

**Partenariat ergothérapeute / enseignant : atout de la participation
scolaire de l'enfant porteur de TSA en maternelle.**

Mémoire d'initiation à la recherche UE 6.5 Semestre 6

Florine LALLEMAND



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

L'étudiante réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

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

Le mémoire peut être :

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

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

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Mlle LALLEMAND Florine étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

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

A Créteil, le 01/06/2025

Signature :



LALLEMAND Florine

NOTE AUX LECTEURS

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Leïla Noblet pour son accompagnement bienveillant, ses retours qualitatifs et ses encouragements tout au long de ce travail.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour son suivi tout au long du cursus.

Une pensée à tous les ergothérapeutes qui m'ont accueillie et accompagnée durant mes stages, m'ayant permis d'acquérir de nombreuses compétences.

Merci à tous les professionnels m'ayant consacré du temps et de la volonté pour contribuer à la construction de ce mémoire.

A toutes les belles rencontres faites durant ces trois années d'études.

Enfin, un grand merci à mes proches, ma famille et mes amis pour leur soutien infailible dans les bons comme dans les mauvais moments, m'ayant permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

A tous, merci beaucoup.

Table des matières

Introduction	1
I. La personne.....	2
1. Les troubles du spectre de l'autisme	2
1.1 Les troubles neurodéveloppementaux.....	2
1.2 Epidémiologie et stratégies nationales.....	3
2. Diagnostic.....	4
2.2 Orientation vers une consultation dédiée.....	4
2.3 Orientation vers des consultations spécialisées	5
2.4 Annonce du diagnostic et de l'accompagnement	6
3. Signes cliniques.....	6
3.1 Déficit de la communication et des interactions sociales.....	6
3.2 Caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts	9
II. L'environnement.....	11
1. La scolarité des enfants en situation de handicap	11
1.1 Cadre juridique	11
1.2 Scolarisation en milieu ordinaire.....	12
1.3 Structures et dispositifs	12
2. Une prise en soin pluridisciplinaire.....	14
III. Les occupations.....	14
1. Les occupations en maternelle	15
2. Accompagnement en ergothérapie	16
2.1 La structuration spatio-temporelle.....	17
2.2 Le traitement sensoriel.....	17
2.3 La compréhension d'autrui	18
2.4 La communication	19
IV. Problématique.....	20
V. Concepts.....	20
1. La participation scolaire	20
2. Le partenariat.....	21

2.1 Partenariat ergothérapeute – enseignant.....	23
2.2 Triade ergothérapeute – parents – enseignant.....	23
VI. Hypothèse.....	24
VII. Enquête d’initiation à la recherche	25
1. Objectifs d’enquête.....	25
2. Méthodologie d’enquête	26
3. Choix de la population	26
4. Outils d’enquête.....	28
VIII. Résultats et analyse	28
1. Des difficultés individuelles aux difficultés en collectivité	29
1.1 – Les difficultés individuelles	29
1.2 – Les difficultés en collectivité	32
2. De l’inclusion scolaire aux limites en contexte	34
2.1 – Les difficultés rencontrées par les enseignants	34
3. Le partenariat ergothérapeute / enseignant	37
3.1 – Les nécessités d’un partenariat idéal	37
3.2 – Un partenariat parfois limité	39
3.3 – Vers une intervention basée sur les principes du P4C.....	41
IX. Discussion.....	43
1. Des difficultés individuelles aux difficultés en collectivité	43
2. De l’inclusion scolaire aux limites en contexte.....	45
3. Le partenariat ergothérapeute / enseignant	47
4. Biais, limites et forces de l’étude.....	49
5. Implications pratiques.....	50
6. Perspectives et nouvelles recherches	50
X. Conclusion.....	50
Bibliographie	52
Annexes	63

Introduction

« A la rentrée 2023, les trois quarts des élèves bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) et scolarisés en milieu ordinaire le sont seulement en classe ordinaire et un quart est scolarisé en classe ordinaire avec l'appui d'une unité localisée d'inclusion scolaire (ULIS) ou dans une unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA). » (Drees, 2024) Ce constat effectué en école élémentaire souligne le besoin d'intervention de professionnels formés au handicap dans les classes ordinaires afin d'accompagner au mieux l'enfant et son enseignant dans le parcours de scolarisation, et ce, dès l'école maternelle.

La scolarité des enfants en situation de handicap ayant toujours été un sujet important à mes yeux, je me suis questionnée à la suite du cours de V. Vagny nous présentant l'intervention précoce en ergothérapie auprès d'enfants rencontrant des troubles du neurodéveloppement. Celui-ci a particulièrement suscité mon attention car j'ai vu un réel intérêt dans le repérage et l'intervention précoce et ai eu envie d'approfondir ce sujet. Je me suis rapidement demandée à quel point l'intervention précoce pouvait impacter positivement le futur développement occupationnel de l'enfant et de ce fait favoriser sa participation scolaire.

Après plusieurs discussions concernant les conditions d'inclusion des enfants en situation de handicap à l'école ordinaire, je me suis questionnée et renseignée davantage sur ce sujet et ai fait le choix de porter mon mémoire sur l'accompagnement durant les années d'école maternelle. En effet, j'ai fait ce choix car je pense que ces trois premières années d'école jouent un rôle très important dans la socialisation de l'enfant, permettant ainsi une inclusion scolaire facilitée et de ce fait une participation scolaire favorisée. Le développement des habiletés sociales étant généralement problématique pour les enfants présentant un Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), j'ai choisi de m'intéresser à l'accompagnement de ceux-ci. L'association de mes recherches, échanges et discussions avec des enseignantes et une ergothérapeute de terrain sur leurs accompagnements de l'enfant autiste me permet d'établir un constat : il est actuellement difficile de faire le lien entre les différents professionnels du parcours de l'enfant. Il ressort que cette difficulté est la conséquence de problématiques de temps donc de transmissions ainsi que d'un manque de connaissances et de formation au handicap chez les enseignants. De plus, l'enseignement est transmis au collectif permettant difficilement de s'adapter aux difficultés d'un enfant, ce qui peut rendre la scolarité ordinaire inaccessible aux enfants en situation de handicap. Je me suis donc demandée comment l'accompagnement individuel de l'enfant en ergothérapie pouvait-il être davantage bénéfique sur les temps collectifs de classe. C'est à la suite de cette réflexion que je me suis questionnée sur les possibilités de collaboration entre l'enseignant et l'ergothérapeute dans l'objectif d'accompagner l'enfant dans son transfert d'acquis, permettant ainsi de favoriser sa participation scolaire.

Je vais utiliser, afin de structurer la rédaction de mon mémoire en ergothérapie, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel¹ (MCREO). Ce modèle conceptuel a été développé en 2007 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) dans l'objectif de « *justifier l'impact des actions des ergothérapeutes sur la santé des citoyens.* » (J. M. Caire, 2019) « *Un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.* » (M. C. Morel-Bracq, 2017) Ce modèle s'articule en trois grands concepts : la Personne, l'Environnement et l'Occupation. Ceux-ci constitueront les trois grands axes de la partie théorique de ce mémoire. Ce modèle se fonde sur l'occupation et a une approche centrée sur la personne permettant d'évaluer le rendement et l'engagement d'une personne dans son quotidien, d'où ce choix d'utilisation de ma part dans l'intérêt d'aborder la participation scolaire.

I. La personne

Le concept « Personne » du MCREO est divisé en quatre dimensions : affective, cognitive, physique, spirituelle. J'aborderai davantage les dimensions cognitives et physiques dans le cadre de ce mémoire, afin de présenter les signes cliniques des enfants présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme.

1. Les troubles du spectre de l'autisme

1.1 Les troubles neurodéveloppementaux

Les troubles neurodéveloppementaux (TND) sont définis par la Haute Autorité de Santé comme « *un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement.* » (Haute Autorité de Santé, 2020) Ils provoquent une déviation plus ou moins précoce de la trajectoire développementale typique d'un enfant et entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution des fonctions spécifiques telles qu'intellectuelles, motrices, sensorielles, comportementales ou sociales. (Haute Autorité de Santé, 2020)

Les troubles neurodéveloppementaux identifiés par le DSM-V et la CIM –11 regroupent plusieurs troubles dont les plus fréquents sont² :

- Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Le trouble du développement intellectuel (TDI)
- Le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- Les troubles de la communication incluant le trouble développemental du langage, les troubles de la parole et de la fluence
- Les troubles spécifiques des apprentissages du calcul, du langage écrit et du graphisme (nommés troubles Dys)

¹ Cf annexe 1

² Cf annexe 2

- Les troubles moteurs dont le trouble développemental de la coordination (TDC) et les tics chroniques

(DSM-V, 2013) (Haute Autorité de Santé, 2020) (CIM-11, 2022)

1.2 Épidémiologie et stratégies nationales

Plusieurs stratégies nationales pour les troubles neurodéveloppementaux ont été mises en œuvre ces dernières années notamment la Stratégie Nationale Autisme et Troubles du Neurodéveloppement 2018-2022 ayant pour objectifs l'inclusion scolaire, l'inclusion sociale et le plein exercice de la citoyenneté, l'appui aux familles, la recherche, la qualité des informations et la formation des professionnels. (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2021) Plus récemment, la Stratégie Nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement est mise en œuvre depuis novembre 2023. Celle-ci est lancée à la suite du bilan de la stratégie 2018-2022 qui démontre une augmentation du repérage et de l'accompagnement précoce des enfants de 0 à 6 ans suite à la mise en place de plateformes de coordination et d'orientation (PCO). Il est effectivement signifié parmi les chiffres clés de la stratégie 2023-2027 qu' *“Au premier juillet 2023, 55 000 enfants ont été repérés et ont bénéficié de l'accompagnement des PCO sur tout le territoire, contre 150 en 2019.”* (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, TDAH, TDI, 2023) Cette stratégie énonce une tendance à la hausse du nombre de personnes concernées par les troubles du neurodéveloppement dans tous les pays développés. Une augmentation de la prévalence de l'autisme et du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité depuis une vingtaine d'années est également spécifiée. En effet, cette stratégie nationale 2023-2027 estime une représentation de 1 à 2% d'autisme, 8% de troubles Dys et 1% de trouble du développement intellectuel de la population française ainsi que 6% d'enfants et 3% d'adultes présentant un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. De plus, plus de 50% des personnes ayant un trouble du neurodéveloppement en présentent un second et / ou d'autres maladies associées. L'Institut Pasteur décrit un ratio de 4 garçons diagnostiqués autistes pour 1 fille, ratio pour lequel les causes exactes restent encore mal comprises. (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, TDAH, TDI, 2023) (Institut Pasteur, 2022) Cette stratégie nationale 2023-2027 s'engage sur 6 axes :

- Amplifier la dynamique de recherche et accélérer la diffusion des connaissances auprès de tous les acteurs.
- Garantir une solution d'accompagnement à chaque personne, des interventions de qualité tout au long de la vie et intensifier la formation des professionnels.
- Avancer l'âge du repérage et des diagnostics et intensifier les interventions précoces.
- Adapter la scolarité de la maternelle à l'enseignement supérieur.
- Accompagner les adolescents et les adultes.

- Faciliter la vie des personnes, des familles et faire connaître les troubles du neurodéveloppement dans la société.

(Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, TDAH, TDI, 2023)

L'épidémiologie de ces dernières années ainsi que les objectifs de ces stratégies soulignent l'importance et le besoin de l'intervention auprès des enfants présentant un trouble neurodéveloppemental notamment auprès des enfants autistes afin de faciliter leur quotidien quel que soit leur environnement. L'autisme s'inscrit aujourd'hui dans un spectre nommé Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) qui se caractérise selon P. Gillet et al. par « *un déficit central du fonctionnement et du développement de la « communication sociale » associé à une limitation des centres d'intérêt* » (P. Gillet, A. Guiet et F. Bonnet Brilhault, 2021)

2. Diagnostic

2.1 Repérage des signes d'alerte

Le diagnostic de l'autisme s'inscrit dans un parcours mené par différents acteurs. Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS en 2018, le processus débute par le repérage de signes d'alerte qui peut être fait par l'entourage familial, les professionnels de santé, les professionnels du secteur de la petite enfance, les enseignants, les psychologues etc. (Haute Autorité de Santé, 2018) Les guides de l'Unapei concernant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles indiquent en 2013 que peuvent s'observer chez le jeune enfant : une absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à partir de 12 mois. L'absence de mots à partir de 18 mois et l'absence d'association de mots à partir de 24 mois sont également des signes d'alerte. (Unapei, 2013)

L'HAS décrit dans ses recommandations de bonnes pratiques d'autres signes d'alerte pouvant être repérés avant 18 mois tels que la persistance de particularités de développement de l'enfant concernant son niveau de vigilance, son sommeil, sa diversification alimentaire, sa régulation émotionnelle, son développement moteur, son exploration de l'environnement. C'est ensuite autour des 18 mois de l'enfant que peuvent être repérés l'association d'au moins deux signes parmi des difficultés d'engagement relationnel, d'attention, de réciprocité et de réaction sociale, de langage réceptif et expressif ou dans le jeu socio imitatif. Au-delà de 18 mois et jusqu'à l'adolescence, les signes précédemment cités ou des difficultés relationnelles précoces et persistantes associées à des particularités dans le comportement et des intérêts à caractère répétitif, restreint et stéréotypé font partis des signes d'alertes des TSA. (Haute Autorité de Santé, 2018)

2.2 Orientation vers une consultation dédiée

Au repérage de ces signes d'alerte, l'enfant est orienté vers le médecin assurant son suivi habituel en vue d'une consultation dédiée en soins primaires. « *Les soins de premiers recours*

contribuent à l'offre de soins ambulatoires en assurant au patient la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. » (Ministère de la Santé et de la Prévention, (s.d.) Les recommandations de bonne pratique de l'HAS en 2018 indiquent que lors de cette consultation sera réalisé un examen clinique approfondi du développement à partir d'outils de repérage adapté à l'âge de l'enfant. (Haute Autorité de Santé, 2018) Différents outils peuvent être utilisés tels que le M-CHAT (Robins, 2001), le questionnaire de communication sociale (QCS) (M. Rutter et al., 2013), l'Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ), l'Autism-spectrum Quotient (AQ), l'Echelle de Réciprocité Sociale (ERS), l'ADI-R ou le Vineland II. Ces outils utilisés par les médecins et psychiatres sont pour la plupart des questionnaires adressés aux parents de l'enfant ou aux personnes qui en ont une bonne connaissance lors d'entretiens semi-directifs. L'objectif est de recueillir des informations sur le comportement de l'enfant au quotidien afin d'évaluer un risque plus ou moins important de TSA. (M. Tafflet, MA Charles, (s.d.) (Hogrefe, (s.d.) (Haute Autorité de Santé, 2018) Les médecins, psychiatres et professionnels de santé formés à cet outil peuvent également utiliser l'échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme (ADOS-2), qui *« permet d'évaluer les comportements de communication et d'interaction sociale, et ainsi de poser un diagnostic de TSA ou TED, chez l'enfant (dès 12 mois), l'adolescent et l'adulte, à travers des ateliers et des entretiens adaptés à tous les âges de la vie et à tout niveau de développement et de langage. »* (Hogrefe, 2021) Les résultats de ces différentes évaluations permettent ensuite d'orienter au mieux la prise en soin de l'enfant.

2.3 Orientation vers des consultations spécialisées

Si le risque de trouble de spectre de l'autisme est confirmé par la consultation dédiée effectuée par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant. Celui-ci est orienté vers des consultations plus spécialisées auprès d'ORL, ophtalmologue, orthoptiste, orthophoniste, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute afin d'effectuer une évaluation clinique individualisée portant sur les différents aspects du développement et du fonctionnement de l'enfant. Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS évoquent en effet une évaluation initiale du fonctionnement de l'enfant qui comprend une anamnèse développementale détaillée reprenant l'histoire de la maladie ; une vérification de la réalisation des tests de repérage auditifs et visuels ; un examen pédiatrique clinique complet ; une observation clinique, en situation d'interaction avec l'enfant, de ses capacités de communication sociale et de ses comportements afin de rechercher les signes centraux de TSA en référence aux critères du DSM-V ; un examen des différentes dimensions du langage et de la communication non verbale et pragmatique ; un examen du niveau de fonctionnement intellectuel et du profil cognitif ; un examen des capacités adaptatives de l'enfant dans les situations de vie quotidienne sur la base des observations parentales ; un examen des fonctions psychomotrices et un examen des processus d'intégration sensorielle. (Haute Autorité de Santé, 2018)

2.4 Annonce du diagnostic et de l'accompagnement

Selon l'HAS, le diagnostic établi est ensuite annoncé aux parents de l'enfant par le psychiatre assurant le suivi en seconde ligne, avant de proposer la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'intervention. L'annonce du diagnostic de troubles du spectre de l'autisme comprend dans l'idéal l'annonce du diagnostic de TSA et des éventuels troubles associés ; un éclairage précis sur le fonctionnement de l'enfant comprenant ses compétences, potentialités et difficultés dans les divers domaines ; un temps d'échange offrant aux parents la possibilité de poser des questions, de les informer et de les guider sur ce qu'est l'autisme, les conséquences possibles sur le développement et les fonctions de l'enfant et les risques familiaux ; des indications concernant l'élaboration d'un projet personnalisé d'intervention adapté aux besoins et aux demandes de l'enfant et de sa famille ainsi qu'à leurs priorités et leurs choix ; la remise d'un compte rendu médical écrit faisant état du diagnostic médical, comportant la synthèse des observations cliniques, des principaux résultats des bilans et des préconisations d'interventions éducatives, d'aménagements pédagogiques adaptés et thérapeutiques. (Haute Autorité de Santé, 2018)

Comme souligné par le DSM-V, dans le diagnostic de TSA « *les symptômes de TSA doivent être présents dès la petite enfance mais ils peuvent ne se manifester pleinement que lorsque la limitation des capacités empêche de répondre aux exigences sociales* ». (Haute Autorité de Santé, 2018) Il est donc important de réévaluer régulièrement les troubles du spectre de l'autisme.

3. Signes cliniques

L'autisme est présenté dans le DSM-V sous la forme d'une dyade autistique composée du « déficit de la communication sociale et des interactions sociales » et du « caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts ». (DSM-V, 2013) Les études scientifiques concluent sur une méconnaissance encore partielle des causes de l'autisme. La communauté scientifique reconnaît un développement cérébral différent chez les personnes avec autisme mais convient du besoin d'avancées de recherches pour comprendre les mécanismes cérébraux exacts. (E. Rossini, S. Tétéault, 2020) Selon l'Institut Pasteur, la composante génétique prédomine dans le développement de l'autisme, dû à une ou plusieurs mutations génétiques. Certaines études explorent également le lien entre les facteurs de risques génétiques et les facteurs environnementaux susceptibles d'augmenter le risque de développer ce trouble neurodéveloppemental. (E. Rossini, S. Tétéault, 2020) (Institut Pasteur, 2022)

3.1 Déficit de la communication et des interactions sociales

« *La communication qualifiée de sociale désigne les situations dans lesquelles une personne entre en contact avec une autre, ou plusieurs autres, pour échanger, partager des points de vue, des opinions, des projets, voire des états affectifs.* » (P. Gillet, A. Guet et F. Bonnet Brilhault, 2021) La communication est de fait intimement liée à la capacité à entrer en interaction avec les autres. La communication sociale est définie par P. Gillet et al. comme « *un système autorégulé impliquant les*

personnes alternant entre leurs statuts de locuteur et d'auditeur » (P. Gillet, A. Guiet et F. Bonnet Brillhault, 2021) Ce système fonctionne avec les codes explicites de communication par les gestes, le regard, les postures et le langage mais aussi par des codes implicites de pensée spécialement orientés sur des personnes. Ce raisonnement sur les personnes est appelé cognition sociale et se construit durant l'enfance permettant de soutenir et de guider la communication interindividuelle. (P. Gillet et al., 2021) *« Les difficultés dans les interactions sociales constituent l'une des particularités du trouble autistique. Ainsi, la lecture des émotions, la compréhension du langage non-verbal, l'attribution d'états mentaux sont souvent problématiques pour eux »*. (E. Rossini, S. Tétéault, 2020) La Haute Autorité de Santé souligne concrètement des difficultés à créer des liens amicaux, à engager, suivre ou participer à une conversation, à prendre des initiatives sociales, à comprendre ou interpréter des intentions, des expressions langagières, le second degré, etc. (HAS, 2020) Les résultats d'une étude menée par J. Fodstad et al. concluent que les déficits sociaux et de communication peuvent être identifiés dès le plus jeune âge. Les auteurs soulignent donc l'importance de l'identification et de l'intervention précoce et plus précise. (E. Rossini, S. Tétéault, 2020)

a) Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle

E. Rossini et S. Tétéault abordent les deux types de reconnaissances émotionnelles chez l'enfant définies par Smiley et Huttenlocher en 1989. Le premier type concerne la présentation de visages exprimant des émotions et le second des histoires demandant la nécessité de comprendre les états mentaux d'une personne en fonction d'un scénario. Le test de compréhension des émotions (TEC) de Pons et Harris élaboré en 2000, peut permettre d'évaluer le développement de la reconnaissance des émotions par une série d'items regroupés en 9 composantes : la reconnaissance des émotions sur le visage, la compréhension des émotions en fonction d'événements extérieurs, la relation entre les désirs et les émotions, la relation entre les croyances et les émotions, l'attribution d'émotions en fonction de l'évocation d'un souvenir, la compréhension de la possibilité de réguler son émotion en pensant à quelque chose, la possibilité de masquer ses émotions, la compréhension des émotions mixtes et la compréhension d'émotions liées à la morale. Selon plusieurs auteurs, une personne avec autisme rencontre des difficultés à décrypter les émotions sur les autres personnes. Comme le mentionne Vermeleun en 2009, leur difficulté principale n'est pas de décrypter mais de comprendre la signification des expériences émotionnelles vécues par la personne en face d'eux. (E. Rossini, S. Tétéault, 2020) (P. Gillet et al., 2021) Le déficit de réciprocité sociale ou émotionnelle est défini par des anomalies de l'approche sociale, une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, et parfois une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre. (DSM-V, 2013) (Centre d'expertise en autisme, 2022)

b) Déficit des comportements non-verbaux

Le DSM-V définit ce déficit par *« l'expression d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non-verbale, des anomalies du contact visuel et du langage du corps, des*

déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, ou une absence totale d'expressions faciales et de communication non-verbale ». (DSM-V, 2013) (Centre d'expertise en autisme, 2022) Dans leur ouvrage, P. Gillet et al. définissent le trouble de la communication sociale comme un « *bouleversement neurobiologique prédéterminé qui conduit à la perte des habiletés socio-communicatives* » (P. Gillet, A. Guiet et F. Bonnet Brilhault, 2021) La Haute Autorité de Santé dans les recommandations de bonnes pratiques ainsi que ces auteurs, citent différents comportements faisant défaut aux enfants présentant un TSA en fonction des âges d'apparition de ces comportements sociaux dans la petite enfance. En effet, entre 5 et 9 mois, les enfants peuvent présenter un défaut de réaction à l'appel de leur prénom, pour émettre des vocalises afin d'attirer l'attention, suivre du regard ce que montre l'adulte ou réagir par un sourire. Entre 10 et 30 mois, l'enfant peut rencontrer des difficultés dans la compréhension des pensées de l'adulte, le mimétisme ou l'expression des souhaits par la gestuelle. E. Rossini, S. Tétreault abordent l'utilisation de l'échelle de communication sociale précoce établie par Guidetti et Tourette en 2017. Cet outil présente les différents niveaux d'interaction sociale à partir de trois échelles divisées chacune en plusieurs items : échelle d'interaction sociale (réponse à l'interaction sociale, initiation de l'interaction sociale, maintien de l'interaction sociale) ; échelle d'attention conjointe (réponse à l'attention conjointe, initiation à l'attention conjointe, maintien de l'attention conjointe) ; échelle de régulation du comportement (réponse à régulation du comportement, initiation à régulation du comportement). A. Boulard et al. soulignent également l'importance de l'attention conjointe dans le développement de la communication chez l'enfant. Ils déclarent d'ailleurs que « *le manque d'attention conjointe entre l'enfant autiste et l'adulte (la mère notamment) serait un des signes le plus fiable, le plus précoce et le plus spécifique de toute la pathologie autistique* ». (A. Boulard, F. Morange-Majoux., E. Devouche, M. Gattegno, C. Evrard, et J. Adrien, 2015)

c) Déficit du développement et du maintien de la compréhension d'autrui

« *La cognition sociale se définit par la nature des stimulations de l'environnement à traiter, à savoir que les personnes ont une face visible constituée de leurs attitudes, de leurs gestes et de leurs paroles ou de leurs expressions, mais qu'ils ont aussi une face invisible, composée de leurs désirs, de leurs émotions et de leurs intentions.* » (P. Gillet, A. Guiet et F. Bonnet Brilhault, 2021) La compréhension d'autrui demande de prendre en considération le fait que la détermination des actes de l'humain dépend de ses états internes, pensées, désirs, intentions et émotions. Au cours de leur développement, les enfants sont amenés à produire des jugements sur ce que pensent les autres et développer leur compréhension de ce que les autres peuvent savoir ou non. Cette capacité de jugement sur autrui se développe vers 5 ans et est nommée : théorie de l'esprit. L'évaluation fréquente de cette théorie de l'esprit consiste à demander aux enfants de prédire l'action d'une personne, qui agit en fonction d'une fausse croyance. « *Découvrir ce qu'il y a derrière les actes d'autrui est un défi pour les personnes avec autisme.* » (E. Rossini, S. Tétreault, 2020) Ce déficit du développement et du maintien de la compréhension d'autrui peut s'exprimer par des difficultés à ajuster le comportement à des

contextes sociaux variés, des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou une absence d'intérêt pour les pairs. (DSM-V, 2013) (Centre d'expertise en autisme, 2022)

3.2 Caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts

Cette caractéristique peut paraître avoir peu de lien avec la précédente. Cependant, les difficultés de comportements et intérêts restreints impactent de fait les interactions sociales. C'est pourquoi l'association de cette dyade autistique est nécessaire pour orienter le diagnostic. (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

a) Mouvements répétitifs et stéréotypés

Selon plusieurs auteurs, l'enfant présentant un TSA rencontre souvent une limitation dans les activités en raison de la prédominance d'une activité sur les autres, envahissant ses champs de perception, de motricité et de pensée. En effet, certains signes moteurs tels que des stéréotypies posturales, des balancements répétés du corps ou de la tête ou des mouvements pianistiques des doigts, d'agitation répétitives d'objets devant le visage peuvent être observées chez ces enfants. Ces stéréotypies leur procurent du plaisir et de l'apaisement. (P. Gillet et al., 2021) (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

Des stéréotypies de langage peuvent également se présenter sous la forme de répétitions de syllabes, mots, de phrases ou d'expressions (nommées écholalies). Au contraire, peut également se développer un langage riche et élaboré précoce, souvent en lien avec le sujet d'intérêt restreint de la personne. (Institut Pasteur, 2022) (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

b) Intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines

La recherche d'immuabilité, souvent présente chez l'enfant autiste se définit par « *le besoin, parfois impérieux, de maintenir l'environnement à l'identique* ». (P. Gillet, A. Guet et F. Bonnet Brilhault, 2021) En effet, ces auteurs ainsi qu'E. Rossini et S. Tétreault décrivent que le changement même minime, imprévu ou situation nouvelle est très inconfortable pour l'enfant et crée chez lui une grande détresse, pouvant aller jusqu'à la crise d'angoisse. Cette intolérance au changement peut s'exprimer par des rituels ou habitudes inflexibles se manifestant par des conduites de vérification excessives et obsessionnelles ou la recherche de l'exactitude, offrant à l'enfant un environnement sécurisant et donc favorisant. Ces situations angoissantes s'associent en général à des comportements stéréotypés, ayant une vertu anxiolytique pour l'enfant. (P. Gillet et al., 2021) (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

c) Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but

Les intérêts de l'enfant peuvent s'avérer être restreints et / ou s'exprimer par une connaissance experte dans un domaine particulier ou un aspect de l'environnement. Ce centre d'intérêt envahissant et atypique monopolise l'attention, la pensée, la motivation et les actions de l'enfant. Cet envahissement impacte directement les interactions avec autrui en raison de l'installation d'une communication unidirectionnelle de type monologue sur le sujet d'intérêt ou au contraire une restriction d'intérêt ne

permettant pas à l'enfant de partager des sujets communs à ses semblables. (P. Gillet et al., 2021) (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

d) Hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels

« Bien que le mécanisme physiologique qui assure le traitement des informations sensorielles soit universel, chaque individu a sa façon unique de percevoir et d'interpréter ce qui se passe autour de lui : c'est ce qu'on nomme la modulation sensorielle. » (M. Créthien-Vincent, S. Tétreault, E. Rossini, 2021) Cette modulation permise par le système neurologique permet de traiter puis de filtrer les informations sensorielles et d'y répondre rapidement. (M. Créthien-Vincent et al., 2021) Des perturbations dans le traitement de ces informations peuvent se manifester chez les enfants présentant un TSA. En effet, cette sensibilité peut être accrue ou réduite et peut concerner l'ensemble des sens, créant parfois des confusions sensorielles. (C. Da Silva-Genest, C. Masson, 2024) Les particularités sensorielles tactiles peuvent s'exprimer par la zone orale (hyper salivation, exploration orale intense, irritabilité buccale), des stéréotypies (grattage, tapotage, caresse d'objets), des comportements (intolérance au contact physique ou fascination pour certaines parties du corps de l'autre) ou des réactions à la douleur pouvant être absentes ou exacerbées. (HAS, 2020) (E. Rossini, S. Tétreault, 2020) (V. Cruveiller, 2019) (A. Perusseau-Lambert, 2020) Concernant les modalités visuelles, l'enfant peut développer une hyporéactivité (méconnaissance d'obstacles, difficultés à identifier les visages, évitement du regard) ou au contraire par une hyperréactivité (perception excessive des détails). Des particularités auditives peuvent également se présenter sous forme d'hyporéactivité (ne se retourne pas à l'appel de son nom, manque de conscience du ton de la voix) ou d'hyperréactivité (intolérance au bruit à certaines fréquences, oreille absolue). L'enfant expriment parfois une hypersensibilité du système vestibulaire par l'évitement de certains mouvements du tronc, ou au contraire une hyposensibilité créant le besoin de repères visuo-spatiaux et de sensations vestibulaires fortes (tournoiement, balancement). Certaines particularités moins fréquentes peuvent s'exprimer aux niveaux gustatifs, olfactifs et proprioceptifs. (V. Cruveiller, 2019) (A. Perusseau-Lambert, 2020)

D. Zoenen et V. Delvenne abordent trois grands types de troubles du traitement sensoriel : les troubles de la modulation sensorielle, les troubles moteurs sensoriels et les troubles de la discrimination sensorielle. « *Les troubles de la modulation sont caractérisés par des réponses non ajustées aux stimuli sensoriels rencontrés. Les troubles moteurs sensoriels comprennent les déficits du contrôle postural au sens large et la dyspraxie ; capacité réduite à concevoir, planifier, séquencer ou exécuter des actions. Enfin, les troubles de la discrimination sensorielle qui sont définis par une interprétation qualitative erronée de l'influx sensoriel, ce qui engendre des incohérences dans les réponses comportementales.* » (D. Zoenen et V. Delvenne, 2018) Dans le cas de l'autisme, nous parlons davantage de troubles de la modulation sensorielle et de troubles de la discrimination sensorielle. Ces deux troubles, qu'ils concernent l'interprétation du stimuli ou la réponse à celui-ci, créent des difficultés comportementales d'adaptabilité à une situation. Des études menées par P. Giacardy et al. ainsi que par D. Zoenen et V.

Delvenne soulignent la corrélation entre les troubles du traitement sensoriels et les troubles comportementaux. (D. Zoenen et V. Delvenne, 2018) (P. Giacardy et al., 2018) (P. Gillet et al., 2021)

P. Gillet et al. décrivent deux traitements des stimulations sensorielles : les stimulations externes provenant de l'environnement et les stimulations internes intrinsèques à la personne. Ils rédigent que « *Les stimulations qui émanent de l'environnement sont très nombreuses et multisensorielles* » (P. Gillet, A. Guiet et F. Bonnet Brilhault, 2021) P. Giacardy et al. soulignent de plus que « *L'âge scolaire correspond à une élévation du niveau d'exigence de l'environnement et de l'entourage* » (P. Giacardy, M. Viellard, C. Chatel, E. Jourdan, E. Avenel, S. Ellissalde, P. Grandgeorge, V. Murdymootoo, J. Guivarch, L. Boyer, F. Poinso, 2018)

II. L'environnement

Le concept « Environnement » du MCREO se divise également en quatre dimensions : physique, institutionnelle, culturelle et sociale. J'aborderai seulement les dimensions physiques, institutionnelles et sociales en évoquant les notions juridiques, les dispositifs existants ainsi que les acteurs sociaux du parcours de l'enfant.

1. La scolarité des enfants en situation de handicap

1.1 Cadre juridique

La scolarité des enfants en situation de handicap est régie par un cadre juridique qui évolue au cours des années. Le 11 février 2005, une loi est décrétée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. On retrouve dans le titre IV "Accessibilité", le chapitre 1er nommé "Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel", dans lequel l'article 19 aborde le droit à la scolarisation de tous les enfants, sans distinction, et dans l'établissement scolaire le plus proche de leur domicile. (Légifrance. (s.d.) (Mon Parcours Handicap, 2021)

Une seconde loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République est décrétée le 8 juillet 2013. Dans son titre Ier "dispositions générales", chapitre 1er "les principes et missions de l'éducation", l'article 2 aborde l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans distinction. (Légifrance. (s.d.) La loi introduit dans le code de l'éducation la notion d'école inclusive et engage tous les acteurs dans une nouvelle conception de la scolarisation des élèves en situation de handicap. Le premier article établit la classe ordinaire comme un espace de droit commun, destiné à faire réussir chacun. (Académie d'Aix-Marseille, février 2024)

L'article L. 111-1 du code de l'éducation affirme que le service public de l'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction. Il consacre ainsi une approche nouvelle : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que l'environnement est adapté à sa scolarité. (Ministère de l'Education Nationale, 2021)

Les textes fondateurs du droit à l'école pour tous évoquent deux grands principes :

- L'accessibilité : elle comprend l'inscription de l'enfant dans l'établissement scolaire de secteur, l'accès de l'enfant à l'ensemble des locaux et des matériels nécessaires pour sa scolarisation, l'accès de l'enfant au savoir grâce aux adaptations pédagogiques individuelles ou collectives et la mise aux normes des bâtiments scolaires et des équipements culturels et sportifs. (Mon Parcours Handicap, 2021)
- La compensation : après l'évaluation d'une équipe pluridisciplinaire de maison départementale pour les personnes en situation de handicap (MDPH) et la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), les besoins de chaque élève en situation de handicap sont évalués et il est proposé un plan personnalisé de compensation (PPC). Le plan personnalisé de compensation intègre également le projet personnalisé de scolarisation (PPS) qui peut prévoir, l'accompagnement en milieu scolaire par un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), l'attribution d'un matériel pédagogique adapté, un droit à une carte mobilité inclusion (CMI), ou une prise en charge par des professionnels d'établissements médico-sociaux en plus de l'école. (Mon Parcours Handicap, 2021)

1.2 Scolarisation en milieu ordinaire

Comme évoqué précédemment, la notion d'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap à l'école ordinaire est un enjeu majeur des politiques françaises actuelles. Cette inclusion devient de plus en plus massive à la suite des lois de 2005, 2013, révision du code de l'éducation et différentes stratégies nationales mises en œuvre ces dernières années. (Ministère de l'Education Nationale, 2023) En effet, selon le ministère de l'Éducation Nationale, plus de 490 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés à la rentrée scolaire 2024 dont 47 000 enfants autistes selon le ministère des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les hommes et les femmes contre 436 000 élèves à la rentrée 2023, ce qui représentait près de 3,6% des enfants scolarisés. (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2024) (Ministère de l'Education Nationale, 2024) Deux types de scolarisation individuelle sont possibles à l'école ordinaire : la scolarisation sans aucune aide et la scolarisation avec aide humaine ou matérielle. Les deuxième et quatrième axes de la stratégie nationale 2023-2027 portent sur l'accompagnement scolaire des enfants en situation de handicap encore trop précaire notamment par un manque de professionnels souvent souligné par les enseignants.

1.3 Structures et dispositifs

Les enfants en situation de handicap peuvent également être accompagnés dans leur scolarité par différentes structures et dispositifs. Plusieurs structures existent telles que les Centres Médico Psycho Pédagogique (CMPP), les Instituts d'Education Motrice (IEM), les Instituts Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP), les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ou encore les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Cependant, il existe depuis 2018, 3 principaux parcours de scolarisation autres que l'école ordinaire accueillant des enfants présentant des TSA en maternelle :

- L'Unité d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA) : cette classe est implantée en milieu scolaire ordinaire et est rattachée à un dispositif médico-social. Elle accueille seulement des enfants autistes, encadrés par un enseignant spécialisé, des éducateurs, des psychologues, psychomotriciens, orthophonistes et parfois ergothérapeutes formés à l'autisme. Ces professionnels sont recommandés par l'HAS. *« Les enfants bénéficient donc de l'environnement éducatif ordinaire d'une école, et d'actions éducatives et rééducatives spécialisées. Des temps d'inclusion en classe ordinaire leur sont également proposés. »* (Ministère des solidarités, de l'autonomie, et de l'égalité entre les hommes et les femmes, 2024) Ce dispositif existe également pour les classes élémentaires sous le nom d'unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA). La stratégie nationale 2018-2022 a permis la création de 247 classes spécifiques sur le territoire français, et le nombre d'ouverture d'unités augmente à chaque rentrée. En effet, 37 unités maternelles ouvriront à la rentrée 2023 selon le ministère de l'Education Nationale et 20 unités à la rentrée 2024 selon le ministère des Solidarités, de l'Autonomie, et de l'Egalité entre les hommes et les femmes. (Mon Parcours Handicap, 2024) (Ministère des Solidarités, de l'autonomie, et de l'égalité entre les hommes et les femmes, 2024) (Ministère de l'Education Nationale, 2024) (Stratégie Nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement, 2023)
- Le dispositif d'autorégulation (DAR) : ce dispositif est mis en place à l'école ordinaire et s'organise par la présence permanente d'un enseignant dédié, d'éducateurs spécialisés et d'un psychologue. L'enfant peut rencontrer ces professionnels dans un temps dédié en fonction de ses besoins. Il est le reste du temps, présent en classe ordinaire, accompagné ou non d'une aide humaine. Ce dispositif recherche principalement la progression de l'autonomie de l'élève. 29 de ces dispositifs ont été ouverts à la rentrée 2023 selon le ministère de l'Education Nationale et 8 à la rentrée 2024 selon le ministère des Solidarités, de l'Autonomie, et de l'Egalité entre les hommes et les femmes. (Mon Parcours Handicap, 2024) (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie, et de l'Egalité entre les hommes et les femmes, 2024) (Ministère de l'Education Nationale, 2024) (Stratégie Nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement, 2023)
- L'Institut Médico-Educatif (IME) : cette structure propose l'accompagnement des enfants rencontrant des difficultés à suivre un rythme scolaire ordinaire, dans un environnement spécifique adapté à leurs besoins. Des activités éducatives et rééducatives y sont proposées par un ensemble de professionnels. Quelques temps scolaires sont également dispensés. La Conférence Nationale du Handicap tenue le 26 avril 2023 évoque la perspective de déployer 100 projets pilotes d'IME à l'école dans les trois années suivantes. Selon les recommandations

de bonnes pratiques de l'HAS en mai 2023, 18 000 enfants autistes ou présentant un TND étaient accompagnés en IME en 2018 sur une totalité de 29 000 enfants accompagnés en structure médico-sociale. (Ministère des Solidarités, de l'autonomie, et de l'égalité entre les hommes et les femmes, 2024) (Ministère de l'Éducation Nationale, 2024) (Haute Autorité de Santé, 2023) (Mon Parcours Handicap, 2024)

2. Une prise en soin pluridisciplinaire

Comme évoqué précédemment dans le parcours de diagnostic, les enfants présentant un TSA peuvent être accompagnés par de nombreux professionnels de santé tels que les ORL, ophtalmologues, orthoptistes, orthophonistes, psychomotriciens, masseur-kinésithérapeutes et ergothérapeutes. L'environnement social de l'enfant est quant à lui principalement constitué de sa famille, son enseignant, son AESH, ses camarades de classe et tout le personnel éducatif qu'il peut rencontrer au quotidien. L'accompagnement de ces enfants est régi par une collaboration pluridisciplinaire qui n'est pas toujours simple à établir. En effet, J.P. Gagnier et L. Roy réfléchissent autour de la collaboration interdisciplinaire et évoquent la complexité de cette collaboration. « *Ce qui étonne au fur et à mesure que se déploie notre pratique interdisciplinaire, c'est que les valeurs, les principes, les règles qui s'explicitent sous la poussée des situations nous obligent à regarder bien en face notre manière d'être ensemble entre professionnels et avec les patients et leur famille. Ces pratiques cliniques de collaboration mettent en perspective le paradoxe inéluctable de la gestion et du soin, soit la tension entre l'importance d'énoncer des règles générales afin de réduire l'incertitude (une pratique capable de clarté) et l'exigence de souplesse pour favoriser l'innovation (Mintzberg, 2010), et ce, tout en préservant la capacité d'intervenir en fonction de la singularité de chaque situation.* » (J. Gagnier, L. Roy, 2013) S. Tétreault et E. Rossini soulignent à leur tour les dires de Potvin et al. en 2018 qui présentent la collaboration interprofessionnelle comme une orientation à privilégier pour répondre aux besoins particuliers de l'enfant avec autisme, de sa famille et de son entourage. (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

Nous étudierons d'abord l'accompagnement de l'enfant par son enseignant en maternelle, puis dans une seconde partie, par l'ergothérapeute. Nous ferons ensuite le lien entre les différents acteurs sociaux en abordant le concept de partenariat.

III. Les occupations

L'occupation est définie au sens littéral comme « *Ce à quoi on consacre son temps.* » (Larousse, 2021) En ergothérapie, l'occupation est définie plus précisément comme « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification.* » (E.A. Townsend et Polatajko, 2013) Elles sont propres à chaque individu ou groupe d'individus dans une société donnée. (J. M. Caire, G. Poriél, 2023)

Le concept « Occupation » du MCREO se divise lui en trois catégories : les soins personnels, la productivité et le loisir. L'enfant exerce en réalité une participation dans ces 3 catégories. En effet, les temps de repas, d'habillage / déshabillage, aller aux toilettes ... sont des occupations de soins personnels. Les temps de récréation ou d'activité périscolaire, de partages amicaux, de jeu... font partie des occupations de loisirs. Evidemment, les temps d'apprentissage et l'ensemble des acquisitions scolaires sont comptées dans les occupations de productivité. C'est pourquoi, dans le cadre de ce mémoire, j'étudierai l'ensemble des difficultés rencontrées par l'enfant dans le milieu scolaire.

1. Les occupations en maternelle

Dans les programmes de l'Education Nationale sont présentées les différentes compétences travaillées par l'enseignant(e) et normalement acquises durant les années scolaires de maternelle, permettant une pleine participation aux occupations scolaires. En effet, cinq principaux axes sont énoncés : la mobilisation du langage ; les développements moteur, sensoriel, affectif, intellectuel et relationnel ; l'accès aux univers artistiques ; l'acquisition des premiers outils mathématiques et l'exploration du monde. A travers la mobilisation du langage sont évoqués le travail oral dont l'entrée en communication, la compréhension du langage des autres, les échanges et réflexions partagés, l'acquisition et le développement de la conscience phonologique ainsi que le travail écrit dans toutes ses dimensions. Les différents développements évoqués précédemment sont mobilisés à travers le repérage spatio-temporel ; les déplacements dans différents environnements et en fonction de contraintes ; la communication avec les autres dans différents objectifs d'expression, de collaboration, de coopération et d'opposition. Les pratiques de l'univers artistique telles que la danse, le théâtre, le graphisme et le chant permettent d'abord de découvrir ces différents arts mais aussi de découvrir et de développer différentes formes d'expression des ressentis. Finalement, l'exploration du monde permet à l'enfant de travailler la structuration spatio-temporelle, de créer des repères sociaux et environnementaux, de découvrir le monde du vivant et les différentes matières. « *Il (le jeu) permet aux enfants d'exercer leur autonomie, d'agir sur le réel, de construire des fictions et de développer leur imaginaire, d'exercer des conduites motrices, d'expérimenter des règles et des rôles sociaux variés. Il favorise la communication avec les autres et la construction de liens forts d'amitié.* » (Bulletin Officiel programme d'enseignement de l'école maternelle, 2015) En effet, l'apprentissage par le jeu, la résolution de problème et l'exercice favorise l'acquisition du vivre ensemble et la participation de l'enfant au sein du groupe classe. (Bulletin Officiel programme d'enseignement de l'école maternelle, 2015) (Ministère de l'Education Nationale, octobre 2024)

Selon l'association Pass Education, une journée type en maternelle se déroule en plusieurs étapes. En effet, elle débute par un temps d'accueil permettant d'effectuer la transition entre le lieu d'habitation et le lieu scolaire. Durant ce temps, les enfants ont possibilité d'entrer dans leur position d'élèves en exerçant des responsabilités telles qu'arroser les plantes, indiquer la météo, la date du jour ... Ils peuvent également jouer en autonomie. S'en suit en général un temps de regroupement ritualisé durant lequel les

enfants sont tous installés côte à côte et chantent, apprennent des poésies, écoutent la lecture d'un album... La matinée continue par des ateliers dirigés par l'enseignant (nouveaux apprentissages, expériences, jeux...) ou en autonomie (réinvestissement d'activité, coloriage, activité de manipulation...). Se déroule ensuite un temps de récréation, temps fondamental de socialisation pour les enfants, ils y apprennent la structuration de l'espace et les règles de savoir vivre. Au retour de ce temps de loisirs, peut être proposé un temps d'activité physique permettant aux enfants d'explorer et construire leurs compétences motrices. Les enfants ont ensuite un temps de repas et de récréation. En début d'après-midi peut être proposé un temps calme en fonction des besoins et âges des enfants. Des activités sont ensuite débutées, elles peuvent être artistiques, ludiques, mathématiques, graphiques ou encore phonologiques en fonction de l'organisation de la semaine par l'enseignant. Ces temps d'ateliers ont une durée généralement plus importante que ceux du matin. A ensuite lieu un temps de récréation. En fin de journée, sont généralement proposées des activités d'éveil à la diversité, par la découverte de langues vivantes à travers des chansons, vidéos, outils de dialogue... Cette fin de journée peut également être organisée par des temps de lecture d'album ou d'activités littéraires. Cette organisation n'est évidemment pas exhaustive mais elle relate globalement les temps d'occupations en maternelle. (Association Pass Education, (s.d.)

L'enfant porteur de TSA peut, en lien avec les signes cliniques qu'il présente, rencontrer des problématiques occupationnelles durant les temps scolaires. En effet, il peut lui être difficile de créer des liens amicaux, de s'engager, suivre ou participer à une conversation, de comprendre ou d'interpréter les émotions d'autrui, de communiquer ou d'adapter son comportement au contexte, impactant sa participation au sein du groupe classe, durant les temps de récréation. L'enfant peut également rencontrer des difficultés à rester engagé dans une activité individuelle, en lien avec des difficultés d'attention ou une prédominance de stéréotypies, des intérêts restreints et/ ou envahissants, une intolérance au minime changement ou une sensibilité réduite ou accrue pouvant amener à une confusion sensorielle. (E. Rossini et al., 2020) (Institut Pasteur, 2022) (Gillet et al., 2021) (Muriel, 2020) (Boulard et al., 2015)

2. Accompagnement en ergothérapie

C'est lorsque l'enfant rencontre des difficultés pour acquérir ces différentes compétences, et de ce fait pour accomplir ses occupations, que l'intervention de l'ergothérapeute prend tout son sens. En effet, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapeute comme un professionnel de santé qui exerce dans les champs sanitaire, médico-social et social. Il collabore avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...) et est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Il est spécialiste du rapport entre l'activité et la santé et exerce en menant « *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, (s.d.) L'ergothérapeute accompagne l'enfant dans différents champs de compétences afin de favoriser sa participation aux occupations scolaires. Pour ce faire, le professionnel peut accompagner l'enfant dans le développement de sa structuration spatio-temporelle, de sa sensorialité, de sa compréhension d'autrui et de sa communication. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive, d'autres champs peuvent être abordés en lien avec les difficultés spécifiques de l'enfant rencontré.

2.1 La structuration spatio-temporelle

H. Faure et C. Galbiati évoquent les occupations comme un besoin fondamental de l'être humain apportant à celui-ci une structure dans l'espace et dans le temps. Celle-ci procure un sentiment de contrôle et de satisfaction. (H. Faure, C. Galbiati, 2019) Cette structuration spatio-temporelle est d'autant plus importante pour un enfant présentant un TSA au vu de ses difficultés de tolérance aux changements et de flexibilité. L'ergothérapeute accompagne l'enfant dans cette structuration à travers différents moyens tels que la méthode TEACCH, une méthode qui vise à adapter et à structurer l'environnement de l'enfant par la mise en place de routines imagées, sonorisées, tactiles... en bref, adaptées aux moyens de communication de l'enfant. (Centre de ressources Autisme Ile de France, (s.d.)

2.2 Le traitement sensoriel

Comme évoqué précédemment, les enfants présentant un TSA traitent parfois différemment les informations sensorielles en comparaison à d'autres enfants. Le traitement peut être diminué lorsque nous parlons d'hypo sensorialité, ou bien accentué quand on parle d'hyper sensorialité. C'est pourquoi, l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'accompagnement de l'enfant dans son développement sensoriel. Il évalue à partir d'entretiens, d'observations et d'expérimentations, les perceptions sensorielles de l'enfant à travers des jeux stimulants la vision, l'ouïe et le toucher. (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2012) (M. Chrétien-Vincent, 2021)

« Historiquement, les ergothérapeutes ont souvent abordé les problématiques sensorielles avec des approches centrées sur la fonction, c'est-à-dire en travaillant la manière dont l'enfant traite les stimulations sensorielles pour arriver à participer à ses activités sans inconfort ou comportement dérangeant. Bien que certaines de ces interventions aient été jugées efficaces, les retombées sont généralement notées à moyen-long terme. Pour les enfants présentant de l'autisme, les approches centrées sur l'occupation sont de plus en plus privilégiées. » (M. Chrétien-Vincent, 2021) L'intervention centrée sur la fonction peut se faire par l'intégration sensorielle, approche établie par Ayres en 2005. Cette approche a pour but de modifier la manière dont l'enfant perçoit les stimulations. Elle se pratique à partir de variété d'opportunités sensorielles dans des activités et un environnement soutenant l'autorégulation de l'enfant. (M. Chrétien-Vincent, 2021) Cette thérapie se met en place à partir de situations ludiques d'expériences sensorielles multimodales. Elle évolue au rythme de l'enfant et peut s'effectuer en collaboration avec les parents, l'enseignant et l'AESH de l'enfant. (S. Ray-Kaesler, C.

Dufour, mars 2013) L'ergothérapeute accompagne l'enfant dans son processus d'intégration sensorielle lui permettant de répondre efficacement et de manière adaptée aux stimuli sensoriels du corps et de l'environnement. (H. Faure, C. Galbiati, 2019) « *La plupart des études concernant l'intégration sensorielle recensent une amélioration du contrôle postural, ce qui permet notamment d'améliorer les fonctions cognitives de base et de développer les apprentissages académiques ainsi que la participation occupationnelle.* » (C. Arial, 2019) L'intervention centrée sur la fonction peut également se faire à travers une approche basée sur le sensoriel, en axant sur une stimulation sensorielle spécifique afin de l'améliorer rapidement. Par exemple, il peut être conseillé à l'enfant de porter un vêtement lesté afin d'améliorer sa proprioception. (M. Chrétien-Vincent, 2021)

En ce qui concerne l'intervention basée sur l'occupation, l'ergothérapeute peut agir de différentes manières. Le professionnel peut tout d'abord intervenir par « éducation aux proches » auprès de l'entourage de l'enfant en transmettant des connaissances et conseils aux parents et enseignants ayant des besoins spécifiques face aux difficultés sensorielles de l'enfant. Une seconde approche est possible : l'approche compensatoire. Elle se concrétise en l'adaptation de l'environnement, de la routine ou de la tâche par la mise en place d'aides matérielles telles que des casques anti-bruit, des assises dynamiques, du matériel lourd, des objets à manipuler ou à mâchouiller, des lampes de travail, des paravents... (Ashburner et al., 2014) (Reynold et al. 2017) (M. Chrétien-Vincent, 2021) L'objectif étant d'adapter l'environnement pour que l'activité soit plus facile à accomplir par l'enfant du fait de la réduction de stimuli présents. L'ergothérapeute intervient également par le biais de stratégies d'autorégulation, que nous utilisons tous au quotidien lorsque l'on se trouve inconfortable dans l'environnement. L'objectif est d'accompagner l'enfant dans le remplacement d'un comportement perturbateur par un comportement plus socialement acceptable. Pour cela, les ergothérapeutes mettent généralement en place des outils visuels permettant de favoriser la compréhension de l'enfant face au contexte dans lequel il se trouve. (M. Chrétien-Vincent, 2021)

Dans un premier objectif d'intervention communautaire, trois ergothérapeutes ont développé un programme sensori-moteur à l'intention des enseignants accompagnant des enfants présentant des TSA. Ce programme est mis en place par l'enseignant(e) en pratiquant des routines proprioceptives auprès de l'ensemble des enfants de la classe. Ces stimulations proprioceptives peuvent également être entreprises en séance individuelle avec l'ergothérapeute. Les résultats de ce programme énoncent que certaines améliorations du fonctionnement en classe de l'enfant autiste ont pu être observées. (M. Chrétien-Vincent, S. Tétreault, M. Couture, 2019)

2.3 La compréhension d'autrui

La compréhension d'autrui est généralement assimilée au terme de cognition sociale. Cette cognition se définit selon M. Houssa et N. Nader-Grosbois par l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales, permettant à l'enfant de comprendre l'intentionnalité et

d'identifier les émotions des autres et leurs états mentaux. *« L'élaboration de diverses formes de compréhension sociocognitive représente l'une des plus importantes réalisations du développement cognitif de l'enfance. »* (S. A. Miller, 2019) Cette capacité est appelée Théorie de l'Esprit. (M. Houssa et N. Nader-Grosbois, 2017) (S. A. Miller, 2019) Parmi ses objectifs de prise en soin, l'ergothérapeute peut accompagner l'enfant dans l'amélioration de cette capacité. E. Tommen et E. Rossini évoquent quelques moyens d'accompagnement dont le plus actuel est la méthode Suisse SAS (Sviluppo Abilità Sociale, soit le développement des compétences sociales). C'est une méthode ergothérapeutique pour le développement de la cognition sociale dans les troubles du spectre de l'autisme, qui propose des outils permettant d'intervenir sur les habiletés sociales en développant la cognition sociale de l'enfant. (M. Schubert, 2024) Cette capacité se travaille par l'association d'émotions à différentes situations et est souvent évaluée par l'ergothérapeute, en collaboration avec le psychologue. (E. Rossini, S. Tétreault, 2020) La Théorie de l'Esprit est quant à elle évaluée par différents moyens tels l'échelle de Wellman et Liu éditée en 2004, l'« épreuve ToM-croyances » de Nader-Grosbois en 2011 ou la ToM Task Battery créée par Hutchins, Prelock et Chace en 2008. Ces outils permettent d'évaluer le développement de la Théorie de l'Esprit chez l'enfant à travers différents situations dans des contextes variés. (E. Rossini, S. Tétreault, 2020)

2.4 La communication

L'ergothérapeute accompagne l'enfant dans des objectifs de communication par différents moyens. *« En cela l'ergothérapeute a toute sa place, avec l'objectif permanent d'aide à l'autonomie de la personne en fonction de ses capacités : il s'agira ici à la fois de l'aider à comprendre et à utiliser les outils envisagés, mais également et surtout d'aider les partenaires potentiels, l'environnement en général, à mettre en place ces formes alternatives de communication si peu spontanées pour un environnement « parlant » (oralisant). »* (E. Cataix-Nègre, 2017) Un des premiers outils essentiels du développement de la communication étant l'émergence du pointage, il est primordial d'accompagner cette acquisition permettant ensuite la mise en place d'échanges avec l'Autre. Ces échanges peuvent être aussi bien verbaux que non-verbaux. Comme évoqué dans une revue de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) concernant l'ergothérapie auprès des enfants et dans l'œuvre de E. Cataix-Nègre, un des moyens d'intervention de l'ergothérapeute dans l'objectif général de communication est la mise en place de Communication Alternative Améliorée (CAA). En effet, ce moyen généralement élaboré en collaboration avec un orthophoniste peut se présenter sous la forme d'un cahier de communication ou d'une tablette de communication contenant des images, pictogrammes, mots, enregistrements audios etc. choisis en fonction du quotidien de l'enfant, permettant à celui-ci d'exprimer par le pointage ce qu'il souhaite aborder avec son interlocuteur. (H. Faure, C. Galbiati et al., 2019) (E. Cataix-Nègre, 2017) (B. Collins, 2014)

Bethan Collins s'appuie sur les grands principes du centre de technologie spéciale appliquée (CAST) concernant la pratique de l'ergothérapeute dans la conception universelle de l'apprentissage. En effet,

l'ergothérapeute peut également proposer à l'enfant plusieurs moyens de représentation, d'action et d'expression tels que le texte, les vidéos, les enregistrements audios, les diagrammes. Il peut également proposer différents modes de participation, en individuel ou en groupe, par des activités expérimentatrices.

IV. Problématique

Une étude a été réalisée par Nahmias, Kase et Mandell en 2014 dans l'objectif d'évaluer les retombées de l'intervention précoce chez des enfants avec autisme dans trois milieux : une crèche accueillant seulement des enfants avec autisme, un milieu fréquenté par plusieurs enfants avec déficiences variées, un milieu inclusif. Les résultats de cette étude indiquent que « les enfants évoluant dans le milieu inclusif présentent les gains les plus importants sur le plan cognitif. » (E. Rossini, S. Tétrault, 2020) Cette étude, présentée dans l'œuvre de Rossini et Tétrault, en appui à mes réflexions et recherches contextuelles évoquées précédemment m'amènent à élaborer la problématique suivante : **Par quel(s) moyen(s) le partenariat ergothérapeute / enseignant peut-il favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de troubles du spectre de l'autisme en maternelle ?**

V. Concepts

Comme évoqué précédemment, l'utilisation d'un modèle conceptuel tel que le MCREO permet d'appuyer le raisonnement clinique et la rédaction des objectifs de l'ergothérapeute en accord avec le patient. (M. C. Morel-Bracq, 2013) Il est également important de savoir que l'objectif de ce modèle était tout d'abord de faire comprendre aux autres professionnels la spécificité et la complémentarité de l'ergothérapie, objectif pertinent dans la notion de partenariat entre enseignant et ergothérapeute. (M. C. Morel-Bracq, 2024) Dans le cadre de ma problématique et donnant suite à une réflexion autour de ce modèle conceptuel, deux concepts me semblent importants. Tout d'abord, le concept de participation scolaire en lien avec celui de productivité cité dans le MCREO, ainsi que le concept de partenariat entre les différents environnements de l'enfant, à mes yeux nécessaires pour un engagement occupationnel satisfaisant. (J.M. Caire, G. Poriél, 2023)

1. La participation scolaire

La participation est définie en ergothérapie comme « *Engagement, par l'occupation, dans des situations socialement contextualisées.* » (S. Meyer, 2013) et fait partie des concepts centraux de la pratique ergothérapique. A travers la notion de participation, se sous-entend le concept d'engagement définit comme « *Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.* » (S. Meyer, 2013) Bélanger et al. définissent l'engagement scolaire comme « *un processus complexe par le moyen duquel les étudiants s'investissent dans la planification de leurs études, la participation aux diverses activités d'apprentissage qui leur sont proposées et l'autoévaluation de leur expérience collégiale.* » (Bélanger,

Bessette, Grenier, Lemire, 2005) (S. Parents, 2014) La notion de participation scolaire trouve donc rapidement sa définition à travers ces concepts.

Comme l'évoquent Rhona Anderson et Heidi Reznick, la participation peut être favorisée par la réponse aux besoins spécifiques d'une personne. Cette participation dite « occupationnelle » peut être entravée par différentes causes telles que des incapacités intrinsèques à la personne mais également à des causes environnementales. Dr S. Ramel souligne que l'accessibilité est une clé essentielle sur les plans tant structurel que pédagogique pour permettre une pleine participation scolaire de tous les élèves. Il décrit que dans l'objectif d'inclusion scolaire, la situation de participation scolaire doit être recherchée et la situation de handicap évitée. Il explique que pour ce faire, l'entourage de l'enfant doit identifier les facteurs facilitateurs sur lesquels s'appuyer et les facteurs de risque à pallier. *« Permettre l'accessibilité de l'école à tous les élèves doit ainsi passer par l'identification de ces barrières, qu'elles soient en premier lieu attitudinales, et conséquemment pédagogiques, organisationnelles ou architecturales. »* (Dr S. Ramel, 2018) Une étude menée par Sylvain Ferez et al. concluent que les environnements physique et l'organisation matérielle des environnements sociaux (organisation spatio-temporelle) ont un impact important sur l'expérience des obstacles à la participation scolaire. Cette étude souligne aussi le rôle important des environnements humains dans la production ou la réduction des situations de handicap dans le contexte scolaire. (S. Ferez et al., 2023)

R. Anderson et H. Reznick soulignent également que la participation peut être en corrélation avec le sens accordé par l'acteur à son occupation. Romain Bertrand, Sylvie Tétréault, Nicolas Kuhne et Sylvie Meyer évoquent en 2018 une notion de désengagement occupationnel, face auquel l'ergothérapeute établit des objectifs prenant en compte ces différents facteurs et permettant à l'acteur d'améliorer sa participation occupationnelle grâce à une occupation plus adaptée à ses capacités et au sens qu'il y consacre. La participation entend l'implication de l'acteur dans son occupation au détriment de l'atteinte d'un rendement important, ce qui génère en général un vécu d'expérience plus satisfaisant pour la personne. Il est également souligné que la participation communautaire à des occupations significatives augmentent le sentiment d'identité et d'appartenance. Cette participation communautaire est significativement mobilisée dans le contexte scolaire. Les résultats d'un questionnaire remis lors du congrès « Expériences en Ergothérapie » de 2017 soulignent que les personnes en situation de handicap sont davantage menacées d'être désengagées dans leurs occupations. (R. Anderson, H. Reznick, 2016) (R. Bertrand, S. Tétréault, N. Kuhne, S. Meyer, 2018) (S. Meyer, 2013)

2. Le partenariat

L. Santinelli aborde la définition de partenariat selon Pelchat et Lefebvre en 2005 tel que *« L'association interdépendante de la famille et des professionnels qui se fixent des buts et des objectifs communs de soins. Chacun reconnaît les compétences et l'expertise de l'autre : le parent l'expertise disciplinaire du professionnel ; le professionnel l'expertise du parent dans la situation avec l'enfant. »*

(Pelchat, Lefebvre, 2005) (L. Santinelli, 2012) Cet article s'intéresse au partenariat avec les parents mais le concept se définit de la même manière dans l'ensemble des partenariats. Ce concept peut cependant avoir un sens différent en fonction des acteurs de la communauté. En effet, le partenariat peut être basé sur « *des liens communs formés en fonction d'une expérience partagée, d'une profession, d'un milieu de travail, de l'école, de la religion, des loisirs* » (S. Banks, B. Head, 2004)

Afin d'établir au mieux ce partenariat, il est nécessaire de tenir compte des forces, ressources et intérêts des partenaires. (ACE, 1997) Dans un modèle de développement communautaire, les ergothérapeutes canadiens abordent l'importance de considérer la compréhension des possibilités et des compétences des actifs de la communauté pour atteindre un objectif de partenariat. (S. Banks, B. Head, 2004) L. Santinelli appuie cette notion en soulignant que l'ergothérapeute doit être capable de reconnaître les ressources des acteurs et qu'il doit également mettre à disposition l'information dont il dispose. Les acteurs sont partenaires dans la recherche de solutions et la prise de décisions pour permettre de faire équipe et d'atteindre des objectifs établis ensemble. (L. Santinelli, 2012)

La communication entre les partenaires peut se faire de différentes manières. En effet, les rencontres peuvent être formelles à travers des rendez-vous définis, la formulation de projets communs, des comptes rendus etc., mais peuvent aussi être informelles par des discussions en entrevue, sur des temps limités et sans confidentialité. Des outils de communication comme un carnet de communication peuvent également être utilisés. (L. Santinelli, 2012)

Cette notion de partenariat, peut également se présenter, comme dans l'étude d'AJ Beaudoin, M Gagnon et al. en 2023, comme un outil d'information et de formation. Cette étude a permis de déployer des services d'ergothérapie en partenariat avec des organismes communautaires, permettant de « *former et d'accompagner les intervenants et le personnel en soutien clinique des milieux partenaires afin qu'ils puissent favoriser le développement optimal de tous les enfants fréquentant leurs groupes.* » (A.J. Beaudoin, M. Gagnon et al., 2023) L. Santinelli conclue que le partenariat est incontournable dans la pratique de l'ergothérapeute notamment lorsqu'il exerce en pédiatrie. « *Bien que parfois difficile, ce travail en partenariat augmente les ressources mises à disposition de l'enfant, nous apparaît comme plus respectueux des droits des parents et peut certainement enrichir la qualité de l'accompagnement offert par l'ergothérapeute.* » (L. Santinelli, 2012)

Comme tout, le partenariat peut se confronter à des limites le rendant difficile notamment dû à des problématiques de temps, le besoin de contacts réguliers, les rapports d'évaluation, les prises de décisions, les différentes implications et participations des acteurs, la liberté d'action de l'ergothérapeute en fonction de la structure etc. (L. Santinelli, 2012)

2.1 Partenariat ergothérapeute – enseignant

Dans le cadre de ce mémoire tourné vers la pratique en milieu scolaire, je m'intéresse tout particulièrement au partenariat entre enseignant et ergothérapeute. P. Gillet et al. évoquent la nécessité du travail partenarial des différents acteurs de l'accompagnement des enfants notamment les acteurs de l'école et ceux des structures médico-sociales ou libérales. « *La complexité du TSA rend indispensable cet étroit travail de collaboration, afin d'évaluer au plus juste les besoins de l'enfant et proposer des réponses adaptées.* » (P. Gillet, A. Guiet, F. Bonnet Brilhault, 2021) Le partenariat entre l'enseignant et l'ergothérapeute a pour objectif de favoriser la participation scolaire de l'enfant notamment par le biais de différenciation pédagogique. Cette notion est définie par le fait de tenir compte du rapport à la situation d'apprentissage de l'enfant, de son rythme d'apprentissage, de ses compétences, de ses points d'appui et de ses freins afin de répondre à ses besoins spécifiques. (P. Gillet et al., 2021) En effet, deux études menées par E. Selanikyo, S. Yalon-Chamovitz, et al. en 2016 et par A. J. Beaudoin, L. Héguy, et al. en 2019, démontrent l'importance et les apports de la collaboration pluridisciplinaire dans l'accompagnement scolaire des enfants et de fait, dans leur participation. (E. Selanikyo, S. Yalon-Chamovitz, N. Weintraub, 2016) (A. J. Beaudoin, L. Héguy, K. Borwick, C. Tassé, J. Brunet, E. Giasson Leblanc, J. Dore, E. Jasmin, 2019)

Le deuxième collaborateur présent en classe est effectivement l'AESH qui a notamment pour missions de participer au projet pédagogique de l'enfant et par la suite de mettre en œuvre les adaptations pédagogiques. Le binôme enseignant / AESH forme un trio avec l'enfant, permettant de faciliter son intégration au sein de ses pairs. (P. Gillet et al., 2021)

2.2 Triade ergothérapeute – parents – enseignant

Les parents de l'enfant jouent également un rôle important dans le partenariat autour de l'accompagnement scolaire de leur enfant. En effet, les parents vivent au quotidien avec leur enfant et connaissent ses problématiques et atouts mieux que personne. Tous ces éléments sont importants à connaître pour élaborer un accompagnement personnalisé de l'enfant. « *Sans reconnaissance de cette expertise de la part de la communauté éducative, les parents risquent par ailleurs d'être sur la défensive et l'enfant, percevant cette absence de confiance entre ses parents et son enseignant.e, aura plus de mal à se sentir en sécurité à l'école et donc à être disponible psychologiquement pour les apprentissages.* » (P. Gillet, A. Guiet, F. Bonnet Brilhault, 2021) Plusieurs outils permettent de construire le projet global de l'enfant entre les parents et les professionnels accompagnant l'enfant. Le BASC-3 est par exemple un questionnaire rempli par les parents concernant le comportement et la gestion émotionnelle de leur enfant au quotidien, permettant d'apporter de plus amples informations aux professionnels. (C. R. Reynolds, R. W. Kamphaus, 2020)

VI. Hypothèse

Dans le projet mené à l'Université de Montréal par Natasha Rouleau, nous retrouvons des objectifs collaboratifs de mises en place de stratégies favorables au développement occupationnel des enfants, de dépistage et de prévention des difficultés motrices et comportementales en maternelle. (B. St-Cyr-Leroux, 2021) « *L'ergothérapie en milieu scolaire est encore en émergence. Pendant longtemps, seuls les enfants avec des diagnostics sévères (handicaps moteurs, trouble du spectre de l'autisme, etc.) pouvaient recevoir des services et, souvent, c'était par l'entremise d'une entente entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. Pourtant, même les enfants qui n'ont pas de problèmes majeurs peuvent en tirer des bénéfices importants, leur parcours scolaire peut en être significativement amélioré.* » (Natasha Rouleau, (s.d.) Madame Rouleau souligne les bienfaits de l'ergothérapie en milieu scolaire dans le développement occupationnel des enfants et de ce fait l'amélioration de leur participation scolaire.

Au cours d'une étude menée par Cojan et Bonneton Lopez dans laquelle elles ont questionné des enseignants, ceux-ci affirment avoir des difficultés pour mettre en place des stratégies adaptées en regard de ces difficultés et 93% d'entre eux disent avoir "besoin d'un travail conjoint avec un professionnel pour la résolution de problèmes complexes ainsi que pour amener tous les élèves à la réussite". (Cojan, Bonneton Lopez, 2023)

Myriam Chrétien-Vincent, Sylvie Tétreault et Mélanie Couture déclarent dans leur programme sensorimoteur dédié aux enseignants que « *Le contexte scolaire est un environnement complexe comportant plusieurs éléments difficiles à contrôler. En effet, les lieux physiques, l'horaire strict, le nombre d'intervenants impliqués et les autres élèves du groupe sont tous des éléments dont l'ergothérapeute doit tenir compte. Ainsi, l'implication des ergothérapeutes auprès des milieux scolaires devrait être fortement encouragée afin de favoriser un cheminement scolaire optimal pour les enfants avec un TSA.* » (M. Chrétien-Vincent, S. Tétreault, M. Couture, 2019)

A l'appui de ces projets et études et en considération du contexte français présenté précédemment, j'émet une hypothèse permettant une éventuelle réponse à la problématique de ce mémoire : **Par quel(s) moyen(s) le partenariat ergothérapeute / enseignant peut-il favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA en maternelle ?**

Le modèle conceptuel P4C (développement des Capacités via la Collaboration et le Coaching en Contexte) a été développé par Missiuna et al. en 2011 en Ontario (Canada). Ce modèle se base sur la nécessité de partenariat entre ergothérapeute, enseignant et parent dans l'objectif de créer des environnements qui faciliteront la participation de l'ensemble des élèves. (E. Jasmin et al., 2019) (S. Meuser et al., 2023) (Missiuna et al., 2015) L'utilisation de ce modèle se fait en trois paliers. « *Dans un premier temps, l'ergothérapeute mise sur l'établissement d'un lien de confiance avec les enseignants et les parents ainsi que le transfert de connaissances, en vue de faciliter l'acquisition des compétences motrices et fonctionnelles, et la participation de tous les élèves, avec ou sans difficulté. Ensuite, en*

collaboration avec un enseignant, il intervient auprès d'un petit groupe d'élèves rencontrant des difficultés motrices ou fonctionnelles et nécessitant des consignes ou des stratégies supplémentaires. Enfin, si les difficultés d'un élève persistent, l'ergothérapeute l'évalue et propose des adaptations spécifiques à sa situation. » (E. Jasmin et al., 2019)



Aujourd'hui, la pratique ergothérapique française offre un accompagnement individuel à l'enfant autiste. L'environnement de l'enfant étant constitué d'aspects physiques et sociaux, il pourrait être pertinent d'intensifier l'aménagement de l'environnement à l'échelle de la classe, permettant une meilleure participation de l'enfant autiste et bénéficiant à l'ensemble des enfants, avec ou sans difficultés. C'est pourquoi, j'émet l'hypothèse que **l'utilisation du modèle collaboratif P4C entre enseignant et ergothérapeute pourrait favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA en maternelle.**

VII. Enquête d'initiation à la recherche

1. Objectifs d'enquête

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, j'établis un objectif général d'enquête : **étudier le lien entre le partenariat ergothérapeute / enseignant et la participation scolaire de l'enfant porteur de trouble du spectre autistique en maternelle ordinaire.** Pour ce faire, j'ai choisi d'établir des objectifs spécifiques permettant de guider la création de mon outil d'enquête. Pour chaque objectif, sont définis des variables et des indicateurs.

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateurs / Critères d'atteinte
Recueillir les freins à la participation scolaire de l'enfant autiste en maternelle.	-Habitudes -Environnement -Signes cliniques	-Observations par les professionnels -Expériences professionnelles suffisantes
Comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant un enfant autiste en maternelle.	-Connaissances sur le handicap -Moyen d'intervention -Valeurs -Expériences -Sensibilisation au handicap	-Expériences professionnelles suffisantes -Partage d'expériences
Etudier l'apport du partenariat ergothérapeute / enseignant dans la pratique de chacun des deux professionnels.	-Connaissance du métier de l'autre -Implication des professionnels -Expériences -Valeurs -Souhaits / demandes -Moyens de communication entre les professionnels	-Expériences professionnelles suffisantes -Partage d'expériences collaboratives

2. Méthodologie d'enquête

Dans le cadre de cette enquête d'initiation à la recherche, je m'oriente vers une méthodologie qualitative. A contrario d'une recherche quantitative qui s'effectue à partir de données chiffrées, la recherche qualitative étudie une réalité sociale. (L. Kohn, W. Christiaens, 2014) Cette méthodologie permet de comprendre en profondeur la problématique étudiée en récoltant des données descriptives, interprétatives, expérientielles et significatives auprès des personnes interrogées. (L. Kohn, W. Christiaens, 2014) (G. Claude, 2019) (Creswell, 1998) En effet, la recherche qualitative permet d'englober toutes les formes de recherche sur le terrain de nature non-numérique, comme les mots ou les récits par le biais d'observations, d'analyse de documents, d'entretiens, d'images ou de vidéos. Elle permet une description et une compréhension ancrée dans le terrain. Elle étudie des personnes dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales. (L. Kohn, W. Christiaens, 2014) (H. Dumez, 2021) Dans le cas de mon sujet, qui étudie un lien social entre deux personnes ayant un objectif commun d'accompagnement, je trouve pertinent d'utiliser une méthode qualitative. En effet, la notion d'étude en milieu naturel et de recueil de données d'expériences et d'interprétations des personnes interrogées permet d'acquérir une vision globale et réelle de la problématique de terrain.

3. Choix de la population

Afin de recueillir les informations nécessaires à mon enquête, j'ai établi des critères d'inclusion et de non-inclusion permettant de définir des profils pertinents pour mener ces entretiens.

J'ai convenu en tant que critères d'**inclusion** que les profils soient :

- **Des enseignants accompagnant ou ayant accompagné sans collaboration avec un ergothérapeute, un ou des enfant(s) autiste(s) en maternelle** afin de recueillir les difficultés rencontrées par l'enfant ainsi que celles rencontrées par l'enseignant dans cet accompagnement.
- **Des ergothérapeutes accompagnant ou ayant accompagné un ou des enfant(s) autiste(s) dans leurs cursus scolaires de maternelle.** Ce recrutement a pour objectif de recueillir les observations de l'ergothérapeute sur la participation scolaire des enfants autistes ainsi que ses expériences de partenariat avec leurs enseignants.
- **Des enseignants collaborant ou ayant collaboré avec un ergothérapeute dans l'accompagnement d'un enfant autiste** afin de recueillir leurs expériences, leviers et freins à ce partenariat. Je ne souhaite pas spécifier l'école maternelle dans ce recrutement car les freins et leviers rencontrés en maternelle peuvent être communs à des expériences vécues en école élémentaire. En effet, plusieurs articles relatent de freins rencontrés en « école primaire » regroupant tant l'école maternelle qu'élémentaire : méconnaissance du métier d'ergothérapeute, présence importante d'adultes en classe, manque d'information, difficultés de communication, manque de moyens / techniques de collaboration, objectifs différents, manque de temps, cadre organisationnel, manque de matériel / outils... (P. Garnier, 2016) (A.J. Baudoin et al., 2019) (C. Maillot et al., 2021) (A. Khasanzyanova et al., 2020) Comme le précisent A.J. Baudoin et al., « les différents rôles de l'ergothérapeute, encore en émergence dans le milieu préscolaire, peuvent être méconnus, limitant ainsi la collaboration entre les enseignants de maternelle et les ergothérapeutes. » (A.J. Baudoin et al., 2019) Il est vrai qu'une ouverture aux enseignants d'école primaire en général, facilite le recrutement des personnes interrogées en raison d'un nombre plus élevé de possibilités.

Et en tant que critères de **non-inclusion** que les profils soient :

- **Enseignant ayant moins d'une année scolaire d'expérience de pratique**, ne permettant pas un recul assez important sur l'accompagnement mis en place (évolution au cours de l'année scolaire, changement de classe / niveau, transmissions avec les enseignants précédents / suivants...)
- **Ergothérapeute ayant moins d'une année scolaire d'expérience de pratique**, ne permettant pas un recul assez important sur l'accompagnement mis en place (évolution au cours de l'année scolaire, changement de classe / niveau, transmissions avec les enseignants précédents / suivants...)
- **Ergothérapeute témoignant d'un partenariat dans un pays autre que la France**, en raison du choix d'orienter mon étude sur les problématique rencontrées dans le système scolaire français

- **Enseignant témoignant d'un partenariat dans un pays autre que la France**, en raison du choix d'orienter mon étude sur les problématiques rencontrées dans le système scolaire français

Pour ce faire, j'ai pris contact avec ces professionnels par différents biais : mails, réseaux sociaux, connaissances. J'ai idéalement souhaité recruter des professionnels exerçant en Ile de France, me permettant d'effectuer des entretiens en présentiel autant que possible. Il a cependant été difficile de répondre entièrement à ce souhait. Certains entretiens réalisés, obligatoirement en visio-conférence, avec des professionnels d'autres régions, peuvent finalement permettre d'acquérir une vision plus exhaustive des problématiques rencontrées sur l'ensemble du territoire français.

4. Outils d'enquête

Comme évoqué précédemment, j'ai souhaité utiliser l'outil d'entretien semi-directif. « *L'entretien vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde, dans une optique compréhensive.* » (C. Pin, 2023) Dans le cas de mon sujet d'étude, je cherche à recueillir les expériences des professionnels, d'où ce choix d'outil. Il se construit à partir d'un guide d'entretien préparé en amont et permet à la personne interrogée de répondre librement et d'exprimer son point de vue. Le chercheur a la possibilité d'approfondir les réponses de la personne en ajoutant de nouvelles interrogations au cours de l'entretien. (G. Claude, 2019) (C. Pin, 2023) J'ai pu élaborer trois guides d'entretiens³, un par profil interrogé. Cependant, ces guides ont une large base commune et se déroulent de la même manière : introduction du contexte, parcours d'expérience de la personne interrogée, difficultés rencontrées par l'enfant, difficultés rencontrées par l'enseignant, expériences de partenariat. Les entretiens peuvent avoir une durée allant de 30 minutes à 1 heure. Avec l'accord des participants, j'ai pu enregistrer les entretiens, me permettant de prendre des notes plus complètes en réécoutant ceux-ci après coup. Les entretiens seront retranscrits anonymement et dans le respect des réglementations.

VIII. Résultats et analyse

Dans les tableaux suivants seront présentés les différents profils d'ergothérapeutes (E) et de professeures des écoles (PE) interrogées ainsi que les éléments en lien avec ces entretiens. L'ensemble des participantes sont des femmes.

Nomination	E1	E2	E3
Profession	Ergothérapeute	Ergothérapeute	Ergothérapeute
Expérience	DE en 2020, exerce en libéral depuis 5 ans,	DE en 2019, exerce à mi-temps en IME / UEEA et CRF puis arrêt de l'IME / UEEA en	Ancienne PE en maternelle pendant 10 ans puis DE ergo en 2020, exerce à mi-temps en

³ Cf Annexes 3 à 5

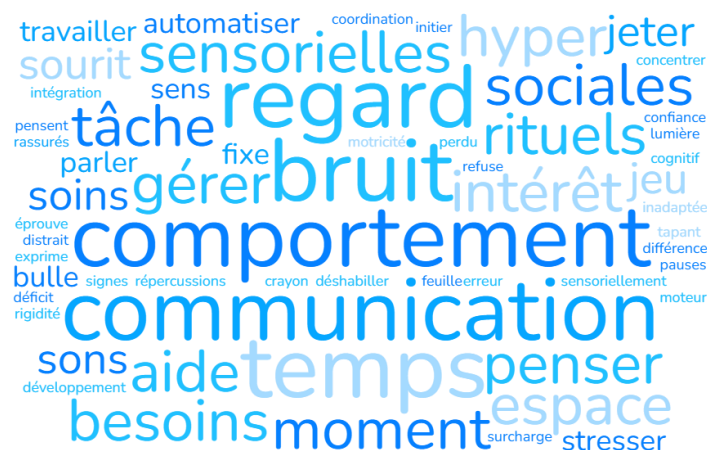
	accompagnement pédiatrique	2022 pour un mi-temps en libéral conventionnée avec une PCO	libéral, et à mi-temps en poste de coordinatrice de parcours de soin dans une PCO, a une expérience à l'Equipe Territoriale d'Appui au Diagnostic d'Autisme (ETADA)
Région d'exercice	Ile de France	Hauts de France	Normandie
Recrutement	Contact par connaissance	LinkedIn	Rencontre durant les études
Entretien	Présentiel	Visioconférence	Visioconférence

Nomination	PE1	PE2	PE3
Profession	Professeure des écoles	Professeure des écoles	Professeure des écoles
Expérience	PE titulaire en maternelle depuis 1999 ayant eu 7 enfants porteurs de TSA en classe	PE titulaire en maternelle depuis 2022 ayant eu 2 enfants porteurs de TSA en classe	PE titulaire en élémentaire depuis 2017 ayant eu 2 enfants porteurs de TSA en classe et des élèves ULIS en inclusion tous les ans
Région d'exercice	Ile de France	Ile de France	Ile de France
Recrutement	Contact par connaissance	Rencontre au cours d'un stage	Contact par connaissance
Entretien	Présentiel	Appel téléphonique	Présentiel

1. Des difficultés individuelles aux difficultés en collectivité

1.1 – Les difficultés individuelles

En lien avec le premier objectif d'enquête, la réalisation d'un nuage de mots permet de percevoir les difficultés individuelles de l'enfant les plus récurrentes selon les professionnelles interrogées. La récolte des données s'étant déroulée de manière identique chez l'ensemble des professionnelles, il me semble intéressant de confronter leurs réponses à travers un seul outil. Il est cependant important d'avoir conscience des différences de points de vue et de compétences entre les deux professions.



Les premiers termes à apparaître principalement sont ceux de **communication**, et de **comportement**. Un lien peut être constaté entre ces deux mots, la communication passant par le comportement. En effet, cette problématique de communication est récurrente chez l'enfant porteur de TSA. Trois personnes expliquent différentes difficultés dans ce domaine. Celles-ci sont en accord pour remarquer une communication parfois inadaptée : « *des petits cris, des petits sons, des petites choses comme ça, voire pas du tout donc des problèmes de communication avec les autres, que ce soit verbal ou non verbal.* » (PE1) ; voire inexistante : « *pas de prosodie, au niveau de l'intonation ça reste toujours assez plat, qui n'ont pas d'expression faciale, qui ne regarde pas bien.* » (E3), « *pas d'affect, en tout cas pas manifesté ni sur le visage, ni dans le regard, ni dans le geste.* » (PE1), « *Elle n'initie jamais l'échange, sauf une fois, j'étais épatée.* » (PE2) Au regard de ces déclarations en lien avec la communication peuvent être apparentés des situations comportementales évoquées par quatre personnes. Elles rapportent des comportements parfois difficiles à pacifier : « *Il peut se jeter par terre, marcher en continu, ça peut impacter les autres enfants.* » (E2), « *des colères, des gestes, des cris* » (E3), « *Cet enfant avait des troubles du comportement, se roulait par terre, griffait, tapait.* » (PE2) Les professionnelles sont en accord pour relater que les troubles du comportement affectent la participation de l'enfant en classe et la dynamique de celle-ci, cependant elles peuvent aussi décrire l'utilisation de ces comportements pour communiquer : « *attraper des objets, les lancer à travers la classe c'était son moyen d'entrer en communication.* » (E3), « *Le soir à la maison, c'était une à deux heures de débordement, soit c'était des cris, soit il lançait une chaise, soit il lançait des objets. En fait, il fallait que physiquement il déverse quelque chose.* » (PE1) La considération de ces comportements comme troubles ou comme moyens de communication peut être nuancée par les points de vue des différentes professionnelles.

En lien avec les difficultés comportementales pouvant être régulatrices, sont souvent rattachées des **problématiques sensorielles** évoquées sous les termes de bruit, sons, hyper, dans le nuage de mots. Trois personnes témoignent autour de ces difficultés : « *Le trop plein de stimulations, des couleurs, des grands espaces, beaucoup de bruits, beaucoup d'enfants, ça peut le mettre en difficulté.* » (E2), « *ne pas*

réussir à gérer le bruit, le mouvement, les odeurs, tout ce qui va être plutôt sensoriel » (E3), « Beaucoup de difficultés avec le bruit, une sensibilité à la luminosité, beaucoup de difficultés de la part des enfants avec le toucher. » (PE1) Deux des professionnelles abordent l'utilisation du casque anti-bruit pour soulager ce trop-plein sensoriel, E3 nuance cette adaptation : « On a la solution miracle du casque mais qui sert fort la tête [...], ça peut être insupportable et puis c'est aussi un objet qui fait qu'on entend ses bruits intérieurs, on entend sa respiration, les battements de son cœur et c'est insupportable pour certains enfants. » (E3)

Légèrement en arrière de ces grandes difficultés apparaît la notion de **temps**. Quatre personnes relèvent des difficultés et des besoins de structuration spatio-temporelle chez ces enfants : « Ils ont besoins de rituels, de les automatiser. Les temps de transitions sont difficiles. » (E2), « Et puis les transitions d'une activité à l'autre, il faut que ce soit hyper planifié, organisé dans l'espace et dans le temps. » (E3), « Il y avait aussi la notion du temps qui lui était compliquée ou qui pouvait le stresser énormément. » (PE1) L'enseignante PE2 ne témoigne pas de difficultés anxieuses de repérage temporel chez son élève mais davantage d'incapacités de repérage en déclarant qu' « Elle met pas de sens aux transitions. » (PE2) et elle ajoute qu' « Elle suit le groupe dans les transitions. » (PE2)

La thématique de l'**intérêt** est également rapidement repérée dans le nuage de mots. En effet, trois personnes remarquent un intérêt restreint chez les enfants : « Elle est plutôt dans sa bulle, avec des intérêts restreints, les cubes rouges, elle ne fixe pas le regard, elle reste toujours au même endroit dans la classe. » (PE2) ; voire pas ou peu d'intérêt : « Il peut avoir un manque d'intérêt pour la tâche. » (E2), « Pas, ou alors très peu d'intérêt pour ce qui peut leur être présenté, [...] une impression que l'enfant ne nous écoute pas, qu'il est ailleurs, dans ses pensées, dans un autre monde, qu'on ne l'intéresse pas. » (PE1), Nous comprenons rapidement que ces difficultés affectent la participation scolaire de l'enfant, une ergothérapeute le confirme en expliquant qu' « Il rencontre des difficultés à entrer dans une position d'élève, à rester longtemps impliqué dans une tâche. » (E2)

Ensuite, apparaît le verbe gérer, notion souvent employée sous le terme de **gestion**, dans la frustration, les émotions. Deux personnes témoignent d'une gestion assez différente de ces ressentis pour chaque enfant. Certains peuvent se montrer impatients : « Gérer cette frustration, [...] c'était pas possible de gérer ça, il voulait y aller tout de suite maintenant. » (E3) ; d'autres se retirer du groupe : « Selon la manifestation de l'opposition et de la frustration, ça va être des enfants qui vont être vraiment isolés. » (E3) ; ou encore les exprimer par des comportements parfois inadaptés : « La maîtrise des émotions était compliquée, des cris, ça se manifestait par des pleurs, des angoisses, ou une demande d'attention particulière ou collé à toi. » (PE1)

Une notion plus effacée a été évoquée au cours des entretiens, celle des **soins personnels**. Les professionnelles PE1 et E3 déclarent que les temps d'habillage et de déshabillage sont souvent

problématiques pour ces enfants. Cependant, l'ergothérapeute E2 explique que « *Dans l'ensemble ça (les soins personnels) pose pas trop de problème en école ordinaire.* » (E2)

Les échanges menés avec l’enseignante PE3 exerçant en école élémentaire permettent de remarquer que de nombreuses problématiques qu’elle énonce sont communes avec les difficultés rencontrées par les enfants scolarisés en maternelle, notamment en lien avec le comportement, la communication, la sensibilité aux stimuli sensoriels et le besoin de structuration spatio-temporelle.

1.2 – Les difficultés en collectivité

Cette étude ayant lieu en contexte scolaire, l'enfant porteur de TSA est amené à partager des temps collectifs avec les autres enfants. Un second nuage de mots permettra de mettre en avant les difficultés rencontrées par l'enfant au sein du groupe classe et d'aborder le comportement des autres enfants vis-à-vis de l'enfant en difficulté.



Au centre de ce nuage de mots apparaît le verbe **jouer**, noué au verbe **relation**, dans un contexte collectif. En effet, les deux enseignantes PE1 et PE2 et l'ergothérapeute E3 témoignent des difficultés de l'enfant à jouer avec ses camarades, elles utilisent à l'unanimité la notion de « ne pas jouer avec mais à côté des autres ». Cependant l'ergothérapeute E3 tient à nuancer cette notion en indiquant qu' « *à l'entrée en petite section, tous les enfants jouent à côté les uns des autres.* » (E3) Cette entrée en relation est abordée par cinq personnes en la présentant comme difficile : « *Certains sont isolés, certains veulent prendre le ballon aux autres pour jouer seul, certains sont en recherche de relation pour jouer avec les autres.* » (E2), « *Elle aime être dans la cour avec les autres, elle se montre épanouie mais elle rentre peu en interaction avec les autres quand ils vont la voir.* » (PE2) ; voire impossible : « *Ce sont des enfants qui peuvent rester à part pendant la récréation.* » (E3), « *Il a des difficultés à comprendre les codes sociaux donc il est isolé, en retrait du groupe.* » (PE3) Cependant, une enseignante rapporte que dans certains cas, ces enfants développent une capacité d'apprentissage de cette relation : « *Elle était capable d'apprendre la relation sociale, à avoir un semblant d'amis pour pas être seule.* » (PE1)

Un troisième terme intimement lié aux deux précédents transparait, celui du temps. Les années maternelles sont constituées en grande partie de **temps collectifs** durant lesquels les enfants porteurs de TSA expriment leurs difficultés de différentes manières. Certains ont besoin d'être en permanence en mouvement : « *Ça peut être un électron libre qui se balade, qui vient s'asseoir...* » (E3), « *Pour beaucoup ils se balancent, ils attendent que ça passe, mais ils peuvent rester quand même au sein du groupe.* » (PE1) ; s'exprimer par des comportements parfois inadaptés : « *T'en as quelques-uns qui vont pousser des petits cris, faire des petits bruits, marquer le fait que ça ne les intéresse plus, que ça devient long ou qu'il faut faire autre chose.* » (PE1) ; ou ne pas entrer dans la dynamique de groupe : « *C'est des enfants qui se coupent du groupe mais ils se trouvent quand même dans le groupe.* » (PE1), « *Elle reste toujours à côté du groupe, c'est rare qu'elle s'assoie sur le banc avec les autres.* » (PE2)

En relief dans le nuage de mots apparait l'adjectif **sensibles**, prononcés plusieurs fois par les différents professionnels. Cet adjectif ne qualifie pas l'enfant porteur de TSA mais davantage le comportement des autres enfants vis-à-vis de celui-ci. Deux ergothérapeutes et deux enseignantes témoignent des comportements bienveillants des autres enfants : « *Ils sont plutôt bienveillants et attentionnés.* » (E1), « *Des personnalités un peu plus sensibles qui s'approchent, qui testent, qui essayent.* » (E3), « *Ils ont envie de s'en occuper comme si c'était des tout petits, ils ont envie d'être utiles.* » (PE1), « *Ils déplacent son étiquette quand elle arrive en classe, ils ont envie de l'inclure, sont attentifs à elle, à son bien-être.* » (PE2) ; mais aussi parfois craintifs : « *Il y en a qui ont peur d'eux donc ils ne s'en approchent pas ou qui pleurent si l'enfant vient s'installer à côté d'eux.* » (PE1) Une des enseignantes explique que les enfants d'âge maternelle sont sensibles à la différence : « *Ils ont plus d'écoute aussi vis-à-vis du handicap, des enfants handicapés et ils perçoivent bien la différence, ils sont capables de comprendre.* » (PE1) Ces propos d'enseignantes de maternelle peuvent être nuancés par ceux de l'enseignante PE3 en élémentaire qui décrit qu'« *Ils ont moins de patience et de tolérance en grandissant, on voit plus d'exclusion et de provocation.* » (PE3) et qu'« *Ils isolent l'enfant TSA à cause du manque d'interactions sociales.* » (PE3)

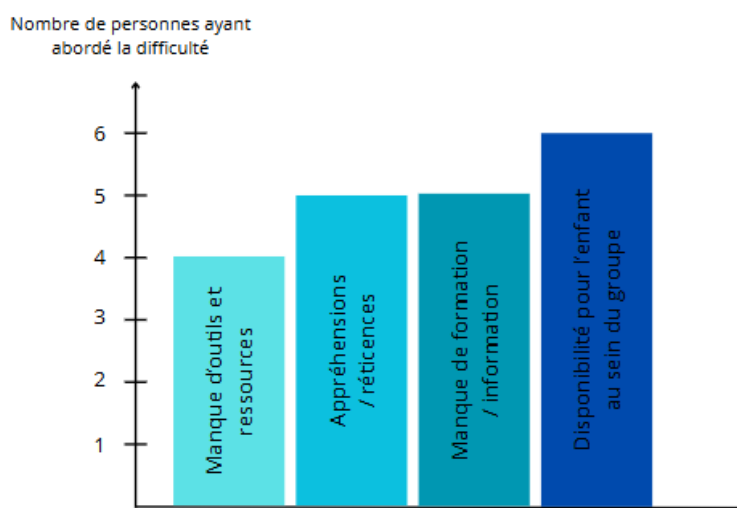
C'est aussi dans cette notion de sensibilisation des enfants que les enseignantes y trouvent un rôle important. Les notions de **comprendre, questionner, pourquoi...** reviennent dans plusieurs échanges. Les trois enseignantes et l'ergothérapeute E3 témoignent de l'accompagnement à la compréhension des différents comportements : « *A partir du moment où on explique à l'enfant, au groupe classe, ça passe. Les différences sont acceptées.* » (E3), « *C'est s'adapter aussi en expliquant aux autres enfants qu'il est différent, que parce qu'il est différent on fait un peu plus attention [...] c'est relativement pas trop compliqué parce que les enfants de maternelle sont plutôt ouverts à la différence.* » (PE1) Elles soulignent l'importance de prendre le temps de recueillir les questionnements des enfants et de leur donner des réponses : « *Les autres enfants demandent « Qu'est-ce qu'elle a ? Pourquoi elle ne parle pas ? Pourquoi elle n'est pas là tout le temps ? » Il faut expliquer aux enfants qu'elle a besoin de plus de temps pour apprendre, qu'elle est un peu différente, qu'elle ne ressent pas forcément les choses comme eux...* » (PE2), « *Ils posent beaucoup de questions en cas de crise.* » (PE3) L'enseignante en

élémentaire souligne une seconde fois l'importance de cette sensibilisation, le plus précocement possible : « *Il faut sensibiliser encore plus la classe aux troubles, surtout en grandissant.* » (PE3)

2. De l'inclusion scolaire aux limites en contexte

Le second objectif a permis de recueillir les différentes difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant les enfants porteurs de TSA.

2.1 – Les difficultés rencontrées par les enseignants



Les six professionnelles ont pu s'exprimer à ce sujet, les trois enseignantes sur leurs propres difficultés ainsi qu'une ergothérapeute sur les difficultés qu'elle a rencontrées dans sa carrière d'enseignante et deux ergothérapeutes sur les difficultés que leur transmettent les enseignantes.

Comme indiqué visuellement sur le graphique ci-dessus, quatre grandes problématiques sont recueillies lors des entretiens, à commencer par la **disponibilité** de l'enseignant pour l'enfant porteur de TSA au sein du groupe classe. En effet, l'ensemble des enseignantes interrogées déclarent être en difficulté lorsque l'AESH n'est pas présente : « *En général pour ce genre d'enfants, on fait des dossiers MDPH pour avoir l'aide d'une AESH. Si c'est pas le cas en maternelle on essaie d'être aidée par l'atsem quand c'est possible.* » (PE1), « *Quoi qu'il arrive notre grosse difficulté c'est les autres parce que les autres on peut pas les laisser tout seuls. Par exemple tu es en sport, bah il faut tout arrêter, faut tout mettre en pause ou demander à quelqu'un de venir surveiller 3 minutes la classe pour s'isoler avec cet enfant.* » (PE1), « *Il faut être très vigilant à son comportement envers les autres et au comportement des autres envers lui.* » (PE3) Une des enseignantes rapporte des difficultés de différenciation pédagogique supplémentaire, ne pouvant pas faire de l'individuel : « *C'est déjà difficile de différencier pour tous les enfants dans une classe sans enfant porteur de handicap.* » (PE2) Les trois ergothérapeutes relatent également des difficultés transmises par les enseignants, elles expliquent que : « *Les enseignants sont coincés parce qu'ils ont les autres enfants à s'occuper, l'enfant TSA est souvent mis de côté.* » (E1), « *Elle peut demander à l'AESH de faire autre chose en parallèle si l'enfant ne réussit pas à être inclus dans le groupe.* » (E2), « *Quand tu as 30 enfants en grande section / CP il y a des trucs qui passent à la*

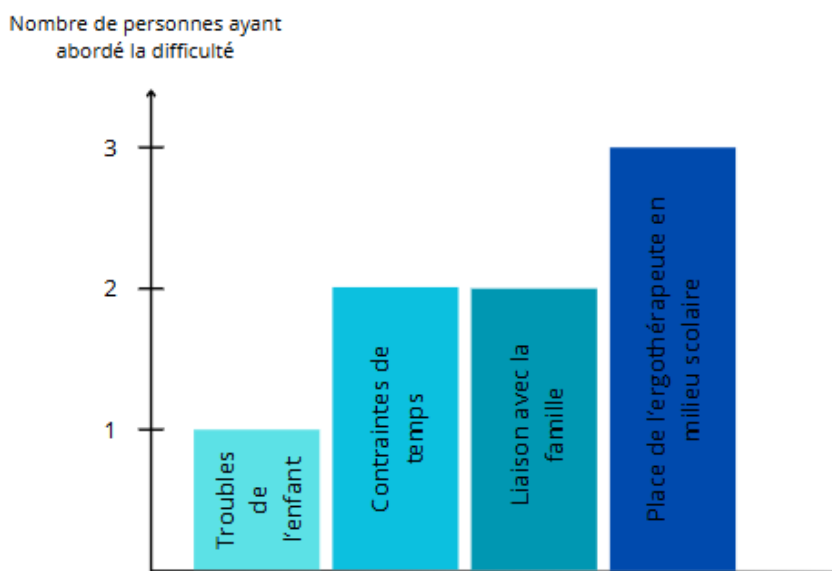
trappe. » (E3) Ces remarques démontrent un retrait involontaire mais réaliste de l'enfant vis-à-vis du groupe classe.

Apparaît secondement la notion du **manque d'information et de formation** des enseignants et AESH. Les professionnelles E1, E2, E3, PE1 et PE2 prononcent à l'unanimité les termes de « manque de formation ». Deux professionnelles soulignent également des effectifs de classe et un nombre d'enfants porteurs de troubles de plus en plus important : « *On n'a pas de formation sur le handicap alors qu'il y a de plus en plus d'enfants scolarisés.* » (PE2), « *Il y a de plus en plus d'effectifs dans les classes et il y a trop de besoins à gérer dans une seule classe.* » (E2) Les enseignantes PE1 et PE2 et l'ergothérapeute E1 soulignent que les AESH ne sont pas formées à un handicap en particulier et qu'elles peuvent rapidement se montrer démunies.

On retrouve, en lien avec la notion précédente, un **manque d'outils et de ressources** abordé par quatre des professionnelles. Elles expliquent qu' : « *Ils (les enseignants) essaient d'adapter mais c'est pas toujours facile.* » (E1), « *Il y a de plus en plus de besoins au sein d'une classe mais les enseignants sont pas outillés sur comment faire, ils sont très démunis face à ça.* » (E2), « *On sait pas comment interagir, quoi préparer, comment adapter.* » (PE2), « *On n'a pas de billes, de supports pour adapter.* » (PE2) Face à ces difficultés, certains enseignants sont réticents à accueillir les enfants : « *Certains veulent inclure l'enfant TSA seulement sur des temps précis et pas sans AESH.* » (E2)

Sur un aspect plus personnel, cinq professionnelles expliquent des notions **d'appréhension et de réticence** face à l'accompagnement des enfants porteurs de TSA. Les ergothérapeutes utilisent les termes de « *se sentir observés* » (E1), « *avoir peur de pas pouvoir gérer* » (E2), « *sont inquiets, appréhendent* » (E2), « *démunis, impressionnés* » (E3) pour décrire les ressentis des enseignants. Une ergothérapeute explique que les enseignants peuvent être réticents : « *Ils sont pas toujours prêts à mettre en place des aménagements, ni en demande d'ailleurs.* » (E2) Ces réticences peuvent être liées à de l'appréhension : « *J'étais inquiète pour entrer en communication avec elle.* » (PE2), « *J'avais très peur de gérer en début d'année.* » (PE2)

2.2 – Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes



Comme indiqué sur le graphique précédent, la difficulté la plus rencontrée par les ergothérapeutes est de faire leur **place au sein du milieu scolaire**. Effectivement, les trois ergothérapeutes interrogées témoignent de difficultés de communication avec le personnel éducatif : « *Souvent les enseignants sont pas forcément à la recherche de contact.* » (E1), « *Les ESS c'est un bon moyen de contact avec l'école quand il y a pas trop de retours.* » (E2), « *Et l'enseignante, bah c'était le moment de lecture plaisir donc tout le monde a lu, l'enseignante y compris, mais... peut-être on aurait pu parler ?* » (E3, expliquant que l'enseignante n'a pas pris le temps de communiquer avec elle alors qu'elle était disponible). Des difficultés d'accès à l'environnement de l'enfant, important dans l'accompagnement de l'ergothérapeute, sont également signalées : « *J'interviens très peu en classe mais à l'école oui même si on est souvent mis à part.* » (E3), « *Il y a des enseignants qui ne te laissent pas entrer.* » (E3), « *Il y a vraiment des difficultés sur le libéral parfois à rentrer dans certaines écoles.* » (E3)

Une seconde contrainte est abordée par deux des ergothérapeutes, celle du **temps**. En effet, elles expliquent qu'elles rencontrent des contraintes de temps liées au maintien de leurs emplois du temps et au temps supplémentaire qu'imposent les déplacements en milieu scolaire : « *C'est difficile de faire des interventions extérieures et de maintenir son planning d'ergo.* » (E1), « *Les déplacements dans les écoles ça prend du temps, et notamment sur un poste à mi-temps.* » (E2)

Une des ergothérapeutes aborde aussi des difficultés de **gestion du comportement de l'enfant**, impactant la mise en place d'objectifs : « *Le plus dur à gérer c'est les troubles du comportement, parfois ils tapent, ils mordent. Ça limite pour avoir des objectifs.* » (E2)

Concernant des difficultés plutôt tournées vers les **relations avec la famille**, deux ergothérapeutes sont en accord pour mettre en avant des difficultés de liaison avec les parents pour favoriser le transfert

d'acquis de leurs enfants. Elles déclarent que : « *Travailler quelque chose si les parents ne suivent pas à la maison, ça sert à rien.* » (E1), « *C'est très compliqué de faire un transfert d'acquis à la maison, de faire le lien avec les parents, la généralisation est très difficile. Quand ils reviennent de vacances il faut tout recommencer.* » (E2, en lien avec son accompagnement en IME). Cependant E2 souligne qu'« *Au cabinet les parents sont pas dans les mêmes attentes, ils paient donc ils sont plus investis. Il y a une meilleure généralisation chez les enfants en libéral en général.* » (E2), malgré parfois des priorités différentes pour lesquelles l'ergothérapeute E1 explique qu'« *Il faut essayer d'avoir la démarche de répondre aux attentes des parents en expliquant aussi les priorités en ergo.* » (E1)

3. Le partenariat ergothérapeute / enseignant

3.1 – Les nécessités d'un partenariat idéal

Le troisième objectif d'enquête permet de recueillir les témoignages des différentes professionnelles concernant les éléments nécessaires au bon fonctionnement d'un partenariat selon leurs expériences et attentes.

NECESSITES AU BON FONCTIONNEMENT DU PARTENARIAT
Communication
« <i>C'est (les réunions ESS) très intéressant dans la démarche ergo de prise en compte de l'environnement.</i> » (E1)
« <i>C'est important de collaborer avec tous ceux qui entourent l'enfant, les parents, l'école, le soin...</i> » (E2)
« <i>On a mis en place un cahier de transmissions où chacun dit ce qu'il fait pour que chaque professionnel puisse voir et rebondir dans son accompagnement.</i> » (E2)
« <i>Je cherche à avoir les infos de l'orthophoniste, de la psychomot, de l'enseignant, de la famille.</i> » (E3)
« <i>On a besoin de communiquer avec tous les intervenants, il faudrait un document commun entre tous.</i> » (PE1)
« <i>On a besoin de contact avec les professionnels de santé du suivi de l'enfant.</i> » (PE3)
« <i>Les nécessités je dirai l'écoute, le dialogue, la communication vraiment.</i> » (PE3)
Implication
« <i>Ça fonctionne bien si l'enseignant est en demande d'aide, s'il est prêt à écouter et à comprendre.</i> » (E1)
« <i>Les nécessités, je dirai de l'investissement, de la communication, de la motivation, une ouverture d'esprit, de la remise en question, sortir du jugement.</i> » (E2)
« <i>Il faut être un petit peu humble hein, transparent sur ce qu'on fait, volontaire pour y arriver et puis voilà.</i> » (E3)
« <i>Je teste par moi-même, je demande de l'aide au collègue.</i> » (PE2)

« J'ai mis en place des pistes suggérées par l'ergo, elle m'a prêté du matériel. » (PE2) « Il faut avoir envie de collaborer, être prêt à accueillir dans la classe, accepter de modifier certaines choses et habitudes. » (PE2)
Relation égalitaire
« Le but c'est pas de faire du vertical, c'est d'avoir une relation égalitaire. » (E1) « On partage des réflexions et des observations. » (E1) « Le partenariat se fait avec les parents et l'enseignant, on est tous experts. » (E1) « Des enseignantes qui me font de la place, qui me montrent ce qu'elles font, qui me questionnent, qui m'apprennent des choses, parce qu'elles connaissent aussi bien les enfants hein, ça fait 6 h par jour. » (E3) « Ce que je peux observer vient vraiment compléter ce que l'enseignant me rapporte. » E3 « Moi je suis plutôt sur le partage égalitaire parce que j'apprends aussi. » (E3) « On réfléchit ensemble, on discute beaucoup, on échange pour trouver des solutions ensemble. » (PE2) « Il y a vraiment besoin d'un travail d'équipe de la part de l'école autour des enfants en situation de handicap. » (PE2) « Il n'y a pas de hiérarchie, on apporte chacune nos observations. » (PE2)

Il ressort des échanges avec les professionnelles, trois grandes nécessités au bon fonctionnement d'un partenariat. En effet, cinq d'entre elles abordent le besoin de **communication** et notamment avec l'ensemble des acteurs de l'environnement de l'enfant comprenant la famille, le personnel éducatif et les professionnels du parcours de soin. Une des enseignantes explique qu'elle aimerait mettre en place un outil de transmissions écrites permettant d'accompagner l'enfant d'un acteur à l'autre, proposition déjà mise en place par l'ergothérapeute E2 dans son accompagnement. Cette mise en place, comme toute communication peut être limitée par le temps qu'elle demande, nous réaborderons cette limite par la suite. Les professionnelles utilisent différents moyens de communications tels que des échanges uniquement oraux, des échanges téléphoniques, des échanges par groupes Whatsapp, des réunions.

La deuxième grande nécessité selon les professionnelles se résume par l'**implication** de chacun. En effet, en lien avec la communication, est soulignée la notion de demande d'aide (E1, PE2) qui démontre l'envie d'améliorer son accompagnement. En lien avec cette demande d'aide est nécessaire d'accepter d'essayer de modifier son accompagnement, d'être à l'écoute des propositions de l'autre (E2, PE2) Les trois ergothérapeutes mettent également en avant les qualités d'écoute (E1), de motivation, d'ouverture d'esprit (E2), d'humilité, de transparence et de volontariat (E3) Ces qualités sont évoquées par les ergothérapeutes vis-à-vis des enseignants mais elles semblent essentielles à acquérir de la part de l'ensemble des professionnels pour le bon fonctionnement d'un partenariat.

En lien avec ces atouts fondamentaux quelle que soit la profession, est évoquée le besoin de **relation égalitaire**. Les notions de partage (E1, E3), ensemble (PE2), travail d'équipe (PE2) sont citées, appuyant cette notion d'apport des compétences de chacun vers un objectif commun. Les professionnelles E1, E3 et PE2 soulignent l'expertise de chacun dans son domaine, dans l'objectif de répondre à la demande de l'autre. Cette démarche se met en place par des réflexions communes (E1, PE2), des observations (E1, E3, PE2), des questionnements (E3, PE2), des apprentissages (E3), des discussions et réajustements, sans hiérarchie entre les professionnels. L'ergothérapeute E3 décrit une situation concrète possible par cette démarche de partenariat dans la mise en place de CAA : *« Par exemple c'était utiliser une application sur la tablette pour la communication de cet enfant de grande section et je n'arrive pas à faire ce verbe là et bah du coup on (ergo et enseignante) vient chercher un petit peu. Il n'y avait pas donc quels étaient les trucs qu'on pouvait faire ? Moi j'ai travaillé avec l'enfant, j'ai dit à l'enseignante que je travaillerai ça avec l'enfant. Puis en 2 semaines finalement ça a été un picto. Enfin en 2 semaines en 2 séances, plus le travail qu'elle (l'enseignante) a fait entre 2 donc 2 semaines ça a été un picto qui a été intégré finalement. »* (E3)

3.2 – Un partenariat parfois limité

Nous retrouvons, face aux éléments idéaux d'un bon partenariat, des limites de terrain entravant celui-ci. Les professionnelles interrogées en témoignent.

LIMITES AU BON FONCTIONNEMENT DU PARTENARIAT
Contraintes de temps
« C'est difficile de trouver un moment libre pour tout le monde (ergo / enseignant / AESH). » (E1) « J'étais pas de service de récréation donc j'avais un peu de temps. » (PE2) « Il y a le temps aussi, j'ai besoin de temps pour ranger le matériel, préparer le travail, c'est ce que je fais d'habitude pendant les récréations mais je préfère prendre ce temps pour échanger avec l'ergo et préparer le travail sur mon temps perso. » (PE2) « Je ne vois pas trop l'ergo, par manque de temps. » (PE3) « On manque de temps, je suis en classe quand l'enfant rentre de séance, je ne suis pas disponible pour échanger avec l'ergo et elle n'a pas le temps non plus. » (PE3)
Communication
« On nous demande de faire des dossiers mais on n'a pas de retours parce que c'est « des données médicales » donc le partenariat est très limité ça va que dans un sens. » (PE1) « On n'a pas le bilan ergo si les parents ne nous le donnent pas. » (PE3) « On manque de réunions pluridisciplinaires. » (PE3) « J'aimerais avoir des traces écrites sur le suivi de l'enfant pour avoir des pistes de progrès, de mises en place. » (PE3)
Méconnaissance de l'ergothérapie

« J'ai connu le terme ergothérapeute il y a pas si longtemps. » (PE1) « Pour moi l'ergothérapeute fait la rééducation de l'écriture et propose un ordinateur quand ça aide l'enfant. » (PE1) « Avant l'intervention de l'ergo, je connaissais pas l'ergothérapie. Je savais pas que c'était possible d'intervenir à l'école. On sait pas qu'on peut faire appel à ce genre de professionnel. » (PE2) « L'ergo fait la rééducation du graphisme. » (PE3)
Financement
« On est limités par les moyens de la famille, il y a un certain nombre de séances payées par la PCO, après l'ergo pourra plus venir. » (PE2) « Il y a aussi des limites financières de la part de l'école, on peut pas investir dans du matériel sensoriel par exemple. » (PE2)

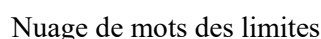
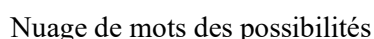
La principale contrainte citée par trois des professionnelles est celle du **temps**. En effet, les enseignants étant responsables de l'enseignement et de la surveillance d'une classe, ils sont souvent en incapacité de se libérer pour échanger avec l'ergothérapeute (E1, PE2, PE3). Comme l'expliquent plusieurs des professionnelles, les temps de récréations sont soit réservés à la surveillance des enfants, soit au rangement et à la préparation des activités pour le retour des enfants en classe. L'ergothérapeute E3 témoigne d'après son expérience d'enseignante : « La récréation il peut être de service et s'il n'est pas de service, il est en train de ranger sa classe, corriger ses copies ou prendre une pause. Donc si on l'appelle pendant la récré, ben on sait que c'est du temps à lui qui s'en va. Le travail du midi c'est pareil, le temps du soir, les mercredis, les vacances, c'était pareil et il n'est pas payé. » (E3) Cet investissement personnel est valable également chez l'ergothérapeute qui doit lui aussi maintenir son planning en consacrant environ 45 minutes à chacun de ses patients. L'ergothérapeute est donc dans l'obligation soit de réduire le temps de séance avec l'enfant pour échanger avec l'enseignant, soit d'y consacrer du temps personnel hors séance.

La **communication**, que l'on citait précédemment comme une nécessité peut également être une limite au partenariat. Effectivement, une des enseignantes relate son souhait d'obtenir davantage d'informations concernant l'accompagnement de l'élève, notamment par des rencontres régulières ou des transmissions écrites de suivi et de conseils. En lien avec ces suivis médicaux et paramédicaux, deux enseignantes (PE1, PE3) abordent l'accès limité aux informations de santé, l'enseignante PE3 déclare que : « C'est difficile en tant qu'enseignant parce qu'on est en première ligne. » (PE3) La transmission d'informations de santé aux enseignantes pourraient peut être faciliter leur compréhension des difficultés de l'enfant et les sensibiliser davantage.

Un troisième aspect retrouvé dans l'ensemble des entretiens menés auprès d'enseignantes est la **méconnaissance de l'ergothérapie**. Les enseignantes témoignent d'une découverte récente de cette

Une dernière limite est évoquée par l'enseignante PE2 d'une élève pour qui l'ergothérapie est financée par la PCO, contraignant à un nombre de séances limité, ne permettant pas forcément de répondre à l'ensemble des besoins. Elle décrit également des **contraintes financières** auprès de l'établissement scolaire qui aimerait pérenniser l'intervention de l'ergothérapeute par l'achat de matériel sensoriel mais qui n'en a pas les moyens disponibles. Les moyens financiers d'une école ayant pour objectif de bénéficier à l'ensemble des élèves, il est souvent difficile d'en obtenir pour répondre aux besoins particuliers d'un élève.

En échangeant avec les différentes professionnelles, nous avons pu énoncer des possibilités de mise en place d’une intervention basée sur les principes du modèle conceptuel P4C (mise en place de séances sensorielles pour la classe, utilisation de CAA en classe), mais également des limites à celle-ci.



41

passé discret, c'est pour la classe donc leur enfant y va mais pas que leur enfant, ce qui est plutôt intelligent quand on sait les chiffres d'enfants porteurs de troubles. » (E3), idée à laquelle ajoute l'enseignante PE1 : *« Je rencontre des difficultés avec au moins un à trois enfants par classe maintenant. »* (PE1) En lien avec cet apport pour les autres enfants rencontrant des difficultés, l'ergothérapeute E2 décrit un exemple concret de situation vécue dans sa pratique : *« J'ai vu un enfant TDAH qui s'est retrouvé en difficulté quand il a changé de classe parce qu'il y avait des aménagements pour d'autres enfants et quand il est parti, il n'y en avait plus. »*. Une des enseignantes est en recherche d'après cette théorie d' *« un apport qui sert à l'élève et aux autres élèves pour favoriser le climat de la classe. »* (PE3), à laquelle une ergothérapeute ajoute *« Ça va apporter du mieux-être à tous, plus à celui qui est diagnostiqué ou qui en souffre de façon sévère. Mais ils ne seront pas les seuls et puis je pense que ça apporte aussi un peu plus d'empathie. »* (E3) L'enseignante PE1 juge un réel bénéfice à cette théorie, elle déclare : *« Ce genre de proposition peut les aider à ne plus être à côté des autres mais avec les autres. »*

Un second terme ressort du nuage de mots, celui d'**environnement**, concept important en ergothérapie. Comme évoqué précédemment, l'ensemble des enfants de la classe constituent un environnement social, au cœur d'un environnement physique. Dans l'objectif de favoriser la participation de chacun des élèves, il est important d'adapter leur environnement à leurs besoins. Deux des ergothérapeutes évoquent cette notion : *« Plus l'environnement utilise l'outil que le jeune va utiliser, plus le jeune s'en saisira. »* (E1), *« Un enfant qui ne va pas bien n'est pas un enfant qui va rentrer dans les apprentissages et ça je pense que c'est valable que l'enfant soit neurotypique ou neuro atypique. »* (E3)

Une des ergothérapeutes reformule avec humour cette théorie en déclarant : *« Faire le contraire de ce qui se fait quoi, plutôt que de faire rentrer l'enfant TSA dans le moule, proposer le moule du TSA pour les autres enfants c'est ça ? »* (E3) En effet, les principes de cette intervention peuvent demander à revoir les principes d'interventions actuelles, et c'est pour cela que les professionnelles en ont évoquées des limites, imaginées par le second nuage de mots ci-dessus.

La limite la plus importante selon les professionnelles est celle du **manque**, qu'il concerne le **temps**, la **formation**, les **moyens**... Effectivement, quatre professionnelles soulignent cette limite : *« Les limites ça serait toujours un manque de temps et de formation, aussi savoir modéliser sur un outil. »* (E1), *« Ça prend du temps, il faut ajouter ça aux programmes de la journée, le préparer en amont. »* (PE2), *« limité par les moyens, les limites structurales mais aussi l'investissement. »* (E2), *« Il y a quand même des enfants qui y ont laissé des plumes par manque de formation, d'information, entre autres, mais par souci d'économie, de budget et sous couvert d'être inclusif. Mais ça a pu être violent, maltraitant pour certains enfants. »* (E3) Cette notion d'inclusion à tout prix soulignée par l'ergothérapeute E3 est également abordée par une enseignante qui confie que : *« C'est plutôt pour les enfants qui ont un handicap qui leur*

permet d'être scolarisés, de suivre les apprentissages et il y en a beaucoup mais ça serait difficile pour un handicap lourd. » (PE1)

Un second aspect est évoqué par deux enseignantes, celui des **programmes scolaires nationaux**. L'enseignante PE2 déclare que *« Mais ça pourrait poser problème au niveau institutionnel si on en parle pas dans les programmes. » (PE2)*, qu'elle nuance aussitôt : *« On peut faire le lien avec les programmes, le vivre ensemble c'est important, l'ouverture sur le monde. » (PE2)* en accord avec l'enseignante PE1 qui estime une intégration possible : *« Ça fait pas partie du programme, c'est des choses qu'on fait en plus qu'on apprend sur le tas, après on l'intègre dans le programme. » (PE1)* Une des enseignantes ajoute que *« Les enfants sont des éponges d'apprentissage et ils adorent découvrir des nouvelles choses. » (PE2)*

Une dernière notion est abordée par deux des ergothérapeutes, le **risque de généralisation**, avec des points de vue assez différents. L'ergothérapeute E3 déclare que : *« Moi je veux bien qu'on propose des casques, des fidgets dans toutes les classes, mais on sait très bien que si l'enfant il l'a toute la journée, au final ça va être plus excitateur que régulateur. » (E3)*, notion que l'ergothérapeute E2 nuance en déclarant que *« Moi je pense que ceux qui ont besoin vont s'en saisir et s'ils n'en ont plus besoin ils vont s'en détacher. L'enfant s'adapte et a soif d'apprendre s'il n'a pas besoin d'être aidé. » (E2)*

IX. Discussion

Afin de discuter des résultats de l'enquête menée, il est important de rappeler que l'hypothèse à vérifier est la suivante : **l'utilisation du modèle collaboratif P4C entre enseignant et ergothérapeute pourrait favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA en maternelle**. Pour cela, trois objectifs d'enquête ont été établis :

- Recueillir les freins à la participation scolaire de l'enfant autiste en maternelle.
- Comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant un enfant autiste en maternelle.
- Etudier l'apport du partenariat ergothérapeute / enseignant dans la pratique de chacun des deux professionnels.

1. Des difficultés individuelles aux difficultés en collectivité

De manière à synthétiser les résultats, il est intéressant d'opérer par objectifs. Concernant le premier objectif, il ressort des témoignages que la participation scolaire de l'enfant est altérée par des difficultés de communication pouvant s'exprimer par des troubles du comportement, des troubles sensoriels, des besoins de repérage spatio-temporel, des intérêts restreints et une gestion des émotions difficile. Des problématiques de participation au sein du groupe classe sont également justifiées par des difficultés à entrer en relation et de ce fait à supporter d'être présent au sein du groupe durant les moments collectifs.

L'objectif de l'hypothèse proposée étant de favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA, il est important d'interpréter les résultats afin d'acquérir une vision précise des difficultés rencontrées par cet enfant. En ce qui concerne cet axe d'enquête, les résultats évoqués par les professionnelles et les notions indiquées dans la littérature sont assez proches. En effet, le tableau clinique des TSA présenté selon le DSM-V est entièrement confirmé par les témoignages des professionnelles de terrain, cependant, elles précisent à l'unanimité que les enfants ne présentent pas tous les mêmes signes cliniques et que leurs TSA s'expriment différemment. On retrouve des signes cliniques en lien avec un déficit de la communication et des interactions sociales cité par le DSM-V à plusieurs reprises. L'enseignante PE1 évoque une absence de manifestations d'affect face à une situation en nécessitant, s'apparentant au déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle ainsi que l'absence de sourires ou d'expressions faciales et des troubles du comportement possiblement en lien avec un déficit des comportements non-verbaux. Le DSM-V aborde également le déficit du maintien et de la compréhension d'autrui, nommée aussi théorie de l'esprit, notion très peu développée par les professionnelles interrogées, probablement en lien avec le développement assez hétérogène des capacités de cognition sociale évoluant jusqu'à 6 ans selon C. Hugues et S. Lecce en 2010. Cependant, l'enseignante PE3 souligne cette difficulté auprès des enfants d'un âge plus avancé. On pourrait donc effectivement retrouver ce signe clinique chez les enfants porteurs de TSA. Nous retrouvons également dans les résultats des entretiens, en lien avec les signes cliniques présentés par le DSM-V, des caractères restreints et répétitifs des comportements et des intérêts. L'enseignante PE3 décrit des enfants se balançant ou battant des mains, comportements s'apparentant à des mouvements répétitifs et stéréotypés. Plusieurs professionnelles repèrent chez les enfants un besoin de structuration spatio-temporelle traduisant sûrement d'une intolérance aux changements et d'une adhésion inflexible à des routines. Plusieurs enseignantes soulignent des intérêts fixes ou une impression de désintérêt, ce qui confirme les intérêts restreints ou fixes dans leur intensité ou dans leur but décrit par le DSM-V. Quant aux signes d'hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels, de nombreuses professionnelles témoignent de difficultés vis-à-vis du bruit, de la luminosité et de certains aspects tactiles.

Une ultime notion est étonnement abordée en contexte, celle des soins personnels. Deux enseignantes et une ergothérapeute témoignent de certaines difficultés lors de l'habillage et du déshabillage, de l'approche de l'eau pour se laver les mains et du support difficile du bruit de la chasse d'eau. Ces témoignages plus éloignés du sujet de l'hypothèse, permettent tout de même de mettre en avant l'influence des signes cliniques sur l'ensemble des domaines d'activités ainsi que le besoin d'accompagnement permanent de l'élève par un tiers.

L'ensemble de ces signes cliniques, quasiment accordé entre littérature et témoignages en contexte, permettent de deviner rapidement une altération de la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA. En rappelant la définition de participation comme « *Engagement, par l'occupation, dans des situations socialement contextualisées.* » (S. Meyer, 2013), et celle d'engagement comme « *Le sentiment*

de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation. » (S. Meyer, 2013), nous constatons rapidement que les difficultés intrinsèques à l'enfant influent cette participation qu'elle soit individuelle ou collective. Le cadre juridique de scolarisation des enfants en situation de handicap régit par les lois de 2005 et de 2013 instaure le droit à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans distinctions, cependant, face à ces résultats, une question se pose : l'inclusion de l'enfant engage-t-elle forcément sa participation ? Une étude menée par C. Alin en 2018 souligne à mon sens la réalité de l'écart entre théorie et pratique : *« Une école inclusive rencontre beaucoup d'obstacles internes et externes. La bienveillance n'implique pas de facto la performance. [...] En revanche, même si les textes institutionnels commencent à prendre la dimension pédagogique et éducative de la prise en charge, leur mise en place sur le terrain relève du parcours de combattant. Coincés dans les fourches caudines de la défense du territoire médico-social de la psychanalyse et la lourdeur administrative des MDPH, les textes officiels sont loin d'être appliqués. Les élèves TSA et leurs parents sont les premiers à en souffrir avec les enseignants et les AVS non formés. »* (C. Alin, 2018)

2. De l'inclusion scolaire aux limites en contexte

Nous pourrions rapidement, suite aux derniers mots de C. Alin cités précédemment, aborder les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant ces enfants. Effectivement, le second objectif d'enquête permet de révéler que les enseignantes rencontrent des difficultés liées au manque de disponibilité pour l'enfant porteur de TSA au sein du groupe classe, à un manque de formation et d'information au handicap, un manque d'outils et de ressources ainsi qu'à des appréhensions et réticences. Les ergothérapeutes rencontrent quant à elles des difficultés liées à la place de l'ergothérapeute en milieu scolaire, les liaisons avec la famille de l'enfant, des contraintes de temps et parfois aux troubles cliniques de l'enfant.

L'article L111-1 du code de l'éducation établit la classe ordinaire comme un espace de droit commun, destiné à faire réussir chacun (Académie d'Aix-Marseille, février 2024) et y consacre une approche nouvelle : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que l'environnement est adapté à sa scolarité. (Ministère de l'Education Nationale, 2021) A ceci s'ajoutent les textes fondateurs du droit à l'école pour tous qui évoquent un droit à l'accessibilité de l'enfant à l'ensemble des locaux et des matériels nécessaires pour sa scolarisation, au savoir grâce aux adaptations pédagogiques individuelles ou collectives et la mise aux normes des bâtiments scolaires et des équipements culturels et sportifs. (Mon Parcours Handicap, 2021) Face à ces principes théoriques, l'analyse des témoignages des professionnelles de terrain permet de convenir de résultats différents en contexte. En effet, elles expriment à l'unanimité des difficultés de disponibilité pour l'enfant vis-à-vis du reste du groupe classe. Les classes comporteraient des effectifs de classe constants et un nombre d'enfants porteurs de troubles de plus en plus important, ce qui n'irait pas en s'arrangeant. Les enseignantes soulignent dans ces cas, le besoin permanent d'une AESH, profession en sous-effectif,

demandant généralement une mutualisation des accompagnements. Les professionnelles soulignent également des difficultés en lien avec un manque de formation et de ressources. En effet, les textes fondateurs attendent de l'établissement un environnement adapté aux besoins spécifiques de chaque enfant, face auxquels les enseignantes ont peu de ressources qu'elles soient matérielles ou humaines. Face à ces difficultés, les enseignantes expriment ne plus répondre à leurs missions de transmission de savoirs à un ensemble d'élèves, leur créant probablement les appréhensions et réticences vis-à-vis du handicap exprimées dans les entretiens. Cette indisponibilité et ces manques de moyens qu'ils soient intellectuels, matériaux ou humains, contraignent les enseignantes à répondre à leurs missions auprès d'une majorité d'élèves, généralement ceux ne rencontrant pas ou peu de difficultés, ce qui peut tendre à creuser davantage l'écart entre l'inclusion de l'enfant porteur de TSA et sa réelle participation au sein de la classe. En effet, une étude rédigée par E. Boujut et E. Cappe souligne cette notion : *« Ils se retrouvent alors confrontés à des enfants handicapés dont ils ne connaissent que peu de choses. Face à l'inconnu, ces enseignants entretiennent des relations plus distancées et conflictuelles avec ces enfants (BlaCher, Howell et al, 2014) [...] Face au manque de soutien de la part de leurs supérieurs, ces enseignants ont des attitudes moins inclusives et plus négatives envers les élèves, et ils sont moins susceptibles de fournir des environnements d'apprentissages adaptés (Monsen, Ewing, Kwoka, 2014). »* (E. Boujut et E. Cappe, 2016)

Les deuxième et quatrième axes de la stratégie nationale 2023-2027 portent sur l'accompagnement scolaire des enfants en situation de handicap par l'ensemble des professionnels nécessaires. A cela s'ajoute un grand principe des textes fondateurs de l'école pour tous : le droit à la compensation incluant une prise en charge par des professionnels d'établissements médico-sociaux en plus de l'école. (Mon Parcours Handicap, 2021) Aujourd'hui, les ergothérapeutes sont souvent amenés à rencontrer des limites dans leurs accompagnements en milieu scolaire. En effet, les professionnelles interrogées en témoignent. Elles expriment des difficultés majoritairement liées à la place de l'ergothérapeute en milieu scolaire. Il est possible que la difficulté à faire sa place en tant qu'ergothérapeute dans le milieu scolaire soit corrélée avec la méconnaissance de la profession. En effet, les enseignantes interrogées s'accordent sur un manque de connaissance des compétences et missions de l'ergothérapeute, créant possiblement un frein au contenu des échanges entre les acteurs. Si les enseignantes avaient une meilleure connaissance des pratiques de l'ergothérapeute et de sa nécessité de prise en compte de l'environnement, elles seraient possiblement davantage réceptives à la présence du professionnel de santé en classe et pourraient transmettre de plus amples informations sur les observations qu'elles peuvent mener au quotidien. Cependant, ces instants d'échanges et de découverte des missions de chacun seraient surement entravés par des limites de temps déjà très problématiques pour échanger avec les enseignants sur l'accompagnement de l'élève. Confirmant cette méconnaissance, peu de littérature aborde la pratique de l'ergothérapeute en milieu scolaire français, possiblement en raison d'une pratique assez récente. C. Maillot et C. Mérini soulignent tout de même la nécessité des milieux éducatifs et médico-sociaux à collaborer : *« De nouvelles dispositions juridiques en lien avec l'école inclusive impulsent, de fait une*

rencontre et l'obligation de trouver des terrains d'entente entre deux cultures professionnelles différentes et historiquement distinctes celles de l'enseignement et du médico-social. » (C. Maillot et C. Mérini, 2021)

3. Le partenariat ergothérapeute / enseignant

Afin d'effectuer un lien entre ces deux professions, le troisième et dernier objectif d'enquête permet d'étudier les apports du partenariat ergothérapeute / enseignant dans chacune de celles-ci. Des possibilités de partenariat sont mises en avant à travers les témoignages, nécessitant de la communication, l'implication de chacun et la mise en place d'une relation égalitaire, face auxquelles des limites interviennent également, en lien avec les difficultés rencontrées par les professionnelles individuellement : contraintes temporelles, difficultés de communication, méconnaissance de l'ergothérapie et soucis de financement. Suite à une réflexion autour d'une intervention basée sur les principes du modèle conceptuel P4C, les professionnelles sont en accord pour y considérer un accès à une compréhension meilleure pour l'ensemble des élèves, une meilleure adaptation de l'environnement, une diminution de la stigmatisation ainsi qu'un apport bénéfique à d'autres enfants à besoins spécifiques. A ces possibilités s'ajoutent, sans surprise, des limites récurrentes telles que le manque de temps, de formation et de moyens mais aussi l'écart des programmes scolaires nationaux, et le risque de généralisation de l'outil qui en diminuerait les bienfaits.

Les résultats de ces échanges permettent de comparer les nécessités théoriques, les réelles possibilités et les limites au partenariat. L. Santinelli aborde la définition de partenariat selon Pelchat et Lefebvre en 2005 tel que « *L'association interdépendante de la famille et des professionnels qui se fixent des buts et des objectifs communs de soins. Chacun reconnaît les compétences et l'expertise de l'autre : le parent l'expertise disciplinaire du professionnel ; le professionnel l'expertise du parent dans la situation avec l'enfant.* » (Pelchat, Lefebvre, 2005) (L. Santinelli, 2012), notion abordée entre parents et professionnels mais définie de la même manière dans l'ensemble des partenariats. L'objectif de celui-ci étant d'être partenaires dans la recherche de solutions et la prise de décisions pour permettre de faire équipe et d'atteindre des objectifs établis ensemble. (L. Santinelli, 2012) Ces notions théoriques sont en parties vérifiées lors des entretiens par l'abord des notions de relation égalitaire, d'expertise de chacun, de partage d'observation et de réflexion par les différentes professionnelles. Les professionnelles relèvent également la notion d'implication dans ce partenariat, peu décrite dans la littérature mais créant probablement un réel changement en contexte. Un troisième atout abordé en théorie ainsi qu'en pratique est celui de la communication. Cette nécessité abordée par l'ensemble des professionnelles passe par le fait d'accepter la présence du professionnel en classe afin qu'il observe l'enfant dans son environnement, l'écoute mutuelle des professionnels, la transmission d'informations nécessaires à l'accompagnement de chacun, la recherche d'informations auprès d'autres acteurs, la mise en place d'outils de communication... Face à ces idéaux, sont également citées les limites de la communication très souvent liées au manque de temps, limite qui semble la plus importante dans ce partenariat. En effet, les

enseignantes n'ayant que peu de moments à consacrer aux échanges avec l'ergothérapeute durant les horaires scolaires, elles aimeraient davantage de réunions pluridisciplinaires permettant un suivi régulier sur l'aspect médical et paramédical. Cependant, les enseignantes n'ayant pas de périodes de travail prévues à cet effet, cela leur demanderait un investissement personnel. Face à cela, les ergothérapeutes rencontreraient quant à eux des problématiques à participer à ce type de réunions tout en conservant leurs plannings de suivis. A cela s'ajoute, d'après les résultats des entretiens, une limite quant aux connaissances des missions de l'ergothérapeute citées précédemment. En effet, ce métier étant encore en émergence, faire la promotion de l'ergothérapie permettrait éventuellement une meilleure compréhension de l'intervention et une réponse plus adaptée aux besoins des enseignantes qui expriment ne pas savoir à qui s'adresser en cas de besoins spécifiques. Une étude menée par Beaudoin et al. au Canada présentée précédemment conclue qu'il est nécessaire « *de promouvoir l'ergothérapie en milieu préscolaire et d'adapter ce type de services aux besoins des enseignants.* » (Beaudoin et al., 2019)

La prise en compte de ces différents éléments est pertinente pour mener une réflexion autour de l'utilisation du modèle conceptuel P4C basée pour rappel sur le partenariat entre les accompagnants en prenant « *le temps de développer des relations entre ces partenaires et de favoriser le transfert des connaissances. Ensemble, les partenaires collaborent à la création d'environnements qui favorisent le développement des habiletés des enfants, les instructions différenciées pour les enfants qui ont des difficultés et l'accommodation pour les élèves qui ont besoin de participer différemment.* » (Missiuna et al., 2015) La théorie a été illustrée au cours des entretiens par la proposition d'instaurer des séances sensorielles pour l'ensemble de la classe ou de mettre en place un système de CAA utilisé par les élèves, l'enseignante, l'atsem et l'AESH s'il y en a une. Cette théorie pourrait en effet paraître idéale selon les professionnelles car elle permettrait d'instaurer un meilleur climat de classe basé sur une amélioration de la compréhension de tous et une diminution de la stigmatisation des enfants à besoins spécifiques, permettant aux enfants en difficultés de participer davantage à des activités partagées. La réponse aux besoins spécifiques de plusieurs enfants paraît également bénéfique au vu de l'évolution du nombre d'enfants en attente d'accompagnement. Cependant, cette théorie est également nuancée par les professionnelles interrogées. En effet, elles en citent plusieurs limites en lien avec les difficultés évoquées précédemment, de manque de temps, de formation, de moyens... En lien avec cette notion temporelle, les enseignantes se questionnent sur le lien entre ces outils et les programmes scolaires nationaux.

Il serait, à mon sens, intéressant pour les deux professionnels de réfléchir autour de cette pratique d'intervention, en laissant l'opportunité à l'ergothérapeute d'observer le climat collectif de la classe permettant d'analyser les besoins de l'ensemble des élèves pour participer scolairement et de proposer une intervention répondant au plus grand nombre de besoins possibles. Cependant, chaque enfant étant très différent et exprimant ses difficultés de manières variables, il semble difficile de répondre à des besoins collectifs. De plus, l'utilisation de ces outils demanderaient à l'enseignante une certaine

formation de la part de l'ergothérapeute, afin d'être utilisés à bon escient, contraignant les deux professionnels à devoir consacrer de leurs temps personnels. **Cette hypothèse serait donc partiellement confirmée, car elle dépendrait en réalité de nombreuses variables telles que les besoins spécifiques des enfants, l'investissement des deux professionnels dans cette mise en place ainsi que des moyens mis à leurs dispositions pour répondre à ces besoins.** Cette confirmation partielle pourrait justifier d'une utilisation pas ou très peu présente en France, malgré un modèle existant depuis plus de dix ans.

4. Biais, limites et forces de l'étude

Comme dans toute étude, des biais et limites sont à prendre en compte de manière à pondérer les résultats obtenus. Dans cette démarche méthodologique sont repérés deux biais importants, à commencer par celui de sélection. Le biais de sélection est défini comme se rapportant « aux conditions et aux critères qui ont permis de sélectionner les participants de l'étude. » (Tétreault & Guillez, 2014) Il est effectivement retrouvé dans cette étude vis-à-vis du recrutement des participants. Trois des professionnelles ont été recrutées par connaissance, ce qui peut laisser penser une acceptation de participation plus évidente de la part de ces participantes. En effet, sans ces relations de confiance par connaissance, elles n'auraient peut-être pas accepté ces entretiens. Il semble également important de souligner que l'acceptation de participation des six professionnelles induit une certaine sensibilité au sujet du partenariat, ce qui engage une inévitable implication, n'étant pas forcément le reflet de la majorité des professionnels en France. Cependant, ce biais ayant été pris en compte dès la sélection, une vigilance particulière a été portée pour que l'ensemble des entretiens se déroulent avec neutralité. Un deuxième biais est identifié, le biais implicite, définit par « l'intervention des attitudes, des convictions, des valeurs créant des préjugés inconscients influençant le jugement ou l'analyse des données. » (C. Ramajo et S. Vaz, 2025) En effet, les entretiens se déroulant dès que possible sous forme de discussion plutôt que de questionnaire, il arrive que les interrogations soient formulées en partie subjectivement, soit par approfondissement d'un sujet évoqué, soit par échange naturel sans forcément se référer aux termes exacts énoncés dans le guide d'entretien.

Des limites sont également identifiées durant cette étude. Effectivement, un échantillon de six professionnelles ne permet pas d'obtenir une généralisation des résultats. En lien avec cette généralisation, il est important de notifier que les trois enseignantes interrogées témoignent d'un exercice en région Ile de France, région dans laquelle le partenariat peut potentiellement être plus difficile étant donné les effectifs de classe plus importants que dans d'autres régions françaises (Insee, 2015) et les demandes de professionnels de santé très importantes également. Le choix de s'entretenir avec seulement six personnes est une décision contrainte par le temps, en effet, ce travail d'initiation à la recherche en parallèle de périodes de cours et de stage permettait difficilement de se rendre disponible pour davantage d'entretiens.

Malgré certaines limites, des forces ressortent de cette méthodologie. Il a été enrichissant de s'intéresser à une profession autre que celle de l'ergothérapeute, permettant une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les enseignants, en lien avec les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes dans la relation partenariale. La méthodologie qualitative ayant pour objectif de recueillir des témoignages, elle permet une compréhension à travers un langage courant, des exemples de situations concrètes et des possibilités d'approfondissement de certaines notions au cours de la discussion. Concernant le déroulement de cette méthodologie, des qualités de planification, de remise en question et d'adaptabilité au cours des entretiens ont été une réelle aide pour gagner en efficacité dans ce devoir d'initiation à la recherche.

5. Implications pratiques

Les apports de cette étude pourraient apporter une réflexion supplémentaire aux ergothérapeutes intervenant en milieu scolaire généralement confrontés à des problématiques de partenariat dans l'accompagnement des élèves. En effet, il semble intéressant d'acquérir une meilleure conscience des difficultés rencontrées en réalité par les acteurs avec lesquels nous souhaitons collaborer. Il semblerait également adapté, en début de relation partenariale, de proposer un échange avec l'enseignant de l'élève, téléphonique ou par mail, afin de présenter l'ergothérapie, les objectifs d'accompagnement, et la nécessité de prise en compte de l'environnement pouvant justifier du besoin d'intervention en classe. Cet échange pourrait permettre de promouvoir l'ergothérapie auprès des enseignants et de peut-être faciliter la place de l'ergothérapeute au sein du milieu scolaire, difficulté abordée lors de l'enquête. L'intervention basée sur les principes du modèle conceptuel P4C amène à réfléchir sur la demande d'observation systématique d'un moment collectif en classe permettant de repérer les besoins principaux de l'enfant dans son environnement quotidien et d'analyser la dynamique de groupe dans l'éventuel objectif de convenir d'un apport collectif quand cela est possible.

6. Perspectives et nouvelles recherches

A la suite de ces questionnements et réflexions, surgit une nouvelle perspective à étudier. Il me semblerait intéressant de réfléchir autour de l'intervention d'un ergothérapeute en milieu scolaire, à certaines périodes de l'année permettant d'observer et d'analyser le fonctionnement des enfants dans leur environnement et de proposer des aménagements collectifs répondant aux premiers besoins. En effet, au vu de l'évolution du nombre d'enfants porteurs de troubles et des listes d'attente chez les professionnels de santé, il paraîtrait intéressant de développer une pratique d'intervention collective financée par l'Education Nationale, et ceux pour différents professionnels médicaux et paramédicaux, permettant en partie de répondre aux demandes des enseignants.

X. Conclusion

Afin de conclure la construction de ce mémoire d'initiation à la recherche, il me semble important de valoriser ses apports. En effet, cette ébauche d'apprentissage du travail de recherche est un réel atout

dans les compétences d'un ergothérapeute, exerçant une pratique en pleine évolution et ayant besoin d'une veille scientifique importante. Le lien entre littérature et étude en contexte permet une vue d'ensemble réaliste des possibilités et limites d'intervention, notion à mon sens importante pour clôturer les études d'ergothérapeute et débiter une carrière en contexte. Ayant depuis toujours un futur projet d'intervention en milieu scolaire, la construction de ce mémoire a confirmé mon choix en m'apportant de nombreuses notions supplémentaires et grandement nécessaires. Ces recherches et questionnements m'ont également permis de mener un beau projet au cours de mon dernier stage. J'ai eu l'occasion, sur la base des réflexions menées autour de l'utilisation du P4C, de mener intégralement une intervention auprès d'une classe de grande section de maternelle, en créant des supports de communication à base de mots, de signes et de pictogrammes, dans l'objectif de favoriser la communication entre les élèves, les enseignants et une jeune fille porteuse de TSA non-verbale. Cette expérience vécue m'a permis d'observer certaines possibilités et limites communes à celles retrouvées précédemment dans l'analyse des données. La mise en place d'un système de communication étant un travail de longue haleine, il m'est regrettable de ne pas pouvoir observer, à long terme, l'apport de cet outil au sein de la classe.

Bibliographie

- Académie d'Aix-Marseille. (2024, février). *L'action en faveur de l'école inclusive*. ac-aix-marseille.fr. <https://www.ac-aix-marseille.fr/l-action-en-faveur-de-l-ecole-inclusive-121455>
- Alin, C. (2018). L'inclusion scolaire d'élèves avec TSA : En-(je)ux, freins et réussite. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 8384(3), 9-32. <https://doi.org/10.3917/nresi.083.0009>
- Arial, C. (2019). L'intégration sensorielle : L'approche et son efficacité auprès d'enfants présentant un trouble du développement. *Ergothérapies*, 75, 23. <https://revue.anfe.fr/2019/11/29/lintegration-sensorielle%E2%80%89lapproche-et-son-efficacite-aupres-denfants-presentant-un-trouble-du-developpement/>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2008). *Les occupations et la santé*. [https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20\(2008\).pdf](https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20(2008).pdf)
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s. d.). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Association Pass Education. (s. d.). *Focus sur une journée type en maternelle*. <https://www.pass-education.fr/actu-journee-type-maternelle/>
- Banks, S., & Head, B. (2004). Etablir un partenariat entre l'ergothérapie et le développement communautaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 8-11. <https://doi.org/10.1177/000841740407100105>
- Beaudoin, A. J., Gagnon, M., Ouellette, J., Foley, V., Couture, M., & Camden, C. (2023). Description of a Pilot Project for Pediatric Occupational Therapy in Daycare and Community Settings. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(1), 34-43. <https://doi.org/10.1177/00084174221121421>
- Beaudoin, A. J., Héguy, L., Borwick, K., Tassé, C., Brunet, J., Leblanc, É. G., Dore, J., & Jasmin, E. (2019). Perceptions de l'ergothérapie par les enseignants du préscolaire : Étude descriptive mixte. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(2), Article 2.

<https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.130>

Bellamy Vanessa. (2024, novembre 28). *Le handicap en chiffres—Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. Drees. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241128_Panorama_Handicap2024

Betrand Romain, Tetreault Sylvie, Khune Nicolas, & Meyer Sylvie. (2018). *Exploration des différentes composantes de l'engagement occupationnel*. <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/publication/exploration-des-differentes-composantes-de-lengagement-occupationnel>

Boujut, É., & Cappe, É. (2016). *La scolarisation des élèves autistes : Comparaison du vécu des enseignants en milieux ordinaires et spécialisés* (p. 137-152) [PDF]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. <https://doi.org/10.48464/HALSHS-01521773>

Boulard, A., Morange-Majoux, F., Devouche, E., Gattegno, M. P., Evrard, C., & Adrien, J.-L. (2015). Les dysfonctionnements précoces et les trajectoires développementales d'enfants avec troubles du spectre de l'autisme : Une revue des recherches et approches diagnostiques et évaluatives. *Devenir*, 27(4), 231-242. <https://doi.org/10.3917/dev.154.0231>

Caire, J.-M., & Poriél, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. De Boeck Supérieur. <https://books.google.fr/books?id=F5KjEAAAQBAJ>

Camden C. (2015). *Partenariat pour le changement : P4C*. <https://www.partneringforchange.ca/img/P4C-French.pdf>

Cataix-Nègre, E. (2010). Bébés et jeunes enfants en difficulté de communication : « Accessibilisation » de l'information et Communication Alternative et Améliorée. (CAA). *Rééducation orthophonique*, 48(241), 65-81. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=search&lang=fr&terms=22571479>

Cataix-Nègre, E. (2013). Des outils au service d'une communication partagée. *Vie sociale*, 3(3), 149-162. <https://doi.org/10.3917/vsoc.133.0149>

- Cecil R. Reynolds & Randy W. Kamphaus. (2020). *BASC-3—Système d'évaluation du comportement de l'enfant—3ème édition*. <https://www.pearsonclinical.fr/basc-3?srsId=AfmBOoo1STjRhBSnrsIJDEXZeNuf7tlbSTnfWqku3CrE6jM0F-wDhxNI>
- Chrétien-Vincent, M., Rossini-Drecq, E., & Tétéault, S. (2021). Chapitre 2. La modulation sensorielle. *Psychologie Grand Public*, 25-35.
<https://doi.org/10.3917/mard.rossi.2021.02.0025>
- Chrétien-Vincent, M., Tétéault, S., & Couture, M. (2019). Programme sensorimoteur, intégration scolaire et enfants avec un Trouble du Spectre Autistique. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.65>
- Claude, G. (2019a, octobre 22). *Étude qualitative : Définition, techniques, étapes et analyse*. Scribbr.
<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
- Claude, G. (2019b, octobre 30). *L'entretien semi-directif : Définition, caractéristiques et étapes*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
- Crocq Marc-Antoine psychiatre, Guelfi Julien-Daniel Professeur à l'Université de Paris V, Boyer Patrice, Pull Charles-Bernard psychiatre, psychothérapeute, Pull-Erpelding Marie-Claire, & American psychiatric association. (2015). *DSM-V® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470. <https://doi.org/10.3917/psy.622.0455>
- Da Silva-Genest, C., & Masson, C. (2024). *Langage et communication dans les troubles du spectre de l'autisme*. Editions de l'Université de Lorraine.
<https://doi.org/10.62688/edul/b9782384510696>
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, Tdah, Tdi. (2023, novembre). *Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, dys, tdah, tdi*.
<https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023->

- Dumez, H. (2021). *Méthodologie de la recherche qualitative : Toutes les questions clés de la démarche* Ed. 3. Vuibert. <https://univ-scholarvox-com.ezproxy.u-pec.fr/book/88956047>
- Faure Hélène & Galbiati Cécilia. (2020). COMPRENDRE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS. *ANFE*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie_aupres_des_enfants.pdf
- Ferez, S., Silvestri, L., Issanchou, D., Boucher, N., & Fougeyrollas, P. (2023). Évaluer les obstacles et les facilitateurs à la participation sociale en contextes scolaires et professionnels de jeunes atteints de mucoviscidose. *Alter. European Journal of Disability Research*, 17-2, Article 17-2. <https://doi.org/10.4000/9ifo>
- Gagnier, J.-P., & Roy, L. (2013). Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 50(1), 85-104. <https://doi.org/10.3917/ctf.050.0085>
- Garnier, P. (2016). Enseigner à des élèves avec autisme : Entre pédagogie spécialisée et visée inclusive. *Carrefours de l'éducation*, 42(2), 105-118. <https://doi.org/10.3917/cdle.042.0105>
- Giacardy, P., Viellard, M., Chatel, C., Jourdan, E., Avenel, E., Elissalde, S., Grandgeorge, P., Murdymootoo, V., Guivarch, J., Boyer, L., & Poinso, F. (2018). Troubles de la modulation sensorielle et difficultés adaptatives dans les troubles du spectre de l'autisme. *Archives de Pédiatrie*, 25(5), 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.05.005>
- Gillet, P., Guiet, A., & Bonnet Brilhault, F. (2021). *Trouble du spectre de l'autisme*. Retz. <https://www-numeriquepremium-com.ezproxy.u-pec.fr/doi/epdf/10.14375/NP.9782725637754>
- Gourbail, L. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent : Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf

- Haute Autorité de Santé. (2018, février 8). *Trouble du spectre de l'autisme—Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- Houssa, M., & Nader-Grosbois, N. (2017). Chapitre 3. Stimuler les capacités en cognition sociale. In *La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant* (p. 71-97). Mardaga.
https://shs.cairn.info/article/MARD_ROSCA_2017_01_0071
- Hughes, C. (2010). *Cognition sociale précoce*. <https://www.enfant-encyclopedie.com/pdf/expert/cognition-sociale/selon-experts/cognition-sociale-precoce>
- Insee. (2013). *Scolarisation dans le Nord-Pas-de-Calais : Regards croisés sur les élèves et les enseignants—Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais—13*.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285567>
- Institut Pasteur, Service de psychiatrie de l'Hôpital Robert-Debré de Paris, & Association PAARI. (2022, juin). *Autisme*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/autisme>
- Jasmin, E., Ariel, S., Gauthier, A., Caron, M.-S., Pelletier, L., Currer-Briggs, G., & Ray-Kaesler, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 42(1), Article 1.
<https://journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/view/3473>
- Khasanzyanova, A., & Niclot, D. (2020). Former les enseignants aux pratiques collaboratives et au partenariat pour inclure tous les élèves. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 652(2), 39-49. <https://doi.org/10.3917/spir.652.0039>
- 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*, 4, 67-82.

<https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Occupation - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508>

Légifrance. (s. d.). *Article 19—LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* [11 février 2005].
légifrance.gouv.fr. Consulté 14 octobre 2024, à l'adresse
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001099341

Légifrance. (2013, juillet 9). *LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000026973437/>

Légifrance. (2016, janvier 26). *Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours. (Articles L4130-1 à L4130-2)*.
légifrance.gouv.fr.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020885668/2025-01-15

Lord C., Rutter M., Dilavore P.C., Risi S., Gotham K., & Bishop S.L.. (2015). *ADOS-2—Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme—2de édition*. Hogrefe.
<https://www.hogrefe.com/fr/shop/echelle-d-observation-pour-le-diagnostic-de-l-autisme.html>

Maillot, C., & Merini, C. (2021). La collaboration, une activité empêchée ? *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 89902(3), 129-144. <https://doi.org/10.3917/nresi.090.0129>

Meuser, S., Piskur, B., Hennissen, P., & Dolmans, D. (2023). Targeting the school environment to enable participation : A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(3), 298-310. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2124190>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
<https://www.google.fr/books?id=ZVUvDwAAQBAJ>

Ministère de l'Éducation Nationale. (s. d.). *Scolarisation des élèves en situation de handicap*.

education.gouv.fr. Consulté 14 octobre 2024, à l'adresse
<https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE%201612034C.htm>

Ministère de l'Education Nationale. (2024, août). *Année scolaire 2024-2025 : Assurer l'accessibilité de l'école pour tous*. education.gouv.fr. <https://www.education.gouv.fr/annee-scolaire-2024-2025-assurer-l-accessibilite-de-l-ecole-pour-tous-414990>

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015, mars 26). *Programme d'enseignement de l'école maternelle*. education.gouv.fr.
<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Special2/MENE1504759A.htm>

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2023, mars). *La scolarisation des élèves en situation de handicap : Textes de référence et rapports*. education.gouv.fr. <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-textes-de-reference-et-rapports-7358>

Ministère du Travail, de la Santé des Solidarités et des Familles. (2021, mars 16). *La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022)*. handicap.gouv.fr.
<https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>

Ministère du Travail, de la Santé des Solidarités et des Familles. (2024, novembre). *Élèves autistes, DYS, TDAH, TDI : tout savoir sur la rentrée 2024 !* handicap.gouv.fr.
<https://handicap.gouv.fr/eleves-autistes-dys-tdah-tdi-tout-savoir-sur-la-rentree-2024>

Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., Dix, L., & Sahagian, S. (s. d.). *Le projet Partenariat pour le changement : Incorporer les principes de la conception universelle de l'apprentissage dans le domaine de l'ergothérapie en milieu scolaire*. 17.
<https://caot.in1touch.org/document/4998/universelle.pdf>

Mon Parcours Handicap. (2024, mai). *École et handicap—Que signifie l'école pour tous ?*
monparcourshandicap.gouv.fr. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolaire/que-signifie-lecole-pour-tous>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition).

- Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (3^{ème} édition). De Boeck Supérieur.
<https://books.google.fr/books?id=Tu4aEQAAQBAJ>
- Muriel, D. (2020). *Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_recommandations_reperage_tnd_mel_v2.pdf
- Muriel, D. (2023). *Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : Interventions et parcours de vie de l'enfant et de l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/reco463_note_cadrage_tsa_mel.pdf
- Laranjeira C., Perrin J., & Maffre T., y. (2013). Développement de la personne avec autisme. In *Autisme et psychomotricité*. De Boeck Supérieur.
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=TogvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA175&dq=modulation+troubles+sensoriels&ots=DBbFNbgIPt&sig=HJbooOArg4hSLYzvBG-stHVJ2II#v=onepage&q=modulation%20troubles%20sensoriels&f=false>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012, janvier 1). *L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement*. Ordre des ergothérapeutes du Québec.
<https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/14-l-ergotherapie-aupres-de-lenfant-qui-presente-un-retard-de-developpement.html>
- Parents S. (2014). *De la motivation à l'engagement : Un processus multidimensionnel lié à la réussite de vos étudiants*. ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/279884654_De_la_motivation_a_lengagement_un_processus_multidimensionnel_lie_a_la_reussite_de_vos_etudiants
- Perusseau-Lambert, A. (2018). *L'interaction tactile pour médier le travail d'accompagnement des personnes avec autisme* [Sorbonne Université]. <https://theses.hal.science/tel-02865340>
- Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif*. <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document#:~:text=L'entretien%20semi%2Ddirectif%20doit,par%20l'enqu%C3%AAteur%2F%2Dtrice.>

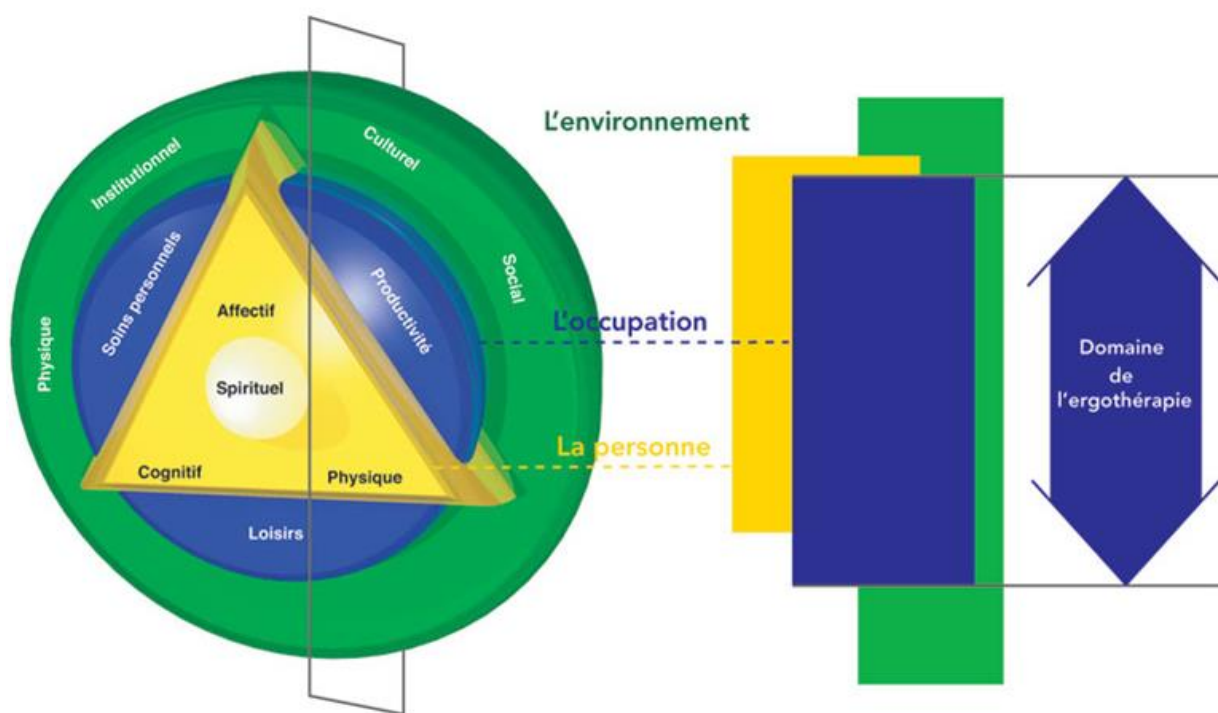
- Ramajo C. & Orain C. (2024). Ergothérapie en milieu scolaire : De l'exploration internationale à l'implantation en France. In *Transformations sociales et environnementales : Re-penser les occupations* (ANFE).
- Ramel S. (2018). *L'accessibilité : Une clé essentielle pour la participation scolaire*.
<https://ojs.szh.ch/revue/article/view/45/37>
- RAY-KAESER Sylvie & DUFOUR Cécile. (2013, mars). *Sensory Integration theoretical concepts and therapeutic approach*. ResearchGate. <https://doi.org/10.13140/2.1.5159.2645>
- Rossini-Drecq E. & Tétreault S. (avec Association nationale française des ergothérapeutes). (2020). *L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans : Guide de pratique*. De Boeck Supérieur.
- Rutter M., Le Couteur A., & Lord C. (2011). *ADI-R - Entretien pour le Diagnostic de l'Autisme*. Hogrefe.
<https://www.hogrefe.com/fr/shop/entretien-semi-structure-pour-le-diagnostic-de-l-autisme.html>
- Rutter M., Lord C., & Bailey A. (2013). *SCQ - Questionnaire de Communication Sociale pour le dépistage des Troubles du Spectre Autistique*. Hogrefe.
<https://www.hogrefe.com/fr/shop/questionnaire-de-communication-sociale-pour-le-depistage-des-troubles-du-spectre-autistique.html>
- Schubert Marianne. (2024). *La méthode SAS*. Association Suisse d'Ergothérapie.
<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=fRNSohTNEf6XeGxZgHOHezti2wRsHNrxNIQA4aow%2FuA%3D&id=1688>
- Selanikyo, E., Yalon-Chamovitz, S., & Weintraub, N. (2017). Enhancing classroom participation of students with intellectual and developmental disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 84(2), 76-86.
<https://doi.org/10.1177/0008417416661346>
- Sparrow S.S. (2015). *VINELAND-II - Échelles de comportement adaptatif de Vineland—2nde édition*. Pearson Clinical & Talent Assessment. <https://www.pearsonclinical.fr/vineland-ii-echelle-devaluation-du-comportement-socio-adaptatif-de-vineland>

- Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Légaré, F., & Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001431.pub3). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub3>
- St-Cyr-Leroux, B. (2021, janvier 19). Ergothérapie en milieu scolaire : Une collaboration gagnante. *Université de Montréal*. <https://medecine.umontreal.ca/2021/01/19/ergotherapie-en-milieu-scolaire-une-collaboration-gagnante/>
- Tafflet, M., & Charles, M. (s. d.). *Calcul des scores du questionnaire M-Chat (Modified Check List Autism for Toddler)*. https://www.ined.fr/fichier/rte/242/ELFE_PLATEFORME-ACCES-AUX-DONNEES/VARIABLES-CONSTRUITES/VC_EQR40_M-Chat_NoticeDefinitive.pdf
- Union Nationale Des Associations De Parents Et Amis De Personnes Handicapées Mentales (Éd.). (2013). *Autisme : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles savoir-être et savoir-faire*. UNAPEI. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/unapei_-_recommandations_bonnes_pratiques_professionnelles.pdf
- Vauclair, J., & Cochet, H. (2016). Introduction. Gestes de pointage et émergence de la communication non verbale : Approche développementale et comparative. *Enfance*, 4(4), 367-372.
<https://doi.org/10.3917/enf1.164.0367>
- Zoenen, D., & Delvenne, V. (2018). Treatment of sensory information in neurodevelopmental disorders. *Revue Medicale de Bruxelles*, 39(1), 29-34. <https://doi.org/10.30637/2018.17-073>

Annexes

Annexe 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)	I
Annexe 2 : Les troubles du neurodéveloppement	II
Annexe 3 : Guide d'entretien pour enseignant(e) accompagnant ou ayant accompagné un(e) enfant autiste en maternelle sans collaborer avec un(e) ergothérapeute	III
Annexe 4 : Guide d'entretien pour enseignant(e) collaborant ou ayant collaboré avec un(e) ergothérapeute dans l'accompagnement d'un enfant autiste	V
Annexe 5 : Guide d'entretien pour ergothérapeute accompagnant ou ayant accompagné un enfant autiste dans son cursus scolaire de maternelle	VII
Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3	IX

Annexe 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)



MARCHALOT, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel.

Ergothérapies, 62(1), 19. <https://revue.anfe.fr/2016/07/30/strategie-dintervention-en-ergotherapie-et-rendement-occupationnel/>

Annexe 2 : Les troubles du neurodéveloppement



Dambrine, F. (s. d.). *Les troubles du neurodéveloppement*. EXAC-T. <https://exac-t.univ-tours.fr/les-tnnd>

Annexe 3 : Guide d'entretien pour enseignant(e) accompagnant ou ayant accompagné un(e) enfant autiste en maternelle sans collaborer avec un(e) ergothérapeute

Objectifs	Questions générales	Questions de relance
Prendre connaissance du parcours professionnel de l'interrogé.	Pouvez-vous me parler de votre expérience d'enseignant auprès d'enfant(s) autiste(s) ?	Combien d'années d'exercice ? Combien d'enfants autistes eus en classe ? Quelles missions en tant qu'enseignant ?
Recueillir les freins à la participation scolaire de l'enfant autiste en maternelle.	Quelles difficultés individuelles rencontrées par l'enfant avez-vous pu observer ?	Dans les temps de travail individuel ? Dans les temps de travail collectif ? Dans les temps de loisirs, récréation ? Dans les soins personnels (habillage, aller aux toilettes...) ?
	Quelles difficultés rencontrées par l'enfant au sein du groupe classe avez-vous pu observer ?	Quel vécu de la part de l'enfant autiste ? Quel vécu de la part des autres enfants ?
Comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant un enfant autiste en maternelle.	Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en tant qu'enseignant ?	Avec l'enfant autiste lui-même ? Dans l'inclusion de l'enfant autiste au sein du groupe classe ?
	Qu'avez-vous pu mettre en place pour pallier les difficultés que vous avez rencontrées ?	L'avez-vous fait seul(e) ? Avez-vous demandé de l'aide ? Quelles limites avez-vous rencontrées ?
	Lors de ces accompagnements, avez-vous eu l'occasion de collaborer avec d'autres professionnels ?	Si oui, lesquels ? Quelles sont selon vous les nécessités d'un partenariat efficace ? Avez-vous remarquer une évolution des possibilités de

		partenariat dans les prises en charge au fil de votre carrière ?
Etudier l'apport du partenariat ergothérapeute / enseignant dans la pratique de chacun des deux professionnels.	Avez-vous déjà collaborer avec un(e) ergothérapeute ?	Que connaissez-vous de ce métier et de ses missions ? Si vous aviez la possibilité de collaborer avec un(e) ergothérapeute, quelles seraient vos attentes (fréquence d'intervention, posture, outils...) ? Quelles seraient selon vous les limites de ce partenariat ?
	Selon vous, quels seraient les avantages d'une adaptation de l'environnement à l'échelle de la classe prenant en compte les besoins de l'enfant autiste ? Quelles en seraient les limites ?	(Exemples : organiser des séances sensorielles en classe entière, proposer de la CAA à l'ensemble des élèves...)

Annexe 4 : Guide d'entretien pour enseignant(e) collaborant ou ayant collaboré avec un(e) ergothérapeute dans l'accompagnement d'un enfant autiste

Objectifs	Questions générales	Questions de relance
Prendre connaissance du parcours professionnel de l'interrogé.	Pouvez-vous me parler de votre expérience d'enseignant auprès d'enfant(s) autiste(s) ?	Combien d'années d'exercice ? Combien d'enfants autistes eus en classe ? Quelles missions en tant qu'enseignant ?
Recueillir les freins à la participation scolaire de l'enfant autiste en maternelle.	Quelles difficultés individuelles rencontrées par l'enfant avez-vous pu observer ?	Dans les temps de travail individuel ? Dans les temps de travail collectif ? Dans les temps de loisirs, récréation ? Dans les soins personnels (habillage, aller aux toilettes...) ?
	Quelles difficultés rencontrées par l'enfant au sein du groupe classe avez-vous pu observer ?	Quel vécu de la part de l'enfant autiste ? Quel vécu de la part des autres enfants ?
Comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant un enfant autiste en maternelle.	Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en tant qu'enseignant ?	Avec l'enfant autiste lui-même ? Dans l'inclusion de l'enfant autiste au sein du groupe classe ?
	Qu'avez-vous pu mettre en place pour pallier les difficultés que vous avez rencontrées ?	L'avez-vous fait seul(e) ? Avez-vous demandé de l'aide ? Quelles limites avez-vous rencontrées ?
	Lors de ces accompagnements, avez-vous eu l'occasion de collaborer avec d'autres professionnels ?	Si oui, lesquels ? Avez-vous remarquer une évolution des possibilités de partenariat dans les prises en charge au fil de votre carrière ?
Etudier l'apport du partenariat ergothérapeute / enseignant dans la pratique de chacun des deux professionnels.	Pouvez-vous me parler de vos expériences de collaboration avec un ergothérapeute ?	En quoi était-ce un partenariat ? Quels étaient vos modes de communication ? Quels outils étaient mis en place ?

		Faisait-il de la supervision ? Du coaching ? A quelle fréquence intervenait-il ? Que connaissez-vous de ce métier et de ses missions ?
	Quelles étaient et quelles seraient aujourd'hui vos attentes de la part d'un ergothérapeute lors de son intervention ?	Quelles sont selon vous les nécessités d'un partenariat efficace ? Selon vous, quelles sont les limites de cette intervention ?
	Selon vous, quels seraient les avantages d'une adaptation de l'environnement à l'échelle de la classe prenant en compte les besoins de l'enfant autiste ? Quelles en seraient les limites ?	(Exemples : organiser des séances sensorielles en classe entière, proposer de la CAA à l'ensemble des élèves...)

Annexe 5 : Guide d'entretien pour ergothérapeute accompagnant ou ayant accompagné un enfant autiste dans son cursus scolaire de maternelle

Objectifs	Questions générales	Questions de relance
Prendre connaissance du parcours professionnel de l'interrogé.	Pouvez-vous me parler de votre parcours d'ergothérapeute et de votre accompagnement auprès d'enfants autistes ?	Combien d'années d'exercice ? Combien d'enfants autistes accompagnés ? Quel cadre d'intervention ? Quels moyens d'intervention ?
Recueillir les freins à la participation scolaire de l'enfant autiste en maternelle.	Quelles difficultés individuelles rencontrées par l'enfant avez-vous pu observer ?	Dans les temps de travail individuel ? Dans les temps de travail collectif ? Dans les temps de loisirs, récréation ? Dans les soins personnels (habillage, aller aux toilettes...) ?
	Quelles difficultés rencontrées par l'enfant au sein du groupe classe avez-vous pu observer ?	Quel vécu de la part de l'enfant autiste ? Quel vécu de la part des autres enfants ?
Comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels accompagnant un enfant autiste en maternelle.	Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en tant qu'ergothérapeute dans l'accompagnement en milieu scolaire ?	Qu'avez-vous pu mettre en place pour pallier les difficultés que vous avez rencontrées ?
	Avez-vous eu des retours d'enseignants sur les difficultés qu'ils rencontrent ?	Avec l'enfant autiste lui-même ? Dans l'inclusion de l'enfant autiste au sein du groupe classe ?
	Avez-vous eu des retours sur leurs actions pour pallier ces difficultés ?	L'ont-ils fait seul(es) ? Ont-ils demandé de l'aide ? Quelles limites ont-ils rencontrées ?
Etudier l'apport du partenariat ergothérapeute / enseignant	Lors de ces accompagnements, avez-vous eu l'occasion de	Si oui, lesquels ?

dans la pratique de chacun des deux professionnels.	collaborer avec d'autres acteurs ? (AESH, parents, personnel éducatif...)	Avez-vous remarquer une évolution des possibilités de partenariat dans les prises en charge au fil de votre carrière ?
	Pouvez-vous me parler de vos expériences de collaboration avec un(e) enseignant(e) ?	En quoi était-ce un partenariat ? Quels étaient vos modes de communication ? Quels outils étaient mis en place ? Faisiez-vous de la supervision ? Du coaching ? A quelle fréquence interveniez-vous ? Que connaissez-vous du métier d'enseignant et de ses missions ?
	Quelles étaient et quelles seraient aujourd'hui vos attentes de la part d'un(e) enseignant(e) lors de votre intervention ?	Quelles sont selon vous les nécessités d'un partenariat efficace ? Quelles sont les limites de cette intervention ?
	Selon vous, quels seraient les avantages d'une adaptation de l'environnement à l'échelle de la classe prenant en compte les besoins de l'enfant autiste ? Quelles en seraient les limites ?	(Exemples : organiser des séances sensorielles en classe entière, proposer de la CAA à l'ensemble des élèves...)

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3

Salutations, remerciements et demande de vérification d'accord pour enregistrer l'audio de l'entretien

Florine : Pour commencer, j'aimerais si cela ne vous dérange pas, que vous me parliez de votre parcours professionnel. Votre nombre d'années d'enseignement, le nombre d'années en tant qu'ergothérapeute... voilà faire un peu votre profil en général.

Ergothérapeute : Alors, moi je suis diplômée de l'Education Nationale en tant que professeur des écoles de 2007. J'ai enseigné de 2007 à 2017 en classe, principalement des postes en maternelle en ASH donc pour les enfants avec des difficultés scolaires ou en situation de handicap, et puis j'ai finis sur du grande section / CP avec des postes en langue où c'est l'enseignant qui bouge de classe en classe juste pour faire de l'anglais mais ces postes-là n'existent plus maintenant. De 2017 à 2020, j'ai passé le diplôme d'ergothérapeute et je suis diplômée de juin 2020. Depuis 2020, je suis à mi-temps en libéral, principalement en pédiatrie. J'ai eu un 10% sur l'ETADA donc Equipe Territoriale d'Appui au Diagnostic d'Autisme chez les enfants de 2 à 15 ans. Et j'ai fait pendant une année, c'était uniquement du bilan, on a écrit un projet d'ouverture de poste d'ergo pour avoir des séances avec les familles parce qu'on bilante, on voit des choses mais voilà le souffle il retombe il ne se passe plus rien tout de suite sauf si les familles peuvent et vont faire ce qu'on leur propose et il n'y a pas le suivi donc on a... voilà j'ai laissé mon poste pour qu'il y ait une ouverture de poste avec plus de temps parce que moi je ne pouvais pas prendre ça. Parce que sur mon dernier 50% je suis coordinatrice de parcours de soins sur la PCO donc la plateforme de coordination et d'orientation 0-7 ans. On fonctionne avec un hôpital et on est une de ses sous-antennes. On a une moyenne de recrutement des enfants à à peu près 2 ans et 1 mois.

Florine : D'accord, donc effectivement vous avez beaucoup travaillé autour de l'autisme, je suppose aussi qu'à la PCO il doit y avoir beaucoup d'accompagnements d'enfants porteurs de TSA.

Ergothérapeute : C'est 80% de nos profils d'enfants avec des profils avec comorbidités donc des profils de TND complexes, il y a des pathologies qui s'assemblent, qui se regroupent, le TDAH arrive assez rapidement en liste, les troubles de la coordination et les difficultés d'apprentissage, les troubles de la communication aussi et du langage, enfin l'un ne va pas sans l'autre du coup. On a souvent des plaintes, des alertes telles que « mon enfant ne parle pas comme les autres, mon enfant ne parlait pas à l'entrée en petite section », ça ce sont des signes d'alterne de TND.

Florine : D'accord, ok. Je vous remercie. Pour continuer un peu sur tous ces signes, est ce que vous pourriez me faire un petit résumé, me citer les signes, les freins à la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA en maternelle que vous avez pu observer en tant qu'enseignante puis en tant qu'ergo, enfin tout ce qui fait que l'enfant rencontre des difficultés dans sa scolarité en maternelle ?

Ergothérapeute : Alors sur le versant enseignante, moi quand j'ai commencé à accueillir des enfants, la loi de 2005 était passée depuis 3 ans lors de la première année où j'ai accueilli un enfant TSA dans ma classe. C'était un enfant TSA sévère avec une AESH à temps plein, qui n'avait pas les mêmes apprentissages et attendus pédagogiques que les autres, clairement, qui avait des difficultés comportementales et ne se posait pas en classe. Il se réglait en touchant ou en observant des objets circulaires, dans une classe de petite section il y en a beaucoup, donc ça pouvait vraiment empêcher de passer à autre chose s'il observait et touchait à ces cerces-là et des troubles du comportement, d'attraper des objets, de les lancer à travers la classe parce que c'était son moyen d'entrer en communication. C'est surtout les parents qui m'ont appris des choses parce qu'ils connaissent bien le fonctionnement de leur enfant, c'est ce que je leur répète souvent « vous êtes l'expert de votre enfant, vous le voyez tout le temps » après c'est aux professionnels de santé de prendre un peu le prisme de ce dont il a besoin pour pouvoir avancer avec lui. Donc la communication beaucoup, le comportement aussi et puis le fait de ne pas toujours comprendre ce qu'on attend d'eux, d'être très rigide, de ne pas

comprendre les injustices enfin ce qu'ils considèrent comme pas juste, et puis les transitions d'une activité à l'autre, il faut que ce soit hyper planifié, organisé dans l'espace et dans le temps parce que si cet enfant n'avait pas son travail de la journée un petit peu prévu, je peinais à le mettre au travail, c'était une classe de petite / moyenne section, il a commencé en petite section et a avancé sur du travail de moyenne section en fin de moyenne section, il y a eu un décalage comme ça.

Florine : Il y avait environ 1 an de décalage c'est ça ?

Ergothérapeute : C'est ça, il avait des soins donc il partait, il ratait forcément des choses mais il était souvent sorti de la classe pour se réguler dans un endroit qu'on lui avait créé parce que les parents nous avaient un petit peu indiqué que telle ou telle chose était bénéfique pour lui et un peu comme quand il vide son seau de trop plein et puis il peut revenir après avec nous, mais la vie en groupe c'est compliqué, en tout cas pour lui ça l'était. Alors c'était un TSA sévère, j'ai peut-être eu d'autres TSA qui n'ont pas été diagnostiqués, mais vraiment lui on sentait qu'il y avait une intégration qui se faisait pas à pas, il n'était pas dans la compensation et l'explosion à la maison le soir comme on peut avoir là en cabinet où la famille me dit « à l'école ça passe et à la maison ça explose ». Donc ça c'était plutôt mon expérience d'enseignante. Est-ce que tu peux me reformuler la question pour que je finisse sur l'autre partie ?

Florine : Quelles difficultés vous avez pu observer en tant qu'ergo dans la participation scolaire de l'enfant porteur de TSA, vous les voyez peut être en individuel, je ne sais pas si vous faites des interventions en classe ou pas ?

Ergothérapeute : En classe non très peu mais à l'école oui même si on est souvent mis à part. Ce que je peux observer vient vraiment compléter ce que l'enseignant me rapporte. Les retours que j'ai des 3 enfants que j'accompagne, c'est qu'ils ne jouent pas avec les autres mais plutôt à côté.

Florine : C'est une phrase qui revient très souvent.

Ergothérapeute : Le problème avec cette phrase, moi je trouve qu'on peut la nuancer parce qu'à l'entrée en petite section, tous les enfants jouent à côté les uns des autres. J'exagère quand je dis tous, les enfants qui ont été habitués en crèche peut être un peu moins parce que justement la collectivité ils connaissent ou ceux qui ont plein de frères et sœurs. Mais au début de petite section c'est un peu chacun pour sa pomme et on joue les uns à côtés des autres. Progressivement, il va y avoir des jeux qui se mettent en place par le biais de l'enseignante, par le biais de la cour de récréation, parce que le fonctionnement en classe c'est un atelier avec l'enseignante, un atelier avec l'atsem, et un, deux, trois ateliers en autonomie donc au début on fait un peu comme on peut et même si c'est chacun son puzzle on est côte à côte on n'est pas ensemble. Les jeux de faire semblant arrivent sur des coins de dinette, de théâtre, de garage, où les enfants à l'accueil de la journée vont devoir partager, attendre son tour. Quand il y a 3 places, il y a 3 petits colliers et si tu n'as pas de collier tu ne vas pas à cet endroit-là, voilà il faut gérer cette frustration. Pour ce petit garçon que j'ai accueilli, c'était pas possible de gérer ça, il voulait y aller tout de suite maintenant. Donc il y a ça, il y a le fait de ne pas réussir à gérer le bruit, le mouvement, les odeurs, tout ce qui va être plutôt sensoriel, avec la solution miracle du casque mais qui sert fort la tête et du coup qui est gênant pour les enfants qui ont des difficultés sensorielles, ça peut être insupportable et puis c'est aussi un objet qui fait qu'on entend ses bruits intérieurs, on entend sa respiration, les battements de son cœur et c'est insupportable pour certains enfants donc on a des alternatives mais il faut les tester à chaque fois. Elles sont valables aujourd'hui et pas demain, ce matin mais pas cet après-midi, 15 minutes mais pas plus... donc c'est tâtonné et ça en classe c'est difficile de savoir ce qui est disponible et efficace quand. Souvent les enseignants ont une espèce de boîte à outils ou un coin au fond de leur classe où l'enfant va vers ce qui le régule, en étant vigilant de ne pas tomber dans le « ça m'amuse et je distrait la classe avec » mais ça marche plutôt bien. Ce qui est accepté aussi par les parents notamment c'est de se dire qu'il n'y a pas que leur enfant qui a accès à ce genre de matériel, ça passe discret, c'est pour la classe donc leur enfant y va mais pas que leur

enfant, ce qui est plutôt intelligent quand on sait les chiffres d'enfants porteurs de troubles. Dans une classe on est sur 3 à 4 par classe en moyenne, quand ça n'est pas le même enfant qui combine tout, j'exagère un peu mais ça arrive qu'il y ait des combos. En tout cas, ça en aide plusieurs quoi. Donc la communication beaucoup, les difficultés sensorielles aussi et la gestion du groupe, moi c'est vraiment les trois plaintes quand j'écoute qui sont majeures. Quand les enfants arrivent à compenser et qu'ils grandissent dans leur scolarité, on a des plaintes sur les praxies, des difficultés qui arrivent en autonomie parce qu'avant il était petit on lui faisait tout puis on se rend compte que s'habiller, mettre ses chaussures... Il faut savoir qu'à l'école maternelle que les enfants se déshabillent en arrivant, ils se rhabillent à la récréation, se déshabillent au retour de récréation etc. Les parents sont là le matin et le soir, et encore avec le Covid il y a eu des changements donc le soir ils doivent parfois arriver jusqu'à la grille. C'est souvent l'atsem ou l'enseignant qui finit d'habiller ou de déshabiller l'enfant parce que c'est dur pour lui de savoir quoi faire de ses manches retournées, attraper le manteau par la capuche pour l'accrocher au porte manteau, et la tenue du crayon, l'organisation dans l'espace de la feuille. Il y a souvent des répercussions sur la motricité fine, soit parce que justement pas trop de « patouille » parce que sensoriellement parlant ils sont ratés des expériences, soit parce qu'il y a un trouble de la coordination.

Florine : Je vous remercie. Vous parliez des difficultés au niveau du groupe classe. Est-ce que vous avez eu un retour aussi sur les difficultés que peuvent rencontrer les autres enfants ? Comment eux ressentent justement le fait que l'enfant porteur de TSA puisse avoir besoin de sortir ou ne reste pas dans l'activité comme les autres ? Est-ce que vous avez déjà eu des retours sur ça ?

Ergothérapeute : Oui, en maternelle et en élémentaire à partir du moment où on explique à l'enfant, au groupe classe, ça passe. Les différences sont acceptées, il n'y a pas autant de railleries que ce qu'on va avoir un peu plus tard, néanmoins ce sont des enfants qui peuvent rester à part pendant la récréation. Par exemple ils ne vont pas se fondre dans les groupes d'enfants les plus populaires, enfin je ne sais pas si en maternelle on peut dire ça mais il y a des petits noyaux qui se font. Il y a des individualités qui viennent les chercher pour jouer avec eux, des personnalités un peu plus sensibles qui s'approchent, qui testent, qui essayent et s'ils se font rembarer ce n'est pas grave, ils réessaieront le lendemain, voilà des enfants un peu plus sensible que les autres. Ça c'est pour le versant de la récréation. Pour le versant de la classe, selon la manifestation de l'opposition et de la frustration, ça va être des enfant qui vont être vraiment isolés. Ils sont tolérés mais ils restent dans leur coin ou alors on leur laisse faire leur colère et après on voit comment ça se passe parce qu'on a compris que le fonctionnement était différent. Donc ça peut être un électron libre qui se balade, qui vient s'asseoir, qui est toléré ou alors qui vient s'asseoir et l'autre s'en va. C'est vraiment en fonction des manifestations, s'il y a des colères, des gestes, des cris, les enfants vont moins restés à côté, vont moins essayer de communiquer que si c'est juste un comportement bizarre, des choses un petit peu surprenantes, des atypies dans la façon de parler, dans la façon de penser. Ce sont des enfants qui n'ont pas de prosodie, au niveau de l'intonation ça reste toujours assez plat, qui n'ont pas d'expression faciale, qui ne regarde pas bien, donc c'est aussi l'apprentissage de ça à la maternelle. Donc les enfants les plus sensibles vont pouvoir se débrouiller avec autre chose mais les enfants les moins sensibles vont se dire « voilà c'est bizarre » et ils vont faire avec. Ce sont souvent les adjectifs qui reviennent : « des comportements bizarres ».

Florine : J'ai une seconde question en lien avec ce que vous disiez avant, au niveau de toutes les difficultés rapportées par l'enseignant et que vous vous pouvez observer auprès de l'enfant. En tant qu'ergo, quels sont vos moyens d'intervention auprès de ces enfants en classe de maternelle ?

Ergothérapeute : Ça dure longtemps parce que j'aime bien attaquer sous l'angle de la famille, de l'enfant et de l'enseignant donc en fonction d'où en est l'enfant je commence par l'un ou l'autre ça dépend. L'enfant, dans la mesure du possible on essaye de lui expliquer. Quand ce n'est pas possible on rentre en communication avec lui par imitation beaucoup, essayer de capter l'attention conjointe. Et quand on est sur des partages d'attention conjointe, le laisser un peu leader, le laisser choisir ce qu'il

va faire. On va capter notre attention puis je vais tenter t'introduire un truc à ce moment-là, qu'il reprend ou pas. Moi j'aime bien quand il reprend du coup, parce que ça ne marche pas toujours du premier coup, en tout cas quand on n'est vraiment pas le bon moment ou qu'il y a des difficultés. Un TSA sévère prend vraiment beaucoup, beaucoup, beaucoup de temps hein à rentrer dans la communication, dans les demandes, dans se faire comprendre, dans comprendre les autres... Sur des TSA plus modérés ou plus légers, attaquer par le prisme de la guidance parentale ou de la guidance enseignante, dans le mesure où on peut apporter de l'information sur comment ils sont, comment ils voient le monde, expliquer par exemple que toutes les informations arrivent avec la même intensité dans leur cerveau. Donc elle va être filtrée par rien du tout, et que ça va être aussi important quelqu'un qui se mouche que la maitresse qui va raconter le point clé de la leçon. Alors en maternelle ça va être par le biais de jeux et de manipulations mais voilà, c'est filtré pareil par le cerveau. Donc une fois que l'enseignant a capté ça, bon bah il y a un peu d'aménagements qui se passent. Comprendre qu'il faut organiser au niveau spatial, au niveau temporel, pour que l'enseignant ait les billes en classe, des choses qui vont être assez pratico-pratiques mais avec un fonctionnement rapide. Et puis indiquer aux parents comment gérer à la maison, les retours et aller-retours qui se font, quelle chose, quel objet, quelle proposition faire à l'enseignant parce qu'au début on est un peu là au milieu. Les informations passent beaucoup par nous mais l'idée c'est quand même qu'on s'en aille et qu'on soit plus dans leur relation, donc que la communication s'établisse. Quand on arrive au tout début des interventions, il n'y a pas de dossier MDPH qui arrive donc on est sur des aides financières qui sont exclusivement de leur poche, alors il y a la PCO maintenant mais ça ne reste quand même pas le cas de tous les enfants qu'on accompagne, même si ça arrive quand même de plus en plus. Donc on est un peu sur donner de l'information au groupe, quelqu'un qui connaît mieux, comprend mieux, donner des astuces pour cet aménagement spatio-temporel et puis faciliter la communication, expliquer les systèmes qui vont fonctionner : l'économie de jetons, de récompenses, de motivateurs externes, à la limite essayer de varier sur le motivateur interne mais ce n'est pas toujours évident. On nous dit souvent « c'est la carotte », oui enfin il y a une petite nuance mais enfin « appelez ça comme vous voulez, tant que vous avez compris le principe ». Et puis, donner des billes aux parents sur leur niveau d'exigence, sur quoi attendre de leur enfant, comment l'outiller, comment l'équiper... si vraiment les lacets c'est compliqué bah on part sur autre chose. Les aider à voir quelle bataille mener en fait, en fonction de leurs priorités, parce qu'un fois qu'il a mit 10 minutes à mettre ses chaussures, est ce que c'était intéressant pour nous parce qu'il est autonome ou est ce qu'il vaut mieux qu'il aille se dépenser un peu dans la cour parce que justement c'était compliqué, ou est ce que la cour c'est compliqué alors il a un petit endroit calme pendant ce temps là pour se décharger... enfin voilà, des petits aménagements comme ça, pratico-pratiques. Et puis avec l'enfant soit capter son attention conjointe, soit expliquer aussi comment ça fonctionne l'école, que c'est un peu différent, comprendre comment lui le voit, essayer de réguler un petit peu. Il y a des enfants avec qui en parlant ça passe, des enfants avec qui en mimant ça passe, ils sont différents. Donc je te répondrais « ça dépend » à ta question, ce qui ne va pas t'aider beaucoup.

Florine : Je me doute bien que ça dépend des profils.

Ergothérapeute : Oui des profils et aussi des demandes, de quel enseignant tu trouves parce qu'il y a des enseignants qui ne te laissent pas entrer, des enseignants qui sont démunis, qui sont impressionnés. Il y a des parents pareil, des profils de parents très différents, des profils d'enfants très différents, donc on a ces trois angles d'attaque là, en plus de l'occupation en elle-même, en plus de l'environnement... On a des petits curseurs, on a une table de mixage, tu baisses et tu montes les curseurs c'est un peu ça, tu vas apporter ce qui vient en soutien et puis progressivement ils sont suffisamment outillés pour que tu puisses t'en aller ou faire une pause en tout cas. A partir du moment où c'est fonctionnel, tu restes dispo mais voilà.

Florine : Merci. J'enchaîne, ça fait le lien avec ma question suivante. Vous m'avez un peu parlé des difficultés que l'enseignant peut rencontrer en ayant un enfant porteur de TSA dans sa classe. Est-ce que vous pouvez me les détailler un peu en fonction des demandes que vous avez pu avoir aussi,

même sûrement par votre expérience enfin voilà, quelles difficultés l'enseignant peut généralement rencontrer en ayant un enfant TSA dans sa classe en maternelle ?

Ergothérapeute : Alors à l'époque parce que ça a changé depuis, moi quand j'ai passé mon concours il fallait avoir une licence. Maintenant il faut un master et ça reviendrait peut-être à la licence tu vois donc ça a changé entre deux. A mon époque en tout cas, j'ai eu une semaine de formation sur tout avec ce qui est en lien avec ce que l'Education Nationale appelle l'ASH, et du coup une semaine de formation pour balayer les handicaps moteurs, invisibles et visibles, les difficultés qui relèvent de la santé mentale, ce qui relève des difficultés d'apprentissage... ça ne fait pas beaucoup vu le nombre d'enfants que tu croises après dans tes classes. Je n'ai pas eu accès à des formations sur ces sujets là et quand j'ai été mise sur un poste de SEGPA donc ce sont les enfants en grandes difficultés scolaires qui arrivent au collège. Ce sont les enseignants du primaire qui enseignent jusqu'à la 3^e SEGPA. Quand j'étais sur un poste de SEGPA hyper en difficulté, j'ai été demander de l'aide et on m'a dit qu'en gros on me poussait un peu au bord du bassin pour voir si je ne savais pas nager parce que c'était comme ça que j'allais trouvé ma voie et qu'il y en avait plein qui avaient fait ça et qu'ils ne sont pas morts. Donc soutien 0, formation 0. Ça c'était compliqué, même après quand j'avais des classes ordinaires. Ces formations-là elles sont ... en tout cas je ne les ai pas vues. Est-ce que je n'étais pas intéressée ou est-ce qu'il n'y en avait pas ? J'ai envie de te dire plutôt la deuxième mais je veux bien laisser le bénéfice du doute. Ce qui est formateur c'est les parents, c'est les collègues, ce sont les enfants hein parce qu'il y en a quand même qui arrivent à t'expliquer pourquoi ça ne va pas, qu'est-ce qui est compliqué pour eux, puis voilà on met un petit pansement. L'enfant qui m'a fait avoir le déclic c'est un enfant dyspraxique avec un troubles de coordination donc, qui m'a fait un travail en grande section sur de la phonologie au taquet à l'oral il m'a bien mis « lou » « mou » « bou » dans « louche » « mouche » « bouche » mais au moment de découper et de coller c'était n'importe quoi donc cet enfant-là, déjà j'étais contente de l'avoir vu parce que quand tu as 30 enfants en grande section / CP il y a des trucs qui passent à la trappe, et qu'est-ce que j'en fait en fait, de cet enfant, qui ne rentre pas dans les clous, mais qui n'a pas de problèmes de comportement du tout. Mais on voit bien qu'il s'habille avec le col qui arrive au niveau de l'épaule, qu'il a l'entrejambe de ton pantalon au niveau des genoux, mais ça ne le gêne jamais, il n'est pas dérangé par ça. Donc c'est un peu comme ça que je me suis intéressée à tout ce que pouvait être tous ces TND et que je suis partie sur la formation d'ergo. Mais je ne savais pas trop à qui demander de l'aide autrement que « vas-y mets-toi au bord du bassin on va te pousser » bon ça c'était un peu plus compliqué mais même sur des choses moins compliquées. Tu as des formations sur la lecture, sur l'écriture, sur les mathématiques, la construction du nombre, la résolution de problème etc. mais assez facilement comme ça il n'y en a pas, en tout cas moi je n'ai pas vu. Donc ça c'est difficile, savoir se remettre en question, poser la question à ses collègues, bah je me suis rendue compte que ce n'était pas si facile que ça parce qu'au début de carrière tu y vas mais après normalement t'as des billes et continuer à poser des questions ce n'est pas toujours bien vu. Là récemment, donc j'ai dû démissionner de l'Education Nationale, qui n'a pas été sympa avec moi, et sur un appel d'offre que j'ai vu passer sur les réseaux sociaux, justement l'Education Nationale cherchait des ergos, des psychomot et des orthophonistes pour un peu expliquer ce qu'on faisait donc j'ai répondu à cet appel d'offre et je me suis fait payée par l'Education Nationale cette intervention, j'étais plutôt contente, c'est ma petite revanche. Pour le coup-là ils avaient besoin de moi pour expliquer ce que c'était que l'ergothérapie donc j'y suis allée avec des collègues psychomot, des orthophonistes on n'a pas trouvé. Mais pour expliquer ce que sont ces métiers de la rééducation, pas que de la rééducation pour le coup mais eux ils appelaient ça comme ça, qu'est-ce qu'on y fait, qu'est-ce que l'enfant qui part de l'école et qui revient à l'école a fait pendant cet intervalle de temps-là, qu'est-ce que c'est qu'un trouble du neurodéveloppement parce que c'étaient leurs demandes et comment on intervient. Donc on avait fait une intervention sur le corps humain, sur l'aspect sensoriel, sur l'écriture et la mise en place de l'ordinateur d'une tablette... Et en fait les enseignants qui étaient là, elles étaient une cinquantaine donc c'est plutôt un gros groupe, tout le monde est resté jusqu'au bout, alors que normalement ils s'en vont hein quand c'est 4h30, mais on a débordé de 10 minutes et tout le monde est

resté. Ils nous ont applaudi, alors ça ça ne m'était jamais arrivé en tant qu'enseignante d'applaudir la personne qui faisait l'intervention, et surtout ils nous ont dit que des informations, alors qu'ils avaient déjà eu pour certaines parce que c'étaient des enseignantes qui sont déjà spécialisées donc ce n'était même pas une formation qui était ouverte aux enseignants avec une formation de base. Elles avaient toutes un diplôme pour intervenir auprès des enfants en difficultés scolaires ou en situation de handicap, mais surtout des choses qui étaient pratico-pratiques qui pouvaient leur servir alors quotidien sur des analyses de situation. Pourquoi ce stylo et pas un autre ? Pourquoi il réagit comme ça ? Quelle entrée sensorielle à pu être plus forte que l'autre ? Comment apaiser ? Qu'est-ce qu'on propose pour réguler ? Et ça pour eux c'était ce qu'ils venaient chercher comme informations. Donc par rapport aux difficultés des enseignants en fait, souvent ce qui revient c'est de ne pas savoir, en tout cas moi j'ai cette impression-là, ne pas savoir, soit de ne pas savoir du tout, ne pas avoir les connaissances, soit de ne pas savoir comment faire parce que justement on a lu qu'il y avait des besoins particuliers. Il y a pas mal de publications là-dessus, des livres au sein de la maison d'édition de l'Education Nationale à ce propos. Mais qu'il manque encore un petit peu d'analyse de situation avec un apport des outils et des choses à proposer. Souvent les enseignants qui partent vers des dispositifs de classes flexibles ou de choses comme ça sont des enseignants qui ont fait la démarche personnelle, sur leur temps personnel, avec leur investissement personnel, de se former et d'aller chercher l'information.

Florine : Effectivement, ce manque de formation et d'information est une problématique qui revient régulièrement dans mes entretiens. C'est vraiment pertinent d'avoir votre double regard, avec un recul sur le poste d'enseignant. Est-ce que en tant qu'enseignante, quand vous avez rencontré des difficultés dans l'accompagnement de ces enfants, vous avez pu demander de l'aide à des personnes extérieures, professionnels de santé, personnel dans l'école... Vers qui vous êtes-vous tournée ? Vous m'avez parlé des parents tout à l'heure.

Ergothérapeute : Alors oui les parents parce qu'ils connaissent bien leur enfant. Parfois ils arrivent avec un peu de matériel, des jeux, des choses qu'on stocke parce que ça régule. Des collègues qui avaient de l'ancienneté, alors pas toutes les collègues qui ont de l'ancienneté hein, il y en a qui frappent encore les enfants il faut le savoir. Mais des collègues un peu sensibilisées, un peu ouvertes, enfin un profil de collègue qui vient aider et qui propose des choses assez chouettes. Tu le sens dans le fonctionnement de la classe, ce que ça peut donner et vers qui tu peux aller, les personnes ressources. Et puis, qui d'autre ? Normalement les conseillers pédagogiques sont là pour t'aider. Quand tu es enseignant, ton département est divisé en circonscriptions, la circonscription elle fonctionne avec un inspecteur de circonscription, plusieurs conseillers pédagogiques qui sont deux ou trois ça dépend de la taille, et les enseignants avec les directeurs qui ne sont pas les supérieurs des enseignants mais qui sont là pour gérer l'établissement, les inscriptions, les sorties, les trucs un peu chiantes. Donc ils ne sont pas les supérieurs hiérarchiques ils font passer leurs formations qu'on leur demande de faire passer. Donc à qui tu es censé poser la question : aux conseillers pédagogiques. Mais ils travaillent quand même très en lien avec l'inspecteur et l'inspecteur c'est celui qui vient te voir dans ta classe pendant 45 minutes et qui te dit « ce que vous faites c'est pas bien » (rires) donc tu hésites un peu à aller voir les conseillers pédagogiques. En vieillissant les conseillers pédagogiques, c'était tes collègues avant donc tu peux avoir une relation un peu particulière avec eux mais en vieillissant tu acquières de l'expérience donc tu as peut-être moins besoin de faire appel à eux. Je ne sais pas, moi je les voyais vraiment sur des temps obligatoires de formation, ce qu'on appelle les animations pédagogiques, copains les uns avec les autres, bah d'une certaine génération en fait, il n'y avait pas un jeune diplômé et un bientôt à la retraite dans le même groupe ou en tout cas pas volontairement. Donc normalement tu peux aller poser la question à ton conseiller pédagogique, à voir si tu es à l'aise, et puis il te donne accès à des ressources. Il y a des enseignants ressources autisme donc il y a des postes d'enseignants qui ne sont pas en classe mais qui viennent préparer des animations, des formations, qui peuvent intervenir dans ta classe, sur des pathologies identifiées... Donc moi, en tout cas quand j'ai eu cet enfant-là qui m'a beaucoup posé problème, soit ce n'était pas un poste qui existait soit je ne savais pas

qu'il existait et ce n'est pas quelqu'un que j'ai sollicité. Par contre j'ai eu affaire à cette personne quand j'étais ergo sur l'accompagnement d'un enfant au collège, et c'est une personne qui s'est déplacée, qui est venu parler avec l'équipe, qui est venu parler avec la famille, avec l'enfant, qui a proposé des choses mais bon au collège déjà donc l'approche est un peu différente par rapport à ça. Donc les parents oui, certains collègues, en fonction d'où tu travailles et puis si tu en as parce que des fois t'es tout seul dans l'école, ça s'appelle être chargé d'école. Et les conseillers pédagogiques et les enseignants ressources. Avant de donner ma démission j'avais travaillé 18 mois avec l'inspecteur ASH de mon département pour créer un poste d'ergo au sein de l'Education Nationale. On peut solliciter le RASED, le réseau d'aide des enfants en difficulté qui est une équipe qui est rattachée à une petite zone géographique avec normalement un médecin qui peut chapeauter plusieurs RASED, des enseignants spécialisés qui peuvent intervenir dans les classes, faire des bilans, travailler en groupe, prendre plusieurs enfants de l'école et faire des groupes. L'idée c'était de chuintier un peu ce poste d'enseignant à profit pour mettre l'ergo à cet endroit-là et le diffuser. Avec le COVID, l'inspecteur m'a dit « ça ne sera pas possible vous reprendrez une classe à la rentrée », bon bah je ne l'ai pas fait hein tu as compris la suite. Néanmoins, cette année ils sont en train de publier un poste d'enseignant ressource du neurodéveloppement, alors dans mon département, ça ne veut pas dire que c'est national et ça ne veut pas dire que ça n'existe pas déjà ailleurs. Voilà le genre de choses qui arrivent là progressivement sur le terrain avec je pense les liens qui manquent ou en tout cas cette volonté de créer ces liens qui manquent, je ne sais pas comment ça fonctionne. Après c'est un poste à profit, il faut être titulaire du diplôme dont je te parlais tout à l'heure, le KPI pour pouvoir accéder à ce poste-là et être du coup plus dans une classe mais détachée pour intervenir sur des missions particulières. Les missions c'est intervenir auprès des collègues, créer des formations à partir du contenu, voilà des choses comme ça.

Florine : D'accord, oui, donc ça évolue petit à petit, mais c'est encore quand même limité.

Ergothérapeute : Bah ça ne va pas vite quoi. Alors moi en 7 ans j'ai eu le temps de me former, intervenir et tout ça. Là il se passe une petite création de poste tu vois, donc je ne dis pas mais ils le savent hein, ils le savent. Après il y a tous les enjeux politiques qu'on ne connaît pas, on se dit souvent que ça fonctionne à contre-courant, pourquoi est-ce qu'ils font ça ? Il y a des mystères encore.

Florine : Oui, bien sûr.

Ergothérapeute : Je vais continuer sur justement cette notion de partenariat qu'on peut avoir, enfin moi mon sujet c'est le partenariat ergothérapeute / enseignant, mais ça regroupe aussi tous les partenariats avec les autres professionnels. Donc là, vous m'avez parlé des personnes avec qui vous avez pu un petit peu collaborer dans l'accompagnement de ces enfants. En résumé, avec qui avez-vous pu collaborer dans vos expériences, quels professionnels ? Vous m'en avez un petit peu parlé. Est-ce qu'il y a eu aussi des professionnels paramédicaux ou médicaux, que ce soit infirmière scolaire, je ne sais pas, ça peut-être aussi être des professionnels autres que paramédicaux, mais voilà.

Ergothérapeute : En tant qu'instit ou en tant qu'ergo ?

Florine : Euh bah les 2 c'est intéressant.

Ergothérapeute : En tant qu'instit, personne.

Florine : Ah bah... au moins c'est rapide.

Ergothérapeute : C'est ça, voilà. Donc j'ai, en tant que tel, personne, j'ai pas du tout parlé avec les gens qui ont travaillé avec les enfants qui sortaient de ma classe, pas parce que j'ai dit non.

Florine : Oui je me doute bien.

Ergothérapeute : Si en tant qu'instit à la fin, pour cet enfant qui ne rentrait pas dans les cases sur le coup de la phonologie, le découpage, tout ça. J'ai parlé avec son ergo et c'est comme ça que j'ai bien

aimé ce qu'elle faisait tu vois donc c'est ça ma réorientation professionnelle. L'enfant je l'ai eu en grande section et CP, tu vois l'ergo je l'ai attendu. On a échangé en décembre /janvier de son année de CP alors que ça faisait déjà un moment que son parcours avait commencé finalement.

Florine : D'accord, ok.

Ergothérapeute : En tant qu'ergo, en fait, on nous dit qu'il faut avoir un puzzle complet du profil de l'enfant, donc ça j'aime bien, mais en même temps comme je suis coordinatrice de parcours de soins sur mon autre mi-temps, c'est ça que je fais. Donc je ne sais pas si ce que je fais c'est lié à mon 2e parcours, mon 2e mi-temps ou sur le fait de faire un puzzle de comment ça fonctionne, l'enfant avec qui il travaille... du coup, moi je cherche à avoir les infos de l'orthophoniste, de la psychomot, de l'enseignant, de la famille. Que je sois sur mon mi-temps PCO, que je sois sur mon temps d'ergo libérale, pour avancer parce qu'on ne fait pas les mêmes choses, parce que justement, si on a les mêmes objectifs, on va peut-être les aborder différemment ou peut-être travailler à fond cet objectif-là en mode intensif parce que du coup ça ferait 2 séances par semaine, puis repris avec les parents qui assistent à mes séances principalement plutôt que de faire 2 objectifs séparés. Mais parfois on fait 2 objectifs séparés, la psychomot fait ça, moi je fais ça, l'orthophoniste fait ça, ça dépend quel truc on travaille. Cette forme en fait, les infos, tu ne sais pas trop quoi en faire, ou en tout cas pas tout de suite. Puis finalement tu vois que l'enfant il fait ça chez un mais pas chez l'autre, ou il fait ça chez toi chez mais pas dans la famille donc ça t'apporte des infos aussi de savoir comment se comporte l'enfant avec les autres professionnels de santé, son travail, quels sont les objectifs de la famille... Parce que quand ils viennent en disant « on m'a dit de venir vous voir », ouais c'est bien mais c'est quoi vos objectifs ? Je ne suis pas à fond dans le SMART hein, c'est difficile pour moi de le mettre en place ce truc-là mais quand même, il en faut un peu. Ses objectifs, parce que tu peux travailler avec un enfant même si t'as pas son diagnostic, ça t'aide à le comprendre. Bon, au bout d'un moment tu te dis quand même hop, un drapeau, bon ben voilà, tu clignes, mais tu peux travailler avec l'enfant même sans connaître son diagnostic. « C'est quoi la plainte ? Pourquoi tu n'y arrives pas, qu'est-ce qu'on peut faire pour arranger ça ? Qu'est-ce que tu proposes ? » Puis petit, c'est plus difficile parce que « qu'est-ce que tu proposes ? » Voilà, mais ils peuvent être en capacité de dire « ça me gêne, ça va trop vite, j'ai pas compris ça... »

Florine : Oui, ok. Au niveau maintenant de votre poste d'ergo, vous intervenez donc dans les écoles comme vous avez pu m'expliquer tout à l'heure. Est-ce que pour vous il y a un partenariat avec les enseignants des classes dans lesquelles vous pouvez intervenir, en tout cas les enseignants des enfants pour lesquels vous pouvez intervenir ? Et si oui, enfin selon vous, en quoi c'est un partenariat ? Quels sont les éléments qui vous font penser ça ?

Ergothérapeute : Si j'interviens dans l'école, c'est qu'il y a un partenariat dans la mesure où on a des échanges. Il y a des enseignants qui disent non, qui n'aiment pas qu'on rentre dans leur classe ou parce qu'il y a des messages de l'inspection qui disent « on priorise l'école, on fait les soins après ou pas de soins sur le lieu scolaire », il y a vraiment des difficultés sur le libéral parfois à rentrer dans certaines écoles. On a une petite fenêtre qui s'ouvre là avec la PCO qui devient du droit commun, de pouvoir intervenir en mode en libéral, mais via le biais d'une structure. Comme c'est via le biais d'une structure, on peut rentrer dans les écoles donc pas de problème. Les libéraux ont des problèmes alors qu'on fait la même chose. Juste il y en a un c'est en mode salariat et l'autre c'est en mode libéral. Donc à partir du moment où l'enseignant dit non, bon bah c'est clair, il y pas de partenariat. A partir du moment où tu peux juste rentrer dans l'école, observer et repartir, il n'y a pas de partenariat mais là je ne suis pas concernée. Je pense que ça arrive hein, mais là je ne suis pas concernée, moi j'ai plutôt des enseignants qui me font de la place, qui me montrent ce qu'elles font, qui me questionnent, qui m'apprennent des choses, parce qu'elles connaissent aussi bien les enfants hein, ça fait 6 h par jour. Et puis elles continuent à enseigner alors que moi j'ai arrêté donc il y a forcément des choses qui ont changé. Et du coup, on tricote un peu ensemble le travail qu'on peut faire et des choses qu'on peut proposer à l'enfant et la famille. Donc là comme il y a des échanges, ça marche dans les 2 sens au

niveau des apprentissages et des interventions. Je trouve qu'il y a partenariat. Après je ne me suis pas penchée sur la définition du partenariat. Je te laisse regarder ça pour ton mémoire mais du coup-là sur celles auprès de qui j'interviens. L'idée c'était de se dire « ça ça ne fonctionne pas, et pourquoi ça ne fonctionne pas en classe ? » donc euh, l'enfant d'habitude je le sors de la classe, on fait un truc qui a rien à voir parce qu'on met en place l'iPad et puis ensuite on rentre dans la classe. Puis là la dernière fois c'était plutôt bon, on met cet objectif-là de côté parce que ça génère vraiment beaucoup de crises et de frustrations. « Qu'est-ce qui se passe et qu'est-ce qui s'est passé avant ? » Et du coup, on se donne un peu des billes. « Qu'est-ce que t'as observé ? » On se tutoie à force, donc c'est pour te dire un peu. On s'envoie des messages en mode « ben là la famille elle a oublié ci hein machin... » vraiment c'est confortable. Et ça fait 6 mois qu'on travaille ensemble donc ce n'est pas quelqu'un que je connaissais avant. Donc on est vraiment dans cet échange-là de « je peux rentrer dans ta classe, tu m'autorises du temps. ». Moi je suis déjà rentrée dans la classe d'un enseignant alors, erreur, je ne connaissais pas l'enfant avant. Un bon TSA qui regarde le bord de la porte avant de pouvoir avancer, y a 6 portes avant de rejoindre la classe donc autant te dire que c'était compliqué. Et l'enseignant, bah c'était le moment de lecture plaisir donc tout le monde a lu, l'enseignant y compris, mais... peut-être on aurait pu parler ? Tu vois là la notion de partenariat... Je me suis sentie un peu toute seule dans une classe que je ne connaissais pas, c'était compliqué vraiment. C'est compliqué. Bon là il n'y a pas de partenariat, mais sur l'autre classe, euh ben je peux rentrer, je peux observer, y a un petit temps qui m'est dédié pour discuter, y a de l'organisation qui se passe derrière pour que la classe soit pas toute seule. Y a une atsem, une AESH qui intervient auprès des enfants, y a des partages d'informations, y a des échanges de matériel, de procédure, de choses qui ont été essayées, que j'aimerais bien faire. Par exemple c'était utiliser une application sur la tablette pour la communication de cet enfant de grande section et je n'arrive pas à faire ce verbe là et bah du coup on vient chercher un petit peu. Il n'y avait pas donc quels étaient les trucs qu'on pouvait faire ? Moi j'ai travaillé avec l'enfant, j'ai dit à l'enseignante que je travaillerai ça avec l'enfant. Puis en 2 semaines finalement ça a été un picto. Enfin en 2 semaines en 2 séances, plus le travail qu'elle a fait entre 2 donc 2 semaines ça a été un picto qui a été intégré finalement.

Florine : D'accord, donc c'est vraiment un travail à 2. C'est grâce à vos partages d'expériences et les idées de chacune que vous avez pu réussir à faire ce que vous vouliez.

Ergothérapeute : Bah elle a des besoins et on vient répondre à ça. Moi j'ai des propositions mais ce qui va marcher pour moi va pas forcément marcher pour elle. Donc « est-ce que ça te va si on fait ça ? » Oui, dans un petit équilibre comme ça. Puis avec l'enfant on bosse dessus après. Ça lui permet aussi de voir comment est-ce que moi je m'y prends pour faire ça et qu'elle puisse le retransférer dans autre chose et utiliser éventuellement ben un autre picto une autre fois où ça pose problème, ou travailler, reprendre la méthode qui a été utilisée là sur un autre apprentissage... pour que justement quand moi je suis plus là elle sache faire et avec d'autres enfants. Enfin ça ne marchait pas qu'avec cet enfant-là.

Florine : Justement en parlant de quand vous dites avec d'autres enfants, est ce que ça va être plutôt quelque chose avec l'ensemble de la classe où vous parlez avec d'autres enfants, d'autres enfants porteurs de troubles dans d'autres expériences ? Je ne sais pas si ma question était très claire.

Ergothérapeute : Je vais te répondre, ça dépend. Donc je vais essayer d'approfondir un peu ma réponse. Si dans la classe il y a un autre enfant, euh TSA pas diagnostiqué, forcément que ça va lui être bénéfique. Après ça ne fonctionne pas qu'avec les enfants TSA. Le fait d'acquérir une façon de faire, moi on me dit souvent... quand t'es enseignant, tu crées des séquences d'apprentissage avec une leçon 1, leçon 2, leçon 3, leçon 4 pour qu'à la fin de ta séquence d'apprentissage, tu atteignes ton objectif. J'ai tendance à faire pareil avec les enfants que j'accompagne en ergo. L'objectif c'est faire ses lacets ou mettre en place l'ordinateur ou mettre en place un système de communication plus ou moins approfondi... Bon ben je vais avoir en tête séance 1, séance 2, séance 3, séance 4 tu vois avec de la flexibilité. J'ai un fil conducteur, je m'arrête, s'il y a besoin je vais chercher sur le côté, s'il y a besoin de ratisser plus large... mais dans l'idée c'est ça. Alors qu'en formation on te dit de laisser enfant aller

vers ce qu'il aime, ça je ne sais pas bien faire. Et du coup j'ai toujours mon objectif en vue. Même s'il n'est pas SMART, je sais qu'il n'est pas toujours mesurable et que je ne définis pas bien dans le temps. Ça c'est de de difficulté sur le SMART. Néanmoins j'apprends à leur faire faire des faux choix, ça rentre dans ma séquence d'apprentissage mais tu as choisi quand même. Et ça, je pense que c'est vraiment une façon de faire qu'ont les enseignants que je transcris en ergothérapie mais du coup ça marche bien parce qu'on est sur la même dynamique d'apprentissage. Je ne sais pas comment font les autres ergos, la collègue avec qui j'étais en collaboration au début me disait « mais tu passes du temps à préparer tes séances, c'est déjà un peu tout tracé » donc j'ai appris à m'assouplir par rapport à ce qu'elle me disait, mais je sais très bien que c'est toujours ma trame de fond.

Florine : D'accord, oui, c'est naturellement votre fonctionnement, enfin votre organisation.

Ergothérapeute : Ouais, après ça c'est que ce que j'ai projeté, la fiche de prep que j'ai projetée, c'est exactement ça. Sauf qu'autant je peux mettre un peu le matériel et le temps que je vais y passer et les outils que je vais utiliser, autant ça ne va pas être aussi détaillé : « J'attends de l'enfant que : », « J'attends de l'enfant que : », moi je vais surtout observer comment il réagit parce que là pour le coup je ne sais pas trop et en fonction de comment il réagit. On va avancer, reculer, refaire, trouver un autre truc. Il y a plusieurs méthodes pour apprendre la soustraction aux enfants. Alors en maternelle on n'est pas sur ces principes-là, on ne va pas chercher cette technique là mais à partir des plus grandes classes, il y a plusieurs façons de faire. Bah en ergo, il y a plusieurs façons de faire ses lacets, il y a plusieurs façons de s'habiller, c'est un peu pareil tu vois donc sur des programmes de mathématiques en grande section, si tu suis un manuel tu vas travailler cette notion-là de cette façon-là avec ce matériel-là. La même notion sera travaillée, avec un autre manuel et du matériel différent. Au final si tu croises les 2, bon bah tu as vu la même notion de façon différente. On fait pareil hein en ergo, t'as les petites boucles des oreilles de lapin, ça ne marche pas. Bon bah je vais faire autre chose.

Florine : Oui tant que l'objectif est atteint et que la capacité est présente c'est bon.

Ergothérapeute : Ben c'est ça. Mais une fois que la maîtresse, elle t'a vu raconter une petite histoire parce que justement il y a des converses trop jolies qu'on a mis au pied de la moyenne section qui ne sait pas les faire en fait. Bon ben voilà on se débrouille et à la fin on sait faire ses lacets ou utiliser un zip sur le côté mais il n'y en a pas toujours en fonction de la pointure. Donc bah elle se saisit de ça, tout le monde n'a pas 2, 3 méthodes pour apprendre à faire ses lacets ou ne sait pas que les lacets élastiques ça existe ou voilà.

Florine : C'est un apport d'outils à l'enseignante de votre part.

Ergothérapeute : Oui voilà, là c'est un outil mais tout à l'heure c'était plutôt une façon de faire.

Florine : Oui ça peut être des conseils. Est-ce que vous auriez un mot pour définir la manière dont vous vous intervenez ? Je ne sais pas, de la supervision, du coaching, du conseil, du partage à niveau égal ? Enfin c'est un peu difficile comme question je vous l'accorde.

Ergothérapeute : Non c'est clair. Moi je suis plutôt sur le partage égalitaire parce que je j'apprends aussi. Beaucoup de mes enseignants font avec des méthodes qu'elles connaissent que je ne connais pas. Il y a des choses que j'utilisais moi qu'ils utilisent toujours ou qui ne se font plus. Enfin ça, ça bouge, ça bouge vraiment beaucoup. Et puis elle voit l'enfant 6 heures par jour. Moi je le vois 3 quarts d'heure par semaine, donc j'arrive avec mes connaissances, d'ergo avec mon expérience, mais elles connaissent vraiment beaucoup mieux l'enfant que moi. Sauf en septembre, en septembre, j'ai mes chances.

Florine : Mais vous êtes vite rattrapée je pense.

Ergothérapeute : Ouais.

Florine : J'ai une dernière petite question concernant le partenariat. Si vous deviez citer vraiment les nécessités pour un partenariat réussi, selon vous. Quels mots vous utiliseriez, quelles compétences, quelles nécessités ?

Ergothérapeute : Ben il y a la volonté qui n'est quand même pas à négliger parce qu'il faut savoir que l'enseignant il est en classe 6 heures par jour, 4 jours par semaine et qu'après c'est du temps perso qu'il nous attribue. La récréation il peut être de service et s'il n'est pas de service, il est en train de ranger sa classe, corriger ses copies ou prendre une pause. Donc si on l'appelle pendant la récré, ben on sait que c'est du temps à lui qui s'en va. Le travail du midi c'est pareil, le temps du soir, les mercredis, les vacances, c'était pareil et il n'est pas payé. Il n'est pas payé pour ça et il y a moyen de retirer ce temps-là des animations pédagogiques mais ce n'est pas élastique. Donc sur une classe avec un enfant avec un profil atypique OK, mais sur une classe ULIS par exemple, bon bah on pourrait faire pareil avec tous les enfants, donc la volonté c'est pas mal. Et il y avait un autre qui me venait ... redis-moi ta phrase s'il te plaît.

Florine : Quelles sont les nécessités d'un partenariat réussi selon vous, pour faire clair comme phrase ?

Ergothérapeute : Ouais, la volonté. La transparence, oser, oser dire je ne sais pas, oser montrer ce qu'on a fait, oser dire que ça n'a pas marché. Il faut être un petit peu humble hein, transparent sur ce qu'on fait, volontaire pour y arriver et puis voilà.

Florine : Je vous remercie. Pour terminer, selon vous quels seraient les avantages d'une adaptation de l'environnement à l'échelle de la classe ou même de l'école, prenant en compte les difficultés et besoins de l'enfant porteur de TSA, que ça soit par exemple organiser des séances sensorielles en petits groupes ou en classe entière, proposer de la CAA à l'ensemble de la classe, voilà faire des aménagements auxquels les enfants participent tous, mais qui sont de base on va dire programmés pour l'enfant porteur de TSA ?

Ergothérapeute : Faire le contraire de ce qui se fait quoi, plutôt que de faire rentrer l'enfant TSA dans le moule, proposer le moule du TSA pour les autres enfants c'est ça ?

Florine : C'est l'idée oui, sans que ça impacte bien sur les autres enfants, mais dans l'idée aussi où ça peut éventuellement servir à d'autres enfants en difficultés. Voilà je voudrais récolter votre avis, quels sont les avantages ? Après je vous demanderai les limites aussi.

Ergothérapeute : On a fait beaucoup d'inclusif, beaucoup, beaucoup d'inclusif ces dernières années, moi j'ai envie de te dire un peu à quel prix. Parce qu'il y a quand même des enfants qui y ont laissé des plumes par manque de formation, d'information, entre autres, mais par souci d'économie, de budget et sous couvert d'être inclusif. Mais ça a pu être violent, maltraitant pour certains enfants. Qu'est-ce que ça permet de mettre en place ces dispositifs-là ? Ouais tu l'as dit hein dans ta question, ça permet aux autres non diagnostiqués de pouvoir bénéficier de choses et de se sentir, je pense qu'il y a un bien être hein, qui est diffusé par la mise en place de ces adaptations-là. J'avais 2 enfants qui venaient. Bah ce petit garçon là, qui ne venaient pas à l'école, qui venaient à l'école mais pas avec plaisir, pas avec envie. On sentait bien qu'il était réticent et tout. Moi ça a été un de mes premiers objectifs qui viennent à l'école avec le sourire, puis on verra le reste après. Un enfant qui ne va pas bien n'est pas un enfant qui va rentrer dans les apprentissages et ça je pense que c'est valable que l'enfant soit neurotypique ou neuro atypique. Donc ça va apporter du mieux-être à tous, plus à celui qui est diagnostiqué ou qui en souffre de façon sévère. Mais ils ne seront pas les seuls et puis je pense que ça apporte aussi un peu plus d'empathie. Ouais, on ne va pas dire compassion là on n'est pas là, mais un peu d'empathie sur comprendre que l'autre est différent et qu'il peut avoir des besoins différents et que sa façon de faire est pas la bonne ou la mauvaise. Moi j'avais souvent des mamans qui me disaient « est-ce qu'il peut faire la sieste à la maison et venir après ? » bah oui en fait déjà nous ça nous fait un dortoir moins lourd à gérer. Et puis si l'enfant lui pendant ce temps-là il a vraiment dormi parce qu'il était bien à la maison avec la maman, elle est dispo pour le faire, c'est bénéf pour tout le monde alors.

Florine : C'est l'idéal bien sûr.

Ergothérapeute : Je me faisais engueuler par la directrice parce que je disais oui mais moi j'y voyais que des bénéfices. Bon après faut faire un peu de forcing, ce n'est pas toujours confortable de faire ça et à vivre tous les jours. Parfois on baisse un peu les bras mais ce dispositif là je trouve qu'il répercutait tout le monde. Donc ça a des effets positifs sur celui qui le vit, puis sur les autres enfants, ça apporte du mieux-être. Et c'est une façon de voir la différence un peu, avec empathie, comprendre pourquoi, quels sont les besoins... Et une fois qu'on comprend mieux, on est plus tolérant, on sait mieux.

Florine : Et est-ce que vous verriez des limites à cette mise en place ? Il y a toujours des avantages et des limites.

Ergothérapeute : Il y a toujours des avantages et des inconvénients. Les limites c'est qu'il faut quand même savoir quoi proposer, comment proposer. Moi je veux bien qu'on propose des casques, des fidgets dans toutes les classes, mais on sait très bien que si l'enfant il l'a toute la journée, au final ça va être plus excitateur que régulateur. Bah faut le savoir et puis donc un petit peu de formation, d'information, et ce n'est pas une recette magique en fait, c'est une recette qui peut fonctionner mais qui n'est pas la seule. Il reste donc savoir les utiliser, et puis que ça n'empêche pas de suivre les apprentissages parce que moi je vois d'un côté rééducation, mais je sais que l'enseignant, il a des programmes. En maternelle, un peu moins, mais il faut quand même essayer d'arriver à boucler les notions qui doivent être vues dans l'année. Avec les enfants, on peut s'éparpiller à travailler ci, travailler ça, travailler ci, travailler ça et au final passer à côté de certaines choses. Il y a des cours d'empathie qui font des volumes, un peu comme ça tout fait, de séquence après séquence à proposer aux enseignants. Bon, est ce qu'on fait vraiment des cours sur l'empathie ou est-ce que ça peut être glissé un peu autrement ? Un peu comme ces aménagements-là ? Bon voilà, ça se discute, mais on peut se disperser. Je pense qu'on peut faire attention à ça. Après non, des limites je n'en vois pas beaucoup hein.

Florine : Non mais c'est déjà intéressant. Effectivement, cette histoire de programme, c'est important. Il y a des choses à suivre. Les programmes peuvent être chargés.

Ergothérapeute : Après tu rentres dans le « qu'est-ce qui peut être fait à la maison sur l'éducation et qu'est-ce qui doit être fait à l'école ? ». Sur l'éducation, ne prenons pas le rôle des parents. Je ne suis pas sûre qu'on soit dans ton mémoire quand on est là-dessus, mais c'est des questions qui sont souvent soulevées. Nous, on leur apprend des connaissances et les parents leur apprennent à dire merci, bonjour, au revoir... Comprendre que l'autre est différent, c'est quand même des choses qui sont travaillées à la maison. Alors évidemment, la collectivité, c'est plutôt à l'école, hein j'entends bien, mais on n'est pas sans... marcher dans la rue et croiser un fauteuil roulant, être dans un supermarché et voir un enfant qui fait une colère... Ça fait partie aussi, comment est-ce qu'on passe les messages à nos enfants de gérer ça...

Florine : De toute façon c'est le grand partenariat effectivement autour de l'enfant effectivement, avec tous les acteurs et l'enfant lui-même pour réussir à acquérir tout ce qu'il faut pour que ça se passe bien. Ben écoutez, je crois que j'ai fait le tour de tout ce que je voulais aborder, ça me paraît pas mal. Est-ce que vous vouliez rajouter quelque chose ou si quelque chose n'a pas été clair ou pour vous ?

Ergothérapeute : Non c'est bon pour moi, ça me paraît bien aussi.

Florine : Je vous remercie.

Ergothérapeute : Je ne sais pas si ça t'intéresse mais sur le site du CRA, ou je l'ai peut-être en PDF, il y a les signes d'alerte du TSA. Bah c'est une feuille qu'on donne beaucoup aux enseignants qui viennent chercher des infos. Ce qui s'est passé pour moi, s'est passé pour plein. Autant je leur envoie par mail quand je suis coordo, autant je leur en parle quand j'interviens dans leur classe. Il y a des

questionnaire de dépistage du langage en petite section, ça s'appelle l'OLC3. Enfin chez nous ça s'appelle comme ça. Mais je ne sais pas ça s'appelle Chevrier Muller à niveau national et ça ne concerne que le langage. Mais le langage est déjà un signe d'alerte du neurodéveloppement et ce tableau-là regroupe pas mal de signes d'alerte quel que soit l'âge et ça parle de l'âge de la maternelle notamment. Ça doit être de 0 à 5 ans ou de 0 à 6 ans je crois. Donc je peux regarder et si je remets la main dessus, je te l'envoie.

Florine : Ah bah je veux bien, c'est toujours intéressant. C'est vrai qu'il y a plein de documents, enfin j'en ai trouvé plein dans mes recherches mais ils ont tous quand même un petit quelque chose en plus. Ils ont-ils apporté tous quelque chose de nouveau.

Ergothérapeute : Ouais, celui-là il est récapitulatif. Ce n'est pas un tableau officiel mais c'est quand même diffusé sur le site d'un CRA. C'est ton sujet, le TSA c'est ton sujet donc t'es forcément obligée un peu de dire qu'il y a les recommandations de bonnes pratiques bien évidemment, mais celui-là il est pas mal fait. Puis alors autant pour les familles il peut être un peu compliqué parce qu'elles sont émotionnellement impliquées, autant sur les enseignants, ça tu peux y aller ce tableau-là, il est concis. Mes collègues de l'ETADA elles l'ont affiché dans leur bureau, c'est elles qui me l'avaient communiqué tu vois.

Florine : OK, d'accord.

Ergothérapeute : Après elles manipulent du TSA toute la journée. Je ne suis pas sûre qu'elles le regardent encore.

Florine : Oui je me doute, mais en tout cas au début c'est bien d'avoir des infos.

Ergothérapeute : Ouais, si je le trouve je te l'envoie.

Florine : Je veux bien. C'est gentil merci.

Ergothérapeute : En tout cas bon courage.

Florine : Je vous remercie beaucoup. Bon courage pour vous aussi, je ne sais pas si vous avez des vacances.

Ergothérapeute : Ça va, ça y est moi j'en reviens. C'était bien. Bonne continuation pour ta dernière ligne droite.

Florine : Merci, ça arrive vite là.

Ergothérapeute : Ça va s'accélérer un petit peu. Je veux bien lire ton mémoire quand tu l'auras terminé, je voudrais que tu me l'envoies. Et puis ben, bonne continuation à toi.

Florine : Merci, merci beaucoup et puis au plaisir de se recroiser.

Ergothérapeute : Oui, ça marche. Allez, au revoir. Au revoir Florine.

Florine : Au revoir, merci.

Résumé

A la rentrée 2024, 47 000 enfants porteurs de troubles du spectre autistique étaient scolarisés en milieu ordinaire. Les grandes lois de 2005 et 2013 sur le handicap encadrent ces scolarisations, cependant, ces élèves rencontrent encore un nombre important de problématiques de participation. L'objectif de cette recherche est d'étudier comment le partenariat ergothérapeute / enseignant peut favoriser la participation scolaire de l'enfant porteur de troubles du spectre autistique en maternelle. Pour ce faire, une méthodologie qualitative est utilisée. En effet, six entretiens ont été menés auprès de trois ergothérapeutes et de trois enseignantes, exerçant dans différentes régions françaises. L'analyse et la mise en lien de ces entretiens permet de constater que l'accompagnement des enfants porteurs de handicap en milieu scolaire ordinaire n'est pas toujours évident. Les enseignantes rencontrent de nombreuses difficultés en raison d'un manque de formation et d'information, d'une indisponibilité vis-à-vis de leur responsabilité d'un groupe de plusieurs élèves, d'un manque de moyens et de temps pour échanger avec l'ergothérapeute et pour certains d'appréhensions et des réticences. Les ergothérapeutes rencontrent quant à elles des difficultés liées majoritairement à la place de l'ergothérapie au sein de l'établissement et à des contraintes de temps. Les différentes professionnelles sont en accord sur le potentiel apport d'une relation partenariale basée sur l'utilisation du modèle conceptuel de développement des Capacités via la Collaboration et le Coaching en Contexte (P4C) pour favoriser la participation scolaire de l'ensemble des enfants rencontrant des difficultés. Cependant, elles en soulignent malgré tout plusieurs limites en contexte...

Mots clés : troubles du spectre autistique, partenariat, ergothérapeute, enseignant, participation scolaire

Abstract

At the start of the 2024 school year, 47,000 children with autism spectrum disorders were enrolled in mainstream schools. The major disability laws of 2005 and 2013 provide a framework for these children's schooling, but they still encounter many participation problems. The aim of this research is to study how the occupational therapist/teacher partnership can promote the school participation of children with autism spectrum disorders in nursery school. To achieve this, a qualitative methodology was used. Six interviews were conducted with three occupational therapists and three teachers practising in different regions of France. Analysis and comparison of these interviews revealed that it is not always easy to support children with disabilities in mainstream schools. The teachers encounter numerous difficulties due to a lack of training and information, unavailability in relation to their responsibility for a group of several pupils, a lack of resources and time to discuss matters with the occupational therapist and, for some, apprehension and reluctance. The occupational therapists, for their part, encountered difficulties mainly related to the place of occupational therapy within the school and to time constraints. The various professionals agreed on the potential contribution of a partnership based on the use of the conceptual model of Capability Development through Collaboration and Coaching in Context (P4C) to promote school participation by all children experiencing difficulties. However, they also highlight several limitations in context...

Keywords: autism spectrum disorders, partnership, occupational therapist, teacher, school participation