HAL open science

Dimension psychoaffective des enfants présentant des troubles des apprentissages et effets de la sensibilisation par la simulation en classe en ergothérapie

Sara Adrian

▶ To cite this version:

Sara Adrian. Dimension psychoaffective des enfants présentant des troubles des apprentissages et effets de la sensibilisation par la simulation en classe en ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279190

HAL Id: dumas-03279190

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279190

Submitted on 24 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation en Ergothérapie

Sara, ADRIAN

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la recherche

20 mai 2021

Dimension psychoaffective des enfants présentant des troubles des apprentissages et effets de la sensibilisation par la simulation en classe en ergothérapie

Sous la direction de BLANC Catheline, directeur de mémoire
et de DURET Mélina, référent professionnel

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Remerciements

Je tiens à remercier...

Catheline BLANC, ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien précieux d'autant plus aux vues du contexte sanitaire.

Mélina DURET, ma référente professionnelle, pour sa flexibilité quant à mon fonctionnement de travail, son écoute, ses apports pratiques et ses questionnements.

Mes élèves et leurs parents d'élèves en soutien scolaire pour leur confiance depuis de nombreuses années, l'inspiration et la motivation qu'ils m'ont donnée.

Les ergothérapeutes ayant participé à mon enquête exploratoire et à ma recherche.

Ma maman tout particulièrement pour son abnégation et son aide psychologique et organisationnelle, ma famille et mes amis pour leurs encouragements.

Toute l'équipe pédagogique et administrative de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour leur accompagnement et leur passion pour la transmission.

Et je tiens à exprimer ma sincère solidarité et mon respect à mes camarades de promotion qui ont réussi à aboutir leur travail et à maintenir une dynamique de travail en distanciel, et m'ont amenée indirectement à rester mobilisée malgré la période d'éloignement physique que nous avons traversée.

Merci également aux membres du jurys pour leur évaluation, leur lecture et leur écoute.

Notes au lecteur

Les acronymes « TA » pour troubles des apprentissages et « DPA » pour dimension psychoaffective seront utilisés tout au long du mémoire.

Sommaire

1 Introduction 1
1.1 Point de départ de la recherche : Contexte 1
1.2 Thème général et explicitation terminologique 2
1.3 Enjeux et intérêts 4
1.4 Méthodologie de la revue de littérature 6
1.4.1 Bases de données 6
1.4.2 Equation de recherche 6
1.4.3 Filtres, critères d'inclusion et d'exclusion 6
1.5 Analyse critique de la revue de littérature 7
1.5.1 Présentation de la revue de littérature 7
1.5.2 Evaluation multidimensionnelle des enfants TA 7
1.5.3 Intervention pour les enfants avec TA 10
1.5.4 Synthèse de la revue de littérature 14
1.5.5 Utilité sociale et professionnelle de la thématique 14
1.5.6 Résonance du thème et problématisation pratique 15
1.6 Enquête exploratoire 17
1.6.1 L'entretien semi-structuré 18
1.6.2 Le questionnaire en ligne 19
1.7 Choix des outils d'analyse de données 20
1.7.1 Pour la partie questionnaire de l'enquête exploratoire 20
1.7.2 Pour la partie entretiens de l'enquête exploratoire 20
1.8 Résultats de l'enquête exploratoire 21
1.8.1 Analyse des résultats du questionnaire 21
1.8.2 Analyse des entretiens 26
1.9 Analyse critique des résultats de l'enquête exploratoire 27

1.10 Cadre de référence 28
1.10.1 La motivation, extrinsèque et intrinsèque, et ses facteurs 29
1.10.2 Facteurs intra et inter personnels liés à la motivation 30
1.10.3 La motivation comme état dynamique, dans la scolarité 31
1.10.4 Compétences psychosociales et enjeux de sensibilisation 32
1.11 La sensibilisation au handicap 33
1.11.1 Expériences de sensibilisation au handicap 33
1.11.2 Pédagogie en sensibilisation et approche psychoéducative 34
1.11.3 Prévention et éducation en ergothérapie 34
1.11.4 La simulation comme outil pédagogique 35
1.12 Question et objet de recherche 36
2 Matériel et méthode 37
2.1 Choix de la méthode 37
2.2 Population, matériel, éthique des données recueillies 37
2.3 Construction de l'outil 38
2.4 Anticipation des biais 39
2.5 Déroulement 39
2.6 Traitement des données 40
3 Résultats 41
3.1 Présentation de la population étudiée 41
3.2 L'intervention auprès de l'environnement humain 41
3.3 Effets de la sensibilisation sur l'enfant et son environnement scolaire 43
3.4 Effets de la sensibilisation en classe sur la DPA de l'enfant 44
3.5 Données qualitatives et quantitatives sur les effets de la sensibilisation 46
3.6 Pédagogie dans la formation et la pratique en ergothérapie 47
3.7 Compétences en pédagogie des ergothérapeutes selon l'année d'étude 48
3.8 Structure de travail et possibilité d'intervenir en sensibilisation 48

4 Discussion 49
4.1 Confrontation des résultats 49
4.2 Eléments de réponses à l'objet de recherche 50
4.3 Discussion des résultats, critique du dispositif de recherche 51
4.3.1 Limites méthodologiques 51
4.3.2 Limites théoriques 53
4.4 Apports, limites et intérêts pour la pratique professionnelle 54
4.5 Transférabilité et propositions pour la pratique professionnelle 54
4.6 Perspectives de recherche 56
Bibliographie 57
Annexes 68
Annexe 1 : Socle commun des compétences, France 68
Annexe 2 : Tableau des bases de données en fonction des champs disciplinaires 69
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des bases de données exhaustives 69
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des bases de données explorées 70
Annexe 5 : Tableau descriptif des articles retenus par base de données 71
Annexe 6 : Grille d'entretien semi-directif de l'enquête exploratoire 95
Annexe 7 : Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire 97
Annexe 8. Résultats du questionnaire concernant les outils d'intervention 100
Annexe 9 : Droits d'utilisation des entretiens 101
Annexe 10 : Résumés d'entretiens 103
Annexe 10 : Résonnance de l'enquête exploratoire et la revue de littérature 109
Annexe 12 : Matrice théorique du cadre conceptuel 126
Annexe 13 : Matrice et infographie du questionnaire du dispositif de recherche 127
Annexe 14 : Représentations graphiques des résultats obtenus par la recherche 132
Annexe 14 : Analyse statistique par le calcul du Khi 2 137
Résumé et Mots-clefs 139

1 Introduction

1.1 Point de départ de la recherche : Contexte

Les apprentissages, aller à l'école, faire ses devoirs font partie d'au moins une période de la vie de tout un chacun dans notre culture occidentale. Pourtant, ce n'est pas forcément facile pour tout le monde, certains enfants ont des besoins spécifiques liés à des difficultés pour apprendre : des enfants avec un fonctionnement différent, qui développent un type d'intelligence en particulier et qui n'est pas forcément sollicitée par le système scolaire en général (1). Cela amène à des bulletins de notes peu satisfaisants, une difficulté à s'impliquer dans les devoirs, de l'échec scolaire, des tensions familiales ..., voire du décrochage scolaire pour certains. La crise sanitaire débutée en 2020 a aussi révélé des difficultés dans l'acquisition des connaissances scolaires, les parents ayant dû prendre dans certains moments le rôle de professeurs ou d'enseignants. Comment pallier ces difficultés que rencontrent les enfants dans leurs apprentissages, et ce lorsque la situation est majorée de difficultés ou de troubles liés à l'enfant ou au contexte ?

En ergothérapie, l'intervention en pédiatrie existe pour les enfants ayant des troubles des apprentissages (TA), elles sont notamment portées sur la mise en place de l'outil informatique. Lors de la journée des Dys organisée à Marseille le 12 octobre 2019 (2), des ergothérapeutes libéraux ont rapporté « qu'au-delà de l'apprentissage de l'outil informatique, il y aurait d'autres interventions possibles mais qu'elles ne sont pas explorées car non remboursées par le système de Sécurité Sociale français ». En ergothérapie, des concepts clefs existent comme la motivation et l'engagement[1] dans les activités afin de les entreprendre voire de les réussir. Une hypothèse peut être alors posée : **Les enfants avec des TA sont impactés dans leur motivation à effectuer les tâches scolaires, en France, au primaire/collège en scolarisation en milieu ordinaire.** L'activité « faire ses devoirs / réussir à l'école » peut être source de stress[2]. Plusieurs questions sont alors venues à moi : Quels sont les besoins des enfants avec TA pour faire leurs devoirs et s'impliquer à l'école ? Quel peut-être le champ d'action de l'ergothérapeute pour les enfants avec des TA en dehors des prestations remboursées (3) ? La motivation est-elle impactée par la présence de TA ? Quelles pourraient être les interventions en ergothérapie pour les enfants avec des troubles des apprentissages en dehors de l'outil informatique ?

---

[1] La motivation est un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins. L'engagement est le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.

[2] Le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande, à une situation nouvelle de quelque origine qu'elle soit.

1.2 Thème général et explicitation terminologique

Le thème initial de ce travail est donc : La place de la motivation dans l'acquisition des compétences scolaires chez les enfants avec des troubles des apprentissages. Les champs disciplinaires sont : Médecine (pédiatrie), Pédagogie, Science de l'éducation, Sciences de l'occupation (ergothérapie et rééducation), Santé Publique, Psychologie, Sociologie. Afin d'expliciter au mieux le thème, les termes principaux sont définis. Ci-dessous sont définis différents termes utiles afin de les inscrire dans des champs disciplinaires et d'identifier le point de vue emprunté lors de la recherche.

Troubles des apprentissages : « Les troubles spécifiques des apprentissages comprennent (selon la classification internationale DSM-5) : le trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture (communément nommée **dyslexie**) ; le trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite (**dysorthographie**) ; le trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul (**dyscalculie**). Ces troubles sont associés au : trouble du langage oral (**dysphasie**) ; trouble développemental de la coordination [ou TDC] (**dyspraxie**), incluant certaine forme de dysgraphie (trouble de l'écriture) ; déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (**TDAH** ou **TDA**) » (4). L'acronyme « TA » sera utilisé tout au long de la rédaction pour mentionner les troubles des apprentissages.

Scolarisation en milieu ordinaire : « La loi sur la refondation de l'école place l'inclusion au cœur des missions de l'école. Les élèves handicapés ou malades sont de plus en plus scolarisés en milieu ordinaire, à titre individuel. Une avancée obtenue grâce à la loi de 2005, à des aménagements matériels et pédagogiques, et à des aides humaines. Toutefois, d'autres solutions de scolarisation existent. » (5). « L'article L114 du code de l'action sociale et des familles définit précisément la notion de handicap. La loi° 2005-102 du 11 février 2005 fait obligation d'assurer à l'enfant en situation de handicap une scolarisation en milieu ordinaire au plus près du domicile, de garantir une continuité du parcours scolaire et d'assurer l'égalité des chances aux examens. Les élèves à besoins éducatifs particuliers qui ne relèvent pas du handicap peuvent bénéficier d'une aide à la scolarisation, consulter la fiche Scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers. » (6).

Socle commun des compétences : « La scolarité obligatoire doit garantir à chaque élève les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun de connaissances, de compétences et de culture, auquel contribue l'ensemble des enseignements dispensés. Ce socle commun doit : permettre la poursuite d'études, la construction d'un avenir personnel et professionnel, préparer à l'exercice de la citoyenneté. L'évaluation de fin de socle, qui entre dans le calcul des points

pour l'obtention du Diplôme National du Brevet (DNB) [en classe de troisième au collège], prend en compte exclusivement l'évaluation des huit composantes du socle commun de compétences, de connaissances et de culture évaluées grâce à une échelle de maîtrise sur quatre niveaux. Avec trois cycles de la scolarité obligatoire (jusqu'à 16 ans) » (7) (Cf. Annexe 1 p. 68).

Motivation : « La motivation peut être définie comme le processus psychologique responsable du déclenchement, du maintien, de l'entretien ou de la cessation d'une conduite. Elle est en quelque sorte la force qui pousse à agir et penser d'une manière ou d'une autre. Ainsi, le recours au concept de motivation s'avère particulièrement utile pour comprendre les cognitions et comportements dans bien des champs de l'activité humaine : l'éducation, le travail, la santé en sont quelques exemples. » (8).

Ergothérapie : Selon la World Federation of Occupational Therapy (WFOT), « l'**ergothérapie** est une profession qui s'intéresse à promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation ». L'occupation représente toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours. Le but principal de l'ergothérapie est la participation des gens dans leurs occupations. (9).

Participation occupationnelle : Les définitions sont celles de Sylvie Meyer, ergothérapeute. La participation occupationnelle est en lien avec l'engagement occupationnel. L'engagement occupationnel est « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation. » et la participation occupationnelle est « l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées. » (10).

Ergothérapie et outil informatique : C'est « quand un enfant rencontre des difficultés importantes au niveau de l'écriture, que la rééducation des difficultés de fond entraînant les problèmes d'écriture n'est pas suffisante, quand les difficultés graphiques ont des répercussions trop importantes sur la vie scolaire, alors la mise en place d'un outil de compensation informatique peut être évoqué. La réalisation d'un bilan en ergothérapie est indispensable afin d'analyser les capacités de la personne, les difficultés rencontrées concernant notamment l'écriture et la manipulation des outils scolaires et ainsi d'en déduire le matériel qui lui conviendra le mieux. Les préconisations faites par l'ergothérapeute prendront bien évidemment en compte, s'il y a lieu, les résultats des bilans réalisés en orthophonie (concernant le langage, l'orthographe…), ainsi qu'en ophtalmologie/orthoptie (concernant les capacités visuelles…) (11). Les rôles de l'ergothérapeute, dans la mise en place d'outils de compensation de type

informatiques, sont les suivants: conseiller la personne et son entourage dans le choix du matériel (ordinateur, scanner…) et des différents logiciels; aider la personne à maîtriser l'univers informatiques ainsi que les différents outils (scanner, imprimante…) et logiciels mis à sa disposition ; améliorer la vitesse de frappe, pour que celle-ci devienne supérieure à la vitesse d'écriture manuscrite; aider l'enfant à trouver l'organisation qui lui convient (rangement des documents, devoirs…); former les différentes personnes intervenants auprès de l'enfant et étant susceptible d'utiliser l'outil (parents, enseignants, auxiliaire de vie scolaire…) (12). L'objectif étant que l'outil informatique soit une aide au quotidien, il est nécessaire que l'enfant soit autonome avec son ordinateur avant toutes intégration en milieu scolaire. Pour que la vitesse de frappe soit suffisante et pour que l'enfant devienne totalement autonome avec son ordinateur, l'apprentissage doit être régulier et se poursuivre en dehors des séances. Un entrainement quotidien est indispensable. Avec l'aide et l'expertise de l'ergothérapeute, l'outil informatiques, les outils complémentaires (imprimante, scanner, logiciels) ainsi que les séances d'ergothérapie pourront sur demande, et après acceptation de celle-ci, être financé en globalité ou en partie par la MDPH. » (11).

Aux vues des explicitations terminologiques sur l'ergothérapie en pédiatrie, et notamment les rôles mentionnées, l'ergothérapeute peut avoir un rôle à jouer concernant la motivation des enfants présentant des TA.

1.3 Enjeux et intérêts

Les parcours de soin ou parcours santé des enfants avec des TA sont des sujets d'actualités, retravaillés. Notamment par la Commission nationale de la santé et de l'enfant, en 2013, et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2017 (13,14). Ceci fait remarquer que c'est une question socialement vive.

En effet, il existe un enjeu **démographique** conséquent. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : « 15 à 20% des enfants sont confrontés à des difficultés d'apprentissages et scolaires. Les troubles spécifiques des apprentissages concernent entre 5 et 7% des enfants d'âge scolaire. » (15). Les difficultés pour les enfants ayant des TA à suivre les cours ou à faire leurs devoirs sont compensés par l'évolution du métier d'auxiliaire de vie scolaire en « Accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) » dont la formation a été créée en 2016, dans le cadre d'une circulaire de rentrée qui a suivi en septembre 2019 sur « l'école inclusive » (16,17,18). L'enjeu dévient alors **pédagogique**, il est porté par le Ministère de l'Education. L'Assemblée Nationale réfléchit également à la création de lois pour une

meilleure inclusion et prise en charge des « troubles dys » que je nomme TA (19). Ce à quoi l'ergothérapie répond par l'outil informatique en tant qu'outil de compensation (20). D'autres professionnels sont également mobilisés pour cette prise en charge comme les orthophonistes ou psychomotriciens. De nombreuses associations comme la Fédération française des dys (FFDys), l'association Dyspositif, l'association de parents d'enfants dyslexiques (APEDYS) sont engagées en permettant l'accès à des conseils ou des supports pédagogiques adaptés. En février 2020, le Président de la République française déploie un plan national en lien avec la conférence nationale du handicap. Il consiste à élargir la prise en charge de 0-6 ans à 0-12 ans avec des forfaits de remboursements nouveaux (21). L'enjeu **économique** est alors bien présent puisque le budget national en santé a augmenté passant à 52.72 milliards d'euros, deuxième ministère le plus soutenu financièrement derrière les armées (22). Enfin, au-delà de l'impact financier durant la scolarité des personnes avec des TA, il y a également leur vie future et leur **insertion socio-professionnelle** qui demeure un enjeu important. Ceux-ci sont mentionnés par l'Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions (ONISEP) et le réseau Canopé issu de l'éducation nationale (23,24). L'ONISEP précise que « les personnes Dys doivent surmonter plus de difficultés que d'autres et ont souvent un faible niveau de qualification, généralement en dessous de leurs capacités » et a réalisé un guide à ce sujet avec la FFDys à ce sujet (23). L'INSERM ajoute que des difficultés psychologiques et comportementales sont également fréquemment associées aux troubles spécifiques des apprentissages (anxiété de performance, manque de confiance en soi) et l'échec scolaire concerne 16 à 24% des élèves européens dont 6% des TA « Les mêmes situations d'échec se retrouvant en apprentissage professionnel ou au poste de travail entraînent souvent chômage et exclusion (15). Les troubles des apprentissages sont considérés comme un handicap scolaire (article L-114 de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.) (25). Ceci entre notamment dans la **déontologie** des ergothérapeutes. L'article L. 114-1-1. Mentionne que « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie (25). Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie. » Une intervention allant dans un enjeu d'éducation, d'enseignement et d'insertion professionnelle des enfants avec des TA répond alors à un enjeu éthique. Dans le domaine de la **santé**, le travail des prescriptions médicales et des remboursements de sécurité

sociale se développe. Notamment avec le concept d'Ergothérapie De l'Ecole à la Maison (EDEM) comprenant une équipe de 40 ergothérapeutes, fondateurs « d'ABC Boom ! » (26). Pour finir cette justification de ce thème en tant que question socialement vive, je citerai le Haut Conseil de la Santé Publique, mars 1999 : « les troubles de l'apprentissage représentent un réel problème de **santé publique** par leur fréquence, les souffrances engendrées et les conséquences à long terme pour les enfants concernés » (27).

1.4 Méthodologie de la revue de littérature

1.4.1 Bases de données

Le choix des bases de données s'est fait en lien avec les champs disciplinaires et le type de littérature proposée. Le choix a été aidé des descriptions des bases de données sur la page des « revues électroniques de A à Z » sur le site de la Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille Université (28). La revue de littérature s'est construite sur la recherche effectuée dans les bases de données suivantes : Bentham Open, Cairn, Clinical Key, Open Aire, Proquest, Science Direct, Wiley Online Library. Les champs disciplinaires par bases de données sont référencés dans un tableau (Cf. Annexe 2 p. 69).

1.4.2 Equation de recherche

Après quelques essais d'équations de recherches, comprenant [ergothérapie – école – dys – motivation – troubles des apprentissages- école inclusive], il a été remarqué que les termes « motivation, école inclusive et ergothérapie » étaient trop réducteurs pour la recherche. L'équation de recherche a donc été : **[« trouble des apprentissages » ET « dys » ET « école »].** Elle comprend alors deux expressions qui définissent la population étudiée (nécessaires pour élargir le champ d'étude aux TA de façon globale car les TA impliquent les dys- mais pas seulement, et le mot « école » pour le contexte de l'activité étudiée. Le « ET » est le seul opérateur booléen utilisé par les trois existants (avec « OU » et « SAUF ») car l'objectif est de relever le plus d'informations concernant cette population. Dans les bases de données anglaises, l'équation est traduite : **[« learning disabilities » and « school »].**

1.4.3 Filtres, critères d'inclusion et d'exclusion

Les **critères d'inclusion** sont : les études mentionnant les 'troubles des apprentissages' et une autre thématique, celles incluant la motivation, celles incluant des troubles des apprentissages spécifiques. Les **critères d'exclusion** sont : les études sur les troubles des apprentissages liés à des comorbidités de paralysie cérébrale ou polyhandicap, les études dur l'autisme. Les études publiées avant 2000, les études non disponibles en texte intégral. **Les critères de scientificité**

des études ont été évalués selon leurs auteurs, leurs méthodes, leurs populations, la validité de leurs résultats, leurs limites et leurs structures « IMRed » (ou « IMRaD » en anglais) : Introduction, Méthodes, Résultats et (and) Discussion (29). Parmi l'exhaustivité des études obtenues par l'équation de recherche, ces dernières dont la totalité est présentée en annexe, ont été filtrées. Les **filtres** sont : les études publiées après 2000 et les études comprises dans les champs disciplinaires précités, soit : médecine (pédiatrie), pédagogie, science de l'éducation, sciences de l'occupation (ergothérapie et rééducation), santé publique, psychologie, sociologie. (Cf. Annexe 3 p. 69). Ainsi, un tableau a pu être réalisé afin de regrouper le nombre d'études sélectionnées par bases de données afin de construire la revue de littérature qui suit (Cf. Annexe 4 p. 70).

1.5 Analyse critique de la revue de littérature

1.5.1 Présentation de la revue de littérature

La revue de littérature est issue de 7 bases de données internationales comprenant 15 lectures scientifiques, 8 lectures grises, et 7 lectures professionnelles dont 4 lectures opportunes. Le thème abordé dans cette revue de littérature est la place de la motivation dans l'acquisition des compétences scolaires chez les enfants ayant des troubles des apprentissages (Cf. Annexe 5 p. 71-94). La population ciblée comprend les enfants et adolescents scolarisés et ayant reçu un diagnostic médical (plus souvent de la dyslexie) dans différents pays d'Europe ou des Etats-Unis. De l'analyse de cette recherche ont émergé deux grandes thématiques : l'évaluation multidimensionnelle des enfants avec des difficultés d'apprentissages et l'intervention existante auprès de cette population dans le milieu médical, paramédical et éducatif.

1.5.2 Evaluation multidimensionnelle des enfants TA

Etat émotionnel et psycho-affectif des enfants avec TA

En 2009, deux psychologues se questionnent sur l'estime de soi des élèves dyslexiques. Après un questionnaire, il ressort que la moitié du groupe d'élèves dyslexiques possède une estime de soi faible sur presque toutes les dimensions, excepté l'estime de soi relative à l'apparence physique ; contrairement à un tiers des enfants n'ayant pas de dyslexie (30). La dyslexie n'est pas systématiquement associée à une estime de soi faible, y compris dans le domaine scolaire, mais elle constitue un facteur de risque. **Mais alors, cet impact persiste-t-il à l'âge adulte ? Au vu de la faible estime de soi de cette population, est-ce que ceci peut être un frein à l'acquisition des compétences scolaires ?** En 2018, le psychologue Steven D. Stagg et un évêque poursuivent cette réflexion auprès d'étudiants dyslexiques entre dix-huit en trente-deux ans. Leur étude montre que les étudiants « dys » qui ont obtenu une place à l'université souffrent

de faibles croyances d'auto-efficacité par rapport à leurs pairs, en cause d'évaluations négatives à l'école et d'un échec à atteindre des résultats homogènes (31). **Les résultats interrogent sur ce que peuvent générer une faible estime de soi et un faible sentiment d'auto-efficacité à la motivation de cette population.** En 2014, un professeur d'ingénierie et d'informatique, et une doctorante en psychologie et psychopathologie clinique s'intéressent alors à l'état émotionnel des enfants avec TA. Il ressort que leur douleur psychique est plus importante. Beaucoup d'enfants semblent être dans un déni par rapport à leur TA, considérant qu'il n'existe pas, qu'il vient d'une autre cause ou rêvant que leur professeur les félicite pour leur travail à l'école et leurs bonnes notes. Les TA ne font pas partie des réunions parents-professeurs. La proportion de cauchemars par rapport aux rêves est plus grande chez les enfants ayant une dyslexie. Ces résultats, issus d'une analyse psychanalytique et projective, révèlent que l'apprentissage à l'école serait une expérience plutôt traumatisante provoquant des niveaux de détresse et de douleur psychique pour les enfants avec TA (32). **Ayant constaté des répercussions sur l'état émotif des enfants, quelles peuvent-être alors les répercussions scolaires de ces TA ?**

Répercussions sur la vie quotidienne et notamment scolaire

Une thèse de 2017 d'une étudiante française en logopédie a montré que tous les élèves, qu'ils aient ou non des TA, sont impactés dans leurs performances en situation de stress comme un contrôle (33). Mais qu'en est-il des répercussions spécifiques aux enfants porteurs de TA ? La thèse de 2017 d'un doctorant en psychologie évolutive et éducative de Valence vient complémenter cette information. Il révèle, que selon les professeurs, leurs élèves ayant une dyslexie développementale se révèlent moins engagés dans l'activité de lecture (34). En 2019, une ingénieure de Recherche à l'Université de Lyon, spécialisée dans les phénomènes biologiques et sociaux s'est quant à elle intéressée à l'acquisition de l'écriture chez les adolescents et jeunes adultes avec TA. Les données révèlent que les étudiants dyslexiques font significativement plus avec plus d'erreurs sémiographiques et phonographiques que les étudiants contrôles. Les étudiants dyslexiques ont, en général, encore des difficultés en orthographe, ce qui va dans le sens des résultats des bilans orthophoniques et neuropsychologiques de cette même population (35). Il est possible de se questionner sur la façon de travailler de ces enfants. **Ainsi, qu'en est-il des étudiants dyslexiques ? Ont-ils le même fonctionnement de révision que les autres étudiants ? La dyslexie est-elle la seule difficulté à laquelle font face ces enfants dans leur méthode de travail ?** En 2017, trois professeurs en psychologie développementale mentionnent des difficultés associées à la

dyslexie, dans d'autres domaines que la lecture : troubles de l'expression écrite, trouble du calcul, de l'attention et troubles moteurs. La fréquence de ces comorbidités[3] associés à la dyslexie invite à la vigilance et à la personnalisation des adaptations qui leurs seront proposées (36). **Ces autres difficultés sont-elles prises en compte pour accompagner les enfants avec TA ?** Une autre problématique plutôt psychiatrique et psychologique des enfants est mentionnée par des psychiatres pour enfants et adolescents : le refus scolaire et l'absentéisme à l'école. Ceci est paru en 2018 dans la revue « Psychiatrie » (37). La population ayant des TA n'y est pas mentionnée spécifiquement. Mais cela n'empêche rien à la plausibilité de cette conséquence, car entre 5 et 8% des enfants ont des TA selon l'INSERM. **Est-ce que les enfants ayant des difficultés peuvent une tendance plus importante à décrocher de leur scolarité ?** Une conséquence en lien avec l'absentéisme peut être la délinquance, étudiée en 2017 par un pédopsychiatre, et qui apporte une complémentation**.** Dès le début des années 2000, des auteurs écossais mettent en avant le défaut d'estime d'eux-mêmes présent chez de jeunes dyslexiques, soit non diagnostiqués, soit recevant des soins et un soutien insuffisants : ces adolescents peuvent très bien se sentir dévalorisés à l'école, et vouloir rehausser une estime d'eux-mêmes abaissée, en commettant des actes antisociaux, afin de se valoriser auprès de leurs pairs (38). Ceci fait partie d'une enquête de 2017 de l'ouvrage Psychiatrie qui considère la condition sociale des mineurs dyslexiques et la relation à leur comportement (37). Notamment, parmi les mineurs délinquants est retrouvé un pourcentage de dyslexiques probablement deux fois supérieur à celui de la population standard (37). Il serait donc indispensable d'améliorer encore le diagnostic de la dyslexie, qui peut être redoutée dès la grande section de maternelle, suspectée dès le cours préparatoire et diagnostiquée avec certitude dès la première année du cours élémentaire. Cette enquête présente aussi d'autres études ayant des résultats très variables voire contradictoires, même si elles sont en moindre nombre (38). Au vu de ces conséquences, le constat est fait d'un besoin diagnostic important. Alors quelles sont les évaluations possibles dans ce diagnostic ?

Facteurs à évaluer en lien avec les TA

Le centre référent des troubles des apprentissages à l'hôpital Bicêtre, dont C. Billard, S'est penché en 2008 sur les facteurs liés aux difficultés d'apprentissages de lecture en CE1. Il est mentionné que les paramètres médicaux étudiés (audition, vision, antécédents périnatals) n'ont de liaison statistique avec la diversité des compétences de lecture (39). Plus tard, en 2013, un autre groupe de chercheur de ce même centre, mené par C. Billard, s'intéresse au dépistage

[3] La comorbidité désigne la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

sensoriel des TA. Il révèle finalement que 15% des enfants témoins, 45% des dyspraxiques et 37% des dyslexiques portaient des lunettes. Après un bilan d'orthoptie pour tous ces enfants, il en est ressorti que les enfants dyslexiques ont plus souvent un trouble de la vision binoculaire ou de motricité conjuguée que les enfants normaux mais moins souvent que les enfants dyspraxiques (40). Cette étude positionne les troubles visuels comme un facteur de risque de la dyslexie ou dyspraxie. Ceci vient remettre en question les résultats de la dernière étude présentant qui précisait que les paramètres médicaux comme la vision n'avait pas de lien avec un trouble de lecture. Un besoin systématique d'évaluation des capacités visuelles peut donc sembler pertinent. L'étude de 2008 avait également démontré que les caractéristiques socio familiales, en particulier le niveau d'éducation maternelle, y compris au sein d'une population défavorisée, influaient sur l'apprentissage de la lecture. Le niveau verbal et non verbal était plus élevé chez les bons lecteurs. Les troubles de l'attention, et à un moindre degré les troubles psychoaffectifs, y étaient moins fréquents. Aussi, la conscience phonologique[4], l'attention et le niveau d'éducation des mères expliquaient la diversité en lecture de l'échantillon (39). **La question sur l'importance de l'environnement humain et social de ces enfants peut alors se poser.** Deux linguistes anglaises étudient en Hongrie la motivation des élèves dyslexiques à apprendre une nouvelle langue. Elles remarquent que c'est dépendant de l'enthousiasme de l'enseignant et de l'estime de soi des enfants. D'autant que les enfants avec des troubles des apprentissages reçoivent moins d'aide de leurs parents et sont démotivés par leurs difficultés même s'ils partaient aussi motivés que leurs pairs. Elles concluent que les enseignants doivent favoriser des expériences de réussite pour favoriser l'estime de soi de ces élèves (41). **Alors, comment prendre en compte tous ces éléments liés aux difficultés des enfants avec TA, autant celles qui leur sont propres que celles générées par leur environnement ?**

1.5.3 Intervention pour les enfants avec TA

Evolution de paradigmes

Une revue de journal de psychologie de 2014 portant sur la psychopathologie des troubles des apprentissages remémore l'évolution paradigmatique qu'a connu la prise en charge de cette population (42). Les auteurs, deux psychologues dont une de l'éducation nationale, précisent que durant les dix dernières années, ce sujet, à l'origine pédagogique et psychologique, est passé dans les domaines scientifiques et médicaux avec une importante hausse diagnostique.

[4] La conscience phonologique permet de percevoir, de découper et de manipuler les unités sonores du langage telles que la syllabe, la rime et le phonème

De façon complémentaire, la revue de 2015 invite à réfléchir sur l'importance d'une approche psychodynamique des troubles spécifiques des apprentissages. Cette revue de psychosociologie met en avant l'importance de la médiation et ses effets positifs sur la capacité de symbolisation mobilisée dans les apprentissages. Ceci permet aux enfants ayant de graves difficultés d'apprentissages de transformer leurs éprouvés infantiles et de les symboliser (45). La première sous-thématique de cette revue de littérature avait révélé des facteurs multiples et aggravants des TA, avec un lien à l'estime de soi souvent présent. **Alors comment accompagner ces enfants en difficultés d'apprentissages, à l'école et en dehors ?** Une étude en neuropsychiatrie de janvier 2018 parle des difficultés scolaires (et non de TA) des enfants ayant vécu un décrochage scolaire, et de la mise en place d'une école au sein de l'hôpital. La moitié des enfants testés présents des troubles psychiatriques non diagnostiqués avant leur entrée. La continuité scolaire assurée permet néanmoins une amélioration et une réinsertion scolaire et sociale pour 65% des adolescents (44). Cette dimension médicale et psychiatrique n'est donc pas à négliger lors d'une intervention, ainsi que l'importance de la scolarité. **Quels professionnels peuvent intervenir dans cet accompagnement ?** Au niveau médical, une étude en neuropsychiatrie de 2010 présente dans une approche longitudinale le médicament « ritaline » et ses effets comportementaux et mentaux chez l'enfant. Elle concerne uniquement des enfants avec des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Les résultats sont la démonstration de bons signes attentionnels mais des enfants ralentis, décrits comme des « zombies » ; et la problématique d'accoutumance et dépendance médicamenteuse est un effet secondaire important (45). **Quelles pourraient alors être les approches non médicamenteuses ?** Un étudiant en ergothérapie a publié en 2019 une thèse concernant l'accompagnement global que peuvent proposer les ergothérapeutes auprès des « dys ». Des ergothérapeutes en Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont mis en avant leur vision globale (ou holistique) de l'enfant comme étant un facteur d'amélioration de l'estime de soi (46). Le Journal Canadien d'ergothérapie exprime en 2008 la possibilité pour les ergothérapeutes d'utiliser une combinaison de facteurs déterminant associés à l'enfant, les thérapeutes et les services pour lui construire une intervention sur mesure. Ces pratiques visent à inciter et motiver l'enfant à participer, et ainsi le faire progresser (47). Ceci correspond à un paradigme de vision globale. Ceci est complémenté par l'ouvrage « Ergothérapie et petite enfance », publié en 2017 qui insiste sur le fait que l'ergothérapeute utilise différents modèles permettant de comprendre et d'organiser l'intervention pour l'enfant, mais que cette approche est encore méconnue par les autres professionnels du CAMSP (48). **Sachant que les facteurs pris en compte sont notamment les compétences de l'enfant mais aussi l'environnement**

familial et scolaire, comment cet environnement parvient-il à s'adapter à l'enfant sans la connaissance de ces modèles de pratique ?

Importance de la scolarité et adaptation des dispositifs pédagogiques

Dans le milieu scolaire ordinaire, c'est tout d'abord l'enseignant qui est au plus près de l'enfant dans son parcours d'apprentissage. Il existe une formation d'enseignant spécialisé pour les élèves à besoins spécifiques. Une étude clinique en éducation de 2017 a recueilli l'avis d'une enseignante spécialisée et d'une enseignante ordinaire concernant leur pédagogie pour un enfant de leur classe avec un diagnostic dysexécutif posé (49). Il a été révélé que l'enseignant spécialisée présente un panel plus large d'outils pédagogiques et d'adaptations. L'étude ne mentionne pas l'importance du diagnostic pour la mise en place d'adaptations (49). Une étude de neuropsychiatrie, parue en 2018, vient en complémentation. Elle a interrogé la présence d'adaptations pédagogiques pour des enfants avec troubles d'acquisition de la coordination (TAC). De manière significative, les parents percevaient près de deux fois moins d'aménagements pédagogiques que les enseignants (38,1% contre 70.6%). Les adaptations étaient plus présentes dans le primaire que dans le secondaire. Parmi les élèves recensés, 18,6% avaient des besoins particuliers et des contrats formalisés (PPRE, PAP, PAI et PPS[5]) (50). Il est possible de se demander si des outils pédagogiques ont prouvé leur efficacité pour les enfants avec des TA. Pour exemple, la méthode pédagogique de classe inversée n'a pas révélé d'engagement ou de motivation plus importants chez les enfants dyslexiques par rapport à une classe traditionnelle, dans une étude de 2018 (51). En 2017, un dispositif digital s'est quant à lui montré efficace. Ce jeu spécialement conçu pour les enfants avec dyslexie favorise l'engagement et l'apprentissage d'enfants dyslexiques, après dix semaines d'utilisation (52). **Comment trouver ces dispositifs ? Quand sont-ils alors mis en place dans le milieu éducatif et pédagogique ? Le diagnostic issu du paradigme médical a-t-il sa place pour la mise en place de ces adaptations ?** Il ressort de l'étude de neuropsychiatrie de 2018, précédemment citée, que le diagnostic facilite la mise en place d'outils pédagogiques. Les adaptations sont moins nombreuses mais plus spécifiques lorsque le trouble du développement de la coordination (TDC), et donc le diagnostic, est isolé (50). Ceci vient contrebalancer l'avis d'étiquetage intensif relevé par la revue de psychopathologie des apprentissages de 2014 (42). D'autant plus que la moitié des enseignants disent ne pas porter attention aux compétences des élèves lorsqu'ils construisent un contenu pédagogique (50). Dans l'étude clinique comparative

[5] PPRE : projet personnalisé de réussite éducative. PAP : projet d'accompagnement personnalisé. PPS : projet personnalisé de scolarisation. PAI : projet d'accueil individualisé.

de 2017, les deux enseignants modifient leur pédagogie si elles ressentent une menace concernant l'harmonisation « idéale » qu'elles conçoivent de leur classe. Ces conditions non idéales peuvent rapidement être vécues négativement. Il convient donc que les valeurs professionnelles et personnelles des enseignants s'accordent à cette adaptation. Ces enseignantes ne sont pas encore à l'aise avec le concept d'éducation inclusive (49). En effet, ces enseignants n'ont pas été formées avec la réforme de l'école inclusive. Il est possible de se demander si ceci va évoluer avec les années à compter de la circulaire de rentrée « école inclusive » de 2019 (17). De plus, la revue de 2014 insiste sur le fait de privilégier une prise en charge pluridisciplinaire (42). Mais ceci semble peu réaliste en pratique. En effet, l'étude de neuropsychiatrie de 2018 montre que les enseignants font très rarement partie d'une collaboration interprofessionnelle (50). **Alors quelles pourraient être les formalités d'une prise en charge pluridisciplinaire ?**

Prise en charge pluridisciplinaire et compléments pédagogiques

Une étude de 2016 est menée par Florence Marchal, médecin, spécialisée en Médecine Physique et Réadaptation Rééducation des pathologies neurologiques congénitales de l'enfant, membre du comité scientifique de la Fédération Française des troubles dys (FFDYS). Concernant la prise en charge des enfants ayant des troubles du geste, elle mentionne les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes dans les pratiques d'après les recommandations de la European Academy for Childhood Disability (EACD). Dans les pratiques relevées, deux conclusions sont apportées. La première mentionne la nécessité d'établir des objectifs individuels pour chaque enfant et de programmer une prise en charge plutôt qu'une absence de suivi. La deuxième précise les modalités d'intervention : trois à cinq fois par semaine, majoritairement en individuel. L'intervention est faite de façon précoce en CP-CE1. La prise en charge de groupe doit être discutée avec une recommandation de prudence concernant le risque d'atteinte de l'estime de soi (53). Cette étude présente des profils d'enfants avec troubles du geste et de nombreuses comorbidités. Les études formant cette recommandation manquent de qualité en raison de problématiques financières et la pratique professionnelle n'est pas précisément décrite. Une étude américaine de 2015 sur l'intervention collaborative pour des enfants dyslexiques suit ces recommandations en termes de fréquence : cinq heures par semaine avec un suivi spécialisé. Après vingt-quatre semaines, l'efficacité est significative pour la maîtrise de la lecture des mots, la lecture orale et la compréhension de la lecture. Aucun progrès n'est remarqué pour la vitesse de lecture (54). Sur ce dernier point, une en ophtalmologie de 2007 vient en complément. Chez les enfants dyslexiques équipés de lunettes à prisme et de

semelles posturales, il est constaté un gain en vitesse de lecture, des progrès en vision binoculaire remarquables, une amélioration de la graphie et de l'orthographie (55). En 2016, un dispositif en orthophonie montre lui aussi des résultats sur la normalisation en lecture des élèves dyslexiques. Mais les résultats ne peuvent pas être seulement reliés à ce dispositif (56). Pour complémenter l'étude de 2016 qui ne décrivait pas les pratiques des ergothérapeutes, la revue « Ergothérapie et Petite Enfance » mentionne l'intervention des ergothérapeutes dans des Centres d'Accueil Médico-Sociaux Précoces (CAMSP) comme ayant une place particulière dans un enjeu de réinsertion à l'activité (46). Un article de 2010, de Géraldine Despres, ergothérapeute en pédiatrie et directrice de formation, décrit l'intervention des ergothérapeutes au collège en France auprès d'adolescent avec des TA. L'ergothérapeute intervient en séance individuelle à domicile ou en classe, et apporte des aides techniques et/ou des idées d'aménagement. Il accompagne l'enfant à leur utilisation et leur acceptation. Le terme d'acceptation est très important car il est en lien avec l'estime de soi des enfants (57). Une des aides techniques les plus présentes est l'ordinateur qui devient un outil de compensation légitime pour de nombreux enfants dysgraphiques, comme le précise un article de 2012 écrit par deux ergothérapeutes libérales (57,58). Concernant l'utilisation de l'outil informatique : l'ergothérapeute configure alors l'ordinateur pour qu'il corresponde aux besoins de l'élève en situation de handicap scolaire. Il accompagne l'enfant dans l'apprentissage de la frappe au clavier et lui propose des mises en situation pratiques au travers d'exercices scolaires afin d'automatiser cet apprentissage (58). **Mais qu'en est-il de l'acceptation de l'outil informatique, de la motivation de l'enfant à s'en servir et de l'estime de soi de l'enfant ?**

1.5.4 Synthèse de la revue de littérature

Cette partie amène à définir une nouvelle circonscription au thème étudié grâce aux apports de l'analyse critique de la revue de littérature. L'utilité sociale et professionnelle de la thématique vont être présentées. Une problématisation va suivre pour poser des hypothèses et envisager la poursuite de cette réflexion issue de la littérature dans un enjeu de réflexion pratique.

1.5.5 Utilité sociale et professionnelle de la thématique

Concernant l'utilité sociale, des liens sont réalisables avec les enjeux d'insertion socio-professionnelle des personnes avec des TA. L'estime de soi et l'environnement social, familial et scolaire sont des facteurs essentiels à prendre en compte.

Concernant l'utilité professionnelle, elle est éclairée par la multitude de professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge des troubles des apprentissages : médecins pédiatres, médecins psychiatres, médecins ophtalmologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes,

orthoptistes, orthophonistes. Concernant la profession d'ergothérapeute, des précisions ont été apportées sur : son rôle dans la mise en place d'aménagements et l'apport d'aides techniques, notamment l'utilisation de l'outil informatique, et sa vision globale de l'enfant dans ses interventions, ce qui est très pertinent au vu des pratiques mentionnées comme efficaces.

1.5.6 Résonance du thème et problématisation pratique

De cette revue de littérature, il peut être retenu que :

- L'estime de soi des enfants avec des troubles des apprentissages (TA) peut être affectée, et est plus affectée que celle de leurs pairs sans troubles des apprentissages.
- Le diagnostic se doit d'être pluridisciplinaire et précoce. L'intervention se doit d'être régulière et personnalisée. Elle doit également être pluridisciplinaire et collaborative.
- Des aménagements pédagogiques existent. Ils sont peut-être trop peu utilisés. Les professionnels de l'enseignement ne sont pas formés à leur utilisation spontanée.
- La prise en charge collaborative a des effets bénéfiques dans les acquisitions. Des interventions spécifiques ont des effets précis sur certaines activités et compétences scolaires.
- L'intervention de l'ergothérapeute se porte notamment sur l'utilisation et l'acception de l'ordinateur en classe ordinaire, elle prend en compte tous les déterminants de l'enfant et, entre autres, son environnement familial et scolaire.

En suivant la progression de l'analyse critique, des questions ressortent :

- Comment s'exprime l'estime de soi des enfants avec TA ?
- Quelles sont les répercussions quotidiennes des difficultés des enfants avec TA ?
- Comment peuvent-ils faire face à la multitude de difficultés qu'ils rencontrent ?
- Comment mieux prendre en compte l'environnement externe à l'enfant, sachant que celui-ci majore généralement ses difficultés ?
- Comment se construit le besoin et l'importance du diagnostic médical ?
- Comment l'environnement peut-il s'adapter à eux pour les accompagner ?
- Quels dispositifs existent pour ces enfants, que ce soit dans les champs médical, paramédical, psychologique et pédagogique ?
- Comment favoriser l'utilisation des outils pédagogiques dans les activités scolaires ?

La problématique pratique a évolué au regard des apports de la revue de littérature. La première sous-thématique met en avant la faible estime de soi des enfants avec des TA. L'estime de soi impacte la motivation à s'engager dans une activité. Il existe, en classe à l'école, différentes

activités (écrire, lire) mais aussi la compétence extrascolaire de faire ses devoirs, qui est une activité de vie quotidienne pour ces enfants.

Concernant le rôle de l'ergothérapeute, d'autres questions émergent : Comment peut-il cerner la motivation d'un enfant à réaliser ses devoirs ? L'ergothérapeute peut-il être un acteur favorisant la motivation des enfants avec TA ? L'intervention principale de l'ergothérapie en pédiatrie pour les troubles des apprentissages est l'apport de l'outil informatique. La question de la motivation de l'enfant avec TA pourrait donc être ciblée sur cette partie de l'intervention en ergothérapie. L'ergothérapeute peut-il agir sur la motivation des enfants avec TA durant les séances dédiées à l'apprentissage de l'outil informatique ?

L'expression « estime de soi » semble plus présente dans la littérature que le terme « motivation ». Afin de considérer les deux et dans un sens plus large, une nouvelle terminologie va être définie. Cette terminologie est en lien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ces aspects émotionnels, affectifs et psychologiques de l'enfant vont être regroupés dans la dimension psychoaffective de la personne (59). Cette dimension comprend toutes les fonctions sociales et affectives ainsi que les facteurs interpersonnels et intra personnels. Par exemple, l'humeur, les réactions émotionnelles, le contrôle des émotions et du comportement… (60). Dans ces fonctions, la dimension affective s'évalue par le niveau de compétence perçu par l'individu, son désir de se conformer aux normes sociales et sa conscience de lui-même lorsque l'activité est réalisée (préoccupé par son apparence ou par sa performance) (61).

La problématique professionnelle devient alors :

Comment l'ergothérapeute engage-t-il la dimension psycho-affective de l'enfant présentant un trouble des apprentissages dans son intervention ?

Le thème serait alors redéfini et précisé comme suit :

L'intervention de l'ergothérapeute sur la dimension psycho-affective de l'enfant présentant un trouble des apprentissages.

1.6 Enquête exploratoire

Pourquoi réaliser une enquête exploratoire ? Avant d'initier la recherche, une enquête exploratoire est réalisée. Elle permet d'évaluer la pertinence de la problématique de terrain plutôt que de la valider ou la faire évoluer. De plus, elle vise à faire apparaître des concepts destinés à éclairer théoriquement la problématique. (62)

Objectifs généraux de l'EE : L'enquête exploratoire vise à connaître la place de la dimension psychoaffective dans la pratique de l'ergothérapeute en pédiatrie auprès d'enfants ayant des troubles des apprentissages scolarisés en milieu ordinaire. Aussi, elle vise à confronter des expériences de terrain à la pratique décrite dans les résultats de la revue de littérature. Elle cherche donc à répondre à la problématique pratique suivante :

Quelle est la place de la dimension psychoaffective dans la pratique en ergothérapie auprès des enfants présentant des troubles des apprentissages ?

Objectifs spécifiques de l'EE : L'enquête exploratoire vise alors à identifier comment les ergothérapeutes définissent la dimension affective. Utilisent-ils des synonymes ? Quels sont leurs indicateurs ? Mais aussi, fondent-ils leur pratique sur un modèle conceptuel ? Ainsi, on s'intéressera à identifier comment cette dimension psychoaffective est considérée, et si cela est conscient ou inconscient. Un autre objectif est d'identifier si des outils d'évaluation et d'interventions existent pour travailler sur la dimension psychoaffective en ergothérapie. Les modalités d'intervention de l'ergothérapeute seront également recherchées afin de les confronter à sa façon d'impliquer la dimension psychoaffective dans son intervention.

Population cible : Afin d'obtenir des résultats larges du fait que le terme de « dimension psychoaffective » ne soit pas familier dans les études de la revue de littérature et puisse générer peu d'engouement de la part des ergothérapeutes interrogés, cette enquête sera ouverte à une population d'ergothérapeutes francophones exerçant ou ayant exercé en pédiatrie dans tous types de structures, en libéral ou salariat.

Les sites d'exploration afin d'entrer en contact avec la population sont le réseau personnel, le réseau partagé d'ergothérapeutes par l'institut de formation en Ergothérapie d'Aix-Marseille Université, les réseaux sociaux et notamment les groupes Facebook ® dédiés à l'ergothérapie et aux troubles des apprentissages ou à la pratique pédiatrique.

Concernant la **faisabilité**, une attention est portée au respect continuel de la loi Jardé encadrant les dispositifs de recherche ainsi qu'à la loi de protection des données RGPD de 2018 (63).

L'outil de recueil de données est multiple. Il se compose d'entretiens semi-directifs réalisés en visioconférence et de questionnaires qualitatifs en ligne. Cette double modalité offre la possibilité aux ergothérapeutes d'avoir deux voies de communication, et ainsi de s'impliquer dans celle qu'ils préfèrent afin d'augmenter le nombre de réponses.

Etapes de l'EE : Concernant le déroulement de l'enquête exploratoire, il s'est fait en trois phases. La première a consisté à cibler la population avec la récupération de contacts et la formation d'un réseau sur lequel a été partagé la demande d'entretien ou questionnaire, avec des relances (premières semaines d'octobre 2020). Par la suite, pour les ergothérapeutes ayant répondu positivement à la réalisation d'un entretien, une période de planification temporelle des entretiens s'est faite, avec la signature d'un document d'attestation de participation (dernière semaine d'octobre 2020). Elle a été suivie de la phase de réalisation des entretiens et de leur retranscription en *verbatim* (novembre à février 2020). Ils ne sont pas présents en annexes car représentant 70 pages de retranscription mais sont consultables.

1.6.1 L'entretien semi-structuré

L'entretien a été choisi comme outil principal de recueil de données car il est parfois difficile de trouver un lexique adapté pour parler de la dimension psychoaffective et par la discussion, la terminologie utilisée peut être amplifiée et bénéficier de reformulations au besoin. Aussi, le thème choisi fait appel à l'affect et à l'émotivité, il implique dans sa définition la relation à soi et à l'autre, ainsi entrer en relation avec les ergothérapeutes de façon directe par visioconférence rapporte une dimension d'humanité qui permet de livrer des anecdotes professionnelles et cas cliniques de façon plus spontanée et libre. Une méthode par observation ne serait pas possible au vu des conditions législatives liées à la crise sanitaire malgré qu'elle soit intéressante, mais une analyse de ressenti de l'ergothérapeute paraît plus pertinente qu'une observation clinique qui pourrait affecter l'engagement de la dimension psychoaffective des personnes observées (64). Les **avantages** de l'entretien semi-directif sont des réponses plus spontanées, plus riches et plus nuancées. Il permet aussi d'explorer le ressenti, les sentiments, les expressions, les attitudes, les opinions et l'implication des ergothérapeutes lorsqu'ils échangent sur le thème choisi afin d'en identifier l'intérêt professionnel. Une enquête par un contact humain (presque direct aux vues des modalités de visioconférence imposées par la distance et la situation de crise sanitaire du COVID-19) peut être perçue comme plus divertissante et donc mieux acceptée. Il existe aussi des **inconvénients** qui concernent ici plus le chercheur et la méthodologie, car c'est un outil chronophage en termes de mise en place et de temps d'analyse et de traitement des données. L'attitude du chercheur peut aussi fortement affecter la validité des réponses, il

demande donc une disponibilité et une réactivité cognitive et interactive maximale durant sa réalisation (65).

Des **biais méthodologiques** peuvent être identifiés notamment concernant la population car les ergothérapeutes répondant se sentent concernés par cette thématique. S'informer sur leur attachement à cette thématique peut permettre d'identifier ce biais. Les résultats devront donc éviter une généralisation et mettre en évidence le lien entre l'ergothérapeute et ce thème dans la mesure du possible. Afin d'éviter des biais de désirabilité sociale, il est intéressant de multiplier les entretiens favorisera l'apport de points de vue variés. Afin d'éviter des biais de fixation sur l'objectif qui ne resterait focalisé que sur un point, la prise de notes en parallèle de l'entretien permet de repérer des éléments sur lesquels revenir sans interrompre le cours de l'entretien. L'entretien présente un biais lié à l'hypothèse que l'ergothérapeute peut prendre en compte la dimension psychoaffective de l'enfant et intervenir dessus, ainsi ce biais de confirmation nécessite l'apport d'autres points de vue que celui du chercheur et une capacité de remise en question (66). Une grille d'entretien a été construite (Cf. Annexe 6 p. 95-96).

1.6.2 Le questionnaire en ligne

Afin d'éviter certains biais liés au vocabulaire et à la relation créée durant l'entretien, un **questionnaire** dont la matrice de questionnement est basée sur la grille d'entretien a été mené (Cf. Annexe 7 p. 97-99). Les avantages sont : il permet un recul plus important sur les réponses même si cela retire un peu de spontanéité, des réponses plus organisées et de ne pas oublier de questions. Il permet de toucher une population d'ergothérapeutes plus large, ayant moins de disponibilité pour des échanges directs. Selon le type de questions -ouvertes ou fermées, les réponses peuvent être d'ordre différent qualitative ou quantitative. Dans le cas de notre questionnaire, la méthode est mixte. Les **difficultés** résident dans la formulation des questions, leur enchainement, la terminologie employée. Lors de l'analyse des réponses, il faut être attentif de la même manière que pour l'entretien sur la différence entre le dire et le faire.

Des **biais** de désirabilité sociale peuvent entrer en jeu lors du temps de réponse au questionnaire. Il convient de formuler des questions de sorte qu'elles ne favorisent pas de « bonne réponse » et donc un comportement jugé positif. Ici, le fait de recueillir l'identité (NOM-Prénom-Mail des ergothérapeutes) peut les amener à répondre de façon perçue positive au cas où un contact post-questionnaire serait effectué pour des compléments de réponses (66).

1.7 Choix des outils d'analyse de données

1.7.1 Pour la partie questionnaire de l'enquête exploratoire

Les résultats sont analysés en fonction des objectifs ciblés sur la matrice de questionnaire (Cf. Annexe 6 p. 95-97). Les données sont traitées dans des tableaux et via des diagrammes ou histogrammes puis interprétées par des croisements de variables dans des tableaux de croisement dynamiques. Les autres données qualitatives sont traitées par nombre de répétition par une analyse lexicale représentée en nuage de mots (65, 67, 68).

1.7.2 Pour la partie entretiens de l'enquête exploratoire

L'analyse a été effectuée à la suite de la signature d'un document de consentement de participation respectivement par chaque ergothérapeute (Cf. Annexe 9 p. 101-102).

Une analyse textuelle par catégories a été effectuée (67, 69). Elle a consisté à extraire les grandes variables interrogées suivant le fil des questions posées lors de l'entretien. Mais aussi suivant les réponses apportées et reçues. Il en est ressorti les catégories suivantes :

- Parcours professionnel et environnement de travail
- Population, difficultés et besoins
- Approche conceptuelle de l'ergothérapeute, modèle de pratique, valeurs
- Définition de la dimension psychoaffective
- Environnement familial
- Environnement scolaire
- Outils d'intervention autour de la dimension psychoaffective
- Motivation et Participation

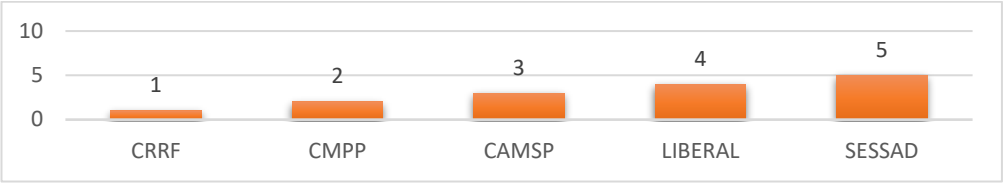
Chaque entretien a vu les réponses de l'ergothérapeute être paraphrasées une première fois. Une fois le texte exprimant toutes les idées de l'ergothérapeute transmises à travers l'entretien retranscrites, celles-ci ont été redistribuées dans les 8 catégories précédemment citées. Un fois ces informations groupées en texte dans les catégories. Un résumé de chaque catégorie a été effectué puis regroupé dans un nouveau résumé d'une demi-page à une page pour synthétiser l'entretien et les apports principaux (Cf. Annexe 10 p. 103-108). Une analyse par fréquence de mots clefs a pu être réalisée afin de repérer des champs d'intervention plus ou moins sollicités. Une analyse thématique du contenu a été effectuée en introduisant les citations des différents entretiens en regard des thématiques de la revue de littérature.

1.8 Résultats de l'enquête exploratoire

1.8.1 Analyse des résultats du questionnaire

La moitié des ergothérapeutes ayant répondu (5/10) exercent à temps plein dans une structure, l'autre moitié (5/10) exercent dans 2 à 3 services différents.

Histogramme 1. Répartition des ergothérapeutes selon leur structure de travail principale.



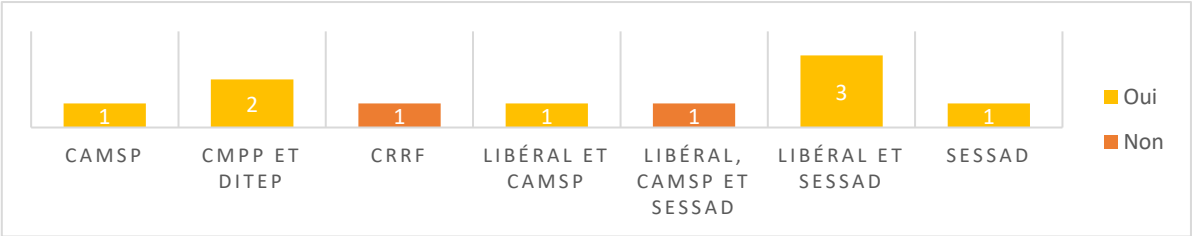
[6]

L'échantillon a reçu des formations complémentaires toutes variées :

- Concernant les pathologies : "Formations sur l'autisme par EDI, Diverses formations sur les troubles des apprentissages, les TSA polyhandicap, dysgraphie, paralysie cérébrale, développement de l'enfant de 0 à 3 ans"
- Concernant des champs d'intervention : "l'ergothérapie en pédiatrie"
- Concernant des interventions par la médiation : "art-thérapie, équithérapie, musicienne intervenante en milieu scolaire"
- Concernant des outils d'intervention : "graphisme, outils informatique, moyens de compensations dans les troubles des apprentissages, motricité fine"
- Concernant des méthodes d'intervention : "CO-OP, intégration sensorielle"
- Des diplômes universitaires : "DU TCC, DU Neuro-psychopathologie des apprentissages, DU Neuropsychologie"

Selon les structures d'exercice où l'ergothérapeute a déjà travaillé, on peut voir que le nombre de structure d'exercice n'a pas forcément de lien avec la connaissance de la dimension psychoaffective.

Histogramme 2. Répartition du nombre d'ergothérapeutes connaissant la dimension psychoaffective en fonction de leurs structures d'exercice de leur carrière entière.

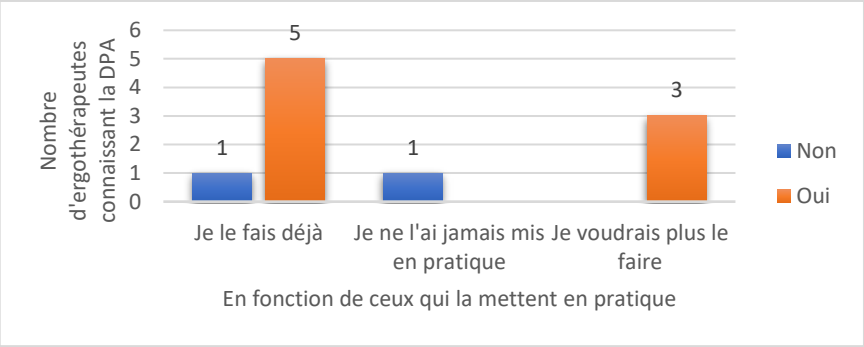


[6] CRRF : centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. CMPP ; centre médico-psychologique et pédagogique. CAMSP : centre d'action médicosociale précoce. SESSAD : service d'éducation et de soins spécialisés à domicile.

9 ergothérapeutes sur 10 ont déjà entendu parler de la dimension psychoaffective. Dans ceux qui connaissent la DPA, aucun ergothérapeute ne signifie ne l'avoir jamais mis en pratique.

On peut donc se dire qu'une fois cette dimension connue par les ergothérapeutes, elle est alors une dimension qui se veut faire partie de la pratique (3/10 réponses sont « je voudrais plus le faire »). Un seul ergothérapeute a répondu non à la connaissance de la DPA malgré qu'il l'analyse dans son intervention en ergothérapie. On peut faire l'hypothèse que c'est plutôt cette terminologie qui n'est pas connue.

Histogramme 3. Connaissance de la dimension psychoaffective et rapport avec son utilisation en pratique

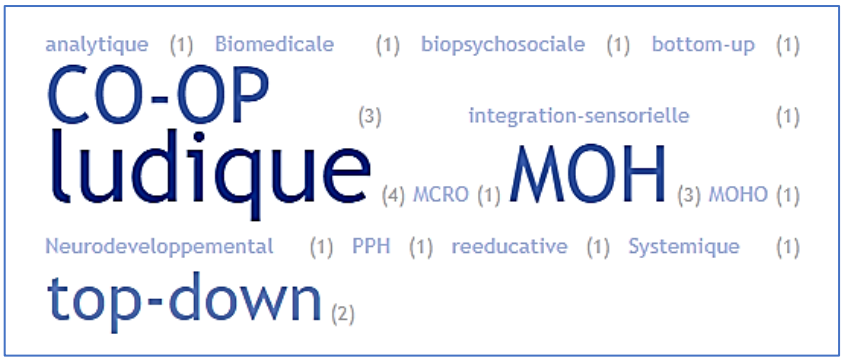


Dans les ergothérapeutes qui ont répondu ne pas avoir entendu parler de dimension psychoaffective, on compte deux ergothérapeutes diplômés avant 2000. Ceci peut effectivement corroborer l'hypothèse précédente sur la terminologie, notamment par l'arrivée des modèles conceptuels en ergothérapie en France. Le Modèle de l'occupation humaine (MOH), modèle américain de 1975, a mis en avant les composantes de l'être le poussant à agir en identifiant sa volition (comprenant les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts), son habituation (ses rôles et routines) et ses capacités de performance (décrites par les habiletés motrices, de communication et opératoires). Ce n'est qu'en 1997 avec le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) que la personne (correspondant à l'être chez Gary Kielhofner) se dote de quatre composantes dont celle affective, avec celles spirituelle, physique et cognitive (60).

Histogramme 4. Rapport entre la connaissance de l'expression "dimension psychoaffective" par rapport à l'année de diplôme

On peut donc se questionner sur l'impact des années de diplôme/ années de formation et du contenu de la formation sur la prise en compte de la dimension psychoaffective dans la pratique en ergothérapie.

Les approches utilisées par les ergothérapeutes sont :



Nuage de mots 1. Approche et modèles en ergothérapie auprès des [7]enfants ayant des TA.

Dans un autre contexte, il serait intéressant d'identifier de quelles manières la dimension psychoaffective est présente et/ou concerne ces différents modèles.

Des termes clefs dans la dimension psychoaffective ont pu être repérés. Ils ont été regroupés en analyse lexicale par fréquence grâce au logiciel Lexicool ® en ligne et une analyse littérale, d'après les réponses libres qualitatives des ergothérapeutes à la question sur définir la dimension psychoaffective. Les termes qui ressortent le plus sont les émotions et les difficultés. Dans toutes les définitions, les ergothérapeutes mentionnent avec des termes synonymes la relation à soi, la relation à l'autre, l'espace d'expression, et les difficultés possibles. On peut visualiser ces catégories par les couleurs dans le tableau suivant avec les mots clefs.

Tableau 1. Analyse lexicale par fréquence de la définition de dimension psychoaffective par les ergothérapeutes, et regroupement selon quatre thématiques

ESPACE D'EXPRESSION		RELATION A SOI		RELATION A L'AUTRE	
Gestion/gérer	**6**	**Soi**	**3**	Autrui	2
Emotions	**7**	Confiance	1	Monde	1
Exprimer	1	Anticipation	1	Autres	2
Communication	1	Développement	1	**Relation**	**5**
Verbalisation	1	Estime de soi	1	Famil*	1
Comportement	2	Intra	1	Inter	2
Sentiment	2	Vécu	1	Attachement	1
Verbale	2	**DIFFICULTES**			
Espace	1	Frustration	1	**Difficulté**	**5**
Ressenti*	**3**	Ennui	1	Peur	1
Cadre	1	Rejet	1	Echec	2
Sécur*	**2**				

4 ergothérapeutes sur les 10 ont ajouté dans les remarques complémentaires que la dimension psychoaffective est à prendre en compte et que cela influe sur l'intervention en ergothérapie.

[7] CO-OP : The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) Approach. MCRO: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. MOH : modèle de l'occupation humaine.

> *« La dimension psycho-affective est tout autant* ***importante*** *que les dimensions physique, cognitive ou sociale de l'individu. Et elle est sollicitée dans l'ensemble des relations humaines. C'est indispensable de la considérer dans l'ensemble de nos accompagnements. Je m'appuie beaucoup sur les bilans de mes collègues psychologues pour connaître les forces et faiblesses des enfants dans ce domaine, mais aussi de leur entourage. »*
> *« C'est toujours* ***indispensable*** *de la considérer car cela peut changer totalement une prise en charge et parfois un diagnostic notamment avec la mode des TDAH ! »*
> *« La dimension psychoaffective à* ***indispensable*** *à prendre en compte dans l'accompagnement de ces enfants. »*
> *« Un enfant qui se sent en sécurité et en confiance est, de fait, plus engagé dans son suivi »*

Sur les 10 ergothérapeutes, on peut retrouver cette importance à s'attacher à la dimension psychoaffective lorsqu'ils répondent à quel moment de l'intervention ils prennent en compte cette dimension. La DPA est prise en compte par les ergothérapeutes globalement durant toute l'intervention de la même manière. L'ergothérapeute qui a dit ne pas intervenir dessus en intervention et réévaluation fait uniquement des bilans d'entrée. Celle qui ne le prend pas en compte dans ses évaluations (diagnostic et réévaluation) a mentionné avoir une approche centrée sur les déficits avec des bilans analytiques uniquement.

Histogramme 5. Moment du processus d'intervention où la dimension psychoaffective est prise en compte par l'ergothérapeute

Lors de l'intervention, les ergothérapeutes ont pu présenter les outils qu'ils utilisent de manière générale et ceux utilisés uniquement lors de l'approche de la dimension psychoaffective. Ils ont aussi été questionnés sur l'approche centrée sur la motivation et la participation.

Une analyse de fréquence lexicale a été menée sur les trois questions. Tout d'abord, dans l'approche générale des troubles des apprentissages, il en ressort des grandes catégories: des bilans validés ou de construit personnel, des moyens dépendant des enfants, des outils de compensation et des exercices, de la communication, et une approche centrée sur les

interactions de type guidance avec l'école et les parents. Aussi, lorsque l'intervention ne vise que le psychoaffectif, tout ce qui est de la sphère du bilan-diagnostic n'apparait plus. Les activités présentées sont plus libres, la présence des émotions est beaucoup plus mise en avant, tout comme un travail pluridisciplinaire et une approche d'accompagnement auprès des référents parentaux. 4 ergothérapeutes sur 10 commencent par écrire « ça se travaille avec ... » ce qui implique que cela est un champ d'action possible. Concernant la motivation et la participation, l'enfant est rendu acteur et les activités sont proposées dans une quête de sens, plutôt ludiques.

Tableau 2. Analyse lexicale par fréquence représentée en nuage de mots, des outils d'intervention des ergothérapeutes pour les troubles des apprentissages, et ciblant sur la dimension psychoaffective, et sur la motivation et la participation

Outils utilisés par les ergothérapeutes		
Intervention pour les troubles des apprentissages en général	**Intervention centrée sur la dimension psychoaffective**	**Intervention centrée sur la motivation et la participation**

Intervenir dans une approche favorisant la motivation et la participation pour les ergothérapeutes fait appel à la dimension psychoaffective pour 2 ergothérapeutes sur 10 dans les mots-clefs. On peut voir que la relation a une place particulière et beaucoup plus consciente, comme dans le cas d'une approche directe sur la dimension psychoaffective. L'intervention sur la dimension psychoaffective a plus de mots clefs en commun avec une intervention axée sur la motivation et la participation qu'une intervention centrée sur les troubles d'apprentissage.

Finalement, la dimension psychoaffective n'est-elle pas l'ensemble des éléments qui sous-tendent la motivation ?

Aussi, l'entourage familial ou scolaire est souvent mentionné dans les approches. Ainsi, cela a amené la grille d'entretien à être modifiée afin d'explorer des champs d'interventions plus spécifiques au relationnel avec l'environnement humain en plus de la relation entre l'enfant et son ergothérapeute.

1.8.2 Analyse des entretiens

« La principale difficulté de l'analyse d'entretiens est due à un paradoxe. Généralement, le praticien est confronté à un ensemble de « x » entretiens, son objectif final étant de pouvoir inférer au travers de ces paroles à propos d'une réalité représentative d'une population d'individus ou d'un groupe social. Mais il rencontre aussi, et cela est particulièrement prégnant avec des entretiens, des personnes dans leur ***unicité****. Comment préserver l'équation particulière de l'individu tout en faisant la synthèse des données verbales provenant de l'échantillon interrogé ? Ou encore, comment « se servir de la singularité pour atteindre le social » ? (1)*

Les entretiens ont été résumés par catégories suivant le plan de la grille d'entretien afin d'en synthétiser le contenu pour faciliter l'accès à son contenu par le lectorat. Il en ressort des informations principales qui vont être exprimées ci-dessous (Cf. Annexe 10 p. 103-108).

Les différents ergothérapeutes proviennent de : CAMSP, SESSAD, Cabinet Libéral, Classe d'intégration en Belgique à temps plein. Parmi les enfants qu'ils suivent, il existe une multiplicité de troubles des apprentissages. L'enjeu pour les ergothérapeutes interrogés n'est pas de connaître spécifiquement la pathologie mais de savoir observer et écouter l'enfant, ses ressources, ses faiblesses et ses moyens de compensation, ainsi que leur efficacité, et l'organisation des différents systèmes autour de l'enfant.

L'enfant est à prendre dans un ensemble : son environnement humain (familial, scolaire, médical et paramédical) et son environnement pédagogique (adaptations pédagogiques, supports de cours…). La présence d'un trouble des apprentissages génère une relation de dépendance à l'aide humaine ou matérielle apportée. Lorsque la dépendance à l'adulte s'installe pour l'école, l'enfant avec des troubles ne peut pas se rebeller contre l'adulte au risque de se mettre en situation d'échec scolaire, ce qui peut inscrire le jeune dans un conflit de loyauté.

Les méthodes de travail sont multiples, très variables, à utiliser en complément ou de façon unique parmi la liste suivante : biomédicale, ludique (Francine Ferland), biopsychosociale, COOP, intégration sensorielle, MOH, neurodéveloppementale, MCRO, top-down, systémique,

bottom-up... selon la situation. Il n'y a pas de théorie parfaite qui mettent en valeur tous les aspects de la pratique.

La dimension psychoaffective est autant importante que les autres dimensions de l'individu (sociale, cognitive, physique). Elle est sollicitée dans l'ensemble des relations humaines, à soi et à l'autre, donc présente en permanence. C'est un état psychique à un instant T, qui est plus ou moins conscient ou inconscient, et plus ou moins congruent car il existe des biais de désirabilité sociale ou autres qui vont affecter l'expression de cette dimension chez l'enfant. Elle se base sur les relations interpersonnelles (ici entre ergothérapeute et enfant, mais aussi avec toutes les personnes avec lesquelles l'enfant interagit, son comportement, ses réactions), et intrapersonnelles (sentiment de confiance en soi, d'estime de soi, gestion des émotions, humeurs, sentiment de compétence, capacités de résilience …). L'ergothérapeute évalue la dimension psychoaffective par son instinct, feeling, observation, écoute, de manière implicite ou explicite. Il s'attarde notamment sur la manière dont l'enfant se saisit de ce qui lui est proposé. Il peut utiliser des outils comme : échelle visuelle analogique, MCRO avec le sentiment de performance, l'observation directe de la communication verbale et non verbale, l'échange avec l'entourage de l'enfant, un échange en chaque début de séance. Une évaluation par un psychologue permet de déterminer des axes de travail.

1.9 Analyse critique des résultats de l'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire menée a exploré avec deux modalités différentes les expériences de terrain des ergothérapeutes. Cependant, elle ne prend en compte au total que 15 expériences professionnelles ne parvenant pas à une saturation des données qui permettraient de généraliser les pratiques. Les entretiens ont tout de même apporté des informations très denses. L'analyse du contenu des 5 entretiens a été fastidieuse et nécessité un long travail afin d'y repérer tous les éléments, d'éviter l'omission de certains sujets et certains avis.

En lien avec la revue de littérature, l'enquête exploratoire corrobore de nombreux éléments concernant la dimension psychoaffective de ces enfants. La résonance du thème confrontant l'enquête exploratoire par les entretiens et la revue de littérature effectuée précédemment est présentée en annexe (Cf. Annexe 11 p. 109-125).

L'enquête exploratoire vient mentionner que l'ergothérapeute a une place dans sa pratique sur cette dimension de l'enfant, élément qui n'était pas théorisé ou mentionné dans des articles d'ergothérapie en pédiatrie, et ouvre un champ nouveau en pratique, s'ajoutant à la technicité par l'outil informatique ou les aménagements pédagogiques, intervention considérée comme

principale dans les représentations collectives de l'ergothérapie en pédiatrie pour les troubles des apprentissages. Elle met aussi en tension la pratique de l'ergothérapeute par rapport à d'autres professionnels, selon la structure et le pays d'exercice, qui influencent la collaboration avec d'autres professionnels, ou même le champ d'intervention de l'ergothérapeute (dans quel milieu de la vie de l'enfant intervient-il ? sur quelles activités de sa vie quotidienne ? en prenant en compte quel milieu ?). Certains questionnent la légitimité de l'ergothérapeute à intervenir sur cette dimension de l'enfant en comparant son champ d'expertise à celui d'autres professionnels, comme les psychologues ou les psychomotriciens. D'autres, justement, mettent en exergue la possibilité de collaborer avec ces autres disciplines pour une approche encore plus globale. Cependant, tous s'accordent sur le fait que l''approche auprès de l'enfant présentant des troubles des apprentissages implique une intervention auprès de son environnement humain. Ce dernier est multiple : famille, professeurs, classe ... avec différentes possibilités d'y intervenir. Pour ce qui est de l'environnement classe, seuls deux ergothérapeutes en ont parlé en présentant une et même modalité d'intervention : la sensibilisation par la simulation mettant en situation les autres élèves, soit en prévention systématique soit de manière ponctuelle. Ce type d'intervention ne semble pas répandu au regard du nombre d'ergothérapeutes l'ayant évoqué. On peut donc questionner cette modalité d'intervention en ergothérapie et son intérêt.

La question initiale de recherche est la suivante :

Quels sont les effets d'une intervention de sensibilisation du groupe classe par l'ergothérapeute sur l'enfant présentant des troubles des apprentissages ?

1.10 Cadre de référence

Pour faire face aux différentes difficultés rencontrées dans le milieu scolaire par les enfants présentant des troubles des apprentissages, ces derniers ont besoin de développer une force pour agir. Celle-ci dépend d'eux mais nous avons aussi vu qu'elle est dépendante de leur environnement. En psychologie, il s'agit de l'action des forces conscientes ou inconscientes qui déterminent le comportement. Dans cette dernière discipline, les théories de la motivation sont fort nombreuses et l'ergothérapie y puise les siennes. En ergothérapie, cette force est appelée la motivation. Elle est décrite par Sylvie Meyer sous les termes de motivation extrinsèque et intrinsèque (70).

1.10.1 La motivation, extrinsèque et intrinsèque, et ses facteurs

Motivation extrinsèque

La motivation extrinsèque est une incitation externe à la personne ou la poussant à l'action comme la perspective d'un gain ou l'évitement d'un inconvénient, ou encore les attentes des tiers. Par exemple, les étudiants sont encouragés à travailler leurs cours pour éviter l'échec aux examens. Elle peut revêtir des aspects négatifs pour l'acteur lorsqu'elle est associée à des obligations, comme s'engager dans les activités scolaires demandées par le maitre. Elle peut être vécue comme une contrainte, générer de la frustration, de la colère ou de l'anxiété (70). Dans un livre en neuropsychologie, évoquant la motivation spécifiquement dans le champ des TA, il est dit que les forces externes de la motivation sont dépendantes de récompenses externes (notes, prix, médailles...) et des punitions (exclusions, devoirs supplémentaires...). Elles sont à double tranchant car elles augmentent les forces externes mais diminuent les forces internes nécessaires pour la persévérance (71).

Motivation intrinsèque

Dans les pratiques pédagogiques et en neuropsychologie, il convient donc de renforcer les forces internes de la motivation en favorisant un sentiment de compétence, un sentiment d'autodétermination, un état d'esprit dynamique. Chez l'enfant présentant des TA, les facteurs affectifs et psychologiques, de l'image de soi de l'enfant et son autonomie (autodétermination, prise de choix) sont décrits comme partie prenante des forces internes génératrices de la motivation. En ergothérapie, la motivation intrinsèque est illustrée par la satisfaction de besoins physiologiques ou psychologiques, faire plaisir aux autres, éviter un sentiment de culpabilité, ou encore le plaisir de faire. L'autonomie, l'autodétermination, le sentiment de compétence sont les moteurs autant que les bénéfices de la motivation intrinsèque (70). Susan M. Arnsten estime cependant que la motivation intrinsèque n'est pas innée mais qu'elle se développe au travers des expériences et qu'elle peut être altérée par des déficiences (72). Les troubles dys- et cognitifs peuvent entrainer une baisse de motivation, mais un manque de motivation ne saurait expliquer les troubles dys- (71).

Le rôle de l'ergothérapeute est de procurer à l'usager des opportunités d'accomplir l'action dans la réalisation desquelles il pourra constater qu'il est en mesure de produire des effets ou de faire en sorte que les choses adviennent. Persiste la problématique de l'absence de motivation pré existante à la réalisation d'une occupation. Par exemple, un écolier ne s'engage pas à participer à un concours de mathématiques s'il pense n'avoir aucune chance de résoudre les problèmes

posés. En cause alors des facteurs personnels de la représentation de soi vis-à-vis de la capacité à accomplir certaines tâches (70).

1.10.2 Facteurs intra et inter personnels liés à la motivation

Confiance en soi et estime de soi

Croire en son potentiel et ses capacités, c'est avant tout se connaître et avoir confiance en soi d'après la psychothérapeute Isabelle Filliozat. Particulièrement importante au cours des premières années de l'enfant mais aussi pendant la période de l'adolescence, la confiance en soi se développe et évolue tout au long de la vie d'un individu. La famille et les parents jouent alors un rôle déterminant. La philosophe, psychanalyste et écrivaine Anne Dufourmantelle écrit en effet que « le manque de confiance en soi n'existe pas, ce qui manque en réalité c'est la confiance en l'autre ». Pour Jacques Salomé, « la confiance en soi, ça se crée ; [inscrite] très tôt chez un enfant, [elle] se structure ensuite par la qualité des relations, par des messages positifs, valorisants, reçus de personnes significatives de son existence. Elle naît alors de la rencontre avec des personnes structurantes. Pour cet auteur, la confiance en soi, et au-delà l'estime de soi sont liées à la confirmation que nous avons été acceptés tels que nous sommes reconnus, aimables, c'est-à-dire susceptibles d'être aimés. Pour Nathaniel Branden, psychothérapeute américain spécialiste de l'estime de soi (self-esteem), l'estime de soi est alors l'évaluation que nous faisons de notre propre valeur. Nous n'avons pas un degré d'estime de soi figé pour le restant de notre vie. Ce qui le détermine, c'est ce que nous faisons au quotidien : l'estime de soi se travaille, se pratique et implique une certaine discipline dans l'action, de manière régulière.), La confiance en soi est avant tout une expérience : percevoir que l'on peut faire face aux défis du quotidien, avoir confiance en sa capacité à penser, apprendre, faire des choix, prendre des décisions, s'adapter aux changements ... (73)

Sentiment d'efficacité, de compétence, de performance

Avoir conscience de ces compétences, c'est aussi avoir un sentiment de compétence, d'efficacité. Concept emprunté à Bundara en 1977, le sentiment d'efficacité est repris en ergothérapie par Gary Kilehofner dans le modèle de l'occupation humaine (MOH) car le sentiment d'efficacité est un élément clé de la motivation (Stone, 2005). Dans le MOH, il est perçu comme la perception que l'individu a de sa maitrise de soi, soit des aspects émotionnels, et celle de la mesure de sa capacité à parvenir à ce qu'il veut, soit ses aspects physiques et cognitifs. L'anxiété de performance et la peur des examens sont des troubles fréquemment rencontrés chez les enfants âgés de 9 à 21 ans et tendent à persister à l'adolescence. Elles

peuvent s'accompagner de comportements d'évitement et avoir des conséquences non négligeables sur la scolarité de l'enfant (70).

Comportements oppositionnels et gestion des émotions

Il existe trois comportements qui ont un effet négatif sur la motivation, la cognition et les émotions : l'abandon (fuite lors d'un sentiment d'incompétence), la rébellion (opposition à un sentiment de contrainte et d'incompétence), la résignation (construite face aux échecs répétés). Le TDA/H est souvent associé, à un plus jeune âge, avec un **comportement oppositionnel**, une tolérance limitée à la frustration, des réactions agressives, parfois un comportement antisocial et des capacités d'empathie limitées. Dans le TDA/H, il peut être mis en avant une atteinte des fonctions exécutives, reconnues comme participant à la gestion et à la régulation des émotions, notamment dans des situations de stress. Or, la gestion des émotions a un rôle essentiel pour : l'épanouissement et le bien-être, l'atténuation des difficultés de comportement, les relations sociales, la motivation, la mémorisation. Les émotions peuvent donc avoir un effet négatif ou positif sur le sentiment de compétence. De plus, les enfants avec TDA/H ont souvent des difficultés dans leurs **relations sociales** (74). En raison de leur comportement intrusif, ils sont souvent rejetés et isolés. Il peut être utile de travailler leur position sociale et leurs compétences relationnelles. Des évaluations existent en pédagogie ou en psychologie, qui prennent en compte des critères pouvant se rapprocher. Les bilans psychoéducatifs (PEP 3, Vineland II, profil psychoéducatif pour enfant) ont pour objectif de déterminer les compétences et capacités adaptatives de l'enfant (74). Les bilans psychoaffectifs permettent de déterminer l'image et l'estime de soi, le niveau d'anxiété, les difficultés émotionnelles, ce qui fait souffrir l'enfant, sa façon d'entrer en lien avec les autres (75,76).

1.10.3 La motivation comme état dynamique, dans la scolarité

Complexité de la motivation, elle est un mélange de nombreux facteurs. Et plus encore, étant un état dynamique, tantôt vite déclenchée, tantôt vite éteinte, elle reste très difficile à évaluer. En contexte scolaire, la motivation scolaire est définie telle que « La motivation en contexte scolaire est un état dynamique qui a ses origines dans les perceptions qu'un élève a de lui-même et de son environnement et qui l'incite à choisir une activité, à s'y engager et à persévérer dans son accomplissement afin d'atteindre un but. » selon Rolland Viau (1994) (77). Du point de vue socio cognitiviste, la motivation scolaire est traitée comme une entité complexe où se mêlent des perceptions de soi, des analyses cognitives du contexte d'apprentissage ainsi que des éléments d'ordre relationnel et affectif (78). Un article présente trois échelles d'évaluation de la motivation dont la validité est attestée par un modèle en pistes causales, qui met en évidence la

position de la volonté d'apprendre en aval du processus motivationnel, celle des croyances attributionnelles et des orientations motivationnelles en amont, le sentiment de compétence, l'attrait des études et l'utilité perçue occupant une place intermédiaire. Cet élargissement du champ conceptuel de la motivation scolaire va de pair avec une approche componentielle[8] de la mesure. L'évaluation de la motivation pour le travail scolaire ne peut plus se faire au travers d'une mesure unique, mais en identifiant les différentes pièces du puzzle, leurs fonctions respectives et leurs relations les unes avec les autres. Différents critères peuvent ressortir de ces trois évaluations : la volonté d'apprendre, le sentiment de compétence, l'attrait pour l'école, l'utilité perçue dans les activités scolaires ; l'orientation vers soi, l'orientation vers le travail scolaire, la tendance au moindre effort, les croyances de l'enfant, les causes internes et les causes externes de sa motivation (79).

1.10.4 Compétences psychosociales et enjeux de sensibilisation

Ces éléments peuvent s'identifier aux compétences psychosociales mentionnées par l'OMS. Elles jouent un rôle essentiel chez l'enfant et l'adolescent dans son adaptation sociale, son engagement et sa réussite scolaires. A l'œuvre également chez leurs parents, elles ont un impact sur les enfants et adolescents : amélioration de l'estime de soi, des capacités de résilience, des compétences sociales et des résultats scolaires ; moindre association à des pairs déviants, diminution des niveaux d'anxiété et de dépression. En 1993, ce concept a été défini comme « la capacité d'une personne à répondre avec une efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [et] à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant d'adopter un comportement approprié et positif dans les interactions avec les autres, sa culture et son environnement ». Divisée en trois catégories, elle comprend : les compétences sociales, de communication, de collaboration, de négociation et de plaidoyer ; les compétences cognitives avec la prise de décision, la résolution de problèmes, la pensée critique et l'autoévaluation, et enfin, les compétences émotionnelles ou d'autorégulation avec la régulation émotionnelle, la gestion du stress, les compétences favorisant la confiance en soi, l'estime de soi, et l'auto-évaluation (80). **Evaluer ces dimensions chez l'enfant ou adolescent dans sa scolarité sont intéressants, mais comment intervenir dessus, et notamment chez ceux présentant des troubles des apprentissages, en situation de handicap ?**

[8] Il s'agit d'une procédure qui vise à établir la configuration des unités minimales de signification (composants sémantiques, traits sémantiques, sèmes) à l'intérieur d'une unité lexicale (morphème lexical ou mot). L'analyse componentielle repose sur l'hypothèse que l'unité lexicale est elle-même décomposable en unités minimales, et que celles-ci constituent des atomes de signification.

La dimension psychoaffective était en lien avec la motivation associant des forces internes et externes, liées à l'environnement dans lequel évolue l'enfant. Ceci justifie alors le choix d'interroger la pratique d'une intervention qui fait sur l'environnement humain de l'enfant considéré. La sensibilisation en classe ayant été la seule modalité d'intervention auprès de la classe de l'enfant, il a été choisi de l'étudier quant à son unicité dans les éléments ressortis de l'enquête exploratoire.

1.11 La sensibilisation au handicap

1.11.1 Expériences de sensibilisation au handicap

Dans le champ du handicap, la sensibilisation est une thématique qui revient souvent : des associations comme L'ADAPT avec la HandiMallette, les kits de simulation de HopToys ou encore ceux proposés par l'ONISEP... et des temps ponctuels de sensibilisation rapportés dans des blogs d'établissements scolaires (81, 82, 83). Le site de l'éducation nationale française propose une sensibilisation au handicap aux professeurs pour leurs classes avec de nombreuses ressources numériques (84). Le site de l'académie de Grenoble mentionne d'ailleurs ce rôle de sensibilisation comme étant celui de divers acteurs et notamment celui du professeur principal (85). Des actions ponctuelles ont eu lieu ces dernières décennies : comme l'éducation au respect de la singularité des élèves de 6ème au collège Jules Ferry à Chambéry (86) ; une intervention des sensibilisation en classe avec des kits de simulation par des étudiants ergothérapeutes en Meurthe-et-Moselle en 2013 (87) ; en 2018, cinq étudiantes ergothérapeutes sont aussi intervenues dans une classe pour sensibiliser au handicap par un cours informatif ; aussi, en 2019 et 2020, les étudiants ergothérapeutes de Marseille sont intervenus sensibiliser des étudiants futurs professeurs de écoles au handicap par des explications et kit de simulations (88). La simulation apparaît être une modalité souvent utilisée. Un article de 2014 a analysé les effets d'un dispositif de sensibilisation au handicap par la simulation, auprès d'étudiants. Le dispositif est un travail en binôme avec un des deux membres de l'équipe ayant un handicap visuel. À la suite de l'analyse du discours des étudiants ayant participé, les résultats mettent en avant la pensée et la prise de conscience fait par l'expérience vécue : « les personnes en situation de handicap doivent faire face à avoir confiance en les autres et avoir confiance en ses autres sens, la présence d'autres potentialités et pas seulement un manque, et l'exercice difficile d'avoir confiance en soi avec d'autres capacités et un contact à la vie différent ». Il y a un changement observé entre la conception initiale sur le handicap et celle à la suite de cette expérience de simulation, c'est un dispositif pédagogique qui a montré son efficacité quant à

un changement de regard de manière substantielle et durable (89). **Dans quelle mesure peut-on utiliser cette méthode et est-elle probante ?**

1.11.2 Pédagogie en sensibilisation et approche psychoéducative

Dans les types d'approches pour favoriser le changement, mentionnées par le livre Action contre l'inertie, la sensibilisation est mentionnée. Faisant partie de l'approche psychoéducative, cette dernière vise à fournir à des individus les connaissances nécessaires concernant leur état de santé afin qu'ils soient plus à même de comprendre leurs expériences sur le plan de la santé, de participer aux interventions en tant que partenaire à part entière, de prendre des décisions importantes quant à leur état de santé et de mieux connaître leurs propres points forts, leurs stratégies d'adaptation et de résilience afin de les développer (Mueser et coll., 2002) (90). **Sensibiliser les populations concernées, oui, mais comment sensibiliser l'environnement humain aussi ?**

De nombreux travaux ont mis en évidence l'inefficacité voire les effets délétères (augmentation de la consommation de substances, banalisation du suicide ...) des actions d'éducation à la santé basées sur l'information. L'information ne modifie pas nos attitudes et nos comportements. La raison en est que ces derniers ne dépendent pas uniquement de nos connaissances : ils résultent aussi et surtout d'influences et de facteurs divers : émotions, expériences passées, facteurs situationnels, contextes socioculturels ... (80) **Agir sur les compétences psychosociales peut donc se faire par l'éducation à la santé, mais en dehors de l'information pure, quel dispositif peut être mis en place ?**

1.11.3 Prévention et éducation en ergothérapie

Intervenir auprès du groupe classe, c'est intervenir auprès d'un groupe autour de l'enfant. Pour Sylvie Meyer, une intervention de groupe est « indiquée lorsque le thérapeute souhaite entrainer ou développer la socialisation. [...] Ainsi l'ergothérapeute propose fréquemment d'abord une prise en soins individuelle puis une prise en soins en groupe; tout au moins si l'organisation de l'ergothérapie dans l'institution qui l'emploie le permet.» (91) (p. 69). Actuellement, en relation avec la réinterprétation de quelques idées à la base de l'ergothérapie et à la recherche d'une approche plus globale, le groupe redevient à la mode. Il est aussi mieux théorisé (Howe, 1986) (91). Il est donc intéressant de repérer cette intervention dans le processus d'intervention en ergothérapie. En 2009, Fisher a développé un modèle d'intervention en anglais: l'OTIPM, qui a été récemment traduit en français. Ce modèle de processus d'intervention en ergothérapie présente dans sa phase d'intervention 4 modèles de pratique. Parmi les 4 modèles, celui « d'éducation et d'enseignement » est décrit comme l'ensemble des programmes éducatifs

ciblant l'occupation pour les groupes. L'ergothérapeute intervient donc auprès du groupe autour de l'enfant, c'est l'approche partenariale, mais qui dans sa définition est plutôt centrée sur l'action auprès et avec l'environnement familial (Townsend & Polatajko, 2013) (92). L'approche concernant la classe et comprenant le milieu scolaire en général n'y est pas expressément décrite. Dans L'ergothérapie auprès des enfants par l'ANFE en 2019, une section des missions de l'ergothérapeute recense « les actions d'information, de formation et de prévention pour une société inclusive ». Différents exemples mentionnent l'intervention de l'ergothérapeute dans ce champ de pratique sous le terme d'actions de « prévention » auprès des « partenaires » de l'enfant. « Ces actions sont organisées à la demande d'institutions, d'associations d'usagers, de professionnels, d'organismes de formation, lors de réunions à thèmes, de colloques ou de congrès (associations de parents, associations de professionnels, réunions d'experts, conférences scientifiques). » Un exemple d'intervention en classe lors d'une journée de sensibilisation, qui s'adresse aux enfants de l'école, mentionne l'utilisation d'un dispositif de « simulation de la dyspraxie » (92) (p. 28).

1.11.4 La simulation comme outil pédagogique

Selon la Haute Autorité en Santé (HAS), la simulation est une « méthode pédagogique active innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive ». « Dans le champ de la santé, l'exercice de simulation est l'un des outils pédagogiques les plus puissants et les plus efficaces » (94). Pour la définir, c'est une reproduction d'une situation constituant un modèle simplifié mais injuste d'une réalité. Elle est constituée de trois parties : briefing (explication, objectifs, horaire), puis une interaction entre l'apprenant et un modèle de réalité ludique, et enfin, un débriefing systématique sinon la portée pédagogique de la simulation est compromise (95). Ce dispositif pédagogique est utilisé dans le modèle de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisé authentique a été développé par Frenay et Bedard, qui pourrait favoriser le transfert des apprentissages (96). « Le concept de transfert des apprentissages rend compte de la capacité des apprenants à appliquer des savoirs, savoir-faire et savoirs-être dans des situations différentes de celles dans lesquelles elles ont été apprises ». « La simulation paraît aujourd'hui incontournable dans les programmes de formation en sciences de la santé », afin de comprendre les situations vécues les plus proches de la réalité, cela pourrait être aussi le cas pour former les personnes qui ne sont pas professionnelles de la santé dans la compréhension de pathologies comme le handicap (97).

Mais mettre en place la pédagogie par la simulation n'est pas simple (98). Dans la simulation, le formateur a un rôle particulier et complexe. C'est donc tout un exercice que d'animer un

temps d'enseignement ayant comme outil pédagogique la simulation. L'intervenant est facilitateur guide et soutien des apprenants, il est un régulateur, il se doit de gérer la didactique, la simulation comme un environnement dynamique ouvert et modifiable et la gestion de l'activité propre, en visant à conduire ses interventions en référence au modèle du réel (99). Ainsi, des compétences en pédagogie semblent nécessaires pour animer ce type d'intervention. Depuis 2010, avec la réforme de la formation en ergothérapie, la pédagogie est inscrite au programme avec un versant sur la prévention et l'éducation à la santé, et un sur la compétence de former et informer (100).

C'est ainsi que l'on peut identifier la possibilité dans la pratique de l'ergothérapeute de mener de telles actions de sensibilisation, tant ses compétences et ses connaissances sont en lien avec le dispositif utilisé mais aussi le champ d'intervention portant sur l'environnement humain.

1.12 Question et objet de recherche

La question de recherche est la suivante :

La sensibilisation aux troubles des apprentissages par les ergothérapeutes en classe participe-t-elle à la construction de la dimension psychoaffective des enfants présentant ces troubles ?

L'objet de recherche est alors :

Les effets de la sensibilisation aux troubles des apprentissages par les ergothérapeutes en classe sur la construction de la dimension psychoaffective de l'enfant présentant ces troubles.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode

Etant donné la présence d'un seul article au sujet du handicap simulé, de quelques faits divers dans les actualités, de retours succincts lors des entretiens de l'enquête exploratoire, cette pratique nécessite une étude quantitative ; avec un échantillon le plus large possible pour pouvoir convenir ou non d'une certaine catégorisation de cette pratique, et ainsi faire un état des lieux à visée généraliste sur cette pratique. Le dispositif de recherche est alors construit suivant une méthode différentielle. Il vise donc à explorer le phénomène étudié de manière descriptive, quantitative et également à identifier d'éventuelles corrélations entre cette intervention et les apports pour l'enfant ainsi que son environnement humain (101, 102). Il part de l'hypothèse de recherche suivante : La sensibilisation par la simulation en classe en milieu ordinaire à propos des troubles des apprentissages, réalisée par les ergothérapeutes, a des effets sur la dimension psychoaffective des enfants avec TA suivis en ergothérapie.

2.2 Population, matériel, éthique des données recueillies

La population ciblée comprend des ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé auprès d'enfants ayant des troubles des apprentissages. Une question est dédiée à confirmer sa pratique auprès de cette population pour assurer ce critère d'inclusion. Il n'y a pas de critères d'exclusion. Les sites d'exploration sont une communication via mail personnel d'ergothérapeutes en pédiatrie et via le réseau social Facebook ® sur 6 groupes dédiés soit aux mémoires en ergothérapie soit à l'ergothérapie en pédiatrie de France, Belgique, Québec. (Cf. Annexe 13 p. 127-131).

Le matériel utilisé est un questionnaire intuitif en ligne comprenant 10 à 15 questions, c'est-à-dire que l'enchainement des questions dépend de la réponse effectuée. En effet, le questionnaire se divise dans sa partie principale en deux sous-parties selon si l'ergothérapeute intervient ou non en sensibilisation dans des groupes classes d'enfants qu'il accompagne. L'ergothérapeute qui n'intervient pas en classe n'est pas informé de la présence de cette partie ce qui évite un biais de vouloir y répondre même s'il ne fait pas l'intervention.

Le questionnaire a été réalisé sur le logiciel en ligne gratuit Tripetto.com ®. Il comprend un corps de texte identique au départ pour chaque personne y répondant, et mentionne le respect des données suivant la loi RGPD. L'anonymat y est possible.

Ce dispositif vise à développer des connaissances biologiques ou médicales dans les sciences humaines et sociales, il relève donc de la loi Jardé issue du décret de mai 2017 du Code de la Santé. C'est un projet de recherche impliquant la personne humaine (RIPH) de catégorie 3 –

Recherche non interventionnelle (RNI) sans risque ni contrainte pour la personne humaine impliquée.

2.3 Construction de l'outil

La matrice de questionnement a été réalisées préalablement à la construction du dispositif, en s'appuyant sur les concepts évoqués lors du cadre conceptuel (Cf. Annexe 12 p. 126). L'ordre des questions a été mis en place suivant des conseils sociologiques avec la partie questionnant les informations personnelles en dernier. Une matrice de questionnaire a été élaborée avant sa construction afin d'identifier les variables recherchées, les types de questions choisies et l'objectif de chaque question (Cf. Annexe 13 p. 127-131) (105).

Le dispositif de recherche a été relu à 4 reprises sur une intervalle de 2 semaines par l'étudiant chercheur avec sa référente professionnelle afin d'éviter toute faute de syntaxe, des problématiques dans l'enchainement des questions et des formulations difficilement compréhensibles ou manquant de neutralité, et au regard de techniques de questionnement (106). Une cohorte d'entrainement auprès d'un ergothérapeute et d'une personne non-ergothérapeute a été menée avant le lancement du questionnaire, avec relecture.

La question centrale concerne la dimension psychoaffective et ses facteurs. Dix éléments de la dimension psychoaffective de l'enfant ont été retenus pour la recherche à la suite du cadre conceptuel. Tout d'abord, la motivation interne et la motivation externe comme concepts sous-tendant différents facteurs. Puis des facteurs issus de la motivation intrinsèque comme le sentiment de performance (ou d'efficacité), l'estime de soi, la confiance en soi, la gestion des émotions et le comportement oppositionnel ; et dans le concept de motivation extrinsèque, les relations sociales, l'acceptation du sentiment de différence et l'attrait pour l'école, plutôt en lien avec l'environnement humain et le regard de l'autre. Ils ont permis de balayer les différentes thématiques sans être exhaustifs. Des éléments tels que l'autodétermination, la prise de décision ou l'autonomie auraient pu être inscrits parmi les éléments à analyser. Le choix de s'arrêter à 10 facteurs était arbitraire.

Concernant leur ordre de présentation dans la question, il a été pensé dans une volonté de diminuer les biais par le non-regroupement de catégories identiques (par exemple, l'estime de soi et la confiance en soi ne se suivent pas ; la motivation interne et la motivation externe au contraire se suivent pour en faire ressortir la différence ; le facteur « attrait pour l'école » a été positionné en dernier afin de maintenir l'intérêt de l'ergothérapeute jusqu'à la fin de sa réponse. Les termes des dix facteurs de la dimension psychoaffective ont été repérés et choisis suivant

des évaluations psychoaffective /relationnelles /motivationnelles /scolaires déjà existantes (Cf Cadre conceptuel). Une échelle impaire (a des effets bénéfiques/possibles/pas d'effets) a été choisie afin d'éviter des biais de résultats proches de la moyenne ne mettant pas en évidence des impacts ou effets existants (105).

2.4 Anticipation des biais

Il peut exister des biais ou écarts entre ce que prend en compte le dispositif de recherche et la réalité. La multiplicité de facteurs interrogés prenant part à la dimension psychoaffective induit un manque de précision. L'échelle utilisée concernant les effets n'expose qu'un avis superficiel et les réponses textuelles des questions précédent la question matricielle (échelle d'effets – facteurs de la dimension psychoaffective) n'apporte pas forcément tous les compléments d'information. L'échelle peut aussi manque de précision ou de résonance pour les ergothérapeutes qui y répondent : les trois niveaux de réponses peuvent selon les ergothérapeutes être moins appropriés (105). Les ergothérapeutes répondent selon leurs propres représentations et ainsi, les effets observés peuvent être différents des effets ressentis par les enfants et leur environnement humain. Il y a donc une limite à n'interroger que les ergothérapeutes dans cette pratique car elle a un lien avec une multiplicité d'acteurs donc les enfants du groupe classe, l'enfant suivi en ergothérapie, l'équipe scolaire ... Les dix facteurs sélectionnés ont été choisis par le chercheur en essayant de couvrir un maximum de champs de la dimension psychoaffective mais tous ne sont pas les plus prépondérants. Ensuite, il n'y a pas de comparaison entre ce dispositif et un autre dispositif pour les mêmes facteurs ce qui ne permet pas de mettre en avant ce dispositif comme principal répondant aux difficultés de la sphère psychoaffective. La sensibilisation est considérée comme étant des mises en situation ou des simulations du handicap proposé par l'ergothérapeute mais le questionnaire n'interroge pas l'organisation pratique de ce type d'intervention, comment elle est réellement réalisée et si elle respecte les principes d'une intervention pédagogique basée sur la simulation.

2.5 Déroulement

Le questionnaire a été partagé le 1er mai 2021 et la récupération des résultats s'est arrêtée le 7 mai 2021. Les réponses ont donc été récoltées sur un délai d'une semaine. La date de diffusion tardive dans l'année scolaire peut avoir un intérêt concernant la possibilité de mettre en place ces actions. Mais l'intervention en classe dans sa proportion peut avoir été biaisée par la crise sanitaire et les fermetures ponctuelles des écoles sachant que la majorité des ergothérapeutes ayant répondu à l'étude sont des jeunes diplômés.

2.6 Traitement des données

Le traitement des données est réalisé grâce à divers procédés : analyse lexicale, analyse descriptive et analyse statistique (68). Ils sont présentés dans le tableau suivant :

Type de donnée	*Analyse de données*	*Outil utilisé/ Présentation des résultats*	*Nom de l'outil*
Qualitative	Lexicale par fréquence	Compteur de mots	Lexicool.com
		Nuage de mots / Tableau	Nuagedemots.co
	Thématique	Résumé	*Pas d'outil*
Quantitative	Tableau statistique	Représentation graphique	Excel
	Tableau croisé dynamique et de contingence	Représentation graphique Khi 2	WordOffice

L'analyse des données qualitatives est faite par fréquence pour faciliter l'analyse en lien avec le nombre de réponses obtenues. De plus, elle permet d'obtenir des données chiffrées à partir des données textuelles afin de complémenter les résultats qualitatifs de l'analyse de contenu de l'enquête exploratoire. Les représentations par nuage de mots à la suite des tableaux de fréquence de mots sont réalisées pour une meilleure compréhension par le lectorat (69).

L'analyse de données quantitatives est faite de façon statistique, et lorsqu'il est possible, elle implique une corrélation de variables. Les données recueillies ont été toutes étudiées respectivement une à une, puis certaines ont bénéficié de croisement de variables, et lorsque la situation l'a permis, d'analyse inférentielle avec le calcul du Khi 2 pour valider la corrélation de variables. Tous les outils utilisés sont gratuits et disponibles en ligne. L'analyse effectuée, à l'exception des résumés, est facilement reproductible (68).

3 Résultats

Cette partie donne à lire les résultats de la recherche, avec les données descriptives et les données statistiques traitées. Le questionnaire comporte des questions induisant des réponses textuelles ou statistiques. Les données présentées seront donc quantitatives et qualitatives. Leurs représentations sous forme graphique sont présentées en annexe, numérotées par « Figures » (Cf. Annexe 14 p. 132-137).

3.1 Présentation de la population étudiée

L'échantillon se compose des réponses de 80 ergothérapeutes qui sont tous déjà intervenu auprès d'enfants ayant des troubles des apprentissages. Ils sont diplômés entre 1980 et 2020, dont 34 ergothérapeutes avant 2010 et 43 après 2010. Certains ergothérapeutes n'ont pas renseigné leur année de diplôme. Les ergothérapeutes sont majoritairement français, 74 exercent en France, 5 en Belgique et 1 au Québec. Concernant la structure d'exercice, 10 ergothérapeutes exercent dans deux ou trois structures. Le reste des ergothérapeutes occupe un poste dans un seul service. Parmi les structures de travail, les cabinets libéraux sont les plus représentés avec 41 ergothérapeutes sur 80. Puis ce sont les écoles avec 5 ergothérapeutes sur 80 et les CMPP avec 4 ergothérapeutes sur les 80 de l'échantillon. (Figures 1, 2 et 3).

3.2 L'intervention auprès de l'environnement humain

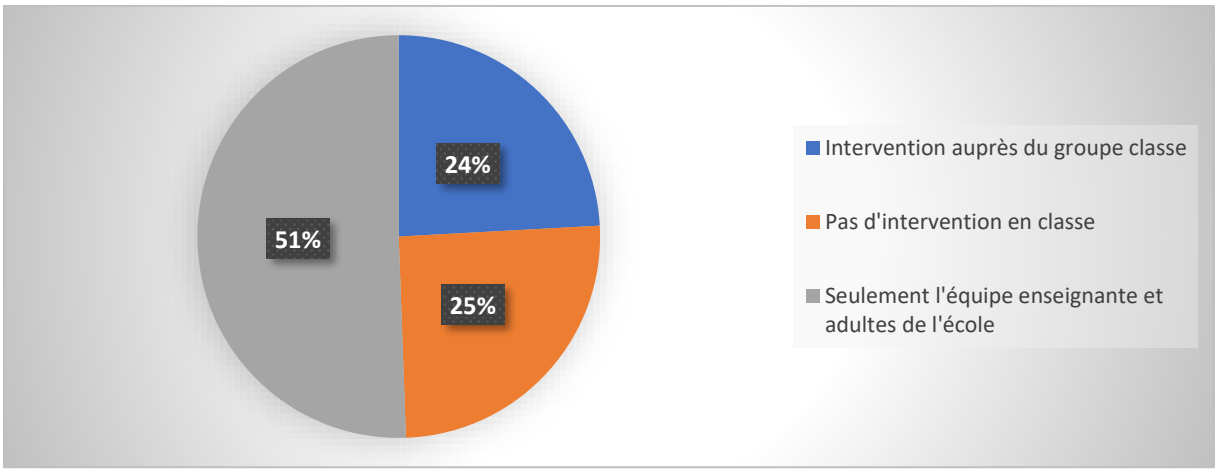
Les ergothérapeutes ont pu répondre auprès de quel environnement humain de l'enfant ils interviennent (Figure 4). Parmi les réponses, les ergothérapeutes peuvent intervenir sur tous les champs présentés : parents, famille, professeur des écoles/enseignant, accompagnant d'enfant en situation de handicap (AESH), classe et école. On remarque une intervention importante et presque généralisable auprès des parents (70/80), des professeurs (70/80) et AESH (64/80), et de l'école (65/80). S'en suit l'intervention prenant en compte la famille incluant parents et fratrie (39/40). L'intervention auprès de l'environnement classe est la moins fréquente (29/80). (Figure 4). Pour préciser la donnée, il y a 29 ergothérapeutes qui interviennent en classe sur 80 soit un équivalent de 36%. (Figure 5).

La question comportait 6 propositions de réponses pour différents niveaux de l'environnement humain. En moyenne, 4.2125 sur les 6 environnements humains proposés sont considérés par les ergothérapeutes. Le mode (réponse la plus fréquente) calculé et la moyenne ont pour valeur 4. Aucun ergothérapeute n'a coché aucune réponse. 4 ergothérapeutes n'interviennent que sur un environnement humain ; 6 ergothérapeutes interviennent auprès de 2 environnements humains ; 11 ergothérapeutes auprès de 3 environnements humains, 22 ergothérapeutes auprès

de 4 environnements humains et 22 ergothérapeutes auprès de 5 environnements humains ; enfin, 15 ergothérapeutes ont une intervention sur les 6 différents environnements humains (totalité des réponses à la question cochée).

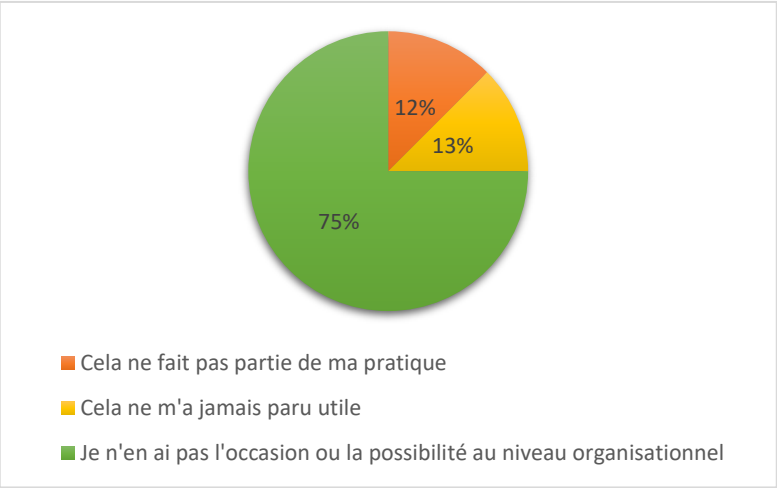
Intervenir en classe n'est pas toujours pour de la sensibilisation, la question peut être comprise comme exercer une séance individuelle dans l'environnement classe par exemple. Nous avons donc requestionné la proportion d'ergothérapeutes intervenant en classe pour de la sensibilisation. L'intervention de sensibilisation en classe s'adresse pour près d'un quart des ergothérapeutes de l'étude au groupe classe (donc des camarades de classe de l'enfant suivi en ergothérapie pour ses troubles des apprentissages). Environ la moitié des venues en classe de l'ergothérapeute s'adresse uniquement à l'équipe enseignante et aux adultes de l'école. Et encore un quart des ergothérapeutes n'interviennent pas du tout dans la classe de l'enfant.

Figure 6. Public concerné ou non par l'intervention de sensibilisation de l'ergothérapeute dans l'espace classe. [Diagramme circulaire]



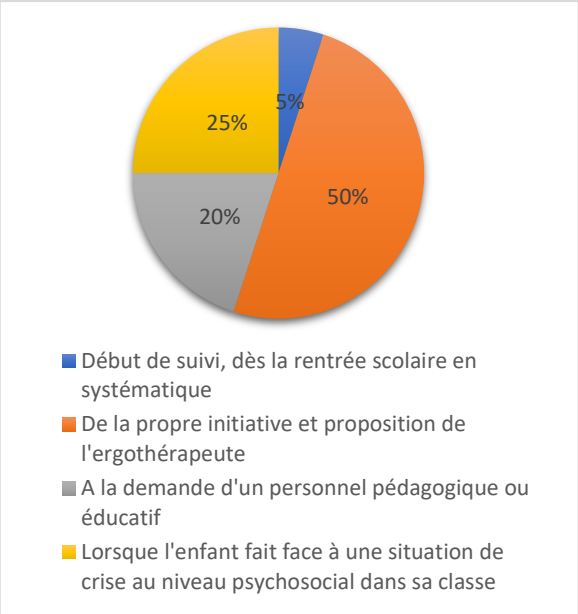
Parmi les ergothérapeutes qui ont précisé pourquoi ils ne menaient pas ce type d'intervention, on retrouve en cause principale « Je n'en ai pas l'occasion ou la possibilité au niveau organisationnel ». Une ergothérapeute mentionne que cela ne lui parait « pas utile » car « les médecins et infirmiers scolaires le font la plupart du temps » et une autre ergothérapeute dit que « cela ne fait pas partie de sa pratique ».

Figure 7. Raisons d'absence ou obstacles à l'intervention de sensibilisation en classe dans la pratique des ergothérapeutes. [Diagramme circulaire]



Dans les origines d'une telle intervention, on retrouve majoritairement l'initiative de l'ergothérapeute pour la moitié des situations. Dans un quart des cas, c'est une intervention proposée en temps de crise et dans un cinquième des cas, ce sont des personnels éducatifs ou pédagogiques qui en font la demande.

Figure 8. Origines et causes de la mise en place de sensibilisations en classe par les ergothérapeutes. [Diagramme circulaire]



Aucun ergothérapeute n'a coché la case d'une situation de crise concernant l'engagement scolaire, elle n'est donc pas ressortie dans les résultats. On peut en questionner la formulation ou faire l'hypothèse que cela ne fait pas partie des objectifs visés par l'ergothérapeute dans ce type d'intervention.

3.3 Effets de la sensibilisation sur l'enfant et son environnement scolaire

Par une analyse de fréquence lexicale, on peut faire ressortir des éléments sur les effets notés par les ergothérapeutes concernant l'intervention de sensibilisation en classe. Les effets ont été questionnés en fonction des environnements humains de l'école, donc premièrement le groupe classe puis l'équipe enseignante. Enfin, les effets directs sur l'enfant ont été questionnés.

Concernant les effets sur la classe, il ressort une meilleure compréhension des difficultés/troubles de l'enfant, de la différence. Cela favorise l'acceptation et l'intégration de l'enfant dans la classe, avec ses aménagements. Il est plus facile pour l'enfant d'utiliser son

ordinateur en classe par la suite, le jeune est valorisé, aidé des adaptations pour respecter le principe d'égalité des chances. Il est aussi mentionné : moins de moqueries, plus d'écoute de l'enfant et de son comportement, plus de tolérance et d'entraide, d'empathie, de bienveillance et de connaissances sur le handicap, d'ouverture d'esprit, de prise de conscience de la part des autres enfants, cela favorise les échanges. Une ergothérapeute mentionne que cette approche doit être bien réfléchie en interprofessionnalité pour éviter l'effet d'exclusion, sinon c'est plutôt bénéfique pour l'inclusion sociale. (Figure 9)

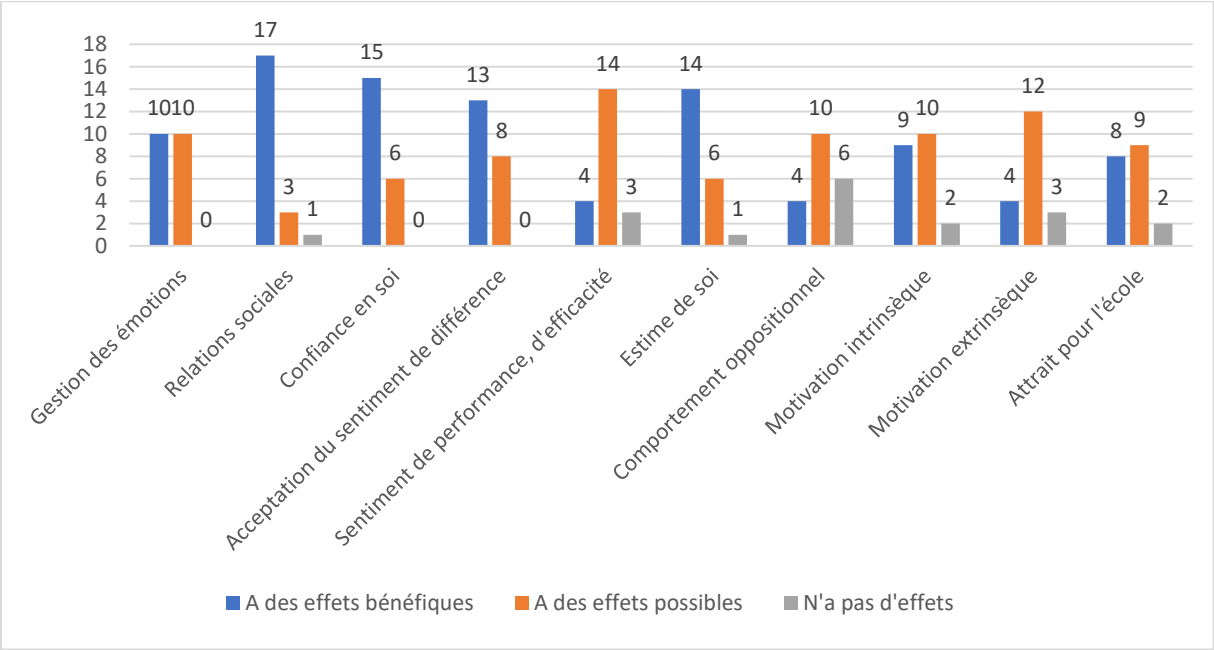
Concernant l'enseignant, cela favorise une meilleure compréhension des aménagements et des difficultés/troubles de l'enfant, et leurs impacts. L'enseignant comprend qu'il ne fait pas de faveur à l'enfant, cela permet une prise de recul sur sa pratique, ne pas se sentir en échec non plus par rapport à cet élève, et lui permettre de mieux trouver les mots pour expliciter à son tour à d'autres élèves, être plus attentif aux comportements des camarades en classe, anticipe des conséquences. Il peut mieux adapter le quotidien de l'enfant en difficulté, peut changer de regard, et voir un changement de pratique implicite se mettre en place ; il pourra alors accéder aux réelles capacités de l'enfant. C'est aussi une promotion de l'ergothérapie auprès de ces professionnels de l'enseignement, l'introduction à la pédagogie universelle, au modèle inclusif et l'importance de l'environnement. (Figure 10) Puis, pour l'enfant lui-même, il vivra moins de stigmatisation, se sentira plus soutenu et reconnu, compris, n'ayant plus peur de demander de l'aide ou de dire que c'est difficile. Il se sent compris, content que les autres le comprennent, et parfois moins seul. Cela améliore l'intégration, l'inclusion, la solidarité, le fonctionnement en classe et les relations sociales avec le développement de relations amicales. L'enfant accepte aussi mieux les aides et aménagements, son investissement dans les apprentissages scolaires est plus important et il gagne en autonomie. Il n'a plus autant le sentiment d'être favorisé par la présence des aménagements et ressent plus de justice. Les enfants peuvent aussi choisir de participer ou non avec l'ergothérapeute, c'est aussi un travail de connaissance de soi, de ses capacités et ses besoins. Il y a une amélioration de l'estime de soi, de la confiance en soi, l'enfant est valorisé et rassuré. Enfin, l'enfant qui participe peut ressentir une fierté quant à la réussite de ce projet, en recevant aussi des questions de ses camarades les jours qui suivent l'intervention. Au contraire, pour éviter la stigmatisation, l'ergothérapeute peut intervenir de façon anonyme pour ne pas mettre en avant l'enfant ayant peur d'être cible et stigmatisé.

3.4 Effets de la sensibilisation en classe sur la DPA de l'enfant

Une matrice croisant dix facteurs de la dimension psychoaffective avec une échelle linéaire à quatre niveaux (effets bénéfiques, effets possibles, pas d'effets ou des effets néfastes) a été

proposée aux ergothérapeutes, en lien avec l'intervention de sensibilisation. Aucun ergothérapeute n'a sélectionné des effets néfastes malgré les réponses textuelles sur les effets de la sensibilisation sur l'enfant qui avaient dit qu'il y avait des risques de stigmatisation si l'intervention n'était pas bien préparée. (Figure 12) On peut constater que, d'après les ergothérapeutes, la sensibilisation en classe a des effets bénéfiques dans les relations sociales, la confiance en soi, l'estime de soi, l'acceptation du sentiment de différence et la gestion des émotions (avec au moins ou plus de la moitié ayant répondu des effets bénéfiques). Concernant l'acceptation du sentiment de différence, la confiance en soi et la gestion des émotions, aucun ergothérapeute n'a mentionné des effets néfastes. Ainsi, on pourrait identifier que la sensibilisation agit de façon plus ciblée sur ces trois facteurs.

Figure 13. Répartition des effets bénéfiques-possibles-pas d'effets en rapport avec chacun des dix facteurs de la DPA. [Histogramme]



Afin d'étudier la dépendance entre les variables : -faire de la sensibilisation en classe- et -les effets sur la DPA de l'enfant-, une analyse inférentielle a été réalisée par calcul du Khi 2, qui peut se faire sur un petit effectif, afin de déterminer le lien de dépendance entre ces variables. L'hypothèse nulle « H0 » posée est que les variables sont indépendantes. La table du Khi exprime des valeurs en fonction du degré de liberté, à un taux seuil de 5% (Cf. Annexe 15 p. 137-138) (Figure 14).

Un tableau des effectifs obtenus a été réalisé. Puis, un tableau de contingence des effectifs attendus. Etant donné que certains effectifs attendus avaient une valeur inférieure ou égale à 5,

les valeurs des colonnes « a des effets possibles » et « n'a pas d'effets » ont été regroupés. En effet, pour que l'approximation par la loi du Khi 2 soit bonne, il est nécessaire que les effectifs théoriques dans chacune des classes soit au moins égal à 5. Si ce n'est pas le cas, il faut au préalable regrouper les classes contigües afin d'avoir un effectif suffisant.

Une fois ces colonnes regroupées, le calcul de la valeur distance du Khi 2 a été effectué par ligne (pour chacun des facteurs de la DPA) et concernant le tableau entier. Les données ont ensuite été comparées à un tableau de valeur seuil du Khi 2 (dernière colonne).

Concernant le tableau entier, la distance totale du Khi 2 obtenue est de 36,1968695 pour un tableau à 1 degré de liberté. La comparaison est effectuée par rapport à un taux seuil de 5% (= 0.05) de marge d'erreur. La valeur théorique du Khi 2 (à 9 degrés de liberté et 5% de taux d'erreur) est 16,92. La valeur calculée de la distance du Khi 2 étant supérieure à celle de sa valeur théorique alors l'hypothèse nulle « H0 » est rejetée. On peut conclure qu'il existe une interdépendance entre la réalisation de sensibilisation en classe pour un élève ayant des troubles des apprentissages et certains facteurs de sa dimension psychoaffective. Puis, on interprète également les résultats du Khi 2 pour chacun des dix facteurs de la DPA. La valeur seuil du Khi 2 est à considérer pour 2 degrés de liberté, toujours au taux seuil de 5% d'erreur. On peut observer que le lien de dépendance entre une action de sensibilisation en classe et certains facteurs existent. Notamment, il y a une dépendance pour les effets bénéfiques dans les relations sociales, la confiance en soi et la motivation externe ; les effets possibles sur le sentiment d'efficacité ou de performance; et sur l'absence d'effets concernant le comportement oppositionnel.

3.5 Données qualitatives et quantitatives sur les effets de la sensibilisation

L'analyse statistique peut être mise en lien avec l'analyse par fréquence lexicale des réponses aux questions sur les effets sur l'environnement humain (classe, enseignant) et l'enfant lui-même. Dans les effets repérés par les ergothérapeutes -avant que ces derniers ne soient directement questionnés sur les effets sur certains facteurs de la dimension psychoaffective- certains aspects psychoaffectifs ont été mentionnés. On recense l'amélioration dans les relations sociales : « amis, copains, tolérance, intégration » ; qui justifient aussi le facteur « acceptation du sentiment de différence » par l'expression « meilleure compréhension des difficultés » qui était la plus fréquente dans les réponses, et la diminution de la stigmatisation, des moqueries, et l'acceptation des aménagements. Aussi, certains ergothérapeutes ont mentionné la confiance en soi, l'estime de soi, la

valorisation qui sont des facteurs psychoaffectifs, et qui soutiennent aussi le sentiment de performance (ou d'efficacité).

3.6 Pédagogie dans la formation et la pratique en ergothérapie

Sensibiliser est une action pédagogique nécessitant des compétences. Les ergothérapeutes interrogés disent pour 67 sur 80 développer leurs compétences de pédagogie dans leur pratique actuelle en ergothérapie. Cependant, cela n'est pas forcément lié à leur formation puisque seulement 32 ergothérapeutes déclarent avoir eu des cours de pédagogie dans leur cursus en ergothérapie. Certains disent ne pas s'en souvenir. D'autres diplômés avant 2010 mentionnent en avoir eu, cela pourrait dépendre des instituts de formation mais cette donnée n'a pas été questionnée dans le dispositif de recherche. (**Figure 18**)

Nous avons ensuite cherché à savoir si les ergothérapeutes développaient la compétence de pédagogie dans leur pratique. 67 ergothérapeutes ont mentionné développer cette compétence. Dans les apprentissages en pédagogie qu'ont fait les ergothérapeutes ressort :

- Les différentes théories d'apprentissage (behaviorisme, cognitivisme, constructivisme, socio-constructivisme ...) et l'histoire de leurs courants,
- Les différents outils pédagogiques, la variété des supports possibles, des canaux d'apprentissage (kinesthésique, auditif, visuel ...) ;
- La pédagogie participative, susciter la réflexion ;
- Qui répond aux besoins de l'enfant, qui part des connaissances existantes (exemple : approche CO-OP) ;
- Et ludique, créatif pour plaire à l'enfant (exemple : Montessori, pédagogie positive ...).

Peu d'ergothérapeutes se souviennent de contenu précis, en revanche, ils s'accordent sur le fait d'utiliser une multiplicité de modalités pédagogiques, adaptées, et qui rendent l'enfant acteur de son apprentissage. Pour ce qui est du contenu de la formation en ergothérapie, les projets de groupe en pédagogie, avec la rédaction d'un déroulé pédagogique (plan de formation), et le module d'éducation thérapeutique du patient sont ressortis. On peut faire l'hypothèse que les cours dispensés sur la pédagogie dans la formation initiale en ergothérapie n'ont pas spécialement été retenus dans les détails, et qu'il y a peut-être un réaménagement à réaliser, ou alors que c'est une compétence qui se développe difficilement avec des cours lors de la formation par la pratique.

Quatre ergothérapeutes ont pu renforcer cette compétence en côtoyant ces enfants, par des formations de l'ANFE ou des diplômes universitaires, et ou encore par une maitrise en éducation après un bachelor en ergothérapie en Belgique.

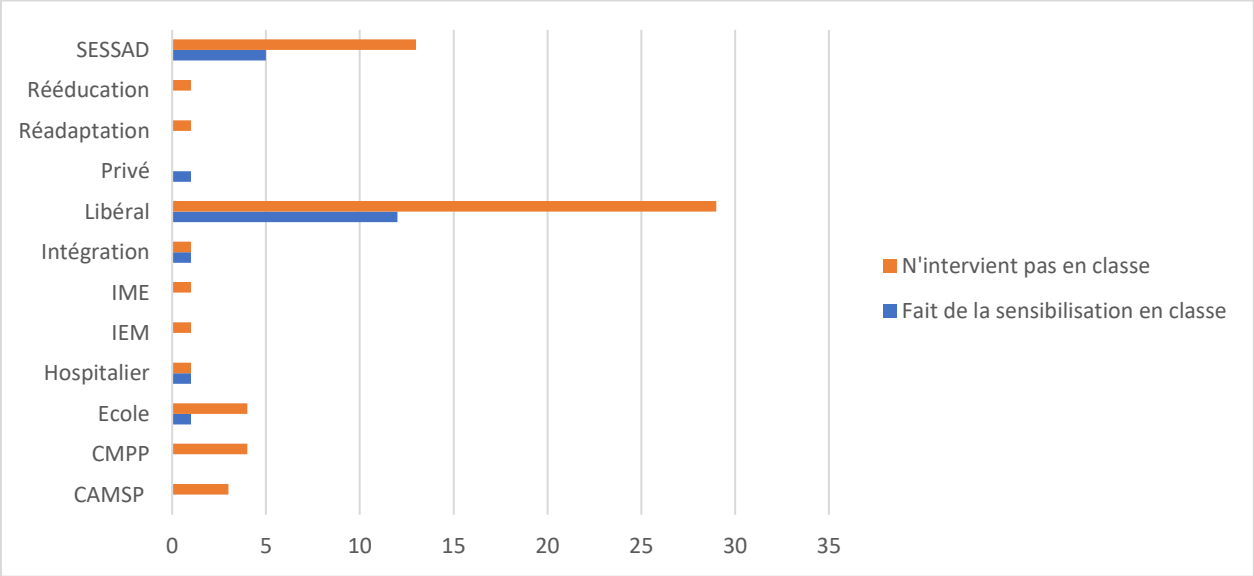
3.7 Compétences en pédagogie des ergothérapeutes selon l'année d'étude

Qu'ils aient reçu des cours de pédagogie ou non, les ergothérapeutes tendent à développer la compétence de pédagogie dans leur pratique. (**Figure 19**) On peut constater que les ergothérapeutes formés à partir de 2005 sont plus nombreux à mentionner la présence de cours sur la pédagogie dans leur formation initiale. Aussi, des ergothérapeutes diplômées d'après la réforme 2010 qui a inclu la pédagogie dans les programmes n'ont pas toujours le souvenir d'avoir bénéficié de cours de pédagogie. (**Figure 20**).

3.8 Structure de travail et possibilité d'intervenir en sensibilisation

Il peut être identifié que certaines structures d'exercice de l'ergothérapie ne sont pas favorables à la mise en pratique d'interventions de sensibilisation. Cette hypothèse pourrait être vérifiée. Pour ce qui est des SESSAD, des cabinets libéraux, des interventions en classe d'intégration, à l'école, ou en centre hospitalier, ce sont les 5 types sur les 12 structures de travail identifiées qui sont celles où les ergothérapeutes ont déjà pu exercer des actions de sensibilisation.

Figure 21. Nombre d'ergothérapeute menant des actions de sensibilisation en classe ou non, en fonction de la structure d'exercice professionnel en ergothérapie [Histogramme groupé]



L'analyse statistique de la corrélation de ces variables n'est pas possible car la loi du Khi 2 ne peut pas être respectée, il existe des effectifs attendus inférieur à 5, qu'il n'est pas possible de regrouper aux vues du manque de significativité des regroupements possibles.

4 Discussion

Les résultats obtenus nous permettent de faire un état des lieux sur une partie de la pratique concernant l'ergothérapie en pédiatrie auprès des troubles des apprentissages, applicable à l'échantillon des 80 ergothérapeutes dont les réponses ont été obtenues.

4.1 Confrontation des résultats

Dans son intervention en général, les résultats de l'étude montrent que l'ergothérapeute intervient auprès de l'environnement humain de l'enfant, en considérant à la fois le milieu familial et le milieu scolaire dans 87.5% des interventions. Il a donc une action de groupe associant à la fois une approche partenariale avec l'entourage familial, mais aussi une approche éducative et de prévention concernant l'environnement scolaire.

L'intervention moins représentée dans leur pratique est celle concernant l'environnement « classe ». Ainsi, ce modèle d'éducation et d'enseignement semble être moins privilégié en pratique que l'approche partenariale, mais rappelons aussi les difficultés organisationnelles mentionnés par les ergothérapeutes qui ne pouvaient pas réaliser ce type d'intervention qui sont une majorité de réponse et font figuration des limites à réaliser des actions en groupe mentionnées par Sylvie Meyer (70). En effet, dans les trois quarts des cas, lorsque les ergothérapeutes ne font pas ce type d'intervention, cela est dû à une impossibilité organisationnelle. Aussi, ce sont seulement les ergothérapeutes en école, libéral, SESSAD, classe d'intégration et centre hospitalier qui ont mené ce type d'intervention. Il demeure donc que ce type d'intervention peut faire partie de leur champ d'intervention mais se heurte à des contraintes pratiques.

La sensibilisation en classe par les ergothérapeutes n'apparait pas comme une intervention systématique. En effet, cette réponse n'a été rapportée qu'une seule fois. Dans la moitié des cas, c'est une proposition ou une initiative de l'ergothérapeute qui mène à la mise en place de ce type d'intervention. C'est aussi pour un quart des cas lorsque l'ergothérapeute relève que l'enfant fait face à une situation de crise au niveau psychosocial dans la classe. Ces dernières réponses impliquent que l'ergothérapeute se fait au moins une idée de ce que peut être une problématique psychosociale pour l'enfant. Formé depuis 2010 à l'éducation thérapeutique du patient (100), approche fondée sur les compétences psychosociales mises en avant par l'OMS (107, 108), l'ergothérapeute acquiert dans sa formation professionnelle la capacité à identifier ce type de compétences, et à proposer des actions en conséquence. Pour autant, seulement 1 ergothérapeute sur les 5 ayant répondu qu'ils intervenaient sur ces situations impliquant le

psychosocial mentionnent avoir eu de la pédagogie dans leur contenu de formation initiale. La formation du module de pédagogie n'est peut-être pas la seule qui entraine l'ergothérapeute en devenir à considérer et observer les compétences psychosociales de l'enfant. Il serait intéressant de repérer ce qui pousse les ergothérapeutes à s'intéresser à l'environnement « classe » de l'enfant et aux compétences psychosociales qu'il développe dans cet environnement ; et aussi d'évaluer à quels indicateurs correspond une « crise au niveau psychosocial dans la classe de l'enfant » selon les ergothérapeutes.

Enfin, pour ce qui est du choix de l'intervention par la sensibilisation en classe, dans le cas où elle répond au modèle éducatif de l'OTIPM, il serait intéressant de repérer suite à quels éléments elle est choisie dans la phase qui la précède, dite « d'évaluation et d'établissement des objectifs » (92). Ceci permettrait d'identifier réellement comment les ergothérapeutes considèrent la dimension psychoaffective de l'enfant dans leur évaluation.

4.2 Eléments de réponses à l'objet de recherche

Rappelons l'objet de recherche : ***Les effets de la sensibilisation en classe aux troubles des apprentissages par les ergothérapeutes sur la construction de la dimension psychoaffective de l'enfant présentant ces troubles.*** Pour répondre à la question de recherche, nous nous basons sur les avis de l'ergothérapeute sur l'intervention de sensibilisation qu'il met en place. La recherche a permis de mettre en exergue certains effets de la sensibilisation en classe.

D'une part, ils agissent sur l'environnement scolaire de l'enfant, sa classe et son équipe enseignante en favorisant une meilleure compréhension des difficultés qu'à l'enfant. Pour les professeurs et les camarades de classe, il en ressort la compréhension des difficultés et des troubles de l'enfant, la meilleure acceptation/intégration/tolérance de la différence et des aménagements pédagogiques, un regard différent sur le handicap. Les enseignants sont plus à même de s'approprier des adaptations pédagogiques. La classe déstigmatise l'enfant. L'enfant se sent soutenu, reconnu dans ses difficultés, et valorisé, il s'intègre mieux dans les relations amicales et sociales de sa classe à la suite des sensibilisations. Ces informations sont un soutien dans la construction de la dimension psychoaffective de l'enfant, et dans le développement de ses compétences psychosociales.

D'autre part, le changement de regard de l'environnement humain sur les difficultés de l'enfant a des répercussions directes sur ses facteurs personnels, à savoir certains aspects de sa dimension psychoaffective. Parmi les variables respectivement statistiquement corrélées

à l'intervention de sensibilisation en classe, on retrouve : -L'amélioration de la **confiance en soi** et les **relations sociales** en sont des effets bénéfiques. -L'amélioration **motivation externe** et le **sentiment d'efficacité** ou de performance en sont effets possibles. -L'acceptation du **sentiment de différence** et la **gestion des émotions** n'ont pas révélé par le calcul de corrélation. Cependant, ces deux facteurs n'ont obtenu aucune réponse mentionnant l'absence d'effets, mais seulement des effets bénéfiques ou possibles. -La diminution du **comportement oppositionnel** ne fait pas partie des effets. Ainsi, 7 facteurs sur les 10 étudiés parmi ceux motivationnels et psychoaffectifs repérés dans le cadre conceptuel peuvent être mis en lien avec l'intervention de sensibilisation par la simulation en classe pour la population des enfants ayant des troubles des apprentissages. Une corrélation statistique est apportée pour 4 facteurs disant leurs bénéfices ou leur effet possible, et 2 facteurs sont impliqués par des statistiques descriptives pour leurs effets bénéfiques ou possibles également. La population d'ergothérapeutes interrogés met donc en avant un lien entre l'action de sensibilisation par la simulation menée en ergothérapie et la dimension psychoaffective de l'enfant. Enfin, concernant plutôt l'intervention de sensibilisation comme action pédagogique, les ergothérapeutes la mettent en œuvre sans avoir forcément eu de cours sur la pédagogie dans leurs formations. Dans tous les cas, la compétence en pédagogie est développée. Ce sont les ergothérapeutes qui sont les plus à même de réaliser de la sensibilisation, mais c'est aussi la population la plus représentée sur le questionnaire donc il est difficile d'apporter des conclusions quant à l'implication de la structure avec la possibilité ou la volonté de faire de la sensibilisation en classe. Tous les facteurs n'ont pas pu être statistiquement corrélés mais leur implication a été relevée par les ergothérapeutes ayant répondu à l'étude.

La sensibilisation en classe est une intervention qui existe en ergothérapie et qui a des effets bénéfiques ou possibles sur certains aspects de la dimension psychoaffective de l'enfant avec troubles des apprentissages. Elle peut être mise en place par les ergothérapeutes indépendamment de leur structure d'exercice ou de la présence de pédagogie dans leurs formations, à leur initiative ou à la demande de l'équipe pédagogique.

4.3 Discussion des résultats, critique du dispositif de recherche

4.3.1 Limites méthodologiques

En prenant en compte la durée de diffusion du questionnaire (une semaine) et le nombre de réponses au dispositif de recherche (80 réponses), l'échantillon obtenu est satisfaisant. Cependant, l'analyse statistique concernant la corrélation des certaines variables n'a pas pu être menée à bien du fait d'un échantillon trop petit ne permettant pas l'application de la loi du

calcul du Khi 2 sauf pour la situation des effets de la sensibilisation sur la dimension psychoaffective de l'enfant. En effet, le Khi 2 peut être utilisé sur de petits échantillons mais ses effectifs attendus calculés théoriquement doivent être supérieurs ou égaux à 5 ce qui n'a pas permis dans les autres situations d'aller au bout des calculs.

Les conclusions effectuées concernent finalement une pratique de l'ergothérapie en France du fait de la répartition des ergothérapeutes selon leur pays d'exercice. Il n'est pas possible d'effectuer de comparaisons avec d'autres pays où l'ergothérapie est exercée.

Si on considère le nombre d'ergothérapeutes au 1er janvier 2020 (soit 13 644) et la répartition selon les modes d'exercice, avec 14.4 % exerçant en libéral ou mixte, soit 1910 ergothérapeutes. Alors, cette recherche a possiblement interrogé 3.9% de la population d'ergothérapeutes qui aurait pu être concernée par notre questionnaire. Cela en retirant les quelques 6 réponses d'ergothérapeutes exerçant dans d'autres pays (109).

Concernant le recueil des données, quelques biais sont présents concernant les réponses sachant que l'outil utilisé pour le questionnaire ne comportait pas la modalité permettant de rendre toutes les questions obligatoires, il y a de temps en temps quelques ergothérapeutes qui ont sauté des questions, cela peut ressortir dans certaines réponses où l'effectif total est inférieur à 80 ou à 21 lorsque la population étudiée était les 21 ergothérapeutes ayant déjà fait de la sensibilisation par simulation en classe.

Une autre méthodologie aurait pu être adoptée comme une méthodologie clinique afin d'obtenir des réponses directes par l'entourage des enfants, et non pas seulement par l'intermédiaire des ergothérapeutes. Bien que les données récoltées sur des « effets » puissent être considérées comme irréductiblement qualitatives, il est possible et justifié d'en extraire des résultats (110).

Analyser les résultats aurait pu impliquer d'autres professionnels issus des autres disciplines convoquées par le champ disciplinaire, plutôt que seulement l'étudiant en ergothérapie. Aussi, l'intérêt perçu ne dépend que de l'observation faite par les ergothérapeutes interrogés et ayant déjà réalisé ce type d'intervention.

L'intervention de sensibilisation en elle-même menée par les ergothérapeutes n'a pas été questionnée dans l'enquête, et donc n'a pas été décrite. Ainsi, il est difficile d'extraire des implications théoriques à ce sujet uniquement. Les objectifs de l'ergothérapeute quant à la mise en place de ce type d'intervention manquent d'avoir être interrogés. Ils auraient pu être comparés aux réponses sur les effets, ce qui permettrait de définir des objectifs ergothérapiques

et de justifier de la sensibilisation dans la pratique comme moyen ou non de répondre aux objectifs en ergothérapie. Par exemple, les ergothérapeutes auraient pu être questionnés sur « A quels objectifs en ergothérapie répond l'intervention de sensibilisation en classe ? ».

4.3.2 Limites théoriques

Certains éléments qui ont été relevés par l'étude n'ont pas été considérés dans la construction du cadre conceptuel. Concernant la dimension psychoaffective telle qu'elle a été définie, celle-ci ne trouve encore dans le cadre conceptuel pas de consensus entre les différents champs disciplinaires malgré qu'ils s'emploient à employer des expressions parfois similaires. L'implication des différents facteurs et leurs interactions n'est pas explicitement décrite. Notamment, on relève l'environnement humain comme objet de question du dispositif de recherche sans qu'il soit explicité par le cadre conceptuel. Aussi, le concept de sensibilisation peut manquer d'explicitation quant à ses enjeux, l'approche dans laquelle il est employé, et ici, l'environnement « classe d'école » dans lequel il est mis en place. Le champ de compétences de l'ergothérapeute aurait aussi pu être relevé pour justifier de ce type d'intervention dans sa pratique ou celle d'autres professionnels si cela existe. Eléments de réponse à la problématique pratique. Les concepts étant issus de champs disciplinaires autres que l'ergothérapie comme la psychologie, la psychanalyse, la pédagogie, la santé publique et la psychiatrie, il aurait été intéressant d'associer à la recherche un autre chercheur ou une équipe afin d'expliciter au mieux les concepts mais également de vérifier la formulation des questions et des réponses. Une recherche sur les concepts supplémentaires pourra être effectuée.

De plus, en lien avec les concepts présentés dans le cadre conceptuel, les questions ne traitent pas de tous les concepts et indicateurs évoqués, notamment ceux de la sensibilisation et de la simulation. Le questionnaire aurait pu interroger des variables complémentaires comme : les objectifs en ergothérapie d'une intervention de sensibilisation par la simulation en classe, les corrélations avec les effets exprimés sur la dimension psychoaffective (est-ce réellement cette dimension de l'enfant qui est visée en premier lieu par cette intervention ?), les raisons pour intervenir auprès de l'environnement, les modèles et approches qui sous-tendent cette pratique pour les ergothérapeutes, la place de la sensibilisation dans les compétences/rôles/missions des ergothérapeutes et leur considération vis-à-vis de cela, la place de ce type de dispositif dans la dynamique et politique actuelle de « l'école inclusive ».

4.4 Apports, limites et intérêts pour la pratique professionnelle

Notre étude montre que l'ergothérapeute peut par la sensibilisation en classe intervenir sur la dimension psychoaffective et que c'est une dimension de la personne qui peut voire devrait être prise en compte dans la pratique. Elle sous-tend énormément le concept de motivation qui est central en ergothérapie. Intervenir en sensibilisation en classe paraît être encore un champ de pratique peu exploré, mais possible. Il serait intéressant de convenir d'un consensus quant à la mise en œuvre de ce type d'intervention. Dans les textes, les professionnels paramédicaux sont présents pour sensibiliser la famille et l'enseignant, mais aucune recommandation n'est faite quant à la sensibilisation en classe. La généralisation de cette intervention est à questionner. A quel point ses effets sont-ils importants ? sont-ils plus efficaces que d'autres dispositifs ? et donc, dans quelle mesure faudrait-il ou non généraliser cette pratique en ergothérapie pédiatrique auprès des troubles des apprentissages ?

La prévention en ergothérapie, avec l'ergothérapeute ayant pour rôle d'éduquer, de sensibiliser, de conseiller émerge depuis 2010, avec l'ajout de la compétence 5 : « conduire une démarche d'éducation à la santé » dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute. Pourrait-elle être reconnue dans les actes CSARR en pédiatrie ?

4.5 Transférabilité et propositions pour la pratique professionnelle

Se questionner sur la sensibilisation en classe en ergothérapie permet aussi de conceptualiser et d'inscrire dans une étude ce champ d'intervention, de le rendre visible. Il serait notamment intéressant de faire connaître cette pratique dans la dynamique politique actuelle de l'école inclusive. Cette intervention amène une autre perspective de l'intervention en classe où l'ergothérapeute intervient pour l'élève au travers de sa classe, non seulement en restant assis à côté de lui pendant une séance, mais aussi en impliquant la compréhension de sa situation par les autres élèves de sa classe. Aussi, cela permet à l'ergothérapeute d'interagir avec une nouvelle modalité auprès de l'environnement humain de l'enfant, sans seulement le considérer d'un œil extérieur, et en promouvant l'ergothérapie, les connaissances sur les situations de handicap et sur sa propre pratique professionnelle. Cela peut favoriser la collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels exerçant dans l'établissement scolaire (éducatifs, pédagogiques, médicaux, paramédicaux, administratifs ...).

Cette modalité d'intervention pourrait être plus connue et reconnue dans les années à venir ; Elle permettrait alors d'exercer en lien avec les établissements scolaires, pouvoir proposer ce type d'intervention pour des enfants suivis en ergothérapie mais aussi lorsqu'ils ne sont pas

suivis, car rappelons qu'il y a dans une classe de milieu ordinaire, en moyenne, 2 à 4 élèves ont besoin d'un suivi pour un trouble spécifique du langage ou d'apprentissage (TSLA). Un déroulé pédagogique avec un kit de simulation pourrait être construit afin de soutenir la pratique des ergothérapeutes souhaitant mettre en place ce type d'intervention. Une formation associée à l'utilisation de cet outil pourrait être mise en place pour les ergothérapeutes et autres professionnels qui collaboreraient avec l'ergothérapeute. La diffusion des résultats de cette recherche pourrait amener d'autres recherches plutôt cliniques à être mises en place afin d'évaluer l'efficience de cette pratique, qui pourrait être projetée comme un dispositif de prévention à inscrire au programme de l'Education Nationale. Cela permettrait d'impliquer des ergothérapeutes dans la participation aux actions de sensibilisation au handicap dans les écoles ; ou encore mettre en avant les enfants avec des troubles des apprentissages durant la semaine de persévérance scolaire, thématique importée du Canada en France depuis 2015.

Pour ce qui est de la dimension psychoaffective, une réflexion sur la conscientisation de sa prise en compte dans la pratique pourrait être menée. Pour cela, une grille d'évaluation de la dimension psychoaffective de l'enfant présentant des TA pourrait être construite, et étudiée afin d'en identifier la validité et d'apporter un nouvel outil d'évaluation. En supplément des formations qui existent déjà sur la psychologie et psychopathologie de l'adolescent, une formation spécifique aux ergothérapeutes concernant les troubles des apprentissages en pédiatrie pourrait émerger avec comme contenu un apport croisant la psychologie et la pédagogie pour favoriser les apprentissages et la construction de la dimension psychoaffective chez ces enfants malgré leurs troubles. Des cours avec cette visée pourraient aussi être intégrés directement dans la formation des étudiants en ergothérapie qui bénéficient, pour la pédiatrie, d'une approche beaucoup plus centrée sur la technicité et les aménagements, même si certains cours de psychologie adolescente sont présents dans le cursus, ils appartiennent au domaine de la pédopsychiatrie plutôt que de la pédiatrie alors que l'aspect psychoaffectif est présent en pédiatrie forcément impliquer de la psychiatrie. Enfin, dans le contexte actuel de crise sanitaire, beaucoup d'enfants vont vivre des difficultés d'apprentissage sans que ce soient des troubles diagnostiqués, y être sensible c'est aussi pour les enseignants une déculpabilisation de leur échec et la possibilité de développer de l'inventivité dans les dispositifs pédagogiques proposés, en utilisant ceux pour les TA, et avec l'aide de l'ergothérapeute.

4.6 Perspectives de recherche

Pour pouvoir exprimer des résultats généralisables sur cette intervention, une population avec un effectif plus important peut être interrogée. Aussi, les résultats sur les effets d'une telle intervention pourraient être recueillis non pas uniquement des ergothérapeutes, mais auprès des environnements humains concernés : les élèves de la classe, les professeurs, l'enfant suivi en ergothérapie, et même les parents, qui peuvent évaluer les répercussions sur leur enfant de façon parfois plus objective que les enfants eux-mêmes selon la relation qu'ils entretiennent. Aussi, à la suite de ces interventions, une évaluation de l'évolution de la conception de l'ergothérapie par les personnes bénéficiant de cette sensibilisation serait intéressante pour évaluer la pertinence de l'intervention dans la reconnaissance des compétences professionnelles de l'ergothérapeute.

Comme il a été mentionné un croisement de discipline, il peut être recherché quels professionnels autres que l'ergothérapeute pourraient participer ou participent déjà à ce type d'intervention ; comment générer une collaboration entre ces professionnels. La dimension psychoaffective aurait plus tendance à être affectée au psychologue. Ainsi, la façon dont collaborent ergothérapeutes et psychologues pourrait être étudiée : quelles informations échangent-ils ? sur quels paradigmes leurs pratique peut-elle se croiser ? à quelles occasions peuvent-ils collaborer ? quels sont les structures qui favorisent cette collaboration ?

Bibliographie

Bibliographie de l'introduction

1. Gardner, Howard, et Phillip Evans-Clark. Les intelligences multiples : la théorie qui bouleverse nos idées reçues, 2018. Consulté le 20 avril 2020.
2. ffdys_2019. « Journée Nationale des DYS Marseille ». Fédération Française des DYS (blog), 18 juillet 2019. Consulté le 12 mars 2020. https://www.ffdys.com/events/journee-nationale-des-dys-2019-a-marseille.
3. Enfant Différent | enfance & handicap informations & ressources. « Se faire accompagner par un ergothérapeute », 15 avril 2020. Consulté le 7 avril 2020. http://www.enfant-different.org/methodes-et-approches-reeducatives/ergotherapeute.
4. Inserm - La science pour la santé. « Troubles spécifiques des apprentissages ». Consulté le 24 février 2020. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages.
5. Onisep. « La scolarisation en milieu ordinaire ». Consulté le 24 février 2020. http://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Les-parcours-de-scolarite/Modes-de-scolarisation/La-scolarisation-en-milieu-ordinaire.
6. « Scolarisation en milieu scolaire ordinaire des élèves en situation de handicap ». Consulté le 7 avril 2020. http://www.ih2ef.education.fr/?id=79&a=71&cHash=2357aeb82d.
7. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. « Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ». Consulté le 24 février 2020. https://www.education.gouv.fr/le-socle-commun-de-connaissances-de-competences-et-de-culture-12512.
8. Meilleur, Catherine. « La motivation : moteur d'engagement en apprentissage | KnowledgeOne », 3 octobre 2019. Consulté le 20 avril 2020. https://knowledgeone.ca/la-motivation-moteur-dengagement-en-apprentissage/?lang=fr.
9. Meyer, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck : Solal, 2013.Consulté le 12 juin 2020. Consulté le 10 juin 2020.
10. WFOT. « Déclaration de position : La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client ». Traduction faite par : Shinna Mehanneche, Déléguée WFOT de l'ANFE, France Karelle Bois, Déléguée suppléante WFOT de l'ANFE, France, janvier 2011, 2. Consulté le 12 juin 2020.

11. Lucie. « Outil informatique et ergothérapie », 28 mars 2017. https://lucie-sergeraert-ergo.fr/non-classe/outil-informatique-ergotherapie/. Consulté le 7 juin 2020.
12. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. « Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute ». 05/07/2010. Consulté le 5 février 2020. https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf.
13. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. « Parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages », CNNSE, 2013, 27. Consulté le 24 février 2020.
14. Haute Autorité de Santé. « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ». Consulté le 3 mars 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages.
15. Inserm - La science pour la santé. « Troubles spécifiques des apprentissages ». Consulté le 24 février 2020. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages
16. « Devenir AESH : Accompagner le handicap en milieu scolaire ». Consulté le 24 février 2020. https://1901-formation.fr/devenir-aesh-accompagner-le-handicap-en-milieu-scolaire/.
17. Ministère de l'Education nationale et de la Jeunesse. « Pour une rentrée pleinement inclusive en 2019 ». Consulté le 24 février 2020. http://www.education.gouv.fr/pour-une-rentree-pleinement-inclusive-en-2019-11405.
18. « Le service public de l'École inclusive - Pour une école inclusive - Éduscol ». Consulté le 24 février 2020. https://eduscol.education.fr/cid142655/pour-une-ecole-inclusive.html.
19. Assemblée Nationale. « N° 1970 - Proposition de loi de M. Jean-Carles Grelier visant à une meilleure inclusion et prise en charge des troubles Dys », 22 mai 2019. Consulté le 24 février 2020. http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion1970.asp#P25_3029.
20. « La prise en charge en ergothérapie - Page 3 ». Consulté le 24 février 2020. https://www.b-paramedical.fr/articles/ergotherapie/11-pratiques-professionnelles/12-lintervention-en-ergotherapie.html?start=2.

21. « Ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologues … bientôt pris en charge – Fédération Française des DYS ». Consulté le 24 février 2020. https://www.ffdys.com/actualites/ergotherapeutes-psychomotriciens-neuropsychologues-bientot-pris-en-charge.htm.
22. « Budget 2020 de l'état : un milliard supplémentaire pour l'éducation nationale - VousNousIls ». Consulté le 24 février 2020. https://www.vousnousils.fr/2019/07/18/budget-2020-de-letat-un-milliard-supplementaire-pour-leducation-nationale-623910.
23. « Emploi des Dys : un guide pour réussir son insertion - Onisep ». Consulté le 24 février 2020. http://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarite/Par-situation-de-handicap/Scolarite-et-troubles-specifiques-des-apprentissages/Emploi-des-Dys-un-guide-pour-reussir-son-insertion.
24. « Faire ses devoirs : quel accompagnement ? » Consulté le 24 février 2020. https://www.reseau-canope.fr/notice/faire-ses-devoirs-quel-accompagnement.html.
25. République Française. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Pub. L. No. Article 2. Art. L. 114, Chapitre IV, 2005-102 (2005). Consulté le 5 juin 2020.
26. Ergothérapie de la maison à l'école. « Clinique privée d'ergothérapie pour enfants | L'ergothérapie de la maison à l'école ». EDME.org L'ergothérapie de la maison à l'école. Consulté le 24 février 2020. https://edme.org/qui.php.
27. Ferrand, Isabelle, membre du HCSP. « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant Un problème de santé publique ? », Editorial, n° 26 (mars 1999): 1. Consulté le 24 février 2020.
28. Aix-Marseille Université. « Ressources électroniques de A à Z », s. d. Consulté le 10 juin 2020. https://bu.univ-amu.libguides.com/az.php.
29. Médecin Générale Travaux de Fin d'étude, MGTFE, Marc Vanmeerbeek, Jean-Baptiste Lafontaine, et François Felgueroso-Bueno. « 8.1. Le plan IMRaD (IMReD) – MG TFE ». *Le travail de fin d'études (TFE) en médecine générale* (blog). Consulté le 13 juin 2020. http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/8-plan-de-redaction-du-tfe/8-1-le-plan-imrad-imred/.

Bibliographie de la revue de littérature

Première sous-thématique

30. Leonova, Tamara, et Gaëlle Grilo. « La faible estime de soi des élèves dyslexiques : mythe ou réalité ? » *L'Annee psychologique* Vol. 109, nº 3 (2009): 431-62. Consulté le 10 avril 2020.
31. « Self-efficacy in undergraduate students with dyslexia: a mixed methods investigation - Stagg - 2018 - British Journal of Special Education - Wiley Online Library ». Consulté le 8 avril 2020. https://onlinelibrary-wiley-com.lama.univ-amu.fr/doi/10.1111/1467-8578.12200.
32. S. Nikolopoulos, Dimitris, et Kalliopi Chatira. « Psychic Pain in Chronic School Failure/Learning Disabilities: Evidence from a Projective Technique ». *The Open Pain Journal* 7, nº 1 (24 novembre 2014). Consulté le 25 avril 2020. https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOPAINJ-7-67.
33. Cambier, Océane, et Mathilde Lemoine. « L'impact de la menace du stéréotype chez les élèves dyslexiques de l'enseignement ordinaire et spécialisé : liens entre la menace du stéréotype et les facteurs internes et externes à l'élève », 2016. Consulté le 12 avril 2020
34. Soriano-Ferrer, M. and Morte-Soriano, M., 2020. *Teacher Perceptions Of Reading Motivation In Children With Developmental Dyslexia And Average Readers*. 1st ed. Valencia: Procedia - Social and Behavioral Sciences, pp.1-7. Consulté le 8 avril 2020.
35. Palandre, Audrey Mazur. « L'étudiant dyslexique présente-t-il encore des difficultés de production textuelle à l'écrit ? » *Enfance* N° 2, nº 2 (16 juillet 2019): 241-63.
36. Huau, Andréa, Marianne Jover, et Jean-Yves Roussey. « Difficultés associées et scolarisation des enfants dyslexiques ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* N° 77, nº 1 (22 mai 2017): 169-81. Consulté le 8 mai 2020.
37. « Refus scolaire et absentéisme à l'adolescence - EM|consulte ». Consulté le 8 juin 2020. https://www.em-consulte.com/en/article/1241863.
38. Soares-Boucaud, I. « Dyslexie, illettrisme et délinquance des mineurs ». *//www.em-premium.com/data/traites/pps/37-86642/*, 2 novembre 2017. Consulté le 28 avril 2020. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1167462/resultatrecherche/1.
39. Billard, C., J. Fluss, B. Ducot, J. Warszawski, J. Ecalle, A. Magnan, G. Richard, et J. Ziegler. « Étude des facteurs liés aux difficultés d'apprentissage de la lecture. À partir d'un échantillon de 1062 enfants de seconde année d'école élémentaire ». *//www.em-*

premium.com/data/revues/0929693X/00150006/08001371/, 12 juin 2008. Consulté le 12 avril 2020 https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/168802.

40. « Interprétation du dépistage sensoriel dans les troubles des apprentissages ? - EM Premium ». Consulté le 12 avril 2020. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/779208/alertePM
41. Kormos, Judit, et Kata Csizér « Une comparaison de la motivation d'apprentissage des langues étrangères des étudiants hongrois dyslexiques et non dyslexiques - Kormos - 2010 - International Journal of Applied Linguistics - Wiley Online Library ». Consulté le 7 juin 2020. https://onlinelibrary-wiley-com.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1111/j.1473-4192.2009.00247.x.

Deuxième sous-thématique

42. Genet, Caroline, et Élisabeth Huillet. « Entre le tout dys, et le tout psy, la vérité est ailleurs ». *Le Journal des psychologues* n° 315, nº 2 (13 mars 2014): 69-75. Consulté le 8 mai 2020.
43. Brun, Anne, et Frédérik Guinard. « Une approche psychodynamique des troubles spécifiques des apprentissages ». *Nouvelle revue de psychosociologie* N° 20, nº 2 (4 novembre 2015): 77-96. Consulté le 8 mai 2020.
44. Franceschini-Mandel, A., J. Brunelle, S. Soriano, N. Bodeau, F. Frénet, J. Dubois, E. Delaporte, et al. « Quelle place pour une école dans un hôpital dans le cadre de soins associés au décrochage scolaire ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 66, nº 1 (1 janvier 2018): 22-30. Consulté le 8 mai 2020. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.05.001.
45. Combret, R. « Les effets de la ritaline sur les plans du comportement et du fonctionnement mental chez l'enfant hyperactif ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Neuropsychologie, 58, nº 5 (1 août 2010): 298-305. Consulté le 8 mai 2020. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.11.005.
46. Poulossier, Maël. « Ergothérapie et trouble « DYS », Un accompagnement global au service de l'estime de soi », 13 juin 2019, 99. Consulté le 12 juin 2020.
47. Copley, Jodey, Alison Nelson, Merill Turpin, Katherine Underwood, et Kerry Flangian. « Facteurs influençant les interventions des thérapeutes auprès des enfants ayant des difficultés d'apprentissage ». 1 avril 2008, Journal canadien d'ergothérapie, Volume 75, numéro 2. Consulté le 12 juin 2020.

48. « Ergothérapie et petite enfance ». In *Contraste 2017/1 (N° 45)*, ERES., 368. Consulté le 13 juin 2020. https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1.htm.
49. « Scolarisation d'élèves en situation de handicap : conceptions et pratiques d'une enseignante "ordinaire" et d'une enseignante spécialisée | Cairn.info ». Consulté le 13 juin 2020. https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2017-4-page-111.htm.
50. « Travail interprofessionnel et adaptations pédagogiques : qu'en est-il de l'accompagnement des enfants avec un trouble développemental de la coordination (TDC) ? - ScienceDirect ». Consulté le 18 avril 2020. https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0222961718301144.
51. Bergstresser, Melody B. « Teaching Students with Dyslexia Using the Flipped Classroom Method ». Ed.D., 2018. Consulté le 20 avril 2020. https://search.proquest.com/docview/2016700416/abstract/CE4D7A993A57466EPQ/1
52. Vasalou, Asimina, Rilla Khaled, Wayne Holmes, et Daniel Gooch. « Digital Games-Based Learning for Children with Dyslexia: A Social Constructivist Perspective on Engagement and Learning during Group Game-Play ». *Computers & Education* 114 (1 novembre 2017): 175-92. Consulté le 8 mai 2020. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2017.06.009.
53. Marchal, Florence. « Quelle prise en charge pour des enfants ayant des troubles du geste ? » *Revue de neuropsychologie* Volume 8, nº 2 (5 juillet 2016): 93-98. Consulté le 12 juin 2020.
54. Ziolkowski, Robyn A., et Kimberly D. McDowell. « Effectiveness of a Collaborative, Multi-Component Intervention for Adolescent Students with Severe Reading Disabilities ». *The Open Communication Journal* 9, nº 1 (26 février 2015). https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOCOMMJ-9-44. Consulté le 12 avril 2020.
55. Pegourie, P., et C. Miguet. « 727 Approche proprioceptive de la dyslexie. Essai d'analyse objective de nos résultats après 24 mois de consultation oculo-posturale ». *Journal Français d'Ophtalmologie* 30 (1 avril 2007): 2S356. Consulté le 12 avril 2020. https://doi.org/10.1016/S0181-5512(07)80540-7.
56. Billard, Catherine, et Frédérique Barbe. « Un programme progressif de prise en charge des troubles des apprentissages : l'expérience pilote Paris Santé Réussite ». *Enfances Psy* N° 71, nº 3 (24 novembre 2016): 122-37. Consulté le 12 avril 2020.

57. « Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages | Cairn.info ». Consulté le 8juin 2020. https://www.cairn.info/revue-developpements-2010-3-page-43.htm.
58. Guillermin, Anne-Laure, et Sophie Leveque-Dupin. « Comment l'ordinateur peut-il devenir un outil de compensation efficace de la dysgraphie pour la scolarité ? » *Developpements* n° 12, nº 3 (2012): 25-31. Consulté le 8 juin 2020 https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-developpements-2012-3-page-25.htm

Synthèse

59. Launois, Murielle. « Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles en ergothérapie ». Consulté le 13 juin 2020. http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html.
60. MOREL-BRACQ M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, Marseille : Edition Solal (2017) : 174 (collection ergothérapies). Consulté le 13 juin 2020.
61. LAW, M. et al.. La mesure canadienne du rendement occupationnel. 4ème édition, Ottawa : COAT Publications ACE (2011) : 67. Consulté le 13 juin 2020.

Bibliographie du cadre conceptuel et de la discussion

62. Gatto, Franck, et Jean Ravestein. *Le mémoire: penser, écrire, soutenir, réussir*. Montpellier: Sauramps médical, 2008. Consulté le 22 février 2021.
63. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (1), 2018-493 (2018). Consulté le 25 octobre 2020.
64. Vie publique.fr. « Covid-19 : un 2e confinement national à compter du 29 octobre minuit ». Consulté le 20 décembre 2020. https://www.vie-publique.fr/en-bref/276947-covid-19-un-2e-confinement-national-compter-du-29-octobre-minuit.
65. Blanchet A., Gotman A. « L'enquête et ses méthodes - L'entretien. » Paris: Armand
66. Colin (2007). Consulté le 18 novembre 2020.
67. CEDIP. « Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information », avril 2014, Les Fiches En Ligne, La lettre du CEDIP édition. Consulté le 12 octobre 2020.
68. Fallery, Bernard, et Florence Rodhain. « Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. » In *XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS*, pp 1-16. Montréal,

Canada: AIMS, 2007. Consulté le 20 janvier 2021. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448.

69. Haccoun, Robert R, et Denis Cousineau. *Statistiques: concepts et applications*. Montréal, Qué.: Presses de l'Université de Montréal, 2014. Consulté le 13 janvier 2021.http://www.library.yorku.ca/e/resolver/id/2535469.
70. Bardin, Laurence. « L'analyse de contenu ». 3rd ed. Quadrige , editor. Paris: Quadrige Manuels; 2017. Consulté le 20 décembre 2020.
71. Meyer, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck : Solal, 2013. Consulté le 20 avril 2021.
72. Samier, Rémi, et Sylvie Jacques. *Neuropsychologie et stratégies d'apprentissage*, 2019. Consulté le 20 avril 2021.
73. Arnsten, Susan M. « Intrinsic Motivation ». *American Journal of Occupational Therapy* 44, nº 5 (1 mai 1990): 462-63. Consulté le 2 mai 2021. https://doi.org/10.5014/ajot.44.5.462.
74. Mazelin Salvi, Flavia. « Psychologies- Renforcer sa confiance en soi. », mai 2021. Consulté le 2 mai 2021.
75. « Zorgpad ADHD ». Examen psychoaffectif : Trajets de soins TDAH. Consulté le 18 mai 2021. https://www.adhd-traject.be/fr/page/examen-psycho-affectif.
76. « Évaluation psychoaffective « CENSS – Clinique d'évaluation neuropsychologique et de services spécialisés ». Consulté le 2 mai 2021. https://www.cliniquecenss.ca/services/evaluation-psychoaffective/.
77. Mélody Darré. « Les Bilans neuropsychologiques, psycho-affectifs ou psycho-éducatifs ». Consulté le 2 mai 2021. https://www.neuropsy-enfant-ado.fr/bilans-neuropsychologiques-psycho-affectif-ou-psycho-educatif/.
78. RIRE. « La motivation scolaire ». Consulté le 2 mai 2021. http://rire.ctreq.qc.ca/la-motivation-scolaire-version-integrale/.
79. Leloup, Stéphanie. « La motivation : critère d'évaluation de la performance scolaire ? » *Formation Emploi* 72, nº 1 (2000): 35-47. https://doi.org/10.3406/forem.2000.2390.
80. Ntamakiliro, Ladislas, Isabelle Monnard, et Jean-Luc Gurtner. « Mesure de la motivation scolaire des adolescents : construction et validation de trois échelles complémentaires ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, nº 29/4 (15 décembre 2000). Consulté le 15 avril 2021.https://doi.org/10.4000/osp.5788.

81. Bailly, Daniel, et Brigitte Chabrol. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2020. Consulté le 2 mai 2021. Chapitre 27. Page 421.
82. « La Handi'Mallette© | LADAPT ». Consulté le 14 avril 2021. https://www.ladapt.net/la-handimallettec.
83. « La Handi'Mallette© | LADAPT ». Consulté le 14 avril 2021. https://www.ladapt.net/la-handimallettec.
84. « Différents et alors ? Des outils pour sensibiliser - HOPTOYS ». Consulté le 18 mai 2021. Consulté le 14 avril 2021. https://www.hoptoys.fr/differents-et-alors-des-outils-pour-sensibiliser-c-4291.html.
85. « Sensibilisation au handicap - Handicap et inclusion scolaire ». Consulté le 18 mai 2021. Consulté le 14 avril 2021. https://kitpedagogique.onisep.fr/handicap/Activites-en-classe/Sensibilisation-au-handicap.
86. « Sensibilisation à la diversité | ECOLE INCLUSIVE - coopérer pour scolariser ». Consulté le 14 avril 2021. https://ecole-inclusive.web.ac-grenoble.fr/article/sensibilisation-la-diversite.
87. « Ressources pour animer une séance de sensibilisation au handicap | éduscol | Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports - Direction générale de l'enseignement scolaire ». Consulté le 14 avril 2021. https://eduscol.education.fr/1262/ressources-pour-animer-une-seance-de-sensibilisation-au-handicap.
88. « Education - Sensibilisation au handicap. L'école d'ergothérapie en démonstration à Marquette ». Consulté le 14 avril 2021. https://www.estrepublicain.fr/meurthe-et-moselle/2013/09/27/l-ecole-d-ergotherapie-en-demonstration-a-marquette.
89. « Sensibilisation au handicap sur AMU ». Consulté le 14 avril 2021. https://www.oeme-ergotherapie.org/post/sensibilisation-au-handicap-sur-amu.
90. Assude, Teresa, et Michel Calmet. « « Handicaps simulés » : un outil de formation ». *Les Sciences de l'education - Pour l'Ere nouvelle* Vol. 47, nº 1 (13 mai 2014): 11-36. Consulté le 14 avril 2021.
91. Krupa, Terry. *L'Action contre l'inertie: répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*, 2011. Consulté le 15 décembre 2021.
92. Meyer, Sylvie. *Le processus de l'ergothérapie*. EESP. Suisse, Lausanne, 1990. Consulté le 15 mai 2021.

https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_07_Le_processus_de_l_ergotherapie.pdf.

93. Fisher, Anne G. *OTIPM: occupational therapy intervention process model: prozessmodell ergotherapeutischer Intervention: ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Traduit par Barbara Dehnhardt. 2., geringfügig überarbeitete Auflage. Spektrum Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 2018. Consulté le 12 mai 2021.
94. Faure, Hélène, et Cécilia GALBIATI. « Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants ». *ANFE*, décembre 2019, 32. Consulté le 12 mai 2021.
95. Haute Autorité de Santé. « Simulation en santé ». Consulté le 16 avril 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante.
96. « Formules pédagogiques : La simulation - apcpedagogie ». Consulté le 16 avril 2021. https://apcpedagogie.com/formules-pedagogiques-la-simulation/.
97. Bédard, Denis, Mariane Frenay, Jacynthe Turgeon, et Léopold Paquay. « Les fondements des dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : les perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques ». *Res Academica* 18 (1 janvier 2000): 21-46. Consulté le 16 avril 2021.
98. Croguennec, Y, et M Jaffrelot. « Les techniques de simulation pour aider à apprendre », 2011, 6. Consulté le 16 avril 2021.
99. apcpedagogie. « Formules pédagogiques : La simulation », 24 octobre 2017. Consulté le 16 avril 2021. https://apcpedagogie.com/formules-pedagogiques-la-simulation/
100. Policard, Florence. « Facilitation et simulation clinique : modalités de l'activité de guidage dans la situation simulée chez les formateurs en soins infirmiers ». Activités, no 15-2 (15 octobre 2018). https://doi.org/10.4000/activites.3366. Consulté le 16 avril 2021.
101. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. « Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute ». 05/07/2010. Consulté le 5 février 2020. https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf.
102. Blanchet A., Gotman A. « *L'enquête et ses méthodes - L'entretien.* » Paris: Armand Colin (2007). Consulté le 3 novembre 2021.

103.Eymard C. « La problématisation méthodologique dans la formation à la recherche », in *Les cahiers de la recherche en éducation*, vol. 7, n°2, Edition du CRP, 2000. Consulté le 12 mai 2021.

104.MyFeelBack : Transformez le feedback client en source de business. « 8 erreurs à ne pas faire dans un questionnaire client ». Consulté le 12 avril 2021. http://www.myfeelback.com/fr/blog/erreurs-a-ne-pas-faire-questionnaire-client.

105.Combessie, Jean-Claude. « III. Le questionnaire ». *Reperes* 5e éd. (2007): 33-44. Consulté le 12 avril 2021.

106.Demeuse, Marc. « Introduction aux théories et aux méthodes de la mesure en sciences psychologiques et en sciences de l'éducation ». Institut d'Administration scolaire (INAS), Université de Mons-Hainaut (BE) Institut de Recherche sur l'Education (IREDU), Université de Bourgogne (FR), janvier 2004. Consulté le 16 avril 2021. https://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/racine.pdf

107.Bellenger, Lionel, et Marie-Josée Couchaere. *Les techniques de questionnement: tout sur l'art de questionner*, 2018. Consulté le 15 avril 2021. http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782710134121.

108.« Académie de Paris - Les compétences psychosociales ». Consulté le 2 mai 2021. https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_754391/les-competences-psychosociales.

109.« Compétences psychosociales et éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1 : une revue de littérature | Cairn.info ». Consulté le 2 mai 2021. https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-763.htm.

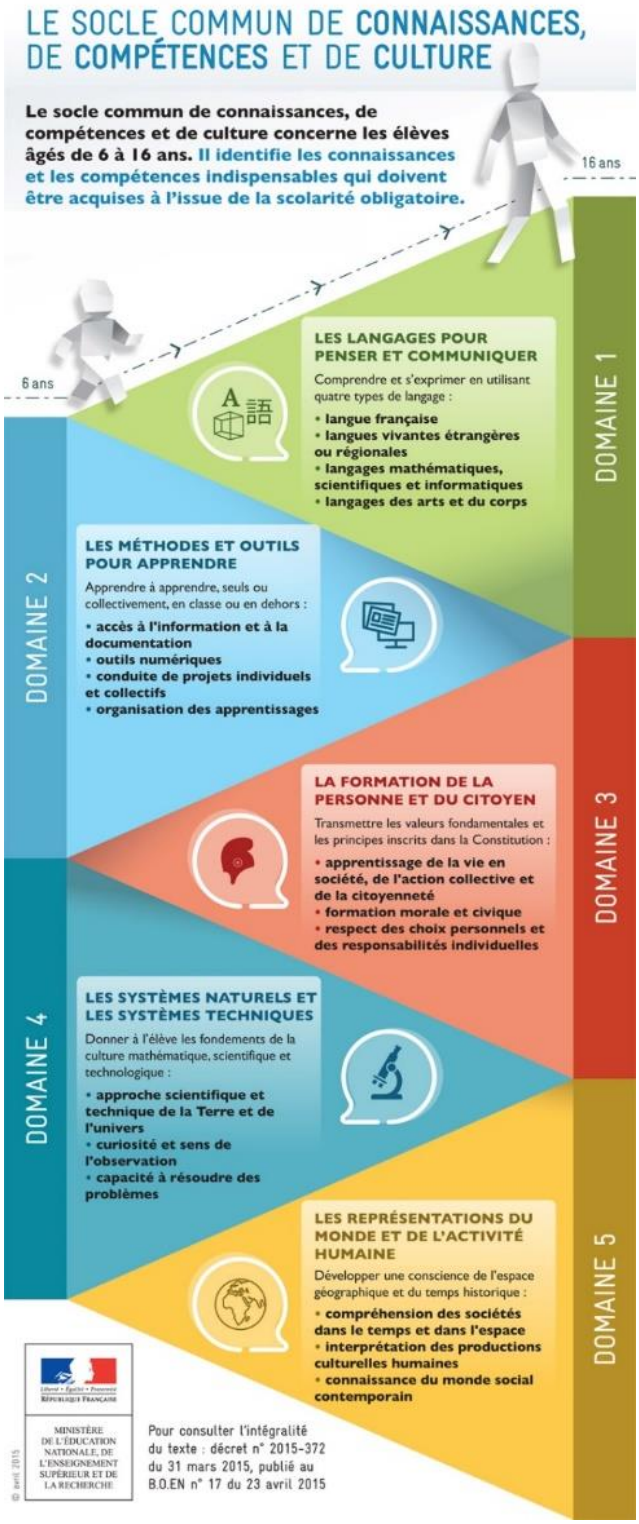
110.« Ergothérapeute : chiffres clés | STAFFSANTÉ ». Consulté le 10 mai 2021. https://www.staffsante.fr/contenu/ergotherapeute-chiffres-cles/.

111.« Tout peut-il être mesuré ? : L'échelle de comparaison par paires | Cairn.info ». Consulté le 12 mai 2021. https://www.cairn.info/manuel-d-etudes-pratiques-de-psychologie--9782130442370-page-233.htm?contenu=resume

Annexes

Annexe 1 : Socle commun des compétences, France

D'après le Décret n°2015-372 du 31 mars 2015.



Annexe 2 : Tableau des bases de données en fonction des champs disciplinaires

Base de données choisie	*Champ disciplinaire correspondant*
Bentham, DOAJ, Cochrane, PubMed, Science Direct, Clinical Key (ex-EmPremium), EDP Sciences, HAL	**Médecine, Sciences**
BDSP (n'est plus active depuis février 2020)	**Santé publique**
Carin, Isidore, Bentham, DOAJ	**Sociologie**
DOAJ	**Education**
OTDB (pas d'abonnement)	**Ergothérapie**

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des bases de données exhaustives

Total	**Base de données**	***Texte***	***Titre***	***Résumé***
785	Bentham Open	785	-	-
123	Cairn	119	0	1
427	Cochrane Revews	427	13	4
356	Cochrane Trials	500	0	221
30	Clinical Key	30		
480	DOAJ	34 (education)		
1393	Em Premium (fr)	1024	300	69
198	Em Premieum (eng)	189	3	6
13	EDP Science	13	?	?
2	HAL	0	2	0
971	Isidore	37	1	-
1	Open aire	-	1	-
14	Proquest	1	-	-
126	Science Direct	126	-	-
94 428	Wiley Online Library	27	67	-
628	Summon AMU	628	4	64
38 500	Google Scholar			
138475	TOTAL	3939	390	365

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des bases de données explorées

Total	**Base de données**	***Texte***	***Titre***	***Résumé***	**Articles retenus**
785	Bentham Open	785	-	-	2
123	Cairn	119	0	1	9
30	Clinical Key	30	-	-	2
2	HAL	0	2	0	1
1	Open aire	-	1	-	1
14	Proquest	14	-	-	1
126	Science Direct	126	-	-	8
94 428	Wiley Online Library	27	67	-	2
95509	TOTAL	1101	70	1	**26**

Annexe 5 : Tableau descriptif des articles retenus par base de données

Légende :

- Première sous-thématique
- Deuxième sous- thématique

Base de données = ProQuest Dissertations & Theses Global (51)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2018	Remedios, Richard (directeur) et Bergstresser, Melody B. (auteur). DAI-A 79/07(E), Dissertation Abstracts International	Efficacité d'une méthode d'enseignement en classe inversée pour mobiliser et motiver des élèves	Etude quantitative Etude randomisée Réponse à un questionnaire portant sur leur motivation et leur engagement	135 élèves dyslexiques de 10 à 18 ans. 35% de filles. 43 dans une classe traditionnelle (groupe de contrôle). 92 dans une classe inversée (groupe de traitement)	Méthode classe inversée	Education, enseignement	La classe inversée est une stratégie intéressante mais n'a pas d'impact significatif sur la motivation des enfants avec dyslexie par rapport à une méthode d'enseignement traditionnelle. Besoin d'une étude complémentaire pour démontrer des avantages à cette méthode.	Les enseignants n'utilisent jamais la classe renversée de la même manière. Il n'y a pas eu d'évaluation de motivation précédent celle vécue après la classe inversée.	Littérature grise ++	Intervention scolaire des enseignants

Base de données = Wiley Online Library (31)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
25 janvier 2018	Steven D. Stagg Elizabeth Eaton Elizabeth Eaton	Auto-efficacité chez les étudiants de premier cycle atteints de dyslexie	Méthode mixte : enquête en ligne (l'échelle académique d'auto-efficacité) et entretien semi-structuré pour 8 participants. Tous les participants ont réalisé la partie quantitative de l'étude et huit participants ont été interrogés, dont quatre dyslexiques. Ethique validée	Il y avait 22 participants dans le groupe non dyslexique (13 femmes et 9 hommes) et 22 participants (16 femmes et 6 hommes) dans le groupe dyslexie. De 18 à 32 ans.	Auto-efficacité Bandura Dyslexie Enseignement supérieur	Education Psychologie Sociologie	Les étudiants dys qui ont obtenu une place à l'université souffrent de faibles croyances d'auto-efficacité par rapport à leurs pairs, en cause d'évaluations négatives à l'école et d'un échec à atteindre des résultats homogènes. Des recherches doivent être menées pour intervenir à ce sujet.	La dyslexie se manifeste différemment chez chaque individu, sa gravité et l'adaptation des individus n'ont pas été pris en compte. Les outils ont été composés par l'auteur uniquement pour cette étude, sa fiabilité interne peut être faillible, même si elle est construite à partir d'études fiables.	Littérature scientifique +-	Evaluation du sentiment d'auto-efficacité dans l'enseignement supérieur

Base de données = Wiley Online Library (41)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
14 juillet 2010	Judit Kormos Kata Csizér © 2010 Blackwell Publishing Ltd	Apprentissage d'une langue étrangère, comparaison de la motivation entre élèves dyslexiques et non dyslexiques en Hongrie	Etude transversale Questionnaire de motivation de 2005 adapté en hongrois en 2006. Avec 75 questions pour les apprenants dyslexiques et 72 questions pour les élèves non dyslexiques.	Elèves de 13 ou 14 ans. 184 dyslexiques diagnostiqués. N=793 étudiaient l'anglais. N= 398 étudiaient l'allemand. Issus de 18 écoles. 4 écoles participaient à un programme spécifique du Ministère hongrois.	Apprentissage de langue étrangère Dyslexie Motivation	Education Psychologie Pédagogie	La motivation des élèves à apprendre une nouvelle langue dépend de l'enthousiasme de l'enseignant, de l'estime de soi de l'enfant. Les enfants dyslexie reçoivent moins d'aide de leurs parents et sont démotivés par leurs difficultés même s'ils partaient aussi motivés que leurs pairs. Les enseignants doivent favoriser des expériences de réussite pour améliorer l'estime de soi de l'enfant dys.	Pas de limites apparentes	Littérature scientifique +++ Bon critère d'identification de dyslexie. Traduction et adaptation des outils validé. Echantillon important. Fiabilité interne des outils.	Evaluation

Base de données = Clinical Key Student (37)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Mai 2018	Denis, H., Psychiatre pour enfant et adolescent, praticien hospitalier, PhD ; Caron, E.; Psychiatrie, 2018-05-01, Volume 34, Issue 3, 1-10, Copyright © 2018 Elsevier Masson SAS	Refus scolaire et absentéisme à l'adolescence	Revue de littérature Exemple : étude de Berstein (étude de cohorte)	Exemple étude de Berstein : 63 adolescents un an après avoir présenté un refus scolaire anxieux traité par TCC associée pour certains à un traitement antidépresseur.	Absentéisme Refus scolaire Refus scolaire anxieux Phobie scolaire	Médecine (psychiatrie, pédiatrie) Education Santé publique Justice	• L'absentéisme scolaire à l'adolescence est de plus en plus fréquent en France. • Les causes sont multiples et souvent associées : émotionnelles, comportementales, familiales, sociales, scolaires. • Le refus scolaire anxieux est particulièrement étudié : l'anxiété est au premier plan, souvent associée à une humeur dépressive. La prise en charge associe une intervention psychiatrique et une prise en charge scolaire avant de pouvoir réintégrer la scolarité progressivement. • Les autres formes sont très hétérogènes et peuvent nécessiter des interventions sociales, scolaires, psychologiques et psychiatriques, et éventuellement judiciaires. • Dans tous les cas, les parents sont soutenus, guidés pour limiter les effets secondaires de la déscolarisation et motiver leur adolescent à reprendre une forme de scolarité.	Pas de critères de choix des études énoncé, malgré 42 références	Littérature grise, ce n'est pas une étude, mais un résumé d'études complet ++	Evaluation

Base de données = Clinical Key Student (38)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
27 juin 2017	Soares-Boucaud, I., MD, PhD, pédo-psychiatre, praticien hospitalier ; Psychiatrie, 2017-10-01, Volume 33, Issue 4, 1-6, Copyright © 2017 Elsevier Masson SAS	Dyslexie, illettrisme et délinquance des mineurs. Postulat : Parmi les différents facteurs conduisant à l'illettrisme, les troubles spécifiques des apprentissages en général, et la dyslexie dévelop-pementale en particulier sont des facteurs importants, étudiés dans la littérature internationale.	Revue de littérature 43 sources	Etudes sur mineurs en milieu pénitentiaire	Illettrisme, Dyslexie dévelop-pementale, Décrochage scolaire, Délinquance	Sociologie Education Médecine Psychiatrie Pédiatrie	Une étude suédoise de 2011 portant sur des patients dyslexiques détenus a montré qu'ils présentaient davantage de comportements agressifs que les détenus non dyslexiques. L'interprétation qui en a été faite est que ces sujets présentent un inconfort psychologique, des sentiments de colère, de frustration. Les mineurs délinquants présentent un taux très élevé d'illettrisme et, parmi eux, un pourcentage de dyslexiques probablement deux fois supérieur à celui de la population standard.	Présence de résultats contradictoires. Dans plusieurs études portant sur les comportements antisociaux de mauvais lecteurs incarcérés, les auteurs ne se sont pas fixés pour objectif de rechercher si ces sujets étaient ou non dyslexiques. Description des études, de leur méthode et leur population non présente.	Lecture grise ++	Evaluation

Base de données = Science Direct (44)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Janv. 2018	J.Dubois E.Delaporte E.Cordeiro G.Bado L.Radivoniuk D.Cohen D.Périsse Neuro-psychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence Volume 66, Issue 1, Pages 22-30	Quelle place pour une école dans un hôpital dans le cadre de soins associés au décrochage scolaire ? Critères de réinsertion	Etude à t0, t1 et t12. Etude randomisée. Entre 2008 et 2012. Les variables sociodémographiques et cliniques ont été recueillies rétrospectivement à t0 et t1. Concernant le devenir à t2, les données ont été obtenues par appel téléphonique. Les critères de réinsertion retenus à 30 mois sont : la reprise d'une scolarité (classique, adaptée, ou de type médico-sociale) ou l'existence d'une activité professionnelle. 2 outils : CGI-S et EGF	52 sujets dont 36 garçons (37 collégiens) Soins de consultation (n=20) Hospitalisation de jour (n= 32) Dont 70 % sont des garçons et 70 % sont des collégiens	Décrochage scolaire Réinsertion scolaire Dysfonctions familiales	Education Sociologie Médecine	Parmi les sujets à risque de décrochage scolaire qui ont bénéficié du dispositif. La durée moyenne de déscolarisation est de 6 mois. A + 30 mois : 65 % ont une réinsertion scolaire avec une amélioration clinique globale significative. 20% des sujets sont réhospitalisés à +30 mois. Parmi eux : 50 % présentent une pathologie psychiatrique sévère (dépression sévère, bipolarité schizophrénie,), et 27 % ont un trouble délirant aigu. 2/3 des sujets ont un trouble dévelop-pemental. 35 % ont une mesure éducative à l'entrée.	Echantillon de taille petite pour plus de significativité des résultats Pas de groupe témoin constitué	Littérature scientifique ++	Intervention

Base de données = Science Direct (39)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Janvier 2013	C. Billard A. de Villèle A.-S. Sallée F. Delteil-Pinton Volume 20, numéro 1 , janvier 2013, pages 103-110	Interprétation du dépistage sensoriel dans les troubles des apprentissages	Passation d'un examen orthoptique pour tous les enfants, réalisé par deux orthoptistes. L'examen a eu lien après autorisation des parents et les résultats ont été remis confidentiellement. Le traitement des données a été anonyme.	3 populations : -83 enfants, 47 garçons et 36 filles produites en moyenne de neuf ans six mois (huit ans trois à 11 ans), -31 enfants, 27 garçons et 4 filles avec dyspraxie -35 enfants porteurs d'une dyslexie sévère diagnostiquée : 28 garçons et 7 filles, gagnés de 9 ans 11 mois (7,3 ans à 12 ans)	Acuité visuelle Vision du relief ou stéréoscopique Hébergement Champ visuel Strabisme Rééducation orthoptique	Médecine Orthoptie Pédiatrie Rééducation	15% des enfants témoins, 45% des dyspraxiques et 37% des dyslexiques portaient des lunettes (p = 0,001). Les enfants témoins se plaignaient moins souvent de signes fonctionnels que les enfants dyspraxiques ou dyslexiques. Les enfants dyslexiques ont plus souvent un trouble de la vision binoculaire ou de motricité conjuguée que les enfants normaux mais moins souvent que les enfants dyspraxiques.	Un résultat paradoxal est présent et nécessiterait une étude complémentaire : parmi les enfants dyspraxiques et dyslexiques, la fréquence de signes fonctionnels était plus élevée dans le groupe d'enfants qui avaient aimé d'une rééducation (73%) que dans celui qui n'en avait pas passé (23%; p < 0,001). On ne sait pas si les orthoptistes connaissaient le diagnostic des enfants et si des à priori peuvent biaiser les résultats.	Lecture scientifique +	Evaluation

Base de données = Science Direct/Em Premium (40)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
juin 2008	C.Billard J.Fluss B.Ducot J.Warszawski J.Ecalle A.Magnan G.Richard J.Ziegler Volume 15, Issue 6, June 2008, Pages 1058-1067	Étude des facteurs liés aux difficultés d'apprentis-sage de la lecture. À partir d'un échantillon de 1062 enfants de seconde année d'école élémen-taire.	Chaque groupe a bénéficié d'une évaluation médicale et des fonctions cognitives (verbales, non verbales et des aptitudes phonologiques) et du recueil des données socioéconomi ques et comportement ales. Une régression logistique multivariée a déterminé les variables qui différenciaient le plus les groupes faibles ou bons lecteurs.	Échantillon de 181 enfants de CE1 en France. Les tests individuels de lecture ont identifié 100 enfants aux compétences déficitaires et 31 enfants « intermédiaires ». Une stratification a défini un groupe « témoin » de 50 enfants « normo lecteurs » scolarisés dans la même classe.	Troubles des apprentissages Dyslexie Comportement	Médecine Sociologie Education	Il n'a pas été montré pour les paramètres médicaux étudiés (audition, vision, antécédents périnatals) de liaison statistique avec la diversité des compétences de lecture. Les caracté-ristiques socio familiales, en particulier le niveau d'éducation maternelle, y compris au sein d'une population défavorisée, influaient sur l'apprentis-sage de la lecture. Le niveau verbal et non verbal était plus élevé chez les bons lecteurs. Les troubles de l'attention, et à un moindre degré les troubles psychoaffectifs, y étaient moins fréquents. Les aptitudes phono-logiques : dénomination rapide d'images, mémoire phonologique à court terme et surtout conscien-ce phonologique rendaient principalement compte du niveau de lecture. L'analyse de régression a montré que la conscience phonologique, l'attention et le niveau d'éducation des mères expliquaient la diversité en lecture de l'échantillon.	Les écoles n'ont pas été tirées au sort et ne sont donc pas représentatives de la population parisienne ni française. Cette étude ne concerne pas spécifiquement la dyslexie mais plutôt les « faibles lecteurs ». Afin de mieux apprécier le facteur attentionnel et les conséquences en termes de prises en charge, le questionnaire destiné aux enseignants est insuffisant et les résultats ne peuvent être généralisés sans être complétés par un questionnaire parental et la réalisation de tests spécifiques précis.	Littérature scientifique ++	Evaluation

Base de données = Science Direct (45)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Août 2010	R.Combreta Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence Volume 58, Issue 5, August 2010, Pages 298-305	Les effets de la ritaline sur les plans du comportement et du fonctionnement mental chez l'enfant hyperactif Approche longitudinale	Etude de cohorte	Groupe de 22 enfants avec trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). âgés de 6,7 ans à 12,2 ans Demande de participation à la recherche par les parents ou/et enseignants.	TDA/H Ritaline Effets thérapie médica-menteuse Fonction-nement mental Pathologies limites Degrés de mentalisation Agitation psycho-motrice	Médecine Pédiatrie Education Sociologie Psychiatrie	De bons résultats attentionnels, mais des enfants décrits comme "zombie "ralentis". Aussi, problématique de dépendance qui suit.	Faible cohorte, même si très représentative. Surreprésen-tation du sexe masculin, soit 20 garçons pour deux filles, mais qui se retrouve classiquement dans la plupart des études portant sur l'hyperactivité. Sur le plan du fonctionnement psychique, la question d'une évolution vers la psychopathie à l'entrée de l'adolescence peut aussi se poser. 1 seul des enfants est entré dans l'adolescence lors du second bilan.	Littérature scientifique ++	Traitement chimique TDAH

Base de données = Science Direct (50)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Nov-déc 2018	C.Lewandowski P.Aguirre F.Bara J.-M.Albaret Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence Volume 66, Issues 7–8, November–December 2018, Pages 421-431	Travail interprofessionnel et adaptations pédagogiques : qu'en est-il de l'accompagnement des enfants avec un trouble développemental de la coordination (TDC) ?	Questionnaires spécifiques à l'étude. 22 questions pour les parents. 28 pour les enseignants. Questions fermées en majorité, et quelques ouvertes. Réponses traitées séparément sans mise en relation à l'échelle de l'individu. L'envoi et la réception ont été réalisés par courrier électronique.	23 familles ont été contactées et 21 d'entre elles ont accepté de remplir le questionnaire support de l'étude, soit 91,3 %. Les enseignants des enfants participant à l'étude ont été contactés avec l'accord des parents. Sur les 21 questionnaires, 18 ont été remplis, soit 85,7 %.	Trouble développemental de la coordination Travail interprofessionnel Collabo-ration Aménagements scolaires Adaptations pédago-giques	Pédagogie - Education - Pluridisciplinarité	Le diagnostic facilite la mise en place d'adaptations pédagogiques. Le travail interprofessionnel est rarement de type collaboratif. Les adaptations sont moins nombreuses, mais plus spécifiques lorsque le TDC est isolé. Moins de la moitié des enseignants interrogés (38,9 %) disait observer les compétences de l'élève pour la mise en place des aménagements. 33.3% redoublement 18.6% à besoins particuliers avec contrats formalisés (PPRE, PAP, PAI et PPS) Adaptations pédagogiques plus présentes dans le primaire, adaptations organisationnelles plus présentes dans le secondaire Les enseignants indiquaient plus d'aménagements que ce qu'en percevaient les parents (70,6 % vs 38,1 %).	La faiblesse de l'échantillon ayant participé à cette étude incite à nuancer les résultats obtenus et interdit toute analyse statistique autre que descriptive. De plus, la perception des professionnels du soin et celle des enfants eux même n'a pas été envisagée, alors qu'elles auraient pu amener des informations supplémentaires. Le questionnaire aurait gagné en objectivité en étant complété par des observations des adaptations pédagogiques en place.	Littérature scientifique ++	Intervention

Base de données = Science Direct (34)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2017	Manuel Soriano-Ferrer Manuel Morte-Soriano Procedia - Social and Behavioral Sciences Volume 237, 21 February 2017, Pages 50-56	Perceptions des enseignants concernant la motivation à lire chez les enfants atteints de dyslexie dévelop-pementale et les lecteurs moyens	Afin d'évaluer la motivation à la lecture des participants, les enseignants ont rempli deux instruments : a) L'indice d'engagement en lecture (Wigfield et al., 2008), une évaluation par l'enseignant du lecteur engagé, et (b) un questionnaire de l'enseignant sur la motivation des élèves à lire (Sweet, Guthrie et Ng, 1998), qui mesure six constructions de la motivation à lire: l'activité, l'autonomie, le social, le sujet, l'individu et l'écriture .	Soixante-huit enfants ont participé à cette étude. Trente-trois enfants constituaient le groupe atteint de dyslexie développementale et trente-cinq constituaient le groupe de lecteurs moyens.	Dyslexie développementale, engagement en lecture, motivation à lire, perceptions des enseignants, théorie d'autodétermination	Education - Pédagogie - Pédiatrie	Les enfants atteints de dyslexie développementale se sont révélés moins engagés dans les activités de lecture.	Basé sur une multitude d'articles non justifiés. Résultats issus de l'avis subjectif d'enseignants.	Littérature scientifique +/-	Evaluation

Base de données = Science Direct (52)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Nov. 2017	Asimina Vasalou Rilla Khaled Wayne Holmes Daniel Gooch. Ordinateurs et éducation Volume 114, novembre 2017, pages 175-192Novembre 2017 , pages 175-192	Apprentissage digital par un jeu conçu pour les enfants avec dyslexie La présente recherche est une étude de cas instrumentale dans le but d'éclairer la relation théorique entre l'interaction sociale, la conception de jeux, l'engagement et l'apprentissage. Méthode qualitative	Le jeu a été conçu pour les enfants dyslexiques et a été informé par les principes des jeux occasionnels et la pratique fondée sur des preuves de l'éducation spéciale. Les enfants ont joué Words Matter pendant dix semaines dans deux groupes distincts (groupe A et B). À l'exception des vacances scolaires d'une semaine, le jeu à l'école a eu lieu sur une base hebdomadaire pendant une période de 30 minutes. De plus, la tablette de chaque enfant leur a été prêtée pour la durée de l'étude et les enfants ont été encouragés à jouer à la maison.	La recherche a eu lieu dans une école primaire du nord de Londres. Huit enfants (4 garçons, 4 filles) en 6e année (âgés de 11 à 12 ans) ont participé. Tous les enfants avaient reçu un diagnostic de dyslexie.	Interaction sociale Le design du jeu Apprentissage basé sur les jeux numériques Dyslexie Engagement	Education Sociologie Pédiatrie	Le jeu Words Matter améliore l'engagement et l'enjouement des enfants et leur apporte de nouveaux apprentissages par la même occasion.	Echantillon correct pour une étude de cas (N=8) Pas de groupe témoin pour comparer	Littérature grise +++	Intervention par un jeu numérique

Base de données = Science Direct (55)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2007	P.Pegourie C.Miguet Journal Français d'Ophtalmologie Volume 30, Supplement 2, April 2007, Page 2S356	727 Approche proprioceptive de la dyslexie. Essai d'analyse objective de nos résultats après 24 mois de consultation oculo-posturale	Etude randomisée D'abord : bilan ophtalmologique et orthoptique complet, puis examinés ces patients sur le plan oculo-postural selon la description de P. Quercia et A. Da Silva. Puis : tous les enfants ont été équipés de prismes et de semelles posturales et suivent la méthode de reprogrammation posturale indiquée par ces mêmes auteurs.	44 dossiers ont été retenus pour cette étude : 27 garçons, 15 filles, âgés de 8 à 20 ans, tous revus à 3 mois et 23 revus à un an.	Dyslexie de développement, après mise en évidence d'un syndrome de dysfonctionnement proprioceptif ou de déficience posturale (= SDP)	Pédiatrie Ophtalmologie	L'amélioration moyenne des signes fonctionnels, exprimée en pourcentage de diminution du score au questionnaire, est de 30 % à 3 mois et 27 % à 12 mois. L'étude de la vitesse de lecture montre un gain moyen de 18 % et 34 % respectivement à 3 et 12 mois. La graphie et l'orthographe sont améliorées. Les progrès sont nets après 3 mois de traitement pour 80 % des enfants dont la vision binoculaire était déficiente lors de l'examen initial.	Les formes mixtes pures sont moins nombreuses que dans la publication de Quercia, mais l'évaluation de l'observance de la re-programmation est similaire à celle de ses enquêtes, c'est-à-dire très variable selon les enfants	Littérature scientifique ++	Intervention

Base de données = OPEN AIRE - DIGITAL MASTER THESES : thèses et mémoires étudiants (33)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2017	Desmons, Angèle ; BU, Digital Master Theses	L'impact de la menace du stéréotype sur les performances des enfants dyslexiques de l'enseignement ordinaire et spécialisé. Etude des facteurs explicatifs de la menace du stéréotype, adaptations et facteurs motivationnels	Un questionnaire évaluant divers facteurs motivationnels (sentiment d'efficacité personnelle social et académique, perception de compétence, motivation, engagement, comparaison de soi scolaire, perception de l'acceptation sociale, sentiment d'appartenance au groupe) a été réalisé afin d'appréhender les liens existants entre ces facteurs et la menace du stéréotype d'une part et le fait d'être dyslexique d'autre part.	Septante-neuf participants répartis en 3 groupes (« contrôle », « dyslexique de l'enseignement ordinaire » et « dyslexique de l'enseignement spécialisé ») ont été soumis à 2 tâches expérimentales. Elles consistent en 2 tâches de compréhension à la lecture similaires réalisées en condition de menace ou de non-menace du stéréotype lié à la dyslexie.	Menace du stéréotype, Dyslexie, , Enseignement, Compréhension à la lecture, Estime de soi, Motivation, Engagement	Psychologie Education	Tous les groupes présentent une performance plus faible en condition de menace du stéréotype par rapport à celle sans menace du stéréotype lié à la dyslexie. Le niveau d'estime de soi ne semble pas être relié à l'effet de la menace du stéréotype lié à la dyslexie. En revanche, il existe un lien entre le fait d'être dyslexique et certaines dimensions de l'estime de soi. Les autres facteurs motivationnels étudiés ne semblent pas être liés à la menace du stéréotype, ni au fait d'être dyslexique.	Accès restreint	Littérature grise ++	Evaluation de l'impact de la menace du stéréotype sur les perfor-mances scolaires

Base de données = Bentham Science Publisher (32)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2014	Dimitris S. Nikolopoulos and Kalliopi Chatira* The Open Pain Journal, 7, (Suppl 1: M8) 67-76	Douleur psychique en cas d'échec scolaire chronique / troubles d'apprentissage (preuves d'une technique projective)	Evaluation qualitative posant des questions aux enfants en appliquant la technique de l'enfant imaginaire.	Soixante-huit (41 garçons et 27 filles) locuteurs natifs de la classe moyenne de la langue grecque ont participé à la présente étude. Tous fréquentaient des écoles élémentaires de la zone urbaine de Réthymnon, en Crète.	La technique de « l'enfant imaginaire» représente une tentative de construction d'un outil projectif visant à évaluer l'état émotionnel des enfants de 6 à 12 ans. Approche psychanalytique	Psychologie - Psychanalyse - Sante publique - Education	Pour l'enfant imaginaire pensé : 67% des enfants ayant des troubles des apprentissages évitent de mentionner les difficultés d'apprentissage comme sujet des réunions parents-professeurs. 49% ne faisaient pas référence aux troubles des apprentissages et ajoutaient que le professeur qualifierait le travail de l'enfant imaginaire comme positif. 50% des enfants avec troubles des apprentissages ont attribué leurs difficultés à des causes indirectes (ne travaille pas assez, s'ennuie, ne s'est pas préparé ...). 95% ont révélé que le rêve de l'enfant imaginaire était un cauchemar terrifiant. Alors que 46% des enfants sans troubles ont eu un beau rêve. 60% des enfants ont remarqué leur ressemblance avec l'enfant imaginaire. Cette étude révèle que l'apprentissage à l'école serait une expérience plutôt traumatisante provoquant des niveaux de détresse et de douleur psychique pour les enfants avec TA.	Pas de constat d'une évolution dans le temps. Résultats non différenciés selon les tranches d'âge.	Littérature scientifique +++	Evaluation

Base de données = Bentham Science Publishers ou Bentham Open (54)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2015	Robyn A. Ziolkowski, et Kimberly D. McDowell The Open Communication Journal, 9, (Suppl 1: M7) 44-55. Université du Nord du Colorado, Greeley, CO 80639, États-Unis; Florida Gulf Coast University, Fort Myers, FL 33965, États-Unis	Efficacité d'une intervention collaborative à plusieurs volets pour des élèves adolescents ayant de graves troubles de lecture	Randomisée /Participation sur volonté de trois lycées, répartis au hasard (deux écoles de traitement et une témoin) 24 semaines d'administration du suivi spécialisé 5 fois par semaine, pendant 60 minutes d'une manière stratégique différenciée qui répondait aux niveaux de lecture et aux besoins de compétences prédéterminés des élèves dans les classes d'intervention.	L'âge moyen était de 33,63 ans (ET = 6,58, intervalle 228-41); le nombre moyen d'années en tant qu'enseignant en éducation spécialisée était de 5,67 ans (SD 2,08, fourchette de 4 à 8 ans). Elèves : Au total, 28 élèves de la 9e à12e année ont répondu aux critères de participation pour être inclus dans l'étude.	Adolescent, enseignement différencié, intervention, graves troubles de lecture.	Education - Pédagogie - Sciences paramédicales	Différence significative pour la maîtrise de la lecture des mots, de la maîtrise de la lecture orale et de la compréhension de la lecture. Aucune différence : Vocabulaire normalisé. Aucun progrès en lecture. Cependant, les résultats n'ont indiqué que trois «non-répondants» dans le groupe expérimental, contre six dans le groupe témoin	Echantillon de petite taille Pas de précision sur l'outil d'évaluation Pas de données de suivi pour savoir si les gains sont maintenus Aucune mesure de la motivation n'a été faite	Littérature scientifique +/-	Intervention

Base de données = CAIRN : Plus de 7000 ouvrages de recherche en histoire, géographie, économie, droit, lettres, arts, santé, sociologie, sport, philosophie, psychologie, sciences politiques. (49)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Avril 2017	Déborah Saunier et Marie Toullec-Théry Dans Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2017/4 (Vol. 50), pages 111 à 131	Scolarisation d'élèves en situation de handicap : conceptions et pratiques d'une enseignante « ordinaire » et d'une enseignante spécialisée	L'épreuve s'est déroulée plusieurs semaines après l'entretien ante, afin que chaque interviewée ait le temps d'oublier ce qu'elle avait livré précédemment et que ses pratiques ne soient pas orientées par cela pendant la séance observée. Nous avons observé et filmé le moment où chaque enseignante a confronté sa préparation de cours à l'épreuve de la classe, avec ses dimensions contingentes et imprévisibles (Terrisse, 1994).	Notre recueil de données s'est fait auprès : d'une enseignante spécialisée (PES) qui exerce dans une Ulis-école TFC [8] Troubles de Fonctions Cognitives et mentales. Scolarisant 12 élèves, dont A., 12 ans, diagnostiqué dys-exécutif en 2014. Et d'une enseignante ordinaire (PEO) qui exerce dans une classe de CM1/CM2 de 29 élèves dont B., 11 ans, en CM1, diagnostiquée dys-exécutive en 2014.	Adaptation, assujettissement, syndrome dys-exécutif, enseignant, didactique clinique, inclusion	Education - Pédagogie - Education nationale - Enseignement - Handicap	La spécialisation influence la variété d'aide de compensation disponibles. Les changements de pratiques qu'exige la transformation de l'école pour revêtir une dimension inclusive ne sont pas encore pleinement perçus par les deux enseignantes. C'est lorsque cet idéal est touché ou bien « menacé » que l'impossible à supporter surgit et pousse les enseignantes à modifier le milieu didactique. Plus ces enseignantes ont le sentiment de s'éloigner de cet idéal et plus la situation de classe et/ou le rapport à l'élève à besoins spécifiques sont vécus négativement. La conformité des élèves aux attentes institutionnelles et personnelles des deux enseignantes reste une condition forte pour une inclusion réussie. Les concepts d'idéal et les valeurs personnelles des enseignantes sont primordiaux dans leur volonté à créer une didactique adaptée.	Notre étude ne peut être généralisée, les pratiques de PEO et de PES ne donnent à voir que ce qui se passe dans leurs classes. Néanmoins, en croisant avec d'autres résultats de recherches, nous pourrons tenter une montée en généralité.	Littérature grise +++	Intervention

Base de données = Cairn (56)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2016	Catherine Billard et Frédérique Barbe Enfances & Psy 2016/3 (N° 71), pages 122 à 137	Un programme progressif de prise en charge des troubles des apprentissages : l'expérience pilote Paris Santé Réussite (PSR) associé à PTAL	Cohorte 3 temps : Evaluations et réponses pédagogiques Prescription et soins de première intention Evaluation pluridisci-plinaire et soins transitoires Comparaison du niveau entre janvier 2012 et début juin 2013	Dans les 19 et 20ème arrondis-sements de Paris Test EDA : 421 enfants de CP en 2012-2013 Test Timé2 : 464 enfants de CE1	Difficultés d'apprentissages, troubles, spécifiques, durables & les « dys » : dyslexie (troubles d'acquisition du langage écrit), dysphasie (troubles du développement du langage oral), dyscalculie (troubles du calcul), dyspraxies (troubles d'acquisition de la coordination et des praxies).	Education - Santé publique - Paramédical (orthophonie)	Ce dispositif a permis à la moitié des faibles ou très faibles lecteurs en janvier de se normaliser. Le pourcentage de faibles lecteurs en début de ce1 est passé de 32 % en octobre 2011 à 24 % en octobre 2012 Surtout, cette diminution du pourcentage de faibles lecteurs ne concerne que les enfants qui avaient bénéficié d'entraînements en cp l'année précédente (17,5 %) et non ceux qui n'en avaient pas (27,9 %), la différence étant significative (khi2, p = 0.007).	Les résultats ne peuvent pas être appliqués uniquement à l'impact de ce dispositif	Littérature scientifique ++	Intervention précoce en CP-CE1 pour les troubles d'acquisition de la lecture (dyslexie), en milieu scolaire.

Base de données = Cairn (35)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2019	Audrey Mazur Palandre Dans Enfance 2019/2 (N° 2), pages 241 à 263	L'étudiant dyslexique présente-t-il encore des difficultés de production textuelle à l'écrit ?	Etude de cohorte Marquillo (2003) propose une trame d'observation d'un texte distinguant les niveaux : pragmatique ; textuel et transphrastique; de la phrase ; et infraphrastique 1er bilan orthophonique et neuropsychologique. Puis 2ème : passation psycholinguistique avec 4 textes à produire (narratif oral, narratif écrit, expositif oral et expositif écrit). Les données orales ont été collectées par le biais d'un enregistreur audio et d'une caméra vidéo.	21 étudiants dyslexiques, 22 étudiants contrôles Age entre 18,1 et 28,9 ans. Les étudiants sont tous monolingues et francophones natifs et ont signé un formulaire de consentement pour participer au bilan et à la tâche psycholinguistique. Les critères d'exclusion, vérifiés à l'anamnèse (lors du bilan), écartaient les individus présentant des déficits auditifs ou visuels, ou d'autres troubles.	Dyslexie Apprentissage de l'écrit Trois phases de développement	Santé Publique - Education -	Les étudiants dyslexiques font significativement plus d'erreurs sémiographiques (17,5 erreurs sémiographiques par texte) que les étudiants contrôles (3,6 erreurs sémiographiques par texte). Les étudiants dyslexiques font significativement plus d'erreurs phonographiques (5,26 erreurs phonographiques par texte) que les étudiants contrôles (en moyenne 1,1 erreurs par texte). Le nombre moyen d'erreurs : les étudiants dyslexiques font significativement plus d'erreurs (22,72 erreurs par texte) que les contrôles (4,65 erreurs).	Les différences inter individuelles ne sont pas négligeables Il serait intéressant de comparer les techniques de révision et le temps de travail des deux groupes. Echantillon final faible par rapport à celui de départ de 1454 étudiants.	Littérature scientifique + (étude récente)	Ré évaluation, impact des troubles des apprentissages (dys) sur les acquisitions scolaires comme l'écriture, ici

Base de données = Cairn (53)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
2016	Florence Marchal Dans Revue de neuropsychologie 2016/2 (Volume 8), pages 93 à 98	Quelle prise en charge pour des enfants ayant des troubles du geste ? Recommandations de l'European Academy for Childhood Disability (EACD)	Pour établir des recommandations, les deux dernières conférences de consensus de 2010 sous l'égide de l'EACD retiennent les conclusions de différentes méta-analyses. Elles s'appuient sur la méthode des niveaux de preuve (level of evidence [LOE]) et le calcul de l'intensité de l'effet, mais éditent aussi des préconisations à partir des bonnes pratiques cliniques.	Les pratiques relevées concernent les kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Il n'est pas retrouvé d'équivalent clair aux psychomotriciens tels qu'ils sont connus en France Enfants atteints dans troubles du geste.	Théories sur l'apprentissage moteur : La théorie neuro-maturationnelle Approche sensorimotrice Entrainement de la sensibilité kinesthésique Théories dynamiques Rééducation Praxie TAC dyspraxie - Ergothérapie – Paramédical Kinésithérapie	Education Rééducation Médecine	Les deux premières conclusions fortes sont : il faut établir des objectifs individuels pour chaque enfant ; il vaut toujours mieux une prise en charge, quelles que soient son orientation et ses modalités, que rien du tout. 21Une fréquence d'intervention d'au moins trois à cinq fois par semaine est préconisée. La prise en charge en groupe est discutée avec une recommandation de prudence (évocation d'un risque d'atteinte de l'estime de soi).	L'EACD regrette le manque d'études de haute qualité et comparatives et l'absence d'études de coûts. Elle note que les approches thérapeutiques ne sont pas toujours clairement décrites dans leur mise en œuvre pratique. Population très hétérogène avec comorbidités importantes. Pas une étude mais une recommandation d'intervention	Littérature grise +/-	Intervention

Base de données = Cairn (30)										
Date	**Auteur & Source**	**Thème, Titre**	**Méthode**	**Population**	**Approche théorique**	**Champ disciplinaire**	**Résultat**	**Limites**	**Niveau de scientificité**	**Etape**
Mars 2009	Tamara Leonova et Gaëlle Grilo Dans L'Année psychologique 2009/3 (Vol. 109), pages 431 à 462	La faible estime de soi des élèves dyslexiques Mythe ou réalité ?	Pour évaluer l'estime de soi, le questionnaire de Harter (1985) a été administré aux élèves de manière individuelle. Ce questionnaire est conçu pour mesurer l'estime de soi chez les enfants et adolescents âgés de 8 à 14 ans. Il a été choisi parce qu'il possède de bonnes caractéristiques psychométriques et permet l'évaluation de différentes dimensions de l'estime de soi.	Soixante-six enfants ont participé à l'étude : 35 enfants dyslexiques scolarisés dans une école spécialisée et 31 enfants sans dyslexie constituant le groupe contrôle. Suisse, canton de Fribourg Langue maternelle française	Dyslexie ou trouble spécifique du langage écrit Estime de soi des personnes dyslexiques	Education, sociologie, santé publique	Dans le groupe d'élèves dyslexiques 50 % environ possèdent une estime de soi faible sur presque toutes les dimensions, excepté l'estime de soi relative à l'apparence physique (seulement 17 % d'élèves dyslexiques possèdent sur cette dimension une estime de soi faible). Dans le groupe contrôle un tiers d'élèves environ possède une estime de soi faible sur les dimensions de l'estime de soi scolaire, sociale, apparence physique, d'autocontrôle et de valeur propre. La dyslexie n'est pas systématiquement associée à une estime de soi faible, y compris dans le domaine scolaire, mais elle constitue un facteur de risque, nécessitant une attention plus importante pour ne pas émousser le bien-être psychologique de ces enfants.	Le groupe d'élèves dyslexiques provient de classes spécialisées et non spécialisées donc la moyenne des deux peut biaiser les résultats. L'échantillon n'est pas très grand et basé sur le volontariat. Difficile de tirer des conclusions par rapport aux autres études déjà présentes, car l'outil d'évaluation varie, et la population est de nationalité différente, scolarisée différemment aussi.	Littérature scientifique +-	Evaluation d'une population à l'aide d'outil validé Vérification d'hypothèses

Lectures opportunistes ou revues. Souvent trouvées avec le mot-clé « ergothérapie » ajouté à l'équation de recherche.

Base de données = Cairn (revues professionnelles)				
Date, Source	**Thème, titre**	**Résumé**	**Etape**	**Réf.**
Andréa Huau, Marianne Jover Et Jean-Yves Roussey Dans La nouvelle revue De l'adaptation et De la scolarisation 2017/1 (N° 77), Pages 169 à 181	Difficultés associées et scolarisation des enfants dyslexiques	La dyslexie est un trouble des apprentissages de mieux en mieux identifié par les enseignants et sur lequel portent de très nombreux travaux de recherche. Les études épidémiologiques mettent en évidence que ce trouble développemental apparaît la plupart de temps en association avec d'autres difficultés, que celles-ci atteignent un seuil pathologique (situation de comorbidité) ou non. Cet article propose une revue des difficultés rapportées chez les enfants avec une dyslexie dans des domaines autres que la lecture : troubles de l'expression écrite, trouble du calcul, de l'attention et troubles moteurs. Au-delà des implications théoriques de ce constat, la fréquence des difficultés associées à la dyslexie invite à la vigilance et à la prise en compte de la diversité des profils d'enfants pour adapter au mieux leur scolarité dans le cadre d'un Plan d'accompagnement personnalisé (PAP).	Evaluation épidémiologique Littérature professionnelle	(36)
Anne Brun Et Frédérik Guinard Dans Nouvelle revue de psychosociologie 2015/2 (N° 20), Pages 77 à 96	Une approche psychodynamique des troubles spécifiques des apprentissages	La prise en charge des enfants présentant des troubles des apprentissages a bénéficié des dernières évolutions paradigmatiques de la psychanalyse dans l'accompagnement de patients en difficulté majeure avec la symbolisation. Ces mutations épistémologiques ont rendu possible le développement de nouveaux dispositifs de rencontre : les médiations thérapeutiques, permettant aux enfants en difficulté d'apprentissage d'explorer leur sensorialité en appui sur leur appareil de langage et rendant possible ainsi la transformation d'éprouvés infantiles non subjectivés. Au travers de la description d'une expérience de groupe peinture avec un préadolescent en difficulté d'apprentissage, ce travail met en évidence la manière dont les processus de réactualisation et de subjectivation qui s'engagent dans l'utilisation de l'objet de médiation ont des effets positifs sur les capacités de symbolisation mobilisées dans les apprentissages.	Intervention Littérature professionnelle	(43)
Anne-Laure Guillermin Et Sophie Leveque-Dupin Dans Développements 2012/3 (n° 12), Pages 25 à 31	Comment l'ordinateur peut-il devenir un outil de compensation efficace de la dysgraphie pour la scolarité ?	Lorsque la dysgraphie de l'enfant est telle qu'elle entrave le bon déroulement de sa scolarité, il est tout à fait légitime de proposer l'ordinateur comme outil de compensation. Néanmoins, son utilisation nécessite un apprentissage et une réorganisation pratique et matérielle qui peuvent s'avérer complexes. Or, il est indispensable que cet outil ne mette pas l'enfant en situation de surhandicap. Après s'être assuré de la motivation de l'enfant et de la coopération des différents partenaires, l'ergothérapeute va donc configurer l'ordinateur pour qu'il corresponde aux besoins de l'élève en situation scolaire. Parallèlement, il accompagnera l'enfant dans l'apprentissage de la frappe au clavier puis il lui proposera des mises en situation pratiques au travers d'exercices scolaires afin d'automatiser cet apprentissage.	Intervention, ordinateur en tant qu'outil de compensation (Lecture opportuniste) Littérature professionnelle	(58)

Éditeur : ERES Contraste 2017/1 (N° 45) Dans Développements 2013/2 (n° 15), Pages 16 à 23	Ergothérapie et petite enfance	Parmi toutes les professions qui constituent l'équipe d'un CAMSP, les ergothérapeutes ont une place particulière : en effet leur vocation première de réinsertion par l'activité (« ergon » en grec) de personnes en difficulté dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel, s'était à l'origine (du moins en France) principalement exercée en milieu psychiatrique et pour des adultes. Dès les années 1960, ils (elles) ont trouvé place dans les centres de rééducation pour enfants infirmes moteurs cérébraux, puis dans les CAMSP. Dans les CAMSP, les ergothérapeutes participent avec les autres membres de l'équipe à évaluer les capacités et les déficiences de l'enfant. Ils (elles) analysent les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et posent par là un diagnostic ergothérapique. Par le biais d'activités de la vie quotidienne, les ergothérapeutes organisent, individuellement ou en groupe, une thérapie visant à mieux utiliser les compétences de l'enfant, à améliorer ses capacités d'agir et contribuent ainsi à développer, restaurer, maintenir son autonomie, son indépendance et sa future implication sociale. Ce numéro retrace l'histoire de l'entrée des ergothérapeutes dans les CAMSP, analyse leur rôle dans les équipes et montre l'intérêt de l'approche encore trop méconnue de ces professionnels. Différents modèles permettant de comprendre et d'organiser leur intervention sont présentés et illustrés par des témoignages d'adultes et d'enfants.	Intervention de l'ergothérapeute en petite enfance : bilans et séances Littérature professionnelle	(46)
Géraldine Despres Dans Développements 2010/3 (n° 6), Pages 43 à 52	Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages	Les ergothérapeutes accompagnent les personnes en situation de handicap pour qu'elles soient intégrées dans leur vie sociale, scolaire ou professionnelle en favorisant leur autonomie dans les gestes quotidiens. Les enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages présentent des difficultés en classe qu'il est important de compenser pour les aider à poursuivre leur scolarité dans de bonnes conditions. Les aides techniques et les aménagements sont nombreux mais leur mise en place semble parfois compliquée. Voyons quels sont les élèves concernés par ces différentes aides et comment l'ergothérapeute facilite l'acceptation et l'utilisation de ces dernières par l'adolescent avec des troubles spécifiques des apprentissages.	Intervention (Lecture opportuniste) Littérature professionnelle	(57)
Caroline Genet Et Élisabeth Huillet Dans Le Journal Des psychologues 2014/2 (N° 315), Pages 69 à 75	Entre le tout dys, et le tout psy, la vérité est ailleurs-Psychopathologie et troubles des apprentissages	D'un sujet initialement purement pédagogique ou psychologique et restreint au cadre scolaire, les apprentissages scolaires sont à présent au-devant de la scène scientifique et médicale et représentent un enjeu de santé publique. L'essor de la psychologie cognitive et des neurosciences a contribué à une meilleure compréhension non seulement des mécanismes cérébraux sous-jacents à l'apprentissage de la lecture et des mathématiques, mais aussi des origines des difficultés scolaires. En conséquence, des efforts importants ont été consentis dans la formation et la sensibilisation des enseignants, contribuant à une meilleure identification des enfants présentant des troubles des apprentissages, et à la mise en place d'adaptations scolaires et d'interventions thérapeutiques s'y rapportant. Les origines des troubles des apprentissages scolaires sont cependant variées, souvent plurifactorielles et imposent, eu égard à leur complexité, une approche professionnelle éclairée pour guider au mieux les étapes du diagnostic et de la prise en charge. Les dix dernières années ont vu émerger une médicalisation croissante du diagnostic et du traitement des difficultés scolaires, entraînant le risque d'étiquetages abusifs et de prises en charge thérapeutiques inappropriées, coûteuses et insuffisamment validées. Il appartient dès lors aux nombreux professionnels de l'enfance de rester critiques et d'appréhender les difficultés scolaires de façon rigoureuse, en se centrant sur l'enfant et sur sa famille tout en privilégiant une approche multidisciplinaire.	Intervention préalable à une prise en charge spécifique : évaluation du trouble des apprentissages Littérature professionnelle	(42)

Journal Canadien d'ergothérapie				
Date, Source	**Thème, titre**	**Résumé**	**Etape**	**Réf.**
Volume : 75. Numéro : 2, page (s): 105-113 Article publié en ligne pour la première fois : 1er avril 2008 ; Numéro publié: 1 avril 2008 Jodie Copley , Alison Nelson , Merrill Turpin , Katherine Underwood , Kerry Flanigan Journal Canadien d'ergothérapie	Facteurs influençant les interventions des thérapeutes auprès des enfants ayant des difficultés d'apprentissage	La description. Les ergothérapeutes trouvent une gamme d'interventions auprès des enfants ayant des troubles d'apprentissage. Mais. Cette étude avait pour but de déterminer les facteurs influents sur les décisions cliniques des ergothérapeutes choisissent et combinent ces interventions. Méthodologie. Sept ergothérapeutes ont participé à l'étude. Des données ont été observées par des interviews d'entrevues en profondeur, des questionnaires de tribunaux et des observations thérapeutiques qui ont ensuite été analysés de manière thématique. Résultats. Les ergothérapeutes ont utilisé une combinaison de facteurs associés à l'enfant, les thérapeutes et les services afin de concevoir une combinaison de techniques d'interventions sur mesure, puisées dans différentes approches théoriques. Les ergothérapeutes ont également utilisé des pratiques intégrées auprès de tous les enfants, afin d'inciter et de motiver à participer, de promouvoir la maîtrise d'une tâche, de favoriser l'application de stratégies à la maison et à l'école et de faire progresser l'intervention par une d'une évaluation continue. Conséquences. Le contexte familial et scolaire de l'enfant, et dans une mesure moindre, l'expérience passée de l'ergothérapeute et le contexte des services sont les principaux facteurs déterminants lors du choix des interventions. Les ergothérapeutes passent continuellement d'un niveau de réflexion théorique à un niveau de réflexion pratique afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins de chaque enfant.	Intervention des ergothérapeutes et facteurs en lien (Lecture opportuniste) Littérature scientifique +++	(48)
Thèse étudiante en ergothérapie				
Date, Source	**Thème, titre**	**Résumé**	**Etape**	
Maël Poulossier IUFEA - UCA - Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne	Ergothérapie et trouble « DYS », Un accompagnement global au service de l'estime de soi	Contexte : Dans leur accompagnement d'enfants souffrant de troubles des apprentissages, les ergothérapeutes sont souvent appelés à les accompagner sur les compétences scolaires Cependant, ces enfants ont souvent une très mauvaise estime d'eux-mêmes, en raison des nombreuses situations d'échec qu'ils vivent dans toutes les sphères de leur vie quotidienne. Le but de cette recherche était d'explorer comment l'ergothérapeute, en agissant sur la participation occupationnelle de ces enfants, peut influencer leur estime de soi. Méthode : La méthode qualitative était la plus appropriée. Un questionnaire a été construit, fondé sur 3 matrices théoriques et composé de 6 questions ouvertes. 3 ergothérapeutes travaillant dans un S.E.S.S.S.A.D. ou en libéral ont été interviewées. Résultats : Les 3 ergothérapeutes ont décrit qu'elles n'étaient toujours sollicitées que pour les compétences scolaires. Elles évaluent la participation aux loisirs de façon non systématique, mais ont reconnu l'intérêt de cette pratique. 2 des 3 ergothérapeutes étaient conscients de leur impact sur les compétences de l'estime de soi, et ont insisté sur le fait que cela se faisait à travers une vision globale de l'enfant. **Conclusion** : Les ergothérapeutes influencent l'estime de soi des enfants ayant des troubles des apprentissages en leur permettant de réduire les situations d'échec à l'école, dans leur vie quotidienne ou pendant leurs loisirs. Mais il y a de nombreux obstacles à leur exploration des activités extrascolaires. L'un d'entre eux peut être la volonté des parents, personnes dont le point de vue n'est pas pris en compte dans cette recherche. Toujours avec l'idée d'améliorer les soins en ergothérapie, cela pourrait faire l'objet d'une future étude.	Conscience de l'estime de soi dans l'intervention en ergothérapie et prise en soin globale (lecture opportuniste) Littérature grise ++	(47)

Annexe 6 : Grille d'entretien semi-directif de l'enquête exploratoire

L'entretien débute par l'assurance du fonctionnement du dispositif électronique (son, image). Le texte introductif est le suivant :

Bonjour, je suis Sara, étudiante en ergothérapie et je réalise mon mémoire sur la dimension psychoaffective dans le suivi d'enfants dys- ou avec des troubles des apprentissages en ergothérapie.

Variable étudiée	Question à aborder	Précisions envisageables	Objectifs
PARCOURS PROFESSIONNEL ET ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL			
Année de diplôme, institut de formation, pays et structure de travail, formations complémentaires, séances (financement durée, fréquence, lieu, modalités, autres professionnels	Est-ce que je peux vous laisser vous présenter, votre formation initiale et votre année de diplôme pour commencer ?	Où travaillez-vous actuellement ? Depuis combien de temps ? Avez-vous eu des formations complémentaires ? Lesquelles ?	Recenser les données identitaires Première prise de contact Permettre à l'ergothérapeute de prendre de l'assurance pendant l'entretien
POPULATION, DIFFICULTES ET BESOINS			
Tranche d'âge **Diagnostics** **Troubles** **Troubles associés** **Objectifs thérapeutiques** **Moyens d'intervention en général**	Pouvez-vous me décrire la population d'enfants avec laquelle vous travaillez.		S'assurer de parler de la population concernée dans la recherche Identifier comorbidités susceptibles d'affecter la prise en considération de la dimension psychoaffective
APPROCHE – MODELES CONCEPTUELS			
Modèle de pratique **Approches** **Lien avec les modèles conceptuels**	Sur quelles approches et quels références (théories, auteurs) se construit votre intervention auprès des enfants avec des Dys ?		Identifier le rapport à des modèles de pratique et les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute pour ajuster le discours de l'entretien
DIMENSION PSYCHOAFFECTIVE			
Définition personnelle de la DPA	Avez-vous déjà entendu parler de dimension psycho-affective ?	Qu'est-ce que la dimension psycho-affective selon vous ? ?	Recenser des éléments de définition

Manifestations de la DPA chez les enfants TA **Outils d'évaluation de la DPA**	Chez les enfants avec des Dys, comment s'exprime-t-elle ?	Comment l'évaluez-vous ?	Obtenir des données sur les aspects psychiques et affectifs de l'enfant afin de les analyser en lien avec la revue de littérature
Modalités d'intervention **Moyens d'intervention sur la DPA**	Comment pensez-vous prendre en compte la dimension psychoaffective dans votre intervention	A quelles étapes ? (Diagnostic, intervention, réévaluation) Connaissez-vous des outils qui permettent de travailler sur la dimension psychoaffective des enfants avec Dys?	Identifier des outils d'intervention
ENVIRONNEMENT HUMAIN			
Environnement familial **Environnement scolaire** **Différentes sphères concernées**	Pouvez-vous me parler de l'environnement familial ? de l'environnement scolaire ?	Avez qui travaillez-vous ? Que mettez-vous en place ? Quelle est votre démarche ?	Faire émerger des informations sur la relation de l'enfant à son environnement, et des interventions possibles en ergothérapie
MOTIVATION & PARTICIPATION			
Définition de motivation, de participation	Pouvez-vous me définir ce qu'est pour vous la motivation, la participation ?	Quel est pour vous le lien entre les deux ?	Observer la présence ou non de rapports entre la DPA et la motivation et/ou la participation

Annexe 7 : Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire

Variable étudiée	Question + Compléments de question	Modalité de réponse	Objectif
Parcours professionnel	Est-ce que vous pouvez me raconter votre parcours professionnel ?	Réponse libre, question ouverte	Recenser les écoles de pratique, l'expérience professionnelle.
	Dans quelle école d'ergothérapie avez-vous été formé ? Depuis combien de temps travaillez-vous ? Dans quelle structure ? Auprès de quel public ?		
Public pris en soin	Pouvez-vous me décrire le public avec lequel vous travaillez ?	Réponse libre, question ouverte. Une réponse exhaustive est attendue	Préciser quels troubles des apprentissages sont reçus en séance d'ergothérapie et sur quel public l'ergothérapeute travaille.
	Quels sont les troubles des apprentissages de ces enfants ?		
Outils d'intervention	Quels outils utilisez-vous lors de vos interventions auprès des enfants avec des troubles des apprentissages ?	Réponse libre, question ouverte. Plusieurs réponses sont attendues, possiblement sous forme de liste.	Savoir quels outils ou moyens d'intervention sont utilisées, et comment se construit concrètement la séance.
	Définition : Un outil d'intervention est un objet concret ou abstrait qui permet de conduire l'intervention en vue d'atteindre les objectifs. Exemple : la discussion, les jeux, l'ordinateur, ….		
Modèle d'intervention	Sur quelle(s) approche(s) se construit votre intervention auprès des enfants avec des Dys ?	Réponse libre, question ouverte. Une ou plusieurs réponses sont attendues, sous forme de liste et	Connaître le modèle de pratique de l'ergothérapeute et ses paradigmes.

	Donner d'autres mots associés à « approches » : références, auteurs, théories, modèles	avec la définition des approches.	
Connaissance de la dimension psycho affective	Avez-vous déjà entendu parler de la dimension psycho-affective ?	Réponse positive ou négative, question fermée.	Savoir si les ergothérapeutes connaissent la dimension psycho-affective. Identifier un facteur possible entre la conscience de l'existence de la dimension psychoaffective et sa prise en considération en pratique.
	Ou d'un concept similaire ? si oui, comment le nommez-vous ?		
Définition de la dimension psycho affective	Qu'est-ce que la dimension psycho-affective selon vous ?	Réponse libre, recherche une définition, des synonymes ou autres expressions.	Connaitre la représentation de la dimension psycho-affective chez les ergothérapeutes.
Considération de la dimension psycho affective	A quel moment de votre intervention prenez-vous en compte la dimension psychoaffective ?	Réponse libre, avis sur sa propre pratique. La réponse contient un ou des choix parmi : diagnostic et/ou intervention et/ou évaluation.	Savoir si les ergothérapeutes pensent prendre en compte la dimension psychoaffective. Recenser à quel moment de l'intervention est utilisée la dimension psychoaffective.
	Les étapes sont le diagnostic, l'intervention, et l'évaluation. (Source : Processus d'intervention OTIPM)		
Outils d'intervention pour la dimension psycho affective	Connaissez-vous des outils qui permettent de travailler sur la dimension psychoaffective ?	Réponse libre, non obligatoire.	Savoir si des outils existent pour construire une intervention comprenant la dimension psychoaffective et le cas échéant si cela semble digne d'intérêt pour les ergothérapeutes.
	Souhaiteriez-vous qu'un outil spécifique à la dimension psychoaffective existe ? sous quelle forme ?		

Durée de l'intervention	Quelle est la durée moyenne de vos séances ?	Réponse courte précise.	Identifier la durée de séance comme potentiel facteur influant sur l'utilisation de la dimension psycho-affective.
Nombre de séances par enfant	Quel est le nombre moyen de séances que vous réalisez pour le suivi d'un enfant ?	Réponse courte assez précise.	Identifier le nombre de séances prévues comme potentiel facteur influant sur l'utilisation de la dimension psycho-affective.
Financement de l'intervention	Comment sont financées vos interventions ?	Réponse choix multiples. Par les parents, par l'AEH, par le complément d'AEH, par la structure.	Identifier la source de financement comme potentiel facteur influant sur l'utilisation de la dimension psycho-affective, par l'impact sur le nombre et la durée de séances.
Impact de la programmation des séances sur la prise en compte de la dimension psycho affective	Voudriez-vous plus intégrer cette dimension dans votre pratique ? Comment l'organisation de votre intervention a un impact sur la considération de la dimension psychoaffective ?	Première question fermée Deuxième question ouverte, réponse libre sur l'impact	Questionner des liens entre modalités d'intervention et considération pratique de la dimension psychoaffective

Annexe 8. Résultats du questionnaire concernant les outils d'intervention

Les données textuelles des réponses sur les outils d'intervention concernant : les troubles des apprentissages, et plus précisément, la dimension psychoaffective, puis la motivation et la participation ont été analysés par fréquence lexicale. Le tableau ci-dessous indique les termes utilisés et le nombre de fois où le mot a été répété parmi toutes les réponses sur la thématique d'intervention indiquée en haut de la colonne.

	Troubles des apprentissages		Dimension psychoaffective		Motivation Participation	
Adaptation	Dépend des enfants	2			Modifier	2
	Compréhension des difficultés	2			Simplifier	1
	Compensation	2			Adapter	1
	Besoins	1			Accepter	1
Relation					Prendre le temps	1
			Relation	**2**	**Relation**	**3**
					Relation de confiance	**2**
					Cadre	1
					Positionnement	1
					Valorisation/valoriser	2
Espace d'échange	Entretien	1	Verbalisation	1	Empathie	1
			Discussion	1	Se confier	1
	Communication	1			Bienveillance	1
	Discussion	1			Métacognition	1
					Échange	1
					Discussion	1
Concepts	Motivation	2			Engagement	2
					Habiletés	2
					Compétences	3
					Participation	2
					Performance	2
Source des activités			Libre	2	Spontané/marge de choix	1
			Feeling	1	Occupation/top-down	1
			Émotions	5	Activités signifiantes	1
			Estime de soi	1	Sens	2
					Intérêt/centre d'intérêt	2
					But	1
					Participation	2
					Performance	2

Environnement humain	**Parent/famille**	**2**	**Parent**	**1**	**Entourage/parent/fami***	3
	Guidance	**3**	**Accompagnement des référents parentaux**	**2**	**Explication**	1
	Scolaire	3	Éducateurs	1	Psycho-affective	2
	Adaptations	2	Psychologues	1		
	Enseignants	2	Psychomotriciens	1		
			Travail pluridisciplinaire	1		
Méthodes	**CO-OP**	**2**	**CO-OP**	2		
			MCRO	1	Méthodes	2
Moyens, activités	**Jeux**	**7**	**Jeu**	**3**	**Jeu**	2
	Activités écologiques du quotidien	**1**	**Activités**	2		
	Bilan	3	Dessin	2		
	Nepsy	3	Activités créatrices	1		
	Bilans validés	3	**Travail***	**3**	**Travail**	4
	Évaluations	2	Pictogrammes des émotions	1		
	Exercices	2				
	Informatique/numérique	3				
	Ordinateur	2				
	Graphisme, écriture, calligraphie, méthode ETI	5				

Annexe 9 : Droits d'utilisation des entretiens

Les 5 ergothérapeutes ayant réalisé l'entretien ont signé le consentement de participation suivant :

Aix*Marseille université
Initiative d'excellence

Information : Sophie Albuquerque, 04 91 69 89 74
51, bd Pierre Dramard, 13334 Marseille 15

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

École des Sciences de la Réadaptation – Formation ergothérapie

Autorisation d'utilisation du contenu d'un entretien dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

(Pour une personne majeure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom : …….

Prénom : ……

Adresse : .....

Ville : .....

Contact mail ou téléphonique : .....

AUTORISE :

L'utilisation du contenu échangée dans le cadre d'un entretien mené pour l'enquête exploratoire d'un mémoire en ergothérapie.

Tous les renseignements obtenus lors de cet entretien seront confidentiels et anonymes. Ils sont à destination d'un mémoire en ergothérapie réalisé par Sara ADRIAN, étudiante en troisième année à la Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille.

Un entretien audio et une retranscription écrite de l'entretien ont été/seront prochainement réalisés afin que le contenu de l'échange ne soit pas déformé. Vous avez le droit de consultation sur cette retranscription.

Le travail de fin d'études (mémoire) pourra mentionner la structure de travail (par exemple : SESSAD, Cabinet Libéral, CAMSP, CMP …) en conservant l'anonymat du nom de la structure, ainsi que le pays où vous exercez (par exemple : France, Belgique) dans le but de permettre au lecteur de se situer sur la législation liée à la pratique de l'ergothérapeute interviewé.

Si vous souhaitez que toutes les données soient supprimées dans 1 an, vous pouvez mettre un X à la place de la case suivante : ☐

Fait à :
Le :

(Signature)

Annexe 10 : Résumés d'entretiens

Les verbatims des 5 entretiens faisant 70 pages, ils ne sont pas compris dans le mémoire mais existent dans un document complémentaire qui peut être consulté en étant demandé à l'étudiant-chercheur.

Résumé de l'entretien 1 – E1

L'ergothérapeute belge de l'enquête, diplômée de 1996, travaille en classe d'intégration en Belgique avec une équipe pluridisciplinaire paramédicale et pédagogique. Elle est formée aux thérapies brèves et orientée solution. Non formée aux modèles conceptuels, elle tend à utiliser préférentiellement le PEO-P. A raison de 4 heures par semaine, elle accompagne les enfants référencés TA en Belgique.

La prise en charge se veut d'être congruente, d'abord basée sur la relation au thérapeute ; ce dernier s'intéressant au jeune (ses capacités, ses ressources, ses singularités), la dynamique familiale, l'environnement scolaire (enseignant et groupe classe). Dans toutes les parties personne-occupation-environnement sont identifiés des facilitateurs et des obstacles. Malgré tout, il y a toujours quelque chose de positif à ressortir d'un environnement même non soutenant.

La prise en charge émotionnelle et affective est centrale. Construite autour de l'acceptation de l'aide et du changement (processus d'empowerment) par le jeune, mais aussi par sa famille et l'école, elle vient faire face au déni et/ou aux bénéfices secondaires en évolution. En plus d'associer la présence de troubles d'apprentissages, la phase d'adolescence est complexe, croisant la construction identitaire, la rébellion par rapport à la famille, le besoin d'appartenance à un groupe et celui de reconnaissance allant avec estime de soi et confiance en soi. Le conflit de loyauté est un frein à la prise d'autonomie.

Concernant l'occupation d'aller à l'école, elle peut être un handicap en soi dépendant du type de pédagogie qui y est pratiqué. C'est aussi une occupation obligatoire. Ainsi, la motivation nécessite d'être plurifactorielle pour maintenir la persévérance scolaire. Elle est d'abord extrinsèque puis devient intrinsèque par des objectifs plus personnels. Entre ces deux phases de motivation, réside une perte de sens nécessitant d'agir afin d'éviter le décrochage scolaire.

Dire que l'ergothérapeute n'intervient pas concernant la dimension psychoaffective de l'enfant, c'est éclater l'enfant et ne pas l'accepter dans sa réalité complète, et ainsi mettre en échec

l'enfant, son environnement humain dont le thérapeute inclus. La relation thérapeutique comprend les émotions.

Les outils pour rendre l'enfant le plus autonome possible et le soutenir dans sa dimension psychoaffective sont : être congruent dans la relation à l'enfant, lui donner des outils et adaptations pédagogiques, le mettre en situation de réussite, éviter la mise en échec, ressortir le positif, l'accompagner dans la construction de son identité, le laisser tester des limites, le laisser être parfois dans le refus, en mettant toujours les parents dans le projet pour qu'il soit partagé par tous les adultes autour de l'enfant et qu'il n'y ait pas de dissociation de point de vue entre l'environnement scolaire et familial, des réunions éducatives régulières, et favoriser l'acceptation des aides et du handicap, en formant les enseignants et à chaque rentrée les élèves d'une même classe par des animations d'une à deux heures mettant en situation de troubles d'apprentissages pour conscientiser le trouble et favoriser la compréhension de la part de l'entourage scolaire (enfants et adultes).

Résumé de l'entretien 2 - E2

L'ergothérapeute en CAMSP de notre enquête, diplômée de 1983, a aussi travaillé en SESSAD. Formée au Makaton, à l'autisme, et auprès des bébés, elle accorde beaucoup d'importance à la communication dans la relation avec l'enfant. Travaillant dans une équipe pluridisciplinaire, elle a beaucoup recours à l'expertise des autres professionnels, et fait du lien avec les parents et l'équipe pédagogique (enseignant et AVS).

Au CAMSP, les enfants sont jeunes, en phase de diagnostic, ils ont des difficultés d'apprentissage et un sentiment d'échec souvent lié à l'école. Cela se remarque notamment dans leur comportement, qui peut être associé à une dépression, des troubles neurologiques et des troubles d'apprentissage … Il est important aussi de prendre en compte les violences à l'école et la situation sociale de l'enfant. Les enfants sont évalués à partir d'un questionnaire passé par les parents sur l'autonomie au quotidien, une observation des capacités de l'enfant par rapport à sa tranche d'âge (avec déjà des compensations pour que le bilan ne soit pas une situation d'échec). Aussi, le questionnaire Vineland 2 peut être réalisé.

Ils peuvent avoir des émotions inadaptées, reflets de leurs souffrances. En ergothérapie, la pratique est basée sur la communication et la valorisation, passant souvent par le jeu et le plaisir de réussir, le droit à l'erreur. L'ergothérapeute multiplie les moyens pour un même objectif. Les interventions sont très variées, elles visent avant tout l'autonomie de l'enfant, l'aider à comprendre et à apprendre de manière adaptée à ses capacités et son fonctionnement. L'alliance

dans la relation avec l'enfant est primordiale pour le rendre acteur, il est prêt à accepter certaines contraintes s'il y a de la réussite. La valorisation et l'approche ludique sont un facteur soutenant de la motivation de l'enfant.

Pour agir auprès de l'environnement humain, l'ergothérapeute réalise des fiches de préconisation comprenant des informations sur l'installation, l'autonomie, la valorisation de l'enfant … validée par l'équipe rééducative au complet. C'est donc des actions de formation et d'information auprès du corps enseignant.

Résumé de l'entretien 3 - E3

Une ergothérapeute de l'Ain diplômée en 2015 nous raconte sa mission au sein d'un dispositif d'expertise et de liaison sur les troubles des apprentissages. Ayant une mission première de diagnostic, son équipe pluridisciplinaire (en lien avec des intervenants extérieurs) réalise aussi des interventions personnalisées. Elles peuvent être individuelles et/ou familiales. Les enfants ayant des multi dys- et des troubles associés (anxiodépressifs), la coopération pluridisciplinaire est de mise.

Très axée sur les pratiques canadiennes, elle base son approche sur le MOH et utilise divers outils comme l'approche COOP, le MOHOST version enfant donc le SCOPE, la version enfant COSA du OSA, le VQ Volitional Questionnaire. Le guidage, l'autonomie et la prise de conscience de ses capacités par l'activité sont le fondement de la pratique. L'enfant est acteur de son suivi en déterminant des objectifs en co-construction avec l'ergothérapeute, qui est présent pour l'aider, lui apprendre à faire seul et lui donner parfois une impulsion (motivation externe). La mise en situation de réussite et la valorisation favorisant le sentiment de compétences, elles permettent, selon l'ergothérapeute, de faire que l'enfant soit plus enclin à accomplir des tâches demandant plus d'efforts car il sait qu'il peut développer des stratégies et y arriver. Pour que l'enfant ait un souvenir de cet élan vital remobilisé par l'activité, les plans de l'approche COOP sont gardés et un book est réalisé avec les photos des activités. L'ergothérapeute monte à l'enfant ce dont il a été capable pour une meilleure prise de conscience.

Passer par des tâches de vie quotidienne est souvent fait avant de rentrer dans le cœur des TA via des activités scolaires à rééduquer et/ou apprendre.

Au-delà des facteurs internes à la motivation, il existe des facteurs externes. L'environnement humain est parfois peu informé et formé. Il peut donc ne pas être soutenant. Des entretiens sont

faits systématiquement auprès de l'enfant (avec un bilan par l'observation en situation) et auprès de sa famille et l'enseignant. Les exigences scolaires (regard des autres, conflits, socialisation-isolement) et les exigences familiales peuvent être en inadéquation avec l'autonomisation de l'enfant (parents trop inquiets, ou pression parentale importante, projections, deuil non abouti …).

A l'école ou à la maison, il faut veiller à ce que les adaptations soient mobilisées, que les besoins de l'enfant soient pris en compte afin qu'ils ne se confronte pas trop à l'échec génération une altération d'estime-confiance-image de soi +/- créant une anxiété de performance … et affectant la gestion des émotions. L'ergothérapeute peut remobiliser des outils d'expression des émotions utilisés par la psychologue et aider l'enfant à verbaliser lors d'entretiens et en situation d'activité.

Dans les TA, les compétences en apprentissages et les compétences psychosociales de l'enfant sont affectées. Ainsi, l'ergothérapeute et la psychologue clinicienne ou neuropsychologue sont aussi amenées à intervenir en classe pour réaliser des mises en situation auprès des élèves et du corps enseignant. Pour des enfants qui ont du mal à expliquer leur trouble ou qui sont stigmatisés à l'école, cela permet une meilleure compréhension des autres élèves de la classe, d'apaiser les relations avec les pairs en favorisant la tolérance à la différence. « [Les interventions en classe] ça fonctionne très bien ».

S'intéresser aux causes psychosociales et motivationnelles de l'enfant dans ses tâches de vie quotidienne et scolaire permet d'agir dessus. Il faut le faire de manière préventive car retrouver de la motivation alors que le décrochage scolaire est fait est très difficile.

<u>Résumé de l'entretien 4 - E4</u>

L'ergothérapeute diplômée de 2020 exerce en cabinet libéral. Elle ne côtoie pas d'autres professionnels paramédicaux. Elle est formée à l'apprentissage du clavier à 10 doigts et donc emploi la pédagogie kinesthésique, elle utilise la méthode COOP et en attente d'être formée par l'ANFE.

Les enfants suivis ont de 8 à 14 ans, avec divers troubles dys (hors dyscalculie). La majorité est accompagnée pour l'outil informatique. Ils sont évalués par des bilans étalonnés, de l'observation et du ressenti personnel.

L'approche est globale, centrée sur l'enfant et sur la famille. L'objectif est de favoriser l'autonomie. L'ergothérapeute est aussi acteur de réassurance, il passe par des moyens comme

le jeu, l'expression libre, la valorisation, l'autodétermination d'objectifs. La famille est toujours présente en séance ou bénéficie de débriefing des séances. Cela est fondamental selon l'ergothérapeute pour permettre une conscience familiale de l'évolution de l'enfant, de ses progrès et acquis souvent, et favoriser l'implication parentale pour que l'enfant se sente soutenu. L'ergothérapeute donne souvent des challenges en famille. Les séances sont faites au cabinet ou à l'école, les parents viennent au cabinet sur des séances de 45 minutes (souvent les mères ou grands-parents). Les enfants refusent rarement la présence de l'adulte mais si jamais ce choix est respecté.

Le domaine psychoaffectif est pour cette ergothérapeute l'ensemble des ressentis, des émotions, le sentiment de compétence, la confiance en soi, en l'autre, en les adaptations pédagogiques, l'assurance et l'engagement. Il faut le prendre en compte pour cette population d'enfants en l'évaluant de manière générale et à chaque début de séance. Pour agir dessus, il y a l'écoute, la discussion, l'expression libre, faire verbaliser l'enfant, le laisser autonome sur des parties de séance, la valorisation et la réussite, la conscientisation des progrès, la bienveillance, l'évitement des situations d'échec, et souvent dans des activités ludiques.

Résumé de l'entretien 5 - E5

Le cinquième ergothérapeute interrogé en entretien est diplômée de 2009 en France. Formée à l'intégration sensorielle et à l'accompagnement de la dyspraxie, elle a toujours exercé en SESSD sauf deux années en gériatrie. Elle travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire et intervient à l'école, au domicile ou sur les centres de loisirs. Elle travaille en collaboration avec des psychologues sur des séances collectives et est attachée aux interactions entre les enfants. Les enfants ont de 0 à 20 avec des troubles moteurs auxquels s'ajoutent des troubles d'apprentissages multidys-.

L'approche est centrée sur la famille qui a une grande part dans les échanges, le projet de l'enfant et l'engagement dans le suivi médical et paramédical. Ce sont les psychologues et neuropsychologues qui évaluent le comportement de l'enfant, ses difficultés relationnelles, ses angoisses et anxiétés. Cependant, l'expérience professionnelle est pour l'ergothérapeute ce qui fait qu'on arrive à prendre d'autres dimensions de l'enfant dont l'affectif avec les parents et dans les autres relations sociales. Cette capacité d'observation s'acquiert au fil de la pratique du métier.

La dimension psychoaffective constitue tout ce qui est en lien avec les émotions, les relations à soi et avec les autres, ce qui amène l'enfant à avoir confiance en lui, développer des

compétences et avoir un engagement. La mise en place d'une relation thérapeutique, d'un climat de confiance est autant importante que la technique car c'est elle qui permet d'avancer, d'obtenir l'accord de l'enfant et qu'il partage. Chez des enfants peu engagés, l'objectif premier en ergothérapie est relayé au second plan après la mise en place de la relation de confiance. Pour engager l'enfant, le motiver, l'ergothérapeute peut passer par des objectifs choisis par l'enfant en parallèle des objectifs ergothérapiques. Elle peut aussi mettre en place des contrats avec l'enfant, les parents sont tenus au courant mais c'est l'enfant seul qui les signe.

L'environnement humain global de l'enfant (scolaire et familial) a une influence sur l'engagement de l'enfant dans sa rééducation et sa vie quotidienne, cela ne vient pas que de l'enfant uniquement. Pour se construire et gagner en autonomie, il lui faut un environnement sécure, cohérent, permanent où on a confiance en l'enfant. Le cas échéant ils restent dépendants, hétéronomes, et n'arrivent pas à se mettre au travail et sont dans la frustration. L'ergothérapeute a remarqué que certaines évaluations faites en classe sont biaisées et les refait en cabinet car l'enfant a un engagement différent dans sa classe et en séance. Le confinement a été bénéfique pour trouver l'intérêt à utiliser un ordinateur car tout le monde est passé à l'utilisation de cet outil ce qui a diminué la différence de fonctionnement entre eux et leurs pairs.

Travailler sur la psychoaffectif passe par un travail sur la mentalité des parents, l'accompagnement dans la construction de la confiance en soi et l'estime de soi, à dépasser son handicap. Elle emploie de la guidance verbale, des feedbacks, le droit à l'erreur, la valorisation, les encouragements.

Annexe 10 : Résonnance de l'enquête exploratoire et la revue de littérature

Cette annexe vise à confronter les résultats obtenus par les entretiens lors de l'enquête exploratoire à ceux de la revue de littérature effectuée afin de comparer, corroborer, complémenter ou opposer les résultats de la recherche avec ceux obtenus par l'enquête exploratoire. Il permet aussi de mobiliser les citations des entretiens par une analyse thématique dirigée par les thèmes de la revue de littérature.

Evaluation multidimensionnelle des enfants présentant des troubles des apprentissages

La première partie de la revue de littérature s'était intéressée à l'état émotionnel et psychoaffectif des enfants avec TA, les répercussions sur leur vie scolaire et leur vie quotidienne, et les différents facteurs à évaluer qui pouvait impacter leur motivation et leur participation dans les activités. Nous allons donc mettre en lumière certains éléments retrouvés comme compléments, confirmations, ou s'opposant à la revue de littérature dans les entretiens de l'enquête exploratoire.

- ESTIME DE SOI

La *revue* de littérature mentionnait une faible estime de soi et un faible sentiment d'auto-efficacité chez les enfants ayant des troubles des apprentissages. Ces éléments sont corroborés par les descriptions des ergothérapeutes lors des entretiens.

> *Ce sont « des enfants stressés » qui sont en « manque de confiance en soi » à se dire « mais je vais y aller mais est-ce que je vais réussir à faire ça ? » « Je ne vais jamais y arriver » (E5), qu'ils ont « besoin de réassurance » (E4), « avec une certaine anxiété de performance, avec un manque de confiance en soi ». Ce sont des enfants qui vont se poser quand même pas mal de questions sur ce qui leur arrivent, sur l'ordinateur. » (E4)*
> *« Pas par le regard des autres c'est un truc que je n'ai pas trop pour l'instant » (E4)*
> *« Typiquement prendre confiance en lui alors ensemble c'est encore hyper fragile » (E3)*

- COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

La revue de littérature a mentionné une dimension médicale et psychiatrique car 50% enfants dys sont atteints d'un trouble psychiatrique dans leur vie, et une autre étude avait mentionné la présence de cauchemars, ce qui n'est pas ressorti dans l'enquête exploratoire. Cependant, la présence de comorbidités psychiatriques a été confirmée. Mais elles n'ont pas toujours de rapport direct avec les TA.

> *« On va dire que moi je suis des enfants qui ont un peu des syndromes anxiodépressifs. Mais c'est vrai qu'après quand c'est vraiment très envahissant je vais avoir tendance à bifurquer chez les psychologues » (E3)*
> *« Parfois associé à des difficultés de comportement parfois même à simplement une dépression un moment à des enfants qui sont très très mal, qui sont en difficulté à l'école et qui n'arrivent pas trop bien à apprendre, ils ne sont pas très disponibles sur d'autres soucis » (E2)*
> *« C'est rare qu'ils aient par exemple qu'une dyspraxie ou qu'une dysgraphie, souvent ils ont des troubles multiples qui sont associés ou à côté des troubles anxieux, voire dépressifs, voire des fois des troubles du spectre de l'autisme » (E3)*
> *« Mais tu te rends compte quand même que à l'adolescence, c'est une période où il y a plein de choses qui vont entrer en ligne : la construction identitaire, la rébellion par rapport à la famille, l'obligation de faire partie d'un groupe, bah il y a plein d'autres choses qui vont jouer. Et donc ça n'a pas spécialement à voir avec le fait qu'ils ont un trouble d'apprentissage dans l'absolu » (E1)*

- DENI DES DIFFICULTES/CONSCIENCE

Le déni des difficultés mentionné comme existant dans la revue de littérature est rarement ressenti par les ergothérapeutes. C'est plutôt une conscience des difficultés à laquelle s'associe un refus. Les enfants engagés dans un suivi paramédical semblent généralement conscients de leurs difficultés. Souvent les refus concernent les temps d'évaluation en ergothérapie, dans les débuts de suivi lorsque la relation thérapeutique et le climat de confiance n'est pas installé. **Pourquoi l'ergothérapeute accepte-t-il sur ces temps de refus de ne pas bilanter l'enfant et de remettre à plus tard ? A quel point accorde-t-il de l'importance à l'estime de soi de l'enfant ?**

> *« Vraiment quand ils refusent tout, ça m'arrive hein, on fait juste une observation » (E2)*
> *« On se rend compte qu'il y a des enfants qui qui ne veulent pas avoir des troubles, qui pensent que s'ils avaient mieux travaillé, s'ils avaient été plus courageux ils n'en seraient pas là, il y a le regard des autres qui n'autorise pas toujours le jeune à accepter l'ordinateur, accepter d'avoir quelqu'un assis à côté de lui en classe » (E1)*
> *« Donc là aussi il faut prendre en compte sur le fait que peut-être des bilans ils sont aussi euh floutés, en fait que quand l'enfant manque de confiance en lui et forcément avec le manque de confiance en soi on ne montre pas forcément toute l'étendue de nos*

> *capacités du coup cette dimension psycho affective je la vois, je la prends en compte dans mes suivis » (E3)*
> *« Il m'est arrivé [...] d'avoir face à moi un jeune qui refusait beaucoup car il sentait qu'il pouvait être en difficulté. Dans ces moments-là je ne fais pas de bilan quantitatif, je n'utilise que des observations donc je vais passer par des jeux pour voir ce que je voulais voir. » (E5)*

Comment peut-on agir ou déterminer ces éléments d'estime de soi et de ressenti de l'enfant ? Est-ce à l'ergothérapeute de prendre ce rôle, d'évaluer cela dans toutes les situations ?

- ECHEC SCOLAIRE – SENTIMENT D'ECHEC

Il est aussi mentionné des échecs scolaires, la difficulté à atteindre des résultats homogènes dans la revue de littérature. Les ergothérapeutes semblent peu concernés par les résultats scolaires de l'enfant. Ce sont les parents qui s'occupent des devoirs. Ils s'attardent plutôt aux sources de motivation de l'enfant dans son occupation d'aller à l'école.

> *« La particularité avec l'enseignement c'est que c'est une occupation qui n'est pas choisi par le jeune. [Pour évaluer leur motivation dans les activités] on va faire beaucoup quand même à l'intuition parce que quand on fait le MCRO, et qu'on leur demande sentiment de performance, d'importance etcetera. Euh bah tu as quand même énormément de biais qui vont intervenir, tu as la désirabilité sociale qui va intervenir, tu as la motivation extrinsèque en fonction du de la famille, tu as son humeur du jour et énormément de paramètres donc il faut pouvoir aiguiser je dirais son sens de l'observation. » (E1)*
> *« Tu commences toujours par une motivation extrinsèque par rapport à la tâche solaire : l'enfant veut réussir parce que c'est important pour sa famille, pour ses parents, parce qu'il veut faire plaisir etcetera ; et puis il y a un moment donné où la réussite scolaire devient son enjeu personnel parce qu'il y a un projet » (E1)*
> *« Il est prêt à accepter certaines contraintes s'il y a de la réussite » (E2)*
> *« Il y a des facteurs externes parce que l'enfant il n'est pas tout seul il vit dans un dans un milieu et que le milieu dans lequel il évolue euh conditionnent quand même franchement sa motivation, le contexte socio-économique, la culture et toutes les représentations que vont avoir son entourage » (E3)*

> *« Pour trouver de la motivation ce n'est pas toujours simple, ça dépend des intérêts, et en même temps il y en a certains qui montrent de la motivation et qui ont même à revendre mais ce n'est pas pour autant qu'ils y arrivent et du coup on a des fois peur qu'ils s'épuisent et puis qu'ils s'effondrent complètement aussi. »(E3)*

Malgré tout, ils identifient les difficultés, les sentiments d'échec que peuvent vivre les enfants avec TA dans leur quotidien scolaire.

> *« Enfants qui se sentent très souvent en échec (surtout quand ils sont petits) par rapport à la vie quotidienne ou à l'école. C'est des enfants qui vivent l'échec déjà, en moyenne section de maternelle ou en grande section de maternelle, ils sont déjà en situation d'échec donc ce qui est important c'est de les revaloriser, de leur redonner une impression de réussir quelque chose. Ce sentiment d'échec est là très souvent. » (E2)*
> *« Si ce n'est pas adapté ben se confronter tout le temps à l'échec sans cesse en donnant tous les efforts qu'on peut sans jamais y arriver ça a quand même un gros impact sur l'image qu'on a de soi et sur la dimension affective aussi euh tout ce qui va être prise en compte des besoins du coup au sens large c'est à dire ben un enfant qui est inquiet. »*
> *« Ils vont être plus enclins à prendre confiance en eux sur des tâches du quotidien que sur des tâches scolaires puisque les troubles des apprentissages s'expriment préférentiellement dans les tâches scolaires plutôt que des tâches du quotidien » (E3)*

- ATTRAIT POUR L'ECOLE

Pour autant, leur attachement à l'école n'est pas forcément atteint dans la généralité, malgré quelques exceptions, même si leur goût pour l'effort et la difficulté n'est pas spécialement prononcé, et leur engagement dans les devoirs scolaires nécessite un accompagnement régulier des parents.

> *« J'en ai certains qui n'aiment pas l'école mais pas trop, ils n'aiment pas l'école parce qu'ils ne veulent pas travailler en soi, ils sont là « je n'ai pas envie de faire-ci je n'ai pas envie de faire ça » mais ils sont plutôt contents d'y aller parce qu'il y a toujours les copains mais je n'ai pas trop de difficultés avec l'école. » (E4)*
> *« J'ai souvenir en particulier d'un enfant adolescent qui était au collège, et euh qui ne se supportait pas du tout à l'école et pour lequel c'était extrêmement difficile. Et il profitait que moi je le fasse travailler sur l'ordinateur parce qu'il était vraiment en grande difficultés pour écrire à la main. Et il profitait de ce moment-là pour dire sa*

> *souffrance, et on a pu, j'ai pu m'appuyer sur ce qu'il m'écrivait pour lui demander s'il acceptait que je retranscrive ce qu'il avait écrit du coup parce qu'il n'arrivait pas à le dire et on s'est servi de ça pour lui permettre d'aller danser dans un autre cursus scolaire. » (E2)*
> « *J*e trouve que les enfants qui ont perdu euh cet élan de motivation dans les troubles des apprentissages c'est super difficile à récupérer ensuite » (E3)

- DOULEURS PSYCHIQUES - SOUFFRANCE

Ces enfants peuvent être confrontés à des douleurs psychiques plus importantes du fait de l'échec scolaire comme le mentionnent les citations précédentes. Parfois l'environnement humain autour d'eux peut leur renvoyer une image douloureuse. Une ergothérapeute a mentionné cela dans le cadre scolaire avec des professeurs qui ne comprenaient pas les répercussions du TA sur les capacités de l'élève et l'associaient à un défaut de performance volontaire :

> *« C'est parfois très violent quand même pour l'enfant qui est déjà en situation d'échec et où moi j'ai entendu des enseignants dire « mais il fait exprès » où avoir l'impression J'ai entendu « non mais il le fait exprès ce n'est pas possible » « il fait aucun effort » des choses comme ça. J'ai souvent entendu dire d'autant plus avec les enfants qui ont des troubles des fonctions exécutives où les troubles sont plus difficiles à reconnaître parce que moins voilà, un enfant qui a un trouble du graphisme ou une grande maladresse, on voit. Un enfant qui a un trouble des fonctions exécutives, il est en difficulté mais il y a des moments où il arrive à faire des choses très compliquées donc on comprend plus grand-chose. » (E2)*
> Si l'environnement est bienveillant *: « euh ça peut être dans l'autre sens en fait c'est plutôt valorisant et surtout qu'après c'est des enfants qui vont voir les progrès de, enfin l'ordinateur ils vont de suite capter dès qu'on les met, ils sont un peu plus rapides donc ils sont à un stade où ils peuvent très bien suivre en fait donc eux ils sont beaucoup plus rapides que les autres enfants avec l'ordinateur du coup ils terminent avant ils sont assez fiers » (E4)*

Les professeurs sont-ils les seuls membres de l'environnement humain à générer une souffrance chez l'enfant ? Quels sont les autres niveaux de l'environnement humain auprès duquel l'ergothérapeute peut agir ? Tous les niveaux de l'environnement humain font-ils partie de son champ d'intervention ?

- SOURCE DE MOTIVATION / ENVIRONNEMENT HUMAIN - INTERETS

Les enfants avec des TA ont été décrits comme motivés par la nouveauté, par exemple l'apprentissage d'une nouvelle langue, mais que ceci est également dépendant de l'enthousiasme de l'enseignant et de l'estime de soi des enfants. Les ergothérapeutes confirment que les enseignants ou professeurs sont plus ou moins impliqués, et que la motivation de l'enfant à aller vers une tâche dépend aussi et surtout du facteur familial, de la marge d'autonomie qu'il a acquis au sein de sa famille et dans son éducation.

> *« L'estime oui en effet ça doit être travaillé mais tu vois de nouveau, ce n'est pas travaillé qu'avec le jeune, ça doit être avec ses parents : comment est-ce que le parent va le regarder ? Parce que ça aussi, tu te construis par rapport au regard des autres. Comment est-ce que je peux me construire avec un ordinateur ou avec des troubles ? tu vois que je suis quoi ? je suis un trouble c'est quelqu'un qu'il faut faire plus attention « (E1)*

- LA DEPENDANCE – LA DELINQUANCE ?

L'ergothérapeute, dans son approche axée sur l'autonomie et l'indépendance, apporte aussi des éléments sur la notion de dépendance, particulièrement problématique durant la phase adolescente. C'est plutôt la dépendance que la délinquance, comme l'indiquait un article de la revue de littérature, qui est issue de ces problématiques.

> *« Avec la pathologie, se crée une relation de dépendance et une impossibilité à se rebeller. A partir du moment où il y a un trouble d'apprentissage, il va y avoir des relations d'interdépendance qui vont se créer euh et qui vont empêcher le jeune de de vivre librement ces différentes étapes. » (E1)*
> *« Mais ce qui peut bloquer parfois c'est les parents qui les maintiennent dans une dépendance à eux et donc avec les dieux qu'on va travailler en lien pour faire bouger les parents en fait. » (E5)*

Comment aider l'enfant à se considérer indépendant alors qu'une aide humaine ou pédagogique est présente avec lui au quotidien pour pallier ses troubles ?

La place des parents est alors primordiale dans l'autonomisation de l'enfant et son élan à faire face aux difficultés.

> *« Si je me rends compte que le parent ne demande rien à l'enfant, jamais, il fait toujours pour lui et ne laisse pas d'autonomie à l'enfant parce que ça va plus vite de [faire à sa place]. **L**es parents quand l'enfant est en difficulté, ils auront tendance à faire pour lui donc il faut arriver à les décaler, et puis laisser le temps parce que très souvent ils vont trop vite aussi ils ne laissent pas le temps à l'enfant » (E2)*

- GUIDANCE ACCOMPAGNEMENT – SENTIMENT DE COMPETENCE - AUTONOMIE

L'ergothérapeute prend alors pour rôle de guider l'enfant, guider les parents, rassurer et donner de l'assurance. Mais que faire lorsque l'environnement humain de l'enfant n'est pas soutenant ? Comment l'ergothérapeute intervient-il ?

> *« Ce qui manquait c'était juste l'élan de confiance [...] elle a repris un petit peu ce sentiment de compétence et ce sentiment de "ouais en fait j'arrive et je suis capable de faire des choses" [...] du coup bah elle osait plus facilement après se lancer dans des activités qui était plus compliquées pour elle parce que bah elle savait quand même qu'elle avait des compétences. » (E3)*
> *« Des difficultés à intervenir si l'environnement familial n'est pas soutenant dans les apprentissages » (E4)*

Comment accompagner les enfants à augmenter leur autonomie dans leurs tâches scolaires s'ils ne sont pas en autonomie à la maison ? Peut-on amener l'enfant à trouver ses stratégies et sortir de cette dynamique familiale de dépendance ? Comment l'enfant peut-il être acteur de sa vie à la maison et de sa vie scolaire?

> *« L'indépendance c'est la sécurité du lien. Par exemple, un enfant qui ne supporte pas la frustration, où il y a très peu de cadre à la maison, et à côté, c'est un enfant qui ne rentre pas dans les apprentissages, qui refusait les bilans. Il y a quand même des choses qui expliquent ça : la dimension psycho affective qui est très importante dans les apprentissages et qui amène le fait que l'enfant n'arrive pas à être un élève parce que pour être élève il faut accepter la frustration beaucoup, travailler avec l'autre, prendre l'autre comme exemple ... Il faut montrer à l'enfant qu'il peut avoir confiance en lui et donc confiance en l'autre le valoriser, l'observer sans l'empêcher » (E5)*

Au contraire, certains enfants peuvent réussir en étant soutenus par leurs parents. Il existe aussi des environnements bienveillants et qui favorisent l'autonomie :

> *« Les parents les ont aidés à avoir une estime d'eux-mêmes, où ils ont amené à dépasser le handicap et à pas sûr adapté ça leur a permis d'aller plus loin que on aurait pu imaginer » (E5)*

Intervention pour les enfants présentant des troubles des apprentissages

La deuxième partie de la revue de littérature avait mentionné les pratiques, l'importance des dispositifs pédagogiques dans les apprentissages, les interventions possibles et des éléments concernant la prise en charge pluridisciplinaire.

Dans les entretiens, l'intervention en ergothérapie a été questionné principalement au travers des atteintes psychoaffectives. Pour retrouver les éléments d'intervention générale, les outils utilisés ont été mentionnés dans l'analyse des résultats du questionnaire de l'enquête exploratoire.

- VISION GLOBALE DE L'ENFANT

En ergothérapie, l'objectif premier mentionné est l'autonomie de l'enfant, l'ergothérapeute agit alors dans ce sens. Concernant les modèles d'intervention, les ergothérapeutes ont mentionné des approches tout d'abord centrées sur l'enfant, mais aussi centrées sur la famille. L'ergothérapeute intervient aussi auprès de l'école. Ces approches globales corroborent la revue de littérature à savoir qu'une vision globale (aussi dite holistique) est un facteur d'amélioration de l'estime de soi. Selon leurs années de formation, les ergothérapeutes sont plus ou moins formés aux modèles conceptuels mais malgré tout, la prise en compte de l'enfant dans son environnement et ses activités est généralisée.

> *« Approche holistique ou systémique » (E1)*
> *« Prendre en compte tous les éléments c'est-à-dire que euh on voit les enfants une fois dans la semaine, ce qui était important c'est quand même d'avoir euh d'aller à l'école aller au domicile d'aller sur le lieu de vie des enfants, d'essayer d'associer les parents au maximum pour que les parents puissent aussi comprendre la démarche auprès de l'enfant et essayent de valoriser les choses importantes [...]en modèle, le PEOP.» (E2)*
> *« Le MOH, la MCRO, la méthode COOP »(E3)*
> *« Approche centrée sur la famille puisque mes séances se font avec elle » (E4)*

Il était conseillé d'utiliser différents modèles : sensorimoteur, cognitif, biomécanique, psychosocial, visuel, perceptivo-moteur, approches combinées ... En ergothérapie, les

approches sont multiples et sous-tendue par des modèles conceptuels variés : biomédicale, ludique, biopsychosociale, COOP, intégration sensorielle, MOH, neurodéveloppemental, MCRO, top-down, systémique, bottom-up, centrée sur l'enfant, centrée sur la famille...

- APPROCHE MEDICALE ET PEDAGOGIQUE

Ce sujet, à l'origine pédagogique et psychologique, est passé dans les domaines scientifiques et médicaux avec une importante hausse diagnostique. Le diagnostic facilite la mise en place d'outils pédagogiques. Les ergothérapeutes confirment qu'il n'y a pas de début de suivi sans diagnostic, et les prises en charges sont poursuivies seulement lorsque le milieu socioéconomique de l'enfant est aisé lorsque la MDPH et la Sécurité Sociale ne font plus partie du processus.

Le contexte social, économique, culturel des enfants peut aussi avoir un impact sur leurs apprentissages et leurs troubles.

> *« J'ai vu des enfants qu'on aurait pu qualifier dans les troubles des apprentissages, mais qui pourraient s'épanouir si la situation sociale change donc c'est vrai que tu veux il faut être prudent là-dessus »(E2)*
> *« Qui va être facteur de stress tout ce qui va être euh . Isolement aussi ! Les familles qui sont qui n'ont pas forcément les ressources autour d'elle bah enfin tous les enfants n'ont pas accès à un psychologue tous les enfants n'ont pas accès à des professionnels de soins à un moment donné s'ils en ont besoin et ça va quand même jouer sur du coup tout leur développement par la suite et tout à la fin, pour moi, tout le développement de cette de ces aspects affectifs aussi » (E2)*

Les enfants suivis par les ergothérapeutes sont plus en primaires et au collège. Ainsi, il n'a pas été possible de relever une évolution de la présence d'adaptations entre les niveaux de classe. Cependant, les types de pédagogie enseignées et le système scolaire ont été relevés comme des facteurs influençant l'apprentissage, que ce soient les classes d'intégration en Belgique ou le système de pédagogie universelle au Canada.

Les ergothérapeutes n'ont à aucun moment mentionné la présence ou l'impact de thérapies médicamenteuses dans leurs pratiques.

- INTERVENTION INDIVIDUELLE AVEC L'ENFANT

Le champ d'intervention de l'ergothérapeute lorsqu'il intervient en séance individuelle porte principalement sur la prise de notes en classe, l'autonomie dans les activités quotidiennes et l'organisation scolaire. Elle peut porter sur des multiples habiletés : les fonctions motrices fines comme le graphisme, les fonctions cognitives comme l'exploration visuospatiale, les fonctions exécutives ... Il met notamment en place des adaptations pédagogiques comme l'outil informatique.

> *« Le graphisme on le fait aussi, on fait tout ce qui est activité du quotidien » (E3)*

Une des aides techniques les plus présentes est l'ordinateur, frappe au clavier, automatisation et mises en situation pratiques. C'est en effet le cas, avec majoritairement une approche ludique associant des jeux sur l'ordinateur.

> *« Partiellement a compensé du coup cette difficulté d'accéder à la lecture et à l'écriture et bah ils sont plus enclins à se lancer dans leurs devoirs enfin on ne va pas dire qu'ils y vont avec « ouais super j'ai des devoirs » ça reste des enfants qui n'ont pas forcément envie de faire leur devoir mais ils qui savent que ça ne va plus durer 3h qu'il y a une aide, un ordinateur et du coup ça va durer peut-être +1/4 d'heure comme tout enfant normal » (E3)*

Il était mentionné une prise en considération à moindre degré des troubles psychoaffectifs. Certes, les ergothérapeutes interrogés sont sensibilisés à ce sujet puisqu'ils s'y sont intéressés pour participer à l'enquête, mais pour eux cela est considéré au besoin et pas à sous-considérer.

> *« Quelquefois certains enfants, on avait fait tout un rituel sur le début de séance où il devait me dire comment il se sentait, expliquait ce qu'il ressentait et on en discutait, et ça permettait au moins de juger un petit peu comment allait être la séance et ce dont il allait avoir besoin » (E3)*

Peut-être en pratique est-ce moins réalisé que ce qui est dit ? Une ergothérapeute mentionnait d'ailleurs pour elle l'importance de l'expérience professionnelle dans la considération de l'état affectif de l'enfant, dans une relation et un lien avec l'enfant qui permettent de ressentir cela.

> *« J'ai accueilli beaucoup de de stagiaire, ça a pu être parfois dur car je trouvais que ça pouvait être de très bons techniciens mais dans la relation pas très à l'aise et en grande difficulté, et ça c'est dommage » (E5)*

On peut alors se questionner sur l'enseignement reçu en ergothérapie et son impact dans la prise en compte de la dimension psychoaffective, au-delà de considérer seulement la personnalité et

l'histoire de vie de l'ergothérapeute. Comment la formation des ergothérapeutes impacte-t-elle leur façon d'être en relation ?

- INTERVENTION FAMILIALE

Les ergothérapeutes exercent donc en lien étroit avec la famille mais aussi avec l'environnement scolaire. **Comment interviennent-ils en lien avec l'environnement scolaire et familial ? Quels sont les moyens d'intervention ?**

> *Besoin de l'aval des parents pour proposer des adaptations (E1)*
> *Participation des parents aux projets individuels (E2, E5)*
> *Possibilité de suivis familiaux (E3)*
> *Présence de la famille durant chaque séance: « ce qui joue aussi c'est que j'implique les parents dans le suivi de leur enfant et du coup il se sentent forcément concernés par ce qui se passe et du coup l'enfant il est automatiquement soutenu dans ce qu'il fait ça franchement je trouve ça hyper important au final » (E4)*

Comment collaborer avec l'environnement humain de l'enfant ? Comment sensibiliser l'entourage de l'enfant à ses troubles d'apprentissage ? Comment faciliter l'adaptation de l'environnement humain à l'enfant ?

- INTERVENTION AUPRES DE L'EQUIPE PEDAGOGIQUE

L'enseignant qui est au plus près de l'enfant dans son parcours d'apprentissage, l'ergothérapeute est attentif à la relation entretenue entre l'enfant et son enseignant, et sait l'importance de la relation humaine (duelle) dans les apprentissages.

Les enseignants ne sont pas encore à l'aise avec le concept d'éducation inclusive, ils ne sont pas forcément formés. Il y a des enseignants spécialisés qui peuvent les soutenir ou les ergothérapeutes.

> *« On a besoin de la collaboration des enseignants donc on négocie avec [eux] » (E1)*
> *« Les AVS elles sont très en demande, je pense qu'il n'y a pas trop de formation sur l'aide à l'outil informatique, elles sont en demande de conseil pour pouvoir aider l'enfant avec l'ordinateur quand il prendra ses cours dessus » (E4)*
> *« L'enseignante spécialisée répond à des questions sur les ordinateurs sur les logiciels qu'on peut plus utilisée, comment pallier a-t-elle ou telle difficulté, sur quelle police il faut utiliser, s'ils observent des difficultés particulières [et nous demande des renseignements si besoin, elle travaille beaucoup avec les profs » (E5)*

Le fait que la moitié des enseignants disent ne pas porter attention aux compétences des élèves lorsqu'ils construisent un contenu pédagogique n'est pas mentionné par les ergothérapeutes. En revanche, cela n'empêche pas les ergothérapeutes d'agir auprès d'eux et de les informer.

> *« Ils (enseignants) sont en difficulté parce qu'ils (enfants avec TA) n'arrivent pas à se mettre au travail d'une certaine façon, ils sont avec les copains, ils n'ont pas les mêmes centres d'intérêt, ils ne savent pas trop comment faire avec eux » (E5)*
> *« J'ai des fiches de préconisations à donner à l'enseignant, à l'école » (E2)*
> *« On peut avoir des moments sans l'enfant pour lui expliquer ses difficultés pour montrer les outils qu'on utilise pour leur montrer l'adaptation qu'elles ont à mettre en place en lien avec l'enseignants ». (E5)*
> *« Installation en classe »*
> *« Chaque année en début d'année on prévoit et on fait un document qu'on fournit aux établissements avec les points forts sur les difficultés des jeunes les adaptations à mettre en place en conséquence » (E5)*

- INTERVENTION EN CLASSE

> Et le groupe classe aussi vous le comprenez dedans ? *« Ah oui oui évidemment ! » (E1)*

Comment l'ergothérapeute peut-il inscrire sa pratique dans le système scolaire français et dans l'éducation nationale ? En Belgique, avec le système des classes d'intégration, c'est un peu différent car les ergothérapeutes font partie intégrante des professionnels de l'établissement.

> *« Ici, c'est que à chaque fois qu'il y a un élève qui intègre une classe, il y a une animation qui est faite très vite au début d'année. Et donc on va expliquer les différents troubles à l'ensemble de la classe, on va les mettre en situation donc ils vont réaliser des tâches comme si ils étaient dyslexiques, comme s'il était dyspraxiques, vraiment pour qu'ils puissent conscientiser ce que c'est le trouble euh pour justement favoriser je dirais la compréhension de l'arrivée d'un ordinateur, du fait que les élèves passent les examens et interros en dehors du local, ou qu'ils aient d'autres aides, etcetera, et éviter des réflexions. Donc ça c'est vraiment un travail qui est fait fait d'emblée je veux dire, très tôt en septembre quoi, et qui est fait chaque année, qui est refait chaque année » (E1)*

> *« [Un enfant hyperactif] était déjà hyper stigmatisé, hyper maladroit, il poussait les autres mais vraiment par un manque total de contrôle de lui-même où tout le monde y*

> *compris ses profs se sont un peu braqués contre lui et du coup les relations à l'école c'était hyper compliqué, du coup il n'avait pas d'amis [...] D'ailleurs ce qu'on avait fini par faire, c'était une intervention en classe sur les TA pour apaiser la situation et expliquer à la classe. Pareil, sur les enfants qui ont des troubles du langage comme la dysphasie, souvent ils ont du mal à exprimer leurs émotions mais aussi à suive une conversation, donc on se rend bien compte que plus on grandit, avec des jeux où les enfants discutent entre eux, du coup ça leur demande énormément d'énergie et ils vont avoir tendance à s'isoler parce que trop coûteux pour eux de comprendre une conversation ou alors ils vont entendre fin comprendre que certains mots de la conversation et ils vont croire que c'était méchant envers eux et ne pas comprendre, et du coup ça va créer des conflits là où n'y en avait pas. Et du coup je trouve que les TA ça impacte quand même vachement sur les relations des enfants avec leurs pairs.*
> *Après il y a d'autres enfants pour qui ça fonctionne très bien mais parce qu'ils ont aussi un environnement bienveillant. Parce que les autres s'adaptent et ils ont cette bienveillance naturelle mais ce n'est pas le cas pour tout le monde et du coup pour certains enfants c'est quand même compliqué au niveau des relations. On sent qu'il y a besoin de travailler là-dessus.* || Et les interventions en classe comme ça, ça fonctionne bien ? || *Ça fonctionne très bien ! alors ça ne nous arrive pas non plus hyper fréquemment d'en faire mais en général oui ça fonctionne bien parce qu'on met en situation les autres élèves sur des troubles des apprentissages et ils se rendent compte de la fatigue que ça génère, et que leur camarade il est peut-être agressif à certains moments mais parce qu'il est fatigué, à certains moments il est complétement crevé comme tout le monde quand on est fatigué on gère moins bien ses émotions. Et si si en général ça fonctionne bien et il y a une tolérance qui se met en place beaucoup plus rapidement. » (E3)*

Deux ergothérapeutes sont déjà intervenus au niveau du groupe classe sur de la sensibilisation par des simulations de handicap lors de mises en situation avec des TA en activité et relèvent une bonne efficacité de ce dispositif.

- INTERVENTION PLURIDISCIPLINAIRE

L'ergothérapeute ne travaille pas seul. Les ergothérapeutes n'ont en revanche pas mentionné la collaboration avec des professionnels de la fonction ophtalmique concernant les difficultés sensorielles et troubles de la vision de ces enfants comme cela a pu être conseillé dans la revue

de littérature. En revanche, ils collaborent avec des orthophonistes, neuropsychologues (pour les troubles exécutifs et attentionnels), psychologues (pour les troubles du comportement), médecins pédiatres et neuropédiatres,

Dans l'enquête exploratoire, quatre ergothérapeutes interviennent dans des structures pluridisciplinaires. Ceci paraît primordial pour construire un lien avec les autres professionnels et s'inscrire dans une pratique pluridisciplinaire sinon la prise de contact n'est pas quelque chose de toujours spontané ou facile à coordonner.

> *« Et maintenant, on essaye d'avoir des équipes sur place pluridisciplinaire quoi donc d'avoir quand il y a suffisamment d'élèves pour avoir suffisamment d'heures évidemment, d'avoir orthophoniste logopède ergo, et alors là on se spécialise, on se donne des coups de main en fonction quoi » (E1)*
> *« Puis surtout s'appuyer sur l'équipe, les collègues ont des informations que nous on n'a pas et donc parfois on arrive là eux aussi on mettra en commun nos observations. Dans la partie diagnostic on est dans la partie recherche avec l'équipe, parce que je ne suis pas toute seule » (E2)*
> *« En général y a pas mal de réunions pluridisciplinaires et on est une petite équipe donc dès qu'il y a quelque chose qui nous pose question, on provoque une réunion et on en parle avec les collègues, enfin je travaille rarement toute seule je suis toujours en pluridisciplinaire. » (E3)*

Malgré toute la revue de littérature mentionnait que privilégier une prise en charge pluridisciplinaire reste peu réaliste en pratique. On peut questionner l'échantillon de l'entretien et faire l'hypothèse que dans une pratique de l'ergothérapie en libéral, il est moins aisé ou évident de travailler en pluridisciplinaire. L'enfant n'est pas forcément entouré d'une multitude de professionnels issus de disciplines différentes, et ce n'est pas forcément intégré à la pratique de tous les ergothérapeutes.

> *« Je ne suis pas encore allé à forcément regarder parce que soit l'enfants il n'a quasiment plus de suivi sauf l'ergothérapie ou l'orthophoniste, mais en soi par rapport à ce que je vais faire ça ne m'apporte pas forcément beaucoup de chose » (E4)*
> *« En libéral, l'enfant n'est suivi que par ergothérapeute et/ou orthophoniste et/ou psychomotricien ? Le lien entre professionnels n'est pas toujours facile à mettre en place » (E5)*

> *« C'est plutôt les autres membres de l'équipe qui vont faire des évaluations autour du comportement, alors j'ai oublié de dire que j'ai des collègues psycho qui vont faire des observations quand les enfants arrivent dans le service quand on détecte qu'il y a des difficultés dans le lien, des difficultés à être en relation, une angoisse particulière, de l'anxiété ... » (E5)*

Comment collaborer avec le psychologue ou le psychomotricien sur la dimension psychoaffective notamment ? Et en quoi la structure de travail et la personnalité des différents professionnels impacte la collaboration interprofessionnelle ?

- PSYCHOLOGIE ET EXPERIENCE

La revue de littérature rapportait l'importance de la médiation et ses effets positifs sur la capacité de symbolisation mobilisée dans les apprentissages, permettant aux enfants ayant de graves difficultés d'apprentissages de transformer leurs éprouvés infantiles et de les symboliser. Les ergothérapeutes ont des formations complémentaires variées (thérapie orientée solution, art-thérapie, autisme, pédiatrie, TCC, CO OP, intégration sensorielle, DU neuro psychopathologie, graphisme, outils informatiques, formations par pathologies...) . Malgré tout, elles sentent que lorsque les difficultés psychoaffectives sont trop importantes, cela appartient plutôt au psychologue. Ou alors, des collaborations peuvent être mises en place : échanges d'outils en psychologue, mise en place de séances collectives... Cette collaboration dans les interventions collectives corrobore le fait que les prises en charge collectives nécessitent de la prudence quant à l'atteinte de l'estime de soi.

> *« Dessus (sur le fait de ne pas être le principal intervenant de la dimension psychoaffective) je suis plutôt, avec l'expérience je dirais plutôt, que c'est recueillir leur parole, les écouter, à la limite euh mais c'est pas forcément pour à nous de faire avancer leur difficultés ; C'est-à-dire que si je sens qu'il y a trop de choses, qu'ils ont des non-dits, qu'il y a trop de choses qui arrivent-là qui sont livrées par l'enfant, en général je le ramène à l'équipe et je demande à la psychologue de venir et de recevoir l'enfant » (E2)*
>
> *« Je sais que j'ai une psychologue clinicienne donc du coup je vais avoir tendance à beaucoup m'appuyer sur ma collègue. Réalisation d'ateliers de groupes avec ces deux professionnels, avec du photolangage par exemple ». (E3)*

Suite à tous les éléments énoncés dans les entretiens et les questionnaires, une définition sous forme de synthèse issue de l'enquête exploratoire est énoncée :

La dimension psychoaffective est autant importante que les autres dimensions de l'individu (sociale, cognitive, physique). Elle est sollicitée dans l'ensemble des relations humaines, à soi et à l'autre, donc présente en permanence. C'est un état psychique à un instant T, qui est plus ou moins conscient ou inconscient, et plus ou moins congruent car il existe des biais de désirabilité sociale ou autres qui vont affecter l'expression de cette dimension chez l'enfant. Elle se base sur les relations interpersonnelles (ici entre ergothérapeute et enfant, mais aussi avec toutes les personnes avec lesquelles l'enfant interagit, son comportement, ses réactions), et intrapersonnelles (sentiment de confiance en soi, d'estime de soi, gestion des émotions, humeurs, sentiment de compétence, capacités de résilience …).

« La gestion, la prise en charge émotionnelle et relationnelle fait partie du travail de l'ergo. Et si l'ergo ne le prend pas en compte, tout son travail risque d'être saboté. Tu ne peux pas mettre en place, quel que soit le secteur, tu ne peux pas mettre en place une prise en charge qui vise l'autonomie de quelqu'un si tu ne prends pas en compte toute la dimension affective et toute la dimension relationnelle dans laquelle il vit, parce que toute pathologie il va entraîner des bénéfices secondaires, va entraîner la construction d'une dynamique familiale, si tu viens à changer cette dynamique en amenant de l'autonomie bah tu vas changer la dynamique inévitablement mais alors tu vas perturber les rôles de chacun et la place de chacun. [...] Et donc inconsciemment, eux ils vont mettre en échec pour conserver les bénéfices secondaires donc si tu ne tiens pas compte de cette dynamique-là, euh c'est euh voilà, tu vas t'épuiser et tu vas être mis en échec. Et vu que ça va être une mise en échec à conscience du système familial et du jeune, ils ne vont pas comprendre pourquoi ça ne fonctionne pas, et ils vont être en souffrance. » (E1)

« Pour moi c'est un gros fourre-tout le psycho-affectif mais c'est là où on met tout ce qui est euh on va dire un petit peu syndrome anxieux, que ce syndrome dépressif, tout ce qui va être l'expression et gestion des émotions tout ce qui va être peut-être motivation si enfin toute la dimension un peu plus psychique, toutes les tous les facteurs intrinsèques les enfants qui viennent qui viennent générer sa participation ou non dans les dans les activités. Tout ce qui fait que l'enfant il a l'élan d'aller vers une activité ou pas : est-ce que l'enfant il persévère malgré la difficulté ? est-ce que l'enfant il a envie

> *d'essayer quelque chose qui est un peu plus difficile ? toutes ces choses qui entrent en compte sur tout ce qui est motivation*

Comment est-elle évaluée en ergothérapie ? L'ergothérapeute évalue la dimension psychoaffective par son instinct, feeling, observation, écoute, de manière implicite ou explicite. Il s'attarde notamment sur la manière dont l'enfant se saisit de ce qui lui est proposé. Il peut utiliser des outils comme : échelle visuelle analogique, MCRO avec le sentiment de performance, l'observation directe de la communication verbale et non verbale, l'échange avec l'entourage de l'enfant, un échange en chaque début de séance. Une évaluation par un psychologue permet de déterminer des axes de travail. L'ergothérapeute peut reprendre du matériel proposé par le psychologue (pictogramme des émotions), s'attarder sur les interactions du jeune lors d'activités de groupe avec ses pairs, en collaboration avec psychologue ou psychomotricien.

> *« Moi je fais beaucoup d'échelle visuelle analogique pour leur demander « voilà tu te sens où ? tu te situes où ? il faudrait quoi pour que ça ça aille mieux ? qu'est-ce qui qu'est-ce qui devrait changer ? » (E1)*
> *« Mais c'est plus de l'observation clinique qu'une grille d'évaluation pure. (E3)*

L'ergothérapeute peut-il prendre en compte cette dimension dans sa pratique, malgré qu'elle appartienne au champ de la psychologie ?

> *« Après on voit, avec une certaine expérience on le voit [...] quand on est jeune professionnel on s'attache plutôt aux jeunes et à ses capacités et ses difficultés et puis au fur et à mesure on arrive à prendre en compte d'autres dimensions l'environnement, l'environnement aussi affectif avec les parents, les relations sociales je pense que ça s'acquiert au fur et à mesure de notre métier en fait. Au début, on ne peut pas être attentif à tout, et au fur et à mesure on s'aperçoit qu'il y a des progrès grâce à ça, ça, ça, ça, et pour d'autres non. Et puis les groupes aussi avec différents professionnels j'ai fait un groupe avec un psycho pendant deux ans on s'est beaucoup plus attaché à la relation » (E5)*
> *« Ma collègue psychologue pour le coup n'était pas disponible à ce moment-là mais elle en en avait besoin et du coup elle avait beaucoup perdu en motivation et en parallèle d'un travail avec l'école pour mettre en place des aménagements, moi je lui ai proposé un suivi où du coup elle a déterminé ses objectifs donc on a on a utilisé l'outil OT HOPE [...] et elle a réussi » (E3)*
> *« Il faut vachement les rassurer ». (E4)*

Annexe 12 : Matrice théorique du cadre conceptuel

Concepts	Variables	Indicateurs	Auteurs
Motivation	Extrinsèque	Environnement humain	Sylvie Meyer Rémi Samier, Sylvie Jaques
	Intrinsèque	Confiance en soi Estime de soi Sentiment d'efficacité	Sylvie Meyer Rémi Samier, Sylvie Jaques Arnsten
	Facteurs intra et inter personnels	Facteurs affectifs Facteurs psychologiques Image de soi Autodétermination Comportement Emotions Relations sociales	Anne Dufourmantelle Isabelle Filliozat Jacques Salomé Nathaniel Branden Bundara Gary Kilehofner Daniel Bailly
	Scolaire	Etat dynamique Contexte d'apprentissage	Sylvie Meyer Rolland Viau
Compétences psychosociales	Sociales Cognitives Emotionnelles ou d'autorégulation	Confiance en soi Estime de soi Résilience Résultats scolaires Compétences sociales Adaptation sociale Gestion du stress Autoévaluation	OMS
Sensibilisation	Education à la santé Prévention OTIPM	Approche psychoéducative Environnement humain Changement Modèle d'éducation et d'enseignement Intervention de groupe Inclusion	Association canadienne des ergothérapeutes Daniel Bailly ANFE Sylvie Meyer
Simulation	Outil pédagogique Pédagogie expérientielle Modèle de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisé authentique	Kit de simulation Intervenant Apprenants Briefing Simulation Débriefing	HAS Frenay et Bedard

Annexe 13 : Matrice et infographie du questionnaire du dispositif de recherche

Lien du questionnaire : https://tripetto.app/run/BYY0BYY8VP

Texte de présentation du questionnaire :

Ce questionnaire est un dispositif de recherche différentielle.

Il s'intéresse à l'intervention de sensibilisation menée par des ergothérapeutes en classe, au moyen de mises en situation ou simulations, afin que le groupe classe comprenne ce que sont les troubles d'apprentissages et leur impact sur la scolarité.

Que vous ayez déjà fait une intervention de ce type ou que vous imaginiez ce que cela pourrait apporter dans votre pratique, vos réponses sont dans les 2 cas les bienvenues.

! Merci de répondre aux questions dans l'ordre. Vous pouvez revenir en arrière au besoin.

Consentement de participation : Répondre aux questions vous engage à voir vos réponses prises en compte dans la réalisation du mémoire d'ergothérapie de Sara ADRIAN, dans le respect de la loi RGPD de confidentialité et de conservation des données (conservées pendant 1 an).

Variable étudiée	Question	Modalité de réponse	Objectif
SECTION 1 : INTERVENTION PEDIATRIQUE EN ERGOTHERAPIE			
Population d'exercice de l'ergothérapeute	Etes-vous déjà intervenu auprès d'enfants ayant des troubles d'apprentissage (TDAH, dyslexie, dysgraphie ...)	Oui/Non	Cibler des ergothérapeutes concernés – éviter des biais d'échantillonnage
Environnement humain concerné par l'intervention ergothérapique	A quels niveaux de l'environnement humain de l'enfant intervenez-vous ?	Choix multiple : Parent Famille (parents et fratrie) Enseignants AVS-AESH Classe Ecole	Identifier les niveaux d'action de l'ergothérapeute concernant l'environnement humain gravitant autour de l'enfant
Réalisation d'intervention de sensibilisation pédiatrique	Avez-vous déjà sensibilisé la classe aux difficultés rencontrées par l'enfant que vous suivez ?	Oui/Non/Seulement l'équipe enseignante et adultes de l'école	Savoir si la sensibilisation en classe une intervention pratiquée ou non
SI REPONSE = OUI SOUS-SECTION 1.1 - OUI : SENSIBILISATION EN CLASSE			

Effets de la sensibilisation / classe	Quels sont, selon vous, les effets d'une telle intervention sur les élèves de la classe de l'enfant que vous suivez ?	Paragraphe libre	Identifier des effets de la sensibilisation sur le groupe classe
Effets de la sensibilisation / enseignant	Quels sont, selon vous, les effets d'une telle intervention sur les enseignants (s'ils y assistent) de l'enfant que vous suivez ?	Paragraphe libre	Identifier des effets de la sensibilisation sur l'équipe pédagogique
Effets de la sensibilisation / enfant suivi	Quels sont les effets de manière générale sur l'enfant que vous suivez ?	Paragraphe libre	Identifier des effets de la sensibilisation sur l'enfant suivi
Effets de la sensibilisation / dimension psycho affective de l'enfant suivi	Comment cette intervention agit sur la dimension psychoaffective de l'enfant que vous suivez ? (Les facteurs de la dimension psychoaffective sont listés dans la matrice suivante)	Matrice Echelle : A des effets bénéfiques A des effets possibles N'a pas d'effets A des effets néfastes Croisant des facteurs : Gestion des émotions Relations sociales Confiance en soi Estime de soi Image de soi, sentiment de performance, compétence ou efficacité Comportement oppositionnel Motivation scolaire	Identifier des effets de la sensibilisation sur la dimension psychoaffective de l'enfant suivi, identifier des liens ou absence de liens entre cette sphère de l'enfant et les effets de l'intervention
Moment générateur d'une intervention de sensibilisation	A quelle occasion faites-vous ce type d'intervention de sensibilisation en classe ?	Choix multiple : Début de suivi, dès la rentrée scolaire A chaque rentrée scolaire Fin de suivi lorsque les adaptations pédagogiques sont mises en place Lorsque l'enfant fait face à une situation de crise au niveau psychosocial dans sa classe Lorsque l'enfant fait face à une situation de crise concernant son	Interroger l'origine de l'intervention et le pourquoi de sa mise en place

		engagement dans son travail scolaire A la demande d'un personnel pédagogique ou éducatif De ma propre initiative et proposition	
SI REPONSE NON OU SEULEMENT L'EQUIPE ENSEIGNANTE ET ADULTES SECTION 1.2 - NON : PAS DE SENSIBILISATION			
Causes d'une absence de ce type d'intervention da la pratique	Pourquoi ne faites-vous pas d'intervention de sensibilisation en classe ?	Choix multiple Cela ne fait pas partie de ma pratique Cela ne m'a jamais paru utile Je n'en ai pas l'occasion ou la possibilité au niveau Je souhaite apporter plus de précisions sur ma réponse	Interroger les obstacles à la pratique d'actions de sensibilisation
(Si « je n'en ai pas l'occasion…)	Qu'est-ce qui fait obstacle à ce type d'intervention ?	Choix multiple Structure de travail, rythme, horaires, lieu d'intervention Coopération avec enseignant et établissement pas possible sur ce champ d'intervention	Interroger des obstacles organisationnels
(Si « je souhaite apporter…)	Je ne réalise pas d'interventions de sensibilisation parce que ...	Réponse libre	Comprendre des mécanismes plus complexes, révéler des refus d'intervenir de cette manière, des paradigmes de pratique différents
SECTION 2 : LA PEDAGOGIE, COMPETENCE DE L'ERGOTHERAPEUTE ?			
La compétence de pédagogue	La pédagogie fait-elle partie des compétences que vous développez en tant qu'ergothérapeute ?	Oui/Non	Questionner la place de la pédagogie dans les compétences pratiques de l'ergothérapeute
La pédagogie dans la formation d'ergothérapeute	Avez-vous eu des cours de pédagogie dans votre formation initiale en ergothérapie ?	Oui/Non	Questionner la présence de cours de pédagogie dans la formation

			de l'ergothérapeute
(Si oui) Apprentissages en pédagogie	Pouvez-vous décrire ce que vous avez appris sur la Pédagogie ? (Théories d'apprentissages, outils pédagogiques ...)	Réponse libre	Connaître les notions de pédagogie connues par l'ergothérapeute
SECTION 3 : IDENTITE DE L'ERGOTHERAPEUTE ET CLOTURE DU QUESTIONNAIRE			
Année de diplôme	De quelle année êtes-vous diplômé(e) ?	Date	Interroger la date d'année de diplôme en fonction
Structure de travail	Quelle est votre structure de travail ?	Réponse libre	Interroger le lien entre la structure et la possibilité de mener ce type d'intervention
NOM-Prénom	Si vous le souhaitez, vous pouvez donner votre nom ou prénom (ou noter "anonyme")	NOM-Prénom ou Anonyme	Recueillir l'identité de l'ergothérapeute
Pays d'exercice	Dans quel pays exercez-vous ?	France Belgique Québec	Interroger la causalité du contexte institutionnel dans l'utilisation de sensibilisation dans la pratique de l'ergothérapeute
Mail	Si vous souhaitez recevoir le mémoire par mail, cochez oui et laissez votre mail à la question suivante.	Mail	Envoyer le mémoire et construire un réseau

<u>Message de fin du questionnaire :</u>

Merci pour votre participation ! En espérant que l'étude de ce dispositif d'intervention par la sensibilisation amène à des réflexions qui fassent évoluer la pratique pour le bien-être de ces enfants et adolescents.

Infographie de diffusion du questionnaire :

Annexe 14 : Représentations graphiques des résultats obtenus par la recherche

Figure 1. Nombre d'ergothérapeutes selon leur année de diplôme ayant répondu à la recherche [Histogramme]

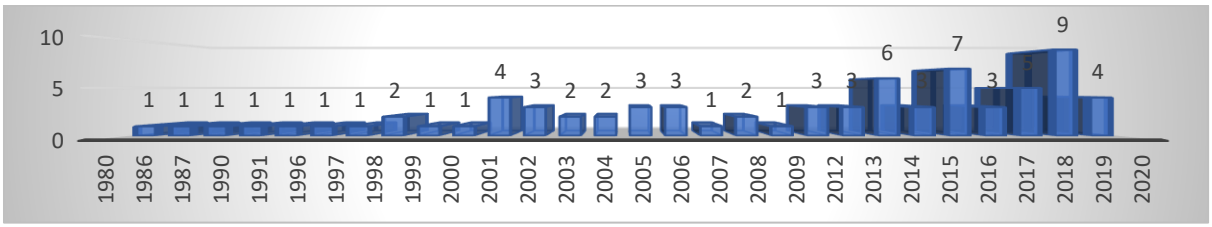


Figure 2. Répartition des ergothérapeutes de l'enquête selon leur pays d'exercice (France, Belgique, Québec) [Tableau et diagramme circulaire]

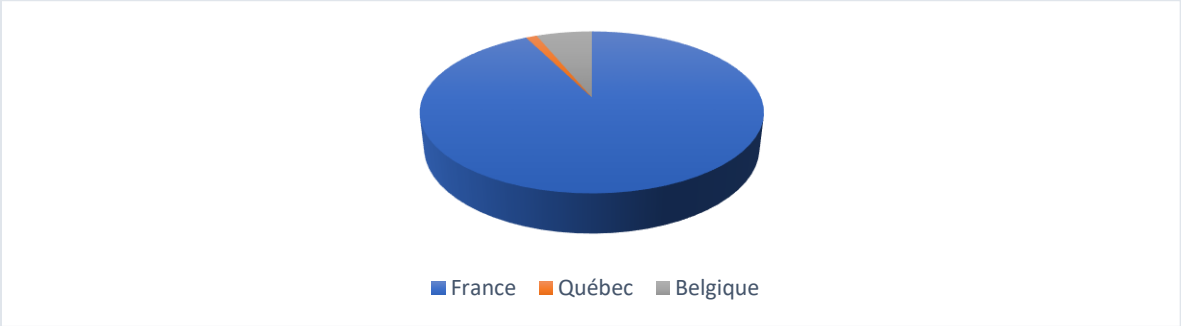


Figure 3. Structures d'exercice des ergothérapeutes de l'enquête [Histogramme en entonnoir]

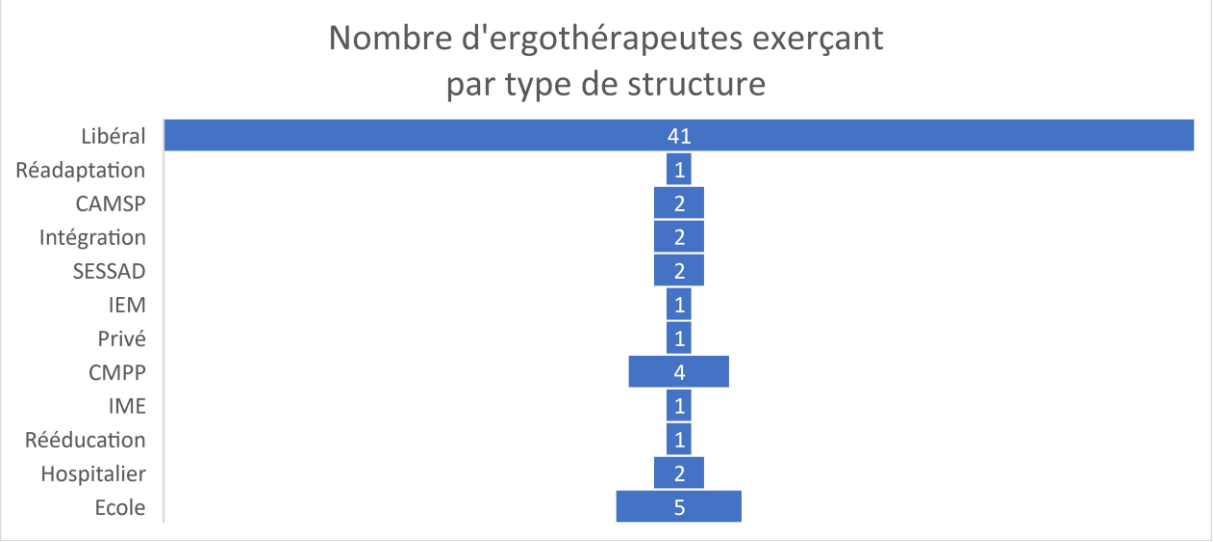


Figure 4. Environnement humain auprès duquel l'ergothérapeute intervient dans sa pratique avec des enfants présentant des troubles des apprentissages. [Histogramme]

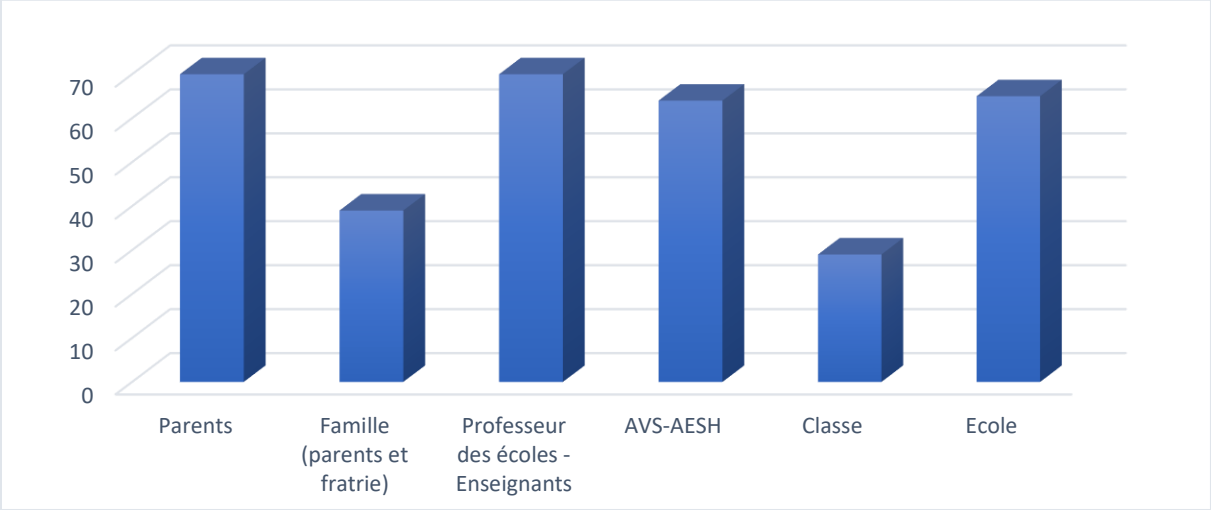


Figure 5. Proportion d'ergothérapeutes de l'échantillon intervenant sur l'environnement humain « classe ». [Diagramme circulaire]

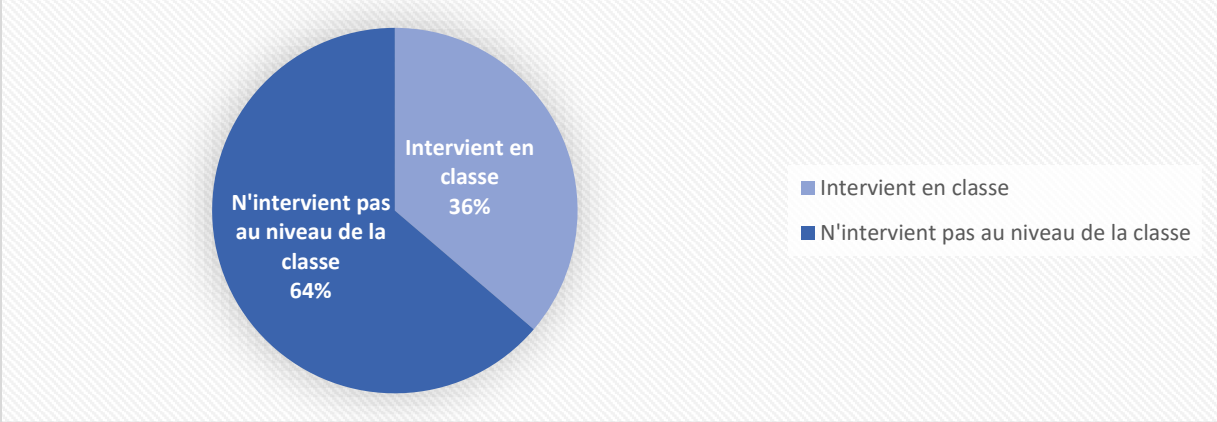


Figure 9. Analyse lexicale des effets de la sensibilisation sur la classe. [Nuage de mots]

Figure 10. Analyse lexicale des effets de la sensibilisation sur les enseignants. [Nuage de mots]

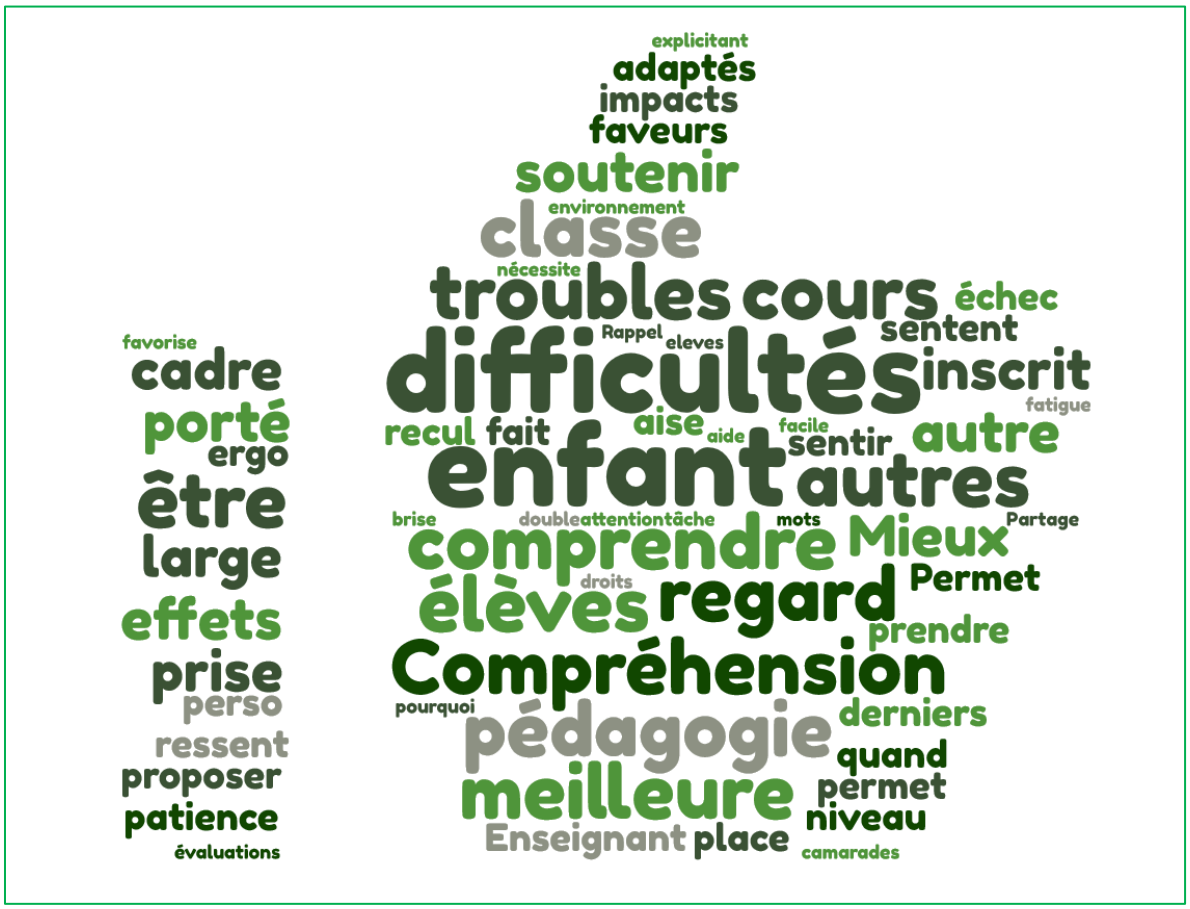


Figure 11. Analyse lexicale des effets de la sensibilisation sur l »enfant. [Nuage de mots]

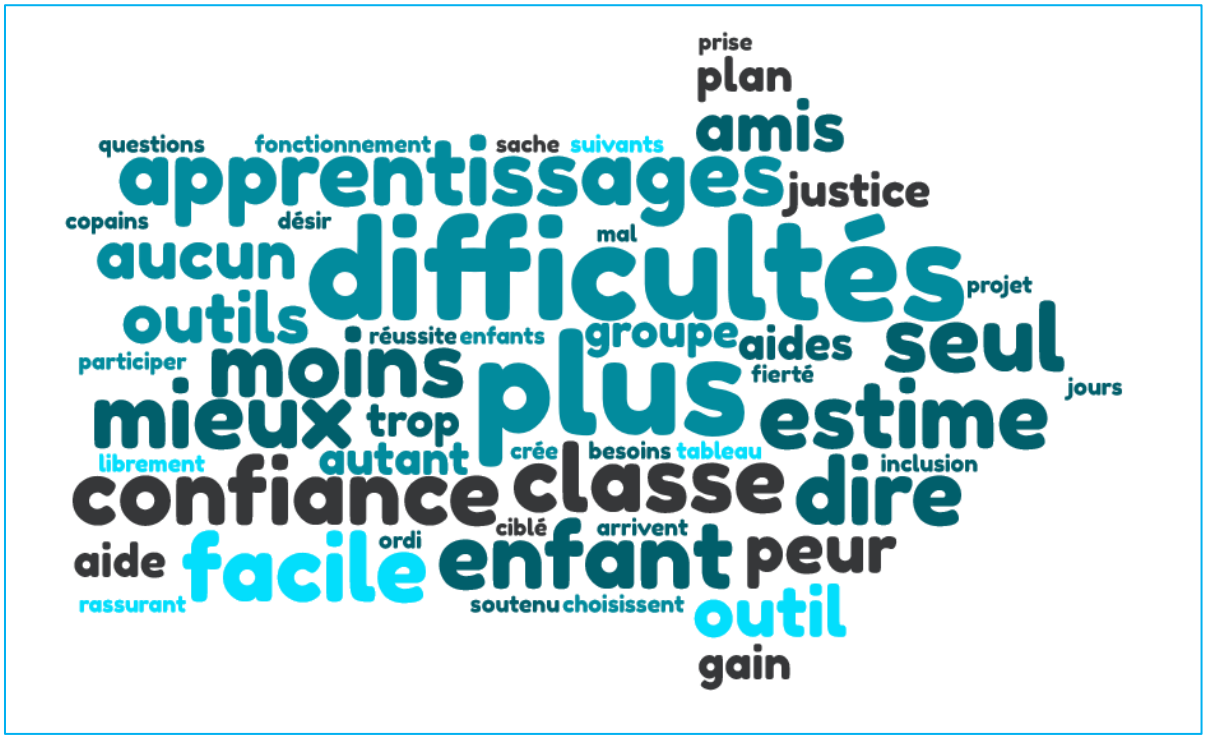


Figure 12. Effets d'une intervention de sensibilisation sur dix facteurs de la dimension psychoaffective. [Histogramme]

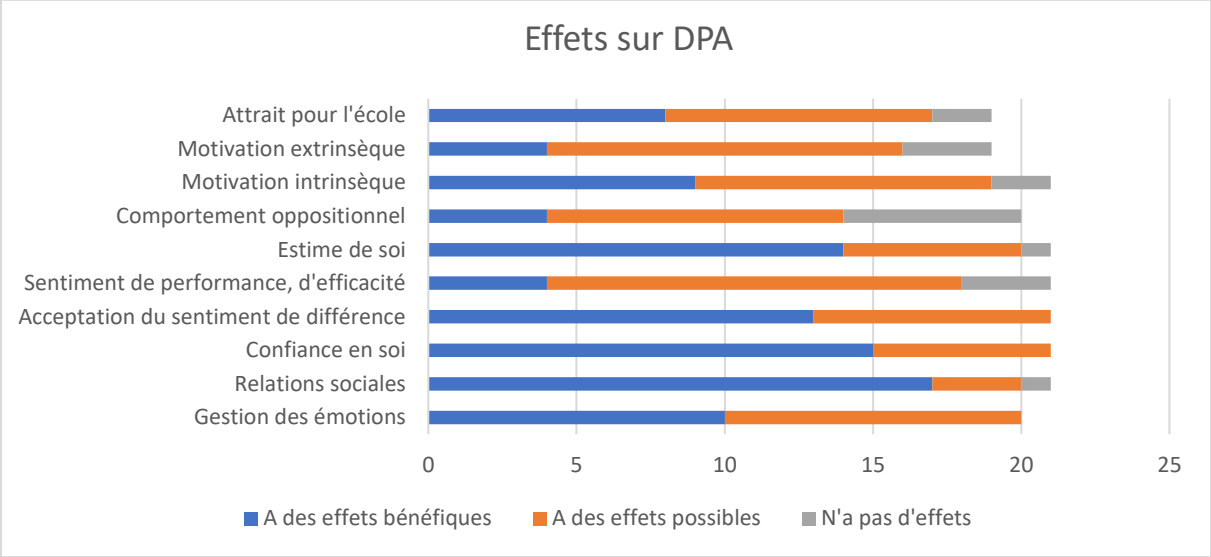


Figure 18. Proportion d'ergothérapeutes ayant reçu des cours de pédagogie dans leur formation [Diagramme circulaire]

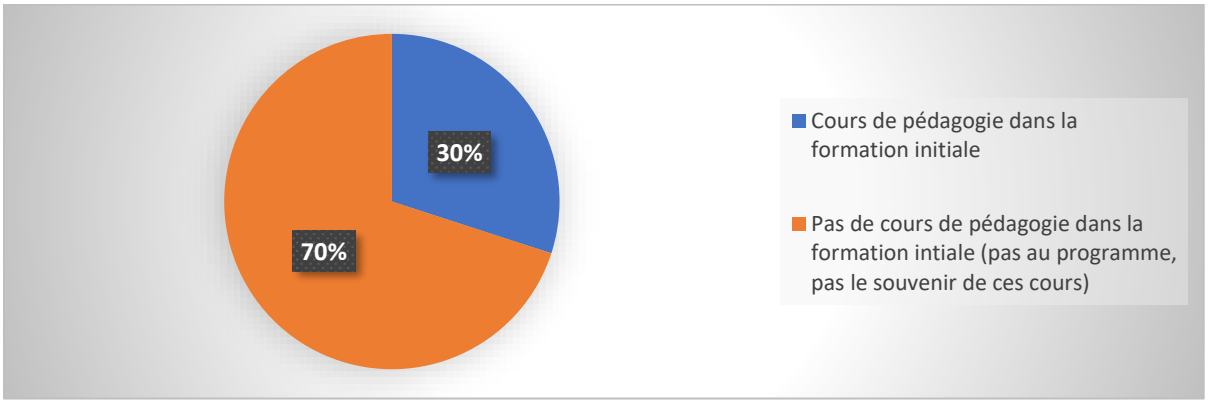


Figure 19. Histogramme associant le développement de la compétence de pédagogie en fonction de la présence de cours de pédagogie dans la formation initiale de l'ergothérapeute.

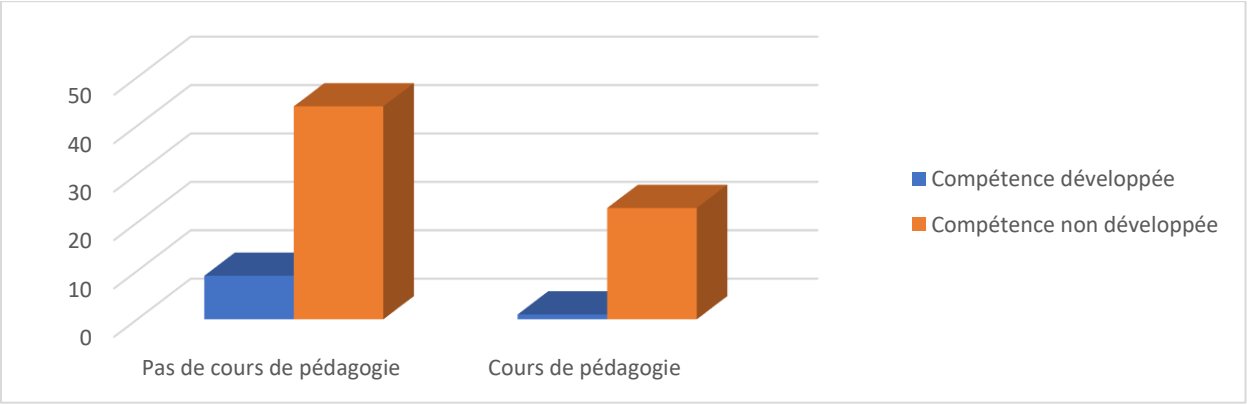
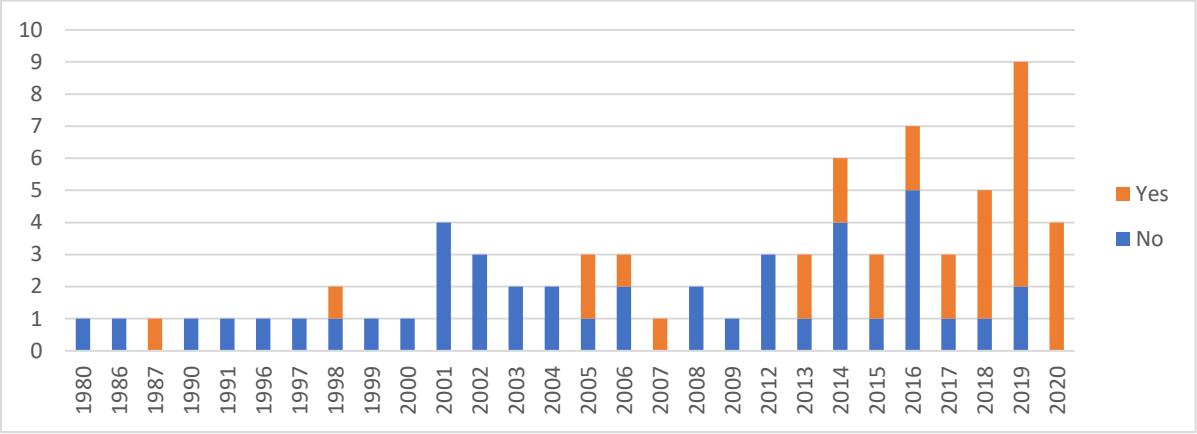


Figure 20. Présence de cours de pédagogie selon l'année de diplôme [Histogramme empilé]



Annexe 14 : Analyse statistique par le calcul du Khi 2

Figure 14. Données traitées et analysées pour l'analyse de la corrélation des variables

Le tableau des valeurs seuil du Khi 2 pour les degrés de liberté n concernés par notre étude est :

Valeur seuil du Khi 2	Taux seuil 5 %
Degré de liberté n	**(a = 0.05)**
n = 1	3.84
n = 9	16.92

Tableau croisé dynamique des effectifs obtenus

	Bénéfique	Possible	Pas d'effet	Total
Emotion	10	10	0	20
Relation	17	3	1	21
Confiance	15	6	0	21
Différence	13	8	0	21
Performance	4	14	3	21
Estime	14	6	1	21
Comportement	4	10	6	20
Motivation interne	9	10	2	21
Motivation externe	4	12	3	19
Attrait pour l'école	8	9	2	19
Total	98	88	18	204

Les valeurs des colonnes « Possible » et « Pas d'effet » ont été additionnées pour s'assurer du respect de la loi du Khi 2, soit que la valeur des effectifs attendus soit dans tous les cas supérieure ou égale à 5.

Tableau de contingence des effectifs attendus

	Bénéfique	Possible ou pas d'effet
Emotion	9,7029703	10,2970297
Relation	10,1881188	10,8118812
Confiance	10,1881188	10,8118812
Différence	10,1881188	10,8118812
Performance	10,1881188	10,8118812
Estime	10,1881188	10,8118812
Comportement	9,7029703	10,2970297
Motivation interne	10,1881188	10,8118812
Motivation externe	8,24752475	8,75247525
Attrait pour l'école	9,21782178	9,78217822

Tableau de calcul de la distance du Khi 2 et comparaison à la valeur seuil du Khi 2

	Bénéfique	Possible ou pas d'effet	Valeur de la distance du Khi2	Comparaison à 3,84	Lien de dépendance
Gestion des émotions	0,00909275	0,00856816	0,01766091	Inférieure	Non
Relations sociales	4,55449393	4,29173467	8,8462286	Supérieure	Oui
Confiance en soi	2,27266692	2,14155152	4,41421843	Supérieure	Oui
Acceptation du sentiment de différence	0,77606828	0,73129511	1,50736338	Inférieure	Non
Sentiment de performance, d'efficacité	3,75857557	3,54173467	7,30031023	Supérieure	Oui
Estime de soi	1,42621405	1,34393247	2,77014652	Inférieure	Non
Comportement oppositionnel	3,35194989	3,15856816	6,51051805	Supérieure	Oui
Motivation interne	0,13855613	0,13056251	0,26911864	Inférieure	Non
Motivation externe	2,18750074	2,06129878	4,24879952	Supérieure	Oui
Attrait pour l'école	0,16089375	0,15161142	0,31250516	Inférieure	Non
		Total	36,1968695 Comparé à 16,92	Supérieure	Oui

Résumé et Mots-clefs

Résumé

Les enfants ayant des troubles d'apprentissage (TA) montrent une moindre estime de soi et des difficultés les conduisant plus souvent à l'échec scolaire. Avoir confiance en soi c'est aussi avoir confiance en l'autre et grandir dans un cadre sécure. Intervenir auprès de l'environnement humain (familial et scolaire) semble alors essentiel. La sensibilisation par la simulation est la seule modalité intervenant sur l'environnement « classe ». Le but de l'étude est d'identifier si elle a un impact sur la dimension psychoaffective (DPA) des enfants présentant des TA. 80 réponses d'un questionnaire adressé à des ergothérapeutes en pédiatrie ont été traitées par une analyse lexicale de fréquence et statistique. Un test d'interdépendance, le Khi 2, a été réalisé pour étudier la corrélation des effets de la sensibilisation en classe sur 10 facteurs de la DPA. 21 ergothérapeutes ont répondu faire de la sensibilisation en classe sans lien de dépendance avec leur structure de travail, et pour les trois quarts c'est de leur initiative. Un impact bénéfique significatif a été perçu sur 7 facteurs de la DPA : relations sociales, confiance en soi, sentiment d'efficacité, motivation externe, acceptation du sentiment de différence et gestion des émotions. La sensibilisation en classe n'est pas systématique mais tend à se développer. Son utilisation semble soutenir la construction de la DPA des enfants présentant des TA. De futures recherches pourraient s'interroger à plus large échelle sur l'utilisation de ce type d'intervention et questionner directement les enfants et leurs environnements humains sur les effets, en questionner d'autres, et interroger la collaboration professionnelle dans cette intervention.

Mots clefs

Troubles des apprentissages, sensibilisation, classe, dimension psychoaffective, ergothérapie

English title

The psycho affective dimension (PAD) of children with learning disabilities (LD) and the impact of an occupational therapy-based simulation-based awareness program for children in classroom attending elementary school.

Abstract

Children with learning disabilities (LD) show lower self-esteem and have difficulties often leading school distress and failure. Confidence in self and others is helped by growing up in a secure human environment, at home and at school. Following exploratory results on PAD mentioning awareness in classroom as an occupational therapy-based intervention, the aim of the study is to measure if whether it has an impact on the children with LD's PAD. Questionnaire was sent to occupational therapists working with children having LD. 80 responses were treated to a frequency analysis and variable interdependence tests (chi-square) were carried out. 10 factors of the PAD were measured by scale of efficiency. The results showed simulation-based awareness programs were carried out by 21 occupational therapists out of the 80. Three out of four times the initiative came from the OT, seldom from the school. It was not linked with the place where OT work. Significant impact was perceived on 6 PAD factors: social relations, self-confidence, self-esteem, acceptance of the feeling of difference, emotions management, and extrinsic motivation. Awareness program in OT is currently being developed but is not systematic. However, this approach remains scarcely studied, despite showing relevance. In view of the effects felt on PAD. Future research needs to be led on larger populations, but also on the approach and how children perceive its impact, how their environment perceives it too, and to search about professional collaboration in this kind of intervention.

Keywords

Learning disabilities, awareness, class, psychoaffective dimension, occupational therapy