

Master of Science conjoint HES-SO - UNIL
en Sciences de la santé
Orientation Ergothérapie

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
DANS LE CADRE DE L'INCLUSION SCOLAIRE
D'ENFANTS PRÉSENTANT
UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
(TSA)

Aurélie Sohier

Sous la direction de
(Ph.D.) Sylvie Tétreault
HES-SO - EESP

Sous la co-direction de
(MSc.) Sylvie Ray-Kaeser
HES-SO - EESP

[Experte MSc. Liliana Staffoni]

Remerciements

Dans le cadre de ce travail de master, je tiens à remercier :

Ma directrice Prof. Sylvie Tétreault pour son aide, ses conseils et tout ce qu'elle m'a appris ;

Ma co-directrice Sylvie Ray-Kaeser pour ses conseils et ses contacts ;

Les participants à l'étude pour leur collaboration ;

Le corps enseignant du master pour les apprentissages que j'ai acquis ;

Les personnes ayant participé aux pré-tests des guides d'entretien et au recrutement des participants ;

Ma famille, mes amis, mes camarades de master et collègues de travail pour leur soutien et leurs relectures.

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1.	Troubles du spectre de l'autisme	1
1.2.	Situation scolaire des enfants TSA	1
1.3.	École inclusive	2
1.4.	But de l'étude	2
2.	Recension des écrits	4
2.1.	Inclusion scolaire	4
2.2.	Collaboration intersectorielle	9
3.	Méthodologie	15
3.1.	Type d'étude	15
3.2.	Sélection des participants	15
3.3.	Méthode de collecte des données	16
3.4.	Analyse des données qualitatives	17
3.5.	Considérations éthiques	18
4.	Résultats	19
4.1.	Caractéristiques des enfants et de l'inclusion scolaire	19
4.1.1.	Daniel	20
4.1.2.	Sébastien	22
4.1.3.	Maxime	24
4.1.4.	Synthèse des entretiens des parents	26
4.2.	Caractéristiques des intervenants	26
4.3.	Représentation de la collaboration intersectorielle par les intervenants	27
4.4.	Représentation des facilitateurs et des obstacles par les intervenants	31
4.5.	Recommandations des intervenants	34
5.	Discussion	36
5.1.	Collaboration lors de l'inclusion scolaire d'enfants TSA : principaux résultats	36
5.2.	Limites de l'étude	40
5.3.	Recommandations pour favoriser la collaboration intersectorielle	41
5.4.	Recommandations pour de futures recherches	42
6.	Conclusion	43
7.	Références	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants (n=3)

Tableau 2 : Caractéristiques des intervenants identifiés par les parents (n=12)

Liste des abréviations (par ordre d'apparition)

APA : American Psychiatric Association

TSA : Troubles du spectre de l'autisme

Enfants/ élèves TSA : Enfants/ élèves présentant un trouble du spectre de l'autisme

HAS : Haute Autorité de Santé

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

LHand : L'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées

CDIP : L'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée

OHS/ WHO : Organisation Mondiale de la santé/ World Health Organization

Résumés

Sujet : L'école inclusive se base sur une collaboration et un partage interprofessionnels. Ces échanges sont essentiels pour offrir à l'élève des services qui répondent à ses besoins, qu'importe leur complexité (Jendoubi, Guilley, Brudelin, & Cecchini, 2017). Pour Thomazet et Mérini (2016), la collaboration permet de dépasser une simple juxtaposition des prises en charge. Elle est indispensable à une intégration scolaire réussie. Pourtant, la présence à l'école de professionnels de la santé, comme l'ergothérapeute, peut provoquer des malaises ou une insécurité chez l'enseignant (Allenbach, Duchesne, Gremion, & Leblanc, 2016).

But : La présente étude a pour but principal de documenter la collaboration intersectorielle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants TSA et de fournir des recommandations.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée, sous forme d'études de cas auprès de trois parents d'enfants TSA fréquentant l'école régulière et des 12 intervenants impliqués. Parmi eux, il y avait trois ergothérapeutes. La récolte de données s'est faite au travers d'entretiens semi-dirigés, retranscrits et validés.

Résultats : La place centrale des parents, l'importance d'une communication régulière, les retombées positives du leadership partagé et la présence de chevauchements de compétences ont été identifiées comme les principaux résultats. Les entretiens ont mis en évidence des facilitateurs et obstacles de la collaboration intersectorielle, une communication ouverte et régulière, une mauvaise compréhension des rôles de chacun. Des recommandations pour améliorer la collaboration et pour amorcer de futures recherches ont été formulées.

Subject : Inclusive school is based on interprofessional collaboration and sharing. These exchanges are essential to provide students with services that meet their needs, regardless of their complexity (Jendoubi, Guilley, Brudelin, & Cecchini, 2017). For Thomazet and Mérini (2016), collaboration makes it possible to go beyond a simple juxtaposition of care. It is essential for successful school integration. However, the presence in school of health professionals, such as occupational therapists, can cause teachers to feel uncomfortable or insecure (Allenbach, Duchesne, Gremion, & Leblanc, 2016).

Purpose : The main purpose of this study is to document intersectoral collaboration in the inclusion of children with ASD and to provide recommendations.

Methods : A qualitative study was conducted, in the form of case studies with three parents of ASD children attending regular school and the 12 stakeholders involved. Among them, there were three occupational therapists. The data collection was carried out through semi-structured, transcribed and validated interviews.

Outcomes : The centrality of parents, the importance of regular communication, the positive impact of shared leadership and the presence of overlapping competencies were identified as the main outcomes. The interviews highlighted facilitators and obstacles to intersectoral collaboration, as open and regular communication, and a poor understanding of each other's roles. Recommendations to improve collaboration and to initiate future research were made.

1. Introduction

L'inclusion scolaire des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) représente un défi pour les parents, l'enfant et les professionnels de la santé ainsi que de l'éducation. Pour bien comprendre les enjeux, le TSA sera décrit tant comme la situation scolaire de ces enfants. Par la suite, l'école inclusive sera définie et le but de l'étude sera exposé.

1.1. Troubles du spectre de l'autisme

Le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013) définit les troubles du spectre de l'autisme (TSA) comme des troubles neurodéveloppementaux liés à un manque de maturation du système nerveux, et ce pour diverses causes. Toujours selon le DSM-V (APA, 2013), ils peuvent se manifester de façons très différentes et sont évalués sur une échelle allant de léger à sévère. C'est d'ailleurs pour représenter l'hétérogénéité des symptômes que le terme spectre est utilisé (Conolly & Gersch, 2016).

Le diagnostic est posé en fonction de deux principaux symptômes : (1) un déficit persistant de la communication et des interactions sociales dans divers contextes ; (2) des schémas comportementaux, d'intérêts et d'activités répétitifs et restreints (APA, 2013). Ces problèmes sont fréquemment associés à une altération du développement social, mais également à de l'épilepsie, des problèmes gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des désordres psychomoteurs, des comportements obsessionnels compulsifs, de l'anxiété ou de la dépression (Strunk, Leisen, & Schubert, 2017).

Même s'il y a peu d'études sur la prévalence de l'autisme en Suisse, il est estimé qu'entre 0,6 et 1% de la population serait concernée par les troubles du spectre de l'autisme (TSA) (Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée, 2016). Il s'agit d'environ 150 000 enfants entre la naissance et 19 ans, en âge scolaire, majoritairement des garçons (Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée, 2016). Aux États-Unis, la prévalence des TSA est estimée entre 1,5 et 2% de la population de moins de 18 ans (Boat & Wu, 2015).

Afin de simplifier le texte, les enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme seront désormais dénommés enfants ou élèves TSA dans l'étude. Les troubles du spectre de l'autisme seront désignés sous l'acronyme TSA.

1.2. Situation scolaire des enfants TSA

Différents symptômes des TSA peuvent altérer le dénouement de la scolarité de ces enfants (Jones Bock, Borders, & Probst, 2016). Par exemple, ils peuvent avoir des problèmes de comportement (Émery, 2013), des difficultés sur le plan social (Goodall & MacKenzie, 2018) ou encore un retard des apprentissages (Adams, Taylor, Duncan, & Bishop, 2016).

Malgré cela une école inclusive pour tous les enfants, qu'importe leur condition physique ou leur état de santé, est recommandée (Jendoubi et al., 2017). C'est d'ailleurs ce que préconise la Déclaration de Salamanque de 1994, qui insiste sur le fait que « chaque enfant doit pouvoir accéder aux écoles ordinaires qui doivent l'intégrer dans un système pédagogique capable de répondre à ses besoins » (Jendoubi et al., 2017, p.13).

1.3. École inclusive

L'inclusion scolaire implique une ouverture et une prise en compte des besoins de chacun, sans se limiter à ceux des personnes présentant des difficultés (Prud'Homme & Ramel, 2016). Elle permet aux milieux éducatifs et scolaires de jouer leurs rôles dans le développement de l'enfant et dans l'acquisition de ses apprentissages (Melinska Pignat, Sarnicola & Giauque, 2015).

Afin de viser une inclusion scolaire positive des élèves TSA, ceux-ci doivent recevoir des interventions de nombreux professionnels, et ceci pour tenir compte de la complexité de leurs troubles (Strunk et al., 2017). Ils doivent être soutenus tout au long de leurs apprentissages scolaires par des enseignants spécialisés (Tremblay, 2013).

Ouellet, Caya et Tremblay (2011) soulignent que les élèves à besoins particuliers bénéficient des actions collaboratives et cohérentes des différents intervenants dans une école inclusive. Cette collaboration leur permet d'être mieux intégrés dans l'école, d'avoir une continuité éducative et d'obtenir l'application des interventions telles que déterminées lors des rencontres (Kalubi, 2014). L'école inclusive permet d'implanter une culture du partage professionnel et de la collaboration interprofessionnelle, qui s'ajuste en fonction de la complexité de la situation et des besoins de l'élève (Jendoubi et al., 2017). La collaboration interprofessionnelle permet de surpasser une simple juxtaposition des prises en charge (Thomazet & Mérini, 2016).

Toutefois, plusieurs difficultés de collaboration lors de l'inclusion scolaire d'enfants avec des besoins particuliers ressortent des écrits consultés. D'abord, la présence de professionnels de santé en classe peut provoquer un malaise chez l'enseignant (Allenbach, Duchesne, Gremion, & Leblanc, 2016). Ces auteurs expliquent qu'il peut se sentir dévalorisé et incompetent pour répondre aux besoins spécifiques de l'élève. En outre, il arrive que lors des réunions d'équipe, des incompréhensions, le manque de vocabulaire commun, une divergence de points de vue ou des difficultés à se mettre d'accord soient relevés (Allenbach, 2015). Pour leur part, Melinska Pignat et al. (2015) ressortent des problèmes de reconnaissance des professions, qui limitent la collaboration.

1.4. But de l'étude

La présente étude porte sur la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants TSA. Dans un premier temps, les différents éléments de l'inclusion scolaire et de la collaboration interprofessionnelle seront analysés à l'aide d'écrits scientifiques. Dans un second temps, une étude de cas multiples permettra de documenter la collaboration interprofessionnelle mise en place lors de l'inclusion scolaire de trois enfants TSA dans

des cantons suisses différents. Les informations obtenues permettront de comprendre le fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle entre le secteur de la santé et celui de l'enseignement dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants TSA. Enfin, une discussion des résultats incluant des recommandations terminera cette étude.

2. Recension des écrits

La recension des écrits fera une synthèse d'articles récents portant sur l'inclusion scolaire et la collaboration interprofessionnelle.

2.1. Inclusion scolaire

- **Description de l'inclusion scolaire**

Selon Hyang Choi (2016), tout doit être mis en place pour assurer la réussite scolaire et sociale des individus indépendamment de leurs caractéristiques. Ce principe prend son origine dans la déclaration de Salamanque de 1994 (Jendoubi et al., 2017) et les différents mouvements internationaux des années 2000 prônant l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap (Prud'Homme & Ramel, 2016).

Dans cette perspective, l'inclusion scolaire est définie comme le fait de permettre à un enfant ayant des besoins spécifiques d'être scolarisé dans une classe correspondant à son âge et à l'école de son quartier (Vianin, Aschilier, Galetta, & Ulber, 2016). Elle est guidée par l'équité, la justice sociale et les droits de l'enfant (Goodall & MacKenzie, 2018). L'inclusion scolaire implique une réciprocité entre l'enfant et le système, un changement par les personnes de leur rapport à la différence, une adhésion au fait que chaque élève d'être perçu comme unique et différent des autres (Tremblay & Loiselle, 2016). Le système scolaire dans lequel l'enfant évolue se transforme (Tremblay & Loiselle, 2016) pour répondre aux besoins éducatifs de tous, y compris ceux qui ont des besoins spécifiques (Vienneau, 2016). L'inclusion scolaire se base sur les capacités scolaires et sociales des élèves (Ramel & Vienneau, 2016). C'est ainsi que Philip (2017a) estime qu'une classe de 30 élèves correspond à une classe de 30 fois un élève. L'aménagement de la pédagogie en fonction de chaque élève doit permettre à chacun de participer à tous les aspects scolaires et sociaux de l'école (Vianin et al., 2016). Il s'agit de répondre aux besoins éducatifs de tous les enfants en leur permettant d'interagir avec leurs pairs et leur communauté (Teixeira De Matos & Morgado, 2016).

L'inclusion scolaire correspond à une posture radicale, mais également à un idéal orientant les projets éducatifs (Gremion & Ramel, 2017). Selon l'analyse de Teixeira De Matos et Morgado (2016), il existe un décalage entre la théorie de l'inclusion scolaire et son application quotidienne. À ce propos, différents auteurs (Gremion, & Ramel, 2017 ; Ramel, & Vienneau, 2016 ; Vianin et al., 2016) s'accordent sur le fait que l'accueil actuel des personnes en situation de handicap correspond plus à de l'intégration que de l'inclusion. En effet, les aides se font le plus souvent en dehors de la classe, c'est à l'élève de s'adapter à l'école (Gremion & Ramel, 2017) et la différenciation pédagogique est peu utilisée (Vianin et al., 2016).

Tremblay et Loiselle (2016) suggèrent que l'intégration vise l'insertion d'une personne dans un système, sans transformation de celui-ci, mais en procurant des adaptations à la personne. C'est à l'enfant de s'ajuster (Goodall & MacKenzie, 2018). Pour leur part, Prud'Homme et Ramel (2016) rapportent que l'intégration scolaire est la mise

en place d'adaptations individuelles pour quelques élèves avec des besoins spécifiques. Plus précisément, il s'agit d'aménagements ponctuels permettant de répondre à des besoins précis (Vianin et al., 2016). Ces adaptations ont pour but de favoriser au minimum une participation partielle de l'enfant à la vie scolaire (Vianin et al., 2016).

Les termes inclusion et intégration sont souvent confondus bien que différents (Tremblay, 2013) comme l'ont démontré les définitions de ces auteurs.

- **Recommandations d'inclusion scolaire d'enfants TSA**

Depuis 2012, la Haute Autorité de Santé [HAS] préconise une scolarisation en milieu ordinaire pour les enfants et adolescents TSA de quatre ans et plus, et ce, selon leur fonctionnement. La scolarisation en milieu ordinaire doit se faire grâce à un accompagnement scolaire et thérapeutique lorsque ces élèves présentent des symptômes modérés, pas ou peu de retard intellectuel ainsi qu'un langage fonctionnel. La HAS (2012) précise qu'une évaluation régulière de ces troubles est nécessaire. Elle entre dans le cadre d'un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques. Cette démarche évaluative permet de coordonner les interventions, de tenir compte du projet personnalisé de scolarisation (PPS), de la situation en classe et d'impliquer la famille.

Cette démarche est nécessaire, car les enfants TSA présentent souvent des troubles des interactions sociales, de la communication, des apprentissages, du comportement, d'hypersensibilité et de résistance à l'imprédictibilité (Teixeira De Matos & Morgado, 2016). Ces difficultés peuvent perturber la réalisation des activités scolaires, l'établissement de liens significatifs avec les autres, que ce soit l'enseignant, le personnel ou les élèves (Teixeira De Matos & Morgado, 2016) et influencer la motivation de ces enfants d'aller à l'école (Adams et al., 2016).

Mauuary-Maetz (2017) juge que l'inclusion permet à l'enfant d'être impliqué dans la société et non reclus chez lui ou dans des centres spécialisés. Cette auteure allègue que cette façon de faire est un premier pas vers une société plus inclusive, car elle permet d'enseigner dès le plus jeune âge la tolérance vis-à-vis de la différence.

- **Inclusion scolaire des enfants TSA en Suisse**

En fonction de son contexte et de sa législation, chaque pays, ayant ratifié les différents mouvements internationaux pour l'inclusion, a mis en place des changements (Ramel, Vienneau, Pieri, & Arnaiz, 2016). Gremion et Ramel (2017) rappellent qu'il est important de noter qu'aucun pays ne propose une école totalement inclusive et que tous sont à la recherche de dispositifs permettant d'atteindre les résultats inscrits dans les textes réglementaires.

Pour la Suisse, état confédéré, ce sont les cantons qui régulent indépendamment les uns des autres la scolarisation, bien qu'ils soient chapeautés par la constitution fédérale (Confédération Suisse, 2019). À ce propos, la loi fédérale sur « L'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées, LHand », signée le 13 décembre 2002 confirme que les cantons doivent assurer un enseignement de base adapté aux besoins spécifiques des enfants et adolescents en situation de handicap. De plus, ils doivent encourager leurs intégrations dans l'école régulière dans la mesure du possible et selon leurs besoins (Assemblée Fédérale de la Confédération Suisse, 2002).

Dans un souci d'uniformité, 16 cantons, dont ceux de Neuchâtel, Vaud et Valais, ont signé en 2007 « L'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (CDIP) » (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, 2007). Ce texte prône l'intégration. Il assure que les mesures de pédagogie spécialisée sont un droit pour chacun et qu'elles peuvent être mises en place dans les écoles spécialisées comme ordinaires (Thommen, Baggioni, Eckert, Tessari Veyre, & Zbonder Sapin, 2017).

Bien que ces différents textes de loi ne comprennent pas le terme inclusion, ils indiquent clairement la nécessité d'avoir des modifications dans le sens de l'inclusion scolaire (Ramel et al., 2016). Ces changements apparaissent dans les écoles du Valais où le nombre de classes spécialisées diminue au profit d'une scolarisation de tous les élèves dans l'école ordinaire (Vianin et al., 2016). Toutefois, ces auteurs révèlent que malgré la scolarisation en milieu ordinaire, un cloisonnement persiste entre les élèves TSA et les autres de la classe. Ils observent que la différenciation pédagogique essentielle à l'inclusion scolaire est davantage orientée vers des actions individualisées à leur intention. Il s'agit généralement d'une adaptation du programme sans tenir compte de l'ensemble des besoins de l'élève.

De manière générale en Suisse, la scolarisation des enfants TSA en milieu ordinaire reste minoritaire (Thommen et al., 2017). Dans leur étude, Thommen et ses collègues (2017) différencient trois types de scolarisation pour les élèves TSA : (1) spécialisée ; (2) ordinaire ; (3) ordinaire et spécialisée. Selon eux, 41% des élèves TSA sans déficit intellectuel, qui pourraient suivre les cours en milieu ordinaire, sont scolarisés en milieu spécialisé. Ils ajoutent qu'un soutien de professionnels de la santé est fréquemment relevé dans les établissements scolaires, mais que l'aide disponible pour les enseignants est souvent de faible intensité et inconstante. Cela est dû au fait que le soutien est davantage lié aux financements des communes et à la disponibilité des spécialistes qu'aux besoins réels des élèves (Thommen et al., 2017).

- **Retombées de l'inclusion scolaire pour les enfants TSA**

Il existe plusieurs retombées de l'inclusion scolaire des enfants TSA. Elles peuvent être : (a) sur le plan comportemental ; (b) sur le plan social ; (c) sur le plan des apprentissages ; (d) sur le plan scolaire et de la société.

- a. Sur le plan comportemental

Le fonctionnement de l'école ordinaire où prédominent l'imprévisibilité, les changements et les interactions verbales peut provoquer chez l'enfant TSA des comportements inadaptés (Émery, 2013). La confrontation à sa différence par rapport aux autres élèves, l'incompréhension qu'il peut ressentir de la part des enseignants peut également occasionner de la frustration (Green, 2018), tout comme leurs difficultés à communiquer ses besoins (Mandy et al., 2016). Celle-ci se manifeste par une attitude inadéquate (Mandy et al., 2016) que les enseignants ont du mal à gérer (Green, 2018).

b. Sur le plan social

En général, ces élèves ont peu d'amis et se situent le plus souvent en périphérie du groupe social (Goodall & MacKenzie, 2018). Ils ont tendance à consacrer plus de temps à des activités solitaires (Adams et al., 2016) et ils ont du mal à interagir avec les autres élèves pendant les moments non structurés, tels que la récréation (Goodall & MacKenzie, 2018). Ils comprennent difficilement les sentiments des autres enfants (Syriopoulou-Delli, Cassimos, & Polychronopoulou, 2016).

Les problèmes de comportement entraînent un rejet par leurs pairs et du harcèlement dans certains cas (Mandy et al., 2016). Les élèves TSA sont à risque d'être stigmatisés (Green, 2018) et reçoivent moins de soutien de leurs camarades de classe (Adams et al., 2016). Cette exclusion provoque un sentiment de frustration chez les enfants TSA et des comportements inadaptés (Green, 2018).

c. Sur le plan des apprentissages

Outre la déficience intellectuelle qu'ils peuvent présenter (Adams et al., 2016), leurs résultats scolaires sont fréquemment en dessous de ce que laisserait présager leur quotient intellectuel (Adams et al., 2016 ; Mandy et al., 2016). Les élèves TSA ont souvent des difficultés d'écriture (McNamee & Patton, 2018). L'écriture étant une forme de communication qui nécessite un accès au langage et une certaine motricité fine, elle constitue un gros défi (McNamee & Patton, 2018). Selon ces auteurs, les difficultés les plus marquées concernent la lisibilité, la consistance dans la formation des lettres et la préhension du stylo.

d. Sur le plan scolaire et de la société

Il est malgré tout pertinent de ressortir que de plus en plus d'évidences scientifiques confirment que l'inclusion scolaire a des répercussions positives pour les enfants TSA, particulièrement en termes de durée de scolarisation et de futur occupationnel (Fage et al., 2018). D'ailleurs, Resplendino (2017) soutient qu'elle favorise le développement des compétences intellectuelles et sociales. L'étude de Mecherbet et Azzouz (2012) constate une amélioration des compétences scolaires et des habiletés comportementales suite à l'inclusion scolaire des élèves TSA. En effet, ils ont plus d'opportunités de se confronter aux comportements des autres et ainsi d'acquérir de nouvelles habiletés sociales qui augmentent les interactions positives avec les autres (Teixeira De Matos & Morgado, 2016). Cette inclusion leur permet de découvrir les règles tacites des interactions sociales et de comprendre comment réagir aux situations de la vie quotidienne (Green, 2018). Zorn et Puustinen (2017) estiment que la scolarisation en milieu ordinaire leur permet d'obtenir de meilleurs résultats scolaires que s'ils étaient dans l'enseignement spécialisé.

• **Nécessité d'une approche multidisciplinaire**

L'autisme est une pathologie complexe qui peut avoir des conséquences dans de nombreux domaines (Strunk et al., 2017). Elle implique une approche multidisciplinaire (Strunk et al., 2017) et une prise en charge particulière à l'école qui peut stresser les enseignants et ouvrir la porte aux thérapeutes (Anaby et al., 2019). C'est ce que

préconise la HAS (2012), qui encourage tous les professionnels amenés à intervenir auprès de l'enfant à élaborer un projet personnalisé d'interventions comprenant des volets thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Une collaboration est nécessaire entre les professionnels, et surtout avec les parents (Sanahuja-Gavaldà, Olmos-Rueda, & Morón-Velasco, 2016). Ceux-ci sont les mieux placés pour documenter les progrès de la maison et informer les intervenants (Anaby et al., 2019). Selon Sanahuja-Gavaldà et ses collègues (2016), cette collaboration nécessite l'adoption d'une perspective contextuelle et d'un partage des responsabilités. Elle permet de soutenir les enseignants, d'échanger des informations et d'avoir des effets positifs sur le fonctionnement émotionnel de l'enfant TSA, les capacités visuomotrices (Anaby et al., 2019), la communication et la confiance en soi (Syriopoulou-Delli et al., 2016). Par exemple, l'ergothérapeute qui présente des prérogatives à l'école et au domicile de l'enfant peut agir comme un agent de liaison entre les deux environnements et faciliter la coordination des interventions sur l'écriture (McNamee & Patton, 2018).

- **Les facilitateurs et obstacles à l'inclusion scolaire des élèves TSA**

Parmi les facteurs qui facilitent l'inclusion scolaire d'élèves TSA, Holmes (2017) identifie un élément majeur, soit l'attitude positive des enseignants vis-à-vis de l'inclusion. Green (2018) ajoute qu'il est nécessaire que les enseignants soient empathiques et comprennent la perception des événements qu'ont des enfants TSA. Leur façon d'accueillir l'enfant est modulée par l'entraînement, l'expérience et le fait de bénéficier de ressources et de soutien (Rodríguez, Saldarña, & Moreno, 2012). Ces chercheurs soulignent la nécessité d'augmenter et de mettre à jour les connaissances des enseignants sur l'autisme. Ils proposent d'offrir des ressources de soutien à l'enseignant, de l'encourager à collaborer avec une équipe d'experts ainsi qu'avec l'aide pédagogique dans la classe.

Un deuxième facilitateur est la mise en place de routines et d'une certaine constance dans l'encadrement de l'enfant au fil des jours (Green, 2018). Cette façon d'agir permet de limiter les troubles du comportement des enfants TSA (Green, 2018) en tenant compte de leur résistance au changement et à l'imprévisibilité (Émery, 2013).

Un troisième facilitateur est associé à la préparation de l'enfant pour débiter sa scolarité (Sanahuja-Gavaldà et al., 2016). Comme les élèves TSA présentent de plus importantes difficultés d'adaptation sociale que des lacunes de compétences scolaires, il semble pertinent de cibler le développement et la consolidation des habiletés sociales (Zorn & Puustinen, 2017). Afin d'atteindre cette cible, il importe d'offrir des interventions pour encourager l'émergence des compétences socioadaptatives et le fonctionnement sociocognitif (Fage et al., 2018). De plus, il s'avère essentiel de permettre à l'enfant de découvrir son école, sa classe, le matériel pédagogique et les différents moyens d'apprentissage, idéalement avant le début de l'année scolaire (Sanahuja-Gavaldà et al., 2016).

Plusieurs obstacles contribuent à complexifier l'inclusion scolaire des enfants TSA. D'abord, il faut comprendre que l'autisme représente un trouble complexe avec un large spectre de comportements (Teixeira De Matos & Morgado, 2016). Il rend l'inclusion plus difficile que celle d'élèves présentant d'autres pathologies (Rodríguez et al., 2012). L'hétérogénéité entre les élèves TSA rend ardue une généralisation de leur comportement et la réaction à adopter, ce qui complique la situation pour les enseignants (Green, 2018). L'accompagnement doit souvent être

personnalisé pour permettre de surmonter les attentes normalisées de l'école vis-à-vis de leur participation sociale (Fage et al., 2018).

Un deuxième obstacle est lié au milieu socio-économique de la famille ou aux moyens financiers disponibles à l'école. À ce propos, Philip (2017a) observe que les élèves TSA issus d'un milieu social défavorisé sont souvent scolarisés dans le système spécialisé. Syriopoulou-Delli et al. (2016) ajoutent que les parents ne se sentent pas légitimes par rapport aux enseignants, ils sont moins impliqués dans l'inclusion scolaire de leur enfant. En effet, le maintien dans le milieu ordinaire nécessite beaucoup de moyens matériels et culturels (Philip, 2017a). Le soutien par des professionnels spécialisés dépend de financements externes, ce qui amène une variabilité dans les services disponibles (Thommen et al., 2017).

Un dernier obstacle est le manque de collaboration (Syriopoulou-Delli et al., 2016), qui est pourtant au centre de l'inclusion et permet de briser les frontières entre les secteurs (Philip, 2017b). Peu de professionnels se coordonnent sur les buts à atteindre avec les élèves TSA, chacun analysant la situation uniquement à travers sa profession (Strunk et al., 2017). Cette collaboration insuffisante peut être due à un manque de temps (Syriopoulou-Delli et al., 2016 ; McNamee & Patton, 2018), une peur de la confrontation et de l'opposition ou des contraintes organisationnelles (Strunk et al., 2017). Ces éléments sont également valables pour la collaboration avec les parents, car parfois des enseignants ont l'impression d'être les seuls experts de l'éducation (Syriopoulou-Delli et al., 2016). L'absence de compréhension des rôles de chacun influence la situation (Strunk et al., 2017). Elle rend difficile l'émergence d'un leader, qui pourrait orienter la démarche d'inclusion, élément fortement conseillé par Holmes (2017).

2.2. Collaboration intersectorielle

- **Manifestations et définitions**

Pour Xyrichis, Reeves et Zwarenstein (2017), la collaboration interprofessionnelle est de plus en plus présente dans les domaines de la santé et du social. Ces auteurs ajoutent qu'un manque de clarté persiste sur les concepts-clés qu'implique une telle approche. Cette difficulté à bien les circonscrire s'illustre par l'absence de consensus sur sa définition (Xyrichis et al., 2017). Celle-ci étant souvent confondue avec celle de la coopération (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc, Paré, Rebétez, & Tremblay, 2016).

La collaboration interprofessionnelle peut se manifester de différentes façons. Par exemple, Xyrichis et al. (2017) ont déterminé quatre différents types de pratique interprofessionnelle, soit : le travail d'équipe, la collaboration, la coordination et le réseau. Toujours selon ces auteurs, ces pratiques sont influencées par six dimensions : (1) la clarté du but ; (2) la définition des rôles et responsabilités ; (3) le degré d'identité partagée ; (4) le niveau d'engagement ; (5) l'interdépendance entre les membres de l'équipe ; (6) le degré d'intégration entre les tâches cliniques. Ces quatre types de pratique interprofessionnelle peuvent être classés de la forme la plus restrictive à

savoir le travail d'équipe interprofessionnel en passant par la collaboration interprofessionnelle, puis la coordination interprofessionnelle à une forme plus large, c'est-à-dire le réseau interprofessionnel (Xyrichis et al., 2017). Reeves, Xyrichis et Zwarenstein (2018) précisent que le choix d'une de ces pratiques dépend de la situation et des besoins de la personne. Ces six dimensions et leur degré de présence dans la collaboration interprofessionnelle au sens large du terme impliquent une négociation régulière des rôles et des interactions entre les individus (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017).

La définition de la collaboration interprofessionnelle choisie dans le cadre de cette étude est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. La collaboration interprofessionnelle survient lorsque des professionnels de la santé de plusieurs domaines travaillent ensemble avec le patient, sa famille, ses soignants et les communautés pour fournir des soins de meilleure qualité (World Health Organisation [WHO], 2010). En 2017, Reeves et al. ajoutent à cette définition, les professionnels du domaine social à cette définition.

- **Lien entre la collaboration interprofessionnelle et l'inclusion scolaire**

Allenbach, Duchesne, Gremion et al. (2016) estiment que la collaboration interprofessionnelle entre les différents intervenants de l'intégration scolaire est indispensable pour la réussite du projet éducatif. Des auteurs (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016) rajoutent qu'elle permet de réduire les obstacles à l'intégration, mais qu'elle ne constitue pas une fin en soi.

La collaboration interprofessionnelle s'établit graduellement entre les professionnels de la santé, les enseignants ordinaires, les enseignants spécialisés, les parents des enfants TSA, tous experts de leur domaine (Paolini, 2017). St-Vincent, Moliner Garcia et Ramel (2017) rapportent que la collaboration avec les parents est essentielle, car elle permet la superposition des acquis. Elle reste cependant souvent asymétrique (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). De plus, les élèves TSA, leurs camarades de classe et les responsables administratifs doivent également y prendre part (Paolini, 2017).

De façon générale, les intervenants mettent en avant leur expertise pour justifier leur intervention, tant du côté médico-social qu'éducatif (Alin, 2017). La collaboration, qui permet de relier deux secteurs différents, se nomme la collaboration intersectorielle (Burgess et al., 2015). Ces auteurs précisent que chaque secteur possède une vision spécifique de la situation et la confrontation entre les deux peut amener des difficultés. Celles-ci se présentent sous forme d'attentes paradoxales entre les différents secteurs (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Par exemple, le besoin de modalité d'interventions et de qualité des relations au sein d'une collaboration. Un enseignant spécialisé peut intervenir dans une classe auprès d'un élève dont l'enseignant est réfractaire. Il peut s'imposer contre le gré de l'enseignant pour travailler avec l'élève au détriment de la qualité de la collaboration. Ou au contraire, privilégier la qualité de sa relation avec l'enseignant et déléguer la prise en charge des besoins particuliers de l'enfant. Il risque alors de ne pas développer de collaboration avec l'enseignant. Il faut trouver un équilibre entre ces situations (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016). Ce phénomène, également appelé double-contrainte par Bateson (1956), peut provoquer des contraintes au travail, un repli sur des pratiques

traditionnelles, mais également une hausse de créativité (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016). Pour éviter la détérioration de la situation, Huq, Reay et Chreim (2017) recommandent trois actions : (1) promouvoir l'égalité entre les deux contraintes ; (2) renforcer la contrainte la plus faible ; (3) mettre l'accent sur les résultats attendus plutôt que sur le paradoxe. La résolution de ces doubles-contraintes implique des négociations afin de co-construire une vision commune entre les intervenants et d'analyser les paradoxes présents (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Dans le cadre de l'intégration scolaire, Trépanier en 2005, cité par Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al. (2016) propose différents moyens pour favoriser la collaboration intersectorielle, selon le contexte dans lequel elle se déroule et la cible de l'intervention : la co-intervention, la consultation et le co-enseignement. C'est ainsi que la co-intervention peut être interne (dans la classe), se dérouler en parallèle de la classe ou à l'extérieur, au même moment, mais sans partager le même espace. Elle permet à l'élève de suivre plus facilement le programme prévu par l'enseignant (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Le programme est adapté individuellement à l'élève sans modification majeure de l'enseignement. La co-intervention n'a cependant pas que des avantages. Lorsqu'elle est externe, l'élève manque les cours et doit les rattraper (Tremblay, 2013). Cette situation peut s'avérer stigmatisante pour l'élève et créer une distance avec les autres (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Pour sa part, la consultation cible le travail de l'enseignant ordinaire. Elle peut se faire individuellement avec l'enseignant et le professionnel ou en groupe. Dans ce cas, le professionnel offre son expertise sous la forme d'un groupe de soutien. C'est un processus de co-construction qui permet la formation in situ des professionnels (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Enfin, Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et leurs collègues (2016) rapportent que le co-enseignement représente le type de collaboration interprofessionnelle le plus adapté à l'inclusion. Il consiste en un travail pédagogique conjoint entre l'enseignant et d'autres professionnels auprès de toute la classe. Ainsi, les responsabilités éducatives sont partagées entre eux (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Cette collaboration permet de diminuer le ratio élèves-enseignants, d'atténuer la stigmatisation de l'élève intégré et d'augmenter son estime de soi ainsi que sa satisfaction (Tremblay, 2013). Néanmoins, l'utilisation exclusive du co-enseignement peut être superficielle et manquer d'intensité. Il est préférable de la combiner avec les autres manifestations de la collaboration (Tremblay, 2013).

En somme, la modalité d'intervention doit être adaptée à la situation et être régulée en fonction de tous les facteurs individuels et contextuels. Cette façon de travailler nécessite une bonne collaboration intersectorielle (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Pour être fonctionnelle, la collaboration intersectorielle nécessite la connaissance des rôles et des fonctions de chacun (Joly, Lainé, Catan & Pochard, 2011), mais également de leur complémentarité (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Un but et des objectifs communs doivent être identifiés (Joly et al., 2011), afin d'engager tous les membres de l'équipe (Golom & Schreck, 2018). De plus, chaque intervenant doit être responsable et autonome

dans son champ d'expertise (Joly et al., 2011). Pour cela, les membres de l'équipe doivent adopter une écoute active, démontrer de l'intérêt et de l'empathie à l'égard des besoins et acquérir des représentations réalistes de chacun, tout en étant capables de se positionner et se confronter de façon harmonieuse (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016).

Reeves et al. (2017) précisent que la collaboration intersectorielle exige des négociations et interactions régulières entre les personnes. Ces négociations facilitent la collaboration et la co-construction d'une représentation des bénéfices qu'elle pourrait avoir et évoluent au cours du temps. Elles amènent le développement de pratiques collaboratives des intervenants (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016).

Pour que la collaboration soit efficace, la confiance est indispensable (Burgess et al., 2015) entre les intervenants directs, mais également avec la hiérarchie (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016). Il est essentiel de maintenir les relations informelles (Burgess et al., 2015). Selon ces auteurs, les individus doivent s'engager personnellement et éthiquement dans la construction d'alliances. Il est impératif qu'ils puissent compter sur des soutiens de leurs pairs pour défendre leurs rôles (Allenbach, 2017).

Dans le cadre d'une collaboration intersectorielle, une double approche *top-down* et *bottom-up* est conseillée par Burgess et son équipe (2015). Ils soulignent qu'elle permet de tenir compte à la fois de l'objectif de la collaboration et des besoins de chaque secteur. Pour ce faire, la communication claire entre les secteurs à tous les niveaux est indispensable. Elle permet de tenir compte des problèmes de chaque milieu et de maintenir la confiance (Burgess et al., 2015).

L'établissement d'une telle collaboration prend du temps (Burgess et al., 2015). Elle implique de s'éloigner du modèle institutionnel et d'investir les espaces inter-métiers (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016). Selon Thomazet et Mérini (2016), ces espaces peuvent permettre des arrimages entre les professions. Ceci permet de combiner une scolarisation en milieu ordinaire et une prise en charge thérapeutique en tenant compte des différences de temporalités entre les deux secteurs.

- **Facilitateurs et obstacles à la collaboration intersectorielle**

Plusieurs obstacles et facilitateurs à la collaboration intersectorielle entre les professionnels de la santé et ceux de l'éducation peuvent être identifiés.

D'abord, Regan, Laschinger et Wong (2016) notent qu'un environnement favorable à la reconnaissance des rôles des intervenants par le biais d'un haut niveau de responsabilisation peut encourager la collaboration. De même, ils soutiennent l'importance de l'autonomie professionnelle lors de la prise de décisions, d'une liberté d'action et la présence d'un leader rassembleur (Regan et al., 2016).

Un deuxième facilitateur concerne la mise en place de réunions planifiées (Reeves et al., 2017), car elles permettent de discuter des tâches à réaliser et de leur coordination (Reeves et al., 2018). Elles sont également l'occasion de rétroactions de la part des intervenants, ce qui facilite la collaboration (Regan et al., 2016). Pour leur part, Hart

Barnett et O'shaughnessy (2015) recommandent d'organiser une fois par semaine des réunions pour fixer les objectifs, relever les problèmes, choisir la marche à suivre pour l'intégration de l'élève TSA.

Dans le cadre de l'intégration scolaire d'enfants TSA, une vision holistique des prises en charge par tous les intervenants représente un facilitateur. Elle permet aux membres de l'équipe de reconnaître le rôle de chacun et l'importance de travailler ensemble de manière interdépendante (Strunk et al., 2017). De plus, il est essentiel de reconnaître une représentation commune du but à atteindre, chacun étant alors plus enclin à renoncer à quelque chose en vue du gain commun (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Pour Hart Barnett et O'shaughnessy (2015), la communication est un élément fondamental de la collaboration intersectorielle. Ces chercheurs ont mis en évidence plusieurs éléments permettant de la faciliter. Ainsi, ils recommandent une écoute active ainsi qu'un questionnement pour augmenter la compréhension et affirmer l'attention de chacun. Ils suggèrent également de paraphraser, résumer et reformuler pour s'assurer de la bonne compréhension, afin d'éviter les conflits.

Des relations harmonieuses entre les intervenants sont aussi importantes pour faciliter la collaboration. Pour cela, il faut consacrer du temps à l'établissement de ces relations (Regan et al., 2016), notamment à travers les discussions informelles ou encore en étant ouvert à de nouvelles idées (Hart Barnett & O'shaughnessy, 2015). Paolini (2017) propose de faire preuve de respect mutuel de la spécificité de chacun. Ces relations permettent la reconnaissance de chacun ainsi qu'un soutien identitaire (Allenbach, 2017).

En ce qui a trait aux professionnels de la santé, ceux-ci doivent adopter une attitude facilitatrice pour la collaboration intersectorielle en se détachant de leur position d'expert mandaté pour adopter celle d'accompagnant (Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016). Cela implique de faire preuve de non-jugement, d'une certaine humilité facilitant la confiance et de l'intérêt (Allenbach, 2017).

Plusieurs obstacles peuvent être identifiés. Le premier obstacle concerne la taille de l'équipe interprofessionnelle. En effet, bien que la diversité des intervenants permette de développer une certaine innovation et créativité, Golom et Shreck (2018) estiment qu'au-delà de cinq ou six personnes, l'efficacité de l'équipe peut être altérée. La limitation de la compréhension des rôles et responsabilités de chacun, les problèmes interpersonnels (Reeves et al., 2017) et le manque de leadership partagé (Miskolci, Armstrong & Spandagou, 2016) peuvent également être mentionnés. Un deuxième obstacle à la collaboration se rapporte au déséquilibre d'autorité (Reeves et al., 2017). Il est particulièrement présent lors de la collaboration intersectorielle, telle que ciblée dans cette étude. Effectivement, bien que chaque intervenant ait sa propre expertise, il existe souvent une asymétrie entre les parents et le reste des intervenants ainsi qu'entre les professionnels de l'éducation et ceux de la santé (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Cette situation peut en partie s'expliquer par le fait que les professionnels de la santé soient mandatés pour intervenir auprès de l'élève contrairement aux autres membres de la collaboration (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Toutefois, il arrive que l'asymétrie soit inversée. Par exemple, c'est le cas lorsqu'un thérapeute agit en tant que consultant externe, il n'a alors aucune légitimité pour intervenir à l'école (Allenbach,

Duchesne, Gremion et al., 2016). Par ailleurs, un manque de soutien par la direction des écoles est souvent déploré (Tremblay, 2013).

Un dernier obstacle relevé par Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et leurs collaborateurs (2016) est le manque de temps et les contraintes d'horaires. En effet, les interventions en classe des enseignants spécialisés sont limitées à un nombre d'heures hebdomadaires en fonction du diagnostic (Allenbach, 2017). Cette situation limite la présence de deux enseignants à disposition dans la classe dans le cadre du co-enseignement (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016), mais restreint également la possibilité de rassembler tous les intervenants et de communiquer entre eux (Tremblay, 2013).

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative qui vise à documenter le fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle entre les intervenants du secteur de la santé et ceux de l'éducation lors de l'inclusion scolaire d'un enfant TSA. Plus précisément, les objectifs sont de : (1) décrire les stratégies mises en place entre les professionnels de la santé et de l'éducation pour favoriser la collaboration ; (2) identifier les modes de communication et leurs contenus en lien avec l'inclusion scolaire ; (3) déterminer les obstacles à la collaboration interprofessionnelle ; (4) décrire les stratégies utilisées par les intervenants pour faciliter la communication ; (5) ressortir les mécanismes de résolution des problèmes rencontrés, particulièrement s'il y a un chevauchement de compétences ; (6) décrire les différents styles de leadership utilisés au sein de l'équipe école-santé ; (7) énoncer des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Considérant ces objectifs et le fait qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, le choix s'est porté sur l'étude de cas multiples. Cette méthode permet d'explorer la compréhension d'une organisation et s'intéresse à la particularité de chaque cas en ne tenant compte que d'un nombre restreint de situations (Jones & Hocking, 2015). Les cas représentent des entités, c'est-à-dire, toutes les personnes participant à la collaboration nécessaire lors de l'inclusion scolaire d'un enfant TSA. L'étude de cas a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés

3.2. Sélection des participants

Le choix s'est porté sur un échantillon de convenance, les participants sont les personnes les plus commodément disponibles (Polit & Beck, 2016). L'échantillon comporte deux groupes distincts, soit des parents d'enfants TSA et des intervenants impliqués lors de l'inclusion scolaire de leur enfant. Le choix d'intégrer les parents à l'étude est dû à leur considération comme experts de l'enfant et membres de l'équipe comme intervenants de la collaboration tel que stipulé dans les écrits scientifiques (Cappe & Boujut, 2016 ; Gremion et Ramel, 2017 ; Syriopoulou-Delli & Polychronopoulou, 2017). Considérant la complexité de l'inclusion et le nombre important de professionnels qui collaborent, il a été décidé de sélectionner trois situations d'inclusion scolaire en Suisse Romande avec des enfants TSA.

Les critères de sélection des parents sont les suivants : (1) être parent d'un enfant TSA et qui poursuit sa scolarité en classe enfantine ou primaire ; (2) parler et maîtriser le français ; (3) demeurer en Suisse Romande ; (4) être disponible pour un entretien. Pour être sélectionnés, les intervenants doivent répondre à ces critères : (1) être identifiés par le parent comme un intervenant significatif lors de l'inclusion scolaire de leur enfant ; (2) travailler dans le secteur de l'éducation ou de la santé ; (3) être disponible pour un entretien. En somme, toutes ces personnes doivent être impliquées lors de l'inclusion scolaire.

Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire d'ergothérapeutes rencontrés en mars 2018 à Lausanne lors d'une formation sur les habiletés sociales des enfants présentant un TSA. Le projet d'étude leur a été présenté verbalement. Ils ont été invités à contacter des parents pouvant répondre aux critères de sélection et à leur fournir la documentation sur le projet. Avec accord des parents, deux ergothérapeutes ont communiqué à l'étudiante-chercheuse les coordonnées de parents intéressés. Une mère a directement écrit à l'étudiante-chercheuse. Un premier contact avec les parents, sous forme d'entretien téléphonique, a eu lieu pour présenter l'étude et répondre à leurs questions. Selon leur intérêt, une date pour l'entretien a été convenue.

Lors de l'entretien, les parents ont été invités à identifier les différents professionnels de l'éducation et de la santé qui interviennent lors de l'inclusion scolaire de leur enfant. Ils les ont contactés avant de fournir leurs coordonnées. Ils ont donné l'autorisation de les interviewer. Par la suite, les intervenants ont reçu un courriel pour déterminer la date de l'entretien.

3.3. Méthode de collecte des données

Deux guides d'entretien semi-dirigés ont été élaborés pour les besoins de cette étude, l'un s'adressant aux parents (annexe 1) et l'autre aux professionnels (annexe 2). Les guides ont été rédigés à partir d'un modèle présenté par Tétreault et Guillez (2014). Les points abordés ont été définis en fonction des résultats de la recension des écrits. Un pré-test a été effectué pour chaque guide. Celui des parents a été testé par *Skype* auprès d'une maman d'un enfant TSA. Celui des professionnels a été testé en face-à-face auprès d'une ergothérapeute.

Le guide d'entretien des parents porte sur quatre thèmes :

1. L'enfant.
2. L'inclusion scolaire de l'enfant.
3. Les professionnels de l'éducation et de la santé impliqués.
4. La collaboration intersectorielle entre tous les intervenants.

Le guide d'entretien des professionnels porte sur six thèmes :

1. Les moyens utilisés pour mettre en place la collaboration interprofessionnelle.
2. Les moyens et les types de communication au sein de cette collaboration.
3. Les éléments qui facilitent la collaboration.
4. Les obstacles rencontrés à la collaboration.
5. Les personnes qui prennent le leadership et des exemples de leadership.
6. Les recommandations pour améliorer la collaboration.

Les entretiens ont eu une durée maximale d'une heure. En fonction des préférences des participants, ils ont pu être réalisés en face-à-face à un moment et dans un lieu à leur convenance ou bien par *Skype*. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants. Avant chaque entretien, une lettre d'information et un formulaire de

consentement ont été envoyés, inspirés de Chrétien-Vincent (2014). Dans la plupart des cas, le formulaire a été signé lors de l'entretien. Lors des entretiens, un dessin réalisé par l'étudiante-chercheuse (annexe 3) a été montré au participant afin de lui présenter visuellement l'objectif de la recherche.

3.4. Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives ont été traitées en suivant les règles de l'analyse de contenu thématique. Cette méthode d'analyse permet d'allier la rigueur de l'objectivité et la fécondité de la subjectivité, tel que proposé par Bardin (1997, comme repris par Wanlin, 2007). Elle s'organise en trois phases, la préanalyse, l'exploitation du matériel et l'interprétation des résultats (Wanlin, 2007).

Pour commencer, chaque entretien a été retranscrit intégralement. Puis, lors de la préanalyse, une première lecture a permis de « faire connaissance avec les documents à analyser en laissant venir à soi les impressions et certaines orientations ainsi que délimiter le champ d'investigation » (Wanlin, 2007, p. 249). Il s'agit de faire une lecture flottante pour s'immerger dans les données (Braun & Clarke, 2006). L'objectif est de se familiariser avec la vision globale des données (Maguire & Delahunt, 2017). Braun et Clarke (2006) recommandent de répéter les lectures et de prendre des notes.

Ensuite, l'exploitation du matériel a pour but de mettre en évidence une signification répondant à la problématique, sans dénaturer le contenu initial (Wanlin, 2007). Elle consiste en une catégorisation du contenu de la transcription à l'aide d'une grille de catégories regroupant des éléments à caractères communs sous différents titres génériques (Wanlin, 2007). Les thèmes peuvent ensuite être revus, rassemblés, modifiés, ajoutés pour représenter l'ensemble des données (Braun & Clarke, 2006). Cette grille de catégories a été construite à partir des guides d'entretien. Ce séquençage, selon la grille d'entretien, s'est fait à l'aide du logiciel QDA Miner Lite v2.0.5 .

La dernière étape concerne l'interprétation des résultats, qui consiste à « prendre appui sur les éléments mis à jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié » (Robert & Bouillaguet, 1997, cités dans Wanlin, 2007, p.251). Il s'agit d'inférer des propositions des résultats à propos des objectifs prévus (Wanlin, 2007). Après avoir regroupé les données des différents entretiens par thème, l'étudiante-chercheuse ressort les éléments principaux, les consensus et les divergences. Il s'agit de rédiger les données récoltées (Braun & Clarke, 2006), de traiter les données brutes pour qu'elles soient significatives (Wanlin, 2007).

Afin d'atteindre une certaine scientificité et d'augmenter la crédibilité de cette étude, plusieurs moyens sont mis en place comme suggéré par Careau et Vallée (2014). Sur le plan de la transférabilité, une description détaillée des participants et de leur contexte permet de juger de la possibilité de transposer les résultats à une autre situation (Careau & Vallée, 2014). Pour assurer la meilleure fiabilité possible, les professionnels interviewés doivent travailler ensemble auprès des enfants présentant un TSA. Sur le plan de la rigueur, l'étudiante-chercheuse a tenu tout au long de l'étude un journal réflexif. Ce journal permet au chercheur d'évaluer sa propre subjectivité sur son étude et de s'en distancer (Careau & Vallée, 2014). Les transcriptions ont été envoyées aux participants pour validation

avant analyse. Cette technique permet de s'assurer que les transcriptions reflètent la perspective des participants (Careau & Vallée, 2014). Les propos de chacun ont été consolidés par triangulation entre les différents intervenants autour d'un même enfant (Crowe et al. 2011).

3.5. Considérations éthiques

La loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain, LRH (L'Assemblée fédérale de la Confédération Suisse, 2014) a pour but de « protéger la dignité, la personnalité et la santé de l'être humain dans le cadre de la recherche » (Assemblée fédérale de la Confédération Suisse, 2014, art.1). Elle ne s'applique pas lorsque les données ont été anonymisées comme dans cette étude. Elle s'adresse particulièrement aux recherches sur les maladies, le fonctionnement du corps humain et les données personnelles liées à la santé, qui ne sont pas abordés dans cette étude.

Pour chaque personne interviewée, un accord verbal a été donné par téléphone lors de la prise de rendez-vous pour l'entretien. Celui-ci a été complété par la signature du formulaire de consentement lors de l'entretien, après une explication de l'étude et la possibilité de l'interviewé de se retirer à tout moment (Tétreault & Guillez, 2014).

De plus, toutes les prises de contact avec des professionnels du secteur de l'éducation ou de l'enseignement se sont faites avec l'accord préalable des parents.

Enfin, toutes les données ont été anonymisées de façon à empêcher la reconnaissance d'une personne ou d'un établissement. Toutes les données récoltées seront détruites un an après l'obtention du diplôme.

4. Résultats

Le chapitre des résultats présentera d'abord les caractéristiques des enfants et de leur inclusion scolaire puis celles des intervenants. Par la suite, la représentation de la collaboration intersectorielle sera détaillée. L'identification des facilitateurs et des obstacles complètera les résultats.

4.1. Caractéristiques des enfants et de l'inclusion scolaire

Dans le cadre de cette étude, trois situations d'enfants ont été analysées. Le tableau 1 présente les caractéristiques principales de chacun de ces enfants.

Tableau 1

Caractéristiques des enfants (n=3)

Prénoms Cantons	Âge	Problèmes	Situation familiale	Niveau et type de scolarisation	Temps à l'école
Daniel Vaud	4 ans 6 mois	Fugue Incompréhension des consignes Malpropreté Imprévisibilité	Père travaille Mère à la maison Un frère plus jeune	1 ^{ère} enfantine : inclusion scolaire Aide à 100%	3 mois
Sébastien Valais	5 ans	Autostimulation Communication verbale limitée	Parents travaillent Deux frères plus jeunes	2 ^{ème} enfantine : inclusion scolaire 4 demi-journées. Structure spécialisée : 2 demi-journées Aide à 100%	1 an 6 mois
Maxime Neuchâtel	9 ans	Bégaiement Difficultés scolaires Mauvaise intégration des consignes Manque d'autonomie	Parents travaillent Une sœur plus âgée	3 ^{ème} primaire : inclusion scolaire Aide 3 demi- journées	3 ans

À la lecture du tableau 1, il apparaît que les enfants sont âgés entre quatre et neuf ans. Ils vivent dans leur famille naturelle avec leur fratrie. Tous vont à l'école régulière avec une aide spécialisée. Seulement un enfant, Sébastien, fréquente également une structure spécialisée. Ils présentent une variété de difficultés sur les plans comportementaux et scolaires.

Dans le texte qui suit, chaque situation d'enfant est détaillée, soit le contexte familial, la scolarisation et les différentes activités de la vie. En outre, la représentation de l'inclusion scolaire par les parents, les rôles des différents intervenants impliqués et la collaboration sont abordés. Toutes ces informations ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés avec les parents, soit au domicile (n=2) ou encore par *Skype* (n=1). Il faut noter qu'aucune recommandation n'a été faite par les parents. Ils ont plutôt fait part de leurs préoccupations en lien avec l'inclusion scolaire.

4.1.1. Daniel

Daniel est un garçon de 4 ans et demi. Il vit avec ses parents et son frère de 2 ans dans le canton de Vaud. Son père travaille et sa mère reste à la maison.

Depuis septembre 2018, Daniel fréquente une école ordinaire près de chez lui. Il est en 1^{ère} enfantine et bénéficie des services à 100% d'une assistante d'enseignement. Sa mère souligne qu'il aime l'école et qu'il s'entend bien avec ses camarades de classe. Elle observe qu'il a beaucoup progressé depuis la rentrée scolaire. En effet, il veut désormais se déplacer en marchant comme ses amis, et non plus en poussette. Parfois, il se plaint de la récréation, mais sa mère ne sait pas ce qu'il n'aime pas durant cette période de la journée.

Sur le plan des soins personnels, Daniel n'est pas propre. Il ne se rend pas compte de son besoin d'aller aux toilettes. Il mange de manière très sélective, c'est-à-dire qu'il choisit ses aliments.

En ce qui a trait à la communication, il a parlé vers 2 ans et demi. Encore aujourd'hui, il se désigne en utilisant la 2^{ème} ou la 3^{ème} personne du singulier. Daniel a du mal à comprendre les consignes, surtout si le parent lui impose quelque chose. Selon sa mère, le comportement de Daniel oscille entre des phases très actives et d'autres moments de fatigue. Par exemple, il est parfois surexcité et difficile à gérer, puis il devient mou et peu motivé à faire des activités. Il lui arrive de faire des crises lorsqu'il est contrarié, mais celles-ci sont difficiles à prévoir. De plus il interagit davantage avec les adultes qu'avec les enfants, car il les trouve trop imprévisibles. Il n'est pas dérangé par la présence des autres, mais il ne sait pas comment faire pour interagir avec eux. Selon la mère, Daniel est malin et rusé. Cette attitude lui permet de déjouer l'attention des adultes lorsqu'il veut fuguer. Considérant cela, il nécessite une surveillance constante et de l'attention. Néanmoins, c'est un enfant qui s'attache beaucoup aux personnes qui l'entourent.

Pour sa mère, Daniel présente des centres d'intérêt assez restreints, comme la musique. Elle précise qu'il suit des cours d'éveil à la musique en anglais et en français deux fois par semaine. Le samedi, il se rend également à la gymnastique parents-enfants.

- **Représentation de l'inclusion scolaire et de la collaboration par la mère de Daniel**

Selon la mère de Daniel, plusieurs professionnels sont impliqués autour de lui. Pour le secteur de l'éducation, il s'agit de l'enseignante, l'assistante d'enseignement et prochainement un psychomotricien (la précédente, du privé, a arrêté sa prise en charge dernièrement). L'ergothérapeute, la psychologue spécialisée dans la méthode

DENVER, la logopédiste Bobath et la pédiatre (présente à l'occasion) sont les professionnels de la santé désignés par la mère.

L'inclusion scolaire s'est préparée plusieurs mois à l'avance. La mère rapporte avoir travaillé avec Daniel sur son autonomie et sur des apprentissages scolaires (ex. l'alphabet) pour qu'il puisse se concentrer sur la socialisation dès son entrée à l'école. À l'aide d'une psychologue, qui utilise des jeux et des exercices, Daniel a appris les lettres de l'alphabet et les chiffres. Il a également été initié aux règles sociales, incluant le respect de la période d'attente suite à une demande, ainsi que la gestion des émotions. Avec l'ergothérapeute, Daniel a amélioré son autonomie pour l'habillage et le déshabillage, puis sa capacité de rester assis à une table. Pour la mère, ce sont la psychologue et l'ergothérapeute qui ont le plus préparé Daniel à l'inclusion scolaire.

Le mois de mai précédant la rentrée scolaire, une première rencontre a eu lieu avec les différents intervenants. L'ergothérapeute et la psychologue ont pu partager avec l'équipe éducative leurs observations sur Daniel et les difficultés qu'il risquerait de rencontrer à l'école. Suite à cela, les parents ont présenté Daniel à la future enseignante et à l'assistante d'enseignement et il a pu découvrir sa classe. Ils ont échangé leurs coordonnées. L'équipe éducative a assuré sa disponibilité pendant l'été, mais les parents n'ont pas ressenti le besoin de les contacter. Après la rentrée, l'enseignante a appelé les parents pour préparer une première réunion avec les parents des autres élèves de la classe. Ils se sont mis d'accord sur ce qui serait expliqué concernant à la situation de Daniel et la présence de l'assistante dans la classe.

La mère estime que l'inclusion scolaire a été simplifiée par l'absence de retard intellectuel chez son fils. Elle croit que la préparation faite pour qu'il puisse se concentrer sur la socialisation a été un facilitateur, tout comme la présence à temps plein dans la classe de l'assistante d'enseignement. L'enseignante s'est investie et encourage l'entraide au sein de la classe, ce qui facilite l'entente avec les élèves. Malgré cela, d'autres obstacles subsistent, comme le manque d'informations sur des sujets concrets (ex. pourcentage de travail de l'assistante d'enseignement, déroulement de la récréation). Ceci a empêché la mère de préparer sereinement la rentrée scolaire de son fils. La mère mentionne une nouvelle préoccupation qui risque de faire obstacle au cheminement scolaire de Daniel, possiblement à son avenir. En effet, comme les interventions sont en place pour deux ans, elle s'inquiète des changements qui arriveront après cette période, car Daniel s'attache beaucoup aux intervenants. Néanmoins, elle se dit satisfaite de l'inclusion scolaire et fière des progrès de son fils.

La mère est aussi contente de la collaboration entre l'ergothérapeute et la psychologue. Ils échangent beaucoup et ce sont des personnes de référence pour Daniel. Elle note la collaboration étroite, même la complicité, entre l'enseignante et l'assistante d'enseignement. Au moment de l'entretien, la mère soutient ne pas être informée de la collaboration intersectorielle en dehors des réunions, mais que chacun semble être disponible pour les autres. En résumé, la mère est très satisfaite des services reçus et du bon déroulement du début de l'année. Elle souligne la chance d'avoir eu accès à des professionnels dédiés à son enfant.

4.1.2. Sébastien

Sébastien est un garçon de 5 ans. Il vit dans le canton du Valais avec ses parents et ses deux frères plus jeunes. Ses parents travaillent.

Petit, Sébastien a fréquenté une crèche, dans laquelle il y avait déjà quatre enfants en situation de handicap. Actuellement, il est scolarisé quatre demi-journées en école ordinaire en 2^{ème} enfantine. Il va deux demi-journées dans une structure destinée aux élèves présentant un TSA. Les demi-journées restantes sont dédiées aux interventions de l'ergothérapeute, l'équithérapeute et la logopédiste (absente pour le moment).

La rentrée scolaire de septembre 2018 a exigé un changement de classe, d'enseignante et d'enseignante spécialisée. Considérant cela, il a perdu ses repères, ce qui l'a fortement perturbé. Au début, son envie d'aller à l'école a diminué et il y a eu une régression sur le plan des habiletés sociales. Depuis, il a retrouvé de nouveaux repères. En fait, Sébastien aime l'école, lorsque tout se passe bien.

Sébastien a reçu le diagnostic de TSA à 2 ans et demi. Longtemps non-verbal et replié sur lui-même, il a accédé au langage grâce à la technique Makaton. Il s'agit d'un programme d'aide à la communication et au langage. La mère précise qu'il utilise maintenant un vocabulaire fonctionnel comprenant la parole ou les signes. Sébastien commence aujourd'hui à faire des phrases et à exprimer des demandes. Il regarde désormais les personnes avec qui il parle et interagit avec ses frères. Il se fie au jugement de ses parents pour aborder quelqu'un. Ses relations aux autres sont basées sur la confiance.

Sébastien éprouve des difficultés pour dormir. Toutefois, sa médication et ses nombreuses activités permettent d'y remédier. Son stress et sa colère s'extériorisent par des déplacements itératifs, des actions répétitives et des cris perçants. Il se calme lorsque ses parents l'interpellent sur la raison de ses actes.

Sur le plan de ses intérêts, Sébastien est passionné par tous les véhicules, particulièrement les trains. Il aime faire de l'équitation depuis qu'il a commencé l'équithérapie. Il adore faire de la pâtisserie et écouter de la musique. Il a une bonne mémoire auditive et retient facilement les musiques qu'il entend.

- **Représentation de l'inclusion scolaire et de la collaboration par les parents de Sébastien**

Pour le secteur de l'éducation, les parents identifient l'enseignante titulaire, l'enseignante spécialisée, sa stagiaire ainsi que l'enseignante spécialisée de la structure TSA (structure spécialisée fréquentée deux demi-journées par semaine). Selon les parents, les intervenants significatifs de la santé sont l'ergothérapeute, l'équithérapeute (depuis une année) et la logopédiste (séances en pause). Ils rapportent qu'il a fallu du temps pour que Sébastien puisse bénéficier de toutes ces thérapies.

Pour les parents de Sébastien, aucun intervenant de la santé n'a contribué à l'organisation de son inclusion scolaire. Dans les faits, ils sont présents lors des réunions pour dire comment l'enfant évolue, évaluer ce qui peut être mis en place et demander à l'équipe éducative les points à travailler.

Les parents se considèrent comme ceux qui ont préparé l'inclusion scolaire. Par exemple, ils expliquent que la crèche a proposé d'essayer une inclusion en classe enfantine ou de refaire une année supplémentaire à la crèche. Devant les progrès de Sébastien, les parents ont choisi la classe enfantine à la fois dans l'école ordinaire et dans une structure TSA. La direction de l'école s'est occupée de faire appel à une enseignante spécialisée pour l'accompagner en classe. Il faut préciser que cette personne s'est rendue à la crèche pour observer Sébastien et pour déterminer comment travailler avec lui. Elle s'est aussi renseignée auprès des parents sur les signes à apprendre pour faciliter la communication.

Les parents ont rencontré l'enseignante titulaire et l'enseignante spécialisée avant la rentrée. Sébastien les a vues lors de la journée porte ouverte avec ses futurs camarades de classe, mais également seul avec elles. L'encadrement à l'école est disponible pour les deux prochaines années.

Du côté de la structure TSA, Sébastien a pu visiter sa classe avant la rentrée et rencontrer son enseignante. Les parents ont pris des photos pour le préparer pendant l'été et élaborer un programme quotidien imagé. La première année s'est très bien déroulée et le nombre de demi-journées en école ordinaire a été augmenté pour l'année suivante.

Les parents de Sébastien rapportent une situation plus difficile qui s'est déroulée lors de la réunion de fin d'année scolaire. À ce moment, le directeur de l'école ordinaire a annoncé le changement d'enseignantes titulaire et spécialisée, mais aussi le déménagement dans un local de classe plus petit. De plus, la moitié des camarades de classe ne sont plus les mêmes. Néanmoins, la direction de l'école a fait attention à conserver ses amis les plus significatifs dans la classe de Sébastien. Les parents affirment ne pas avoir été impliqués dans cette décision.

Les parents, qui s'étaient beaucoup investis l'an dernier, ont diminué leurs implications. Ils attendaient de voir ce que l'école mettrait en place pour préparer la prochaine année. Selon eux, la nouvelle équipe du secteur de l'éducation n'a rien fait de spécial. Ainsi, Sébastien a perdu tous ses repères dès la rentrée scolaire. Cette situation a eu des conséquences importantes sur le plan comportemental, comme une régression, des difficultés à l'habillage et à la propreté. Sébastien ne voulait plus aller à l'école. Les parents ont dû signaler cette situation lors de la première réunion afin que les enseignants réagissent. Suite à cela, l'enseignante spécialisée a proposé de retirer Sébastien de la classe dans un petit groupe auquel il était habitué. Depuis, la situation s'est quelque peu améliorée.

Les parents de Sébastien rapportent un autre problème de collaboration. Lors de la préparation de la réunion des parents des autres élèves, ils ont demandé à l'enseignante de décrire la situation de leur fils, en expliquant le diagnostic. Or, cette demande n'a pas été respectée. Ils ont prévu de faire eux-mêmes l'an prochain la présentation de Sébastien aux parents d'élèves de la classe.

En fait, les parents s'inquiètent des conséquences de la perte de repères sur les progrès de Sébastien et sur ses comportements. Ils ont peur que les changements amènent un retour en arrière. Ils se questionnent sur son avenir du point de vue de son autonomie dans la société. Ils aimeraient qu'avant la prochaine rentrée, des repères soient remis en place pour lui permettre de progresser pendant l'année. Ils travaillent beaucoup avec Sébastien à la

maison et ils ont l'impression de devoir tirer le reste de l'équipe derrière eux. Malgré les difficultés rencontrées, ils sont fiers de leur fils et de son fonctionnement à l'école.

Sur le plan de la collaboration, la logopédiste a suspendu les interventions avec Sébastien. L'équithérapeute intègre beaucoup la famille lors de ses interventions. L'ergothérapeute fait un bilan à la fin de chaque séance. Les informations sont surtout transmises au reste de l'équipe par les parents. Ils préfèrent ne pas avoir à faire cela, car ils ont peur de mal les interpréter ou encore de ne pas être compris.

L'an dernier, les parents ont beaucoup collaboré et échangé avec l'équipe enseignante ordinaire (SMS, carnet de communication). Toutefois, cela n'a pas été le cas cette année. En effet, le carnet de communication n'est plus utilisé et l'enseignante spécialisée ne s'intéresse pas à ce qui se passe à la maison. Les parents qualifient la situation de frustrante.

Sur le plan intersectoriel, la collaboration passe essentiellement par les réunions. De manière globale, les parents sont satisfaits. Ils estiment que les intervenants travaillent bien ensemble durant les réunions. Leur souci provient du côté de l'école ordinaire, qui ne communique pas beaucoup, ce qui les empêche d'avoir une vision globale de la situation de leur fils.

Pour les parents, le fait d'accepter le diagnostic agit comme facilitateur de la collaboration. Selon eux, l'obstacle majeur demeure le fait de croire que les choses sont acquises. Ceci s'illustre par la situation de cette année où aucune préparation n'a été faite pour la rentrée. Ils croient que le directeur de l'école ordinaire sous-estime les conséquences du diagnostic de Sébastien sur sa performance scolaire et son intégration à l'école. D'ailleurs, le directeur ne s'investit pas dans l'inclusion et il a demandé lors de la réunion de fin d'année s'il était vraiment nécessaire de refaire cela chaque année.

Malgré les soucis qu'ils éprouvent, les parents de Sébastien identifient des avantages à la collaboration, comme être informé des problèmes et pouvoir les travailler à la maison. Ils apprécient le fait de voir tous les intervenants travailler dans la même direction.

4.1.3. Maxime

Maxime est un garçon de 9 ans, qui vit avec ses parents et sa sœur plus âgée, dans le canton de Neuchâtel. Ses parents travaillent tous les deux.

Depuis la crèche, Maxime est scolarisé dans l'école ordinaire du village, il est actuellement en 3^e primaire. Pendant quatre périodes de deux heures par semaine, il reçoit du soutien pédagogique spécialisé. Il fréquente également une structure d'accueil le midi et après les cours. Toutefois, ce milieu n'est pas très adapté, car il est très bruyant. Comme ses parents travaillent à l'extérieur, ils estiment qu'il n'y a pas d'autres alternatives.

Les apprentissages scolaires de Maxime sont altérés par ses difficultés de compréhension. Par exemple, il a de la peine à intégrer plusieurs consignes. Les connaissances de base nécessaires pour les nouveaux apprentissages ne sont pas encore acquises. Il a besoin de beaucoup d'aide pour faire ses devoirs et utiliser sa tablette. Selon la

mère, il a tendance à se décourager lorsqu'il regarde les résultats obtenus, malgré les efforts qu'il fait à l'école. Il devient alors plus réfractaire à l'idée d'y aller. Malgré ce contexte, Maxime aime apprendre. Par exemple, il apprécie le temps passé avec l'enseignante. Au plan social, il a les mêmes copains depuis la crèche. Par contre, il a de la difficulté à se faire de nouveaux amis.

Les manifestations du TSA sont relativement invisibles, car Maxime est assez calme. La mère précise qu'il est sensible aux bruits ainsi qu'aux mouvements brusques et rapides. Pour se rassurer, il a besoin de manipuler des petits objets ou de faire des actions répétitives. Selon elle, c'est un enfant qui intériorise beaucoup et qui fait des efforts pour s'intégrer. En général, il montre qu'il veut bien faire. Sa mère affirme que c'est un enfant qui ne se met jamais en colère, même devant l'échec ou une activité non adaptée à sa condition. La colère est un sentiment qu'il n'exprime pas, mais qui se transforme en tristesse et en frustration.

Au quotidien, Maxime a besoin de beaucoup d'aide pour ses soins personnels. Lors de ses déplacements, il doit connaître le trajet par cœur pour être capable de le faire de manière sécuritaire. Il est toujours accompagné par quelqu'un. Souvent, il faut lui rappeler de s'arrêter au passage pour piétons ou de ralentir dans les descentes, lorsqu'il est à vélo. Son attention est vite détournée.

Pour ses loisirs, il fait de la natation et du judo. Il aime également le vélo, la course, l'escalade et les balades en famille. Il n'a pas d'intérêts restreints, mais il aborde parfois les choses selon un angle particulier en s'attardant sur un détail.

- **Représentation de l'inclusion scolaire et de la collaboration de la mère de Maxime**

Concernant les professionnels impliqués, la mère de Maxime souligne que l'enseignante est très investie et rigoureuse dans son organisation. C'est une femme ayant beaucoup d'expériences, mais qui n'a jamais travaillé avec des enfants en situation de handicap. La mère cite aussi l'enseignante spécialisée (qui est très engagée) et un ancien accompagnateur en psychomotricité pour le secteur de l'éducation. Pour les intervenants de la santé, il y a la logopédiste et l'ergothérapeute nouvellement arrivée.

Considérant que le diagnostic a été posé après l'entrée en classe enfantine, l'inclusion n'a pas été préparée. De plus, comme les symptômes ne sont pas assez manifestes, les professionnels n'ont pas envisagé l'école spécialisée pour Maxime. La mère croit que des intervenants dédramatisent la situation de Maxime, surtout lorsqu'ils affirment que tout va bien, malgré les problèmes rencontrés par l'enfant.

Maxime est dans la même classe depuis la 1^{ère} primaire. Il vient de changer d'enseignante titulaire, mais il a conservé son enseignante spécialisée. Afin de préparer cette transition, l'enseignante titulaire, la mère et la future enseignante se sont rencontrées. Maxime a eu l'occasion de passer une journée avec elles. Malgré cela, la rentrée scolaire ne s'est pas très bien passée. Selon la mère, c'est dû au fait que l'enseignante titulaire ne s'attendait pas à ce que Maxime présente autant de difficultés.

La mère explique que les réactions négatives d'élèves dans la cour de récréation compliquent l'inclusion. Cette situation affecte Maxime et contribue aux faibles résultats scolaires, même s'il fait des efforts. Un autre obstacle concerne les restrictions financières qui limitent le nombre de périodes de soutien pédagogique offertes. De plus, l'absence d'évaluation du besoin de scolarisation en milieu spécialisé et les conséquences que cela peut entraîner pour sa formation future inquiètent la mère. Elle soutient que l'inclusion scolaire est facilitée grâce à son implication importante et son aide quotidienne pour faire les devoirs. Elle se dit fière de son fils, car il s'investit dans son inclusion scolaire et ses thérapies. En général, il accepte les décisions des intervenants.

Sur le plan de la collaboration, la mère de Maxime est satisfaite de la logopédiste et du changement d'ergothérapeute, car elles communiquent de manière franche. Par exemple, l'ergothérapeute n'a pas hésité à aborder une situation observée en classe lors de la dernière réunion, contrairement à la précédente. Ainsi, la mère se sent davantage soutenue. Malgré ce constat, la mère trouve que peu d'informations s'échangent entre les intervenants de la santé et qu'il n'y a pas assez de collaboration directe.

L'enseignante travaille beaucoup avec la mère, lui laissant le soin de gérer et d'adapter les devoirs. Elle communique par SMS avec elle et avec l'enseignante spécialisée. La mère a dû faire des démarches pour obtenir les coordonnées de l'enseignante spécialisée et prendre contact avec la nouvelle enseignante.

De manière globale, la mère de Maxime se dit satisfaite de la collaboration intersectorielle entre les intervenants. Elle regrette cependant qu'elle dépende autant de son investissement (organisation, transfert des informations) et insiste sur le manque de communication. Elle recommande de mettre en place un coordinateur officiel. Malgré une amélioration, chaque professionnel intervient indépendamment des autres, ce qui entraîne des chevauchements. La collaboration a pour avantage de fournir un but commun, de faire progresser Maxime.

4.1.4. Synthèse des entretiens des parents

Bien que ces trois situations diffèrent par le niveau de collaboration et le type de scolarisation mis en place, il est possible de ressortir certaines similarités. De manière générale, tous les parents interviewés se sont dits satisfaits de l'inclusion scolaire de leur enfant et de la collaboration, et ce, même s'ils déplorent un manque d'informations et de communications. De plus, les parents de Sébastien soulignent l'insuffisance d'informations complètes sur ce qu'il se passe en dehors des réunions. Deux parents indiquent leur manque de qualification pour transmettre des informations d'un intervenant à un autre. Ils n'aiment pas agir comme intermédiaire au sein de l'équipe. Les parents se disent aussi préoccupés par l'avenir (lorsque l'enfant sera plus vieux). Ils désirent être mieux préparés lors des périodes de transition d'une année à l'autre, même s'ils sont fiers des réussites de leur enfant.

4.2. Caractéristiques des intervenants

Lors des entretiens, les parents ont identifié les intervenants les plus significatifs avec lesquels ils collaborent en vue de l'inclusion scolaire. D'autres personnes ont été nommées par les parents ou les professionnels, mais elles

ne collaborent pas directement avec eux. Considérant cela, celles-ci n'ont pas été contactées. Le tableau 2 résume les principales caractéristiques de ces 12 professionnels.

Tableau 2

Caractéristiques des intervenants identifiés par les parents (n=12)

Nom de l'enfant	Intervenants identifiés par les parents	Intervenants identifiés par les intervenants en santé	Autres intervenants identifiés par les intervenants en éducation
Daniel	Assistante d'enseignement ³ Enseignante titulaire ³ Ergothérapeute ² Logopédiste ²	Assistante sociale ²	Doyenne des écoles ³ Responsable de l'enseignement spécialisé du canton de Vaud ³
Sébastien	Enseignante spécialisée ³ Enseignante spécialisée de la structure TSA ³ Enseignante titulaire ³ Ergothérapeute ²	Logopédiste ^{1,2}	Directeur de l'école ordinaire ^{1,3} Membre de la direction du système spécialisé ³
Maxime	Enseignante spécialisée ³ Enseignante titulaire ³ Ergothérapeute ² Logopédiste ²	Assistante de direction ³ Directrice de volée ³ Neuropédiatre ^{1,2} Neuropsychologue ^{1,2} Pédiatre ^{1,2}	Directrice adjointe ³ Enseignante du système socio-éducatif ³ Maxime

¹Aussi mentionnés par les parents ²Milieu de la santé ³Milieu de l'éducation

4.3. Représentation de la collaboration intersectorielle par les intervenants

La collaboration intersectorielle entre le secteur de l'éducation et celui de la santé a été abordée lors des entretiens.

Cinq thèmes principaux ressortent de l'analyse des 12 entretiens, soit : (1) la place centrale du parent ; (2) l'importance de la communication ; (3) la nécessité d'avoir un leadership partagé ; (4) les chevauchements des compétences ; (5) les conditions nécessaires à la mise en place de la collaboration sont présentées.

- **Place centrale des parents**

Selon les 12 professionnels consultés, peu de temps est investi pour travailler ensemble. La collaboration se fait souvent de façon ponctuelle entre eux. Toutefois, ils disent collaborer plus avec les parents. En effet, tous s'accordent à dire que les parents représentent des acteurs essentiels pour favoriser la collaboration intersectorielle. L'assistante d'enseignement de Daniel déclare à ce sujet :

« Il y a de toute façon les parents qui sont effectivement en première place ».

C'est avec eux que les différents intervenants collaborent le plus régulièrement. Les parents coordonnent souvent le travail entre les professionnels, tout en encourageant la communication. Ils rapportent que les parents centralisent les informations. Dans les faits, ils sont au courant de ce qui est travaillé par les différents professionnels de la santé et de l'éducation. Ils peuvent dès lors rapporter les soucis rencontrés à l'école ou ceux qui se présentent lors des thérapies. Voici comment l'ergothérapeute de Sébastien perçoit les parents :

« Ils comprennent bien tout ce qui est mis en place autour de l'enfant ».

En outre, les parents observent l'enfant à la maison et notent ses progrès. Ils identifient les effets des thérapies et de son inclusion scolaire sur son attitude à la maison. Ils savent ce que les divers intervenants travaillent avec lui et ce qu'eux-mêmes mettent en place à la maison.

Dans les faits, la position centrale des parents et leurs connaissances précises de leur enfant les amènent à assumer plusieurs rôles, incluant celui de coordinateur et de décideur. Selon les intervenants rencontrés, c'est souvent les parents qui prennent la décision finale au regard de l'inclusion scolaire. L'enseignante spécialisée de Maxime précise son idée :

« Là on part du principe que la décision doit aussi être de la maman donc là on va peut-être plus consulter la maman, qu'est-ce qu'il convient, comment c'est pour Maxime de devoir faire ses devoirs à la maison, puis qu'est-ce que nous l'école on peut faire pour répondre à cette demande ? »

Selon l'analyse des propos des intervenants, prendre des décisions peut s'avérer parfois difficile à endosser pour certains parents. Une ergothérapeute explique qu'il leur arrive de revenir sur des décisions prises lors des réunions :

« C'est que des fois elle ne va pas tout de suite dire et puis finalement c'est après coup quand la décision a été prise qu'il y a une rectification et puis ça je ne trouve pas facile des fois. Mais, je pense, c'est aussi le fait du grand groupe et puis des fois il y a aussi un côté peut-être légitime le fait d'être entre thérapeutes puis parents peut-être ils se sentent moins d'avoir de pouvoir ce qui est complètement faux. »

- **Importance de la communication**

Tous sont d'accord pour confirmer la nécessité d'établir une communication efficace. En effet, les échanges permettent d'obtenir des informations sur le travail des autres professionnels, que ce soit le contexte, les observations du fonctionnement, le fait d'être seul avec l'enfant ou avec toute une classe. Ainsi, communiquer est l'occasion de faire le point sur la situation, d'ajuster ses interventions et d'envisager des adaptations.

De manière générale les intervenants rencontrés n'ont pas exprimé de problème de communication. Toutefois, une enseignante spécialisée a soulevé un manque de clarté des rôles, qui peut perturber la collaboration. Une ergothérapeute a ajouté que le personnel de l'école, incluant l'enseignante, ne comprenait pas bien son rôle et ne faisait donc pas appel à ses services.

Pour favoriser la communication, les intervenants ont mentionné différentes modalités d'échanges, soit les réunions, le carnet de communication, les contacts ponctuels que ce soit par téléphone ou par courriel.

- Réunions

L'ensemble des répondants s'accordent pour affirmer que les réunions d'équipe sont le moyen privilégié pour communiquer entre eux. Environ deux à trois réunions sont organisées annuellement selon les besoins de l'enfant. Généralement, les dates sont établies à l'avance, d'une réunion à l'autre.

Par exemple, comme Daniel débutait sa 1^{ère} année à l'école ordinaire, la première réunion a permis à chacun de se rencontrer. Ainsi, les professionnels de la santé et les parents ont pu présenter la situation de Daniel à l'équipe éducative.

De manière générale, la prise de parole lors des réunions d'équipe s'établit selon un tour de table qui débute avec les parents ou l'équipe éducative. Chaque intervenant rapporte ses observations sur l'évolution de l'enfant et les difficultés rencontrées. Les professionnels de la santé réagissent aux situations présentées, ils font le lien avec ce qu'ils ont noté et proposent des solutions.

Les réunions d'équipe sont aussi l'occasion de définir les rôles et les compétences de chacun. Pour les répondants, elles permettent l'établissement d'objectifs communs et individuels. Lors de ces échanges, les décisions sont souvent prises par consensus. Cependant, c'est l'avis des parents qui prime avant toute chose.

Lorsque la date de la prochaine réunion est trop éloignée, une rencontre peut être organisée entre les professionnels concernés incluant les parents. C'est notamment le cas pour Sébastien, son enseignante spécialisée explique :

« Normalement on fait des réseaux qu'on organise avec tous les intervenants. Mais là on va en faire une simplement enseignante titulaire, stagiaire, les parents et puis moi-même. Pour qu'ils puissent voir un petit peu ce qu'on a fait depuis le dernier réseau. Voir aussi un peu la progression de leur fils parce que le prochain réseau il est au mois de mars, ça nous paraissait trop loin alors on s'est dit qu'on allait... »

- Carnet de communication

Pour deux enfants, Maxime et Sébastien, un moyen de communication utilisé régulièrement est le carnet de communication. Dans la situation de Maxime, ce carnet sert exclusivement à l'équipe éducative et aux parents afin d'échanger sur le déroulement de la journée. Pour Sébastien, le carnet permet de faire le point sur ce qui a été fait en classe et les éventuels incidents rencontrés. Il est consulté régulièrement par l'équipe éducative, celle de la structure TSA, les parents et occasionnellement les professionnels de la santé.

- Contacts ponctuels

Parfois, une communication occasionnelle est nécessaire, comme lors de la mise en place d'une nouvelle adaptation, d'un changement d'intervenant ou de difficultés rencontrées par l'enseignante.

La logopédiste rapporte ces échanges autour de l'installation de la tablette de Maxime :

« Ben quand on a acheté l'iPad par exemple et qu'on a guidé Maxime avec ça il y a eu beaucoup d'échanges parce qu'on s'ajustait, qui fait quoi, on se donne les nouvelles. Ça, j'ai mis en place en orthophonie, ce serait bien de l'utiliser en classe pour qu'il y ait un transfert. Enfin voilà des choses comme ça, mais oui bien sûr c'est par piques. »

Durant ces échanges ponctuels, plusieurs modalités de communication sont utilisées, que ce soit le téléphone ou les courriels. Une enseignante titulaire et une enseignante spécialisée ont également mentionné les SMS ou les groupes *Whatsapp*. Comme l'explique une enseignante spécialisée, le moyen de communication dépend des préférences de chacun :

« Je pense que c'est quand même beaucoup plus simple par téléphone plutôt qu'envoyer des mails quoi, surtout si c'est pour avoir des conseils ».

Les échanges peuvent se faire en face à face, lorsque l'intervenant se rend à l'école par exemple. L'ergothérapeute peut intervenir auprès de l'enfant directement dans la classe, l'observer et aménager l'environnement. Lors d'une situation plus difficile, la logopédiste de Maxime s'est rendue en classe pour discuter directement avec les enseignantes.

- **Nécessité d'un leadership partagé**

Parmi les propos des intervenants, plusieurs éléments sont liés au leadership partagé. Presque tous les professionnels déclarent qu'il n'y a pas de leader désigné, mais qu'ils le sont tous à un moment, sauf pour une personne qui estime ne pas avoir à assumer ce rôle.

Le partage du leadership se fait en fonction des compétences de chacun. Ainsi, l'ergothérapeute est un leader en ce qui a trait aux problèmes et interventions sur la motricité fine, la coordination, les habiletés sociales. Pour sa part, la logopédiste se perçoit comme leader sur le plan langagier et de la communication. L'enseignante spécialisée et l'enseignante titulaire estiment être des leaders en ce qui concerne les apprentissages scolaires et la relation avec les camarades de classe. Puis, les intervenants rencontrés disent que les parents sont les leaders pour toutes discussions qui portent sur les comportements et les réactions de l'enfant à la maison.

De manière générale, l'organisation des réunions et les aspects plus administratifs (ex. prise des procès-verbaux, invitation, réservation de la salle) sont sous la responsabilité de la personne qui convoque la réunion. Souvent, il s'agit d'une personne administratrice de l'école, telle que la doyenne ou l'assistante de direction.

- **Chevauchements de compétence**

Les professionnels interrogés ont relevé des chevauchements de compétences. Ils les perçoivent comme quelque chose de bénéfique pour l'enfant. Selon eux, ils permettent de travailler des compétences selon différentes approches et dans différents contextes. Une enseignante déclare :

« C'est vu comme quelque chose de bénéfique de toute façon parce qu'il a besoin aussi de répéter les choses. Et puis ben dans la vie on a beaucoup de compétences qui sont utilisées dans différents domaines donc c'est clair que c'est de toute façon bénéfique. Et puis par contre on a des moyens

qui sont quand même différents, on a des lieux qui sont différents. Rien que la façon de gérer notre séance elle est différente d'un professionnel à l'autre. Donc c'est chaque fois une petite pièce de plus pour aider à faire le tour. »

Ce travail des mêmes habiletés par différents professionnels les incite à communiquer. En effet, c'est l'occasion d'échanger leurs stratégies, mais aussi de clarifier la perspective que chacun adopte pour une compétence. Une ergothérapeute précise à ce sujet :

« C'est vraiment la communication qui a fonctionné et puis la définition des objectifs en commun puisqu'effectivement on avait un petit peu ce doublon entre l'orthophoniste et moi et qu'on a redéfini qui prenait les habilités sociales qui prenait plutôt la partie langagière, communication. »

- **Conditions essentielles à la bonne collaboration**

Selon les personnes rencontrées, la collaboration n'est possible qu'à certaines conditions. Les professionnels rencontrés ont relevé la nécessité d'un climat de bienveillance et d'ouverture, sans orgueil permettant la communication. Ils observent que chacun est plus enclin à solliciter l'avis ou l'aide d'un autre intervenant s'il est sûr de ne pas être jugé et n'a pas peur de le déranger.

La collaboration exige une volonté de tous les professionnels de travailler dans la même perspective et en confiance. En demandant à une enseignante spécialisée ce qu'elle devait mettre en place pour maintenir la collaboration, celle-ci a répondu :

« Bah, la confiance mettre un cadre notre collaboration, qu'est-ce qu'on va faire ensemble, comment... voilà »

4.4. Représentation des facilitateurs et des obstacles par les intervenants

Les facilitateurs et les obstacles peuvent être rassemblés en cinq catégories : (1) les parents collaborateurs et partenaires ; (2) les manifestations du TSA ; (3) les caractéristiques de la communication et des informations ; (4) la représentation du travail en équipe ; (5) les aspects organisationnels en lien avec l'inclusion scolaire. Trois d'entre elles peuvent être à la fois facilitatrices et obstacles, soit les manifestations du TSA, les caractéristiques de la communication et des informations, la représentation du travail en équipe.

- **Parents collaborateurs et partenaires**

Les parents sont souvent désignés comme des facilitateurs de la collaboration intersectorielle. Ils sont très proactifs et ouverts aux propositions des intervenants. Tous les professionnels les ont identifiés comme stimulant la communication et encourageant la collaboration. Une enseignante précise :

« Les parents sont aidants aussi parce qu'ils sont très preneurs et puis très reconnaissants de ce qu'on fait donc c'est vrai que ça, c'est bien et puis ils sont très ouverts à toutes les propositions qu'on fait donc je pense que les parents sont pour beaucoup en fait. »

- **Manifestations du TSA**

Les intervenants soulignent que les manifestations du TSA sont multiples et très variées. Les enfants présentent des difficultés différentes et les situations se complexifient d'un enfant à l'autre. Ils estiment que l'inclusion scolaire est plus facile si l'enfant interagit avec son environnement et présente des difficultés d'apprentissage légères. Dans cette situation, l'inclusion se passe et la collaboration s'installe rapidement au sein de l'équipe. Les réunions sont souvent suffisantes pour mettre les choses en place. La communication est généralement moins conflictuelle et les sujets abordés sont peu confrontants. Une enseignante spécialisée ajoute :

« Puis Daniel je pense que c'est clair que c'est un autiste, il a plein de traits qui sont compliqués, mais il est d'accord d'avoir du contact, il est capable de toucher les autres donc il y a des choses qui sont peut-être plus faciles avec lui qu'avec un autre. [...] Je pense que quand ça se passe mieux c'est aussi plus facile de ne pas avoir de conflit entre les thérapeutes puis avec les parents. Que quand ça ne se passe pas bien et qu'on a des choses à dire négatives et qu'on aimerait que les autres fassent un effort sur certaines choses. En fait ça se passe assez bien donc c'est plus facile. »

Si la situation est plus complexe, la collaboration intersectorielle semble plus difficile. À ce propos, l'enseignante spécialisée de la structure TSA mentionne un principe d'éducabilité. Selon elle, lorsqu'un intervenant ne parvient plus à visualiser jusqu'où il peut emmener l'enfant, il aura tendance à moins collaborer. Elle note alors que la personne croit ne plus être le bon intervenant pour l'enfant.

« On a l'élève et puis je suis sûre, je suis convaincue que je peux l'emmener plus loin. Et quand on voit encore cette zone de développement, justement là je pense que la communication, ça pousse à évoluer. Que si on ne voit pas trop où on peut l'amener, c'est ça qui pourrait peut-être baisser ça. »

La collaboration intersectorielle est également plus complexe lorsque les manifestations du TSA sont importantes. Il peut s'agir d'enfant qui présente un déficit intellectuel, qui ne parvient pas à communiquer avec l'équipe éducative ou l'équipe de la santé. Dans ces cas, la collaboration est épineuse. Les sujets abordés lors des réunions sont davantage menaçants et le risque de conflit au sein de l'équipe est plus élevé.

Des intervenants rapportent que des manifestations plus discrètes ne sont pas nécessairement toujours faciles. Par exemple, lorsque les difficultés ne sont pas visibles par un intervenant nouvellement arrivé ou plus externe à la situation, il y a un risque de méconnaissance ou de manque de reconnaissance. Autre exemple, si le directeur de l'école ne perçoit pas les difficultés rencontrées, il ne comprendra pas l'importance de la préparation de l'inclusion scolaire et de la collaboration intersectorielle.

- **Caractéristiques de la communication et des informations**

Selon les professionnels interrogés, une communication ouverte, sans crainte d'aborder certains sujets facilite la collaboration. Elle nécessite une ouverture, une bienveillance et la certitude de ne pas être jugé pour ses propos, soit de la confiance des uns envers les autres.

Les échanges entre les différents intervenants se font lors des réunions. Il est aussi possible d'utiliser les nouvelles technologies ou le carnet de communication. Ces échanges d'information permettent d'harmoniser les pratiques et de faciliter la collaboration intersectorielle.

La communication peut également nuire à la collaboration, notamment lorsqu'elle n'est pas assez régulière.

L'absence d'échanges peut défavoriser la vision globale de l'inclusion scolaire et l'harmonisation des pratiques.

Une logopédiste explique qu'elle peut aussi faire obstacle si elle passe par le mauvais interlocuteur :

« La maman m'a écrit, il avait commencé une semaine l'école ça n'allait pas du tout. Elle m'écrit en me disant voilà ça ne va pas, etc. Et là je crois qu'elle n'avait pas mis en copie l'enseignante. [...] Et puis là bah il a fallu faire attention, parce que l'enseignante j'ai bien senti elle l'a dit d'ailleurs, mais pourquoi la maman elle ne me l'a pas dit. J'ai dit tu sais c'est normal la maman elle me connaît depuis longtemps, et puis elle ne savait pas trop si elle osait et puis voilà. [...] Donc là effectivement ça aurait pu être un problème parce que l'enseignante aurait pu se sentir mise de côté par la maman et tout. Puis bah très vite j'ai dit à la maman, on s'est vues, on vous propose un réseau dans une semaine ou deux, et puis c'était bon. Mais c'est vrai que là ça aurait pu déboucher sur un problème. »

Une enseignante explique les conséquences si un intervenant ne comprend pas le besoin d'information d'un autre.

« Au début, avant qu'on fasse le premier réseau de cette année, moi j'avais de la peine à comprendre les attentes qu'il y avait par rapport au carnet, puis ce qu'ils voulaient que je note à l'intérieur. Donc ça a nécessité une régulation où j'ai pu demander aux parents ce qu'ils voulaient que j'écrive et puis ce qu'il y ait comme type de communication dans ce carnet. »

- **Représentation du travail en équipe**

Les intervenants s'accordent pour dire que le travail d'équipe facilite la cohésion et la collaboration entre eux. Pour cela, il faut que les rôles de chacun soient clairement définis et qu'il y ait une compréhension commune. Un climat de confiance et de respect mutuel est également nécessaire. Chaque intervenant s'engage dans ce processus avec pour objectif commun, l'inclusion scolaire de l'enfant. Ils ont abordé un peu le leadership partagé, c'est-à-dire où chacun devient leader selon la situation, les éléments en jeu et ses responsabilités.

Par exemple, la confrontation d'idées entre les personnes au sein de l'équipe peut être source de conflit. Les thérapeutes de la santé travaillant souvent de leur côté en cabinet, mettent en place et proposent à l'équipe éducative des solutions parfois inadaptées au cadre scolaire.

La collaboration entre les professionnels de la santé est souvent instaurée avant l'inclusion scolaire de l'enfant, sans l'équipe éducative. L'enseignante n'a dès lors pas l'occasion d'analyser la situation en classe et de ressentir le besoin d'aide que celle-ci lui est imposée par des professionnels de santé mandatés. De plus, l'enseignante a peu de connaissances sur les TSA. Pour combler cette lacune, un module de 20 heures pour accompagner les enseignants d'enfants intégrés a été mis en place chez Daniel. Il arrive alors que l'enseignante ne se sente pas aussi légitime que les autres intervenants. La relation de collaboration devient alors asymétrique, comme le précise une enseignante spécialisée :

« On est mandaté pour un élève et pas pour une classe donc je pense que l'enseignant en voyant tout ce package arriver, il se dit aussi bon ben moi voilà je fais ce qu'on me dit. [...] Ouais ils ne sont pas très au clair avec quelles sont les limites de ce qu'ils peuvent faire eux. Donc ça, c'est des fois pas évident pour eux, de prendre leur place vraiment... »

- **Aspects organisationnels en lien avec l'inclusion scolaire**

L'organisation des services scolaires et de la santé est régie par des lois et des réglementations différentes. Lors de la collaboration intersectorielle, des conflits peuvent survenir en fonction des façons de travailler. Généralement, lorsque l'enfant débute à l'école, des prises en charge par les intervenants de la santé doivent être arrêtées. Ce bris de services entraîne un changement des intervenants auprès de l'enfant. En milieu scolaire, les enfants changent régulièrement d'enseignant et parfois d'enseignant spécialisé. Ces changements nécessitent un renouvellement du climat de confiance entre tous pour assurer la collaboration.

Comme rapporté par des intervenants, ces règles limitent les possibilités pour les ergothérapeutes d'intervenir en classe. Ils peuvent agir de manière ponctuelle, mais il s'avère difficile d'y faire une thérapie. Par exemple, l'ergothérapeute travaille avec Daniel les habiletés sociales. Or, elle peut uniquement voir l'enfant individuellement au cabinet et proposer des solutions à transposer dans la classe. Elle ne peut travailler en situation réelle avec ses camarades et son institutrice. La collaboration avec l'enseignante est affectée par cette distance, les opportunités de collaboration sont plus restreintes.

L'aspect financier peut restreindre la collaboration. Il limite le nombre d'heures des différents intervenants et entraîne un manque de temps pour préparer la collaboration et se rencontrer ou échanger. Il y a des retombées sur leur collaboration sur le plan de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe pédagogique. À ce propos, une enseignante spécialisée déclare :

« Je pense le manque de temps. Ça prend du temps de collaborer, de communiquer. Ça, ça pourrait être un obstacle. »

4.5. Recommandations des intervenants

Quatre recommandations sont ressorties des entretiens avec les professionnels.

Premièrement, les intervenants rencontrés insistent sur la nécessité de maintenir les réunions et recommandent un bilan plus régulier. Il pourrait se faire par un courriel commun hebdomadaire, la création d'un forum de discussion ou l'utilisation par tous du carnet de communication. Selon eux, ces échanges plus réguliers permettraient d'avoir une vision plus globale de l'enfant et d'avoir des outils pour mieux communiquer. Ils favoriseraient la prise en charge plus rapide des problèmes rencontrés. Cela nécessiterait d'avoir les coordonnées de tous les intervenants dès le début de la collaboration.

Une seconde recommandation s'applique aux changements d'intervenants au sein de l'équipe intersectorielle. Les personnes interrogées recommandent de préparer l'arrivée des nouveaux intervenants. Ils préconisent que certains

soient présents lors de la passation entre l'ancien et le nouveau professionnel. Cette préparation pourrait faciliter la future prise en charge, mais également la cohésion au sein de l'équipe.

La troisième recommandation porte sur la cohésion, plus particulièrement, le fait de limiter la compartimentation des prises en charge. Ils suggèrent de partir des besoins de l'enfant dans sa classe. La cohésion au sein de l'équipe et des prises en charge pourrait également être renforcée par une présence plus importante de l'enseignante spécialisée dans la classe.

Une ergothérapeute a tenu à faire une recommandation supplémentaire. Elle observe comme les autres intervenants la nécessité du rôle de coordinateur tenu par les parents. Elle estime important de les décharger de ce rôle et de l'attribuer à un professionnel.

« Ça fonctionne très bien. Si je pense à plus long terme, ce serait peut-être intéressant de décharger la maman du rôle de coordinatrice. »

5. Discussion

Le chapitre de discussion présentera d'abord les principaux résultats de l'étude. Il passera ensuite en revue les différentes limites de cette étude avant de proposer des recommandations pour la pratique et la recherche.

5.1. Collaboration lors de l'inclusion scolaire d'enfants TSA : principaux résultats

En comparant les résultats obtenus à la recension des écrits, il est possible de mettre en évidence des observations. Celles-ci sont en lien avec la difficulté de la diversité des TSA, la complexité de l'inclusion scolaire et les différentes facettes de la collaboration intersectorielle.

- **Difficulté de la diversité des TSA**

Le terme de spectre a été choisi pour représenter l'hétérogénéité des individus atteints de TSA (Connolly & Gersch, 2016). Selon le DSM-V (APA, 2013), le diagnostic peut être évalué de léger à sévère et se base sur deux symptômes liés d'une part à la communication et aux interactions sociales et d'autre part aux troubles du comportement. Les degrés de difficultés peuvent ainsi varier d'un individu à l'autre. Tous ne présenteront pas de troubles de l'écriture (McNamee & Patton, 2018) ou des comportements inadaptés dans la même situation (Émery, 2013). Ces différences d'un cas à l'autre ont partiellement été relevées lors des entretiens. Pour chacune des situations, les parents ont rapporté les spécificités et difficultés de leur enfant. Les professionnels ont souligné la simplicité de la situation comme facilitateur de la collaboration et reconnu que d'autres situations pourraient être plus complexes.

Strunk et al. (2017) soutiennent que la complexité des troubles du spectre de l'autisme impose une prise en charge multidisciplinaire et individualisée. D'ailleurs, la HAS (2012) préconise la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation (PPS) par les intervenants des secteurs éducatif et de la santé. Toutes les personnes interrogées s'accordent sur la nécessité de collaborer, comme le recommandent Sanahuja-Gavaldà et al. (2016).

- **Complexité de l'inclusion scolaire**

Dans les trois situations, l'enfant et ses parents se sont ajustés aux demandes du milieu scolaire. Il s'agit dès lors d'intégration scolaire comme la définissent Goodall et Mackenzie (2018). Il n'y a pas eu de transformation majeure de l'école ou des enseignants, comme c'est le cas pour l'inclusion scolaire (Tremblay & Loiselle, 2016).

Les questions du guide d'entretien ne fournissent pas beaucoup de matériel à confronter à la théorie sur le plan du soutien de l'intégration scolaire. Les participants de la situation de Maxime mentionnent la mise en place d'une tablette et l'adaptation des devoirs, ce qui s'apparente au PPS (HAS, 2012). L'enseignante spécialisée de Sébastien le sort de temps à autre de la classe. Il s'agit dès lors de co-intervention externe (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016).

Plus d'informations concernent sur la préparation de l'intégration scolaire. Des écrits scientifiques (Sanahuja-Gavaldà et al., 2016) relèvent que l'inclusion scolaire doit être préparée avec l'enfant, par exemple en lui faisant découvrir l'école et visiter sa classe. Zorn et Puustinen (2017) et Fage et al. (2018) recommandent également de travailler ses compétences socioadaptatives, ce qui a été fait pour Daniel et Sébastien avant la première rentrée scolaire. L'ergothérapeute et la psychologue ont aussi beaucoup travaillé les règles sociales avec Daniel, les mois précédant sa rentrée.

Sur le plan des retombées comportementales et sociales, des liens peuvent être faits avec les écrits d'Émery (2013). Selon cet auteur, les changements et l'imprévisibilité de l'école peuvent engendrer des comportements inadaptés chez l'enfant. Par exemple, c'est ce qui a été observé chez Sébastien lors du changement d'équipe éducative et de classe. Les difficultés d'interaction avec les autres élèves durant la récréation (Goodall & Mackenzie, 2018) et les problèmes de comportement provoquent souvent un rejet par les pairs et du harcèlement (Mandy et al., 2016). À ce propos, la mère de Maxime a indiqué que son fils avait peu d'amis à l'école et que son inclusion sociale était très limitée.

En ce qui a trait aux apprentissages, des auteurs rapportent de faibles résultats scolaires (Adams et al., 2016) ou encore des difficultés d'écriture (McNamee & Patton, 2018). La mère de Maxime a identifié ce problème, sans savoir s'il était lié ou non à l'autisme. Par ailleurs, les données de la présente étude ne permettent pas de se prononcer sur les répercussions de l'inclusion sur la durée de scolarisation ou le futur occupationnel des trois enfants. D'après Fage et ses collaborateurs (2018), elles seraient possiblement positives.

- **Différentes facettes de la collaboration intersectorielle**

Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al. (2016) notent que la collaboration intersectorielle dans le cadre de l'inclusion scolaire peut prendre trois formes : la consultation, la co-intervention et le co-enseignement. Pour les trois enfants, la consultation entre les différents membres de l'équipe est la plus utilisée. Par exemple, les professionnels de la santé proposent leur expertise lors des réunions ou de manière ponctuelle. Ils réagissent aux demandes ou commentaires des enseignantes. Cette façon de procéder se rapproche d'un processus de co-construction, qui permet aux professionnels de la santé de former les enseignants (Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al., 2016). Selon les entretiens, il ressort que les enseignantes spécialisées travaillent de manière générale avec l'enfant dans la classe ou en dehors. Dans ce cas, il s'agit de co-intervention interne et externe. Cette approche pédagogique permet d'adapter individuellement le programme, sans modifier l'enseignement (Tremblay, 2013). Parfois, il arrive que l'enseignante spécialisée travaille auprès de plusieurs enfants. Pour Tremblay (2013), il s'agit alors de co-enseignement, ce qui permet de diminuer le ratio enseignant/élève.

De manière générale, la présente étude corrobore les résultats de quelques écrits scientifiques. Selon les intervenants interrogés, la collaboration intersectorielle nécessite une atmosphère bienveillante et de non-jugement. Ils recommandent l'absence d'orgueil et encouragent la volonté de travailler avec la même perspective. Ce résultat est similaire à ceux proposés par Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et al. (2016), que ce soit la nécessité

de l'écoute active, l'empathie et les confrontations harmonieuses des différents points de vue. Il importe d'établir un lien de confiance entre les collaborateurs, d'avoir un objectif commun (Burgess et al., 2015), de faire preuve d'un respect mutuel (Paolini, 2017) et d'humilité (Allenbach, 2017). Paolini (2017) souligne que la collaboration s'établit graduellement entre les différents experts. Elle demande à l'équipe de consacrer du temps à l'établissement des relations (Regan et al., 2016), de faire preuve d'une ouverture d'esprit et d'avoir des discussions informelles (Hart Barnett & O'shaughnessy, 2015).

Un élément majeur identifié par les participants se rapporte à la communication efficace, qui est perçue comme le principal facilitateur de la collaboration. Selon les propos obtenus, elle permet de faire le point sur la situation, d'ajuster les différentes interventions et de clarifier les rôles, l'incompréhension des rôles étant signalée comme obstacle à la collaboration. Reeves et ses collègues (2017) encouragent des interactions interindividuelles et une négociation régulière des rôles. Burgess et al. (2015) explicitent le fait que la communication permet de tenir compte des problèmes de chaque milieu, de maintenir la confiance, de définir les objectifs et besoins de chacun. Parmi les obstacles, la peur de la confrontation est également citée par les enseignantes, qui n'osent pas contacter les professionnels de la santé. Strunk et al. (2017) ont aussi observé ce type de situation.

Selon Slade, Eisenhower, Carter et Blacher (2017), les parents d'enfants autistes déplorent davantage le manque de communication que les autres parents. Cela peut s'expliquer par l'importance qu'elle représente pour eux, leurs enfants ayant de nombreuses difficultés dans ce domaine (Goldman & Burke, 2019). Le potentiel obstacle à la communication est présent dans les écrits scientifiques. Ce problème a pourtant été relevé par tous les intervenants y compris les professionnels. Ils rapportent l'irrégularité des échanges, les erreurs d'interlocuteurs et le manque de compréhension du type d'informations obtenues. Les parents expriment des lacunes de communication et d'informations, plus particulièrement un sentiment de devoir la stimuler ou bien l'inciter entre les professionnels. Cette difficulté entrave la collaboration et complique l'obtention d'une vision globale de l'enfant.

Une autre similitude entre les résultats de l'étude et les écrits scientifiques concerne la place centrale des parents. Pour Goldman et Burke (2019), les parents font partie intégrante de l'éducation de l'enfant. Les intervenants interrogés estiment qu'ils prennent le plus souvent la décision finale, bien qu'ils aient parfois du mal à justifier leur choix. En effet, ils sont identifiés comme les coordinateurs de l'inclusion scolaire. Ce sont eux qui centralisent les informations et encouragent la communication au sein de l'équipe. Les parents sont aussi une source de renseignements, car ils peuvent rapporter les comportements de l'enfant à la maison. Ils sont souvent perçus comme des facilitateurs de la collaboration. À ce sujet, Allenbach, Borri-Anadon, Leblanc et leurs collègues (2016) assurent que la collaboration avec les parents est nécessaire, mais parfois asymétrique. L'absence d'un statut de professionnel peut amener un sentiment d'infériorité chez les parents. Syriopoulou-Delli et al. (2016) précisent que les enseignants reconnaissent le rôle crucial des parents au domicile. Toutefois, ils rapportent que les parents déplorent fréquemment un manque de communication et de collaboration.

Sur le plan du leadership, les entretiens ont permis d'identifier la présence d'un leadership partagé. Tous les intervenants se sont accordés sur le fait que le rôle de leader était assumé à tour de rôle selon leur domaine de compétence et que cela facilite la collaboration. Ce constat va à l'encontre des résultats de Regan et al. (2016), qui soulignent que la présence d'un leader rassembleur est indispensable et la liberté professionnelle de chacun est nécessaire. Pour leur part, Hoegl et Muethel (2016) estiment que l'absence de leadership partagé est un obstacle à la collaboration. Allenbach, Duchesne, Gremion et al. (2016) encouragent les professionnels de la santé à se détacher de leur position d'expert mandaté et d'adopter celle d'accompagnateur.

Malgré les particularités des connaissances de chacun, les professionnels de la santé et de l'éducation interrogés ont reconnu les bénéfices de chevauchements de compétences. Selon eux, ils permettent de travailler des aptitudes avec l'enfant par différentes approches et contextes. Ils ajoutent que ces chevauchements incitent à communiquer davantage. Ce fonctionnement est également observé par Syriopoulou-Delli et al. (2016), car les parents peuvent retravailler les compétences scolaires à la maison, ce qui est bénéfique pour l'enfant.

Pour Syriopoulou-Delli et al. (2016), les manifestations du TSA ainsi que la co-morbidité peuvent influencer la collaboration. D'une part, les résultats de la présente étude indiquent que de faibles difficultés d'apprentissage facilitent l'inclusion, implicitement la collaboration. D'autre part, un déficit intellectuel important ou des difficultés majeures peuvent amener des discussions pour les services à offrir, la confrontation entre les intervenants et possiblement perturber la collaboration. Les collaborateurs ont également relevé ce point.

Rodríguez et al. (2012) remarquent que l'accueil de l'enfant TSA par les enseignants est modulé par leurs connaissances et leurs expériences. Dans la présente étude, tous insistent sur le risque de sous-estimer les difficultés scolaires de l'enfant. Ils croient que des intervenants moins investis ou moins formés sur les TSA peuvent avoir du mal à reconnaître les enjeux de la situation. Slade et al. (2017) rapportent que même s'ils manquent de connaissances sur l'autisme, les enseignants ont peu d'opportunités (ou de moyens) d'y remédier. D'ailleurs, des auteurs (Rodríguez et al., 2012 ; Slade et al., 2017) recommandent d'y pallier.

Enfin, la collaboration entraîne un nombre important de contraintes organisationnelles. Plusieurs écrits rapportent des obstacles à la collaboration, comme le manque de temps (Syriopoulou-Delli et al., 2016 ; McNamee & Patton, 2018), les lacunes pour le financement (Thommen et al., 2017), les attentes paradoxales et les relations asymétriques (Allench, Duchesne, Gremion et al., 2016). Ces différents éléments ont été mentionnés par plusieurs personnes au cours des entretiens. Par exemple, les financements définis par les autorités pour engager les enseignantes spécialisées déterminent le temps qu'elles peuvent investir auprès de l'enfant et dans la collaboration. Les participants expliquent également que malgré la volonté de collaborer, les propositions d'aménagements des professionnels de la santé ne sont pas toujours adaptées à l'école, ce qui s'apparente au phénomène de double contrainte de Bateson (1956, cité par Allench, Duchesne, Gremion et al., 2016). En ce qui concerne l'asymétrie, des professionnels ont mis en évidence que la collaboration était imposée aux enseignantes avant qu'elles n'en perçoivent le besoin en classe. De plus, les changements annuels d'enseignant

introduisent de nouveaux intervenants régulièrement et entraînent un réinvestissement dans l'établissement d'une confiance entre les collaborateurs. Tous ces éléments font obstacle à la collaboration intersectorielle.

Le manque d'adéquation des propositions d'aménagement des professionnels de la santé pour l'école peut être approfondi sur le plan de l'ergothérapie. Selon Jasmin et al. (2019), il existe deux approches, l'une traditionnelle en individuel avec l'enfant comme dans ces trois situations et l'autre selon un modèle collaboratif entre l'enseignant et l'ergothérapeute intégré dans le milieu scolaire. Ces propos appuient la théorie de McNamee et Patton (2018), selon qui les règlements quant aux lieux de pratiques des ergothérapeutes pourraient contribuer à diminuer les opportunités de collaboration (McNamee & Patton, 2018). Selon eux, les ergothérapeutes doivent passer du temps à l'école pour comprendre les routines et la perspective de l'enseignant. Ils déplorent le manque de structure pour soutenir cette collaboration.

5.2. Limites de l'étude

La première limite est l'absence de généralisation possible. Elle est due d'une part, au choix du type d'étude. Les études de cas offrent une faible transférabilité des résultats dans d'autres contextes (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007). Et d'autre part à l'absence de récolte de données telles que le milieu socio-culturel des parents, le nombre d'années de suivi en thérapie, l'organisation de l'intégration scolaire dans le canton limite. Selon Loiselle et al. (2007), les études de cas ont cependant l'avantage d'analyser les situations en profondeur.

La deuxième limite concerne le biais de désirabilité sociale. Selon Polit et Beck (2016), il s'agit d'une tendance des participants à déformer leurs réponses pour répondre aux valeurs sociales prévalentes. Les participants se connaissant entre eux, ils pourraient édulcorer leur perspective. D'autant plus qu'une triangulation des données a été faite entre les intervenants d'une même situation. Afin de diminuer cette limite, l'anonymat des réponses leur a été assuré. Un climat de non-jugement et de bienveillance a été mis en place avant de démarrer l'entretien.

La troisième limite est théorique. L'inclusion scolaire d'enfants TSA est un thème complexe. Nombre d'auteurs confondent inclusion et intégration scolaire (Tremblay, 2013) et peu d'études suisses abordent l'inclusion scolaire de cette population. Afin de diminuer l'effet de cette limite, l'étudiante chercheuse a tenu un journal réflexif et validé ses observations auprès des pairs (Careau & Vallée, 2014).

La quatrième limite est le faible nombre de participants. Cette limite est due à un problème de recrutement. Les cas de scolarisation d'enfants TSA en milieu ordinaire en Suisse sont minoritaires (Thommen et al., 2017). Il a donc été difficile de trouver des participants.

La dernière limite est liée à la variabilité des TSA. Selon Conolly et Gersch (2016), les symptômes peuvent être très hétérogènes. La complexité des situations influence la collaboration (Syriopoulou-Delli et al., 2016). Dans le cadre de cette étude, cependant, les trois situations sont relativement similaires. Les enfants ne présentent pas les mêmes difficultés, mais leurs situations sont décrites comme simples. Ils ne présentent pas de gros problèmes

comportementaux ni de retard intellectuel important, qui sont perçus comme des obstacles à la collaboration. Le transfert de ces conclusions dans un contexte plus précaire ou pour une situation de TSA plus complexe semble moins évident.

5.3. Recommandations pour favoriser la collaboration intersectorielle

Cinq recommandations générales, destinées aux intervenants sont ressorties.

Premièrement, la communication est primordiale pour favoriser la collaboration. Elle doit être sincère, ouverte, régulière et efficace. Syriopoulou-Delli et Polychronopoulou (2017) notent l'importance des rétroactions planifiées par communication électronique. D'ailleurs les personnes interrogées suggèrent d'augmenter la fréquence des échanges. Selon eux, cette amélioration de la régularité permettrait d'intervenir rapidement sur les ajustements de la prise en charge et de maintenir une vision holistique de la situation. Cette communication plus soutenue pourrait se faire comme par le carnet de communication ou une nouvelle technologie, comme un forum électronique. Elle nécessiterait une planification. À ce propos, Hart Barnett et O'shaughnessy (2015) appuient l'augmentation de la régularité des échanges.

Deuxièmement, la confiance (Burgess et al., 2015) et le respect mutuel (Paolini, 2017) entre les collaborateurs ont été identifiés comme nécessaires au travail en équipe. Toutefois, l'organisation du système scolaire amène une mouvance chez les intervenants éducatifs. La seconde recommandation porte sur l'anticipation de ces changements tant avec l'enfant qui peut être réfractaire (Émery, 2013) qu'avec le reste de l'équipe. Une enseignante spécialisée proposait d'être présente lors de la transition entre deux enseignantes titulaires. Faire intervenir d'autres collaborateurs lors de la transmission d'informations, permettrait possiblement de créer une ouverture à l'établissement de la confiance avec le nouvel intervenant.

La troisième recommandation porte sur la position des professionnels de la santé. Pour éviter l'asymétrie relevée par certains participants dans les relations entre les deux secteurs, il serait recommandé de suivre les conseils d'Allenbach, Duchesne, Gremion et al. (2016). Les professionnels de la santé devraient adopter une posture d'accompagnant de l'équipe éducative plutôt que d'expert mandaté.

Une remarque concernant le potentiel manque de transférabilité entre les astuces proposées par les professionnels de la santé et l'école, apparenté au phénomène de double contrainte de Bateson (1956, cité par Allenbach, Duchesne, Gremion et al., 2016), permet d'établir la quatrième recommandation. Il s'agit d'orienter les prises en charge et la collaboration sur le déroulement de la situation en classe et la scolarisation de l'enfant. La HAS (2012) suggère d'avoir un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées qui se base sur des évaluations régulières. Cette démarche a pour but d'organiser les interventions de tous en tenant compte du PPS et de la situation en classe. Il serait également intéressant d'analyser ces difficultés selon les trois actions proposées par Huq, Reay et Chreim (2017).

Enfin, les entretiens ont permis de mettre en évidence les multiples rôles des parents. Ils coordonnent et encouragent la collaboration d'une part et amènent leurs propres connaissances de l'enfant d'autre part. Syriopoulou-Delli et al. (2016) identifient d'ailleurs l'importance de leur position au sein de la collaboration. Rousseau et Bélanger (2004) relèvent, quant à eux, l'importance d'une personne assurant le lien entre les intervenants. Les parents ont toutefois déclaré qu'ils n'aimaient pas avoir le rôle de liaison. À ce propos, une ergothérapeute suggère de mandater un professionnel pour assurer cette fonction. La cinquième recommandation concerne le fait d'identifier un intervenant pivot autre que les parents afin de les soulager et de leur permettre d'interagir comme collaborateurs et parent. Tétréault et ses collègues (2002) repris par Rousseau et Bélanger (2004) ont relevé que ce rôle était souvent occupé par les psychologues scolaires.

5.4. Recommandations pour de futures recherches

Comme stipulé, l'influence des manifestations des troubles sur l'inclusion scolaire a été reconnue (Teixeira De Matos & Morgado, 2016), tout comme la situation socio-économique de la famille (Syriopoulou-Delli, 2016). Considérant cela, il serait pertinent de réaliser une étude sur la collaboration intersectorielle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants TSA présentant des troubles plus sévères ou issus de familles étrangères ou défavorisées.

Par exemple, les recherches de Syriopoulou-Delli (2016, 2017) ont mis en évidence une fluctuation de l'implication des parents d'enfants TSA lors de l'inclusion scolaire en fonction de la gravité de leurs symptômes et de l'avancée dans les années. Selon ces auteurs, plus les symptômes sont sévères, moins les parents auraient tendance à communiquer avec les enseignants. De même, plus l'enfant avance dans sa scolarité, moins les parents s'investiraient dans la réalisation des devoirs. Ces éléments ont pourtant tous les deux été identifiés comme importants pour la collaboration, de même que la place centrale des parents (Syriopoulou-Delli, 2016). Il semble pertinent d'explorer dans une autre recherche l'effet de ce désinvestissement parental sur la collaboration intersectorielle.

6. Conclusion

L'étude avait pour but de comprendre l'organisation de la collaboration intersectorielle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants présentant un TSA. Elle comportait au départ sept objectifs : (1) décrire les stratégies mises en place entre les professionnels de la santé et du scolaire pour favoriser la collaboration ; (2) identifier les modes de communication et leurs contenus en lien avec l'inclusion scolaire ; (3) déterminer les obstacles à la collaboration interprofessionnelle ; (4) décrire les stratégies utilisées par les intervenants pour faciliter la communication ; (5) ressortir les mécanismes de résolution des problèmes rencontrés, particulièrement s'il y a un chevauchement de compétences ; (6) décrire les différents styles de leadership utilisés au sein de l'équipe école-santé ; (7) énoncer des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. Les résultats obtenus permettent d'apporter une esquisse de réponse à ceux-ci.

En reprenant les différents objectifs un à un, il est possible d'identifier l'importance de la communication régulière et de la position des parents comme facilitateurs de la collaboration. Ils permettent d'éviter les conflits. Cette communication a essentiellement lieu lors des réunions d'équipe pour faire le point sur la situation selon l'expertise de chacun. Elle peut également se faire de manière plus ponctuelle lors de rencontres, d'appels ou de courriels. Elle nécessite un climat de non-jugement et est plus commode pour les situations d'enfant simples. Son irrégularité ou son absence sont au contraire un obstacle à la collaboration intersectorielle. L'expertise de chaque intervenant entraîne un partage du leadership au sein de l'équipe. Une préparation au changement d'intervenant pour faciliter la confiance, une centration sur la situation en classe et la mise en place d'un agent pivot sont nécessaires.

Ces éléments reflètent les retombées de la présence et l'implication des différents intervenants (parents et professionnels), des contraintes organisationnelles (financements, contraintes horaires) sur la collaboration et ainsi l'inclusion scolaire de ces enfants.

La hausse de cas diagnostiqués, particulièrement parmi les enfants de moins de dix ans (Binta Diallo et al., 2018), va entraîner une augmentation de l'inclusion scolaire de ces enfants, bien que celle-ci soit encore minoritaire en Suisse (Thommen et al., 2017). Afin de favoriser leur inclusion, il est important de connaître les facteurs assurant son succès tels que la collaboration interprofessionnelle. En outre il est important de réaliser des études longitudinales sur le sujet, l'inclusion scolaire étant un phénomène qui se prépare dès la petite enfance et se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence. Cette problématique ouvre ainsi la porte à de futures recherches en fonction de l'évolution de l'inclusion scolaire en Suisse et de la collaboration suite à cette hausse de l'incidence des TSA.

7. Références

- Adams, R., Taylor, J., Duncan, A., & Bishop, S. (2016). Peer victimization and educational outcomes in mainstreamed adolescents with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3557-3566. doi : 10.1007/s10803-016-2893-3
- Alin, C. (2017). L'autisme : les en-(je)ux de l'école inclusive. *Contextes et Didactiques*, 10, 17-26.
- Allenbach, M. (2015, août). *Négociation des pratiques et construction du rôle professionnel des intervenant-e-s à l'école*. Communication présentée à la journée de formation continue cantonale : Vers une école inclusive : collaboration et partenariat, Lausanne. Résumé repéré : <https://www.hepl.ch/files/live/sites/systemsite/files/unite-communication/documents/journee-formation-inclusion-2015-hep-vaud.pdf>
- Allenbach, M., (2017). Développer des pratiques collaboratives. Les intervenants entre souffrance et créativité. Dans Gremion L., Ramel, S., Angelucci, V., & Kalubi, J-C. (Eds.), *Vers une école inclusive. Regards croisés sur les défis actuels* (pp. 99-114). Ottawa, ON : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Allenbach, M., Borri-Anadon, C., Leblanc, M., Paré, M., Rebétez F., & Tremblay, P. (2016) Les relations de collaboration entre enseignants et intervenants en transition vers l'inclusion scolaire. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., & Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (pp. 71-86). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Allenbach, M., Duchesne, H., Gremion, L., & Leblanc, M. (2016). Le défi de la collaboration entre enseignants et autres intervenants dans l'école inclusive : Croisement des regards. *Revue des sciences de l'éducation*, 42(1), 86-121. doi : 10.7202/1036895ar
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Anaby, D., Campbell, W., Missiuna, C., Shaw, S., Bennett, S., Khan, S., ... GOLDs. (2019). Recommended practices to organize and deliver school-based services for children with disabilities : A scoping review. *Child : Care, Health and Development*, 45, 15-27. doi : 10.1111/cch.12621
- Assemblée Fédérale de la Confédération Suisse. (2002, 13 décembre). *Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées*. Repéré : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002658/201701010000/151.3.pdf>
- Assemblée Fédérale de la Confédération Suisse. (2014). *Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain*. Repéré : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20061313/index.html#>

- Binta Diallo, F., Pelletier, E., Vasiliadis, H-M., Rochette, L., Lin, E., Smith, M., ..., Lesage, A. (2018). Estimation de la prévalence et du taux d'incidence du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Comparaison interprovinciale. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 65-81. <https://doi.org/10.7202/1058610ar>
- Boat, T., & Wu, J. (2015). *Mental disorders and disabilities among low-income children*. Washington, DC : The National Academies Press.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi.org/10.1191/1478088706qp0630a
- Burgess, T., Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J., O'Keefe, M., Skinner, R., ..., Marshall, H. (2015). Optimizing intersectoral collaboration between health and education: The Health Bridges study. *Journal of Public Health*, 38(4), 430-437.
- Cappe, E., & Boujut, E. (2016). L'approche écosystémique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 143, 391-401.
- Careau E., & Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité. Dans Tétreault, S., & Guillez, P. (Eds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 489-507). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Chrétien-Vincent. (2014). Exemple d'une lettre d'information et d'un feuillet de consentement. Dans Tétreault, S., & Guillez, P. (Eds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 527-532). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Confédération Suisse. (2019). *Constitution fédérale de la Confédération Suisse*. Repéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Conférence Suisse des Directeurs Cantonaux de l'Instruction Publique. (2007, 25 octobre). *Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée*. Repéré à https://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/konkordat_f.pdf
- Conolly, M., & Gersch, I. (2016). Experiences of parents whose children with autism spectrum disorder (ASD) are starting primary school. *Educational Psychology in Practice*. doi : 1 0.1080/02667363.2016.1169512
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., Sheik, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11(100). doi.org/10.1186/1471-2288-11-100
- Emery, R. (2013). L'intégration en classes ordinaires des enfants présentant un trouble du spectre autistique : obstacles et propositions. *Revue Suisse de Pédagogie Spécialisée*, volume 1, 29-35.
- Fage C., Consel, C., Balland, E., Etchegoyhen, K., Amestoy, A., Bouvard, M., & Sauzéon, H. (2018). Tablet apps to support first school inclusion of children with autism spectrum disorders (ASD) in mainstream classrooms : a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 9(2020), 1-16. doi : 10.3389/fpsyg.2018.02020

- Fondation Centre Suisse de Pédagogie Spécialisée. (2016). *Troubles du spectre de l'autisme et scolarisation à l'école régulière : Informations à l'intention des enseignants sur les troubles, les mesures de différenciation pédagogiques et la compensation des désavantages*. Berne, Suisse : Maison des cantons.
- Goldman, S., & Burke, M. (2019). The perceptions of school involvement of parents of students with autism spectrum disorders : A systematic literature review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s40489-019-00157-y>
- Golom, F., & Schreck, J. (2018). The journey to interprofessional collaborative practice. Are we there yet ? *Pediatric Clinics of North America*, 65, 1-12. doi : 10.1016/j.pcl.2017.08.017
- Goodall, C., & MacKenzie, A. (2018). What about my voice ? Autistic young girls'experiences of mainstream school. *European Journal of Special Needs Education*. doi : 10.1080/08856257.2018.1553138
- Green, C. (2018). *Mainstream schools VS. SEN: A thematic analysis exploring teachers' perspectives on children with autistic spectrum disorders (ASD) behaviour in mainstream schools vs Special Educational Needs (SEN)* (Unpublished master's thesis). Manchester Metropolitan University, Manchester, United-Kingdom.
- Gremion, L., & Ramel, S., (2017). Avant-propos. Dans Gremion L., Ramel, S., Angelucci, V., & Kalubi, J-C. (Eds.), *Vers une école inclusive. Regards croisés sur les défis actuels* (pp. vii-xi). Ottawa, ON : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Hart Barnett, J., & O'shaughnessy, K. (2015). Enhancing collaboration between occupational therapists and early childhood educators working with children on the autism spectrum. *Early Childhood Education Journal*, 43(6), 467-472.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Saint-Denis-La-Plaine, France : HAS.
- Hoegl M., & Muethel, M. (2016). Enabling shared leadership in virtual project teams : a practitioners'guide. *Project Management Journal*, 47(1), 7-12. doi : 10.1002/pmj.21564
- Holmes, S. (2017). Creating an inclusive climate for students with developmental disabilities (AS/ASD). *Georgia Association for Positive Behavior Support Conference*, 5. Repéré à : <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/gapbs/2017/2017/5>
- Huq, J-L., Reay T., & Chreim, S. (2017). Protecting the paradox of interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 38(3-4), 513-538. doi : 10.1177/0170840616640847
- Hyang Choi, S. (2016). Préface. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (p. 10). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

- Jasmin, E., Ariel, S., Gauthier, A., Caron, M-S., Pelletier, L., Curren-Briggs, G., & Ray-Kaesler, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Journal Canadien d'Éducation*, 42(1).
- Jendoubi, V., Guilley, E., Brudelin, M., & Cecchini, A. (2017). *Évaluation du projet pilote « Équipes pluridisciplinaires »*. Genève, Suisse : République et Canton de Genève.
- Joly, C., Lainé, A., Catan, A., & Pochard, F. (2011). L'interdisciplinarité : Une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Ethique & Santé*, 8(3), 119-124. doi.org/10.1016/j.etiqe.2011.03.002
- Jones Bock, S., Borders, C., & Probst, K. (2016). Inclusion of students with autism spectrum disorders. *Advances in Special Education*, 31, 113-128. doi:10.1108/S0270-401320160000031008
- Jones, M., & Hocking, C. (2015). 9 Case study methodology. The particular and the whole. Dans Nayar, S., & Stanley, M. (Eds.), *Qualitative research methodologies for occupational science and therapy* (pp. 118-136). New-York and London : Routledge.
- Kalubi, J.-C. (2014). Les identités professionnelles dans le miroir du discours : Concepts, méthodes et valorisation des rôles. *Phronesis*, 3(3), 1-4. <https://doi.org/10.7202/1026389ar>
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. & Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec, QC : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Maguire, M. & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis : A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 8(3), 33501-33514. Repéré à : <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Mandy, W., Murin, M., Baykaner, O., Stauton, S., Hellriegel, J., Anderson, S., & Skuse, D. (2016). The transition from primary to secondary school in mainstream education for children with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(1), 5-13. doi : 10.1177/1362361314562616
- Mauuary-Maetz, D. (2017). De la chance d'avoir un élève autiste en classe. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 555-561.
- McNamee, T., & Patton, S. (2018). Teachers' perspectives on handwriting and collaboration intervention for children with Autistic Spectrum Disorder. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 46-58. doi.org/10.1108/IJOT-12-2017-0026
- Mecherbet, A., Azzouz, L. (2012). Quels effets à l'inclusion des enfants autistes ? *Biennale Internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques Professionnelles*, 55(88).
- Melinska Pignat, M., Sarnicola, V., & Giaque, N. (2015). *L'inclusion des enfants à besoins particuliers dans les structures de la petite enfance, quelles perceptions, quelles pratiques, quels moyens ?* (Mémoire de master spécialisé). Haute école pédagogique du canton de Vaud, Lausanne, Suisse. Repéré à <http://doc.rero.ch/record/260682>

- Miškolci, J., Armstrong, D., & Spandagou, I. (2016). Teachers' perceptions of the relationship between inclusive education and distributed leadership in two primary schools in Slovakia and New South Wales (Australia). *Journal of Teacher Education for Sustainability*, 18(2), 53-65. doi : 10.1515/jtes-2016-0014
- Ouellet, S., Caya, I., & Tremblay, M-P. (2011). L'apport d'une communauté d'apprentissage pour développer des pratiques collaboratives et inclusives : Une recherche-action. *Education et Francophonie* 392, 207-226.
- Paolini, O. (2017). Coopérer pour rendre l'école plus inclusive. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 541-553.
- Peladeau, N. (2004). QDA Miner Lite (v2.0.5) [Programme informatique]. Montréal, QC: Provalis Research
- Philip, C. (2017a). Qu'en est-il de la scolarisation des élèves autistes en France ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 531-540.
- Philip, C. (2017b). Quelle scolarisation pour les élèves autistes dans les pays francophones. Vers l'inclusion ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 523-529.
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PN : Wolters Kluwer.
- Prud'Homme, L., & Ramel, S. (2016). Introduction. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., & Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (pp. 15-17). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Ramel, S., & Vienneau, R. (2016). Des fondements sociologiques de l'inclusion scolaire aux injonctions internationales. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., & Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (pp. 25-38). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Ramel, S., Vienneau, R., Pieri, M., & Arnaiz, P. (2016). Des injonctions internationales aux législations nationales et locales. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., & Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (pp. 39-50). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Regan, S., Laschinger, H., & Wong, C. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 54-61. doi : 10.1111/jonm.12288
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi : 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reeves, S., Xyrichis A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking : Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3. doi : 10.1080/13561820.2017.1400150

- Resplendino, I. (2017). Quelle scolarisation pour les élèves avec autisme en Belgique francophone ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 589-596.
- Rodríguez, I., Saldaña, D., & Moreno, J. (2012). Support, inclusion, and special education teachers' attitudes toward the education of students with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*. doi : 10.1150/2012/259468
- Rousseau, N., & Bélanger, S. (2004). *La pédagogie de l'inclusion scolaire*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Sanahuja-Gavaldà, J., Olmos-Rueda, P., & Morón-Velasco, M. (2016). Collaborative support for inclusion. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(1), 303-307. doi : 10.1111/1471-3802.12293
- Slade, N., Eisenhower, A., Carter, A., & Blacher, J. (2017). Satisfaction with individualized education programs among parents of young children with ASD. *Exceptional Children*, 1-19. doi : 10.1177/0014402917742923
- Strunk, J., Leisen, M., & Schubert, C. (2017). Using a multidisciplinary approach with children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 60-68. doi.org/10.1016/j.xjep.2017.03.009
- St-Vincent, L.-A., Moliner Garcia, O., & Ramel, S. (2017). Problèmes éthiques en contexte d'intégration scolaire au Canada, en Espagne et en Suisse: la place donnée à l'élève. *Revue Enseignement et recherche en administration de l'éducation*, 1(1), 83-103.
- Syriopoulou-Delli, C., Cassimos, D., & Polychronopoulou, S. (2016). Collaboration between teachers and parents of children with ASD on issues of education. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 330-345. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2016.04.011>
- Syriopoulou-Delli C., & Polychronopoulou, S. (2017). Organization and management of the ways un wich teachers and parents with choldren with ASD communicate and collaborate woth each other. *International Journal of Developmental Disabilities*. Doi : 10.1080/20473869.2017.1359355
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Teixeira De Matos, I., & Morgado, J. (2016). School participation of students with autism spectrum disorders. *Journal of Research in Special Educationnal Needs*, 16(1), 972-977. doi : 10.1111/1471-3802.12240
- Thomazet, S., & Mérini, C. (2016). Faciliter la coopération entre les différents acteurs de l'école inclusive. *Les Cahiers des PEP*, 2, 25-31. Repéré à : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01396323/document>
- Thommen, E., Baggioni, L., Eckert, A., Tessari Veyre, A., & Zbonder Sapin, V. (2017). Focus sur la scolarisation des enfants avec un TSA en Suisse. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 150, 623-631.

- Tremblay, P. (2013). Le coenseignement en inclusion scolaire : Un mariage naturel. *Revue Suisse de Pédagogie Spécialisée*, 2, 26-33.
- Tremblay, S., & Loïselle, C. (2016). Handicap, éducation et inclusion : Perspective sociologique. *Éducation et Francophonie*, 44(1), 9-23.
- Vianin, P., Aschilier, H., Galetta, F., & Ulber, A. (2016). L'inclusion scolaire : Analyse des pratiques pédagogiques dans trois cantons alpins. *Revue Suisse de Pédagogie Spécialisée*, 1, 42-50.
- Vienneau, R. (2016). Introduction. Dans Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P., & Vienneau, R. (Eds.), *L'inclusion scolaire, ses fondements, ses acteurs et ses pratiques* (pp. 21-24). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : Une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches Qualitatives, (hors-série) (3)*.
- World Health Organisation (WHO). (2010). *Framework for action in interprofessional education and collaborative practice*. Geneve, Suisse : WHO.
- Xyrichis, A., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2017). Examining the nature of interprofessional practice : An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care*. doi : 10.1080/13561820.2017.1408576
- Zorn, S., & Puustinen, M. (2017). L'aide aux apprentissages : Le cas des collégiens avec un trouble du spectre de l'autisme et de leurs enseignants. *Recherches en Education*, 30, 111-119.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des parents

Guide d'entretien pour les parents

Identification

Nom du participant	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	
Localisation	
Date	
Nom de l'interviewer	

Présentation

Bonjour, je m'appelle Aurélie Sohier et je suis étudiante-chercheuse dans un projet sur la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre le fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle entre des intervenants du secteur de la santé et ceux du secteur de l'éducation lors de l'inclusion scolaire d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Cette étude vise à :

- Décrire les démarches favorisant la collaboration interprofessionnelle et mises en place entre les professionnels de la santé et ceux du milieu scolaire ;
- Identifier les modes de communication et leurs contenus en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle ;
- Déterminer les obstacles à la collaboration interprofessionnelle ;
- Décrire les stratégies utilisées par les intervenants pour faciliter la communication, trouver des solutions aux problèmes rencontrés et résoudre les difficultés s'il y a un chevauchement de compétences ;
- Déterminer les types de leadership utilisés au sein de l'équipe école-santé.
- Énoncer des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Cette étude est réalisée en Belgique et en Suisse, afin de comparer les fonctionnements entre ces deux pays en ce qui a trait à l'inclusion scolaire d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Cette étude est faite dans le cadre d'un travail de master en vue de l'obtention du Master ès Sciences de la Santé à la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) sous la direction de Sylvie Tétreault, Ph.D., Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) École d'Études Sociales et Pédagogiques (EESP) et la co-direction de Sylvie Ray-Kaeser, MSc., Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) École d'Études Sociales et Pédagogiques (EESP).

Présentation de l'entretien

L'objectif principal de cette étude est de comprendre la collaboration interprofessionnelle entre des intervenants du secteur de la santé et ceux du secteur de l'éducation lors de l'inclusion scolaire d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Plus précisément, l'entretien, d'une durée maximale d'une heure, portera sur les thèmes suivants :

- Les moyens utilisés pour mettre en place la collaboration interprofessionnelle.
- Les moyens et les types de communication au sein de cette collaboration.
- Les éléments qui facilitent la collaboration.
- Les obstacles rencontrés à la collaboration.
- Les personnes qui prennent le leadership et des exemples de leadership utilisés au sein de cette collaboration.
- Les recommandations pour améliorer la collaboration.

Consignes

Afin de faciliter votre participation, je tiens à vous préciser quelques points :

- L'entretien est confidentiel, aucune donnée nominative ou permettant de vous identifier n'apparaîtra dans le travail de master ou dans sa présentation.
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question, d'interrompre l'entretien à tout moment si vous le souhaitez. Vous pouvez poser des questions si vous avez besoin d'informations supplémentaires.
- Ce sont vos expériences et votre opinion qui nous intéressent.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré par deux microphones ce qui facilitera la prise de note et me permettra d'être plus attentive lors de notre entretien. Êtes-vous d'accord pour être enregistré ?

Avant de commencer, avez-vous des questions à propos de cette étude ou du déroulement de l'entretien ?

Questions sur l'enfant

1. Pouvez-vous me décrire votre enfant ?
2. Quel âge a votre enfant ?
3. Qu'est-ce qu'il aime faire ? quels sont ses loisirs ?
4. Il fréquente présentement à l'école régulière, en quelle année est-il ?
5. Depuis combien de temps est-il scolarisé à cette école ?
6. Selon vous, qu'est-ce qu'il aime de l'école ? qu'est-ce qu'il n'aime pas ?

Questions sur l'inclusion scolaire

7. Pouvez-vous me décrire, comment l'inclusion scolaire s'est déroulée ?
8. Selon vous, est-ce que cela s'est bien passé ?
Si oui : selon vous, qu'est-ce qui a permis cette bonne inclusion.
Si non : qu'est-ce qui a empêché la réussite de l'inclusion ?
9. Voulez-vous me parler de quelque chose dont vous êtes fier/fière concernant l'inclusion de votre enfant ?
10. Voulez-vous me parler de quelque chose qui vous tracasse concernant l'inclusion de votre enfant ?

Questions sur les professionnels impliqués (éducation)

11. Pouvez-vous me parler des professionnels du secteur de l'éducation qui interviennent auprès de votre enfant ?
11a. Qui sont-ils ?
12. Comment avez-vous collaboré avec eux pour préparer l'inclusion scolaire ?
13. Quel est votre niveau de satisfaction de leur collaboration avec vous et l'équipe du secteur de la santé ?

Questions sur les professionnels impliqués (santé)

14. Pouvez-vous me parler des professionnels du secteur de la santé qui interviennent auprès de votre enfant ?
 - 14a. Qui sont-ils ?
15. Comment avez-vous collaboré avec eux pour préparer l'inclusion scolaire ?
16. Quel est votre niveau de satisfaction de leur collaboration avec vous et l'équipe école ?

Questions sur la collaboration

17. Selon votre expérience, qu'est-ce qui a facilité la collaboration entre les différents professionnels qui travaillent auprès de votre enfant et vous ?
18. Selon votre expérience, qu'est-ce qui a pu nuire à la collaboration entre les différents professionnels qui travaillent auprès de votre enfant et vous ?
19. En pensant à votre situation actuelle, quels sont les principaux avantages de cette collaboration ?
20. En général, quel est votre niveau de satisfaction de la collaboration et la prise en charge pour faciliter l'inclusion scolaire de votre enfant ?
21. Avez-vous d'autres éléments à me partager en ce qui concerne l'inclusion scolaire de votre enfant ?

Remerciements

Ma directrice et ma co-directrice se joignent à moi pour vous remercier pour le temps que vous avez consacré à la participation à cet entretien.

D'ici deux semaines, je vais vous faire parvenir une transcription de notre entretien, afin de vous permettre de la valider. Vous pourrez rajouter des éléments ou en enlever.

Encore merci pour votre contribution à ce projet d'étude.

Guide d'entretien pour les professionnels

Identification

Nom du participant	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	
Localisation	
Date	
Nom de l'interviewer	

Présentation

Bonjour, je m'appelle Aurélie Sohier et je suis étudiante-chercheuse dans un projet sur la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Cette étude vise à :

- Décrire les démarches favorisant la collaboration interprofessionnelle et mises en place entre les professionnels de la santé et ceux du milieu scolaire ;
- Identifier les modes de communication et leurs contenus en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle ;
- Déterminer les obstacles à la collaboration interprofessionnelle ;
- Décrire les stratégies utilisées par les intervenants pour faciliter la communication, trouver des solutions aux problèmes rencontrés et résoudre les difficultés s'il y a un chevauchement de compétences ;
- Déterminer les types de leadership utilisés au sein de l'équipe école-santé.
- Énoncer des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Cette étude est réalisée en Belgique et en Suisse, afin de comparer les fonctionnements entre ces deux pays en ce qui a trait à l'inclusion scolaire d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de master en vue de l'obtention du Master ès Sciences de la Santé à la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) sous la direction de Sylvie Tétreault, Ph.D., Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) École d'Études Sociales et Pédagogiques (EESP) et la co-direction de Sylvie Ray-Kaesler, MSc., Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) École d'Études Sociales et Pédagogiques (EESP).

Présentation de l'entretien

L'objectif principal de cette étude est de comprendre la collaboration interprofessionnelle entre des professionnels du secteur de la santé et ceux du secteur de l'éducation lors de l'inclusion scolaire d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Plus précisément, l'entretien, d'une durée maximale d'une heure, portera sur les thèmes suivants :

- Les moyens utilisés pour mettre en place la collaboration interprofessionnelle.
- Les moyens et les types de communication au sein de cette collaboration.
- Les éléments qui facilitent la collaboration.
- Les obstacles rencontrés à la collaboration.

- Les personnes qui prennent le leadership et des exemples de leadership utilisés au sein de cette collaboration.
- Les recommandations pour améliorer la collaboration.

Consignes

Afin de faciliter votre participation, je tiens à vous préciser quelques points :

- L'entretien est confidentiel, aucune donnée nominative ou permettant de vous identifier n'apparaîtra dans le travail de master ou dans sa présentation.
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question, d'interrompre l'entretien à tout moment si vous le souhaitez. Vous pouvez poser des questions si vous avez besoin d'informations supplémentaires.
- Ce sont vos expériences et votre opinion qui nous intéressent.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré par deux microphones ce qui facilitera la prise de note et me permettra d'être plus attentive lors de notre entretien. Êtes-vous d'accord pour être enregistré ?

Avant de commencer, avez-vous des questions à proposer de cette étude ou du déroulement de l'entretien ?

Section de questions

1. Concernant **l'organisation** de cette collaboration interprofessionnelle.
 - 1a. Pouvez-vous me dire qui sont les différents intervenants impliqués ?
 - 1b. Combien de temps par mois consacrez-vous pour établir cette collaboration, que ce soit des réunions, des échanges téléphoniques ou encore la préparation de documents ?
Y a-t-il des mois plus intenses ?
 - 1c. Considérant les caractéristiques de votre milieu de travail, que devez-vous faire pour mettre en place et maintenir la collaboration ?
2. Concernant **la communication** entre les différents intervenants.
 - 2a. Pouvez-vous me dire par quel moyen se fait la communication ? A quelle fréquence avez-vous des échanges ?
 - 2b. Est-ce qu'il y a des réunions d'équipe interprofessionnelle ?
Si oui : quelle est la fréquence ? Quels sont les sujets abordés ? Comment se prennent les décisions.
Si non : pouvez-vous me donner la raison de cette situation ?
 - 2c. Lorsque vous échangez avec les collègues de l'autre secteur, quel est le contenu de ces communications ?
 - 2d. Est-ce que vous rencontrez des problèmes de communication ?
Si oui : quels sont ces problèmes ? Comment sont-ils résolus ?
Si non : pouvez-vous me donner la raison de cette situation ?
3. Concernant **les éléments qui facilitent** de cette collaboration.
 - 3a. Selon vous, quelles sont les stratégies que les membres de l'équipe utilisent pour faciliter la communication ? Selon votre opinion, sont-elles efficaces ?
 - 3b. Avez-vous observé d'autres éléments qui facilitent la collaboration ?
 - 3c. Selon vous, quelles sont les stratégies que les membres de l'équipe utilisent pour résoudre des conflits ?
4. Concernant **les obstacles** à cette collaboration.
 - 4a. Avez-vous rencontré des conflits lors de votre collaboration interprofessionnelle ?
Si oui : quelles sont les raisons de ces conflits ? Comment sont-ils résolus ou gérés ?
Si non : pouvez-vous me donner la raison de cette situation ?
 - 4b. En analysant le fonctionnement actuel lors de l'inclusion scolaire d'un enfant TSA, pouvez-vous me parler d'autres obstacles à la collaboration interprofessionnelle ?

- 4c. Selon vous, quelles sont les stratégies que les membres de l'équipe utilisent lors de chevauchement des compétences ?
5. Concernant **les types de leadership** au sein de cette collaboration.
- 5a. De façon générale, qui est le leader (c'est-à-dire la personne qui prend les décisions, qui oriente la discussion, qui ramène les éléments importants à discuter) ?
- 5b. Comment le leadership est-il partagé au sein de l'équipe interprofessionnelle ?
- 5c. Pouvez-vous me dire dans quelle situation vous tenez le rôle de leader ?
- 5d. En analysant le fonctionnement actuel lors de l'inclusion scolaire d'un enfant TSA, pouvez-vous me parler de situations impliquant un problème de leadership ?
6. Concernant **les recommandations** d'amélioration de cette collaboration.
- 6a. Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour améliorer la collaboration interprofessionnelle lors de l'inclusion scolaire d'un enfant présentant un TSA ?

Remerciements

Ma directrice et ma co-directrice se joignent à moi pour vous remercier pour le temps que vous avez consacré à la participation à cet entretien.

D'ici deux semaines, je vais vous faire parvenir une transcription de notre entretien, afin de vous permettre de la valider. Vous pourrez rajouter des éléments ou en enlever.

Encore merci pour votre contribution à ce projet d'étude.

Annexe 3 : Dessin de la collaboration intersectorielle

