

Université Paris-Est Créteil



Année universitaire 2024-2025

La Prise en Soins Ergothérapique des Enfants avec Troubles des Apprentissages
Mathématiques et les Difficultés de Mise en Place des Adaptations Pédagogiques en Classe

Mémoire d'Initiation à la Recherche UE 6.5 Semestre 6

Présenté par : PARESY Grégoire

Sous la Direction de Roy Annabel

Juin 2025

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

Je, soussigné, PARESY Grégoire, étudiant 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 informé 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 :



Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité.

Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et

De l'Institut de formation concerné

Remerciements

Je tiens à remercier les différentes personnes ayant participé à l'élaboration de ce mémoire, pour le temps qu'elles m'ont consacré, leurs conseils bienveillants et leur soutien.

En tout premier lieu, je tiens à remercier mon Maître de Mémoire Madame Annabel ROY pour l'immense qualité de son engagement, ses précieux conseils et ses encouragements prodigués pour la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier les membres des jurys blancs et finaux pour leur écoute, lecture et apport de commentaires sur cet écrit de mémoire et mes soutenances orales.

Un remerciement particulier envers les ergothérapeutes et enseignants ayant participé à l'enquête de ce mémoire pour le temps accordé et la qualité des échanges.

J'aimerais également avoir une pensée particulière pour les ergothérapeutes et professionnels de santé qui m'ont accueilli en stage ; les valeurs inculquées me permettront d'exercer mon métier avec sincérité et dévouement.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'IFE, dont mon binôme méthodologique et le bureau L3 pour ses apports théoriques, son accompagnement, son savoir et expérience pour réaliser ce mémoire et son engagement tout au long de cette année.

Je souhaite également remercier mes camarades de promotion pour ces 3 années de formation passées à leurs côtés dans la joie et la bonne humeur - nous avons su créer de véritables liens et ainsi faire face également aux moments un peu plus compliqués.

Un grand merci à mes parents que j'embrasse fortement pour leur soutien sans faille, leurs sacrifices et encouragements pendant ces 3 années de formation. Vos encouragements et votre motivation ont été très réconfortants.

*« Ce que l'enfant est en mesure de faire aujourd'hui avec
l'aide des adultes, il pourra l'accomplir seul demain »*

Lev S. Vygotski

Table des Matières :

1 – Situation d’Appel – Introduction au Thème du Mémoire :	1
2 – Cadre Exploratoire :	2
2.1 – Les Troubles des Apprentissages :	2
2.2 – Les Troubles des Apprentissages Mathématiques (TAM) :	3
2.2.1 – Rappels, Définition et Epidémiologie des TAM :	3
2.2.2 – Les Origines des TAM :	3
2.2.3 – La Période d’Apparition des TAM :	4
2.2.4 – Les Critères Diagnostiques des TAM :	4
2.2.5 – Les Degrés de Sévérité des TAM :	5
2.2.6 – Les Facteurs de Risques et Diagnostic Différentiel des TAM :	6
2.2.7 – Les Conséquences des Comorbidités des TAM :	6
2.3 – Les Enfants Atteints par les TAM :	7
2.3.1 – Présentation de la Population :	7
2.3.2 – Les Problématiques Occupationnelles de ces Enfants :	8
2.3.3 – Parcours de Vie, de Santé et de Soins de ces Enfants :	9
2.3.4 – Dispositifs d’Accompagnement :	10
2.3.5 – Professionnels Impliqués dans la Prise en Soins :	11
2.4 – L’Approche de l’Ergothérapie face aux TAM :	11
2.4.1 – Rappels concernant l’Ergothérapie :	11
2.4.2 – L’Ergothérapie dans la Prise en Soins des TAM :	12
2.4.3 – L’Ergothérapie et l’Environnement de l’Enfant :	14
3 – Problématique :	15
4 – Cadre Théorique et Conceptuel :	16
4.1 – Modèle Conceptuel du MCREO :	16
4.2 – Rendement Occupationnel :	18
4.3 – Adaptations Pédagogiques :	20
4.4 – Partenariat :	23
4.4.1 – Rappels sur le Partenariat et Notion de Partenariat-Patient :	23
4.4.2 – L’Approche OPC (Occupational Performance Coaching) pour le Partenariat-Patient : ..	25
4.4.3 – Le Partenariat Ergothérapeute-Enseignant :	26
5 – Hypothèse :	28
6 – Cadre Expérimental :	29
6.1 – Objectifs de l’Enquête, Variables et Critères d’Atteinte des Objectifs :	29

6.2 – Méthodologie d’Enquête :	29
6.3 – Choix de la Population :	30
6.4 – Choix de l’Outil d’Enquête :	31
6.5 – Création des Outils d’Enquête :	32
6.6 – Résumé du Recrutement et de la Passation des Entretiens :	32
6.7 – Résultats des Entretiens de l’Enquête :	34
6.7.1 – Présentation des Caractéristiques des Participantes de l’Enquête :	34
6.7.2 – Présentation des Résultats Bruts de l’Enquête :	35
6.7.3 – Analyse des Résultats de l’Enquête :	40
6.7.4 – Discussion des Résultats de l’Enquête :	50
6.7.5 – Limites, Biais et Forces de l’Enquête :	54
6.7.6 – Implications Futures dans la Pratique Professionnelle et en Recherche :	57
7 – Conclusion et Ouverture :	58
8 – Bibliographie :	59
Annexes :	72

Dictionnaire des Abréviations :

- AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap
- AH : Aide Humaine
- AT : Aide Technique
- AVQ : Activités de la Vie Quotidienne
- AVS : Auxiliaires de Vie Scolaire
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CMOP-E : Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
- CO-OP : Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance
- CPASS : Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé
- CPTS : Communauté Professionnelle du Territoire de Santé
- CRPE : Concours de Recrutement de Professeurs des Ecoles
- CRTLA : Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ESS : Equipe de Suivi de la Scolarisation
- FFDYS : Fédération Française des DYS
- FR : Fauteuil Roulant
- GEVA : Guide d'EVALuation
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IME : Institut Médico-Educatif
- IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
- MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels
- MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MLD : Mathematical Learning Disabilities
- MT : Mémoire de Travail
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OPC : Occupational Performance Coaching
- PAI : Projet d'Accueil Individualisé
- PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé
- PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation
- PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- PPRE : Projet Personnalisé de Réussite Scolaire

- PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
- RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés
- SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
- TAM : Trouble des Apprentissage Mathématiques
- TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TDC : Trouble Développementale de la Coordination
- TSA : Trouble du Spectre Autistique
- TSLE : Trouble Spécifique du Langage Ecrit
- TSLO : Trouble Spécifique du Langage Oral
- ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
- UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

1 – Situation d’Appel – Introduction au Thème du Mémoire :

En France, environ « 8% de la population française » (Handicap.gouv.fr) en 2023 sont atteintes de troubles DYS. Les répercussions quotidiennes de ces troubles les impacteront toute leur vie (scolarité, emploi, vie sociale...) (Crocq, 2015 ; HAS (Haute Autorité de Santé), 2017). Max¹, l’adolescent afférent à ma situation, scolarisé en 4^{ème} année dans un collège commun, fait partie de ces nombreuses personnes atteintes de ces troubles.

J’ai rencontré Max durant mon 2^{ème} stage en cabinet d’ergothérapie libéral pour une séance de maîtrise de son ordinateur portable utilisé en cours via des logiciels de mathématiques. Il présente un TDAH (Trouble Déficit de l’Attention avec ou sans Hyperactivité), un TAM (Trouble des Apprentissages Mathématiques) et un TSLE (Trouble Spécifique du Langage Ecrit) l’impactant dans ses occupations au collège (écriture, lecture, suivi de leçon, pose d’opération, résolution de problème...).

Lors de nos séances, Max évoquait subir du harcèlement sur sa « façon d’être » (ses troubles de l’attention, ses refus assez secs...), sur ses performances d’écriture (illisible, lente...) et de lecture (lente, non fluide...). Il exprimait avoir très mal vécu les refus répétés de son professeur de mathématiques pour mettre en place les aides et aménagements/adaptations pédagogiques prescrites par ma tutrice. Il décrivait cette sensation de se sentir seul au quotidien sans amis, sensation aggravée par l’impression que l’équipe éducative du collège faisait peu d’efforts pour s’adapter aux difficultés d’apprentissage de Max (sans AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)) pour l’accompagner à cette période).

J’ai été interpellé par ce manque d’accompagnement de Max par l’équipe éducative de son collège. Pourquoi n’aide-t-elle pas Max au quotidien afin de mieux l’accompagner à surmonter ses difficultés scolaires, notamment grâce à la mise en place des aides et aménagements/adaptations pédagogiques ? Quels sont les obstacles à cet accompagnement ? De quelle manière nous, ergothérapeutes, pouvons intervenir dans cet accompagnement et permettre les transferts d’acquis travaillés en séances d’ergothérapie ? Ainsi, je me suis questionné sur les spécificités de cet accompagnement et de notre rôle d’ergothérapeute dans le but d’accompagner les enfants face aux difficultés de mise en place des aides et aménagements/adaptations pédagogiques en lien avec les équipes éducatives dans les institutions scolaires.

Nous verrons les caractéristiques des TAM et leurs répercussions occupationnelles pour ces enfants, et leur parcours. Puis, nous examinerons les interventions sur l’environnement, dont la place de l’ergothérapeute. Ensuite, nous aborderons le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l’Engagement Occupationnel) et les concepts liés au thème, et enfin le cadre expérimental.

¹ Le prénom a été modifié pour préserver l’anonymat de la personne

2 – Cadre Exploratoire :

2.1 – Les Troubles des Apprentissages :

Avant de pouvoir évoquer les TAM, il est nécessaire de rappeler les différentes catégories de troubles auxquels ils appartiennent, et les possibles liens existants entre eux. Les TAM appartiennent aux TSLA (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages) qui font partie des TND (Troubles du Neuro-Développement) (HAS, 2020). J'évoquerai dans ce mémoire le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) qui est une classification concernant les troubles d'ordre mentaux reconnue et utilisée par les cliniciens (Crocq, 2015).

Les TND apparaissent pendant le développement de l'enfant, provoquant des difficultés dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales (HAS, 2020).

Les TSLA vont impacter les capacités d'adaptation de la personne au cours de sa vie *avec « des conséquences sur le fonctionnement personnel, social, scolaire et professionnel »* (FFDYS (Fédération Française des Dys)). Parmi eux se trouvent les troubles spécifiques des apprentissages (HAS, 2017 ; HAS, 2020) qui, selon le DSM-5 (Crocq, 2015), forment une triade à fort risque de comorbidité (dyslexie², dysorthographe³ et TAM). Comme indiquée dans cette source (Normandie Pédiatrie, s. d.) utilisant le DSM-5, nous parlerons de TSLE pour mentionner les troubles du langage écrit comme la dyslexie et la dysorthographe.

La prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est de « 5-15% chez les enfants d'âge scolaire » (Crocq, 2015, p. 81) parmi les « différents domaines scolaires ou universitaires de la lecture, de l'écriture et des mathématiques », et environ de « 4% » chez les adultes. Les troubles sont « plus fréquents chez les hommes que les femmes (ratio allant d'environ 2/1 à 3/4) » (p. 84).

Ainsi, selon le ou les trouble(s), il est impératif de repérer leurs signes d'appels à différents âges clés (avant 3 ans, maternelle, primaire, CP, CE1, CE2, 6^{ème}...) afin d'entamer des diagnostics et des prises en soins à niveaux différents selon la nature et la sévérité du ou des troubles identifiés, impliquant la participation de professionnels et structures plus ou moins spécialisés, ainsi que celle des parents de l'enfant (HAS, 2017). Ce repérage va permettre d'initier le dépistage nécessaire au diagnostic du ou des troubles des apprentissages de l'enfant, dont les troubles des apprentissages des mathématiques.

² Dyslexie : difficultés « d'apprentissage caractérisés par des difficultés dans la reconnaissance exacte et fluide des mots, un mauvais décodage et des difficultés en orthographe » (Crocq, 2015, p. 77).

³ Dysorthographe : « déficit de l'expression écrite » (HAS, 2017) le plus souvent lié à la dyslexie (Poulet & Baratault, 2014)

2.2 – Les Troubles des Apprentissages Mathématiques (TAM) :

2.2.1 – Rappels, Définition et Épidémiologie des TAM :

Le TAM (Barray, 2013 ; Geary, 2004 ; Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015), ou dyscalculie développementale (Szűcs & Goswami, 2013 ; Noël, s. d.), ou troubles de la cognition mathématique (HAS, 2017), concerne les problèmes caractérisés par des difficultés des enfants dans les 5 facettes des compétences numériques telles que : les opérations, le système de numération, la représentation de la numérosité, le comptage et dénombrement ; et les compétences logiques (Barray, 2013 ; Van Nieuwenhoven & De Vriendt, 2010). L'apprentissage scolaire des mathématiques s'en trouve impacté, et ce en-dehors d'un défaut de l'enseignement reçu (Crocq, 2015).

Le TAM est présent depuis la naissance de l'enfant et impacte environ 5% d'entre eux (Bossy & Roche, 2020). Aussi, un taux de 95% de ces enfants impactés vont obtenir des faibles performances mathématiques (Shalev et al., 1998 ; Szűcs & Goswami, 2013).

Les recherches sur le TAM chez l'enfant sont très réduites par rapport à celles sur d'autres difficultés d'apprentissages (les TSLE en particulier) (Noël, s. d.). Le diagnostic de TAM est moins souvent posé et donne plus rarement lieu à une prise en soins. Le diagnostic de TAM ne se pose pas avant 8 ans (soit un retard d'apprentissage des mathématiques de plus de 18 mois) (Bossy & Roche, 2020). Pourtant, les études épidémiologiques indiquent que la fréquence d'occurrence du TAM est tout à fait comparable à celle des TSLE. Les TAM et la dyslexie représentent également un taux élevé de comorbidité d'environ 21-38% (Huau et al., 2017 ; Landerl et Moll, 2010).

2.2.2 – Les Origines des TAM :

Les origines des TAM se basent sur plusieurs théories (Szűcs & Goswami, 2013) :

- 1^{ère} théorie : une « *potentielle altération ou faiblesse* » (Szűcs & Goswami, 2013, p. 34 ; Rubinsten & Henik, 2009) d'une ou plusieurs fonctions cognitives,
- 2^{ème} théorie : l'hérédité de la dyscalculie développementale en lien avec une déficience du développement cognitif inhérente à l'individu liée à une base génétique (Szűcs & Goswami, 2013 ; Kosc, 1974 ; Shalev et al., 2001),
- 3^{ème} théorie : une approche développementale est possible car l'évolution du développement pose encore quelques complexités incomprises, en lien avec la notion d'une « *certaine capacité cognitive* » (p. 35) nécessaire pour l'apprentissage des mathématiques, d'une variabilité temporelle du développement impactant les diagnostics de TAM, ou au contraire potentiellement à des facteurs de motivation ou un retard temporaire de développement au lieu d'une déficience cognitive centrale et persistante (« 50 à 60 % des enfants atteints de DD sont atteints d'une maladie persistante » (Szűcs & Goswami, 2013, p. 35 ; Mazzocco & Myers, 2003 ; Shalev et al., 1998 ; Silver et al., 1999) et environ

« 95% des enfants atteints de DD présentent de faibles performances mathématiques à long terme » (Szűcs & Goswami, 2013, p. 35 ; Shalev et al., 1998),

- 4^{ème} théorie : le potentiel rôle de la déficience de la représentation de la magnitude de base, donc la « *théorie du déficient du module des nombres* » (Szűcs & Goswami, 2013, p. 35 ; Landerl et al., 2004 ; Piazza et al., 2010) qui se trouve au niveau des « *sillons intrapariétaux bilatéraux du cerveau* ».

2.2.3 – La Période d’Apparition des TAM :

La manifestation de ces troubles peut avoir lieu dès les « *premières années scolaires* » (maternelle, CP, CE1, CE2...) (Crocq, 2015, p. 76 ; HAS, 2017), mais tant que les « *demandes concernant ces compétences scolaires ou universitaires altérées ne dépassent pas les capacités limitées du sujet* ». Cependant, « *le début, la reconnaissance et le diagnostic du trouble* » (p. 81) se déroulent généralement pendant ces premières années scolaires quand les enfants sont attendus sur l’apprentissage de la lecture, l’épellation, l’écriture ou le comptage.

Selon la HAS (2017), les difficultés d’apprentissage du calcul deviennent inquiétantes en grande section de maternelle et élémentaire, et indique la présence de signes d’appel à repérer :

- grande section de maternelle : difficultés d’accès au symbole, de la chaîne numérique orale, d’erreurs de comptage, dénombrer des objets en pointant du doigt,
- élémentaire : étapes du développement du nombre et du calcul, difficultés persistantes sur le nombre ou le calcul, surtout si association avec trouble du langage oral, écrit ou praxie, ou antécédents familiaux/professionnels.

L’évolution et l’expression au niveau clinique du trouble varient toute la vie, selon les « *interactions entre les exigences de tâches émanant de l’environnement, la variété et la sévérité des difficultés d’apprentissages du sujet, ses capacités d’apprentissages, les comorbidités et les interventions et systèmes de soutien disponibles* » (Crocq, 2015, p. 81-82), et selon son âge.

2.2.4 – Les Critères Diagnostiques des TAM :

Les TAM faisant partie des troubles des apprentissages évoqués par le DSM-5 (Crocq, 2015), je me baserai sur cette référence pour vous présenter les 4 critères nécessaires au diagnostic des TAM :

- 1^{er} critère : présence « *d’au moins un des symptômes suivants ayant persisté pendant au moins 6 mois malgré la mise en place de mesure* » (p. 76) concernant des difficultés « *à apprendre et à utiliser des compétences scolaires ou universitaires* » en lien avec les TAM : difficultés de maîtrise des nombres/chiffres/calcul et du raisonnement mathématique,
- 2^{ème} critère : niveau scolaire de l’enfant (compétences...) en-dessous du niveau attendu pour

son âge et de manière quantifiable, impactant ses « *performances scolaires, universitaires ou professionnelles ou avec les activités de la vie courante* »,

- 3^{ème} critère : les difficultés d'apprentissages de l'enfant ne se manifestent pas totalement en début de scolarité tant que les « *demandes concernant ses compétences scolaires ou universitaires altérées ne dépassent pas les capacités limitées du sujet* »,

- 4^{ème} critère : ces mêmes difficultés « *ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel, des troubles non corrigés de l'acuité visuelle ou auditive, d'autres troubles neurologiques ou mentaux, une adversité psychosociale, un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire ou universitaire ou un enseignement pédagogique inadéquat* ».

Un TAM « *ne peut être diagnostiqué qu'après le début du parcours scolaire* » ou bien dès la présence d'éléments favorables à un diagnostic ou pendant le début des « *années de scolarité officielle* » (p. 80). Un diagnostic clinique fondé va nécessiter une évaluation exhaustive impliquant plusieurs sources de données tels que les antécédents de l'individu (médicaux, éducatifs...), son histoire sur ses difficultés d'apprentissage et leurs impacts sur le fonctionnement de sa scolarité ou vie professionnelle, et autres éléments (relevés scolaires, travaux et évaluations concernant les programmes et performances scolaires ou universitaires...), et « *l'avis de professionnels ayant une expertise dans le trouble spécifique des apprentissages et évaluation psychologique/cognitive* ». Le diagnostic est posé au niveau 1 du parcours de soins par le médecin de l'enfant avec la coopération de médecins scolaires ou de protection maternelle et infantile, et/ou autres rééducateurs (HAS, 2017).

2.2.5 – Les Degrés de Sévérité des TAM :

Les degrés de sévérité des TAM dépendent des difficultés à acquérir des compétences dans des domaines scolaires ou universitaires et la manière dont le sujet parvient à compenser ou fonctionner avec des aménagements et dispositifs de soutien pendant sa scolarité (Crocq, 2015 ; Launay, 2018) :

- léger : intensité légère des difficultés d'acquisition dans un ou plusieurs domaines,
- moyen : difficultés marquées dans au moins un domaine avec risques du sujet de ne pas être opérationnel sans enseignements intensifs et spécialisés pendant sa scolarité, en plus d'aménagements et dispositifs à l'école, au travail ou à la maison pouvant être nécessaires pour accomplir des activités efficacement et correctement,
- grave : difficultés majeures dans plusieurs domaines avec risques forts du sujet de ne pas acquérir ces capacités sans enseignements individualisés et spécialisés intensifs pendant la majorité de sa scolarité, en plus d'aménagements et dispositifs à l'école, au travail ou à la maison qui ne lui permettront pas d'être capable d'accomplir toutes ses activités efficacement.

2.2.6 – Les Facteurs de Risques et Diagnostic Différentiel des TAM :

Selon Crocq (2015), il existe trois grandes catégories de facteurs de risques des TAM :

- environnementaux : prématurité, très petit poids de naissance et exposition prénatale à la nicotine,
- génétiques et physiologiques : agrégation des troubles au sein des familles, antécédents familiaux des parents, taux d'hérédité élevée, et co-variation entre des manifestations des difficultés variées liées aux gènes,
- influençant l'évolution : inattention, retard ou troubles d'élocution ou de langage, ou encore un traitement cognitif altéré durant les années préscolaires, comorbidité avec le TDAH.

Pour le diagnostic, les TAM se distinguent des variations normales de réussite scolaire ou universitaire, du handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), des difficultés d'apprentissage dues à des troubles neurologiques ou sensoriels, des troubles neurocognitifs, du déficit de l'attention/hyperactivité, et des troubles psychotiques.

2.2.7 – Les Conséquences des Comorbidités des TAM :

Les comorbidités vont rendre l'évaluation et le diagnostic différentiel des TAM plus difficiles en interférant chacun dans les AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) dont l'apprentissage, nécessitant un jugement clinique pour attribuer tel trouble avec telle difficulté (Crocq, 2015). Selon la HAS (2017), elles provoquent un retard dans le diagnostic du trouble, des complications dans la prise en soins thérapeutique avec une possibilité de passer à un niveau de parcours de soins supérieur (ex : niveau simple à complexe lié à des comorbidités), ou encore de nombreux déficits (cognitif associé à des troubles de la sphère émotionnelle et/ou comportementale, sensoriel, autres déficits de nature différente...). Ainsi, il sera nécessaire de bien orienter la prise en soins de l'enfant lors des séances et la mise en place d'aides et aménagements/adaptations pédagogiques selon les difficultés associées causées par les TND repérés (Barray, 2013 ; Van Hout, 2001 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). Ainsi, les TAM sont possiblement en comorbidité avec des :

- TND : TDC⁴ (Trouble Développemental de la Coordination), TDAH, TSLO⁵ (Trouble Spécifique du Langage Oral) et TSA (Trouble du Spectre Autistique) (Huau et al., 2017),
- troubles exécutifs, mémoire, d'opposition avec provocation, et mentaux (anxieux, dépressifs et bipolaires) (Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017).

⁴ TDC (anciennement dyspraxie) : difficultés dans « l'acquisition et l'exécution » de la coordination motrice (HAS, 2020).

⁵ TSLO (anciennement dysphasie) : difficultés dans « la compréhension et/ou l'expression d'un message verbal » (OCCITADYS).

Ainsi, l'évocation de tous ces éléments/arguments sur les caractéristiques des TAM montrent que ces derniers sont un sujet de Santé Publique important (apparition tôt dans la vie de la personne, multiples origines et degrés de gravité, forts taux de comorbidités...), et nécessitent des interventions médicales et médico-sociales précoces. Bien que nous ayons évoqué un retentissement de ces TAM tout au long de la vie, une population spécifique reste la plus atteinte par ces derniers, notamment en prenant en compte que le diagnostic de TAM ne se pose pas avant l'âge de 8 ans.

2.3 – Les Enfants Atteints par les TAM :

2.3.1 – Présentation de la Population :

La population majoritairement concernée est celle des enfants scolarisés en cycle 2 de l'école élémentaire (CP, CE1 et CE2 – à partir de 6 à 8 ans) (Education.gouv.fr ; France Education International), en tenant compte que les troubles impactent leur scolarité depuis l'âge préscolaire (à partir de 3 ans) jusqu'à la vie adulte, et ce pour plusieurs raisons.

Les données épidémiologiques vues précédemment montrent l'impact important de ces troubles sur cette population : 5% des enfants touchés par les TAM dont 95% vont souffrir de faibles performances mathématiques (Bossy & Roche, 2020 ; Szűcs & Goswami, 2013 ; Shalev et al., 1998).

Les difficultés des apprentissages se manifestent dès les « *premières années scolaires* » (Crocq, 2015, p. 79) avec des impacts des TAM à court terme : CP, CE1 et CE2 en mathématiques, en plus d'une conduite d'évitement des activités dans ce domaine survenant durant une période du développement du nombre et du calcul (HAS, 2017). Cette conduite d'évitement peut se poursuivre sur le long terme une fois adulte par rapport aux activités nécessitant des « *compétences scolaires ou universitaires* » (Crocq, 2015, p. 79) impactées par ces TAM (exemple : « *arithmétique* » ...). Ainsi, il semble pertinent de retenir cette notion d'« *évitement ou la réticence à s'engager dans des activités nécessitant des compétences scolaires ou universitaires* » (p. 83) impactées par les TAM et autres troubles si comorbidité, ainsi que les difficultés d'insertion professionnelle et sociale (HAS, 2017).

Les signes des TAM apparaissent vers le « *début de l'enfance avant le début de la scolarité officielle* » (Crocq, 2015, p. 82), tout en sachant que le début, la reconnaissance et le diagnostic des troubles ont lieu « *pendant les années d'école primaire* » (p. 81). La HAS (2017) recommande de débiter notre intervention par ce repérage des difficultés/signes d'appel du calcul dès cette période où elles deviennent inquiétantes (dès la grande section de maternelle et durant l'élémentaire).

2.3.2 – Les Problématiques Occupationnelles de ces Enfants :

Ce parcours de vie va être perturbé par de nombreuses difficultés occupationnelles provoquées par les TAM, impliquant des répercussions occupationnelles sur leurs activités scolaires et extra-scolaires.

Les difficultés impactent principalement les activités de production scolaires, dont les matières scientifiques (mathématiques, SVT et physique-chimie) ce qui aura une incidence sur la scolarité de l'enfant sur les courts et longs termes (APEDYS 78 ; Crocq, 2015 ; HAS, 2017 ; OMS (Organisation Mondiale de la Santé)).

Les TAM provoquent un plus grand risque d'erreurs, une lenteur et l'emploi des stratégies moins matures (Barray, 2013 ; Noël, s. d. ; Fleischner et al., 1982 ; Geary et al., 1990 ; Geary, 1991 ; Geary et al., 1987) dans les exercices de mathématiques nécessitant les compétences numériques citées précédemment.

Des difficultés apparaîtront dans le traitement des données numériques, la maîtrise du sens des nombres, l'apprentissage des faits arithmétiques, la réalisation des calculs fluides, le raisonnement mathématique tel que l'application des concepts, des faits et des procédures dans la résolution du problème mathématique, ainsi que le raisonnement verbal correct (Barray, 2013 ; Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015).

Nous retrouvons d'autres impacts concernant l'écriture et la lecture des nombres, la reconnaissance et maîtrise des mots/nombres et symboles ainsi que la manière de traiter les informations (faits arithmétiques, procédures de calcul (sens des opérations, connaissances, mesures...), résolution de problèmes, représentation sémantique du nombre...), ainsi que la gestion des dates/heures et de l'argent au quotidien (Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015 ; Donker et al., 2016 ; Dirks et al., 2008 ; Hamdi-Bourgeois, 2024 ; Huau et al., 2017 ; Noël, s. d. ; Mohammadi et al., 2009 ; Vallas & Mac Laffin, 1997). Dans certains cas, des soucis d'orientation temporo-spatiales peuvent apparaître (Bossy & Roche, 2020).

Les troubles étant persistants durant la vie de la personne, ces difficultés sont retrouvées une fois adulte avec des « *difficultés continues de compétences/capacités* » (Crocq, 2015, p. 79) d'arithmétique manifestées « *pendant l'enfance ou l'adolescence* ».

Ainsi, les difficultés sont nombreuses et seront reconnaissables au travers de certains comportements, ou de symptômes pouvant être observés, décrits et repérables via un entretien clinique, le suivi des relevés scolaires, l'utilisation d'échelles d'évaluation ou des descriptions dans des évaluations éducatives ou psychologiques (Crocq, 2015). Elles impactent de nombreux domaines de la vie quotidienne de l'enfant avec de nombreuses répercussions quotidiennes tout aussi variées.

Parmi ces répercussions, nous pouvons noter les conduites d'évitement dans l'apprentissage et la réalisation d'activités mobilisant la cognition mathématique, ainsi que les difficultés d'insertion sociale et professionnelle évoquées précédemment (Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; Huau et al., 2017 ; HAS, 2017). Les parcours scolaires et professionnels s'en retrouvent affaiblis avec de faibles résultats scolaires ou universitaires (niveau inférieur par rapport à la moyenne attendue selon l'âge dans la « *compétence scolaire ou universitaire perturbée* » (Crocq, 2015, p. 79)), des taux supérieurs de décrochage et/ou d'échec scolaire, un accès plus rare à l'enseignement supérieur, des taux plus élevés de chômage et d'emplois précaires (Crocq, 2015 ; HAS, 2017). En lien avec l'évitement et les faibles résultats scolaires, nous pouvons évoquer la notion de risque de phobie scolaire qui est un « *trouble affectant les enfants en âge d'aller à l'école qui, en raison d'une anxiété, d'une dépression ou de facteurs sociaux, refusent d'aller à l'école car cela engendre un stress* » et être source de troubles/attaques de panique (Crocq, 2015 ; Sulkes, 2013).

2.3.3 – Parcours de Vie, de Santé et de Soins de ces Enfants :

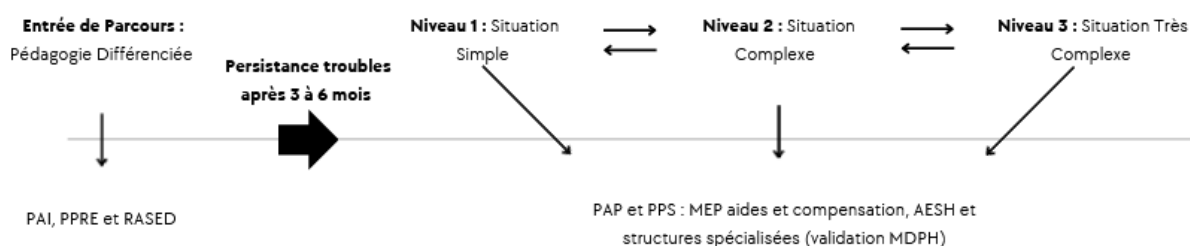
L'occupation principale des enfants à cet âge est la réalisation des activités scolaires (aller à l'école, suivre des leçons, faire des devoirs...) dans le cadre de leur productivité au sein des institutions scolaires. Pour rappel, la productivité concerne les « *activités, rémunérées ou non, visant à rendre un service ou à créer des biens, des savoirs (activités découlant des rôles d'étudiant, de travailleur, de bénévole...)* » (Morel-Bracq, 2017, p. 74). Ainsi, au regard des difficultés et problématiques occupationnelles précédemment évoquées concernant leurs activités de mathématiques, un parcours et un suivi de prise en soins précis et spécifiques vont être nécessaires afin d'accompagner efficacement ces enfants atteints de TAM et autres troubles en comorbidité.

Ainsi, l'enfant jusqu'à l'adolescence peut suivre un parcours de vie classique notamment pour le parcours scolaire (maternelle, primaire, collège...). Néanmoins ses troubles, symptômes, difficultés occupationnelles avec leurs répercussions au quotidien, et les prises en soins nécessaires à différents moments du parcours peuvent complexifier ce dernier : entrées en structures spécialisées, aides et aménagements/adaptations pédagogiques perturbant le parcours scolaire (allègement du travail scolaire... (Huau et al., 2017)), voire la vie professionnelle et sociale (HAS, 2017), ou encore les rendez-vous avec les professionnels. L'accompagnement des enfants a pour objectif de les accompagner dans leurs tâches scolaires et dans leurs futures études et vie professionnelle (Despres, 2010).

Pour le parcours de santé, la prise en soins du ou des troubles associés de l'enfant et la coordination des acteurs concernés (parents, équipe éducative, professionnels de santé (médecins), médico-social et social) s'organisent en une entrée de parcours ou (selon les troubles, résultats des évaluations et décisions prises par les acteurs) en 3 niveaux de recours aux soins (HAS, 2017).

Pour le parcours de soins, plusieurs parcours sont envisagés selon les profils de situations et de niveaux de recours aux soins nécessaires. Afin de vous le présenter succinctement, je vous expose mon schéma de ces niveaux et dispositifs d'accompagnement possibles. Pour plus d'informations concernant ces profils et niveaux, vous trouverez en Annexes les schémas les décrivant plus en détails (voir Annexe n°I – Figure 1. TSLA : Pyramide des Profils de Situations et des Niveaux de Recours aux Soins Correspondants et Annexe n°II – Figure 2. Vue d'ensemble du Parcours (HAS, 2017)).

Niveaux de Parcours de Soins (HAS, 2017 ; Huau et al., 2017)



Dispositifs d'Accompagnement (Académie de Nantes ; AEFE ; APEDYS 78, 2012 ; Baligand, 2012 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017)

Schéma I : Niveaux de Parcours de Soins et Dispositifs d'Accompagnement :

2.3.4 – Dispositifs d'Accompagnement :

Au regard de ces différents parcours, pour intervenir sur l'environnement de l'enfant, de nombreux dispositifs d'accompagnements sont disponibles afin de l'accompagner ainsi que sa famille face aux difficultés rencontrées durant sa scolarité via différentes formes de scolarité possibles. Ces derniers varient selon ce que propose son parcours de santé et le niveau de complexité de ses troubles dans son parcours de soins (HAS, 2017). Pour vous les présenter, vous trouverez un listing de ces dispositifs ci-dessous (AEFE ; APEDYS 78 ; Baligand, 2012 ; HAS, 2017) et une description plus détaillée de leurs rôles respectifs dans les Annexes (voir Annexe n°III – Détails Concernant les Dispositifs d'Accompagnement Possibles selon le Parcours de Santé et de Soins de l'Enfant) :

- PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé
- PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
- Un PPRE : Projet Personnalisé de Réussite Scolaire
- PAI : Projet d'Accueil Individualisé
- RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés
- Aides financières

2.3.5 – Professionnels Impliqués dans la Prise en Soins :

Toujours selon le parcours de santé et du niveau de parcours de soins de l'enfant, de nombreux professionnels sont impliqués dans la prise en soins des troubles et difficultés quotidiennes. Selon le guide de la HAS (2017) et l'article de Despres (2010), nous retrouvons :

- de nombreux médecins : expert (des TSA ou non), travaillant pour la MDPH, physique et réadaptation, protection maternelle et infantile, pédiatre, neuropédiatre, traitant, généraliste, santé scolaire, pédopsychiatre, neurologue. Un ou plusieurs d'entre eux peut devenir le responsable médical et/ou du projet de soins de l'enfant, et/ou de l'orientation de l'enfant vers le niveau de prise en soins nécessaire selon son âge et le niveau de gravité de ses troubles/difficultés qui l'impactent au quotidien.
- paramédicaux : orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste et ergothérapeute,
- psychologie : psychologue (de l'Education Nationale ou non), psychologue clinicien spécialisé en psychopathologie ou neuropsychologie.

Synthétiquement, tous ces professionnels de santé peuvent jouer un rôle selon leurs spécialités dans le repérage et dépistage des troubles, réalisent des bilans/évaluations/tests (standardisés ou non) et observations pour la contextualisation et le diagnostic des troubles, et pour la réalisation de la rééducation et réadaptation (mise en place des aides et aménagements pédagogiques) selon le niveau de prise en soins nécessaire de l'enfant. A partir du niveau 2, et si suivi médico-social, un référent de soins et du parcours de proximité (médecin, rééducateur...) peut être désigné par l'équipe pluriprofessionnelle prenant en charge l'enfant assurant ainsi le lien entre les acteurs du parcours (équipe soignante, famille, équipe éducative...). Nous retrouvons des professionnels dans le secteur :

- médico-social ou social : associations de patients, aide humaine telle que l'AESH, tutorat,
- éducatif : enseignants (spécialisés ou non) travaillant en collaboration avec les parents et les professionnels de santé pour échanger des informations concernant l'enfant ; l'enseignant référent aide aussi à la mise en œuvre du PPS, en lien avec une équipe d'ESS (Equipe de Suivi de la Scolarisation) (Académie de Nantes).

2.4 – L'Approche de l'Ergothérapie face aux TAM :

2.4.1 – Rappels concernant l'Ergothérapie :

Ainsi, parmi les professionnels impliqués dans ces parcours, un d'entre eux a un rôle spécifique : l'ergothérapeute. C'est un professionnel du paramédical impliqué dans la rééducation, la réadaptation, l'éducation et la réhabilitation des activités des enfants atteints de TAM et autres TND (APEDYS 35 ; Barry, 2013). Il prend en compte leurs habitudes de vie, évalue (bilans/examens ergothérapeutiques), réévalue et intervient auprès de leurs occupations, environnement et de leur

personne pour découvrir les éléments impactant l'autonomie et l'indépendance, et les facteurs « *environnementaux et personnels* » (Despres, 2010, p. 49 ; Barray, 2013 ; HAS, 2017) (gravité du trouble, répercussions quotidiennes...) concernant ces activités. Cela permettra l'élaboration d'un diagnostic ergothérapique puis d'un projet ergothérapique contenant des stratégies favorisant l'engagement dans ces dernières : activités adaptées, enseignements et séances d'apprentissage (APEDYS 35 ; Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017). Des aides et aménagements/adaptations pédagogiques peuvent être préconisés par l'ergothérapeute qui est le professionnel identifié pour leur installation dans l'environnement de la personne (Despres, 2010). Etant un concept dans ce travail de recherches, nous verrons leurs rôles dans la prise en soins de l'enfant atteint de TAM dans la partie conceptuelle. Ainsi l'enfant développera des « *acquis fonctionnels et cognitifs* » (Barray, 2013, p. 17) qu'il pourra transférer dans ses activités impactées via des « *mises en situations écologiques* ».

L'ergothérapeute collabore avec les autres acteurs (santé, enseignants, parents...) impliqués dans la prise en soins de l'enfant et ainsi contribuer au repérage et diagnostic du/des trouble(s), et à son suivi (élaboration et évolution des objectifs, efficacité des aides et aménagements/adaptations pédagogiques...) (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017). Ses rôles sont liés à ses compétences 9 (« *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* » (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2014) et 10 (« *Former et Informer* »).

2.4.2 – L'Ergothérapie dans la Prise en Soins des TAM :

L'ergothérapeute rentre en contact avec l'enfant et sa famille dès l'identification d'un défi occupationnel (Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023 ; Rodger & Kennedy-Behr, 2017). Son intervention peut se faire dès le niveau 1 de la prise en soins de l'enfant et dans les niveaux suivants du parcours de soins de l'enfant (HAS, 2017). Il intervient avec les autres acteurs concernés par la prise en soins de l'enfant dans son école en classe, à son domicile, en structures médico-sociales spécialisées ou en cabinet libéral (APEDYS 35 ; HAS, 2017 ; Tous à l'Ecole).

A titre d'exemple, voici 2 bilans/tests pour repérer les difficultés causées par les TAM :

- la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) (Morel-Bracq, 2017 ; Kaiser et al., 2005 ; Townsend et al., 2013; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023) que nous développerons dans la partie conceptuelle,
- le Tedi-Math (ou Test Diagnostic des Compétences de Base en Mathématiques) qui est un test utilisable en ergothérapie (Barray, 2013 ; Van Nieuwenhoven, et al., 2001). Ce dernier évalue les compétences de base des enfants en mathématiques parmi les 5 facettes des compétences numériques au sein de 12 domaines : comptage et dénombrement, numérations orale et écrite,

système en base 10 (à partir du CE1) et transcodage, compétences logiques, opérations avec support imagé, arithmétique et verbal, connaissances conceptuelles, et estimation de grandeur (Barray, 2013),

Ainsi, les résultats du bilan d'ergothérapie permettront l'élaboration du diagnostic ergothérapique, de définir les objectifs du projet d'intervention ergothérapique et la mise en place des aides et aménagements/adaptations pédagogiques à l'instant t et selon les compétences numériques atteintes (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

Le projet contient une 1^{ère} partie remédiation ayant pour objectifs d'améliorer l'autonomie et le potentiel de l'enfant au quotidien dans ses activités en réduisant ses déficiences et incapacités dues aux troubles (Barray, 2013 ; Lefèvre-Ranard & Vauvillé Chagnard, 2016 ; Raybaud, s. d.). Cette dernière est « *essentiellement cognitive* » (Barray, 2013, p. 17). Ainsi, nous parlerons de remédiation et non de rééducation. La remédiation permet « *de rééduquer des fonctions cognitives déficitaires objectivées par l'évaluation, au moyen d'interventions variées* » (Raybaud, s. d.). Elle prend en compte les domaines des compétences numériques, l'apprentissage des procédures, des compréhensions des concepts et des stratégies de calcul, et les systématise en séances via des jeux (cowboy en dégainant les doigts...), ou MES (Mises En Situations) de la vie quotidienne (achats, tenir un planning...) ou scolaires (exercices, logiciels selon les compétences...) (Barray, 2013 ; Barouillet, 2006 ; Bertrand et Camos, 2011). En annexe, vous retrouverez des moyens de Barray (2013) pour remédier ces compétences (**voir Annexe n°IV – Liste de moyens pour la remédiation des TAM (Barray, 2013)**).

Le projet contient une 2^{ème} partie réadaptation ayant pour objectifs de réduire l'impact des obstacles de l'environnement physique et humain de l'enfant via l'aménagement et la modification de ce-dit environnement ou en intervenant auprès des professionnels et proches de l'enfant en diffusant des conseils et informations (Lefèvre-Ranard & Vauvillé Chagnard, 2016). Cette réadaptation s'articule avec la remédiation pour accompagner l'enfant en classe, lors des séances d'ergothérapie, et chez lui avec sa famille. De nombreuses aides et aménagements/adaptations pédagogiques sont proposés à l'enfant selon ses besoins et ceux de son entourage (enseignant référent, autres professeurs, famille...) à l'instant t (Académie de Nantes, Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

Ces moyens permettent de restaurer et de compenser les fonctions cognitives déficitaires de l'enfant impactant ses compétences numériques (Barray, 2013), dont :

- les différentes mémoires : immédiate, court terme/travail (calepin visuo-spatial et boucle phonologique auditivo-verbale), et long terme (étapes d'encodage, stockage et récupération) pour repérer, travailler, retenir et ressortir les informations/procédures,
- l'attention soutenue, les gnosies (exemple : digitales avec la confusion pour désigner avec les doigts...), les praxies (exemple : constructives...),
- la coordination visuomotrice.

Ces moyens permettent aussi de :

- réduire le stress, l'anxiété et la souffrance vécus au quotidien en classe et à la maison,
- la lenteur et les coûts cognitifs lors de la réalisation et du suivi de procédures et faits

arithmétiques dans les activités scolaires et extra-scolaires.

Il est important de garder l'« *aspect ludique* » (p. 21) des jeux, exercices et logiciels utilisés car ils permettent d'accroître « *la motivation de l'enfant* », et ainsi :

- favoriser certains processus comme la « *répétition des nombres* »,
- éviter la « *monotonie* » (p. 23)
- permettre le « *transfert* » d'acquis au quotidien (autres exercices de mathématiques, activités extra-scolaires...).

Ainsi, une réévaluation des compétences numériques atteintes est nécessaire afin de faire évoluer les séances de remédiation et la réadaptation selon l'évolution de l'enfant au regard de ses objectifs ergothérapeutiques atteints ou non, ses capacités/incapacités, ses fonctions cognitives (ou autres) atteintes, sa progression dans son parcours scolaire/santé avec de nouvelles activités scolaires (entrée en CRTLA, apprentissage des multiplications...) et ses besoins en aides et aménagements/adaptations pédagogiques à l'instant t (Barry, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

2.4.3 – L'Ergothérapie et l'Environnement de l'Enfant :

Au regard du détail des parcours de santé et de soins décrits précédemment (HAS, 2017), il est de première importance de prendre en compte l'environnement de l'enfant dans l'intervention de l'ergothérapeute face à ces TAM et autres troubles associés.

Son intervention face aux troubles va impacter l'environnement humain de l'enfant qui s'organise autour d'une véritable collaboration entre tous les acteurs de la prise en soins. En effet, les professionnels de santé, médico-social et social cités précédemment sont nombreux et prêts à utiliser leurs compétences et spécialités pour accompagner l'enfant et sa famille. Par ailleurs, les parents sont considérés comme des « *acteurs à part entière* » (p. 20) (tout comme l'enfant lui-même) et « *experts de leur enfant* » avec des rôles importants dans le repérage des difficultés, l'accompagnement, la mise en place des aides et aménagements/adaptations, pour coordonner le projet de vie de l'enfant, et transmettre/recevoir des informations avec les acteurs.

En totale complémentarité avec la modification de l'environnement humain, celle de l'environnement physique a aussi toute son importance dans l'élaboration et la mise en place de la prise en soins souhaitée. En effet, les TAM impactant majoritairement les activités scolaires, il a été évoqué l'intervention de l'ergothérapeute au sein des institutions scolaires (donc l'environnement institutionnel), mais aussi chez l'enfant et en structures spécialisées selon les dispositifs

d'accompagnement permettant l'accès ainsi que la mise en place des aides et aménagements/adaptations pédagogiques selon les difficultés identifiées, la rééducation planifiée et leur suivi d'efficacité respectif (APEDYS 78 ; Baligand, 2012 ; Barry, 2013 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Dizerbo, 2022 ; Pouhet, 2010).

3 – Problématique :

Ainsi, nous constatons de nombreuses difficultés perturbant la scolarité de l'enfant atteint de TAM, qu'elles soient causées par ses troubles et/ou liées à l'élaboration de la prise en soins en classe ou en séance (Barry, 2013 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017).

Ces difficultés le perturberont dans ses capacités à réaliser ses activités scolaires avec un retentissement sur son rendement occupationnel (Barry, 2013 ; Crocq, 2015 ; Townsend et al., 2013).

Parmi les moyens utilisés par l'ergothérapeute en séances de remédiation et de réadaptation, la mise en place des aides et aménagements/adaptations pédagogiques, dont il est le professionnel spécialisé, est cruciale afin de réduire l'impact des troubles de l'enfant dans ses activités scolaires, dont leur rendement occupationnel, et en intervenant sur son environnement (institutionnel, familial...) (Baligand, 2012 ; Barry, 2013 ; Despres, 2010 ; Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997a, 2002 ; Townsend et al., 2013). Pour la suite de ce mémoire, j'ai opté pour le terme d'adaptations pédagogiques afin de traiter du concept d'aides et aménagements/adaptations pédagogiques. En effet, à la lecture de mes sources, les auteurs/autrices ont tendance à associer selon leurs préférences ces termes d'aides et d'aménagements/adaptations pédagogiques, les évoquant aussi sous les noms d'aides pédagogiques ou adaptations scolaires (APEDYS 78 ; Baligand, 2012 ; Barry, 2013, Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017 ; INSHEA). Ce choix a été fait par simplification et selon la redondance de ce terme parmi ces sources (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). Je me justifie aussi via la profession de ces autrices mentionnant ce terme dans leurs écrits (Mme Dizerbo (2022) : Docteure en sciences de l'éducation, chercheure associée à EXPERICE université Sorbonne Paris-Nord ; Mme Despres : Ergothérapeute en SESSAD...).

L'ergothérapeute ne peut mettre en place ces adaptations pédagogiques en classe sans la collaboration avec les enseignants, ayant eux aussi un véritable rôle dans l'accompagnement de l'enfant, dont cette mise en place des adaptations pédagogiques (Barry, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017). Mais, ces enseignants ont aussi besoin d'être accompagnés face aux difficultés rencontrées lors de cette mise en place (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; Huau et al., 2017).

Nous pouvons nous demander : Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les élèves atteints de TAM scolarisés en cycle 2 de l'école primaire dans leur rendement occupationnel face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques par les enseignants en classe ?

4 – Cadre Théorique et Conceptuel :

4.1 – Modèle Conceptuel du MCREO :

Le modèle général MCREO (Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013) a été créé par des ergothérapeutes pour réaliser leur intervention selon une « *approche centrée sur la personne* » (Morel-Bracq, 2017, p. 86) afin de créer des objectifs et apprécier les changements concernant la performance et la satisfaction de la personne/client durant sa prise en soins. Il permet aussi de clarifier les liens *importants* « *entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé* » (Law et al, 2005 ; Morel-Bracq, 2017, p. 86 ; Townsend et al., 2013). Ainsi, l'occupation a un intérêt primordial à la fois pour l'ergothérapeute et la personne prise en soins. L'occupation impacte « *la santé et le bien-être des personnes* », tout en étant liée à leur contexte personnel dans lequel elle est pratiquée. « *L'occupation a un potentiel thérapeutique* » impactant le « *potentiel de changement* » de la personne. Elle joue aussi un rôle de pont reliant le client à l'environnement (Townsend et al., 2013). Ainsi, l'ergothérapeute va intervenir sur ces potentiels au niveau de « *l'interaction entre d'une part la personne le client, son environnement habituel familial ou nouveau et ses occupations* » (Morel-Bracq, 2017, p. 87). L'autrice rappelle qu'en promouvant l'activité, nous pouvons maintenir la santé de la personne et lui redonner le « *sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction* » (Morel-Bracq, 2017, p. 86). Le MCREO peut être employé « *avec tout patient ou client* » (p. 90) et permettre une relation thérapeutique, sous forme de collaboration, entre l'ergothérapeute et le client. Il est considéré comme « *facile d'accès et d'utilisation* » (p. 91) par les ergothérapeutes, et permet de prendre en compte à la fois « *subjectivité et la spiritualité de la personne* » et l'« *aspect social* ».

Nous observons 3 catégories d'activités citées dans le MCREO : soins personnels, productivité et loisirs. Le MCREO prend en compte les dimensions de la personne sur le plan affectif, cognitif, physique et spirituel, ainsi que son propre environnement physique, institutionnel, culturel et social. En récoltant ces informations, nous pouvons mettre en place cette pratique « *centrée sur le client* » (p. 87) permettant de prendre en compte l'aspect subjectif, les besoins et désirs de la personne, mais aussi sa participation autant « *psychologique qu'active physiquement* » (p. 88) dans ses occupations.

Voici un schéma représentant le MCREO également retrouvable dans les Annexes (voir Annexe n°V – Schéma du MCREO (Townsend et al., 2013)) :

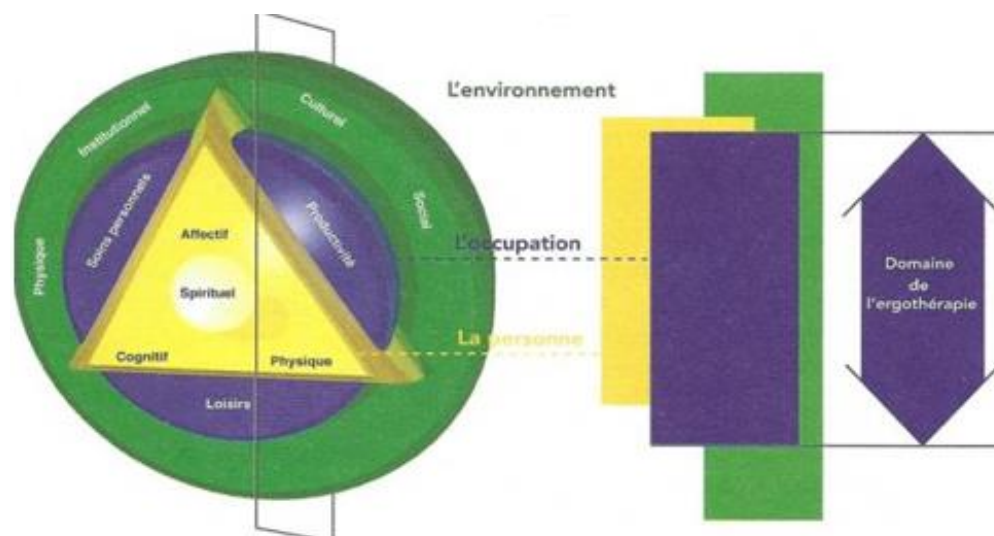


Schéma II : Le MCREO : Spécifier notre intérêt primordial

Le MCREO comprend une échelle de mesure appelée MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) (Morel-Bracq, 2017 ; Kaiser et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023) permettant à l'ergothérapeute d'évaluer et réévaluer subjectivement à l'instant t la performance et la satisfaction perçues par le client lors de la réalisation de ses occupations les plus importantes selon lui. Le client évoque avec l'ergothérapeute les activités les plus impactées dans son quotidien dans les soins personnels, la productivité et les loisirs. Par la suite, une cotation de 1 à 10 est donnée par le client afin de sélectionner les cinq activités problématiques prioritaires. Puis, le client les cote de 1 à 10 sur le critère du rendement et de la satisfaction pour ses activités prioritaires. Kaiser et al. (2017) évoquent à travers leur enquête que l'utilisation de la MCRO varie selon les manières de procéder des ergothérapeutes.

Ainsi, le MCREO est en parfait accord avec l'approche de l'ergothérapie pour la prise en soins des enfants atteints de TAM. En effet, l'approche est aussi centrée sur le client/la personne (nous dirons dorénavant l'enfant pour accorder le modèle au thème du mémoire) afin d'intervenir sur ses difficultés et les répercussions occupationnelles causées par les troubles dans ses activités scolaires (Barray, 2013 ; Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Morel-Bracq, 2017). Les ergothérapeutes portent une attention particulière aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap et accordent de l'importance à la participation de l'enfant dans ses occupations (Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023 ; Laverdure et Beisbier, 2021). Ainsi, le MCREO est un excellent modèle permettant à l'ergothérapeute de décrire l'interaction nécessaire à avoir pour intervenir sur le rendement occupationnel de l'enfant (Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013).

Nous venons d'évoquer l'importance de l'occupation pour « *la santé et le bien-être de la personne* » (Morel-Bracq, 2017, p. 86) et de la manière dont l'ergothérapeute va intervenir sur cette dernière, notamment sur l'environnement et les potentiels de l'enfant. Pour cela, l'ergothérapeute possède des moyens tels que des adaptations pédagogiques ou des stratégies d'apprentissages qui sont toutes préconisées/élaborées selon des objectifs de prise en soins centrés sur l'enfant (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Huau et al., 2017 ; HAS, 2017 ; Morel-Bracq, 2017). Ainsi, nous pouvons faire le lien entre les bienfaits de cette prise en soins évoqués par Morel-Bracq (2017) telle que la performance et la satisfaction dans le modèle du MCRO et ceux liés à notre population. En effet, il en résulte une amélioration de la réalisation des tâches et des résultats scolaires pour les compétences numériques à un niveau attendu selon l'âge de l'enfant, une meilleure insertion scolaire, sociale et professionnelle, ainsi que la diminution du stress et de l'anxiété liée au risque de phobie scolaire, la lenteur et les coûts cognitifs (Barray, 2013 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; Huau et al., 2017 ; HAS, 2017 ; Sulkes, 2013).

La MCRO est très utile pour l'évaluation des activités scolaires et/ou extra-scolaires impactées par les TAM selon le point de vue de l'enfant, notamment sur l'importance, le rendement et la satisfaction de ces activités (Morel-Bracq, 2017), et pour le suivi de l'efficacité des adaptations pédagogiques en classe lors des réévaluations de la prise en soins (Despres, 2010 ; Barray, 2013 ; HAS, 2017) ; ce suivi se faisant aussi en collaboration avec les acteurs de la prise en soins dont l'enseignant, notamment pour leurs difficultés de mise en place (Despres, 2010).

4.2 – Rendement Occupationnel :

Le rendement occupationnel est défini comme « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* ». (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997a, 2002 ; Townsend et al., 2013, p.446-447). Les occupations sont aussi « *déterminées par la culture* » (p. 447) et correspondent au « *groupe d'âge* » de la personne, « *lui permettant de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté* ». Ainsi, un rendement efficace signifie que ces enfants scolarisés peuvent réaliser leurs activités scolaires d'une manière à pouvoir ressentir une certaine satisfaction, à se sentir insérer dans la société/communauté (ici la classe de l'élève) et répondre aux attentes de son environnement (selon les valeurs des parents impactant la manière de réaliser ces activités...) (Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023). Néanmoins, ce rendement, satisfaction et insertion sont perturbés par les TAM avec une incapacité à réaliser pleinement ces activités scolaires (mathématiques...). Les résultats scolaires deviennent inférieurs au niveau attendu pour leur âge et ne peuvent être source de satisfaction pour l'enfant, voir leur permettre de sentir inclus en classe (Barray, 2013 ; Crocq, 2015 ; HAS, 2017).

Nous avons évoqué la possibilité pour l'ergothérapeute d'utiliser le MCREO afin d'agir sur ce rendement dans les activités scolaires impactées (notamment en le quantifiant via la MCRO) (Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013). Townsend et al. (2013) rappellent que ce modèle a conceptualisé le rendement occupationnel comme l'« *interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement* » (p. 26), signifiant que l'ergothérapeute, dans son intervention, devra prendre en compte les composantes de l'enfant (affectif, social, physique et spirituel), les occupations impactées par les TAM (productivité (activités scolaires et la manière dont elles sont réalisées)) et son environnement (physique, institutionnel, culturel et social...). Cela lui permettra de réaliser des séances basées sur ses évaluations (entretiens, MCRO...) et de préconiser des moyens adaptés aux capacités et besoins de l'enfant permettant l'amélioration de ce rendement occupationnel : les adaptations pédagogiques (Despres, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013).

Le rendement occupationnel est fortement lié à la notion d'engagement occupationnel. Cette dernière est définie comme « *l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager (Houghton Mifflin Company, 2004). Apporter sa contribution afin d'être, de devenir, et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations (Wilcock, 2006)* » (Townsend et al., 2013, p. 440). La participation est une notion tout aussi importante et se définit par « *le fait de prendre part à une situation de vie (OMS, 2001, p. 37)* » (Townsend et al., 2013, p. 445), par conséquent dans notre thème : les enfants dans leurs activités scolaires.

Ainsi, l'engagement influence le rendement de l'enfant. En effet, l'engagement implique la volonté de participer et de s'adonner à des occupations ayant pour finalité d'y trouver un sens via ces dernières : maintenir sa santé, contribuer à la société/communauté, éprouver de la satisfaction, répondre aux attentes de son entourage... Le rendement reprend le terme de capacité, signifiant que cette dernière va être impactée par les TAM (difficultés dans les compétences numériques, de mise en place des adaptations pédagogiques...), compliquant l'engagement dans ces occupations (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgeois, 2023)

Ainsi, il ne peut y avoir d'engagement sans capacité de rendement et de rendement sans volonté de s'engager. Le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens en intervenant sur cette capacité de pouvoir s'adonner à des activités scolaires significatives pour l'enfant. La remédiation des fonctions cognitives impactant les compétences numériques et la réadaptation de l'environnement de l'enfant par des adaptations pédagogiques permettront de redonner un sens à l'enfant pour s'engager dans ses activités scolaires tout en facilitant et en accompagnant leur réalisation, et ce afin de lui permettre de réaliser ses ambitions et améliorer sa qualité de vie et satisfaction au quotidien (meilleurs résultats scolaires, répondre aux attentes de son entourage...), pour l'accompagner dans son adaptation à

l'environnement institutionnel (se sentir plus inclus en classe...) (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023).

4.3 – Adaptations Pédagogiques :

De nombreuses adaptations pédagogiques sont mises en place par les acteurs de la prise en soins de l'enfant (professionnels, enseignants, parents). L'ergothérapeute les préconise pour réduire l'impact des obstacles de l'environnement de l'enfant liées aux difficultés et leurs répercussions occupationnelles, permettre des transferts d'acquis travaillés en séance afin de permettre une meilleure autonomie et insertion scolaire, sociale et professionnelle, une amélioration de la réalisation des tâches scolaires (meilleur engagement, rendement et satisfaction (personnelle et selon les attentes de l'entourage familial) avec l'obtention de résultats satisfaisants par rapport au niveau scolaire attendu (« *raccrocher le wagon scolaire* » (Baligand, 2012, p. 228)) en favorisant sa réussite scolaire et future (études, vie professionnelle...) (Barray, 2013 ; Crocq, 2015 ; Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023). Leur préconisation « *personnalisée* » (Despres, 2010, p. 48) s'évalue selon ses besoins liés à son « *trouble et ses répercussions dans la scolarité* », de son « *environnement scolaire, familial qui soutiendront ou non* » (p. 49) les mises en place et observations/bilans des acteurs (Despres, 2010 ; Huau et al., 2017). L'évaluation définira leurs rôles et « *modalités d'utilisation pour qu'elle puisse compenser au mieux les difficultés* ».

Une AT (Aide Technique) concerne « *tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap* » (Despres, 2010, p. 44). L'ordinateur est une AT utilisée en séance, en classe et à l'école (Despres, 2010 ; Huau et al., 2017). Avant sa mise en place, l'ergothérapeute évalue les capacités informatiques, l'intérêt et une possible utilisation antérieure de l'ordinateur auprès de l'enfant. En réadaptation, des logiciels permettent de compenser le « *déficit d'apprentissage* » (Despres, 2010, p. 45) causé par les coûts cognitifs liés à l'écriture avec un stylo/crayon (traitements de texte (Open Office, Word...)), de favoriser le « *passage à l'écrit* » (p. 46) des « *symboles mathématiques* » (« *Dmath* »), ou l'apprentissage de la géométrie (« *Geogebra* »...). Ces logiciels adaptés sont utilisés en remédiation cognitive (« *Floc et les nombres* » - transcodage) (Barray, 2013), prouvant qu'une même AT est utilisable en remédiation et réadaptation. L'ordinateur permet un regain de confiance et d'estime de soi pour l'enfant en classe et envers les enseignants, de « *motivation nécessaire à l'effort* » (Despres, 2010, p. 48 ; Pouhet, 2010), et facilite les activités scolaires (« *apprendre les leçons, produire des rédactions ou faire les devoirs écrits* », évite les « *cahiers et classeurs* »).

Une AH (Aide Humaine) concerne « *l'intervention d'une personne aux côtés d'une personne en situation de handicap ou dépendante en perte d'autonomie pour l'aider à réaliser certains actes de la vie courante* » (Place Handicap). L'AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) permet à l'enfant de « *gagner en autonomie et éviter que ce dernier se repose sur l'adulte* » en classe (Despres, 2010, p. 45). Elle soulage les tâches d'écriture et de lecture, reformule les consignes, veille au rangement du matériel, facilite l'installation et la maîtrise de l'ordinateur par l'enfant, l'encourage, valorise et canalise si besoin. Elle intervient à la suite du PPS et aide au repérage des difficultés de l'enfant dans sa vie quotidienne, sociale et scolaire (HAS, 2017). Du tutorat est possible pour accompagner l'enfant en classe (Despres, 2010).

Tout comme les AH/AT, les aménagements/adaptations pédagogiques sont mis en place selon les difficultés et besoins de l'enfant, de ses prises en soins par les acteurs et du possible PAP (AEFE ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). Selon les objectifs visés et cités précédemment, leur intérêt est de permettre la poursuite de la « *scolarité en division ordinaire* » (Huau, 2017, p. 175 ; Martinet, 2010). Ces aménagements/adaptations pédagogiques sont préconisés selon les compétences numériques atteintes (Barray, 2013). Ils permettent de restaurer et compenser les fonctions cognitives déficitaires impactant ces compétences, réduire le stress, l'anxiété et la souffrance vécus au quotidien en classe et à la maison, la lenteur et les coûts cognitifs lors de la réalisation et du suivi de procédures et faits arithmétiques dans les activités scolaires et extra-scolaires. Cela permettra un transfert des acquis travaillés en séances d'ergothérapie en classe ou chez lui, l'amélioration des compétences mathématiques par rapport à l'enfant et son âge attendu, et un gain de confiance en soi. Des supports verbalisés/matériels sont utilisables selon les difficultés dans ces compétences :

- comptine : tableau de nombres,
- constellations : décomposition auditive avec utilisation de collections-témoins (Brissiaud, 1991, 2003 ; Barray, 2013) en associant chiffres et doigts des mains à représenter,
- transcodage : représentation analogique des quantités (barres/cubes variant en grandeur de taille), tableau de numération (colonnes unités, dizaines...), script détaillant les procédures de lecture des nombres,
- calcul mental : trace écrite des opérandes/résultats, représentation symbolique (jetons...) des 2 nombres d'une addition,
- faits arithmétiques : trace écrite des opérandes et du résultat,
- procédures de calcul : représentation symbolique (pions symbolisant les milliers, centaines, dizaines et unités (Fuson, 1986 ; Barray, 2013) sur une ardoise, repères verbaux concernant le bon emplacement des chiffres lors d'une pose de calcul dans un cahier...

D'autres aménagements/adaptations pédagogiques sont possibles, notamment pour la gestion du temps ou les évaluations (**voir Annexe n°VI – Liste des aménagements/adaptations pédagogiques possible pour les TAM (APEDYS 78, 2012 ; Huau et al., 2017 ; INSHEA, s. d.)**). Ainsi, l'article de Barry (2013) montre que ces adaptations pédagogiques pour l'apprentissage des compétences numériques élaborées en remédiation sont réutilisables en réadaptation de l'environnement scolaire (traces écrites des faits arithmétiques...).

Le fort taux de comorbidité des TAM avec d'autres TND (TSLO, TDC, troubles attentionnels, mémoriel et dysexécutifs), impacte le choix et la mise en place des adaptations pédagogiques possibles pour l'enfant (Barry, 2013 ; Despres, 2010, Van Hout, 2001 ; HAS, 2017). Par exemple, un TSLE impacte les épreuves langagières dans les compétences numériques, dont les nombres particuliers lors de l'utilisation du français qui « *ralentissent l'ordre d'acquisition de la chaîne numérique verbale* » (Barry, 2013, p. 33 ; Wang et Lin, 2005) pour ces nombres. Ainsi, des adaptations lui ont été proposées telles que des « *supports verbalisés s'appuyant sur la décomposition additive* » pour les constellations avec les doigts (p. 20) ou encore l'utilisation de matériel (pions/jetons) « *symbolisant les milliers, centaines, dizaines et unités, avec objectif de donner du sens aux procédures* » (Fuson, 1986 ; Barry, 2013, p. 22) de calcul. D'autres AT sont disponibles pour accompagner et favoriser l'autonomie de l'enfant atteint de comorbidités (**voir Annexe n° VII – Autres Aides Techniques Possibles en Cas de Comorbidités avec les TAM (Barry, 2010)**).

Des précautions sont nécessaires lors de la mise en place des adaptations pédagogiques. Il faut éviter d'en proposer un trop grand nombre surtout dans les cas de comorbidités et éviter qu'elles soient trop complexes (Despres, 2010 ; Huau et al., 2017). Ces adaptations doivent être acceptées par l'élève, et possiblement nécessiter un temps de maîtrise et un accompagnement personnel lors de la mise en place (Despres, 2010). Leurs mises en place doivent être faites progressivement au moment opportun (en collaboration avec l'enseignant, la famille...), les rationaliser et vérifier leur intégration en classe permettront leur appropriation à bon escient, leur renouvellement ou la proposition de nouvelles adaptations pédagogiques selon les besoins de l'enfant à l'instant t. Il est important de « *bien cibler les adaptations indispensables ainsi que les points d'appui, c'est-à-dire les domaines dans lesquels l'élève est particulièrement compétent* » (Huau et al., 2017, p. 177).

Ces précautions permettent de limiter des difficultés pouvant apparaître lors de leurs mises en place. Il est possible qu'elles ne soient pas utilisées correctement, voire aucunement, ou encore décalées dans le temps (retard dans la réception de l'ordinateur...) (Despres, 2010). En cause, le temps nécessaire à leur incorporation et maîtrise de l'enfant (des erreurs de maîtrise de l'ordinateur peuvent

les décourager...), et de ce fait nécessitant un accompagnement intensif et plus long dans le temps par les professionnels (enseignants...). Cette aide doit éviter de créer une dépendance à l'adulte ou une stigmatisation. Face à ses difficultés, l'enfant peut « *passer inaperçu* » (p. 50) en classe en compensant énormément au quotidien ou par le fait qu'elles ne soient pas assez prises en compte. Huau et al. (2017) évoquent la possibilité du non remboursement des « *supports numériques (ordinateur, scanner portable...)* » (p. 176) par la MDPH. Despres (2010) le mentionne rapidement mais le risque du non investissement de « *l'environnement familial* » (p. 50) dans la mise en place des adaptations pédagogiques est envisageable.

Nous avons évoqué dans le cadre exploratoire que l'ergothérapeute collabore avec les acteurs de la prise en soins, dont l'enseignant. Cette collaboration est primordiale pour la mise en place et l'accompagnement à l'utilisation des adaptations pédagogiques en classe par l'enfant et l'enseignant (Baligand, 2012 ; Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017).

4.4 – Partenariat :

4.4.1 – Rappels sur le Partenariat et Notion de Partenariat-Patient :

Un partenariat peut être défini comme « *une relation de travail collaborative où les partenaires peuvent accomplir davantage en travaillant ensemble que de façon isolée* » (Corbin & Mittelmark, 2008 ; Jones & Barry, 2011 ; Hamant & Supiot, 2023, p. 6). C'est une « *relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet, qui repose sur la collaboration, respectant l'égalité de pouvoir des parties et se basant sur l'échange, la confiance, le respect des engagements, la transparence et la réciprocité* » (Pajot 2006 ; Hamant & Supiot, 2023, p. 6).

Ainsi, ce partenariat est essentiel pour la prise en soins de l'enfant afin de réduire ses difficultés occupationnelles liées aux TAM et concerne l'ensemble des acteurs impliqués dans cette dernière. Parmi les différents partenariats pouvant être mis en place dans ce cas, celui entre l'ergothérapeute, l'enseignant, les parents et l'enfant lui-même est l'un des plus essentiels. L'ergothérapeute collabore aussi avec d'autres acteurs (professionnels de santé...) impliqués dans la prise en soins de l'enfant, lui permettant d'échanger, avec accord des parents, des informations (bilans, observations, synthèses médicales...) et ainsi contribuer au repérage et diagnostic du/des trouble(s), et à la prise en soins adaptée (élaboration et évolution des objectifs, efficacité des aides et aménagements/adaptations pédagogiques...) (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

Un 1^{er} partenariat important est celui de l'ergothérapeute-parents. Nous avons évoqué les rôles importants des parents durant les étapes du parcours de soins de l'enfant, et ils doivent être considérés comme des « *acteurs à part entière* » (HAS, 2017, p. 20) (tout comme l'enfant lui-même) et « *experts de leur enfant* » avec des rôles importants dans le repérage des difficultés,

l'accompagnement, la mise en place des aides et aménagements/adaptations, pour coordonner le projet de vie de l'enfant, et transmettre/recevoir des informations avec les acteurs (Baligand, 2012 ; Barry, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017).

La notion du partenariat a évolué, comme indiqué dans le schéma ci-dessous, afin de renforcer le rôle et l'importance du patient dans sa prise en charge (Pomey et al., 2015). Ainsi, le modèle Montréal pousse encore plus profondément cette notion de partenariat-patient. Ce dernier, développé par l'Université de Montréal, considère « *le patient comme un acteur de soins à part entière dont le statut de soignant repose sur une compétence de soins* » (Pomey et al., 2015, p. 42 ; Jouet et al., 2012). Il utilise l'expérience du patient comme « *une source riche de savoirs, essentielle pour la prise de décision* » (Pomey et al., 2015, p. 42 ; Tourette-Turgis, 2010). Dans le cadre d'un partenariat, ce dernier doit prendre en compte les connaissances à la fois des professionnels et du patient, tout en permettant à ce patient de « *faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de leadership, au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique* » (Pomey et al., 2015, p. 42 ; CPASS (Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé), 2013a, 2013b). Concernant la collaboration entre les professionnels et le patient, une « *relation d'apprentissage* » (Pomey et al., 2015, p. 43) est entretenue pour que le patient continue de développer ses connaissances sur sa maladie et traitements, et ainsi être « *autonome et actif dans la dynamique de soins* » (Pomey et al., 2015, p. 43 ; Coulter, 2002).

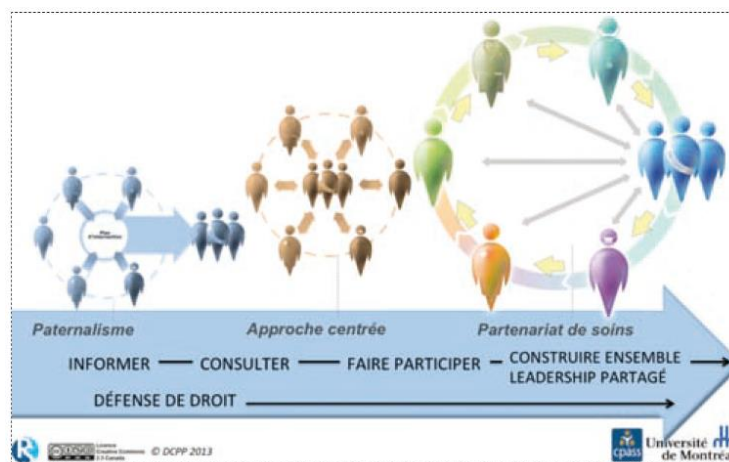


Schéma III : Le Modèle « Patient Partenaire » et ses Prédécesseurs (Pomey et al., 2015)

4.4.2 – L’Approche OPC (Occupational Performance Coaching) pour le Partenariat-Patient :

Ainsi, avec ce modèle de partenariat, le patient ou tout autre bénéficiaire acquiert de nouvelles compétences en collaborant avec l’ergothérapeute qui le forme. Cette acquisition peut se faire au travers de certaines approches, notamment via celle de l’OPC. L’OPC (ou Coaching de la Performance Occupationnelle) une approche de partenariat basée sur une méthode d’intervention orientée sur la « *personne, la famille et l’occupation, qui se base sur l’habilitation et la recherche* » (ANFE, s. d.). Si elle est utilisée avec des partenaires de soins (parents...) ces derniers vont obtenir des compétences améliorant leur « *performance occupationnelle* » (Graham et al., 2009 ; Graham et al. 2013 ; Kessler & Graham, 2015, p. 163) ainsi que celle de leurs enfants liées à leurs difficultés à réaliser leurs activités scolaires. Elle associe des techniques de coaching centrées sur les occupations et l’apport de « *connaissances spécialisées* » sur le développement (ici de l’enfant) et le handicap, dont les TAM. L’ergothérapeute accompagne les aidants (parents...) en usant d’un « *cadre de résolution de problèmes* » et emploie un « *langage spécifique, des questions et des indices de réflexion pour guider les parents dans la découverte, la mise en œuvre et l’évaluation de solutions aux difficultés de performance* » (Kessler & Graham, 2015, p. 163). Ainsi, ils reçoivent des conseils pour effectuer des « *changements dans leur environnement social et physique* » (Graham et al., 2009 ; Kessler & Graham, 2015, p. 163) qui permettront d’améliorer leur performance professionnelle ainsi que celle de leurs enfants (Kessler & Graham, 2015). L’OPC est aussi utile dans la réalisation d’objectifs de prise en soins avec les bénéficiaires (parents...) qu’ils vont atteindre « *pour eux-mêmes, leurs enfants ou leurs familles* » (ANFE, s. d.). Une formation sur l’approche est proposée par Mme Hui (ANFE, s. d.) sur 2 jours/an (environ 14 heures) et a formé 28 ergothérapeutes en 2024.

Au-delà de ce coaching, les parents sont aussi en collaboration avec les enseignants de l’enfant dont leurs rôles sont aussi importants pour le suivi de l’enfant en classe (échanges d’informations...), et ce dès l’étape de la pédagogie différenciée (HAS, 2017). En effet, à la suite de leurs observations sur les difficultés de l’enfant repérées dont les parents sont informés, il peut mettre en place des « *mesures pédagogiques* » (p.15) ayant pour effet d’apporter une aide précoce efficace et « *d’éviter une médicalisation de retard d’apprentissages sensibles aux interventions pédagogiques ciblées* », ou élaborer un PPRE (HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). Mais dans le cas de l’aggravation des troubles de l’enfant nécessitant une prise en soins par niveau, les rôles de l’enseignant continuent de gagner en importance, notamment du point de vue de la collaboration avec de nouveaux acteurs de la prise en soins, dont l’ergothérapeute. Avec l’accord des parents, l’enseignant est tenu informé des éléments relevés par les autres acteurs de la prise en soins concernant l’enfant (évaluations/bilans de l’enfant, synthèses médicales, évolution des objectifs, de la rééducation de l’enfant, mises en place possibles

des adaptations pédagogiques...) et inversement (repérage des troubles en classe, efficacité des adaptations pédagogiques...) (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

Néanmoins, les enseignants font face à de nombreuses difficultés dans leur accompagnement de l'enfant en classe, nécessitant d'être accompagné eux-mêmes durant la prise en soins (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; Huau et al., 2017). En effet, la complexité du ou des troubles (comorbidité...) peut les perturber, notamment pour le repérage des difficultés, les potentiels liens entre les troubles, leurs hiérarchies... (Huau et al., 2017). Nous avons aussi évoqué le grand nombre d'enseignants pouvant perturber la mise en place de ces adaptations pédagogiques dans un seul institut scolaire, ainsi que la nécessité « *de leur expliquer le pourquoi de telle difficulté et comment à leur niveau ils peuvent aider l'élève* » (Despres, 2010, p. 50). Nous pouvons aussi mentionner le fait pour les enseignants de se sentir démuni face à ces troubles par manque de formations (informations sur ces dits-troubles, repérage des difficultés en classe, mise en place des adaptations pédagogiques, adapter leur pédagogie → blocages dans la pédagogie à établir...) (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017), ou encore le besoin de « *temps de concertation et de préparation des cours* » (HAS, 2017, p. 36) pour l'accompagnement de ces enfants.

4.4.3 – Le Partenariat Ergothérapeute-Enseignant :

Ainsi, le partenariat ergothérapeute-enseignant prend tout son intérêt (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2014). En effet, le développement de cette collaboration va permettre la mise en place, le suivi et la réévaluation pertinente des adaptations pédagogiques de l'enfant en classe au travers d'échanges d'informations (moment opportun, efficacité, permettre les transferts d'acquis, difficultés d'utilisation...) directement ou lors de réunions avec les acteurs de la prise en soins (Baligand, 2012 ; Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). De manière plus globale, ce suivi permet de s'assurer de l'atteinte des objectifs et des progrès de l'enfant en classe par l'enseignant (mathématiques, confiance en soi...), mais aussi du point de vue de sa famille, permettant la continuité ou l'arrêt éventuel de la prise en soins ergothérapique (Barray, 2013 ; Huau, 2017). Comme évoqué précédemment, une des conséquences de ces adaptations pédagogiques est l'amélioration du rendement occupationnel de l'enfant (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023). En permettant cette mise en place des adaptations pédagogiques, nous pouvons affirmer le but du partenariat dans la résolution des difficultés rencontrées par les enfants dans leurs activités de mathématiques (erreurs, lenteur, stratégies moins matures, écriture/lecture des nombres, reconnaissance et maîtrise des mots/nombres et symboles, et traitement des informations) et extra-scolaires (gestion des dates/heures et de l'argent, et d'orientation temporo-

spatiales) (Barray, 2013 ; Bossy & Roche, 2020 ; Crocq, 2015 ; Donker et al., 2016 ; Dirks et al., 2008 ; Fleischner et al., 1982 ; Geary et al., 1990 ; Geary, 1991 ; Geary et al., 1987 ; Hamdi-Bourgeois, 2024 ; Huau et al., 2017 ; Noël, s. d. ; Mohammadi et al., 2009 ; Vallas & Mac Lafin, 1997).

Ce partenariat ergothérapeute-enseignant doit être réalisé pour faire face aux difficultés liées aux adaptations pédagogiques citées précédemment. Néanmoins des difficultés concernant la mise en place du partenariat peuvent apparaître consécutivement à l'existence d'éléments perturbateurs. En cherchant à se lier entre acteurs de domaines différents (santé/éducatif...) dans un but commun (la prise en soins de l'enfant en classe face à ces troubles...), certaines divergences d'intérêts peuvent apparaître selon le système dans lequel ils travaillent et leurs propres objectifs prioritaires dans la prise en soins (Mérini, 2012). Par exemple, nous avons évoqué la prescription des adaptations pédagogiques par l'ergothérapeute afin de faciliter la réalisation des activités scolaires, et ce en prenant en compte le temps de maîtrise nécessaire de l'adaptation pédagogique de l'enfant afin qu'il puisse s'en servir efficacement (période de maîtrise pouvant durer plus longtemps que prévu, et ainsi limiter les possibilités de rester à un niveau scolaire proche de celui attendu pour son âge) (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Dizerbo, 2022 ; Huau et al., 2017). Mais si un des objectifs de l'enseignant est majoritairement focalisé sur le fait que l'élève reste accroché au maximum au « *wagon scolaire* » (Baligand, 2012, p. 228), alors des désaccords peuvent apparaître entre l'ergothérapeute et l'enseignant, au risque de perturber le but de ce partenariat « *basé sur l'hypothèse que de leurs différences peut naître un projet plus efficace pour les élèves, mais surtout que chacun sait qu'il peut en tirer bénéfice, même si la nature de ces bénéfices peut être, là aussi, très différente* » (Mérini, 2012, p. 2). Au sein des bénéfices souhaités par les enseignants, nous pouvons citer leurs difficultés rencontrées dans la prise en soins de l'enfant (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017).

Nous venons de mentionner ces différences d'objectifs selon la culture du lieu d'exercice du partenaire pouvant impacter le partenariat. Mérini (2012) rappelle qu'il n'y a pas de création d'« *objectifs communs* » entre les acteurs au début du partenariat. Ils apparaissent bien plus tard après que chaque acteur a réussi à trouver un intérêt commun dans le projet, au moyen de négociations permettant la résolution d'un problème identifié (les difficultés de réalisation des activités scolaires de mathématiques en classe et/ou la mise en place des adaptations pédagogiques...). En effet, Mérini (2012) rappelle aussi que le « *partenariat qualifie avant tout une association d'acteurs fondée sur les différences de chacun pour négocier et construire une action commune visant la résolution d'un problème reconnu comme commun* » ; les différences pouvant être « *de logique, de culture, d'intérêt...* ». L'acteur ne trouvant d'intérêt à agir dans un but commun (mise en place des adaptations pédagogiques...) ne peut être impliqué dans un projet commun (prise en soins de l'enfant en classe) et cherchera à éviter ou abandonner un potentiel partenariat, dont l'ergothérapeute-enseignant.

Ce qui pousse les partenaires/acteurs à négocier selon leurs intérêts et différences pour trouver des objectifs communs travaillés via le partenariat est en lien avec leurs « *identités professionnelles* ». Ces dernières permettent à chaque acteur de réaffirmer leurs spécificités et rôles au quotidien. En lien avec notre partenariat ergothérapeute-enseignant, Mérini (2012) rappelle que l'apprentissage des élèves est central pour l'enseignant. Mais celle d'éducation à la santé est l'affaire d'autres « *experts* » (l'ergothérapeute et autres professionnels de santé impliqués dans la prise en soins) ; cette différence marquée est liée à un manque de formations ou de temps des enseignants pour prendre en compte cette éducation à la santé. Ce manque de formation est très impactante dans l'élaboration d'un partenariat orienté éducation à la santé, car elle permettrait « *d'aider les enseignants à mieux comprendre ce qui fonde le partenariat et à laisser entrevoir les apports d'une démarche de collaboration avec des acteurs scolaires et non scolaire, qui reste coûteuse d'un point de vue ergonomique, et identitaire en raison de la rencontre des différences* ». Ainsi, un partenariat élaboré permettrait à ce que chaque acteur fasse « *un pas de côté par rapport à ce qui fonde son identité professionnelle et à ce qui lui semble prioritaire* », permettant de réduire les difficultés à négocier et à créer les objectifs communs dans un projet de prise en soins des TAM de l'enfant en classe (mise en place des adaptations pédagogiques pour une amélioration de leur rendement occupationnel...), tant que les critères et intérêts de chaque partenaires/acteurs dans ce projet soient satisfaits (un « *bénéfice à l'amélioration du climat scolaire* » pour les enseignants avec leurs élèves atteints de TAM...).

Ainsi, l'accompagnement de l'enseignant est déterminant pour l'ergothérapeute pour la mise en place de ces adaptations à destination des enfants atteints de TAM pour leur rendement occupationnel. Nous pouvons nous questionner sur l'efficacité de l'approche OPC, dans laquelle l'ergothérapeute accompagne l'enseignant comme un partenaire expert de la mise en place des adaptations pédagogiques.

5 – Hypothèse :

L'utilisation de l'OPC avec les enseignants facilite la mise en place des adaptations pédagogiques en classe dans le cadre d'un partenariat ergothérapeute-enseignant efficace, améliorant ainsi le rendement occupationnel des élèves en cycle 2 atteints de TAM dans leurs activités scolaires.

6 – Cadre Expérimental :

6.1 – Objectifs de l’Enquête, Variables et Critères d’Atteinte des Objectifs :

Tableau 1 – Objectifs d’Enquête avec leurs Variables et Critères d’Atteinte

	Nom de l’Objectif	Variables de l’Objectif	Critères d’Atteinte/ Indicateurs de l’Objectif
Objectif n°1	Identifier les moyens/solutions des 2 partenaires pour améliorer le rendement occupationnel des enfants en cycle 2 atteints de TAM en classe dans leurs activités scolaires	-Connaissances des 2 partenaires face aux difficultés de rendement occupationnel -Connaissances et souhaits pour les moyens/solutions des 2 partenaires améliorant ce rendement occupationnel	-Partages d’expériences professionnelles face aux difficultés de rendement occupationnel et leurs moyens/solutions mis en place par les 2 partenaires l’améliorant
Objectif n°2	Identifier les difficultés rencontrées par les 2 partenaires dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe pour la prise en soins des enfants en cycle 2 atteints de TAM en classe	-Connaissances, attitudes et valeurs des 2 partenaires face aux difficultés de mise en place des adaptations et leurs moyens/solutions face à ces dernières	-Champ lexical des adaptations pédagogiques -Partages d’expériences professionnelles des 2 partenaires face aux difficultés rencontrées et leurs moyens/solutions pour cette mise en place
Objectif n°3	Identifier les difficultés rencontrées par les 2 partenaires dans la réalisation de leur partenariat pour la prise en soins des enfants en cycle 2 atteints de TAM en classe	-Connaissances, attitudes et valeurs des 2 partenaires face aux difficultés dans leur partenariat et leurs moyens/solutions face à ces dernières	-Champ lexical du partenariat -Partages d’expériences professionnelles des 2 partenaires face aux difficultés rencontrées et leurs moyens/solutions pour cette mise en place
Objectif n°4	Déterminer l’impact de l’OPC par les ergothérapeutes sur les enseignants face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe	-Connaissances et visions des ergothérapeutes concernant l’utilisation de l’OPC face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe (contexte d’utilisation, bénéfices, risques et limites, et éléments à surveiller)	-Champ lexical de l’OPC -Partages d’expériences professionnelles de l’ergothérapeute de l’OPC pour déterminer son impact face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe

6.2 – Méthodologie d’Enquête :

Pour répondre aux objectifs fixés, la méthodologie de l’enquête sera qualitative et permettra « d’explorer et de comprendre le sens que les individus ou les groupes attribuent à un problème social ou humain » (Cresswell, 2009, p. 21). Nous avons évoqué les nombreuses difficultés rencontrées par les enfants atteints de TAM dans leurs activités scolaires, leur empêchant d’avoir un rendement occupationnel ‘efficace’ dans ces activités (Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023). Ainsi, en accord avec notre problématique et hypothèse, cette méthodologie nous permettra de répondre à notre hypothèse en recueillant et en analysant des informations auprès des ergothérapeutes et enseignants concernant ce rendement

occupationnel à améliorer, les difficultés concernant la mise en place de leurs adaptations pédagogiques et de la réalisation de leur partenariat et leurs moyens pour les éviter, et l'impact de l'utilisation de l'OPC/approche de coaching pour ces difficultés de mise en place des adaptations. Concernant la réglementation au regard de la Loi Jardé, l'enquête sera réalisée avec des professionnels participant à la prise en soins des enfants atteints de TAM, et non les enfants eux-mêmes directement.

6.3 – Choix de la Population :

Cette enquête sera réalisée auprès d'ergothérapeutes et enseignants. En effet, nous avons évoqué dans les cadres exploratoire et théorique les rôles de ces 2 partenaires dans la prise en soins des difficultés de l'enfant dans leur rendement occupationnel, mais aussi celles perturbant la mise en place des adaptations pédagogiques et de leur partenariat. Il est donc pertinent d'aller enquêter qualitativement auprès d'eux afin d'obtenir leurs réponses et perspectives face à ces difficultés et les moyens mise en place face à ces dernières, via leurs partages d'expériences professionnelles, pour répondre à l'hypothèse. Ils seront concernés par des critères d'inclusion et de non-inclusion :

Tableau 2 – Critères d'Inclusion et de Non-Inclusion des Participants à l'Enquête

	Critères d'Inclusion	Critères de Non-Inclusion
Ergothérapeute	-Être Diplômé d'État et exerçant en France -Formé à l'OPC et spécialisé en TAM -Intervenant auprès d'enfants atteints de TAM en cycle 2 de l'école élémentaire -En partenariat avec des enseignants	-Aucune prise en soins d'enfants avec TAM durant l'exercice de leur profession -Les enfants pris en soins avec TAM sont hors cycle 2 -N'ayant jamais mis en place des adaptations pédagogiques face aux TAM -N'ayant aucun partenariat actuel ou ancien avec des enseignants pour la prise en soins des enfants avec TAM -En partenariat avec un enseignant interviewé prenant en soins un même enfant
Enseignant	-Avoir le CRPE (Concours de Recrutement de Professeurs des Ecoles) -Exercer en école élémentaire française avec des élèves en cycle 2 avec des difficultés en mathématiques et avec mise en place d'adaptations pédagogiques -En partenariat avec des ergothérapeutes	-Exerçant hors école élémentaire française -Exerçant uniquement avec des élèves hors cycle 2 et sans difficultés en mathématiques -Pas d'adaptations pédagogiques pour ces élèves face à ces difficultés -N'ayant aucun partenariat actuel ou ancien avec des ergothérapeutes pour l'accompagnement de ces enfants -En partenariat avec un ergothérapeute interviewé prenant en soins un même enfant

Ces critères engagent des sélections pour les ressources humaines disponibles dans mon choix de population (Tétreault & Guillez, 2014). Ce choix de population implique des biais retrouvables qui seront analysés dans la partie discussion de cette enquête. Pour l'identification des participants, l'échantillonnage sera réalisé en effet boule de neige (Tétreault & Guillez, 2014). En effet, la zone de recrutement s'étendra sur toute la France et jouera sur l'entourage des participants (autres ergothérapeutes, enseignants... concernés par les critères) afin d'obtenir le plus de participants possibles à interviewer en visio (ou par téléphone). L'échantillon ne sera pas représentatif mais caractéristique de la cible de notre recherche. Il pourra s'étendre jusqu'à 5 participants maximum (dont 3 ergothérapeutes et 2 enseignant(e)s) pour des raisons de faisabilité de l'enquête (le nombre de participants pouvant varier selon les disponibilités). Des limites de contraintes temporelles sont à prendre en compte par rapport aux deadlines de rendus liées au temps nécessaire pour réaliser les prises de contact (délais de réponses...), les enquêtes et traiter/analyser les informations obtenues. Pour ces mêmes raisons et aussi de quantité possible de réponses à obtenir au maximum, je choisis de ne pas interroger un ergothérapeute et un enseignant prenant en soins un même enfant. Pour le recrutement, des mails pour des demandes de participations et/ou de relégation de participation à l'enquête seront envoyés à la fois à des ergothérapeutes et des enseignants et sur les réseaux (ANFE, comptes Instagram d'associations d'ergothérapeutes et/ou d'enseignants...). Cela me permettra de contacter le plus de participants possibles et mobiliser leurs réseaux si indisponibilité, tout en maîtrisant la réception des réponses. Etant en stage d'ergothérapie en SESSAD au moment de préparer et de réaliser l'enquête, les demandes et relégations peuvent être réalisées auprès des ergothérapeutes et professionnels du SESSAD, et auprès d'enseignants dans les institutions scolaires.

6.4 – Choix de l'Outil d'Enquête :

L'outil d'enquête sera un entretien semi-directif à passer en visio auprès d'ergothérapeutes et d'enseignants. Pour rappel, il s'agit d'un « *échange individuel permettant d'explorer les idées, les expériences, les perceptions ou les représentations d'une personne* » (Tétreault & Guillez, 2014). En accord avec les objectifs d'enquête et la méthodologie qualitative, cet outil permettra de répondre à notre problématique et hypothèse en allant interroger les participants pour obtenir des réponses pertinentes en fonction des éléments recueillis (pouvoir relancer si une information recherchée manque...). Il se déclinera selon une approche en sablier (« *vers le particulier (de ce qui est simple vers ce qui est complexe), puis en terminant avec un retour sur certaines questions d'ordre général* » (Fenneteau, 2015, p. 113)). Cette structure permettra de « *motiver le répondant et instaurer une relation de confiance entre celui-ci et l'enquêteur ou le responsable de l'étude* » (p. 111).

6.5 – Création des Outils d’Enquête :

Ainsi, deux guides d’entretien ont été conçus selon le partenaire interviewé retrouvables dans les Annexes (**Annexe n°VIII – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Ergothérapeute** et **Annexe n°IX – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Enseignant**). Divisés en 4 thématiques, ils me permettent de répartir mes questions selon mes objectifs, avec des questions de relance et des temps d’apports théoriques si besoin. Parmi ces thématiques, des échanges sur le contexte d’intervention/d’exercice du partenaire introduiront l’entretien, avant d’évoquer les thèmes du rendement occupationnel, des difficultés rencontrées dans la prise en soins de l’enfant (adaptations pédagogiques, partenariat ergothérapeute-enseignant, impact de l’OPC/approche de coaching face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe), et enfin une conclusion pour évoquer potentiellement certains points à rajouter. Le choix de l’entretien et de ces guides implique des biais analysés dans la discussion. Des tests des guides seront réalisés avec mon maître de mémoire et/ou d’autres professionnels pour des modifications ou limiter les biais. La création de questions de relance et de temps d’apports théoriques en amont et durant l’entretien me permet d’amener l’interviewé à énoncer une information recherchée en gardant une neutralité pour valider/invalidier l’hypothèse.

6.6 – Résumé du Recrutement et de la Passation des Entretiens :

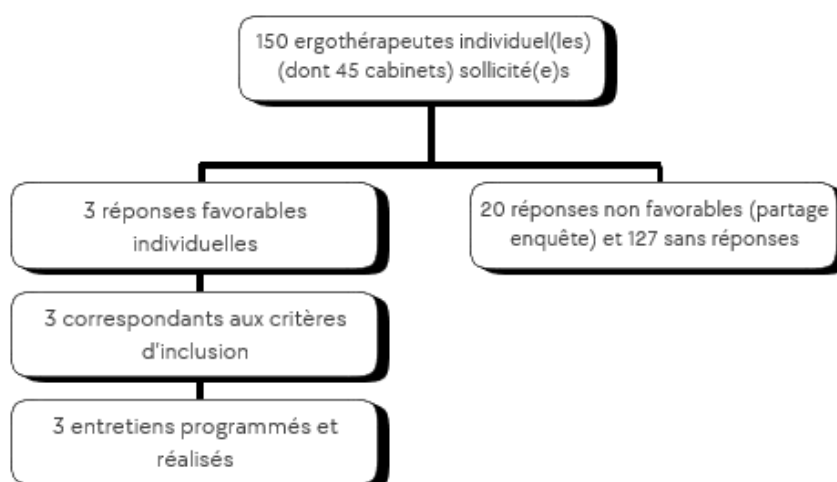


Figure 1 : Diagramme de Flux du Recrutement des Ergothérapeutes

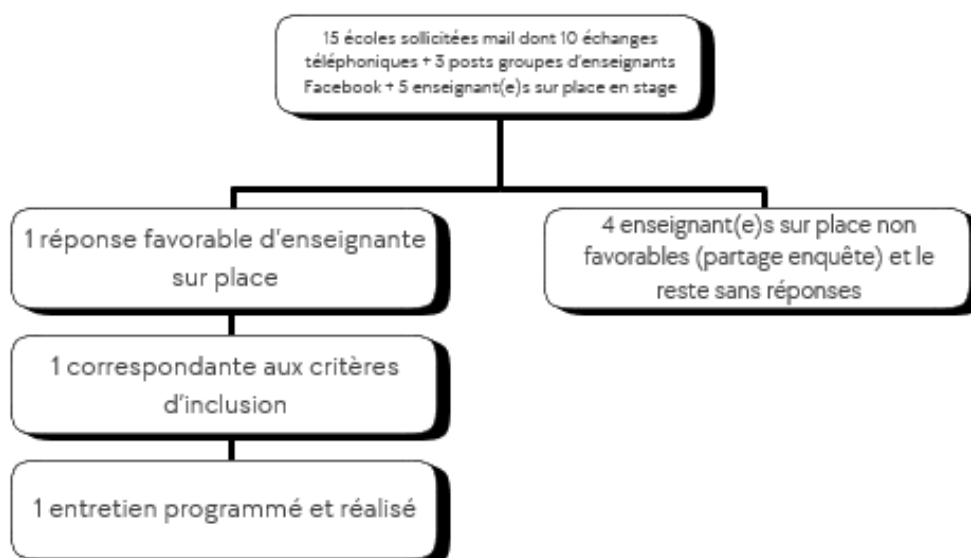


Figure 2 : Diagramme de Flux du Recrutement des Enseignants

J'ai débuté ma recherche des ergothérapeutes en faisant tourner les réseaux de professionnels de ma maître de mémoire et d'ergothérapeutes rencontrées durant mes précédents stages. Environ 1 semaine plus tard, ma maître de mémoire m'a mis en contact avec une première ergothérapeute dont un 1^{er} entretien a été programmé et réalisé. En raison de ma présence en stage lors de mes recherches, je n'ai débuté la transmission des mails (avec flyer d'enquête joint), la prise de contacts des cabinets et la passation des appels téléphoniques aux ergothérapeutes et enseignants qu'au lendemain de ce 1^{er} entretien. Cependant, 1 semaine plus tard, une prise de contact physique avec une enseignante durant une séance d'ergothérapie en stage a été réalisée, aboutissant à un entretien programmé la semaine suivante. Les 2 prochains entretiens avec des ergothérapeutes ont été programmés et réalisés dans les semaines suivantes. Tous les entretiens ont été réalisés anonymement et individuellement, par appel téléphonique et chacun lors d'une journée différente, soit le matin, en début d'après-midi ou en soirée afin de nous organiser selon nos distances géographiques et disponibilités. Avec une durée prévue initialement entre 30 min minimum et 45min maximum, les entretiens ont finalement duré entre 32 min et 45 min. En accord avec les participantes, tous les entretiens ont été retranscrits en direct sur Word et par la suite sur le site Transcribe by Riverside. Ainsi, les participantes ont signé un formulaire de consentement garantissant l'exploitation de leurs propos sous couvert de leur anonymat (**Annexe n°X – Formulaire de Consentement dans le Cadre de la Collecte de Données Personnelles**).

6.7 – Résultats des Entretiens de l'Enquête :

6.7.1 – Présentation des Caractéristiques des Participantes de l'Enquête :

Tableau 3 – Caractéristiques des Participantes de l'Enquête :

	Ergo1	Ergo2	Ergo3	Ens1
Âge du Professionnel	37 ans	51 ans	47 ans	29 ans
Structure(s) d'Exercice du Professionnel	Cabinet d'ergothérapie libéral et maison de santé	Cabinet d'ergothérapie libéral, structures gérées par une association, écoles et collègues	Cabinet libéral, écoles et domiciles	Ecole primaire
Années d'exercice de la Profession	14 ans	29 ans	25 ans	4 ans
Exercice de la Profession	-Seul au cabinet et en collaboration à la maison de santé, ponctuellement avec l'enfant dans les écoles -Séances en individuel et à 90% avec parents avec elle -Séances sur place et en collaboration, bilans... -Contact avec PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation), médecins particuliers, orthophonistes, psychomotriciennes et psychologues -Pas de nombres d'enfants suivis évoqués	-Mi-temps (Master) -Accompagnement individuel enfant et /ou famille et en guidance en partenariat-parental -Partenariat avec environnement de l'enfant (enseignant, éducateurs...) -En CPTS (Communauté Professionnelle du Territoire de Santé) -11-12 consultations /semaine (pas forcément enfants) pour vingtaine d'accompagnement -Pas de problématiques évoquées	-Accompagnement individuel -Collaboration avec autres ergothérapeutes au cabinet, enseignants, éducateurs, aides à domicile, assistante sociale, AESH, directeurs d'écoles, médecins, orthophonistes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes et orthoptistes -Partenariats de service en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées) -Mise en place d'outils numériques pour scolarité -Suivi de 35 enfants	-En milieu ordinaire
Caractéristiques de la Population (âge, pathologies, problématiques occupationnelles)	-1 à 17 ans -TND (dont TAM) -Compliqué à préciser, plaintes d'étudiants/élèves	-3 à 21 ans -TND (TSA, TAM et autres comorbidités)	-7 à 94 ans -TND (TSA, TAM, troubles du langage, TDAH (spécialisation)) - Gilles de la Tourette, syndromes génétiques, post-cérébraux lésés -Enfants : socialisation, apprentissages, tâches	-6 à 8 ans -Pathologies connues si parents l'informe : dyslexie, dysorthographe, dysgraphie et épilepsie

			à la maison, et autonomie -Adultes : organisation, réalisation projets, gestion émotions -Âgés : réalisation loisirs	-Apprentissages scolaires -Désorientation spatio-temporelle
Classe(s) et Difficultés de l'Elève Atteints de TAM	-CP au CE2 -Plaintes scolaires, vie quotidienne et loisirs -Calculs mentaux et compréhension du système de base 10 (unités, dizaines et centaines)	-CP au CE2 -Calculer, compter, mesurer -Pratiquer leurs loisirs (lecture, des jeux de sociétés -Gestion du temps (lire l'heure, s'organiser, découper et estimer temps restant) -Déplacement (lire arrêt de bus)	-CP au CE2 -Entrée dans le calcul, dénombrement, comprendre l'algorithme de frises numériques, nombres irréguliers, transcription	-CP au CE2 -Exercices : compréhension des consignes et des problèmes -Construction du nombre, dénombrement, opérations -Géométrie : utiliser la règle, équerre -Grosse fatigue et concentration quotidienne
Moyens et Durée des Entretiens	Appel Téléphonique – 32min	Appel Téléphonique – 45 min	Appel Téléphonique – 45 min	Appel Téléphonique – 42 min

Pour faciliter l'exploitation des résultats à venir, je choisis d'abrégier le nom des 3 ergothérapeutes qui ont participé à l'enquête en « *Ergo1* », « *Ergo2* » et « *Ergo3* », ainsi que l'enseignante en « *Ens1* ». Je précise avoir utilisé le site Riverside utilisant une IA pour m'aider uniquement à retranscrire les entretiens réalisés.

6.7.2 – Présentation des Résultats Bruts de l'Enquête :

Les résultats des entretiens sont présentés sous forme de tableaux de verbatims dont les thèmes et sous-thèmes sont inspirés de mes grilles d'entretiens selon mes objectifs d'enquête. J'ai divisé en 2 le thème des 'Difficultés Rencontrées dans la Prise en Soins de l'Enfant Atteint de TAM' pour faciliter la lecture et l'exploitation des résultats pour la suite en : 'Mise en Place des Adaptations Pédagogiques' et 'Réalisation du Partenariat Ergothérapeute-Enseignant'. Pour rappel, l'OPC étant une formation ergothérapeute et considérée comme une approche de coaching, il était possible que les enseignants ne connaissent pas ce terme d'OPC. Ainsi, lors de l'entretien avec l'enseignante et pour l'exploitation des résultats de ce dernier, la mention d' 'Approche de Coaching' sera considérée comme celle de l' 'OPC'. Un code couleur a été utilisé dans les tableaux pour faciliter le lien entre les sous-thèmes et les réponses obtenues. D'autres sous-thèmes ont émergé lors de l'exploitation des entretiens et seront indiqués en italique.

Tableau 4 – Tableaux des Verbatims des Résultats Bruts de l'Enquête par Thématiques :

	Prise en Soins du Rendement Occupationnel Difficultés de Rendement Occupationnel Moyens/Solutions face à ces Difficultés
Ergo1	<i>« travailler en autonomie [...] calculs mentaux et de la compréhension du système de base 10 » ; « la notion d'anxiété [...] en amont de la tâche mathématique [...] il y a de moins bonnes performances au niveau mathématiques »</i> <i>« travailler sur les plaintes qui sont nommées » ; « par la manipulation [...] donc utiliser des objets [...] pour aller mettre du sens » ; « beaucoup de jeu » ; « sortir du cercle vicieux de l'anxiété » ; « demander à la maîtresse qu'elle ait toujours accès à ce matériel-là » ; « frises numériques » ; « règle » ; « moyens de stratégie plus visuo-spatial avec des gabarits de pose d'opération » ; « reformuler, proposer un schéma à l'enfant » ; « diminuer les quantités de travail » ; « apprentissages différenciés »</i>
Ergo2	<i>« calcul mental, manipulations, poser des opérations, résoudre un problème » ; « se repérer dans le temps, notions de quantité pour mesurer » ; « vie quotidienne comme mettre la table » ; « repérage dans un espace ou dans un quadrillage » ; « jeux de société pour compter les points » ; « la cuisine pour peser » ; « manipulation des heures et la base 60 » ; « leur problème de rendement s'approche du désengagement parce qu'ils n'osent pas faire »</i> <i>« arriver à leur donner un sentiment d'efficacité personnelle suffisant pour les aider à s'engager davantage » ; « outils, des manipulations ou des petites AT pour les plus grands comme la calculatrice »</i>
Ergo3	<i>« réaliser et comprendre les exercices qui leur sont proposés »</i> <i>« passer par de la manipulation pour avoir du visuel, continuer à passer par le corps, pour en créer des notions. Donc compter sur les doigts, du déplacement corporel, sentir le corps, utiliser des pions, des jetons, des bouliers » ; « classes où on ne passe plus par la manipulation » « doter les classes de cette manipulation » ; « diminuer la charge de travail et modifier les consignes »</i>
Ens1	<i>« leur engagement sont diminués pour réaliser des maths » ; « s'ils sont tous seuls, ils ne se mettront pas à fond dans l'exercice et vont repousser ce qu'ils peuvent faire »</i> <i>« diminuer le niveau des attendus à leur âge sur les mathématiques pour qu'ils ressentent plus de plaisirs, de satisfactions [...] mais tout en étant un peu moins en grande difficulté » ; « J'adapte beaucoup leur travail en préparant leur cahier de mathématiques [...] je leur écris moi-même le problème » ; « Je reste plus à leurs côtés pour leur réexpliquer, les accompagner, et surtout les motiver » ; « Ils viennent parfois à mon bureau puis on fait les exercices ensemble » ; « donc oui des adaptations pédagogiques »</i>
	Mise en Place des Adaptations Pédagogiques Difficultés dans cette Mise en Place Moyens/Solutions face à ces Difficultés Valeurs de l'Ergothérapeute/Enseignante pour cette Mise en Place des Adaptations Pédagogiques Limites des Adaptations Pédagogiques
Ergo1	<i>« on ne voit pas forcément les mêmes choses »</i> <i>« mon premier intermédiaire c'est le parent [...] beaucoup choses qu'on peut faire à la maison de maths »</i> <i>« moi, je vais rester un peu droite dans mes bottes » ; « avec mon œil d'ergo, c'est visé que l'enfant, un jour, soit autonome dans sa vie quotidienne par rapport aux maths » ; « rattraper des attendus scolaires, ça m'intéresse assez peu en ergo » ; « si à un moment, il n'y a pas de compensation en classe, il n'y a pas d'adaptations en classe qui sont possibles » ; « Je ne vais pas aller me battre en fait » ; « Si ça ne fonctionne pas, moi je vais continuer à travailler dans mon coin, c'est dommage, certes » ; « moi ce qui m'importe, c'est [...] aller mettre du sens sur les opérations [...] Mais faire du par cœur sans comprendre ce qu'on fait, moi ça ne m'intéresse pas »</i>
Ergo2	<i>« 3 ordres » ; « 1^{er} : la réticence de l'enfant à utiliser quelque chose que ses camarades n'utilisent pas ou au contraire, une trop grande appétence pour l'outil transformé en jeu et détourné de son objectif » ; « 2^{ème} : l'environnement ne comprend pas l'intérêt de l'adaptation ou en désaccord avec sa mise en place, ou penser avoir trouvé la solution qui allait fonctionner avec tout le monde » ; « 3^{ème} : trop d'adaptation en place, ça tue l'adaptation, car il faut que ce soit ciblé et</i>

	efficace » ; « faire attention à ce que l'adaptation soit comprise car, dans le cas contraire, elle pourrait être moins bien acceptée » « partenariat avec l'enseignant ou avoir une vraie coopération avec l'AESH » ; « comprendre ce qui bloque les gens, ce qu'ils envisageraient de faire » ; « travail d'éducation de l'environnement » ; « suivi des adaptations pour vérifier si elles sont toujours opportunes, fonctionnent et répondent à la demande » « pas ma 1ère stratégie d'aller mettre en place des outils de compensation, car ce sont souvent des outils que l'enfant va avoir trouvé ou imaginé dans le cadre d'une séance CO-OP, donc les accompagner dans leurs stratégies qu'ils vont eux-mêmes développer » ; « ma manière de bosser : évaluer ce dont ils ont besoin sans rien imposer, c'est quand même beaucoup mieux » ; « les adaptations pour moi, c'est vraiment la solution ultime » « 3ème : trop d'adaptation en place, ça tue l'adaptation, car il faut que ce soit ciblé et efficace [...] faut pas trop de choses à sortir, sinon elle va être trop couteuse et contre-productive » ; « faire attention à ce que l'adaptation soit comprise car, dans le cas contraire, elle pourrait être moins bien acceptée »
Ergo3	« enseignants qui ne sont pas bien formés aux TAM » ; « le temps, car le rythme de la classe ne permet pas toujours de s'arrêter pour reprendre des apprentissages réalisés les années précédentes » ; « le temps à donner aux enfants pour leur permettre de faire ces apprentissages-là » « les enseignants aient un temps dédié à la mise en place des adaptations et, en petits groupes, qu'ils reprennent les notions avec les enfants via des manipulations » ; « orthophonistes spécialisés dans ces troubles et pouvant travailler avec l'enseignant pour les aider avec des propositions d'adaptation et d'objectifs » ; « partenariat avec l'ergothérapeute » « Mais, il ne peut pas la comprendre s'il n'y voit pas le sens derrière [...] l'adaptation de la consigne ne suffira pas. Il y a des choses à faire en amont. » « Il faut du temps aux enseignants pour permettre aux enfants de leur donner le temps de faire ces apprentissages-là, et c'est compliqué »
Ens1	« trouver l'adaptation qu'on pourrait déjà avoir à disposition dans la classe, ce qui n'est pas toujours le cas, et la raccorder aux besoins de l'enfant » ; « temps nécessaire à l'accompagnement de l'enfant dans la gestion de l'adaptation [...] qui, à la fin, n'est peut-être pas la bonne solution » ; « trouver ce temps à leur accorder est très compliqué, car on a toute la classe à gérer » ; « les cahiers à préparer [...] je dois prendre souvent le temps de la récréation ou du midi, voire chez moi » « En anticipant au maximum, regarder mon emploi du temps, et selon les matières que je vais avoir, je fais cette préparation du travail » ; « avec le SESSAD [...] j'échange beaucoup avec une enseignante spécialisée, l'ergothérapeute, la psychomotricienne [...] leur faire part de ce que j'observe et me conseille » ; « partenariat avec l'ergothérapeute [...] Elle me donne plein de pistes, indices, conseils. C'est très formatif d'être avec elle » ; « j'échange avec d'autres enseignantes, avec les parents [...] pour voir si des choses peuvent être réalisées à la maison et en classe » « temps nécessaire à l'accompagnement de l'enfant dans la gestion de l'adaptation [...] qui, à la fin, n'est peut-être pas la bonne solution [...] être avec eux côte à côte, pour les aider dans leurs exercices » ; « J'ai des livres d'exercices de niveau inférieur que je garde dans ma classe [...] je vais les sortir » ; « connexion internet [...] utiliser des exercices ou des jeux interactifs »

	Réalisation du Partenariat Ergothérapeute-Enseignant Difficultés dans cette Réalisation Moyens/Solutions face à ces Difficultés Valeurs de l'Ergothérapeute/Enseignante pour cette Réalisation du Partenariat Limites du Partenariat
Ergo1	« pas besoin qu'on discute [...] Et c'est fait, la porte est fermée » ; « j'ai parfois l'impression qu'on est sur deux langages différents dans le sens où les enseignants ne sont pas vraiment formés en maths en France » ; « difficultés de communication sur plusieurs points » ; « trouver un moment dans notre emploi du temps » ; « Le fameux double langage [...] Si on ne parle pas les mêmes choses ou qu'on n'est pas tout à fait d'accord sur les choses » ; « les parents [...] ne veulent pas forcément qu'on entre en contact avec les enseignants » ; « parents qui font des démarches en parallèle de l'école qui vont trouver qu'il y a un souci [...] Mais les enseignants disent, ça va aller,

	<i>c'est qu'il a besoin de plus de temps » ; « Et c'est si l'enseignant est d'accord, on y revient toujours. Et si les parents sont ok pour financer »</i> <i>« formation des enseignants [...] Sur les maths » ; « former et informer » ; « je propose tous les moyens de communication : mails, WhatsApp, appels, SMS... Et j'essaye de me conformer à ce qu'ils ont choisi » ; « parents dans la boucle [...] parents soient le premier relais [...] qu'ils préviennent l'enseignant que je vais le contacter »</i> <i>« pour l'enseignant, je suis assez sceptique, car ils ont 30 enfants devant eux, et qu'ils ne peuvent pas se permettre de mettre aussi 2000 % de leur énergie sur un enfant » ; « Et après la ressource du temps, malheureusement, je n'ai pas de formule magique pour la réponse »</i>
Ergo2	<i>« parfois, on parle de la même chose mais pas avec les mêmes mots, on a un problème de vocabulaire [...] l'éducation nationale parle éducation nationale et les ergothérapeutes parlent l'ergothérapie » ; « le TAM [...] ce n'est pas clair dans la tête des gens » ; « le volume-temps [...] je ne peux pas du tout me libérer [...] c'est dur de libérer des heures, des minutes » ; « notre espace-temps où on a chacun notre zone de temps disponible, notre zone temporelle » ; « s'adresser à plusieurs personnes au sein de l'école, donc être en partenariat avec l'enseignant, la direction... »</i> <i>« tout ce qui est visio où je n'ai plus besoin de se déplacer pour certaines choses » ; « trouver un champ lexical commun » ; « Quand ça marche, on fait un job de fou avec les AESH » ; « aller présenter l'ergothérapie au niveau de l'éducation nationale pour pouvoir rentrer dans les classes et pouvoir participer [...] en faisant de l'intervention précoce [...] pour soutenir le retard de développement » ; « travail de prévention et former les gens au TAM » ; « je me suis formée à l'OPC [...] je commence à essayer avec les enseignants »</i> <i>« ça nécessite du temps, de faire un effort sur soi et puis d'être capable de traduire ces termes dans le langage de l'autre et de traduire les termes de l'autre dans son langage »</i>
Ergo3	<i>« enseignants qui ne sont pas forcément ouverts à ce partenariat [...] ou des établissements, car parfois pour rencontrer l'enseignant et/ou faire des temps d'observation de l'enfant en classe, il faut l'accord de la direction, de l'inspection, et il peut y avoir aussi des freins au niveau administratif » ; « pour contacter l'enseignant, si les parents ne le souhaitent pas, ce n'est pas possible [...] l'accord des parents » ; « enseignant a ses propres contraintes aussi : le temps qu'on peut lui donner »</i> <i>« Si l'enseignant est vraiment réfractaire [...] aide d'un tiers ou médiateur [...] je m'appuie beaucoup sur les enseignants référents [...] formés sur les troubles des apprentissages et le besoin de compensation [...] pour permettre cette collaboration » ; « lors d'une ESS où l'enseignant référent puissant faire le lien et soutenir l'intérêt du partenariat ergo-enseignants » ; « trouver un créneau où l'enseignant soit disponible et nous aussi » ; « trouver des conditions pour permettre l'apprentissage (le temps...) » ; « OPC pour aller chercher les ressources chez l'enseignant qui n'est pas assez formé »</i>
Ens1	<i>« temps nécessaire pour le créer, s'organiser pour se rencontrer et échanger sur ce partenariat les premières fois » ; « je n'avais jamais eu affaire à une ergothérapeute. Je ne savais pas comment elle travaille, comment ça va impacter mon organisation et l'exercice de ma profession » ; « L'ergo est peu disponible, pareillement pour moi avec ma classe actuelle qui me prend beaucoup de temps » ; « on ne peut qu'échanger pendant la récré, car l'ergo finit sa séance avec un enfant alors que la récré est bien entamée [...] elle doit parfois repartir aussi vite »</i> <i>« l'écoute » ; « optimiser mon temps pour trouver du temps pour aller vers l'ergo »</i> <i>« Il faut prendre contact pour échanger c'est important. Car on peut ne pas être à l'aise avec l'autre, et échanger règle pas mal de choses. Il ne faut pas rester dans son coin et laisser les choses aller »</i> <i>« temps nécessaire pour le créer, s'organiser pour se rencontrer et échanger sur ce partenariat les premières fois »</i> <i>« l'écoute pour sûr même si, comme je viens de le dire ça peut être compliqué »</i> <i>« L'ergo est peu disponible, pareillement pour moi avec ma classe actuelle qui me prend beaucoup de temps »</i>

	Impact de l'OPC/Approche de Coaching dans la Mise en Place des Adaptations Pédagogiques en Classe pour les Ergothérapeutes/par les Enseignants Contexte d'Utilisation de l'OPC Bénéfices, limites et Risques de l'OPC dans la Prise en Soins de l'Enfant <i>Eléments à Surveiller lors de l'Utilisation de l'OPC/Approche pour la Mise en Place des Adaptations Pédagogiques</i> <i>Suggestions/Avis au Regard de l'OPC/Approche pour la Mise en Place des Adaptations Pédagogiques</i>
Ergo1	« Avec les parents principalement » ; « avec l'AVS quand c'est possible » ; « Après moi j'utilise l'OPC [...] pour qu'on aide la personne si elle émet le besoin d'être aidée » « réponse individualisée au questionnement des enseignants, mais par rapport à des problématiques avec les élèves » « si la personne ne veut pas d'informations, on n'en donne pas » ; « il faut un certain niveau cognitif [...] un certain recul pouvoir analyser sa façon de faire [...] et ce n'est pas toujours possible avec les AESH » ; « l'accès aux enseignants [...] pas le temps pour faire de l'OPC, car il faut avoir un temps d'entretien avec l'enseignant » ; « on a peu d'accès aux écoles de manière officielle » ; « Instaurer une démarche OPC ça ne peut pas prendre que dix minutes » ; « l'enseignant veuille qu'on travaille en coaching [...] C'est très rare » « c'est impossible à appliquer aujourd'hui dans l'état actuel en France [...] on n'est pas du tout dans cette mentalité-là sur les enseignants » ; « consentement [...] d'accord pour qu'on travaille ensemble de cette manière-là » ; « En France, il n'y a pas d'ergos dans les écoles » ; « ça prend plus que dix minutes » ; « l'OPC, c'est le client qui vient voir l'ergothérapeute et pas l'inverse, il y a une démarche active du client » « il faudrait un ergothérapeute dans toutes les écoles par exemple, et qu'il soit là à part entière et qu'on puisse aller la consulter facilement pour les enseignants, qui pourraient relever de la supervision par exemple » ; « la démarche allait avorter du début en fait. Ils n'ont pas le temps, ils ne sont pas dans cette idée-là. Pour moi, l'OPC avec les enseignants, je suis désolée, ça déroute votre truc, mais c'est utopique » ; « une des maîtresses qui m'a dit : « Aaah, j'ai repensé à vous, j'ai vu l'enfant faire ça, qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce que c'est que vous croyez ? ». Ouais, c'est arrivé une fois quoi... »
Ergo2	« En suivi au collège et école » « mettre la personne au centre de la prise en soins, avec laquelle je souhaite travailler, qui devient actrice au lieu d'être passif » ; « extrêmement efficace en termes de durée, d'accompagnement et d'investissement des idées mises en place, car la personne va proposer quelque chose adaptée » ; « le fait que la personne a une bonne notion de qu'est-ce qu'elle peut et ne pas faire [...] que la recherche de solution et le but soit faisable » ; « ça a facilité la mise en place de la collaboration » « très fatigant, très déroutant parfois » ; « je n'ose pas toujours le proposer, car il y a une sorte de pari [...] pas la demande des gens d'être coachée, accompagnée..., ou pas tout de suite » ; « prendre un temps de se connaître, car la première étape d'OPC coûteuse en temps » ; « établir un contact de confiance n'est pas simple, surtout quand il y a déjà une certaine défiance ou inquiétude » ; « j'ai du mal à terminer un accompagnement OPC avec les enseignants, car ils ont toujours un autre objectif » « ne pas avoir le temps de le faire correctement, la possibilité d'être empêchée de mener ma démarche en entier, ne pas être assez claire avec l'enseignante et disponible » « la famille soit informée et d'accord pour commencer, la personne en face soit ok pour cette approche-là, et bien expliquer ce qu'on va faire » ; « être certain que les objectifs menés par l'enseignant sont des objectifs concernant l'enfant et pas la classe » ; « être au clair sur le temps qu'on va pouvoir y consacrer » ; « Ça change complètement la dynamique d'échanges dans l'interaction entre nous » ; « les gens, et particulièrement en France ne sont pas du tout accoutumés et ça peut être ultra déstabilisant pour eux, pas sécurisant » ; « il faut quand même une phase pré-partenariat pour connaître la personne » ; « L'OPC, ça marche avec un enseignant mais dans des conditions sont très spécifiques » ; « il y a certains points que je dois maîtriser » « Dans l'idéal, il faudrait pouvoir être dans l'école. Il faut des ergothérapeutes en milieu scolaire » ; « je pense qu'il y a un vrai intérêt car, en ergothérapie, on a besoin d'une technique de coaching [...] et je pense qu'elle répond pas mal aux cahiers des charges »

Ergo3	« adultes TDAH et enfants TND » ; « Une session OPC peut nous amener vers le manque de formation » « si l'enseignant prêt à cette démarche-là, réfléchir sur sa propre pratique comme renforcer son sentiment de compétence, renforcer son autonomie sur le long terme [...] mettre en lumière leurs ressources propres, celles de la classe sur place, de l'environnement qui pourraient être réutilisés, détournés » « face à des personnes qui ne sont pas disponibles à la réflexion et qui ne vont pas bien recevoir ce type d'approche, parce qu'elles ne sont pas disponibles sur le plan psychique, parce qu'elles ne sont pas là dans leur parcours [...] C'est une question de disponibilité en termes de temps, au niveau cognitif, au niveau psychique aussi » ; « enseignants qui vont aller chercher les solutions ailleurs plutôt que de s'interroger sur ce qu'ils peuvent faire eux à leur niveau car ils n'ont pas le temps ou ne se forme pas » « ne débouche sur aucune solution, mais ce n'est pas très grave » ; « sentiment d'échec du thérapeute, mais bon, ça se gère aussi » « Il faut surveiller comment la personne reçoit ce type d'approche, comment elle réagit, si ça lui convient ou pas » ; « l'OPC n'est pas adapté à toutes les situations, personnes » ; « Avec l'OPC, vu qu'on ne vient pas avec des réponses, si on est face à un enseignant qui attend de nous des réponses, on n'apporte pas finalement ce qui est attendu » « ce n'est pas développer ses compétences, mais mettre en lumière les ressources [...] ça c'est l'OPC » ; « Développer ses compétences, on serait plus sur de l'enseignement, là ça ne correspondrait plus à l'OPC » ; « intérêt pour le partenariat si ce dernier est sur le long terme » ; « Mais, face à un enseignant qui va être submergée par d'autres problématiques et qui voient plutôt des solutions qui viennent de plus haut, l'approche ne va pas solutionner cette difficulté »
Ens1	« être coachée me permettrait de savoir ce que je peux faire pour régler ce problème d'adaptations, d'exercices à choisir ou d'autres éléments à surveiller » ; « ça apporte des notions à prendre en compte, une certaine stabilité dans la collaboration et d'être sur la même longueur d'onde » ; « on va faire circuler les informations et les notions dans l'école, et ainsi favoriser le lien avec l'ergothérapeute » « être coachée c'est comme être formée, ça prend du temps. Et quand vous avez beaucoup d'indisponibilité ou d'emploi du temps qui ne concordent pas, c'est compliqué » ; « on manque d'ergothérapeutes dans les écoles [...] Si moins d'ergos, moins d'opportunités d'échanger, et donc pas de coaching » « l'enseignant doit être prêt à être coaché et qu'on soit bien sur cette même longueur d'onde » « Si on n'a pas ce problème de temps, ça va aider à faire cette collaboration et à fluidifier cette dernière sur le long terme » « Ça peut être bénéfique pour moi. Surtout si c'est un minimum de boulot et qu'on puisse obtenir toutes ces notions »

6.7.3 – Analyse des Résultats de l'Enquête :

Pour analyser qualitativement mes résultats d'enquête, je choisis d'utiliser une approche déductive dans laquelle « le chercheur formule d'abord une hypothèse plus ou moins spécifique et infère logiquement à partir de cette dernière des implications matérielles pour ensuite colliger des données et ainsi éprouver la valeur des hypothèses » (Beaugrand, 1988, p. 9 ; Balslev & Saada-Robert, 2002, p. 90). En lien avec mon enquête, cela signifie repartir de mon hypothèse que je cherche à valider/invalidier, obtenue à la suite de recherches répertoriées dans mes cadres exploratoires et conceptuelles, et qui sous-entend une certaine efficacité de l'approche OPC pour faciliter la mise en place des adaptations pédagogiques au travers d'un partenariat efficace, via l'obtention de données (mes résultats bruts d'enquête) qui vont être traitées via une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Cette dernière se base sur la création de 'codes' qui me permettront de comparer ces données

des participantes à l'enquête en croisant ces dernières selon des thématiques bien précises. En effet, les codes représentent les thèmes et sous-thèmes utilisés précédemment (issus de ma grille d'entretien et émergents durant les entretiens) pour organiser ma présentation des résultats bruts dans les tableaux de verbatims, et me permettront ainsi de structurer mon analyse de ces résultats. Des listes à puces furent créées pour faciliter la présentation de certains éléments d'analyse.

-
- Difficultés**
- Activités de mathématiques
 - Autres activités/situations du quotidien
 - Impacts :
 - comportements, ressentis négatifs
 - baisse de performance, perte d'autonomie
 - « désengagement (Ergo2) »
 - « anxiété (Ergo1) »
- Moyens/Solutions**
- Manipulations d'objets
 - Jeu
 - Stratégies de compensation
 - Aides techniques
 - Adaptations pédagogiques

Figure 3 : Listes à Puces des Difficultés et les Moyens/Solutions pour le Rendement Occupationnel

Les difficultés de rendement occupationnel ont un impact sur la réalisation des activités de mathématiques en classe : calcul mental, compréhension du système de base 10, manipulations, poser des opérations, résoudre un problème, notions de quantité pour mesurer, réaliser et comprendre les exercices, compréhension de tous les nombres irréguliers et les problèmes de niveau inférieur. Selon Ergo2, ces mêmes difficultés vont impacter d'autres activités/situations du quotidien pour se repérer dans le temps et l'espace, mais aussi sur les « notions de quantité pour mesurer » dont la « cuisine pour peser » et les « jeux de société pour compter les points ». Ainsi, toutes ces difficultés impliquent des comportements et des ressentis négatifs des enfants vis-à-vis des mathématiques. Ergo1 et Ens1 évoquent les baisses de performances dans les activités mathématiques liées à une perte d'autonomie, aussi liée à une baisse de l'engagement (Ergo2 : « désengagement »), et aussi d'anxiété (Ergo1).

Parmi les moyens/solutions des participantes face à ces difficultés de rendement occupationnel, elles/ils doivent être ciblé(e)s afin de « travailler sur les plaintes qui sont nommées » qui vont permettre à l'enfant de « sortir du cercle vicieux de l'anxiété » selon Ergo1, de favoriser leur engagement via un « sentiment d'efficacité personnelle suffisant » selon Ergo2, ou ressentir plus de plaisirs et satisfactions selon Ens1. De la manipulation d'objets a été proposé par Ergo1, 2 et 3, du jeu par Ergo1 et des stratégies de compensation selon Ergo1 et 2. Cependant Ergo3 évoque que les classes ne réalisent pas de manipulation d'objets comme moyen pour aider les enfants dans leurs exercices. Au regard des manques et difficultés évoqués précédemment, Ergo1 et 3 proposent de fournir à l'enseignant ces stratégies de compensations qu'elles utilisent, et que l'enseignante propose

aussi des adaptations pédagogiques : « *apprentissages différenciés* », « *diminuer la charge de travail et modifier les consignes* », et « *reformuler, proposer un schéma à l'enfant* ». Ens1 confirme l'intérêt de « *diminuer le niveau des attendus à leur âge* », d'adapter « *leur travail en préparant leur cahier de mathématiques* », de rester avec eux « *pour leur réexpliquer, les accompagner, et surtout les motiver* ». Des « *petites aides techniques pour les plus grands comme la calculatrice (Ergo2)* » sont possibles.

Cette partie souligne l'importance d'une bonne communication entre les acteurs pour mettre en place les adaptations pédagogiques, stratégies ou autres moyens des participantes.

Difficultés
• Différences d'observations • Manque de compréhension, désaccords, adaptation inadaptée aux besoins • Manque de formations • Déviation de l'objectif • Manque de temps
Moyens/Solutions
• Partenariat : travailler/mettre en place à la maison ce qui est difficile en classe, échanges, informer • « <i>suivi des adaptations (Ergo2)</i> » • « <i>enseignants aient un temps (Ergo3)</i> » • Anticipe « <i>au maximum (Ens1)</i> »
Limites
• Trouver la bonne adaptation • « <i>choses à faire en amont (Ergo3)</i> » : nécessite du temps déjà limité • Divergence d'intérêt pour l'adaptation et des objectifs : ne pas se « <i>battre</i> » pour convaincre l'enseignant

Figure 4 : Listes à Puces des Difficultés, Limites et Moyens/Solutions pour la Mise en Place des Adaptations Pédagogiques

Parmi les difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques, Ergo1 évoque les différences d'observations sur les capacités de l'enfant en classe (« *on ne voit pas forcément les mêmes choses* »). Ergo2 mentionne le manque de compréhension sur l'intérêt de l'adaptation par l'environnement de l'enfant risquant d'être « *moins bien acceptée* », les désaccords sur sa mise en place, et l'idée d'utiliser une adaptation inadaptée fonctionnant avec d'autres enfants sans prendre en compte ses spécificités et selon les besoins précis de l'enfant. A cela, elle rappelle que trop d'adaptations proposées à l'enfant « *tue l'adaptation* », car cette dernière doit rester ciblée et efficace. Ces difficultés peuvent être liées au « *manque de formations* » (Ergo3) des enseignants sur ses adaptations. Ergo2 évoque la « *réticence* » des enfants d'être le seul en classe à utiliser l'adaptation, ou au contraire l'utiliser comme un jeu, ce qui, dans les 2 cas, dévie son objectif initial. Ergo3 et Ens1 évoquent le manque de temps à l'enseignant pour reprendre certains apprentissages en lien avec le rythme de la classe à gérer, ou pour que l'enfant maîtrise l'adaptation avec le risque qu'elle ne soit « *pas la bonne solution* » (Ens1), ou pour « *préparer* » (Ens1) hors heures de travail les adaptations.

Concernant les valeurs des participantes pour cette mise en place des adaptations, chaque partenaire a ses priorités selon ses objectifs de prise en soins. En effet, selon Ergo1, si les enseignants ne mettent pas en place des compensations car leur but n'est pas de maintenir l'autonomie pour les mathématiques, alors la mise en place d'adaptations pédagogiques de leur part ne viendra pas non plus (*« si à un moment, il n'y a pas de compensation en classe, il n'y a pas d'adaptations en classe qui sont possibles »*). Ergo3 mentionne utiliser les adaptations en *« solution ultime »* face aux difficultés des enfants et comme des moyens qu'ils ont *« trouvé ou imaginé dans le cadre d'une séance CO-OP »*, lors de son accompagnement dans le développement de leurs propres *« stratégies »*. En lien avec l'acceptation nécessaire de l'aide, elle préfère *« évaluer ce dont ils ont besoin sans rien imposer »*.

Selon les participantes, certaines de ces difficultés peuvent aussi être considérées comme des limites. Ergo2 nous a évoqué les difficultés de trouver 'la' bonne adaptation à mettre en place ciblée sur les besoins de l'enfant. En effet, elle pourrait être *« trop couteuse et contre-productive »* si non-adaptée à l'enfant, ou trop nombreuse. Aussi, elle estime que l'adaptation peut être limitée en efficacité et *« moins bien acceptée »* si elle n'est pas comprise par l'enfant et l'enseignant. Ergo3 et Ens1 évoquent aussi des *« choses à faire en amont (Ergo3) »* des 2 partenaires, mais cela nécessite du temps déjà limité pour la compréhension de l'enfant (*« s'il n'y voit pas le sens derrière »*) et de *« l'accompagnement de l'enfant dans la gestion de l'adaptation (Ens1) »*. Par exemple, Ens1 anticipe en utilisant des *« livres d'exercices de niveau inférieur »*, utilisant sa *« connexion internet »* pour *« des exercices ou des jeux interactifs »*.

Parmi les moyens/solutions face à ces difficultés, Ergo1 propose de faire du partenariat avec les parents pour travailler/mettre en place à la maison ce qui est difficile en classe, idée partagée par Ens1 avec ses collègues enseignants, et Ergo2 avec l'enseignant et l'AESH pour échanger sur leurs difficultés rencontrées, leurs solutions envisagées et ainsi d'informer via un *« travail d'éducation de l'environnement »* de l'enfant. Ens1 évoque ses échanges avec les professionnels d'un SESSAD, dont l'ergothérapeute, sur ses observations et obtenir des *« pistes, indices, conseils »* qu'elle considère *« très formatif »*. Ergo3 évoque le partenariat entre des *« orthophonistes spécialisés »* et l'enseignant, et avec l'ergothérapeute. Après l'étape de mise en place, Ergo2 mentionne le *« suivi des adaptations pour vérifier si elles sont toujours opportunes, fonctionnent et répondent à la demande »* par rapport aux besoins cités précédemment de l'adaptation d'être ciblé, comprise, adaptée, acceptée et en faible nombre. Pour le besoin de temps, Ergo3 proposent que les *« enseignants aient un temps dédié à la mise en place des adaptations et, en petits groupes, qu'ils reprennent les notions avec les enfants via des manipulations »*. Ce besoin se confirme avec Ens1 qui anticipe *« au maximum »* cette préparation des adaptations afin de diminuer ses difficultés pour cette dernière.

Les solutions face aux difficultés de mise en place des adaptations sont nombreuses, mais avec un effet plus faible que prévu dû aux limites possibles rencontrées avant ou durant cette dernière. Nous pouvons à nouveau souligner l'importance de cette collaboration entre les 2 partenaires dans la mise en place ou non des adaptations. En effet, Ergo 1 évoque dans ses valeurs que face aux différences d'objectifs entre elle et l'enseignant, elle reste sur ce qu'elle souhaite faire pour l'enfant en lien avec ses objectifs (« *l'enfant, un jour, soit autonome dans sa vie quotidienne par rapport aux maths* » ; « *aller mettre du sens sur les opérations* » ; « *faire du par cœur sans comprendre ce qu'on fait, moi ça ne m'intéresse pas* »). Elle évoque aussi ne pas se « *battre* » pour convaincre l'enseignant, quitte à éviter la collaboration (« *Si ça ne fonctionne pas, moi je vais continuer à travailler dans mon coin* »).

Difficultés
• Communication • Manque de formations • Impact des nombreux partenaires : enseignant, direction, parents • Manque de temps et disponibilités • 1^{ère} rencontre avec l'ergothérapeute
Moyens/Solutions
• « <i>Formations des enseignants [...] Sur les maths (Ergo1)</i> » et le « <i>TAM (Ergo2)</i> », « <i>informer (Ergo1)</i> » • « <i>Présenter l'ergothérapie au niveau de l'éducation nationale (Ergo2)</i> » • Trouver un champ lexical commun, « <i>l'écoute (Ens1)</i> » • Plusieurs « <i>moyens de communication (Ergo1)</i> », se « <i>conformer à ce qu'ils ont choisi (Ergo1)</i> » • Visioconférences • « <i>Trouver des conditions pour permettre l'apprentissage (le temps...) (Ergo2)</i> » • Impliquer les parents, aller vers d'autres partenaires, aide de tiers/médiateurs • Utiliser l'OPC avec les enseignants
Limites
• Classe de « <i>30 enfants devant eux (Ergo1)</i> » : pas se focaliser à « <i>2000%</i> » sur un enfant • Manque de temps et disponibilités

Figure 5 : Listes à Puces des Difficultés, Limites et Moyens/Solutions pour la Réalisation du Partenariat Ergothérapeute-Enseignant

Tout comme pour les adaptations, la réalisation du partenariat entre les 2 partenaires rencontre de nombreuses difficultés. Ergo1 et 2 évoquent des difficultés de communication par l'absence de cette dernière (« *pas besoin qu'on discute* » (Ergo1)) ou sous forme de « *double langage* » entre elles et les enseignants (Ergo1 : « *on est sur deux langages différents dans le sens où les enseignants ne sont pas vraiment formés en maths* ») et de « *vocabulaire* » (Ergo2 : « *on parle de la même chose mais pas avec les mêmes mots, on a un problème de vocabulaire* »). Nous pouvons aussi y faire un lien avec le manque de formations des enseignants sur leur clarté des « *maths* » (Ergo1) et du « *TAM* » (Ergo2). Les participants ont évoqué les nombreux partenaires possibles pour la prise en soins de l'enfant et ils vont avoir un impact dans la réalisation du partenariat. En effet, Ergo1 et 3 évoquent que l'enseignant peut lui aussi refuser ce partenariat (Ergo3 : « *enseignants qui ne sont pas*

forcément ouverts à ce partenariat »). Selon Ergo3, l'établissement peut aussi refuser de donner « l'accord » pour « rencontrer l'enseignant et/ou faire des temps d'observation de l'enfant en classe ». Ergo1 et 3 rappellent l'impact des rôles des parents dans la prise en soins de leurs enfants qui restent prioritaires. En effet, ces derniers pouvant faire des « démarches en parallèle de l'école » puis « trouver qu'il y a un souci (Ergo 1) », ils peuvent se référer plutôt au discours de l'enseignant contraire à l'ergothérapeute (« c'est qu'il a besoin de plus de temps » (Ergo1)), ou refuser la prise de contact entre les 2 partenaires selon Ergo3. Ergo1 évoque le financement des parents comme difficulté possible. Toutes les participantes évoquent à nouveau le manque de temps pour organiser les rencontres pour créer et continuer le partenariat, notamment pour faire concorder leur emploi du temps selon leurs disponibilités. En effet, Ergo3 mentionne le temps possible accordé à l'enseignant en lien avec la gestion de sa classe qu'Ens1 évoque aussi. Ens1 mentionne aussi l'ergothérapeute « peu disponible », qui « finit sa séance avec un enfant alors que la récré est bien entamée », hors « on ne peut qu'échanger pendant la récré » et « elle doit parfois repartir aussi vite ». La 1^{ère} rencontre avec l'ergothérapeute s'étant bien passée pour Ens1, cela ne pourrait pas être le cas d'autres enseignants sur : la manière de travailler de l'ergothérapeute et son impact sur la profession d'enseignante.

Concernant les valeurs des participantes pour la réalisation de ce partenariat, Ens1 estime important de « prendre contact pour échanger », de ne « pas rester dans son coin et laisser les choses aller », estimant que « cela règle pas mal de choses » concernant les difficultés précédentes.

Tout comme pour les adaptations, les participantes évoquent quelques limites concernant la réalisation du partenariat. Ergo1 pense que les enseignants avec une classe de « 30 enfants devant eux » ne peuvent pas se focaliser à « 2000% » sur un enfant nécessitant un accompagnement plus poussé, dont la maîtrise d'adaptations citée précédemment. Nous les avons évoqués, mais le manque de temps limite aussi les possibilités du partenariat, car ce dernier nécessite ce temps pour être réalisé (Ens1 : « temps nécessaire pour le créer, s'organiser pour se rencontrer et échanger sur ce partenariat les premières fois ») et aussi pour résoudre les difficultés de communication via de « l'écoute (Ens1) » et un langage commun (Ergo2 : « ça nécessite du temps, de faire un effort sur soi et puis d'être capable de traduire ces termes »). Ainsi, nous retrouvons les difficultés de disponibilités des partenaires évoquées précédemment qui limite aussi le partenariat dans son rôle (Ens1 : « L'ergo est peu disponible, pareillement pour moi avec ma classe actuelle qui me prend beaucoup de temps »). C'est compliqué au point qu'Ergo1 n'a pas de « formule magique » à ce problème de temps...

Pour les moyens/solutions face à ces difficultés, Ergo1 et 2 proposent des « formations des enseignants [...] Sur les maths (Ergo1) » et le « TAM (Ergo2) », et aussi d'« Informer (Ergo1) ». Ergo2 souligne l'importance de « présenter l'ergothérapie au niveau de l'éducation nationale pour pouvoir rentrer dans les classes et pouvoir participer [...] en faisant de l'intervention précoce » afin de réaliser

un « *travail de prévention* ». Avec ou sans l'aide de ces formations, Ergo2 propose de trouver un champ lexical commun pour les difficultés de communication, tandis qu'Ens1 souligne « *l'écoute* ». Ergo1 propose plusieurs « *moyens de communication* » et tente de se « *conformer à ce qu'ils ont choisi* ». Ergo2 évoque les visioconférences pour limiter certains déplacements pour gagner du temps. Elle évoque aussi de « *trouver des conditions pour permettre l'apprentissage (le temps...)* » en proposant de « *trouver un créneau où l'enseignant soit disponible et nous aussi* », là où Ens1 essaie d'« *optimiser* » son temps « *pour aller vers l'ergo* ». Ergo1 essaie d'impliquer les parents et les considérer comme le « *premier relais* » pour prévenir l'enseignant « *que je vais le contacter* » s'ils sont d'accord pour ce partenariat. Ergo2 renforce cette idée d'aller vers d'autres partenaires, notamment avec l'AESH. Ergo3 s'appuie sur l'aide de tiers/médiateurs comme les « *enseignants référents formés sur les troubles des apprentissages et le besoin de compensation* » qui porteraient l'intérêt du partenariat ergothérapeute-enseignant lors des ESS si « *l'enseignant est vraiment réfractaire* ». Ergo2 et 3 mentionnent l'idée d'utiliser l'OPC avec les enseignants comme une solution, notamment « *pour aller chercher les ressources chez l'enseignant qui n'est pas assez formé (Ergo3)* ».

Bénéfices

- Répondre aux questions de chaque enseignant
- Place l'enseignant qui devient « *actrice (Ergo2)* » et « *au centre de la prise en soins (Ergo2)* »
- « *extrêmement efficace en termes de durée, d'accompagnement et d'investissement des idées mises en place (Ergo2)* »
- Moyen à l'enseignant
- Apport de notions
- Efficacité « *d'accompagnement (Ergo2)* »
- « *circuler les informations et les notions dans l'école, et ainsi favoriser le lien avec l'ergothérapeute (Ens1)* »

Limites

- Souhaits de l'enseignant
- Enseignants « *vont aller chercher les solutions ailleurs (Ergo3)* »
- Manques de temps et de disponibilités
- « *d'accès aux écoles de manière officielle (Ergo1)* »
- « *une certaine défiance ou inquiétude (Ergo2)* »
- « *niveau cognitif (Ergo3)* », « *niveau psychique (Ergo3)* »
- « *très fatigant, très déroutant parfois (Ergo2)* »
- « *du mal à terminer un accompagnement OPC avec les enseignants, car ils ont toujours un autre objectif (Ergo2)* »

Risques

- Manque de temps ou « *d'être empêchée* », de clarté et de disponibilités
- « *ne débouche sur aucune solution (Ergo3)* », « *sentiment d'échec du thérapeute (Ergo3)* »

Figure 6 : Listes à Puces des Bénéfices, Limites et Risques de l'OPC dans la Prise en Soins Globale de l'Enfant

Le dernier thème porte sur l'impact de l'approche OPC dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe pour les 2 partenaires. A la lecture des résultats, les participantes ont toutes évoqué des points positifs et négatifs sur l'approche OPC pour la mise en place des adaptations. Pour faciliter cette présentation des informations, je choisis de lier leurs éléments et avis/suggestions négatifs sur l'approche aux limites de l'OPC pour la prise en soins de l'enfant, et similairement pour leurs éléments et avis/suggestions positifs aux bénéfices.

L'approche est pratiquée par les 3 ergothérapeutes. En croisant leurs réponses, nous la retrouvons en « *suivi au collège et école (Ergo2)* », avec les « *parents (Ergo1)* » et l' « *AVS quand c'est possible (Ergo1)* », auprès d' « *adultes TDAH et enfants TND* », et selon si la personne « *émet le besoin d'être aidée (Ergo1)* » ou face au « *manque de formation (Ergo3)* ».

Les participantes ont évoqué des bénéfices sur l'approche OPC dans la prise en soins globale de l'enfant. Selon Ergo1, elle permettrait de répondre aux questions de chaque enseignant mais « *par rapport à des problématiques avec les élèves* ». Selon Ergo2, le thérapeute place l'enseignante qui devient « *actrice* » et « *au centre de la prise en soins* ». Ainsi, Ergo2 considère l'approche « *extrêmement efficace en termes de durée, d'accompagnement et d'investissement des idées mises en place, car la personne va proposer quelque chose adaptée* », au regard de ce qui est possible pour « *la recherche de solution et le but* ». En effet, nous pouvons y rajouter les réponses d'Ergo3 évoquant l'OPC comme moyen à l'enseignant, s'il est « *prêt à cette démarche-là* », de « *réfléchir sur sa propre pratique* » pour renforcer « *son sentiment de compétence* », « *son autonomie sur le long terme* », et de mobiliser « *leurs ressources propres, celles de la classe sur place, de l'environnement qui pourraient être réutilisés, détournés* ». Ens1 confirme ces bénéfices via l'apport de notions que cette approche permettrait en étant « *coachée* » pour « *régler ce problème d'adaptations, d'exercices à choisir ou d'autres éléments à surveiller* ». Cela confirme aussi selon Ergo2 l'efficacité « *d'accompagnement* » de l'approche qui apporterait une « *certaine stabilité* » et « *d'être sur la même longueur d'onde* » dans la collaboration entre les 2 partenaires. Ens1 voit le bénéfice de faire « *circuler les informations et les notions dans l'école, et ainsi favoriser le lien avec l'ergothérapeute* » dans l'établissement.

Pour les risques de l'approche, Ergo2 évoque le manque de temps ou « *d'être empêchée* » de réaliser l'OPC correctement et entièrement, ainsi que le manque de clarté et de disponibilités auprès de l'enseignante. Selon Ergo3 évoque des risques gérables et sans gravité où l'approche « *ne débouche sur aucune solution* » ou fasse ressentir un « *sentiment d'échec du thérapeute* ».

L'approche OPC rencontrerait de nombreuses limites pour être un partenariat efficace selon les participantes. En effet, nous ne pouvons aller contre les souhaits de l'enseignant s'il « *ne veut pas d'informations (Ergo1)* » à recevoir, ce qui empêche tout simplement la réalisation de l'OPC. Il est aussi possible que les enseignants « *vont aller chercher les solutions ailleurs plutôt que de s'interroger sur ce qu'ils peuvent faire eux à leur niveau car ils n'ont pas le temps ou ne se forme pas (Ergo3)* ». Au-delà de ces difficultés, il est aussi rare de trouver un enseignant qui souhaite travailler « *en coaching (Ergo1)* », car ce n'est « *pas la demande des gens d'être coachée, accompagnée..., ou pas tout de suite (Ergo2)* », amenant l'OPC à une « *sorte de pari (Ergo2)* » par rapport à ce que souhaite réellement l'enseignant de l'ergothérapeute, et par conséquent à ne pas oser « *toujours le proposer (Ergo2)* ». Nous avons déjà évoqué les manques de temps et de disponibilités des 2 partenaires. Hors, ils vont

limiter l'instauration de cette approche qui est « *couteuse en temps (Ergo2)* » et nécessite plusieurs entretiens (« *être coachée c'est comme être formée, ça prend du temps (Ens1)* »). Selon Ergo1 et Ens1, nous pouvons aussi ajouter les difficultés « *d'accès aux écoles de manière officielle (Ergo1)* » pour les ergothérapeutes, alors qu'« *on manque d'ergothérapeutes dans les écoles (Ens1)* », limitant les « *opportunités d'échanger, et donc pas de coaching (Ens1)* ». L'instauration de l'OPC peut être impactée par « *une certaine défiance ou inquiétude (Ergo2)* » de l'ergothérapie au moment d'« *établir un contact de confiance (Ergo2)* ». L'approche nécessite un certain « *niveau cognitif (Ergo3)* » pour être pratiquée, notamment pour « *analyser sa façon de faire (Ergo1)* », mais aussi une disponibilité au « *niveau psychique (Ergo3)* ». A ce titre, Ergo2 rapporte que l'OPC peut être « *très fatigant, très déroutant parfois* ». Enfin, Ergo2 évoque avoir « *du mal à terminer un accompagnement OPC avec les enseignants, car ils ont toujours un autre objectif* ».

Les participantes ont cité des éléments et avis/suggestions négatifs concernant l'approche OPC/de coaching pour la mise en place des adaptations pédagogiques. Au-delà des risques évoqués par Ergo1 et 3 de refus possibles du partenariat ergothérapeute-enseignant par l'enseignant, l'établissement et les parents, dans le cadre où ce partenariat est possible, le « *consentement (Ergo1)* » de l'enseignant si ce dernier refuse d'être coaché et « *l'accord (Ergo2)* » de la famille peuvent empêcher la réalisation de l'approche si non donnés. En effet, être coaché n'est pas leur « *mentalité (Ergo1)* » actuelle en France ; donc avec l'OPC, dont les gens « *ne sont pas du tout accoutumés* », pourraient être « *ultra déstabilisant pour eux, pas sécurisant* », car elle « *change complètement la dynamique d'échanges dans l'interaction entre nous* », rendant l'approche non « *applicable (Ergo1)* » auprès des enseignants. Les participantes ont déjà évoqué cette limite de trouver une enseignante voulant être coachée qui est rare et pas toujours leur demande. Cela confirme les difficultés pour réaliser cette approche, car dans l'OPC : « *c'est le client qui vient voir l'ergothérapeute et pas l'inverse, il y a une démarche active du client (Ergo1)* ». A titre d'exemple, Ergo1 n'évoque qu'une seule situation où elle a retrouvé cette démarche active durant sa profession, confortant l'idée d'Ergo2 que l'OPC est utilisable avec un *enseignant mais dans des conditions sont très spécifiques* ». En parallèle, Ergo3 rappelle que l'approche OPC « *n'est pas adapté à toutes les situations, personnes* » et qu'il faut « *surveiller comment la personne reçoit ce type d'approche, comment elle réagit* ». Ens1 rappelle aussi que « *l'enseignant doit être prêt à être coaché* ». Ergo1 et 3 ont déjà mentionné cette certaine disponibilité cognitive et psychique nécessaire pour la pratiquer.

La limite du temps nécessaire pour instaurer l'approche OPC est de nouveau évoquée (« *ça prend plus que dix minutes (Ergo1)* ») et nécessaire avec une « *phase pré-partenariat pour connaître la personne (Ergo2)* », ce qui se heurte aux difficultés de disponibilités évoquées précédemment. Ainsi,

selon Ergo1, cette approche OPC ne peut pas marcher auprès des enseignants, considérant que « *la démarche allait avorter du début* » et même « *utopique* », surtout du point de vue des limites de temps et de mentalité (« *Ils n'ont pas le temps, ils ne sont pas dans cette idée-là (Ergo1)* »). Cette limite de temps est aussi liée à celle de l'absence « *d'ergos dans les écoles (Ergo1)* », ce qui ne facilite pas non plus le lien nécessaire entre les 2 partenaires. Hors, Ergo1 et 2 mentionnent cet intérêt d'ergothérapeutes dans les écoles et « *à part entière (Ergo1)* », pour que les enseignants aillent les « *consulter (Ergo1)* » sous une forme de « *supervision (Ergo1)* » de l'ergothérapeute (en lien avec la démarche active citée précédemment), ce qui faciliterait ce lien nécessaire.

En lien avec le risque de manque de clarté, Ergo2 souligne l'importance de bien clarifier avec l'approche OPC « *ce qu'on va faire* », « *le temps qu'on va pouvoir y consacrer* », et aussi que « *les objectifs menés par l'enseignant* » soient centrés sur « *l'enfant et pas la classe* ». En effet, Ergo2 précise que « *vu qu'on ne vient pas avec des réponses, si on est face à un enseignant qui attend de nous des réponses, on n'apporte pas finalement ce qui est attendu* ». Ergo3 confirme ce point de vue en évoquant que « *face à un enseignant qui va être submergé par d'autres problématiques et qui voient plutôt des solutions qui viennent de plus haut, l'approche ne va pas solutionner cette difficulté* », surtout que l'OPC a pour but de « *renforcer son sentiment de compétence* », et non de « *développer ses compétences* ». Ens1 évoque aussi cette importance des 2 partenaires d'être « *sur cette même longueur d'onde* ». Pour rappel, Ergo2 avait déjà mentionné précédemment cette « *sorte de pari* » d'utiliser l'approche par rapport à ce que souhaite réellement l'enseignant de l'ergothérapeute.

Bien que les participantes aient exprimé de nombreuses limites de l'approche OPC/de coaching pour cette mise en place des adaptations pédagogiques, elles évoquent quelques éléments et avis/suggestions positifs. En effet, Ergo3 pense que l'OPC serait intéressante pour un « *partenariat si ce dernier est sur le long terme* », en lien avec les bénéfices de répondre au besoin de l'enseignant pour son élève, ou encore « *en termes de durée, d'accompagnement et d'investissement des idées mises en place* » précédemment cités. Si le manque de temps et de disponibilité est résolu, alors Ens1 confirme aussi que l'approche va faciliter « *cette collaboration et à fluidifier cette dernière sur le long terme* » entre les 2 partenaires. Une telle approche serait « *bénéfique* » pour Ens1 de pouvoir « *obtenir toutes ces notions* », et ce avec « *un minimum de boulot* ». Cela sous-entend l'avis d'Ergo2 qu'une « *technique de coaching* » est intéressante pour la mise en place des adaptations, car elle répondrait « *aux cahiers des charges* ».

6.7.4 – Discussion des Résultats de l’Enquête :

Cette discussion présente les arguments permettant la validation/invalidation de l’hypothèse et seront classés par importance : ‘niveau 1’ appuyant « *le plus fortement l’acceptation ou le rejet de l’hypothèse de départ* » (Lindsay & Poindron, 2011a, p. 154), ‘niveau 2’ permettant « *d’émettre une opinion sur la validité de l’hypothèse, mais qui sont moins convaincants que les précédents* », et ‘niveau 3’ qui « *sont intéressants sur le plan scientifique, mais qui sont sans rapport avec l’hypothèse initiale* ».

Pour poser le contexte de l’entretien, les 3 premiers objectifs étaient ‘d’identifier’ les difficultés de rendement occupationnel, la mise en place des adaptations pédagogiques et la réalisation du partenariat ergothérapeute-enseignant pour la prise en soins de l’enfant atteint de TAM via le recueil de partages d’expériences professionnelles des participantes de l’enquête et le repérage de champs lexicaux. Hors, les arguments de cette pose du contexte seront classés niveau 3, car je considère qu’ils ne répondent pas directement à l’hypothèse qui se base sur l’impact de l’OPC pour la mise en place des adaptations. Ainsi, les analyses confirment l’impact des difficultés de rendement occupationnel causées par les TAM sur la réalisation d’activités de mathématiques et d’autres activités/situations du quotidien (APEDYS 78 ; Barray, 2013 ; Bossy & Roche ; Crocq, 2015 ; HAS, 2017 ; OMS). Nous retrouvons ainsi l’adoption de comportements et ressentis négatifs par l’enfant (Crocq, 2015), une baisse de sa performance (Crocq, 2015), d’autonomie (que nous visons à améliorer via des adaptations pédagogiques en séances de réadaptation (Barray, 2013)), d’engagement (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend et al., 2013 ; Wiseman et al., 2005 ; Vermeulen & Hamdi-Bourgois, 2023), et de l’anxiété (Crocq, 2015 ; Sulkes, 2013) pour ces activités de mathématiques. Cela a permis d’identifier des moyens/solutions selon ces dernières, dont des adaptations pédagogiques.

Cependant, la mise en place de ses adaptations rencontre des difficultés, dont des divergences d’intérêts et d’objectifs (Mérini, 2012) sur ce qui est important pour chacun des 2 partenaires, pouvant amener à des différences d’observations et des désaccords entre les 2 partenaires, impliquant un risque final de non-mise en place de l’adaptation. Le manque de formation et temps viennent compliquer la compréhension de l’adaptation (Baligand, 2012 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017 ; Mérini, 2012) impliquant des difficultés que Despres (2010) mentionnait déjà et que nous retrouvons dans nos analyses : la déviation de l’objectif ou l’inadaptabilité liées à une mauvaise utilisation de l’adaptation et le manque de temps pour amorcer cette mise en place. En lien avec Ergo2, Despres (2010) et Huau et al. (2017) ont rappelé l’importance de bien cibler les adaptations et qu’elles soient bien acceptées par l’élève face au risque d’en proposer un trop grand nombre. Enfin, des moyens/solutions face aux difficultés ont été proposés et vont permettre de faire du lien avec le prochain objectif, notamment au travers de partenariats où elles vont être mises en place (Barray, 2013 ; Despres, 2010 ; HAS, 2017).

Nous retrouvons parmi les difficultés de réalisation du partenariat des éléments perturbateurs similaires à ceux des adaptations pédagogiques. En effet, le manque de formations des enseignants réapparaît et aussi en lien avec le manque de temps pour se former ce coup-ci à « *l'éducation à la santé* » (Mérini, 2012, p. 3) sur le TAM et les mathématiques, amenant à des difficultés de communication entre les 2 partenaires selon les participantes (vocabulaires, langages différents...). Nous l'évoquerons plus tard, mais les parents ont un rôle primordial dans la prise en soins de l'enfant, dont les décisions peuvent impacter la réalisation du partenariat ; ces derniers étant « *acteurs à part entière* » (HAS, 2017, p. 20). Il a été évoqué aussi des difficultés lors de la 1^{ère} rencontre avec l'ergothérapeute pour l'enseignant avec l'impact de recevoir ce dernier sur la pratique de l'enseignant. Enfin, des moyens/solutions face aux difficultés ont été proposés dont l'OPC.

Le dernier objectif a aussi été recherché selon les partages d'expériences des ergothérapeutes pour déterminer l'impact de l'OPC face aux difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe, et selon leurs connaissances et visions sur cette dernière. Ainsi, lors de l'exploitation des résultats, sont apparus des éléments et avis/suggestions positifs/négatifs concernant l'approche OPC pour cette mise en place liés aux bénéfices et limites/risques de l'approche dans la prise en soins de l'enfant. Il en ressort des arguments permettant la validation/invalidation de l'hypothèse répartis en 2 catégories : positifs/en faveur de l'OPC face aux difficultés et négatifs/en défaveur.

Des arguments positifs en faveur de l'OPC sont retrouvables parmi les réponses des ergothérapeutes, notamment comme partenariat sur le long terme pour répondre aux besoins de l'enseignant liés à ceux de l'enfant. En niveau 1, nous avons évoqué que l'OPC permettait cet apport de nouvelles « *connaissances spécialisées* » (Kessler & Graham, 2015, p. 163) (l'enseignant possédant déjà des connaissances) sur le développement et le handicap de l'enfant (rendement occupationnel...), afin d'améliorer la « *performance occupationnelle* » des bénéficiaires (Graham et al., 2009 ; Graham et al. 2013 ; Kessler & Graham, 2015, p. 163). Cette dernière étant définie par « *ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable* » (Fisher, 2019, p. 173), cet apport de notions via du « *langage spécifique, des questions et des indices de réflexion* » (Kessler & Graham, 2015, p. 163) permettrait à l'enseignant d'analyser sa pratique via des « *changements dans leur environnement social et physique* » (p. 163 ; Graham et al., 2009), dont la mobilisation des ressources au sein de la classe. Ainsi, en lien avec le partenariat-patient de Mme Pomey et al. (2015), l'enseignant deviendrait plus « *autonome et actif dans la dynamique de soins* » (p. 43 ; Coulter, 2002). Il développe son sentiment de compétence, notion non-évoquée auparavant et définit par des « *jugements que se forment les individus quant à leur capacité à organiser et à exécuter les séries d'actions requises pour réaliser des types déterminés de performances* » (Guichard & Huteau, 2022, p. 397 ; Bandura, 1986, p. 391), dont la mise en place d'adaptations pédagogiques adaptées aux besoins de l'enfant. Cet apport

de notions permettrait aussi de pallier au manque de formation des enseignants évoqué précédemment qui pouvait leur susciter des « *interrogations et des inquiétudes légitimes relatives à la crainte fondée, de ne pas connaître suffisamment les capacités et les troubles particuliers de l'enfant et de ne pas posséder les compétences nécessaires pour le guider* » (Baligand, 2012, p. 230 ; HAS, 2017) selon ses besoins à l'instant t. Pomey et al., 2015 évoquait aussi que le patient (ici bénéficiaire/enseignant) « *doit pouvoir faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de leadership, au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique* » (p. 42 ; CPASS, 2013b). Ainsi, l'approche se focalisant sur les besoins de l'enseignant liés à ceux de l'enfant à l'instant t, lui permettant de développer sa pratique, tout en restant au même niveau que l'ergothérapeute, nous pouvons confirmer, en lien avec les propos des participantes, l'efficacité de l'OPC dans le temps, l'accompagnement, les idées à mettre en place, la stabilité du partenariat tout en étant sur un pied d'égalité entre les 2 partenaires. En niveau 2, Ens1 ne pouvant être formé à l'approche OPC (formation pour les ergothérapeutes), ses réponses sont à prendre avec précaution. Mais, elles rejoignent cet argument favorable d'une approche de coaching pour fluidifier son partenariat via cette manière de l'ergothérapeute de la coacher pour obtenir plus facilement ces notions.

Concernant les arguments négatifs, en niveau 1, nous retrouvons un élément perturbateur déjà évoqué : la divergence d'intérêts de Mérini (2012) entre les 2 partenaires en lien avec le système dans lequel ils travaillent et leurs propres objectifs prioritaires et besoins à l'instant t dans la prise en soins, impliquant des demandes différentes de ne pas être coaché ou ne pas recevoir des informations, de rendement occupationnel (Fisher, 2019 ; Graham et al., 2009 ; Graham et al. 2013 ; Kessler & Graham, 2015) ou autre, ce qui perturberait l'implémentation et la poursuite de l'OPC. Mérini (2012) rappelait que le manque d' « *objectifs communs* » (p. 3) peut pousser au risque de refus du partenariat à la suite d'une « *stratégie d'évitement ou d'abandon* » de l'« *acteur* » (ici les partenaires ; Ergo1 mentionnant ne pas à se « *battre* » à la suite de désaccords sur les objectifs avec l'enseignant). A cela, Mérini (2012) évoque des « *négociations* » (p. 3) où les professionnels « *s'affrontent* » pour ce but commun en lien avec « *l'identité professionnelle* » des 2 partenaires qui « *pousse chacun à affirmer ses spécificités* », perturbant ainsi le partenariat si des désaccords persistent.

Nous avons évoqué précédemment l'impact et l'importance des parents dans la prise en soins de leur enfant. En effet, la HAS rappelle qu'ils sont des « *acteurs à part entière* » (HAS, 2017, p. 20) de cette prise en soins, et donc collaborent avec l'enseignant. Leur accord est nécessaire pour que l'enseignant obtienne des informations sur l'enfant et sa prise en soins (HAS, 2017), signifiant que les décisions des parents peuvent aussi amener à des divergences d'intérêts perturbant la réalisation du partenariat en refusant ce dernier. En lien avec cet accord nécessaire, nous retrouvons un autre

élément perturbateur de Mérini (2012) : l'impact de la « *structure hiérarchique* » (p. 2) du lieu de travail, en lien avec sa « *culture* ». Pour rappel, Ergo3 précisait qu'il fallait aussi « *l'accord de la direction, de l'inspection* » pour réaliser le partenariat. Ainsi, en lien avec les divergences d'intérêts et d'objectifs, l'enseignant peut se voir refuser ce partenariat avec l'ergothérapeute par sa hiérarchie et est obligé de s'y contraindre en raison de leur « *Obligation d'obéissance hiérarchique* » (Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques, 2013) de la Loi n°83.634 du 13 juillet 1983, article 28.

Aussi, la « *culture* » du lieu de travail appuie les propos d'Ergo2 que les enseignants n'ont pas cette « *mentalité* » actuelle d'être coachés, compliquant encore plus la réalisation de l'OPC, dont l'apport de notions se fait par un « *langage spécifique, des questions et des indices de réflexion* » (Kessler & Graham, 2015, p. 163), perturbant la « *dynamique des échanges (Ergo2)* » entre les participantes car l'approche serait perçue comme « *déstabilisant pour eux, pas sécurisant (Ergo2)* ». Un autre argument en lien avec cet aspect perturbateur de l'approche est qu'un certain niveau cognitif et psychique est nécessaire pour la pratiquer. En effet, nous avons vu que l'OPC implique une réflexion de la pratique des enseignants. L'OPC est constitué de 3 phases : connexion, structure et partage (Graham et al., 2021). Durant la 2^{ème} phase, l'enseignant serait amené avec l'ergothérapeute à réfléchir à des solutions via une analyse des problématiques qu'il rencontrerait dans sa pratique (par exemple : quelles solutions pour améliorer le rendement occupationnel de l'élève ?). Par la suite, en 3^{ème} phase, nous retrouvons cette mobilisation des ressources évoquées précédemment issue de ses réflexions. Ainsi, le cumul de ces réflexions permanentes peut rendre l'OPC non « *adapté à toutes les situations, personnes (Ergo3)* » et possiblement « *très fatigant, très déroutant parfois (Ergo2)* » pour les enseignants, et même manquer de clarté nécessitant d'être précis concernant ce qu'il va être fait.

Nous avons évoqué précédemment l'OPC comme une solution au manque de formations à cause du manque de temps des enseignants pour se former. Hamant & Supiot (2023) évoque qu'un des critères pour un partenariat de qualité est l'« *inscription de cette relation dans le temps* » (p. 7) (ici relation de partenariat). Hors, il est compliqué de s'inscrire dans le temps si les 2 partenaires rencontrent des difficultés de temps et de disponibilités (emploi du temps, gestion de la classe...). Cette non-inscription dans le temps est d'autant plus importante pour l'OPC qui est couteuse en temps pour être débuté, notamment via plusieurs entretiens. En effet, la 1^{ère} phase de l'OPC est celle de la connexion et doit passer par des étapes d'écoute et d'empathie du thérapeute envers l'enseignant afin d'établir une relation solide entre les 2 partenaires (Graham et al., 2021). Ces difficultés de disponibilités peuvent être de véritables freins au temps nécessaire pour ces étapes de connexion essentielles à l'implémentation correcte de l'OPC et de ses phases suivantes, et pourrait laisser les enseignants envisager des solutions plus rapides autre que se former ou analyser leur pratique via des réflexions. Les possibilités d'échanges pour l'instauration de cette relation sont aussi limitées par les

difficultés de disponibilités des ergothérapeutes, faisant ressentir ce manque de leur présence dans les écoles, ou par le regard de l'enseignant sur l'arrivée de l'ergothérapeute dans l'école et pouvant impacter la pratique de l'enseignant (« *réfractaires* » (Assemblée Nationale, 2019) d'être formé).

Ainsi, l'approche OPC apporte des solutions pertinentes au travers d'un partenariat ergothérapeute-enseignant face aux difficultés de mise en place des adaptations axées sur une problématique de l'enfant, ici les difficultés de rendement occupationnel. Mais elle se heurte à de trop nombreuses problématiques qui vont perturber son implémentation et son utilisation sur le long terme dans la pratique. C'est ainsi que j'invalide partiellement mon hypothèse que l'OPC faciliterait la mise en place des adaptations pédagogiques en classe dans le cadre d'un partenariat ergothérapeute-enseignant efficace, améliorant ainsi le rendement occupationnel des élèves en cycle 2 atteints de TAM dans leurs activités scolaires.

6.7.5 – Limites, Biais et Forces de l'Enquête :

De nombreuses limites sont apparues lors de la réalisation de cette enquête. Evoquées précédemment, des contraintes temporelles ont limité le temps maximum pour rechercher des prises de contacts avec les participantes, ces dernières ayant eux-mêmes leurs propres contraintes liées à leurs fonctions les empêchant de répondre favorablement aux demandes de participation à l'enquête (le temps nécessaire à l'enquête – 30min minimum – estimé trop long et ne pouvant être réalisé aussi librement à n'importe quel moment de la journée comme un questionnaire...). Par ailleurs, les 3 ergothérapeutes interrogées ont dû se libérer de leur temps de travail afin de pouvoir m'accorder ces entretiens : 2 d'entre elles étaient dans leur cabinet libéral et la dernière dans sa voiture en rentrant chez elle. Au moment d'envoyer les mails et de passer les appels téléphoniques pour les demandes de participation, ce traitement des envois et retours nécessitait beaucoup de temps et se heurtait à des conflits d'agendas avec mes disponibilités, étant en stage à cette période. Le temps nécessaire au traitement et analyse des données ont aussi limité les possibilités de recherches par rapport aux deadlines à respecter des différents rendus des étapes de ce travail de recherches. Concernant l'OPC, cette approche nécessite d'être formé afin de pouvoir être pratiquée lors des prises en soins. Or, un nombre assez faible de personnes sont formées chaque année (28 ergothérapeutes en 2024 (ANFE, s. d.), rendant le critère d'inclusion « *Formé à l'OPC* » assez restrictif pour les possibilités de recrutement. Aussi, selon le témoignage et l'avis d'Ergo1, il existerait peu d'ergothérapeutes formés à l'OPC et exerçant avec enfants atteints de TAM (« *Euh, il n'y en a pas beaucoup de formées en OPC pour les écoles primaires...* » ; « *Franchement des OPC et maths, c'est quand même deux domaines pas très formés encore en France* »). Ainsi, l'accumulation de toutes ces contraintes temporelles et de

conformités aux critères sont à l'origine du faible nombre de participantes final (dont 1 seule enseignante au lieu de 2 prévues initialement), rendant l'échantillon obtenu un peu moins représentatif pour l'enquête. Enfin, il a été relevé par des participantes du manque de temps nécessaire pour mettre en place cette approche OPC dans leur pratique avec ou sans l'enseignant (« *il y a certains petits points que je dois maîtriser* » (Ergo2)), limitant son utilisation et par conséquent le retour technique de cette dernière par les participantes pour valider/invalidier l'hypothèse. Un critère d'inclusion nécessitant un certain niveau de maîtrise de l'OPC aurait pu être créé pour améliorer encore plus la qualité de ce retour technique, mais au vu du témoignage d'Ergo1 ci-dessus, ce serait un risque supplémentaire au niveau du nombre de recrutement possible des participantes.

Tout au long du cadre expérimental de cette enquête, de nombreux biais ont soit été anticipés en amont, soit pris en compte au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête. Des biais de sélection ont été relevés pour le choix de la population cible de l'enquête concernant les critères d'inclusion et de non-Inclusion pour l'envoi des invitations de participation à l'enquête et du tri des réponses à ces dernières. Des biais de désirabilité sociale sont à prendre en compte lors de la création des questions d'entretien et au moment de les poser aux participantes : chercher à faire plus amples connaissances sur l'interviewé(e) avant les questions axées 'objectifs' afin de le/la mettre à l'aise, ce qui fluidifiera la réalisation de l'enquête et avec un impact sur la qualité des réponses obtenues.

Le risque de biais de confirmation a été pris en compte lors de la création de l'outil, de la passation des entretiens, de la récolte et l'analyse des réponses, et jusqu'à leur analyse et la partie discussion. En effet, la création de questions, de questions de relances et de temps d'apports théoriques pour amener l'interviewé à énoncer une information importante pour répondre à l'hypothèse ont été utilisées. Néanmoins, pour garder une certaine neutralité lors de l'obtention des réponses en entretien, de nouvelles questions de relance ont été créées sur le moment afin de creuser les réponses susceptibles de valider et/ou invalider l'hypothèse (« *Donc pour vous, pour résumer, les différentes raisons de pourquoi ça ne peut pas être favorable à la création de cette collaboration ?* »). Cette neutralité est aussi prise en compte dans cette discussion pour valider/invalidier l'hypothèse le plus justement possible. Concernant les biais d'auto-complaisance, j'ai pris en compte ce sentiment de complaisance lors de l'obtention d'une information importante via des questions estimées 'pertinentes' ou face au risque de ne pas obtenir une information importante recherchée ou manquant de clarté au vue des réponses estimées 'imprécises' de l'interviewé.

Des biais culturels ont été pris en compte dès la création des questions dont les réponses ont été impactées par la culture de l'interviewé (« *moi ce qui m'importe, c'est [...] aller mettre du sens sur les opérations [...] Mais faire du par cœur sans comprendre ce qu'on fait, moi ça ne m'intéresse pas* »).

Nous l'avons déjà évoqué, la culture du lieu de travail ou les valeurs de la personne ont un impact sur la réalisation du partenariat et la mise en place des adaptations, et par conséquent sur les réponses obtenues lors des entretiens (Mérini, 2012).

De nombreux biais méthodologiques sont retrouvés dans cette enquête. Dès sa préparation, il faut prendre en compte l'absence de critères essentiels ou présence de critères contre-indicatifs à l'enquête et le risque de créer des questions non-pertinentes ne répondant pas aux critères d'atteinte des objectifs de l'enquête. Lors de leur passation, les entretiens sont effectués via des appels téléphoniques et retranscrits en direct sur Word et par la suite sur le site Transcribe by Riverside. En les enregistrant sur One Drive et via ces retranscriptions, j'ai pu traiter et analyser plus facilement les réponses obtenues (lire et réécouter les réponses, mettre un code couleur...). Néanmoins, en raison d'une faible qualité parfois diminuée lors des appels (haut-parleur du téléphone, baisse de réseau et décrochages...), un temps de vérification et de correction des retranscriptions a été nécessaire, ce qui a pris beaucoup de temps et provoqué le risque d'obtenir des réponses incomplètes pour l'analyse. Aussi, le choix de réaliser des entretiens semi-directifs a pu avoir un impact sur le nombre de réponses favorables obtenues à leur réalisation. En effet, ces derniers nécessitant au minimum 30min pour être réalisés, les enseignant(e)s et les ergothérapeutes estimant être assez occupé(e)s dans l'exercice de leurs fonctions, ils/elles ne pouvaient m'accorder ce temps. Néanmoins, l'intérêt de passer ces entretiens a été évoqué précédemment afin de pouvoir analyser qualitativement les réponses obtenues pour répondre à mon hypothèse et problématique.

Quelques forces sont retrouvées dans ce travail de recherches. En réalisant des entretiens, j'ai obtenu des données basées sur de la pratique et des situations vécues par les participantes qui sont très impliquées dans la prise en soins de l'enfant : ergothérapeutes et enseignante. Bien qu'un questionnaire d'enquête ait été réalisé pour structurer mes entretiens selon des thématiques ciblées, passer des entretiens m'a permis de revenir sur les propos à l'instant t des participantes pour des clarifications ou creuser une donnée en profondeur. Concernant leurs verbatims, pouvoir interviewer plusieurs participantes m'a permis d'obtenir des données recherchées semblables ou contraires pour confirmer/confronter des notions, et aussi des données inattendues lors de l'analyse des verbatims, me permettant d'obtenir cette pluralité des données nécessaires pour répondre à mon hypothèse.

6.7.6 – Implications Futures dans la Pratique Professionnelle et en Recherche :

Ce travail de recherches reste pertinent pour la future pratique professionnelle et en recherche. Elle a d’abord rappelé les difficultés et les spécificités à prendre en compte pour la prise en soins de l’enfant en classe dans le cadre du partenariat ergothérapeute-enseignant qui est nécessaire pour la mise en place efficace d’adaptations pédagogiques adaptées aux besoins de l’enfant.

Ensuite, selon les verbatims recueillis, elle montre que l’utilisation de l’OPC par les ergothérapeutes doit encore être approfondie auprès des enseignants, nécessitant plus d’études, de tests, et de temps aux 2 partenaires pour vérifier son efficacité réelle dans la pratique. Ergo2 a rappelé l’intérêt d’une approche de coaching dans son partenariat parce « *qu’elle répond pas mal aux cahiers des charges* ». Mais à la lecture des nombreux arguments négatifs précédents et du protocole nécessaire pour mettre en place l’OPC (Graham et al., 2021), l’approche rencontre de nombreuses contraintes l’empêchant d’exercer ses bénéfices dans la pratique et de suivre ce cahier des charges.

Ainsi, de plus amples recherches concernant les défis sociétaux au sein des établissements scolaires, dont les différences analysées précédemment de culture, d’intérêts ou encore le manque de ressources, pourraient être pertinentes à réaliser afin de faciliter ou modifier l’utilisation de l’approche OPC au sein de ces établissements.

A titre personnel, ce travail m’a permis d’approfondir mes connaissances et compétences en matière de conduite de recherches et d’analyse, ce qui fait partie de nos attendus en tant que futur professionnel de santé permettant de faire progresser notre pratique.

7 – Conclusion et Ouverture :

Si nous repartons de notre problématique de départ sur ce que l’ergothérapeute peut réaliser pour aider à la mise en place des adaptations pédagogiques pour les enfants atteints de TAM en classe, ce dernier doit prendre en compte : les besoins spécifiques des enfants en matière d’adaptations pédagogiques (difficultés occupationnelles, rendement occupationnel, la satisfaction, l’engagement, la stigmatisation...), les spécificités d’utilisation de ces dernières (rôles, précautions à prendre...), et la gestion de l’environnement humain de l’enfant afin de conduire ses partenariats permettant cette mise en place et le suivi de ces adaptations (éléments perturbateurs du partenariat...).

Le partenariat ergothérapeute-enseignant reste un élément essentiel pour assurer la mise en place et le suivi de l’efficacité des adaptations pédagogiques préconisées. Cependant, nous avons vu que ce partenariat va rencontrer des difficultés dans sa réalisation, et avec pour répercussions des difficultés de mise en place des adaptations amenant à la détérioration des problématiques occupationnelles de l’enfant dans ses activités quotidiennes significatives.

Ainsi, l’idée d’utiliser des approches pour fluidifier cette mise en place est cohérente. Bien que nous ayons démontré le fort intérêt de l’approche OPC face à toutes ces difficultés, sa réalisation, nécessitant des étapes bien précises, peut être aussi perturbée par le fait qu’elle serait utilisée auprès d’enseignants évoluant dans des contextes d’exercices spécifiques de leur profession (mentalités, cultures, intérêt/objectifs), conduisant ainsi l’OPC à générer plus de complexités que de bénéfices.

Les participantes ont évoqué d’autres solutions, dont le modèle P4C – Partnering For Change ou Partenaire Pour le Changement. Ce modèle Canadien dont le schéma est en Annexes (**Annexes n°XII – Schéma du Modèle Partnering For Change (P4C)**) a été développé pour « *fournir des services de réadaptation aux enfants ayant des besoins particuliers* » (partneringforchange.ca), en collaboration avec les « *centres d'accès aux soins communautaires, les conseils scolaires, les éducateurs, les professionnels de la santé, les décideurs politiques et les familles* ». Créé pour des enfants atteints de trouble développemental de coordination, il est actuellement utilisé pour des « *enfants avec des besoins nombreux et variés* ». Il inclut d’office les enseignants (à l’instar de l’OPC) et les parents, et permet aussi via des techniques de coaching « *la reconnaissance des connaissances et des compétences existantes, ainsi que la promotion du développement de nouvelles compétences par le biais d’interactions qui mettent l’accent sur le partenariat et la découverte de soi* » (Kessler & Graham, 2015, p. 163). Il permet ainsi d’améliorer « *la participation des enfants à des activités fonctionnelles en adaptant l’environnement physique et social. Cette approche comprend l’examen de l’enseignement en classe entière, l’analyse dynamique des performances et le suivi de la réponse à l’intervention* ». Ainsi, une enquête similaire à la nôtre permettrait de vérifier si le P4C est plus efficace que l’OPC par rapport aux difficultés lors de la mise en place d’adaptations pédagogiques et/ou la réalisation du partenariat...

8 – Bibliographie :

Ac-Orléans-Tours. (s. d.). *Qu'est-ce qu'une UPI ?* Académie Orléans-Tours. Consulté le 24/09/2024, sur <http://ecl.ac-orleans-tours.fr/ec-st-exupery2-dreux/site%20clis/upi.htm>

Académie de Nantes. (2012). *Scolariser des Enfants présentant des Troubles des Apprentissages (TSA)*. <https://www.pedagogie.ac-nantes.fr/handicap-et-scolarite/ressources-pedagogiques/scolariser-des-enfants-presentant-des-troubles-des-apprentissages-tsa--684498.kjsp>

Assemblée Nationale. (2019, juillet 2018). *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'inclusion des élèves handicapés dans l'école et l'université de la République, quatorze ans après la loi du 11 février 2005*. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ceincleh/l15b2178-a1_rapport-enquete.pdf

AEFE. (s. d.) *Aménagements pédagogiques (PAI, PPRE, PAP, PPS)*. Agence pour l'Enseignement Français à l'Etranger. Consulté le 29/12/2024, sur <https://aeфе.gouv.fr/fr/articles/amenagements-pedagogiques-pai-ppre-pap-pps>

ANFE (s. d.). *Occupational Performance Coaching*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Consulté le 17/04/2025, sur <https://formation.anfe.fr/formation/occupational-performance-coaching-e34/occupational-performance-coaching-206>

APEDYS 35. (s. d.). *Prise en charge : L'ergothérapeute*. Association d'adultes et parents d'enfants DYS. Consulté le 03/01/2025, sur <https://apedys35.org/index.php/prise-en-charge-les-professionnels-de-sante-pour-quoi-faire/prise-en-charge-lergotherapeute/>

APEDYS 78. (2012). *Guide des aménagements pour élèves DYS Primaire et secondaire*. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://apedys78.meabils.fr/mbFiles/documents/guide-des-amenagements-pour-eleves-dys.pdf&ved=2ahUKEwjtzsz7zfmlAxURRqQEHW8wF24QFnoECBEQAQ&usg=AOvVaw0li_5UXMh4R0WwUI9HqDIg

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997a). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa ON : CAOT Publications ACE.

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (ed. rév). Ottawa ON : CAOT Publications ACE.

Baligand, P. (2012). Inclusion scolaire et accessibilité: Une charte pour l'accueil des élèves dyslexiques à Strasbourg. *La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 57(1), 219-231.
<https://doi.org/10.3917/nras.057.0219>

Balslev, K. et Saada-Robert, M. (2002). Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : une démarche inductive/déductive. In *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation*. De Boeck Supérieur, 89-110. <https://doi.org/10.3917/dbu.saada.2002.01.0089>

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall

Barray, V. (2013). Prise en charge des difficultés mathématiques des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages en ergothérapie. *Développements*, 16-17(3), 13-35.
<https://doi.org/10.3917/devel.016.0013>.

Barouillet, P. (2006). L'émergence des outils arithmétiques. In Barouillet P., & V. Camos V. (2006). *La cognition mathématique chez l'enfant*. Marseille : Solal, 87-115.

Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert, *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. Québec : Edisem, 1-36.

Bertrand, R., & Camos, V. (2011). Impact des troubles langagiers et visuo-moteurs sur les capacités numériques : Emergence de patterns distincts au TEDI-MATH. *Développements (Marseille, France)*, 7(1), 5-18. <https://doi.org/10.3917/devel.007.0005>

Bosse, M.-L. (2004). Activités et adaptations pédagogiques pour la prévention et la prise en compte de la dyslexie à l'école. In Valdois S., Colé P. & David D. (2006). *Apprentissage de la lecture et dyslexies développementales : de la théorie à la pratique*. Marseille : Solal, 233-258.

Bossy K., & Roche D. (2020). *Le Trouble des Apprentissages Mathématiques (TAM)*.
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ac-lyon.fr/media/14981/download&ved=2ahUKEwiMOPvblualAxXmdqQEHeOPBAIQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw2OSpr0ig9zKeCgQCGucOCZ>

Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. pp. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brissiaud, R. (1991). Un outil pour construire les nombres : les collections témoins des doigts. In Bideaud J., Meljac C., & Fisher J. P., (1991) *Les chemins du nombre*. Lille : Presses universitaires de Lille, 59-90.

Brissiaud, R. (2003). *Comment les enfants apprennent à calculer*. Paris : Retz.

Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS) de l'Université de Montréal. (2013a). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal : Université de Montréal, Direction collaboration et partenariat patient/CPASS. Consulté le 29 août 2013, sur http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf

Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS) de l'Université de Montréal. (2013b). *Pratique collaborative : engagement et leadership*. Montréal : Université de Montréal, Direction collaboration et partenariat patient/CPASS, p.88. Consulté le 29 août 2013, sur http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf

Conseil général de la Seine-Saint-Denis. (s. d.). *Définition d'une aide humaine*. Place Handicap. Consulté le 27/12/2024, sur <https://place-handicap.fr/mentions-legales>

Corbin, J. H., & Mittelmark, M. B. (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health Promotion International*, 23(4), 365–371. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan029>

Coulter A. (2002). The autonomous patient: Ending paternalism in medical care. *London: The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services*.

Chapter 1 : The Selection of a Research Design. (2009). In Creswell, J. W. *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (3ème, Vol. 1, p. 22-38). SAGE Publications.

https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf

Crocq, M.-A. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.

Despres, G. (2010). Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages. *Développements (Marseille, France)*, 6(3), 43-52.

<https://doi.org/10.3917/devel.006.0043>

Dirks, E., Spyer, G., van Lieshout, E. C. D. M., & de Sonnevile, L. (2008). Prevalence of Combined Reading and Arithmetic Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41(5), 460–473.

<https://doi.org/10.1177/0022219408321128>

Dizerbo, A. (2022). Analyse du parcours d'un élève « multi-dys » : être inclus ou s'inclure ? *Éducation et Socialisation*, 65. <https://doi.org/10.4000/edso.20260>

Donker, M., Kroesbergen, E., Slot, E., Van Viersen, S., & De Bree, E. (2016). Alphanumeric and non-alphanumeric Rapid Automatized Naming in children with reading and/or spelling difficulties and mathematical difficulties. *Learning and Individual Differences*, 47, 80–87.

<https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.12.011>

FFDys. (s. d.). *LES TROUBLES DYS ou Troubles spécifiques du langage et des apprentissages*. Fédération Française des Dys. Consulté le 23/03/2024, sur <https://www.ffdys.com/troubles-dys>

Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire* (3e édition). Dunod.

Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model : A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins, CO : Three Star Press.

Fuson, K. C. (1986). Roles of representation and verbalization in the teaching of multi-digit additions and subtraction. *European journal of psychology of education*, 35-56.

Fleischner, F.E., Garnett, K., & Shepard, M. (1982). Proficiency in arithmetic basic fact computation by learning disabled and nondisabled children. *Focus on Learning Problems in Mathematics*, 4(2), 47-55.

Geary, D. C. (1990). A componential analysis of an early learning deficit in mathematics. *Journal of Experimental Child Psychology*, 49(3), 363–383. [https://doi.org/10.1016/0022-0965\(90\)90065-G](https://doi.org/10.1016/0022-0965(90)90065-G)

Geary, D. C. (2004). Mathematics and learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 37(1), 4-15.

Geary, D.C., Brown, S.C., & Samaranayake, V.A. (1991). Cognitive addition: A short longitudinal study of strategy-choice and speed-of-processing differences in normal and mathematically disabled children. *Developmental Psychology*, 27(5), 787-797.

Geary, D. C., Widaman, K. F., Little, T. D., & Cormier, P. (1987). Cognitive addition: Comparison of learning disabled and academically normal elementary school children. *Cognitive Development*, 2(3), 249–269. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(87\)90075-X](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(87)90075-X)

Graham, F., Kennedy-Behr, A., & Ziviani, J. (2021). *Occupational Performance Coaching : A manual for practionners and researchers*. Routledge Taylor & Francis Group.

Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 16–23.

Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 10–18, doi:10.5014/ajot.2013.004648

Graham, F., Rodger, S., Ziviani, J. & Jones, V. (2015). Strategies identified as effective by mothers during occupational performance coaching. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 36, 1–13, doi:10.3109/01942638.2015.1101043

Guichard, J. et Huteau, M. (2022). Sentiment de compétence (Self-efficacy belief). In *Orientation et insertion professionnelle* (p. 397-400). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.guich.2022.01.0397>

Hamant, C., & Supiot, L. (2023). *Le partenariat en 5 étapes : Guide pratique pour développer le partenariat dans vos projets en promotion de la santé*. IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) Auvergne-Rhône-Alpes.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://guide-up.org/wp-content/uploads/2024/01/guide_up_partenariat_VF_web.pdf&ved=2ahUKEwj0mL32nteKAXVsVaQE_HewxOXgQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw2Hap-fLeWzEF3KJI8pMynO

Hamdi-Bourgeois, C. (2024). *Mon enfant sera fort en maths ! Plus de 100 activités inspirées de la méthode de Singapour*. Solar.

HAS. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages* ?
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf&ved=2ahUKEwj4saG2qICGAXXTQ6QEHTFCBfgQFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw0pH56OKXa0gUynWwEZ5uqf

HAS. (2020). *Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_argumentaire_reperage_tnd_mel_v2.pdf&ved=2ahUKEwjL5PuH3f-IAxXVTaQEHRjrO2OQFnoECC8QAQ&usg=AOvVaw2aKbYK3_YTbRqGyMfnJSmA

Houghton Mifflin Company. (2004). *The American heritage® dictionary of the English language* (4th ed.). Houghton Mifflin Harcourt.

Huau, A., Jover, M., & Roussey, J.-Y. (2017). Difficultés associées et scolarisation des enfants dyslexiques. *La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 77(1), 169-181.
<https://doi.org/10.3917/nras.077.0169>

INSHEA. (s. d.). *Aménagements pour un élève dyscalculique*. Institut National Supérieur de Formation et de Recherche pour l'Education des Jeunes Handicapés et les Enseignements Adaptés. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://ecole.ac-nice.fr/ash-06/wp-content/uploads/2018/04/INS_HEA_-_Amnagements_pour_un_lve_dyscalculique-1.pdf&ved=2ahUKEwjY8ZDthsqKAxUYUaQEHeYoleEQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1N7IBUfHe63bgXhbo5l_uA

Jones, J., & Barry, M. M. (2011). Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health Promotion International*, 26(4), 408–420. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar002>

Jouet E, Las Vergnas O, & Flora L. (2012). Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov in bolnic-pregled stanja [Patients' experiential knowledge recognition – a state of the art]. *Socialno Delo*, 51(1-3), 87–99.

Kaiser, M.-L., Braun, M., & Rhyner, C. (2005). Utilisation de la MCRO auprès d'enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Canadian Journal of Occupational Therapy* (1939), 72(1), 30–36. <https://doi.org/10.1177/000841740507200108>

Kessler, D., & Graham, F. (2015). The use of coaching in occupational therapy: An integrative review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 160–176. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12175>

Kosc, L. (1974). Developmental Dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 7(3), 164–177. <https://doi.org/10.1177/002221947400700309>

Landerl, K., Bevan, A., & Butterworth, B. (2004). Developmental dyscalculia and basic numerical capacities: a study of 8–9-year-old students. *Cognition*, 93(2), 99–125. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2003.11.004>

Landerl, K., & Moll, K. (2010). Comorbidity of learning disorders : prevalence and familial transmission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 287-294.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *La Mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e édition). Ottawa: CAOT Publications.

Lefèvre-Renard, G., & Vauvillé Chagnard, B. (2016). Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne. *Contraste*, 43(1), 177-200. <https://doi.org/10.3917/cont.043.0177>

Lindsay, D. et Poindron, P. (2011a). Mémento des étapes de rédaction d'un article scientifique. In *Guide de Rédaction Scientifique*. Quæ. <https://stm-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/guide-de-redaction-scientifique--9782759210220-page-153?lang=fr>

Lindsay, D., & Poindron, P. (2011b). Rédiger un article scientifique—La discussion. In Hors collection (Quæ, p. 54-66). Éditions Quæ. <https://stm.cairn.info/guide-de-redaction-scientifique--9782759210220-page-25>

Martinet, C. (2010). Comment favoriser les apprentissages des élèves présentant une dyslexie-dysorthographe ? Repérage et pistes d'aménagements pédagogiques. *Revue suisse de pédagogie spécialisée-CSPS-SZH*, 7(8), 26-31.

Mazzocco, M. M. M., & Myers, G. F. (2003). Complexities in Identifying and Defining Mathematics Learning Disability in the Primary School-Age Years. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 218–253. <https://doi.org/10.1007/s11881-003-0011-7>

Mérini, C. (2012). Trois obstacles au développement du partenariat (éd. numérique). *Cahiers pédagogiques*, 24.

Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques. (2013). *Les droits et les obligations*. Fonctionpublique.gouv.fr. <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/ArchivePortailFP/www.fonction-publique.gouv.fr/droits-et-obligations.html>

Ministère de l'Education Nationale. (2025). *Enseigner de la maternelle à l'élémentaire : le CRPE*. Devenirenseignant.gouv.fr. <https://www.devenirenseignant.gouv.fr/enseigner-de-la-maternelle-l-elementaire-le-crpe-85>

Ministère de l'Education Nationale. (s. d.). *L'Ecole Élémentaire*. Education.gouv.fr. Consulté le 23/09/2024, sur <https://www.education.gouv.fr/l-ecole-elementaire-9668>

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (2014). *Portfolio de l'étudiant en ergothérapie*.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2023). *Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, DYS, TDAH, TDI. Garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix*. Handicap.gouv.fr https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/DP%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023_2027.pdf

Mohammadi R., Behnia F., Farahbod M., & Rahgozar M. (2009). Occupational Therapy Interventions Effect on Mathematical Problems in Students with Special Learning Disorders. *Iranian Rehabilitation Journal*, 7(2), 25–30.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (2e édition). De Boeck Supérieur.

Noël, M.-P. (s. d.). *La dyscalculie de l'enfant: une difficulté dans le calcul et le traitement du nombre*. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/dyscalculie.pdf&ved=2ahUKEwiF7rqp-OeIAxUMfKQEHRk7PAEQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw2hmQbf3xWjATRX61L_Ft-d

Normandie Pédiatrie. (s. d.). *Troubles du langage écrit - Dyslexie - Dysorthographe*. Normandie Pédiatrie : Ressources et Appui au parcours de Santé en pédiatrie. Consulté le 23/09/2024, sur <https://www.normandie-pediatrie.org/archive-troubles-pathologies-chroniques-surpoids-et-obesite/trouble-du-neuro-developpement/troubles-du-langage-ecrit-dyslexie-dysorthographe,2196,2430.html>

OCCITADYS. (s. d.). *Dysphasie ou TSLO*. OCCITADYS. Consulté le 12/01/2025, sur <https://occitadys.fr/troubles-dys/dysphasie>

OMS. (s. d.). *Santé des adolescents*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 25/09/2024, sur https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

Pajot, C. (2006). Guide partenariat : Outils pratiques à l'usage des partenaires du Nord et du Sud. *Coordination* Sud.

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.coordination-sud.org/wp-content/uploads/GuidepartenariatCSUDcomplet.pdf%3F9d7bd4&ved=2ahUKEwjlpvzR34uLAXVBVaQEHc0TPOUQFnoECBwQAQ&usg=AOvVaw1RiCCIByWqR4Ur8Mjb7GLM>

Partnering for Change. (s. d.). *The Partnering for Change Model*. partneringforchange.ca. Consulté le 30/05/2025, sur <https://www.partneringforchange.ca/what-is-p4c/model/>

Partnering for Change. (s. d.). *Description of the Partnering for Change Model*. partneringforchange.ca. Consulté le 31/05/2025, sur <https://www.partneringforchange.ca/what-is-p4c/description/>

Piazza, M., Facoetti, A., Trussardi, A. N., Berteletti, I., Conte, S., Lucangeli, D., Dehaene, S., & Zorzi, M. (2010). Developmental trajectory of number acuity reveals a severe impairment in developmental dyscalculia. *Cognition*, 116(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2010.03.012>

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. & Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France)*, 51(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Pouhet, A. (2010). *Dysgraphie et ordinateur*. https://www.ordys.be/files/Dysgraphieetordinateur_1.pdf

Poulet, I., & Baratault, J-P. (2014). *Les troubles spécifiques des apprentissages : À l'école et au collège* (2e édition).

Raybaud, A.-L. (s. d.). *La Remédiation Cognitive*. Psychologueneuropsychy.fr. Consulté le 27/12/2024, sur <https://psychologueneuropsychy.fr/la-remediation-ou-reeducation-cognitive/>

République Française. (s. d.). *Le système éducatif français*. France Education International. <https://www.france-education-international.fr/article/le-systeme-educatif-francais?langue=fr>

Rodger, S. & Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-centred practice with children: a practical guide for occupational therapists*. John Wiley et Sons.

Rubinsten, O., & Henik, A. (2009). Developmental Dyscalculia: heterogeneity might not mean different mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.002>

Saunier, D., & Toullec-Théry, M. (2017). Scolarisation d'élèves en situation de handicap : conceptions et pratiques d'une enseignante « ordinaire » et d'une enseignante spécialisée. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 50(4), 111-131. <https://doi.org/10.3917/lsdle.504.0111>

Silver, C. H., Deborah-Lynne Pennett, H., Black, J. L., Fair, G. W., & Balise, R. R. (1999). Stability of Arithmetic Disability Subtypes. *Journal of Learning Disabilities*, 32(2), 108–119. <https://doi.org/10.1177/002221949903200202>

Shalev, R., Manor, O., Auerbach, J., & Gross-Tsur. (1998). Persistence of developmental dyscalculia: What counts? - Results from a 3-year prospective follow-up study. *The Journal of Pediatrics*, 133(3), 358–362. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(98\)70269-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(98)70269-0)

Shalev, R. S., Manor, O., Kerem, B., Ayali, M., Badichi, N., Friedlander, Y., & Gross-Tsur, V. (2001). Developmental Dyscalculia Is a Familial Learning Disability. *Journal of Learning Disabilities*, 34(1), 59–65. <https://doi.org/10.1177/002221940103400105>

Stevenson, H. W., Chen, C., & Lee, S.-Y. (1993). Mathematics Achievement of Chinese, Japanese, and American Children: Ten Years Later. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 259(5091), 53–58. <https://doi.org/10.1126/science.8418494>

Sulkes, S. B. (2013). *Phobie Scolaire*. MSD Manuals. Consulté le 25/09/2024, sur <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/probl%C3%A8mes-comportementaux-chez-l%E2%80%99enfant/phobie-scolaire>

Szűcs, D., & Goswami, U. (2013). Developmental dyscalculia: Fresh perspectives. *Trends in Neuroscience and Education*, 2(2), 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2013.06.004>

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur <https://shs.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679>

Tourette-Turgis C. (2010). Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. *Pratiques de formation : Analyses*, (58/59), 135–151.

Tous à l'Ecole. (s. d.). *Ergothérapie*. Tous à l'école. Consulté le 03/01/2025, sur <https://www.tousalecole.fr/content/ergoth%C3%A9rapie-0>

Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Association Canadienne des Ergothérapeutes, Cantin Noémi, Association Canadienne des Ergothérapeutes, & Cantin Noémi. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e édition). CAOT Publications ACE.

Vallas J., & Mac Lafin J., (1997). *Learning disabilities*. Translated by Tosi M., & Tagi M. (4th edition.). Mashhad, Astane ghodse razavi.

Van Hout, A. (2001). *Dyscalculies développementales*. In Van Hout, A., & C. Meljac. (2001). *Troubles du calcul et dyscalculies chez l'enfant*. Paris : Masson, 139-170.

Van Nieuwenhoven, & C. De Vriendt, S. (2010). *L'enfant en difficulté d'apprentissage en mathématiques : piste de diagnostic et supports d'intervention*. Marseille : Solal.

Van Nieuwenhoven, C., Grégoire, J., & Noel, M. P. (2001). *Test diagnostique des compétences de base en mathématiques*. Paris : E.C.P.A.

Vermeulen P., & Hamdi-Bourgeois C. (2023). Portrait des difficultés occupationnelles des enfants français à l'école primaire et suivis en ergothérapie : une étude exploratoire. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 9(1), 48-68 <https://doi.org/10.13096/rfre.v9n1.200>

Wang, J., & Lin, E. (2005). Comparative studies on U.S. and Chinese mathematics learning and the implications for standards-based mathematics teaching reform. *Educational Researcher*, 34, 3-13.

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective in health* (2^e éd.). Thorofare, NJ : SLACK

Wiseman, J. O., Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2005). Occupational Development: Towards an Understanding of Children's Doing. *Journal of Occupational Science*, 12(1), 26-35.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686545>

Annexes :

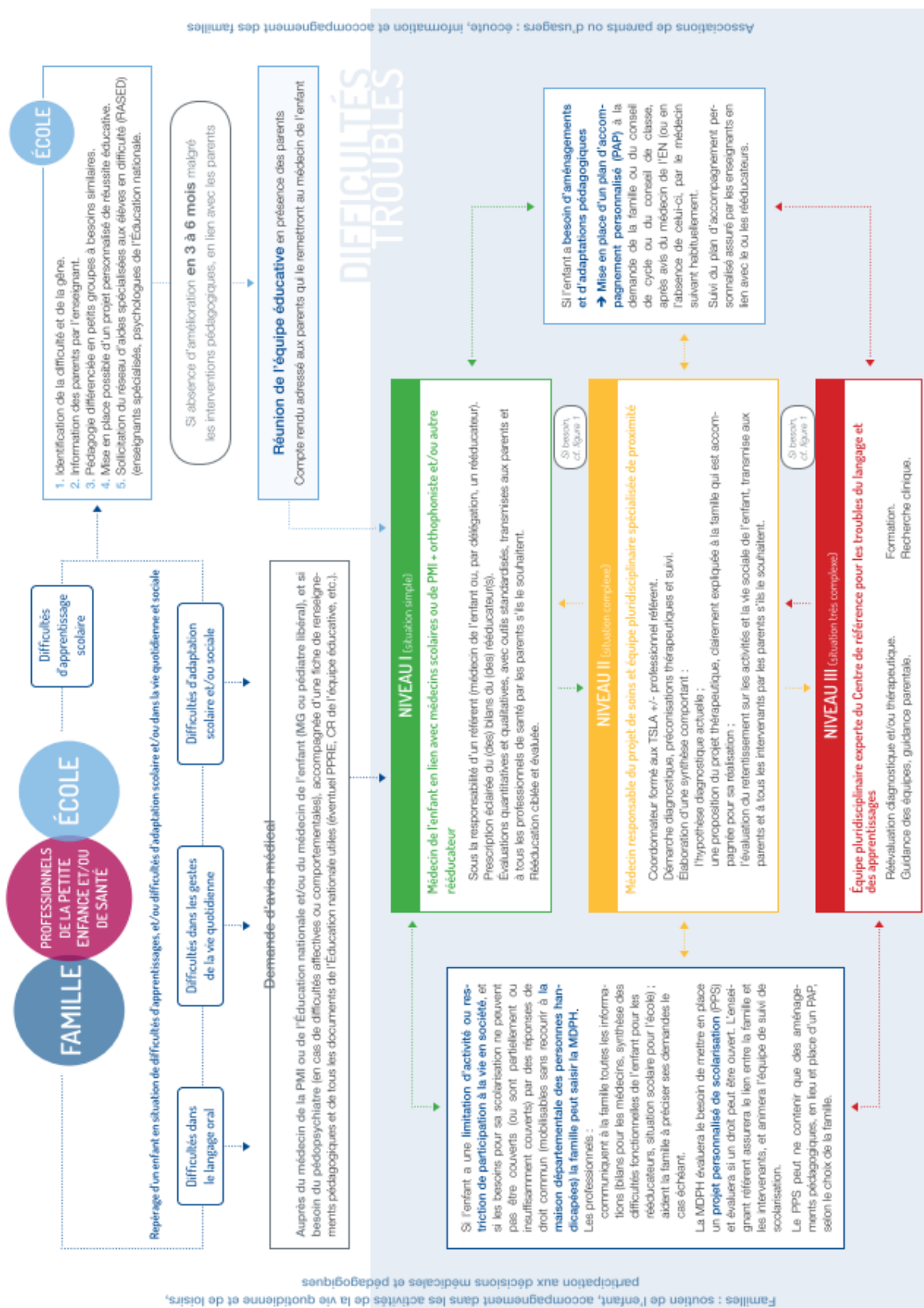
Annexes :	I
Annexe n°I – Figure 1. TSLA : Pyramide des Profils de Situations et des Niveaux de Recours aux Soins Correspondants (HAS, 2017) :	II
Annexe n°II – Figure 2. Vue d’Ensemble du Parcours (HAS, 2017) :	III
Annexe n°III – Détails Concernant les Dispositifs d’Accompagnement Possibles selon le Parcours de Santé et de Soins de l’Enfant :	IV
Annexe n°IV – Liste de Moyens pour la Remédiation des TAM (Barray, 2013) :	VI
Annexe n°V – Schéma du MCREO (Townsend et al., 2013) :	VII
Annexe n°VI – Liste des Aménagements/Adaptations Pédagogiques Possibles pour les TAM (APEDYS 78, 2012 ; Huau et al. ; INSHEA, s. d.) :	VIII
Voir Annexe n° VII – Autres Aides Techniques Possibles en Cas de Comorbidités avec les TAM (Barray, 2010)	X
Annexe n°VIII – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Ergothérapeute :	XI
Annexe n°IX – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Enseignant :	XV
Annexe n°X – Formulaire de Consentement dans le Cadre de la Collecte de Données Personnelles :	XIX
Annexe n°XI – Retranscription de l’Entretien avec Ergo1 :	XX
Annexe n°XII – Schéma du Modèle Partnering For Change (P4C) (partneringforchange.ca) : ...	XXX

Annexe n°I – Figure 1. TSLA : Pyramide des Profils de Situations et des Niveaux de Recours aux Soins

Correspondants (HAS, 2017) :



Annexe n°II – Figure 2. Vue d'Ensemble du Parcours (HAS, 2017) :



Annexe n°III – Détails Concernant les Dispositifs d'Accompagnement Possibles selon le Parcours de Santé et de Soins de l'Enfant :

Un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) et un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) peuvent être mis en place si des « *difficultés scolaires durables sont la conséquence d'un trouble des apprentissages* » (HAS, 2017, p. 23).

Dès le niveau 1 du parcours, le PAP permet la mise en place d'aides (ordinateur de l'école ou de l'enfant) et aménagements/adaptations pédagogiques adaptés aux besoins de l'enfant (AEFE ; Dizerbo, 2022 ; HAS, 2017 ; Huau et al., 2017). Il se base sur une « *demande de l'enseignant ou de l'équipe pédagogique ou de la famille* » (Huau et al., 2017, p. 176) et une « *évaluation des acquis et compétences de l'élève* » réalisée par l'« *équipe pédagogique* ». Le PAP est mis en place par le « *chef d'établissement qui en assure le suivi avec le médecin scolaire* ». Il permet ainsi à l'élève d'avancer à son rythme au sein de sa scolarité face à ses difficultés (Huau et al., 2017) en permettant un « *allègement du travail scolaire* ». Il repose sur une collaboration entre l'enseignant, l'enfant et les professionnels paramédicaux afin d'obtenir des informations régulières pour un suivi de l'évolution de l'enfant. Ce PAP permet l'écriture et la présentation d'objectifs adaptés à l'élève le fixant sur une progression réaliste visée, une meilleure adaptation des aides et aménagements/adaptations pédagogiques selon « *l'évolution des besoins de l'élève* » (p. 178), « *l'organisation réfléchie d'une rééducation intensive [...], avec certaines séances prévues avec l'accord de tous, sur le temps scolaire* » (Bosse, 2004 ; Huau, 2017, p. 178), et le transfert utile des stratégies en classe vues en séances. Une réactualisation du PAP sera faite annuellement à la suite d'un bilan (AEFE).

Le PPS permet la mise en place de compensations nécessaires à la scolarité de l'enfant (HAS, 2017) au niveau 1 ou 2 du parcours. A la suite de la rédaction du projet de vie de l'enfant par sa famille confié à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), cette dernière réévalue les besoins de l'enfant et propose les compensations nécessaires qui seront validées par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). La CDAPH permet par la suite une entrée de l'enfant en structures médico-sociales spécialisées dans la prise en soins des TSA telles qu'en ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire), IME (Institut Médico-Educatif), SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile). Une entrée en UPI (Unité Pédagogique d'Intégration) est possible (Académie Orléans-Tours ; Baligand, 2012 ; Despres, 2010). Hors décision de la CDAPH, une entrée en CRTLA (Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages) au niveau 3 est possible selon la nécessité et face à la complexité persistante des troubles (AEFE ; HAS, 2017). Selon la circulaire de rentrée n° 2019-088 du 5 juin 2019 consacrée à l'École inclusive, les familles peuvent choisir entre une « *scolarisation dans un établissement médico-social, dans des unités d'enseignement externalisées, ou encore en « milieu ordinaire », avec l'accompagnement d'AESH* » (Dizerbo, 2022, p. 2). Le PPS permet aussi la mise en place d'une Aide

Humaine en milieu scolaire telle qu'une AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) (HAS, 2107 ; Despres, 2010). Le PPS peut être révisé sur demande de la famille à la fin du cycle scolaire encours (AEFE). Si besoin, un GEVA-sco (Guide d'EVALuation) des besoins de compensation en matière de scolarisation peut aider les équipes des MDPH aux fins d'examiner un parcours de scolarisation avant la création d'un PPS ou son réexamen.

Un PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Scolaire) au sein de l'équipe enseignante peut être élaboré de manière transitoire afin d'accompagner l'enfant à « *rattraper de simples retards d'apprentissage, non pathologiques* » (HAS, 2017, p. 16). Il est mis en place par le directeur ou le chef d'établissement et formalise puis coordonne les actions face aux difficultés de l'élève en classe (AEFE). Si les difficultés perdurent malgré sa mise en place lors de l'entrée en parcours de soins de l'élève, ce PPRE est remplacé par un PAP dans les niveaux de parcours suivants.

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut être élaboré par le médecin ou l'infirmière scolaire à la suite de la demande ou en accord avec la famille de l'enfant pour la mise en place des aménagements/adaptations pédagogiques, et ce, afin d'assurer la sécurité de l'enfant tout en proposant un protocole d'urgence (AEFE ; APEDYS 78 ; Baligand, 2012).

Des RASED permettent l'accès pour l'enfant et sa famille à des aides spécialisées (enseignants spécialisés, psychologues de l'Education Nationale) (HAS ; 2017).

Des aides financières sont aussi disponibles pour le remboursement des bilans et séances des professionnels de santé non remboursables (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, neuropsychologue... qui n'interviennent pas en structure médico-sociale) (HAS, 2017).

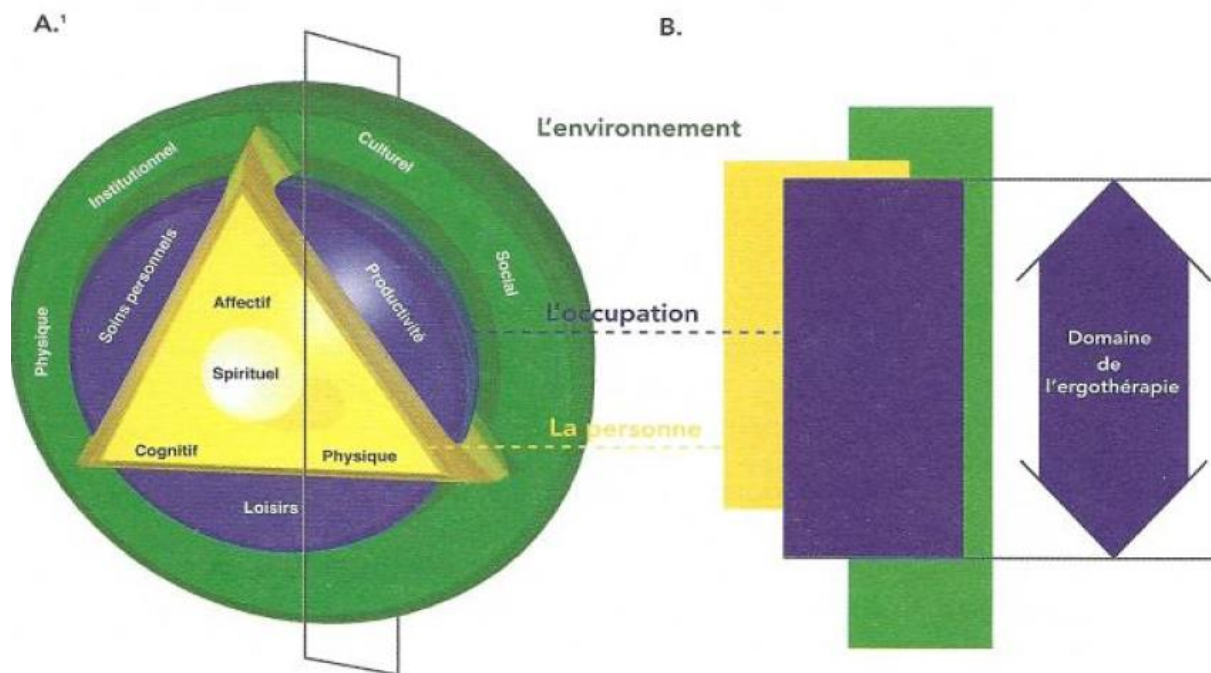
Annexe n°IV – Liste de Moyens pour la Remédiation des TAM (Barray, 2013) :

- entraînements courts de récitation de comptine,
- développements de stratégies adaptées aux capacités cognitives de l'enfant :

composer les constellations avec les doigts, écrire les chiffres en commençant par la droite lors des calculs posés, garder des traces écrites (faits arithmétiques avec effet 'd'amorçage'...),

- les stratégies sont mises en place via des jeux afin de systématiser et automatiser les acquis : cowboys en 'dégainant' les doigts...,
- ou via des exercices : identifier des suffixes et écrire en dictée lors du transcodage des nombres + tri des nombres pour systématiser la démarche,
- ou via des logiciels informatiques variant selon les compétences à travailler : « J'ai compté » - transcodage ; « Attrape-Nombres » - additions...
- ou via des MES (Mises en Situations) : faire des achats, noter des rendez-vous dans un agenda, faire un planning, calculer la durée d'un voyage, utiliser des fiches horaires de transport, suivre une recette et adapter les quantités selon le nombre de personne...

Annexe n°V – Schéma du MCREO (Townsend et al., 2013) :



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe n°VI – Liste des Aménagements/Adaptations Pédagogiques Possibles pour les TAM (APEDYS 78, 2012 ; Huau et al. ; INSHEA, s. d.) :

Dénombrement :

- Favoriser le dénombrement d'objets concrets, facilement manipulables plutôt que des éléments dessinés sur une feuille
- Laisser à disposition une bande numérique adaptée à l'élève afin qu'il puisse par exemple y placer les éléments à compter

Traitement Numérique Langagier/Transcodage :

- Vérifier la compréhension et la copie des nombres (6/9, 14/41, 95) et des signes (>, <)
- Laisser à disposition des tables avec deux formes écrites du nombre : indo-arabe et littérale, afin que l'élève puisse faire correspondre les différents codes
- Favoriser l'utilisation d'un code couleur afin d'aider l'élève à repérer les centaines, dizaines, unités...
- Eviter les dictées de nombres sans aide ni support qui mettraient les élèves en situation d'échec
- Distinguer erreurs de calcul et erreurs d'écriture des nombres (nécessite souvent de faire verbaliser l'élève)

Calcul :

- Ne pas dévaloriser l'utilisation des doigts pour compter
- Favoriser l'utilisation d'un code couleur pour poser les opérations afin d'aider la réalisation des algorithmes de calcul (et donc favoriser leur acquisition et leur automatisation)
- Laisser à disposition les tables de multiplication et autres tables de faits numériques dont l'élève aurait besoin et qu'il a du mal à mémoriser
- Travailler sur le concret (matériel...) pour favoriser l'acquisition des concepts, faire des manipulations, expériences, observations
- Entraîner l'élève à repérer les procédures à appliquer dans tel type de situation
- Faire verbaliser sa procédure de résolution à l'élève pour repérer les erreurs et les corriger
- Approfondir l'apprentissage par cœur de procédures plutôt que la découverte de solutions non abordées
- Autoriser l'utilisation de la calculatrice

Gestion du Temps :

- Afficher un emploi du temps
- Timer si difficulté pour évaluer, gérer le temps

Evaluation :

- Réduire la quantité d'exercices
- Diviser les consignes complexes en sous-étapes pour faciliter le raisonnement
- Accompagner les consignes de schémas
- Autoriser la manipulation d'objets lors des contrôles
- Laisser à disposition les aides mémoire nécessaires à l'élève
- Valoriser le raisonnement dans la notation plus que le résultat qui est sensible aux inversions de chiffres et de signes

Voir Annexe n° VII – Autres Aides Techniques Possibles en Cas de Comorbidités avec les TAM (Barray, 2010)

- cartable rigide et léger avec différents compartiments,
- trousse facile à ouvrir,
- stylo 4 couleurs,
- trieur avec 12 intercalaires de couleurs différentes et des fenêtres pour chaque intercalaire,
- bannir les classeurs et préférer les cahiers et agenda plutôt que cahier de texte,
- gomme de préhension grossière,
- compas autobloquant, règle avec poignée et grosses graduations,
- colle en bâton.

Annexe n°VIII – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Ergothérapeute :

Thématiques	Sous-objectifs	Questions	Questions de Relance
Contexte d’Intervention	Identifier le contexte d’intervention de l’ergothérapeute	Quel âge avez-vous ?	
		Où exercez-vous votre métier d’ergothérapeute ?	
		Depuis combien de temps exercez-vous votre métier d’ergothérapeute ?	
		Comment réalisez-vous votre métier d’ergothérapeute (types de séances, bilans, collaboration interprofessionnelle...)	Réalisez-vous des séances en individuel et/ou en groupes ? Avec combien d’enfants ? Quels professionnels ou autres acteurs de la prise en soins ?
		Auprès de quelle population intervenez-vous spécifiquement (âge, pathologies, problématiques occupationnelles...) ?	Exercez-vous auprès d’enfants en école élémentaire ? Si oui, avec des TAM ? Si oui, quelles sont leurs problématiques occupationnelles ?

Prise en Soins du Rendement Occupationnel	Identifier les difficultés de rendement occupationnel des enfants atteints de TAM dans leurs activités scolaires	Quelles sont les difficultés de rendement occupationnel rencontrées par ces enfants atteints de TAM en classe ?	Selon vous, pour quelles activités scolaires rencontrent-ils des difficultés de rendement ? Et concernant les activités de mathématiques plus spécifiquement ?
	Identifier les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour améliorer ce rendement	Comment solutionnez-vous ces difficultés de rendement occupationnel pour ces enfants ?	Quels moyens mettez-vous en place à l'école pour améliorer ce rendement ? Que peut-on mettre en place pour aider les enfants en classe ?
Difficultés Rencontrées dans la Prise en Soins de l'Enfant Atteint de TAM	Identifier les difficultés rencontrées dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place des adaptations pédagogiques citées précédemment ?	

	Identifier les moyens mis en place par l'ergothérapeute face à ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Comment solutionnez-vous ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques ?	Quels moyens avez-vous pour faire face à ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe ? Et concernant l'entourage de l'enfant, avec qui et comment pourriez-vous régler ces difficultés efficacement ?
	Identifier les difficultés rencontrées dans la réalisation du partenariat ergothérapeute-enseignant	Quelles difficultés rencontrez-vous dans la réalisation de ce partenariat cité précédemment ?	
	Identifier les moyens mis en place par l'ergothérapeute face à ces difficultés pour le partenariat ergothérapeute-enseignant	Comment solutionnez-vous ces difficultés pour le partenariat ?	Et concernant d'éventuelles techniques ou approches du partenariat que vous pourriez utiliser face à ces difficultés ? Utilisez-vous une technique/approche plus spécifique ?

OPC	Identifier l'impact de l'OPC dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Dans quel contexte utilisez-vous l'OPC dans votre pratique ?	
		De manière générale, quels sont les bénéfices et les limites de l'OPC dans votre pratique depuis que vous l'utilisez ?	
		Quels bénéfices et risques retenez-vous de l'OPC pour la prise en soins de l'enfant en classe spécifiquement ?	Et concernant la gestion de l'entourage de l'enfant pour la prise en soins en classe ?
		Selon vous, quels sont les éléments importants à surveiller en utilisant l'OPC auprès des différents acteurs de la prise en soins de l'enfant ?	Et de quelle manière l'OPC impacte les différentes phases des relations à engager avec les différents acteurs ?
Conclusion	Conclure l'entretien	Quelles seraient vos recommandations pour obtenir une prise en soins efficace de l'enfant atteint de TAM en classe avec l'enseignant(e) ?	

Annexe n°IX – Guide d’Entretien à l’Enquête pour Enseignant :

Thématiques	Sous-objectifs	Questions	Questions de Relance et Apports Théoriques
Contexte d’Intervention	Identifier le contexte d’intervention de l’enseignant(e)	Quel âge avez-vous ?	
		Où exercez-vous votre métier d’enseignant(e) ?	
		Depuis combien de temps exercez-vous votre métier d’enseignant(e) ?	
		Enseignez-vous auprès d’élèves avec des difficultés dans leurs activités scolaires ? (âge, pathologies (si connu de l’enseignant(e)), problématiques occupationnelles...) ?	Exercez-vous auprès d’élèves en école élémentaire avec des difficultés dans les activités de mathématiques ? Si oui, quelles sont leurs problématiques occupationnelles ?

Prise en Soins du Rendement Occupationnel	Identifier les difficultés de rendement occupationnel des élèves avec des difficultés dans les activités de mathématiques	Quelles sont les difficultés de rendement occupationnel rencontrées par ces élèves avec des difficultés dans les activités de mathématiques en classe ?	
	Identifier les moyens mise en place par l'enseignant(e) pour améliorer ce rendement	Comment solutionnez-vous ces difficultés de rendement occupationnel pour ces élèves ?	Quels moyens mettez-vous en place à l'école pour améliorer ce rendement ? Que peut-on mettre en place pour aider les enfants en classe ? Utilisez-vous des ordinateurs ou d'autres stratégies pour améliorer ce rendement ?
Difficultés Rencontrées dans la Prise en Soins de l'Enfant Atteint de TAM	Identifier les difficultés rencontrées dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place des adaptations pédagogiques citées précédemment ?	

	Identifier les moyens mise en place par l'enseignant(e) face à ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Comment solutionnez-vous ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques ?	Quels moyens avez-vous pour faire face à ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques en classe ? Comment nommeriez-vous la relation que vous entretenez avec l'ergothérapeute ? Quels seraient les rôles de cette relation ?
	Identifier les difficultés rencontrées dans la réalisation du partenariat ergothérapeute-enseignant	Quelles difficultés rencontrez-vous dans la réalisation de ce partenariat cité précédemment ?	
	Identifier les moyens mis en place par l'enseignant(e) face à ces difficultés pour le partenariat ergothérapeute-enseignant	Comment solutionnez-vous ces difficultés pour le partenariat ?	Et concernant des techniques ou approches du partenariat que vous pourriez mettre en place ? En utiliseriez-vous une plus spécifique ?

Approche de Coaching	Identifier l'impact de l'OPC (coaching) dans la mise en place des adaptations pédagogiques en classe	Que pensez-vous de l'utilisation d'une approche de coaching auprès des acteurs impliqués dans la prise en soins de l'enfant ?	
		Selon vous, quels seraient les bénéfices et les limites de cette approche dans votre pratique ?	Et concernant la gestion de l'entourage de l'enfant pour la prise en soins en classe ?
		Selon vous, quels seraient les éléments importants à surveiller en utilisant cette approche de coaching auprès des différents acteurs de la prise en soins de l'enfant ?	Et de quelle manière cette approche impacte les différentes phases des relations à engager avec les différents acteurs ?
Conclusion	Conclure l'entretien	Quelles seraient vos recommandations pour obtenir une prise en soins efficace des élèves avec des difficultés dans les activités de mathématiques avec l'ergothérapeute ?	
		Avez-vous autre chose à rajouter ?	

Annexe n°X – Formulaire de Consentement dans le Cadre de la Collecte de Données Personnelles :

Annexe 1 : Formulaire de consentement dans le cadre de la collecte de données personnelles

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DANS LE CADRE DE LA COLLECTE DE DONNÉES PERSONNELLES

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant. Celles-ci seront collectées lors d'**entretiens semi-dirigés** réalisés pour une **enquête de mémoire** ayant pour thème **La Prise en Soins Ergothérapiques des Enfants avec TAM et les Difficultés de Mise en Place des Adaptations Pédagogiques en Classe** piloté par PARESY Grégoire dans le cadre de son projet d'enquête d'initiation à la recherche en ergothérapie à l'Université-Paris-Est-Créteil. Un **entretien semi-directif** sera réalisé afin de recueillir vos propos, votre avis en lien avec divers thèmes et questions abordés. Afin de retranscrire cet entretien pour alimenter son expérience et sa réflexion autour de ce projet, j'ai besoin de votre autorisation à procéder aux enregistrements.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- Que vous avez lu et compris les éléments communiqués dans ce formulaire ;
- Que l'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante ;
- Que l'on vous a informé(e) que vous étiez libre de retirer votre consentement ou de vous retirer de ce projet en tout temps, sans préjudice.

À remplir par la personne interrogée :

- J'ai lu et compris les renseignements fournis dans ce formulaire et j'accepte de plein gré de participer à ce projet.
☐ OUI ☐ NON
- J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités dans le cadre de ce projet. Les bandes audios sont conservées dans une source informatique à laquelle seul(e) l'étudiant(e) en ergothérapie a accès.
☐ OUI ☐ NON
- J'accepte que mon image et mes propos soient filmés et exploités dans le cadre de ce projet. Les enregistrements vidéos sont conservés dans une source informatique à laquelle seul(e) l'étudiant(e) en ergothérapie a accès.
☐ OUI ☐ NON
- Si concerné(e) ; j'accepte que les « données sensibles » de type données de santé (diagnostic, prise en soins thérapeutique en cours) soient collectées, conservées et exploitées par l'équipe du projet.
☐ OUI ☐ NON ☐ Non-concerné
- J'accepte que les données collectées soient utilisées **sous leur format transcrit et anonymisé** à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques et/ou de partage d'expériences et de pratiques, exposés à des congrès, séminaires).
☐ OUI ☐ NON

Les renseignements recueillis lors de ces *entretiens* seront traités de façon strictement confidentielle dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de l'étudiant(e). Aucun résultat ne sera nominatif, personne ne pourra vous identifier, sauf si vous donnez votre accord dans le cadre d'entretien d'expert. Un système de codes sur les entretiens sera mis en place à cette fin. Votre nom et tous les autres renseignements permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés.

Nom, Prénom — Date — Signature :

Personne interviewée :

Étudiant(e) en ergothérapie :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé par l'étudiant(e). Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, il est rappelé que vous disposez d'un droit d'accès, d'information, de modification, d'opposition, de limitation, d'effacement et à la portabilité de vos données. Pour les exercer, vous pouvez me contacter PARESY Grégoire — sur l'adresse mail suivante : gregoire.paresy@etu.u-pec.fr.

Annexe n°XI – Retranscription de l'Entretien avec Ergo1 :

- GP (étudiant) : Bonjour Madame ! M'entendez-vous ?
- Ergo1 : Bonjour, oui très bien !
- GP : Nickel, comment allez-vous ?
- Ergo1 : Très bien et vous ?
- GP : Ça va bien merci. Êtes-vous toujours disponible sur la prochaine demi-heure pour l'entretien ?
- Ergo1 : Oui mais pas trop au-delà. C'était ce qui était prévu il me semble ?
- GP : Oui, j'ai 30 minutes aussi. C'est juste que je me rends compte que je dois aller surveiller l'heure et qu'il y a pas mal de questions.
- Ergo1 : On va commencer et on verra.
- GP : Ok. Déjà, pour mettre un petit peu le contexte d'intervention. Est-ce que je peux vous demander votre âge si vous dérange pas ?
- Ergo1 : Oui, j'ai 37 ans.
- GP : Où est-ce que vous exercez votre métier d'ergothérapeute et depuis combien de temps ?
- Ergo1 : En libéral depuis 2011, donc ça fait 14 ans.
- GP : Et comment vous réalisez votre métier d'ergothérapeute ? Le type de séance, les bilans... Quelles collaborations avez-vous ?
- GP : Alors, je n'ai pas de collaborateur car je suis toute seule en cabinet, mais j'en ai un en maison de santé. Je fais des séances, des bilans et des séances en déplacement aussi. Parfois je participe aux réunions d'équipe.
- GP : Des séances en individuel ou en groupe ?
- Ergo1 : Non, je ne fais que de l'individuel, mais dans 90 % des cas, les parents sont avec moi. Ça dépend de ce qu'on met après individuel...
- GP : Vous êtes en lien avec d'autres professionnels de santé ou autres professions ?
- Ergo1 : Alors, avant les vacances de Toussaint, j'ai pris contact avec tous les médecins de la maison de santé où je suis. Après, je suis aussi en contact avec les PCO, qui sont les Plateformes de Coordination et d'Orientation. Je suis en contact avec des médecins particuliers, avec plusieurs orthophonistes aussi, plusieurs psychomotriciennes et des psychologues.
- GP : Auprès de quelle population vous intervenez plus spécifiquement ? Leur âge, leur pathologie, leurs problématiques occupationnelles ?
- Ergo1 : Chaque année, j'ai des patients de 1 an à la plus grande actuellement a 17 ans. Et ce sont des TND, des Troubles Neuro-Développementaux. Les plaintes occupationnelles, c'est un peu comme vous voulez, d'étudiant et élève. C'est très compliqué à cerner parce qu'en fait on

- va classer les plaintes en fonction des patients qui viennent nous voir, et donc c'est très individuel. Donc ça dépend vraiment des patients.
- GP : Ok, et donc vous avez des enfants en école primaire dans vos interventions ?
- Ergo1 : Oui, oui, bien sûr.
- GP : Avec des troubles des apprentissages mathématiques ?
- Ergo1 : Oui.
- GP : Et eux spécifiquement, c'est quoi leurs problématiques occupationnelles ? Qu'est-ce qui leur pose souci dans leurs occupations ?
- Ergo1 : On va avoir trois domaines de plainte au moment de l'apprentissage par un professeur scolaire. Des plaintes plus scolaires, des plaintes de la vie quotidienne et des plaintes plus loisirs.
- GP : Donc en classe, c'est quel type de difficultés qu'ils ont ?
- Ergo1 : En classe, c'est ça ?
- GP : Oui.
- Ergo 1 : Alors vous, c'est accès sur le primaire (mon mémoire – NDLR), c'est ça ? Du CP au CE2 ? Car dans cette tranche-là, ce que j'appelle les plus petits en primaire. Les plaintes sont surtout sur les calculs mentaux et de la compréhension du système de base 10, donc unités, dizaines et centaines. En maths, c'est surtout ça.
- GP : Connaissez-vous la notion de rendement occupationnel ?
- Ergo1 : Oui.
- GP : Du coup, quelles sont les difficultés de rendement occupationnel que ces enfants rencontrent en classe ?

[Silence de quelques secondes]

- Ergo1 : Ça va être dans les activités de mathématiques : travailler en autonomie dans ces activités-là, faire des exercices tout seul.
- GP : Ok.
- Ergo1 : En lien avec la problématique que je vous ai exposé juste avant, donc les calculs mentaux et de la compréhension du système de base 10.
- GP : Est-ce qu'il y a autre chose concernant les activités mathématiques ?
- Ergo1 : Non, mais si on élargit un petit peu notre champ de vision, il y a aussi toute la notion d'anxiété liée aux maths, ce qui aura un impact en classe, et donc qui forcément diminuent beaucoup le rendement occupationnel. Quand il y a de l'anxiété, il y a de moins bonnes performances au niveau mathématiques.

- GP : Ok. Et quelles sont les conséquences dans ces activités ?
- Ergo1 : Ce qu'il faut savoir c'est que l'anxiété au niveau mathématiques, elle s'amorce en amont de la tâche mathématique. C'est avant même que l'enfant se lance dans l'exercice, il va se trouver en difficulté, enfin il va avoir en tout cas une peur. Et euh, cette peur-là, elle va avoir tendance à euh, minorer leurs compétences en mathématiques.
- GP : Et comment vous solutionnez ces difficultés de rendement occupationnel ? Comment vous faites pour régler ces difficultés ?

[Grande inspiration d'Ergo1 et silence de quelques secondes]

- Ergo1 : Donc, on va partir de la plainte et on va travailler sur les plaintes qui sont nommées. Donc, si ce sont des plaintes en base 10, on va essayer notamment beaucoup par la manipulation, de comprendre ce que c'est le système en base 10 via le système positionnel, donc utiliser des objets. Si ce sont les stratégies de calcul, c'est pareil. D'abord beaucoup par la manipulation pour aller mettre du sens, en fait. Et par des activités, ça peut être aussi beaucoup de jeu.
- GP : D'accord.
- Ergo 1 : Ce qui permet en plus le jeu de sortir du cercle vicieux de l'anxiété.
- GP : Ok. Y-a-il des moyens physiques que vous mettez en place ou autres ?
- Ergo1 : Des compensations vous voulez dire ?
- GP : Oui, des compensations.
- Ergo1 : Sur cette tranche-là... Euh, même si c'est en CE1-CE2 et qu'on a travaillé sur un matériel spécifique en base 10, je vais demander à la maîtresse qu'elle ait toujours accès à ce matériel-là. Moi, j'aime bien aussi des frises numériques que l'enfant peut déplier et manipuler. Mais sachant que cette frise n'est pas toujours possible, on peut utiliser la règle car c'est une frise numérique et être un très bon moyen de compensation. On peut aussi aller mettre des moyens de stratégie plus visuo-spatial avec des gabarits de pose d'opération. En compensation, je crois qu'on est déjà pas mal...
- GP : On peut parler dans ce cas d'adaptations pédagogiques selon vous ? Ou l'adaptation pédagogique, c'est encore autre chose pour ces difficultés dans les activités mathématiques ?
- Ergo1 : Pour moi là, on va vraiment dans la compensation avec ce que je vous ai donné. Pour moi, les adaptations pédagogiques ça va plutôt être un travail de l'enseignant sur ce qu'il peut proposer à l'enfant dans le contenu. Donc, s'adapter en fonction des capacités de l'enfant.
- GP : Par exemple ?

- Ergo1 : Euh, pour tout ce qui est résolution de problèmes, éventuellement de reformuler, proposer un schéma à l'enfant qui pourra améliorer la compréhension de la résolution de problème. Ça peut être diminuer les quantités de travail données à l'enfant. Ça peut être des apprentissages différenciés comme proposer du programme de niveau CE1 en mathématiques ou CP si c'est nécessaire, alors que l'enfant est en niveau CE2. Voilà, je mettrai plutôt toutes ces adaptations pédagogiques, qui reviennent du coup à l'enseignant.
- GP : Et quelles sont les difficultés qu'on peut rencontrer dans la mise en place de ces adaptations pédagogiques justement ?
- Ergo1 : Il y a plein de choses. Parfois, avec les enseignants et certaines situations, il n'y a pas besoin qu'on discute. Il n'y a pas besoin qu'on échange. Et c'est fait, la porte est fermée on va dire. Et puis après, c'est en échangeant avec l'enseignant sur les capacités de l'enfant, car on ne voit pas forcément les mêmes choses. Après moi j'utilise OPC, et un des principes d'OPC, c'est qu'on aide la personne si elle émet le besoin d'être aidée. Donc c'est à dire si l'enseignant ne pense pas avoir besoin d'aide, je lui propose : « *Est-ce que vous avez besoin d'aide sur un sujet ? Est-ce que vous voulez qu'on échange là-dessus ?* ». Enfin voilà, je ne vais pas donner des informations qui le perdraient ou qui ne serviraient à rien pour le coup. Parce que l'intérêt, c'est est-ce que la personne a envie d'en avoir (des informations – NDLR). C'est un des principes d'OPC : si la personne ne veut pas d'informations, on n'en donne pas.
- GP : Et comment vous solutionnez ces difficultés de mise en place des adaptations pédagogiques ? De ce que je peux comprendre, il y a peut-être des différences d'intérêts. Parfois, l'enseignant ne veut pas. Du coup, qu'est-ce que vous avez comme moyen pour aider à régler ces difficultés de mise en place des adaptations ?
- Ergo1 : Je vais quand même juste préciser un truc, c'est que dans les maths, il y a la fameuse partie scolaire où il faut prendre en compte que l'enfant est en difficultés scolaires. Mais moi, avec mon œil d'ergo, c'est visé que l'enfant, un jour, soit autonome dans sa vie quotidienne par rapport aux maths. On a parfois un œil un peu divergent, on va dire, sur les capacités qu'il faut en mathématiques. Euh, et moi, je vais rester un peu droite dans mes bottes. C'est-à-dire que moi, rattraper des attendus scolaires, ça m'intéresse assez peu en ergo. Puisque nous ne sommes pas profs de soutien, mais j'estime qu'il faut avoir certaines bases en mathématiques pour être autonome dans la vie quotidienne. Donc, si à un moment, il n'y a pas de compensation en classe, il n'y a pas d'adaptations en classe qui sont possibles, alors c'est dommage pour l'enfant, mais je vais de toute façon continuer à travailler mes bases. Même si, on ne rattrape pas le système scolaire, je m'en fiche et je vais rester sur mes fondations si vous voulez. Les fondations qu'il faut avoir pour être en indépendance et en autonomie dans sa vie quotidienne. Et donc votre question... Je ne vais pas aller me battre en fait [rires]. Si ça ne

fonctionne pas, moi je vais continuer à travailler dans mon coin, c'est dommage, certes. Et puis en fait en libéral on a quand même très peu de temps morts et, franchement, on est débordé vous savez. il y a un moment, je ne vais pas aller dépenser mon énergie si je sais que je n'aurai pas de résultat au final. Les profs savent que je suis disponible, que si on échange ça va très très bien. Mais voilà, je ne pousse pas plus que ça.

- GP : Ok. Et est-ce que vous considérez quand même dans un certain sens, qu'aller collaborer avec l'enseignant peut être un moyen efficace ou non pour aider face ces difficultés ?
- Ergo1 : Moi, mon premier intermédiaire c'est le parent. Pour moi, le point clé c'est le parent, avant l'enseignant. Parce qu'il y a beaucoup choses qu'on peut faire à la maison de maths. Après, pour l'enseignant, je suis assez sceptique, car ils ont 30 enfants devant eux, et qu'ils ne peuvent pas se permettre de mettre aussi 2000 % de leur énergie sur un enfant. Et je l'entends en fait. Je comprends complètement, et j'ai parfois l'impression qu'on est sur deux langages différents dans le sens où les enseignants ne sont pas vraiment formés en maths en France. Et donc moi quand je parle, c'est ce que vous disiez tout à l'heure, moi ce qui m'importe, c'est vraiment, par exemple, aller mettre du sens sur les opérations. Donc, qu'il comprenne ce qu'il fait quand il fait une addition, une division vraiment. Qu'est-ce que c'est de diviser ? Et je me retrouve souvent confronté aux profs qui veulent juste qu'ils savent faire du par cœur par exemple. Mais faire du par cœur sans comprendre ce qu'on fait, moi ça ne m'intéresse pas.
- GP : Dans cette collaboration avec l'enseignant, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans cette collaboration ?
- Ergo1 : On va voir des difficultés de communication sur plusieurs points. C'est-à-dire, qu'il faut trouver un moment dans notre emploi du temps, à eux comme à moi, pour échanger. Alors généralement, moi je propose plein de moyens de communication. Mais après voilà, faut aussi trouver le temps. Le fameux double langage que je vous ai dit, c'est pour moi un obstacle. Si on ne parle pas les mêmes choses ou qu'on n'est pas tout à fait d'accord sur les choses, ça se complique. Les difficultés, ça peut être aussi les parents, parce qu'ils ne veulent pas forcément qu'on entre en contact avec les enseignants. Alors ça devient de plus en plus rare, mais ça peut arriver. J'ai des parents qui font des démarches en parallèle de l'école qui vont trouver qu'il y a un souci, généralement ils sont dans le mille, donc il y a vraiment un souci. Mais les enseignants disent, ça va aller, c'est qu'il a besoin de plus de temps, etc...
- GP : Ok. Et vous, qu'est-ce que vous auriez comme moyens pour solutionner ces difficultés que vous m'avez citées ? La communication, le double langage avec les parents... ?
- Ergo1 : Ah, une petite formation des enseignants serait pas mal ! Sur les maths ! Je pense que le souci est aussi beaucoup là, sur la formation des enseignants. Et ça, on ne pas le faire. Alors nous, après, notre école, là, cette semaine, c'est sur la bonne semaine, on a terminé la voie

rapide. Et donc, par exemple, je propose une conférence cette semaine sur les troubles des apprentissages. Après j'invite tout le monde à y assister, parents, enseignants... Et voilà, ça peut faire partie aussi de former et informer en tout cas. Informer, plus que former, mais déjà c'est une base. Sur la communication, je vous ai dit, moi je propose tous les moyens de communication : mails, WhatsApp, appels, SMS... Et j'essaye de me conformer à ce qu'ils ont choisi en termes de moyens de communication. Je mets aussi les parents dans la boucle quand c'est possible, de demander que les parents soient le premier relais. C'est-à-dire qu'ils préviennent l'enseignant que je vais le contacter, etc... parce que je vois l'enfant en séance. Et après la ressource du temps, malheureusement, je n'ai pas de formule magique pour la réponse.

- GP : Ok. Pour rebondir sur l'OPC que vous avez mentionné un plus tôt, dans quel contexte vous l'utilisez-vous dans votre pratique ?
- Ergo1 : Avec les parents principalement. Car, avec les enseignants, c'est compliqué parce qu'à part en réunion d'équipe, je ne les vois pas et ce n'est pas un moment pour le faire... C'est assez compliqué. Et ça m'est arrivé plusieurs fois par contre en classe avec l'AVS quand c'est possible. L'OPC, faut quand même, enfin pour moi, il faut un certain niveau cognitif, ou en tout cas avoir un certain recul pouvoir analyser sa façon de faire..., et ce n'est pas toujours possible avec les AESH.
- GP : Et quand vous l'utilisez tout de même, quels seraient les bénéfices et les limites de manière générale de l'OPC dans votre pratique ?
- Ergo1 : Et bien, l'accès aux enseignants peut être une limite. Puisqu'on n'a pas le temps pour faire de l'OPC, car il faut avoir un temps d'entretien avec l'enseignant. Mais, on a peu d'accès aux écoles de manière officielle. Ce qui serait bien, c'est qu'il ait un ergothérapeute dans toutes les écoles par exemple, et qu'il soit là à part entière et qu'on puisse aller la consulter facilement pour les enseignants, qui pourraient relever de la supervision par exemple. Et puis forcément, les bénéfices d'une approche à l'OPC avec des enseignants si c'était possible, serait une réponse individualisée au questionnement des enseignants, mais par rapport à des problématiques avec les élèves. Ce qui pourrait se rapprocher un peu du modèle P4C, je ne sais pas si vous connaissez ?
- GP : Comment vous dites ce modèle ? P4C ?
- Ergo1 : Oui, c'est une approche justement outre-Atlantique sur justement un modèle partenariat enseignante-ergo dans les écoles.
- GP : D'accord merci. Et qu'est-ce que vous reprenez de l'OPC vraiment dans la prise en soins de l'enfant spécifiquement en classe ?

- Ergo1 : C'est compliqué parce que, pour moi c'est impossible à appliquer aujourd'hui dans l'état actuel en France. Ce n'est pas possible.
- GP : Selon vous, quels sont les éléments qu'il faut absolument surveiller quand on veut utiliser l'OPC auprès des différents acteurs de la prise en soins ?
- Ergo 1 : Pour moi, la base de la base, c'est le consentement, c'est-à-dire qu'il faut qu'ils soient d'accord pour qu'on travaille ensemble de cette manière-là. Tout le monde n'est pas capable de travailler avec l'OPC. Moi, je fais toujours plein de partenariats avec les parents. Et, il y en a qui sont ok, qui disent oui, je suis assez autonome dans les prises de décisions, je veux bien que vous me questionnez pour m'aider à avancer etc... Il y a encore des parents qui vont me dire : « *Non, non, non !* ». Ils ne veulent pas qu'on leur dise ce qu'il faut faire. Donc là, on n'est plus dans une démarche OPC. On va être dans de la guidance.
- GP : Et il faut prendre en compte les différentes phases des relations qu'on veut engager avec les différents acteurs : le début, la moitié, enfin le début de la relation au moment où on veut prendre les contacts, où on va développer la relation sur le long terme pour mettre en place les adaptations... Et du coup, je voulais savoir de quelle manière l'OPC impacte ces différentes phases ?
- Ergo1 : C'est compliqué c'est que je vous disais. C'est que pour moi la prise de contact, ça veut dire que l'enseignant veuille qu'on travaille en coaching. C'est très rare. En France, on n'est pas du tout dans cette mentalité-là sur les enseignants. Donc c'est compliqué, parce que j'ai envie de dire que la démarche allait avorter du début en fait. Ils n'ont pas le temps, ils ne sont pas dans cette idée-là. Pour moi, l'OPC avec les enseignants, je suis désolée, ça déroute votre truc, mais c'est utopique [rires].
- GP : Non mais moi, c'est pour valider ou invalider mon hypothèse, en fonction des réponses que j'obtiens. C'est sûr que ça perturbe, car je ne m'attendais pas à autant...
- Ergo1 : Si vous regardez le fameux modèle, Outre-Atlantique, c'est génial. En France, il n'y a pas d'ergos dans les écoles. Et même quand on se déplace, enfin moi je vous dis, les rares fois où je me déplace, généralement si vraiment je tombe sur un enseignant sympa, d'accord, qui est dans un bon jour. Il va me dire je reste avec vous les dix minutes de récréation pour qu'on puisse discuter calmement. Vous voyez ? Dix minutes. Instaurer une démarche OPC ça ne peut pas prendre que dix minutes, ça prend plus que dix minutes finalement.
- GP : Donc pour vous, pour résumer, les différentes raisons de pourquoi ça ne peut pas être favorable ? A quel moment ça pêche ? Au début et à la moitié, quels sont ces différents éléments ?
- Ergo1 : Le manque de temps, et le manque de connaissances aussi, je pense, de l'ergothérapie sur le terrain. Parce que si demain je veux savoir : « *est-ce que vous êtes au courant qu'en fait,*

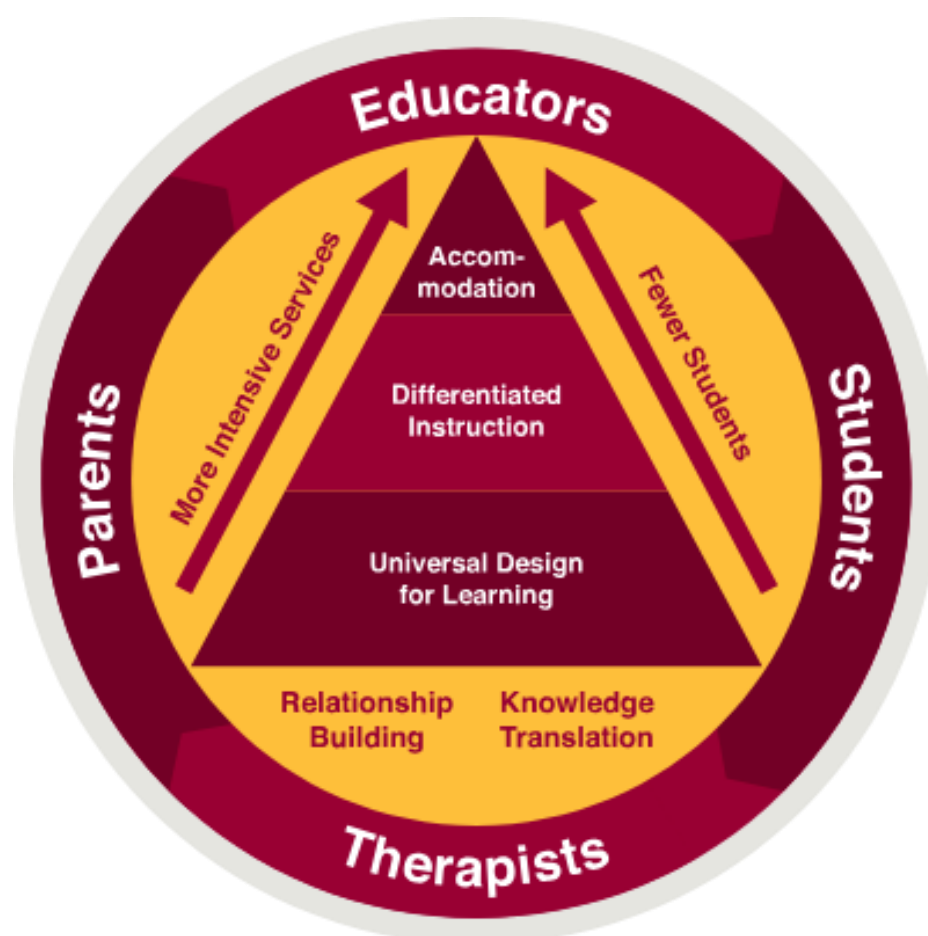
- *un ergothérapeute peut vous aider à solliciter un déploiement d'aides pour les élèves en classe ?* ». Je pense qu'ils vont dire non, ils ne le sauront pas. Et puis, ça va être aussi la perception d'un tiers qui arrive sur le terrain de l'enseignant. Je pense que déjà, il ne part pas du bon pied. Même si on essaye de se faire tout petit, on essaye de faire le plus empathique possible, d'être dans le non-jugement... ce que je veux des principes que j'essaie de mettre en place. On n'est pas les bienvenus quand même.
- GP : Vous m'avez parlé de ce modèle outre-Atlantique qui serait intéressant pour la collaboration entre l'ergo et les enseignants. Est-ce que vous pouvez m'en parler un peu plus d'avantage ?
- Ergo 1 : Il y a celui-là et il a le MAFAPA aussi, je ne sais pas si vous connaissez pour les TND ?
- GP : Euh non...
- Ergo1 : C'est un autre modèle de partenariat. Donc ça, je vous encourage aussi à regarder ce que c'est pour les TND et il est plus européen. Et l'autre, le P4C, c'est le 'partenariat pour changer' en fait.
- GP : Et selon vous, quel est l'intérêt de ces approches de partenariat ?
- Ergo1 : Le MAFAPA, on va dire qu'il est un peu plus possible français, peut-être moins utopique par rapport à l'OPC. Parce qu'en fait, je ne pas si vous avez bien cerné, mais donc l'OPC, c'est le client qui vient voir l'ergothérapeute et pas l'inverse. C'est-à-dire que déjà, il y a une démarche active du client. Vous voyez ce que je veux dire ou pas ? Vous me dites si ce n'est pas clair.
- GP : Oui, oui. C'est clair.
- Ergo1 : C'est pour ça que pour moi, la base de la base, c'est aller recueillir le consentement : *« Est-ce que vous êtes OK ? Est-ce que ça vous va qu'on marche ensemble dans la même direction ? Est-ce que vous avez envie de progresser ? Est-ce que vous avez envie d'être challengé ? »*. Et en fait, si vous venez en tant qu'ergo, c'est l'ergo qui vient, qui demande ça... Et le P4C, alors je ne le connais pas super bien, j'ai lu plusieurs articles là-dessus, mais je ne le connais pas super bien, mais il faut vérifier. Mais c'est qu'en fait, c'est des ergos qui sont déjà implantés dans les écoles et le but, c'est vraiment une collaboration. Enfin je n'aime pas trop le terme collaboration, c'est plus un partenariat, mais on va dire plutôt un partenariat entre enseignants, parents, ergots et élèves... C'est un schéma rouge avec un triangle je crois...

[Silence de quelques secondes]

- GP : Vous êtes en train de regarder, là, c'est ça ?
- Ergo1 : Ah non, pas du tout. Je disais ça de tête [rires].

- GP : Pas de soucis, je pensais que vous cherchiez quelque chose.
- Ergo1 : Non, non, non, Je fais ça de tête [rires].
- GP : Du coup, pour conclure cet entretien, je vous demanderai quelles seraient, pour vous, vos recommandations pour obtenir une prise en soins efficace de l'enfant atteint de TAM en classe avec l'enseignant ?
- Ergo1 : Waouh... Communiquer avec les parents, ce serait déjà pas mal... Recueillir les plaintes aussi des enseignants, et éventuellement lui demander si elle a besoin d'aide, et si elle a envie, de travailler avec nous ou pas. Pour moi, c'est une question de base qui est indispensable pour faire du partenariat. TAM ou pas TAM en fait. Parce que vous êtes centrés sur les TAM, mais en fait, les réponses que je vous ai données, ça pourrait être pour toutes catégories...
- GP : Ok. Bon, et bien finalement, il n'y aura pas eu besoin d'organiser un autre entretien. Je pense avoir la réponse à toutes mes questions, mais vous intervenez bien du coup dans les écoles, avec l'enfant ?
- Ergo1 : Alors, ce n'est pas la majorité de ma pratique, mais ponctuellement. Et c'est si l'enseignant est d'accord, on y revient toujours. Et si les parents sont ok pour financer. Parce que généralement s'ils ne veulent pas, c'est que j'ai une AVS à former. Euh non, c'est plutôt informer. Voilà, c'est voir avec l'AVS qui est là et essayer de la sensibiliser au mieux des difficultés, comment on peut faire...
- GP : D'accord. Et si je venais vers vous à ce niveau-là en tant qu'AVS, là ça serait de l'OPC ?
- Ergo1 : C'est ça. C'est arrivé plusieurs fois dans une même école où il y a une des maîtresses qui m'a dit : « *Aaah, j'ai repensé à vous, j'ai vu l'enfant faire ça, qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce que c'est que vous croyez ?* ». Ouais, ça s'est arrivé une fois quoi... Et là, ok ! On est rentré dans cinq minutes de coaching sur la problématique énoncée.
- GP : En effet, ça reprend les difficultés que vous avez citées qui font que l'OPC, c'est compliqué à utiliser avec l'enseignement dans ce cas...
- Ergo1 : Pour moi, c'est complètement utopique en France.
- GP : D'accord.
- Ergo1 : Je suis désolée...
- GP : Non, non, c'est bon ! Merci quand même du coup ! Ça m'apporte des éléments de réponse. Oui, aussi, est-ce que vous avez des ergothérapeutes que vous connaissez qui sont également formés à l'OPC et qui travaillent avec des enfants en école primaire ?
- Ergo1 : Euh, il n'y en a pas beaucoup de formées en OPC pour les écoles primaires... Vous avez eu une session de formation en septembre à l'ANFE. Je ne pas si vous avez pu contacter l'ANFE pour voir s'ils ont des noms. Je ne sais pas, je vais demander... Vous pouvez demander à votre maître de mémoire ? Vous pouvez l'interroger quand même ou non ?

- GP : Non, pas possible.
- Ergo1 : Franchement des OPC et maths, c'est quand même deux domaines pas très formés encore en France.
- GP : Il faut que ce soit aussi en cycle 2 et formé à l'OPC.
- Ergo1 : Ouais non, franchement, je n'ai pas le croisement là on va dire. Je suis désolée, j'essaierai d'y repenser mais...
- GP : Pas de soucis. Merci à vous par avance. Merci beaucoup à vous pour votre temps !
- Ergo1 : Bon courage !
- GP : Bon courage à vous.
- Ergo1 : Au revoir !
- GP : Au revoir, merci beaucoup !



Résumé :

Introduction : Les Troubles des Apprentissages Mathématiques (TAM) diminuent le rendement occupationnel des enfants de 6-8 ans en cycle 2 de l'école élémentaire dans leurs activités nécessitant des mathématiques. L'ergothérapeute les accompagne dans leurs difficultés en réalisant des séances de remédiation, et de rééducation comprenant la préconisation d'adaptations pédagogiques en classe via le partenariat ergothérapeute-enseignant. Mais ce partenariat rencontre des difficultés, impactant négativement cette mise en place des adaptations. Ainsi, nous explorerons si l'approche Occupationnal Performance Coaching (OPC) faciliterait la mise en place des adaptations pédagogiques en classe dans le cadre d'un partenariat ergothérapeute-enseignant efficace.

Méthode : Une étude qualitative avec des entretiens a été menée auprès d'ergothérapeutes et d'enseignantes, qui travaillent avec cette population. Des grilles d'entretien ont été créées afin de recueillir leurs avis selon des thématiques précises.

Résultats : Les résultats ont révélé que l'OPC apporterait de nombreux bénéfices auprès des enseignants pour la mise en place des adaptations pédagogiques, mais rencontrerait trop de contraintes pour être implémenté et utilisé sur le long terme.

Conclusion : Ces résultats suggèrent que les caractéristiques spécifiques à la mise en place des adaptations pédagogiques en classe en collaboration avec l'enseignant ne sont pas compatibles avec celles de l'approche OPC. Néanmoins, le partenariat ergothérapeute-enseignant reste essentiel pour leur mise en place. De plus amples tests de l'OPC auprès des enseignants sont nécessaires pour potentiellement l'améliorer, ou considérer une autre approche moins contraignante.

Mots-clés : Troubles des Apprentissages Mathématiques (TAM), Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), Rendement Occupationnel, Adaptations Pédagogiques, Occupational Performance Coaching (OPC)

Abstract :

Introduction : Mathematical Learning Disorders (MLD) reduce the occupational performance of children aged 6-8 in cycle 2 of elementary school in their activities requiring mathematics. The occupational therapist help them overcome their difficulties by carrying out remedial and re-educational sessions, including recommending educational adaptations in the classroom through an occupational therapist-teacher partnership. But this partnership is encountering difficulties, which are having a negative impact on the implementation of adaptations. We will therefore explore whether the Occupational Performance Coaching (OPC) approach would facilitate the implementation of educational adaptations in the classroom within the framework of an effective occupational therapist-teacher partnership.

Method : A qualitative study involving interviews was conducted with occupational therapists and teachers, who work with this population. Interview grids were created to gather their opinions on specific themes.

Results : The results showed that the OPC would bring many benefits to teachers in terms of implementing pedagogical adaptations, but would encounter too many constraints to be implemented and used in the long term.

Conclusion : These results suggest that the specific characteristics of implementing educational adaptations in the classroom in collaboration with the teacher are not compatible with those of the OPC approach. Nevertheless, the occupational therapist-teacher partnership remains essential for their implementation. Further testing of the OPC with teachers is needed to potentially improve it, or to consider another less restrictive approach.

Keywords : Mathematical Learning Disabilities (MLD), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), occupational performance, pedagogical adaptations, OPC