ont 3-4-5 et qu'à un
108 moment donné on ne peut pas leur demander non plus trop. Et les enseignants c'est pareil ...
109 c'est personne dépendant en fait. Donc y'en a qui vont être hyper volontaires, y'en a qui vont
110 m'inviter dans la classe, je fais même les séances dans la classe parce qu'avec les tout petits ça
111 plait beaucoup et puis y'en a d'autres, la moindre discussion entre deux couloirs ça va être
112 compliqué, je sens que dès que j'amène quelque chose, une proposition une question, elles se
113 sentent un peu attaquées. Enfin voilà c'est variable. Mais bon moi ça fait très longtemps que je
114 suis en libéral et très longtemps que je développe ce réseau donc en fait tous ceux qui me
115 connaissent savent que je travaille comme ça donc à un moment donné je serais menée à les
116 appeler, les contacter, et ils savent pourquoi, et que je reste disponible pour eux et que pour moi
117 c'est vraiment essentiel d'être tous mains dans la main auprès de l'élève.

118 **Marina** : Par rapport aux enfants dyslexiques quels sont vos connaissances ? est-ce que vous
119 avez fait des formations complémentaires ? et surtout comment est-ce que vous pratiquez
120 l'ergothérapie avec ces enfants ?

121 **E1** : Alors moi je n'ai pas fait de formation complémentaire, après c'est aussi sur le terrain mine
122 de rien. Et puis quand j'étais à Paris, je travaillais avec des collègues, des orthophonistes qui
123 étaient très chouettes et qui allaient jusqu'à la compensation des enfants dyslexiques donc
124 quasiment je ne les voyais pas ces enfants. Donc c'était bien on faisait des échanges, des cafés
125 pro le soir, en fait on se faisait une petite formation entre nous, on échangeait sur des situations
126 parce que moi au début je trouvais ça obscur les bilans orthophoniques, je ne comprenais rien,
127 leur terminologie c'était un peu difficile. Sauf qu'à un moment donné on avait besoin de toucher
128 aussi ce domaine. C'est-à-dire qu'on allait devoir réfléchir à des aménagements et des fois
129 y'avait un tel décalage... donc c'était bien d'échanger avec les ortho, comprendre leur langage,
130 savoir comment elles avançaient aussi car c'est vrai que des fois je me rendais compte qu'avec
131 des enfants dyslexiques, y'avait un écart avec ce qu'elles essayaient de travailler et leur niveau
132 scolaire. Donc c'était intéressant de pouvoir discuter et de se dire « bon ok la rééducation ça
133 sera quasiment à vie mais à un moment donné, l'enfant on ne va pas le faire redoubler... enfin
134 il faut qu'il avance comme ses camarades mais on va compenser, avec de la dictée ou de la
135 lecture vocale. » Pour moi c'était plus dans cette optique-là. Et les dyslexiques
136 dysorthographiques dans l'accompagnement on va plutôt être dans des adaptations et des
137 moyens de compensation pour tout ce qui est outil informatique, tout ce qui va pouvoir leur
138 faciliter la vie. Alors peut être plus pour les devoirs à la maison, par exemple se faire lire les
139 consignes, se faire lire des livres, avoir des versions audios si on sent que la lecture c'est
140 difficile. Après les correcteurs orthographiques pour des vrais dyslexiques massifs y'en a aucun
141 qui corrige réellement et donc je leur dis « vaut mieux que vous parliez à votre ordinateur, plutôt
142 que d'essayer d'écrire » parce que sinon c'est compliqué. Mais ça va donc on va plutôt être sur
143 ce genre de choses.

144 **Marina** : Donc si je comprends bien ça va plutôt être de la compensation plus que de la
145 rééducation en soit.

146 **E1** : Oui exactement. Parce que nous on va avoir des enfants ou on va travailler l'écriture, les
147 outils scolaire, l'autonomie... mais parce qu'ils ont d'autres troubles associés. Donc la dyslexie
148 elle, elle sera plus travaillée à l'aide de compensations et d'aménagements pédagogiques en
149 lien avec les équipes éducatives.

150 **Marina** : Pouvez-vous me raconter une situation qui a bien marché et où l'enfant a pu
151 développer un apprentissage satisfaisant

152 **E1** : Un cas « facile » c'était un des enfants sur Paris, lui il était dyslexique, dysorthographique
153 et dysgraphique mais pas de trouble moteur en tout cas. Par contre il écrivait qu'en phonétique,
154 c'était l'horreur. Mais moi je l'ai suivi fin primaire pour essayer de mettre en place l'ordi
155 effectivement avec mes collègues. Et je travaillais aussi l'autonomie à la maison parce qu'il
156 voulait devenir chef pâtissier. Et tout le monde lui disait qu'il n'y arriverait jamais, que c'était
157 un dyslexique, qu'il ne savait ni lire, ni écrire... donc c'était impossible qu'il y arrive. Donc
158 moi je travaillais un peu l'autonomie et l'organisation à la maison, les fonctions exécutives...
159 Et donc on a mis en place l'outil informatique en lien avec l'orthophoniste. Alors on a eu une
160 prof de français super chouette, les autres pas terrible qui n'étaient pas très à l'écoute. Enfin
161 bref cet enfant s'est très bien saisi de l'ordinateur en tout cas. La vitesse de frappe était assez
162 bonne, il était hyper autonome sur les outils, il rangeait ses dossiers, il avait un traitement de
163 texte, ou quand il écrivait il pouvait utiliser le retour vocal de ce qu'il écrivait. Il avait un petit
164 lecteur de pdf qui lui permettait quand les profs lui donnaient les supports de compléter
165 directement les textes à trou et puis de se le faire lire. Il avait un casque en classe qui lui
166 permettait de se faire lire toutes les consignes. Et puis on avait mis en place tous les livres
167 numériques et tous les livres de français. La prof était super chouette car soit elle trouvait des
168 versions audios soit elle lui laissait choisir un livre qu'on avait en version audio. Et donc lui il
169 faisait ses devoirs à la voix, à la dictée vocale qui marchait très bien. Donc voilà y'avait pas de
170 problème d'intelligence, et surtout il voyait l'intérêt ! Parce qu'effectivement il avait des -20
171 en dictée autrement, il avait du rouge partout sur ses feuilles. Et donc je l'ai accompagné pour
172 son entrée au collège, donc il a fallu convaincre les différents professeurs de tous ces
173 aménagements mais il n'y a pas eu trop trop de difficultés. Et après moi je l'ai laissé avancer
174 tout seul et il m'a rappelé un peu pour préparer son brevet, voir comment on pouvait s'entraîner,
175 faire des fiches de synthèse ... Et après voilà il a eu mention très bien au brevet et il est meilleur
176 ouvrier de France en pâtisserie.

177 **Marina** : Trop bien ! et donc pouvez-vous justement me donner un élément ou au contraire le
178 processus d'intervention s'est moins bien passé ?

179 **E1** : En ce moment j'ai Ulysse qui a différentes praxies, je suspecte un trouble de l'attention
180 mais il est un peu petit pour le savoir et comme c'est un profil avec un haut potentiel des fois
181 on sait pas trop si c'est le côté effervescent du cerveau qui fait qu'il arrive pas à se poser...
182 donc il cumule ça et on vient de se rendre compte qu'il avait aussi un trouble du langage écrit
183 donc une belle dyslexie-dysorthographe, un trouble neuro-visuel majeur qui fait qu'il ne

184 rentrait pas dans la lecture et l'écriture. Il a donc fallu déjà qu'on débroussaille ça. Parce que
185 moi je l'ai récupéré en grande section de maternelle et il était déscolarisé. En fait il avait une
186 maîtresse qui ne comprenait rien du tout, enfin en vrai Ulysse il ne montre rien du tout à l'école.
187 C'est-à-dire qu'il pleurait, il vomissait sur le trajet de l'école et arrivait devant l'école grand
188 sourire tout va bien, pas de problème. Sauf qu'encopresie à son âge encore en grande section
189 donc de la diarrhée en rentrant à la maison le soir, toute la nuit... Et donc le médecin pédiatre
190 a décidé à Noël de l'arrêter notamment car même si les parents parlaient à la maîtresse elle ne
191 voulait pas les croire, elle n'était pas hyper bienveillante. Donc moi je l'ai récupéré en grande
192 section déscolarisé. Donc là, on a commencé à regarder un peu les différents bilans, en disant
193 qu'objectivement on ne pouvait pas diagnostiquer un trouble du langage écrit et oral avant le
194 CE1 mais on sentait bien qu'il avait quand même un peu de mal à rentrer dans la lecture, la
195 tenue du crayon pas terrible, l'automatisation des lettres pas terrible. Donc il a changé d'école,
196 il est entré en CP l'année dernière. Il a fallu batailler un peu avec la maîtresse parce que comme
197 il est très intelligent et qu'il cache et qu'il ne dit pas qu'il est en difficulté et qu'il veut faire
198 comme les autres parce qu'il veut que sa maîtresse l'aime... donc on a toujours ce discours
199 entre Ulysse t'as le droit à des adaptations sauf que lui veut faire comme les autres pour pas
200 être différencié. Donc on a un peu bataillé l'année dernière pour expliquer qu'à un moment
201 donné fallait un peu adapter. Par exemple au lieu d'avoir 10 mots de dictée, en avoir 2 c'était
202 déjà bien, adapter les supports, adapter les lignes et ça c'était compliqué quoi. Mais bon au bout
203 d'un moment la maîtresse a accepté de s'y mettre un peu et ça a été un peu difficile, toujours
204 des hauts, des bas avec un enfant au niveau de la santé pas terrible. Et alors là cette année c'est
205 à nouveau compliqué, nouvelle maîtresse complètement obtus, complètement fermée. Une
206 AESH pareil qui ne nous croit pas. Donc on a beau répliquer, même s'il a progressé, il avance
207 bien mais y'a un facteur stress et émotionnel très important chez lui. Et là aujourd'hui quand il
208 n'est pas en réussite bah il se braque et il se bloque... donc il ne le montre pas à la maîtresse
209 mais c'est à répercussions à la maison, en séance ... Donc à un moment on n'y arrive pas ... on
210 n'arrive pas à se faire entendre de la maîtresse pour faire adapter les choses, elle lui propose
211 que des textes avec des polices petites pas d'interlignes... alors que lui il a besoin d'une taille
212 et d'un type de police particulière, il a besoin d'avoir la colorisation syllabique sinon il ne repère
213 pas les lettres muettes... Il a besoin de lignes plus grosses pour guider son écriture. Sauf que la
214 maîtresse a décidé que non, car comme il est capable de montrer des choses à certains moments,
215 elle nous prend pour des menteurs... donc ça c'est dur et là on n'y arrive pas trop. Bon
216 heureusement c'est un petit garçon qui mine de rien progresse bien, évolue bien se saisit pas
217 mal des prises en charge (orthophonie, psychomot, orthoptie et ergo) donc il évolue pas mal,

218 voilà il prend de la distance, il grandi y'a un traitement qui a été mis en place pour l'encoprésie
219 avec un nouveau régime alimentaire un peu drastique et ça a l'air de fonctionner mais on est
220 toujours un peu sur la brèche. Mais en tout cas voilà au niveau des aménagements pédagogiques
221 et des adaptations de l'école moi je trouve qu'il est en échec et en plus on a ce discours de la
222 directrice comme quoi en CE2 ça ne sera pas possible. Elle nous dit qu'il y'a trop de suivis, il
223 est trop absent à cause de ces suivis, on leur demande trop de choses.... Donc lui il avance bien
224 mais on voit bien que l'environnement dans ce cas-là ça nous embête un peu.

225 **Marina** : Et en analysant ces deux situations comment est-ce que vous comprenez cette
226 différence ?

227 **E1** : Alors il y'a déjà l'enfant en lui-même. Parce que Ulysse il est adorable mais avec ses
228 particularités, ses profils un peu différents l'accompagnent on y va un peu sur des œufs. Donc
229 forcément je trouve qu'on avance moins vite que l'autre prise en charge ou déjà il est plus
230 grand, il est très au clair avec ses difficultés il n'y a pas de notion de je cache ma différence, je
231 n'ai pas envie de me différencier dans la classe. Par exemple y'en a qui vont me dire non je ne
232 le sors jamais ... alors que lui il attendait que ça. Donc je pense que l'enfant en tant que tel, sa
233 motivation, ses difficultés associées vont être un impact ou pas, ses points forts et facilités qui
234 vont être des appuis, le soutien de la famille. Pour les deux enfants y'a le soutien de la famille
235 à fond mais on se rend bien compte que c'est bien à la maison donc c'est bien pour que ce qu'on
236 travaille en séance perdure et se généralise mais quand on a un environnement scolaire qui n'est
237 pas partie prenante, on a beau faire tout ce qu'on veut, ça ne mène à rien. Et donc c'est là toute
238 la difficulté, de vouloir expliquer et puis c'est tous les ans la même chose. C'est-à-dire que dans
239 la même école une année ça peut très bien se passer et l'année d'après même en prévenant la
240 directrice, en demandant une maîtresse plutôt bienveillante ... ça se passe mal car la maîtresse
241 n'entend rien.... Et une AESH qui n'écoute pas non plus, donc ça c'est fou ... Donc parfois ça
242 va être l'environnement familial qui ne va pas suivre et là l'accompagnement va traîner en
243 longueur, l'enfant va s'y perdre, nous on va s'y perdre et à un moment donné on ne va jamais
244 généraliser. Bon après souvent quand on est sûr de la compensation informatique, je vois pour
245 les enfants dyslexiques, si les enfants on ne les a pas rendus autonomes c'est qu'à un moment
246 donné ça n'est pas la bonne solution. Parfois le soutien des parents on n'en a pas forcément
247 besoin, c'est vraiment l'environnement de l'école qui va être partie prenante, s'il y'a un refus
248 des enseignants c'est mort malgré la bonne volonté de l'enfant ça sera difficile... parce qu'il y
249 aura des remarques...

250 **Marina** : Donc si je comprends les trois grandes notions que vous faites ressortir sont l'enfant
251 en lui-même donc la conscience de ses difficultés... la motivation de l'enfant, et
252 l'environnement scolaire et familial

253 **E1** : C'est ça oui

254 **Marina** : Alors j'ai une autre question, lors du congrès Occitadys j'ai pu assister à une table
255 ronde où le modérateur évoquait la question de la prédisposition naturelle des enfants dys et
256 des ressources potentielles de ces mêmes enfants. J'aimerais avoir votre avis sur cette question.

257 **E1** : Alors moi déjà je n'ai pas compris pourquoi est-ce que ça faisait débat, car sur le principe
258 on en a tous des points forts, on a des points faibles, je ne vois pas pourquoi ces enfants n'en
259 auraient pas sachant qu'en plus la littérature le montre. Ils ont des ressources en eux, ils
260 compensent en fait mais parce qu'à un moment donné ils sont nés dyslexiques et ils ont donc
261 développé d'autres compétences, d'autres capacités pour se débrouiller au quotidien. Donc moi
262 je suis persuadée, enfin je ne comprends même pas pourquoi il y'a ce débat sur le principe qu'il
263 y'a des ressources. C'est d'ailleurs ce pour quoi nous aussi on va aller chercher. Donc oui on
264 évalue les difficultés, on cote les difficultés parce qu'à un moment donné il faut bien partir de
265 quelque chose mais on est là aussi pour chercher les points forts de l'enfant, c'est quoi ses
266 ressources, c'est quoi les points sur lesquels on va s'appuyer, ses centres d'intérêts, ce qui va le
267 motiver... parce que si on n'a pas de motivation, d'engagement, on n'a pas d'évolution dans
268 l'accompagnement. Et je pense que pour n'importe quel professionnel c'est pareil. Donc je
269 pense qu'ils n'ont pas trop compris...

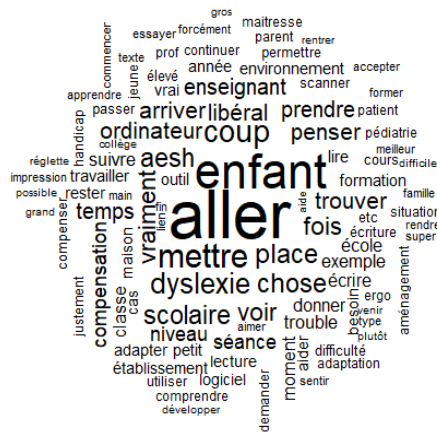
270 **Marina** : Je suis plutôt d'accord et c'est d'ailleurs pour ça que j'ai relevé la question pour avoir
271 votre avis. J'ai une dernière question. Pour vous quel serait l'accompagnement idéal du
272 parcours dys, et sur quoi faudrait-il travailler, insister ?

273 **E1** : Malheureusement ce qui va être difficile à mettre en place pour moi c'est la réussite de la
274 révolution donc elle est dépendante de l'environnement et elle est personne dépendante en fait
275 et ça je trouve que c'est pas normal. Car dans la même école un enfant est capable d'être
276 déscolarisé une année et d'être en super réussite l'année suivante. En fait il n'y a pas de juste
277 milieu et je trouve qu'il n'y a pas d'équité en fait pour eux. Donc il suffit qu'il soit dans un bon
278 environnement il va réussir et un même enfant dans un environnement pourri avec plein de

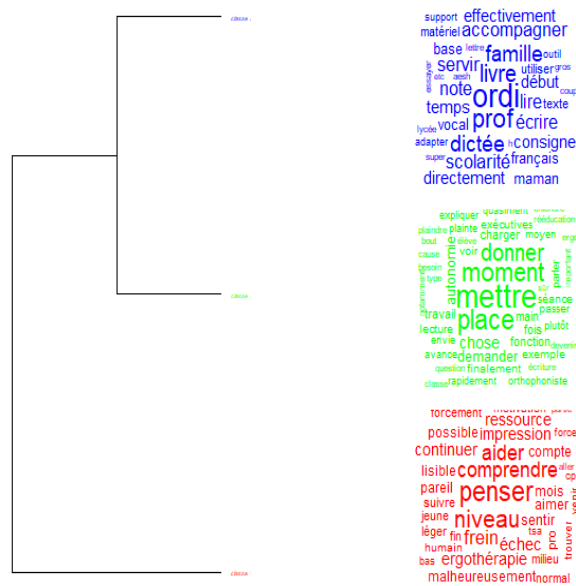
279 points positifs, plein de valeurs il ne va pas mieux y arriver. Moi je trouve qu'à un moment
280 donné, ils ont des droits, des besoins, arrêtons de les justifier tout le temps. A un moment y a
281 des professionnels autour d'eux, y a des choses qui se mettent en place, on les repère de mieux
282 en mieux... Donc pour moi aujourd'hui ce qui manque c'est un vrai travail de collaboration
283 main dans la main, enseignant et professionnel de santé. Donc qu'ils nous ouvrent les portes
284 qu'ils acceptent d'échanger avec nous, qu'ils acceptent notre regard. Moi quand je vais observer
285 en classe, quand je leur fais les retours c'est hyper riche et faudrait qu'on généralise ça. C'est-
286 à-dire en plus, en tant qu'ergothérapeute, je trouve que nous c'est notre place d'être là, d'aller
287 voir l'enfant aussi dans son milieu scolaire et donc de pouvoir mieux conseiller les
288 aménagements ou les activités. Moi je leur dis que quand je travaille avec l'enfant, je vais aussi
289 peut-être pouvoir les aider à adapter leur activité parce que peut-être la façon dont ils la
290 présentent elle ne correspond pas à cet enfant-là. Peut-être qu'en y réfléchissant ou en lui
291 proposant d'une autre façon ou à un autre moment ou dans un endroit différent parce que
292 comme je leur dis « on travaille avec l'environnement, l'enfant, l'activité ». Donc moi je trouve
293 qu'on est vraiment au cœur du problème, alors on n'est pas forcément bien reconnu mais on
294 est vraiment au cœur de la problématique de la scolarisation de ces enfants pour moi. Et c'est
295 plus ça, de se dire à un moment donné arrêtons de batailler si y'a des professionnels qui ont
296 diagnostiqué des besoins et beh on met en place les aménagements, API, PPS, PAP on s'en
297 fiche quoi qu'il arrive et voilà ils ont des besoins donc on les met en place. Et après on travaille
298 main dans la main on se rencontre, on fait l'effort de faire des réunions. Les AESH elles nous
299 rencontrent, elles assistent à nos séances pour que vraiment on partage nos connaissances, qu'on
300 arrête d'être dans de la corporation, les enseignants d'un côté, la famille de l'autre. Donc voilà
301 qu'on se pose autour d'une table et que ce soit un peu plus systématique. Aujourd'hui je bataille
302 de plus en plus pour faire des réunions. Avant ça ne se posait pas la question car tous les ans il
303 y avait des équipes de suivi... Maintenant c'est de plus en plus difficile car ils sont submergés...
304 Donc voilà, pour moi il faudrait déjà donner les moyens humains d'avoir les vrais
305 professionnels au cœur des choses et qu'on ait une réunion systématique, du temps pour les
306 enseignants pour nous rencontrer pour échanger, parce que c'est pas possible autrement, eux ils
307 sont débordés, ils en peuvent plus, ils sont surchargés d'enfants avec des particularités. Donc
308 voilà aujourd'hui moi je forme les enseignants et du coup je suis beaucoup dans ce discours de
309 l'inclusion c'est-à-dire que ce que tu mets en place pour un élève, mets le pour toute ta classe
310 quoi. Ça va te rendre service, ça va être plus facile. Bon par contre il faut que l'école derrière
311 donne les moyens... Mais sinon c'est vraiment un changement de posture ce n'est pas l'enfant
312 en difficulté, je le mets au premier rang, car tous les enfants peuvent bénéficier des supports

313 adaptés... Pour moi, il faut changer les façons d'enseigner. Donc dans l'idéal voilà il faudrait
 314 un peu tout ça, des moyens humains et donc que les ergos rentrent un peu plus dans les écoles.
 315 Alors ça commence car on commence à rentrer dans la formation des enseignants avec
 316 Occitadys notamment mais ça fait des années qu'on bataille pour rentrer dans l'éducation
 317 nationale parce que c'est une corporation fermée et ils estiment qu'il n'y a rien de mieux que
 318 des enseignants pour former des enseignants... Donc bon voilà quoi c'est un peu compliqué et
 319 ça reste très personne dépendante. Avec des enseignants qui restent fermés et qui pensent qu'un
 320 ordinateur pour un dyslexique c'est de la triche...

ANNEXE 10 - NUAGE DE MOT IRAMUTEQ



ANNEXE 11 - ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE (DHA) IRAMUTEQ



ANNEXE 12 - CLASSES D'ENTRETIEN IRAMUTEQ

Classe 1 : Comprendre le milieu de vie ressource et obstacle : 41.05 % du poids du texte étudié

n...	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	19	21	90.48	22.88	nom	environnement	< 0,0001
1	25	33	75.76	18.58	ver	penser	< 0,0001
2	17	20	85.0	17.17	nom	niveau	< 0,0001
3	9	9	100.0	13.34	ver	comprendre	0.00025
4	14	17	82.35	12.74	ver	aider	0.00035
5	8	8	100.0	11.82	nom	frein	0.00058
6	7	7	100.0	10.3	nom	échec	0.00132
7	10	12	83.33	9.25	nom	impression	0.00234
8	6	6	100.0	8.8	nom	ergothérapie	0.00301
9	8	9	88.89	8.79	ver	continuer	0.00303
10	8	9	88.89	8.79	nom	ressource	0.00303
11	9	11	81.82	7.86	ver	sentir	0.00506
12	5	5	100.0	7.31	ver	aimer	0.00686
13	5	5	100.0	7.31	adj	possible	0.00686
14	5	5	100.0	7.31	nom	mois	0.00686
15	5	5	100.0	7.31	nom	compte	0.00686
16	5	5	100.0	7.31	adj	lisible	0.00686
17	5	5	100.0	7.31	adj	pareil	0.00686
18	5	5	100.0	7.31	adv	malheureusement	0.00686
19	13	19	68.42	6.3	ver	suivre	0.01206

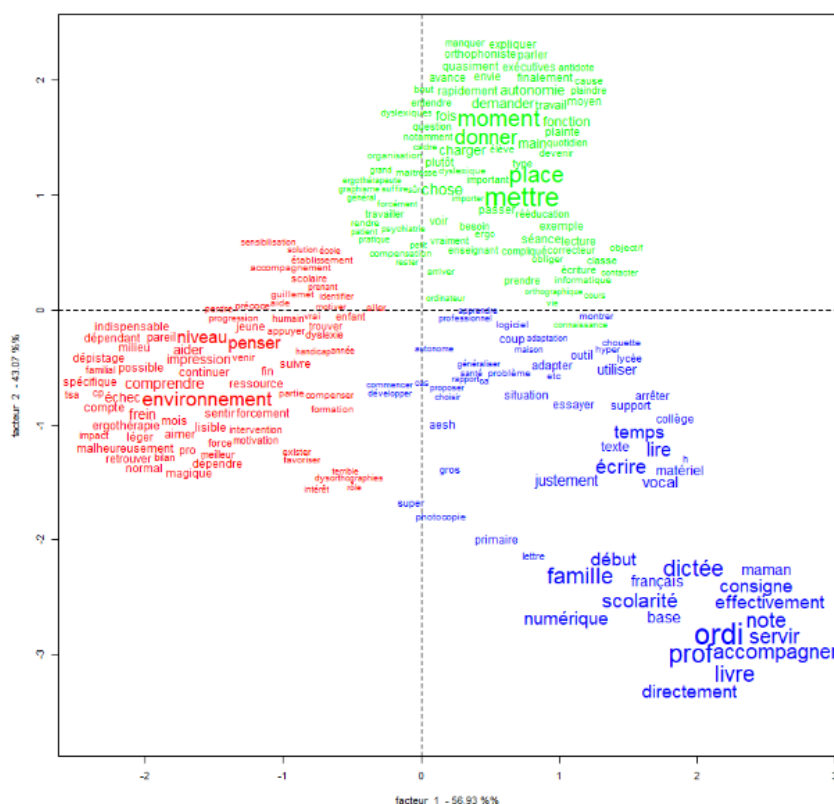
Classe 2 : Passer par l'expérience pour adapter et favoriser l'autonomie des jeunes dys : 41.75 % du poids du texte

l...	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	40	50	80.0	36.47	ver	mettre	< 0,0001
1	34	43	79.07	28.99	nom	place	< 0,0001
2	21	22	95.45	28.27	nom	moment	< 0,0001
3	19	20	95.0	25.07	ver	donner	< 0,0001
4	23	31	74.19	15.05	nom	chose	0.00010
5	11	12	91.67	12.83	ver	demander	0.00034
6	8	8	100.0	11.48	nom	autonomie	0.00070
7	7	7	100.0	10.01	nom	main	0.00155
8	7	7	100.0	10.01	nom	fonction	0.00155
9	9	10	90.0	9.92	nom	fois	0.00163
10	9	10	90.0	9.92	ver	charger	0.00163
11	6	6	100.0	8.55	nom	travail	0.00345
12	18	27	66.67	7.61	ver	voir	0.00580
13	13	18	72.22	7.33	nom	séance	0.00676
14	5	5	100.0	7.1	adv	finale	0.00771
15	5	5	100.0	7.1	nr	exécutives	0.00771
16	10	13	76.92	6.93	nom	exemple	0.00848
17	10	13	76.92	6.93	nom	lecture	0.00848
18	10	13	76.92	6.93	ver	passer	0.00848
19	6	7	85.71	5.7	adv	plutôt	0.01694

Classe 3 : Intervenir auprès de l'enfant, le professeur et la famille pour accompagner la compréhension des situations : 17.15 % du poids du texte.

n...	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	9	9	100.0	44.76	nr	ordi	< 0,0001
1	7	7	100.0	34.56	nom	prof	< 0,0001
2	6	6	100.0	29.52	nom	livre	< 0,0001
3	9	12	75.0	29.4	nom	famille	< 0,0001
4	7	8	87.5	28.58	nom	dictée	< 0,0001
5	5	5	100.0	24.51	ver	accompagner	< 0,0001
6	5	5	100.0	24.51	ver	servir	< 0,0001
7	5	5	100.0	24.51	nom	note	< 0,0001
8	6	7	85.71	23.67	nom	scolarité	< 0,0001
9	9	14	64.29	22.93	ver	écrire	< 0,0001
10	8	12	66.67	21.54	ver	lire	< 0,0001
11	4	4	100.0	19.54	adv	effectivement	< 0,0001
12	4	4	100.0	19.54	adv	directement	< 0,0001
13	4	4	100.0	19.54	nom	consigne	< 0,0001
14	6	8	75.0	19.32	nom	début	< 0,0001
15	5	6	83.33	18.83	adj	numérique	< 0,0001
16	8	13	61.54	18.81	nom	temps	< 0,0001
17	5	7	71.43	14.83	adj	vocal	0.00011
18	3	3	100.0	14.6	nom	base	0.00013
19	3	3	100.0	14.6	nom	français	0.00013

ANNEXE 13 - ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES (AFC) IRAMUTEQ



ANNEXE 14 - MATRICES D'ANALYSE D'ENTRETIEN

Handicap invisible

Critères	Indicateur	Question
Formation	<ul style="list-style-type: none"> Les ergothérapeutes doivent se former pour connaître au mieux le profil de chaque patient Les ergothérapeutes doivent se former pour adapter au mieux leur prise en charge et développer des stratégies efficaces 	4
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> Les ergothérapeutes doivent essayer d'identifier les ressources des patients. Les ergothérapeutes doivent prendre en compte les ressources / points forts des personnes afin d'adapter au mieux leurs objectifs. 	5,6,7,8
Difficultés	<ul style="list-style-type: none"> Les ergothérapeutes doivent comprendre les difficultés que rencontrent les patients dans leur quotidien. 	5,6,7
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> Les ergothérapeutes doivent identifier les environnements favorisant et obstacles au bon fonctionnement du patient 	5,6,7

Environnement, Contexte : MCPO (Egan & Restall, 2023)

Critères	Indicateur	Question
Dimension contextuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Les ergothérapeutes doivent comprendre les influences sur les plans micro, méso, macro sur les individus, les collectivités et sur eux- mêmes. • Les ergothérapeutes participent activement à la lutte contre l'iniquité, les injustices, les préjugés ... et toutes formes d'oppression. 	3, 5, 6, 7, 8
Relation nuancé	<ul style="list-style-type: none"> • Les relations nuancées sont contextuellement et temporellement nuancées. • Les ergothérapeutes doivent prendre en compte relations individuelles mais aussi collectives dans la communauté : expression des priorités et aspirations collectives • Les relations sont nuancées au fil du temps 	3, 5, 6, 7
Viser la sécurité dans la relation	<ul style="list-style-type: none"> • Les ergothérapeutes doivent prévenir des préjudices physiques • Les ergothérapeutes doivent mettre en place une sécurité émotionnelle • Les ergothérapeutes doivent respecter les croyances culturelles et spirituelles 	8
Favoriser l'autodétermination	<ul style="list-style-type: none"> • Les ergothérapeutes doivent favoriser l'autodétermination fondée sur les droits des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. • Les ergothérapeutes doivent partager le pouvoir, les connaissances et faciliter la participation aux décisions sur les objectifs et les processus thérapeutiques. 	4, 5, 6, 9

Résumé

« Handicap invisible et ergothérapie : Mieux adapter l'inclusion scolaire des enfants et adolescents dyslexiques »

Introduction : Bien que le nombre croissant d'enfants présentant des handicaps invisibles en classe puisse donner l'impression que l'inclusion scolaire est pleinement réalisée, un examen plus approfondi révèle souvent un manque de diagnostic formel et d'adaptations appropriées. Ainsi, la simple présence d'enfants atteints de handicaps invisibles comme la dyslexie dans les classes ordinaires ne garantit pas une véritable inclusion scolaire, qui nécessite des ajustements environnementaux pour favoriser l'apprentissage, un aspect souvent négligé. **Objectif** : Cette étude vise à évaluer l'impact des pratiques ergothérapeutiques sur l'inclusion scolaire des enfants et adolescents dyslexiques en milieu ordinaire. **Méthode** : Des entretiens semi-directifs ont été menés avec des ergothérapeutes libéraux ayant travaillé auprès d'enfants et adolescents dyslexiques. **Résultat** : Les professionnels, y compris les ergothérapeutes, jouent un rôle crucial dans la prise en charge des enfants et adolescents dyslexiques. Des modèles d'intervention en ergothérapie, tels que le modèle de compensation/réadaptation, peuvent être adaptés aux besoins individuels de l'enfant pour promouvoir une véritable inclusion scolaire. **Conclusion** : Grâce à leur approche holistique, les ergothérapeutes sont en mesure d'identifier les obstacles à l'apprentissage des enfants et adolescents dyslexiques, de proposer des solutions adaptées et de travailler en collaboration avec d'autres professionnels. Leur intervention semble donc pertinente pour améliorer l'inclusion scolaire des enfants et adolescents dyslexiques en milieu ordinaire.

Mots clés : Inclusion scolaire en milieu ordinaire, Handicap invisible, Enfants et adolescents dyslexiques, Ergothérapie, Appropriation des savoirs

Abstract

"Invisible Disabilities and Occupational Therapy: Better Adapting the School Inclusion of Dyslexic Children/Adolescents"

Introduction: Although the increasing number of children with invisible disabilities in the classroom may give the impression that school inclusion is fully achieved, a closer examination often reveals a lack of formal diagnosis and appropriate adaptations. Thus, the mere presence of children with invisible disabilities, such as dyslexia, in regular classes does not guarantee true school inclusion, which requires environmental adjustments to promote learning, an education aspect often overlooked. **Objective:** This study aims to evaluate the impact of occupational therapy practices on the school inclusion of dyslexic children and adolescents in mainstream settings. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with independent occupational therapists who have worked with dyslexic children and adolescents. **Result:** Professionals, including occupational therapists, play a crucial role in the care of dyslexic children and adolescents. Occupational therapy intervention models, such as the compensation/rehabilitation model, can be adapted to meet the individual needs of the child to promote true school inclusion. **Conclusion:** Through their holistic approach, occupational therapists can identify learning barriers for dyslexic children and adolescents. They propose appropriate solutions, and work in collaboration with other professionals. Their intervention thus appears relevant to improving the school inclusion of dyslexic children and adolescents in mainstream settings.

Keywords: Mainstream school inclusion, Invisible disability, Dyslexic children/adolescents, Occupational therapy, Knowledge acquisition