Inclusion scolaire des enfants avec un trouble du spectre autistique : le partenariat ergothérapeute/enseignant

Laurine Barbagelata

▶ **To cite this version:**

Laurine Barbagelata. Inclusion scolaire des enfants avec un trouble du spectre autistique : le partenariat ergothérapeute/enseignant. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269071

HAL Id: dumas-02269071

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269071

Submitted on 22 Aug 2019

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

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

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

Aix-Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Laurine BARBAGELATA

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la recherche
16 mai 2019

Inclusion scolaire des enfants avec un Trouble du Spectre Autistique : Le partenariat ergothérapeute/enseignant.

Sous la direction de CHALANSONNET Marine et de BLANC Catheline.

Diplôme d'état d'ergothérapie.

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire et qui ont pris le temps de m'apporter leurs réponses et leur aide.

J'adresse également mes remerciements à ma directrice de mémoire, Catheline BLANC, qui a toujours été présente pour m'orienter et me conseiller, en terme de méthodologie mais aussi en tant que future professionnelle.

Un merci tout particulier à Marine CHALANSONNET pour son aide précieuse, son soutien et sa pertinence en tant que réferente de mémoire.

Enfin, un dernier mot pour mes proches qui m'ont encouragée et soutenue au cours de ces trois années d'études.

Merci de m'avoir aidée à construire mon avenir.

Sommaire

1. Introduction 1

1.1 Choix du thème et questionnement général. 1

1.2 Contexte et thématiques 2

1.2.1. L'autisme, un trouble neurodéveloppemental fréquent. 2

1.2.2. De l'intégration à l'inclusion scolaire : une nouvelle vision. 4

1.3 Utilité sociale et intérêt professionnel 5

1.4 Revue de littérature 7

1.4.1. Enjeux de la scolarisation 8

1.4.2. Formations et attentes des enseignants 10

1.4.3. Notion d'entraide et collaboration avec les autres professionnels 12

1.5 L'enquête exploratoire 15

1.5.1. Population et critères d'inclusion et d'exclusion 16

1.5.2. Recueil de données et stratégie méthodologique 16

1.6 La question initiale de recherche 21

1.7 Le cadre de référence 22

1.7.1. La collaboration et ses déterminants 22

1.7.2. De la collaboration au partenariat : une richesse réciproque. 23

1.7.3. Le partenariat et ses déterminants 24

1.7.4. L'engagement et la notion de motivation. 25

1.7.5. Le sentiment d'efficacité personnelle et ses déterminants 27

1.7.6. Le sentiment d'efficacité personnelle en contexte scolaire 28

1.7.7. Conclusion 30

1.8 La question et l'objet de recherche 31

2. Matériel et Méthode 32

2.1 Choix de la méthode de recherche : 32

2.2 Population ou matériel et critères d'inclusion et d'exclusion....34
2.3 Echantillonnage et sites d'exploration.....34
2.4 Le Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données 35
2.5 Anticipation des biais et test de faisabilité 38
2.6 Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation 39
3. Résultats 39
3.1 Données descriptives 40
3.2 Données statistiques inférentielles.....46
4. Discussion des données.....49
4.1 Interprétation des résultats.....49
4.2 Critiques du dispositif de recherche 52
4.3 Intérêts pour la pratique professionnelle 53
Bibliographie.....55
Annexe 1 : Schéma diagnostic des TSA et dyade autistique (DSM-5) 61
Annexe 2 : Tableau de recherche banque de données 62
Annexe 3 : Tableau de synthèse revue de littérature 64
Annexe 4 : Matrice de questionnement enquête exploratoire.....70
Annexe 5 : Questionnaire enquête exploratoire.....75
Annexe 6 : Schémas résultats enquête exploratoire.....78
Annexe 7 : Matrice conceptuelle du partenariat 79
Annexe 8 : Matrice de questionnement enquête expérimentale 81
Annexe 9 : Questionnaire enquête expérimentale 85
Annexe 10 : Tableau récapitulatif résultats enquête expérimentale 89
Annexe 11 : Tableau score partenariat/ SEP.....93

1. Introduction

1.1 Choix du thème et questionnement général.

La thématique de cette recherche porte sur la participation sociale des personnes atteintes d'autisme. Elle est en lien avec un stage effectué dans une SIPFP[1] ou ex IMPRO (Institut Médico-Professionnel). Au regard de l'article D351-17 (1), l'établissement propose un accompagnement scolaire par l'intermédiaire d'une institutrice, détentrice d'un certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées. En participant à plusieurs de ses cours, j'ai constaté que le niveau des six élèves regroupés était hétérogène. L'un d'entre eux, qui était un élève avec autisme, avait un niveau scolaire beaucoup plus avancé que les autres. *Pourquoi n'était-il pas scolarisé en milieu ordinaire ou en classe ULIS*[2] ? L'enfant en question bénéficie d'un temps scolaire de deux heures par semaine, ce qui contraste avec les heures hebdomadaires des autres enfants du même établissement. *Bénéficie t-il d'un temps suffisant ?* Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS[3] précisent que le volume horaire des activités, qui touchent au domaine scolaire, doit atteindre le plus tôt possible la même importance que n'importe quelle personne du même âge, tout en gardant le côté adapté de cet accompagnement pour limiter les situations d'échec (2). Au regard de cette situation, j'ai démarché l'institutrice pour connaître la raison de sa scolarisation ici. Il semblerait que l'institutionnalisation des enfants autistes en milieu scolaire soit complexe, tant pour les démarches administratives que pour le bon déroulement de la scolarité. En tant qu'étudiante en ergothérapie, mon objectif est de comprendre *pourquoi existe t-il un tel frein à cette participation ?* En effet, d'après les données probantes de l'ANFE[4], un ergothérapeute est amené à accompagner un enfant avec des troubles du développement dans toutes les sphères de sa vie quotidienne pour lui permettre d'acquérir, de maintenir ou d'améliorer son indépendance et son autonomie (3). De manière plus générale, *quelles sont les difficultés d'inclusion des enfants autistes en milieu ordinaire ? Quels sont les freins à la mise en place de cette démarche de participation ? Quelles sont les actions mises en jeu afin de la*

---

[1] Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

[2] Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

[3] Haute Autorité de Santé

[4] Association Nationale Française des Ergothérapeutes

favoriser ? Quelles actions bénéfiques ont été prouvées ? Par quels moyens validés l'ergothérapeute peut-il faciliter cette inclusion ? Quels sont les freins réels qui concernent l'ergothérapeute et qui peuvent impacter son action pour cette inclusion ?

1.2 Contexte et thématiques

La recherche s'articule autour de l'accompagnement en ergothérapie des enfants avec autisme, afin de faciliter leur inclusion scolaire en milieu ordinaire. Il paraît donc nécessaire de définir et de spécifier auparavant les différents termes de ce travail.

1.2.1. L'autisme, un trouble neurodéveloppemental fréquent.

L'autisme est une pathologie qui touche selon l'INSERM[5] près de 700 000 individus en France dont environ 100 000 enfants de moins de 20 ans (4). En 2012, elle a été reconnue comme grande cause nationale, plaçant ainsi la pathologie au rang de problème majeur de santé publique (5). La Classification Internationale des troubles Mentaux (CIM-10) classe l'autisme et les troubles apparentés dans les Troubles Envahissants du Développement (TED) (6). Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM[6] désignent la CIM-10 et donc l'appellation TED comme classification de référence (7). Toutefois, depuis 2013, la 5ème édition du DSM[7] (DSM-5) évoque la notion de Troubles du Spectre Autistique (TSA) (8). *Cette classification, plus récente et utilisée au niveau international, est le choix de référence dans ce mémoire*. Le terme de « Trouble du Spectre Autistique » définit une catégorie unique de troubles inclus dans la catégorie des « troubles neurodéveloppementaux ». Trois niveaux de sévérité y sont présents : 1/ Les troubles légers qui se réfèrent aux « Troubles envahissants du développement non spécifique » dont l'autisme atypique dans la CIM-10. 2/ Les troubles modérés (syndrome d'Asperger dans la CIM-10) et 3/ les troubles sévères (autisme typique d'après la CIM-10) (8). La notion d'autisme n'est donc plus abordée même si elle reste encore beaucoup utilisée par commodité. Avec la notion de TSA apparaît la notion de diade qui remplace l'ancienne triade autistique. Elle comprend : un déficit de communication et des interactions sociales (A) et la présence de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs (B). Le diagnostic s'élabore sur 4 critères (cf. Annexe 1 p.61) : la présence de la diade (A et B), l'apparition des symptômes dans la petite enfance (C) et la présence de

[5] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

[6] Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

[7] Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

limitation et de restriction au quotidien (D) (cf. Annexe 1 p.61) (8, 9). « Dans 26 à 68% des cas, les enfants présentant un TSA ont également une déficience intellectuelle (QI < 70) » (Cappe E, Smock N et Boujut E, 2006, p77) (10).

Le déficit des interactions sociales et de la communication (A)

Les interactions sociales : Le déficit d'interactions sociales se définit principalement par : une sous-utilisation d'expressions non-verbales telles que les mimiques, la gestuelle, etc ; une complexité à débuter une relation ou une conversation avec un pair ; un manque de réciprocité et un manque de partage des intérêts. *La communication :* Le déficit de communication se définit principalement par : une pauvreté voire une absence totale de langage ; un manque de spontanéité et un manque de partage des besoins ; ainsi qu'un langage répétitif (8, 9).

Les comportements, les activités et les intérêts restreints et répétitifs (B)

Les comportements de l'enfant avec un TSA se définissent par : une présence d'intérêts restreints ; une résistance ou une intolérance au changement (sensibilité au changement et à la frustration) ; des rituels, une hyper- ou hypo-sensibilité sensorielle et des stéréotypies (8, 9). L'enfant présente ainsi des comportements significatifs souvent qualifiés d'inadaptés ou inadéquats répartis en six catégories : les comportements agressifs, les stéréotypies ou l'autostimulation, les comportements dits antisociaux, l'automutilation, les comportements destructeurs et les conduites alimentaires perturbées (11). Ces comportement « viseraient soit à obtenir soit à éviter des stimuli internes ou externes c'est-à-dire que ces comportements sont bien des réponses aux informations que l'enfant perçoit de son environnement. La perception de ces informations étant perturbée, les comportements de ces enfants sont ainsi inadaptés » (Hayek H, 2015, p17-8) (11).

Différentes théories ont été avancées pour tenter de comprendre les difficultés des personnes avec un TSA et leur fonctionnement cognitif atypique. La théorie de l'esprit, souvent controversée, a laissé place à des déficit cognitifs plus globaux : les fonctions exécutives et la cohérence centrale, encore discutées elles aussi. Les fonctions exécutives sont des mécanismes de pensées impactant l'aptitude à s'adapter aux situations nouvelles : planification, organisation, abstraction (nature des liens entre choses et idées), jugement, autocontrôle (émotions adaptées), flexibilité, résolution de problème. La cohérence centrale quant à elle, fait écho à la capacité de voir et d'interpréter les stimuli de manière globale. Les personnes avec un TSA auraient ainsi tendance à voir dans les détails (12).

Ces différentes altérations ont des répercussions dans la vie quotidienne des personnes avec un TSA (D). Les domaines les plus impactés sont : les interactions sociales, la motricité et la sensorialité (8). Ces spécificités affectent la manière dont l'enfant peut se diriger vers une

activité différente (13). Les comportements inadaptés peuvent impacter la relation avec l'environnement (10). *Dans son quotidien d'élève, certains facteurs intrinsèques à l'enfant peuvent faciliter ou défavoriser son inclusion sociale dans le milieu scolaire ordinaire*. En effet, « les comportements inappropriés interfèrent avec les interactions sociales et la perception des autres ». (Rivard M et Forget J, 2006, p276) (13). L'élève avec un TSA rencontre donc des problèmes sur le plan de la socialisation mais aussi sur le plan moteur (prise du crayon, etc) et sur le plan de la sensorialité (hyper- ou hypo-sensibilité) (13).

Aujourd'hui différentes méthodes sont associées à l'accompagnement des personnes avec un TSA. Parmi elles : la méthode ABA[8], qui repose sur la notion de renforçateurs en associant une conséquence à chaque comportement ; la méthode TEACCH[9], qui se base sur l'éducation structurée selon trois temps : l'anticipation, la structuration et la visualisation ; et le modèle d'intervention précoce de Denver, qui s'élabore en fonction du niveau développemental du petit enfant (8). Actuellement, les recherches sur l'autisme s'organisent grâce à l'Institut thématique multi-organismes Neurosciences, Sciences Cognitives, Neurologie et Psychiatrie (ITMO), qui regroupe plusieurs équipes. Un des axes de ces recherches est de comprendre comment faciliter l'inclusion des personnes avec un TSA dans la société (4). *De façon plus précise, qu'est-ce que l'inclusion ?*

1.2.2. De l'intégration à l'inclusion scolaire : une nouvelle vision.

Le terme d'inclusion remplace aujourd'hui celui d'intégration, comme en témoigne la convention relative des Nations Unies aux droits des personnes handicapées (14). Ce nouveau terme est aussi utilisé au niveau scolaire par son utilisation dans l'anagramme des classes ULIS. Au travers de cette nouvelle vision, chaque être humain fait partie de la norme. C'est l'environnement, inadapté à certaines personnes qui doit être modifié pour être accessible à tous. Ce terme ne tolère donc pas l'exclusion à la participation sociale. *Ainsi, concernant les enfants, l'inclusion scolaire prône la place de tout un chacun dans les écoles*. C'est cette école inclusive qui s'adapte aux caractéristiques de l'enfant (14). « Dans cette perspective, la scolarisation ne nie pas la différence mais la compense, elle ne méconnait pas les difficultés liées à l'altération substantielle mais adapte la pédagogie pour les dépasser. La plupart du

---

[8] Applied Behavior Analysis : Analyse Appliqué du comportement.

[9] Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children : Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés.

temps, il s'agit d'adapter, dans la classe, les situations « ordinaires » d'enseignement pour aider l'élève à contourner son handicap. » (De Souza S, 2012, p203) (15).

Dans cette recherche, le terme d'inclusion sera associé à celui de milieu ordinaire, qui fait référence aux classes ordinaires mais aussi aux unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS-école ou ex CLIS, ULIS-collège et ULIS-lycée). Elle comprend aussi les Unités d'Enseignement (UE) en maternelle (14).

Aujourd'hui, l'orientation d'un élève en situation de handicap « suppose la constitution d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) » (Vinay P, 2007, p65) (16) qui s'établit sur demande des parents ou d'une équipe éducative (15). « La scolarisation de l'élève TSA s'articule donc autour du Projet Personnalisé de Scolarisation » (De Souza S, 2012, p194) (15). Ce PPS passe par l'identification de modalités de scolarisation adaptées à l'enfant et par l'élaboration d'une stratégie spécifique de mise en place pour favoriser son inclusion (15). Afin de les définir, l'enfant est évalué dans sa globalité par des professionnels : autonomie, compétences et difficultés. Cette évaluation permet ainsi de cibler les obstacles à son inclusion scolaire (15). Le PPS précise aussi, si nécessaire, l'ensemble des accompagnements dont bénéficie l'enfant (paramédicaux, psychologiques, etc) (15) et identifie un enseignant référent de l'enfant (17). Ainsi, il contient « l'ensemble des mesures d'accompagnement qui doivent compenser les limitations d'activités, d'autonomie de l'enfant ou de l'adolescent » « afin de lui permettre de réussir son parcours de formation » (De Souza S, 2012, p194/195) (15). Une fois que le PPS est validé par la CDAPH[10], l'enseignant référent convoque une première réunion de l'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) (17). Cette ESS regroupe tous les intervenants en charge de l'enfant en situation de handicap (enseignants, parents, paramédicaux, etc). Ensemble, ils analysent les modalités retenues et notifiées dans le PPS ainsi que les aménagements à mettre en place (15, 17). *Ce projet permet ainsi la mise en place de dispositifs particuliers au sein d'un milieu scolaire ordinaire* (18). *Si les termes spécifiés précédemment sont encore récents et vifs, qu'en est-il réellement de l'utilité sociale de cette thématique ?*

1.3 Utilité sociale et intérêt professionnel

Concernant la scolarisation, la loi du n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a donné à tout enfant le droit d'être scolarisé dans l'école la plus proche de son domicile (19). Elle

[10] Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

garantit ainsi une éducation en milieu ordinaire pour tous, et donc une éducation pour les enfants avec un TSA. Elle garantit également la mise en place des moyens nécessaires aux besoins de l'enfant, avec notamment, une formation spécifique pour les enseignants et les Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap (AESH ou ex-AVS (Auxiliaires de Vie Scolaire)) (19). La scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap a augmenté depuis la loi du 11 Février 2005. Mais elle reste encore insuffisante puisque seulement 40% des enfants en âge d'être à l'école élémentaire sont scolarisés en milieu ordinaire (20). La stratégie nationale de santé 2018-2022 inclue dans ses volets une « priorités spécifiques chez l'enfant, l'adolescent et le jeune » (21).

En France, parmi les enfants avec un TSA, un tiers est scolarisé en maternelle deux jours ou moins par semaine. Entre l'école primaire et le collège, le taux des enfants avec un TSA scolarisés baisse de 13%. Les élèves qui présentent un trouble du spectre autistique suivent des parcours qui sont encore plus éloignés des parcours typiques que les autres enfants en situation de handicap (20). Face à ce constat, une nouvelle stratégie nationale pour l'autisme a été présentée par un communiqué de presse. Elle s'articule autour de plusieurs grands axes dont, l'intervention précoce et la scolarité. Pour les démarches concernant l'école, le communiqué dévoile 4 mesures principales : 1) scolariser tous les enfants autistes en maternelle, 2) permettre un parcours scolaire plus simple et mieux adapté aux besoins, 3) former et accompagner le personnel enseignant concerné et enfin 4) garantir l'accès et la réussite aux études supérieures (20). Ce communiqué s'inscrit dans l'optique d'un nouveau plan autisme sur 2018- 2020 : il s'agit aujourd'hui du 4ème plan autisme qui fait suite à 3 autres plans nationaux (4). Ce plan de santé publique a pour objectif de rendre la vie des personnes avec un TSA la plus autonome et indépendante possible, c'est à dire la plus ordinaire possible (22). Cette notion d'autonomie et d'indépendance correspond aux finalités de chaque prise en soin en ergothérapie, *mais quel est l'intérêt professionnel de cette recherche ?*

La profession d'ergothérapeute est régie par un référentiel d'activités et de compétences (23). L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute définit ainsi le rôle et les pratiques de celui-ci. C'est un professionnel qui évalue les capacités et les incapacités d'une personne en prenant en compte la personne, ses activités et son environnement. Il élabore, aux regards des résultats, des activités qui ont pour but de restaurer, de maintenir, ou de développer les compétences du patient, et ce dans un but d'autonomie et d'indépendance pour favoriser sa participation. Il peut intervenir auprès de toute personne en situation de handicap dans son environnement professionnel, éducatif, médical ou social (23). Un ergothérapeute s'intéresse à la nature occupationnelle de ses patients, c'est à dire à la réalisation de ses

activités (loisirs, soins personnels, productivité) au regard de son environnement et de ses habitudes de vie. D'après les données probantes de l'ANFE, l'ergothérapeute favorise le développement sensoriel, cognitif et moteur de l'enfant. Chez la personne avec un TSA, il agit aussi sur le processus sensoriel et les compétences motrices pour favoriser son autonomie (3, 24). Grâce à sa formation, il est capable d'accompagner une personne atteinte d'un syndrome génétique, d'un trouble développemental, etc. L'ergothérapeute articule sa prise en soin en fonction des activités signifiantes pour la personne et significatives pour l'entourage : dans le cadre de la pédiatrie, la scolarisation joue un rôle important pour l'enfant mais aussi pour les parents. L'ergothérapeute réalise ainsi des interventions dans le cadre scolaire afin de favoriser l'autonomie et l'indépendance de l'enfant. Il aide les familles et les autres professionnels à comprendre le fonctionnement et les difficultés de l'élève dans son environnement : écriture, attention, compétences sociales, fonctions exécutives, etc (3). Actuellement, la Stratégie Nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement soutient, dans ses engagements, la mise en place d'un forfait de remboursement. Ce forfait « intervention précoce » a pour objectif de réduire le reste à charge des familles en finançant « le recours aux professionnels non conventionnés par l'assurance maladie » (République Française : Premier Ministre et Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées, 2018, p28) (22) tels que les ergothérapeutes (22). *Pour comprendre l'inclusion des enfants avec un TSA, les freins et les actions mises en place, notamment en terme d'ergothérapie, il est intéressant de voir où en est la recherche. C'est le rôle de la revue de littérature qui permet de dresser un état des lieux de l'inclusion scolaire de ces enfants et des dispositifs mis en jeu.*

1.4 Revue de littérature

Méthodologie : Le terme de scolarisation en milieu ordinaire a été précisé précédemment. Dans cette revue, les termes TED et TSA seront tous deux utilisés afin de ne pas réduire le champ des données de manière trop restrictive. Les termes d'inclusion et d'intégration sont facilement confondus et interchangés dans les écrits, même si, avec la création des classes ULIS, l'Education Nationale oriente l'éducation des enfants en situation de handicap vers l'inclusion et parle désormais d'école inclusive (5). Les deux termes seront là aussi utilisés afin de regrouper les principales études. Le domaine de recherche touche à la santé publique, aux sciences de l'éducation, à la psychologie et à la médecine. Une recherche informatisée a donc été réalisée dans les banques de données :

- BDSP (Banque de Données en Santé Publique),

- BASE (Bielefeld Academic Search Engine) pour les données académiques en libre accès.
- et Science Direct pour les revues scientifiques et médicales.

Cette recherche s'est effectuée selon les mots clefs : **inclusion scolaire, intégration scolaire, scolarisation, autisme, troubles du spectre autistique, troubles envahissants du développement, et ergothérapie**. Les mots clés choisis en anglais sont : **Inclusive education, mainstreaming, school, autisme, autistic trouble disorder, pervasive development disorder, et occupational therapy.**

Les critères de sélection ont permis de ne garder que des études récentes (entre 2010 et 2018) et faisant suite au 2ème plan autisme (2008-2010). Pour ne pas écarter d'articles ne répondant pas aux mots clefs, les références des articles retenus ont aussi été analysées.

Par soucis d'existence, les recherches ont été effectuées selon les équations de recherche suivantes :

- (Inclusion scolaire OU intégration scolaire OU scolarisation) ET (autisme OU trouble envahissant du développement OU trouble du spectre autistique)
- Ergothérap* ET (inclusion scolaire OU intégration scolaire OU scolarisation)
- Ergothérap* ET (autisme OU trouble envahissant du développement OU trouble du spectre autistique)

Les recherches en anglais ont été effectuées selon les mêmes équations. Au total, 264 articles ont été trouvés et 8 ont été retenus dont un en anglais (cf. Annexe 2 p.62).

Revue de littérature : Les textes utilisés dans cette revue proviennent de la littérature professionnelle, scientifique et grise (cf. Annexe 3 p.64). Les études évoquées présentent des méthodes de recherches diversifiées comme des méthodes quantitatives ou des méthodes mixtes. Ces écrits ont pour objectif de fournir les éléments nécessaires à la construction d'un état des lieux sur l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA en milieu ordinaire. Ils permettent également de dresser la liste de l'ensemble des dispositifs mis en place et ce, dans le but de sélectionner les plus pertinents pour favoriser leur inclusion scolaire.

1.4.1. Enjeux de la scolarisation

Selon Magerotte G (2012), l'enfant acquiert une place dans la société par les différents statuts qu'il porte. *Il bénéficie ainsi d'un rôle par l'intermédiaire de l'école et des différentes institutions qu'il fréquente. C'est ainsi que se fait sa participation sociale* (25) *et sa citoyenneté* (26). Depuis la loi du 11 février 2005, la législation favorise l'inclusion des personnes handicapées dans un milieu ordinaire. *Pour l'enfant, il s'agit donc du milieu scolaire* (26, 27). Cette nouvelle directive a permis une augmentation du nombre d'enfants en

situation de handicap scolarisés dans le milieu ordinaire (10, 26, 28). Le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche évalue le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire à 179 000 sur 258 710 (soit 69% en 2014) (28). Il s'agit cependant du taux des élèves en situation de handicap et non du taux des enfants avec un TSA, qui est par conséquent plus bas. Le Collectif autisme estime que seulement 20% des enfants avec un TSA bénéficient d'un accès à l'école en milieu ordinaire (28). *L'inclusion scolaire des élèves avec autisme est donc encore controversée*. Une étude réalisée par le CRERA[11] sur 158 familles françaises, révèle qu'au moment des questionnaires 45% des enfants étaient scolarisés en milieu ordinaire (31% en classe ordinaire, 6% en collège ou lycée et 8% en ULIS ou UPI), ce qui est plus important que le chiffres annoncés précédemment. Cependant, cette étude montre aussi que le taux de scolarisation diminue avec l'âge. A partir de 13 ans, seulement 29% des élèves sont scolarisés en milieu ordinaire (21% au collège et 8% en UPI (29). Cette diminution se fait au profit d'une augmentation du nombre d'élèves en établissements adaptés. Pour beaucoup, la fin de la scolarisation en école élémentaire entraine la fin de la scolarisation ordinaire : la CDAPH semble orienter un certain nombre d'enfants dans des établissements spécialisés comme les Instituts Médico-Educatif (IME) (26). Vers l'âge de 12 ans, la scolarisation en IME devient majoritaire (29). Ces résultats décroissants s'expliquent aussi par un taux important de déscolarisation (20% pour les 4-6 ans et 40% pour les plus de 13 ans). De plus, parmi les 20% non scolarisés au moment de l'enquête, 5,7% n'ont jamais été scolarisés en milieu ordinaire (ULIS, etc) ou spécialisé (IME, etc) (29). *La directive lancée par la loi de 2005 semble donc rencontrer des difficultés : la scolarisation en milieu ordinaire est compromise au profit de la scolarisation en milieu protégé. Pourquoi ?* Cette orientation est discutée : une étude descriptive en psychologie parle d'un lien entre les comorbidités et l'orientation scolaire (28). Une enquête rétrospective auprès de 83 enfants n'a pas établie cette même association : « les comorbidités psychiatriques et les prises en charge de celles-ci semblent peu influencer la scolarisation de ces patients » (Grimm D, Assouline B et Piero A, 2015, p505) (30). Selon la Secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, l'objectif est de viser la participation sociale et l'autonomie des personnes avec un TSA (26) car elles peuvent présenter des problèmes qui entravent l'autonomie. Par exemple, ces personnes peuvent présenter des troubles de la planification et de l'organisation qui sont majorés par la présence d'intérêts restreints (28). Cette évolution dans le domaine de l'autonomie dépend donc de l'intensité symptomatologique des enfants

[11] Centre Régional d'Etudes et de Ressources sur l'Autisme.

(27). *Les spécificités de l'autisme semblent donc être une entrave à la bonne inclusion, mais existe-t-il d'autres obstacles à l'inclusion des enfants autistes en milieu ordinaire ?*

Une étude scientifique prospective et multicentrique a analysé l'évolution des compétences adaptatives chez 77 jeunes de 3 à 5 ans et a montré que les enfants qui ont le plus bénéficié d'heures de scolarisation en milieu ordinaire ont une meilleure évolution dans le domaine de l'autonomie. Au contraire, les enfants bénéficiant d'une prise en charge spécialisée plus importante, ont une meilleure évolution dans le domaine de la socialisation (27). Cette différence peut s'expliquer par une divergence des objectifs en fonction de l'établissement fréquenté : l'Education Nationale vise l'autonomie des élèves principalement par la structuration et l'aménagement de l'environnement alors que les enseignements spécialisés se concentrent plus sur la socialisation (27). *Les résultats obtenus en terme d'inclusion semblent donc impactés par les objectifs visés*. Cette enquête n'aborde pas la notion de scolarité mixte qui allie école ordinaire avec prise en charge spécialisée sur le terrain. *Qu'en est-il si les deux sont combinés ?* Cette même étude révèle que l'évolution des jeunes dans le domaine de l'autonomie dans vie quotidienne est significativement liée à la durée hebdomadaire de scolarisation. Or, l'étude du CRERA annonce que seulement un quart des élèves du primaire sont scolarisés à plein temps contre 70% pour les collégiens (29).

1.4.2. Formations et attentes des enseignants

L'augmentation du taux d'élèves avec un TSA scolarisés en milieu ordinaire a modifié l'image de l'autisme, les modalités de prises en charge, mais surtout les habitudes pédagogiques des enseignants (10). En effet, depuis la loi de 2005, *tous les enseignants sont engagés dans le processus de l'école inclusive et de plus en plus d'enseignants sont confrontés à cette réalité* (10, 25, 28, 29, 31). Or, *la majorité des enseignants ne sont pas formés* pour accueillir des enfants en situation de handicap et notamment des enfants avec un TSA (10, 31). La formation des enseignants ne comprend que quelques notions de psychologie et d'adaptation pour la scolarisation des élèves en situation de handicap (28). Face à cette situation, plusieurs enseignants rapportent être perturbés à l'idée d'accueillir ces élèves, surtout s'il s'agit d'une première expérience (10). L'enquête par le CRERA révèle qu'une des principales difficultés de cette école inclusive est le manque de formation du personnel scolaire, notamment au primaire (29). *Le manque de formation peut donc expliquer la différence d'objectifs entre le milieu ordinaire et le milieu protégé et ainsi les résultats obtenus. Comment renforcer cette formation ?* Malgré l'apparition d'un état des connaissances, et de la publication de recommandations de bonnes pratiques, la question de la

prise en charge de ces enfants avec un TSA reste au cœur des problématiques (27). En effet, ces recommandations concernent le domaine médical et médico-social (25). Face à ce constat, la DGESCO[12], avec la participation de l'INSHEA[13] , a publié un guide ayant pour objectif d'aider les enseignants accueillant des enfants avec un TSA à mettre en place des adaptations pédagogiques (25). Cependant, les caractéristiques très plurielles des enfants avec un TSA rendent compliquées leurs mises en application (10). En effet, plusieurs enseignants du milieu ordinaire ou du milieu spécialisé, rapportent être en difficulté face aux particularités et aux comportements inhabituels de ces enfants. Ils témoignent de comportements qui bousculent le fonctionnement de la classe et qui par conséquent peuvent impacter l'apprentissage de l'élève avec un TSA mais aussi de celui de ses camarades (10). Parmi ces comportements « inadaptés », les enseignants témoignent de la présence de stéréotypies, d'une sensibilité au changement et des troubles du comportement qui rendent difficiles les « temps informels » (récréation) et les temps de transitions (10). Si la question d'un lien entre comorbidités et orientation scolaire reste en suspend (28, 30), les difficultés rencontrées peuvent tout de même être exacerbées par leur présence (10). Les troubles autistiques présentent différents niveaux de sévérité (25) et chaque enfant a donc ses propres difficultés et des besoins spécifiques qui peuvent compliquer la scolarisation en classe ordinaire (29). La déscolarisation au fil de l'âge peut s'expliquer aussi par la présence de problématiques adolescentes qui se rajoutent à celles de l'autisme (29). *Comment l'ergothérapeute peut-il aider les enseignants à acquérir davantage de connaissances en terme de pathologie ? Comment peut-il transférer ses connaissances ?* Neuf parents sur dix déclarent que les enseignants rencontrés en école élémentaire ne sont pas formés à l'accueil des enfants en situation de handicap. Ils évoquent une pédagogie non adaptée, une carence en aménagements et un manque d'accompagnement (thérapeutique, éducatif, etc). Les notions d'adaptations et d'aménagements évoquées ici sont parmi les piliers de l'exercice en ergothérapie. *Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter cette inclusion en milieu ordinaire ? Quelles techniques l'ergothérapeute peut-il utiliser auprès de ces enfants ?*

La scolarisation en milieu ordinaire est délicate à mettre en place, notamment par les difficultés liées aux caractéristiques des TSA (difficultés d'intégration, comportements perturbateurs, etc) déjà évoquées, mais aussi par des difficultés liées au contexte (10). Parmi

[12] Direction Générale de l'Enseignement SCOlaire du ministère de l'éducation nationale

[13] Institut National Supérieur de formation et de recherches pour l'éducation des jeunes Handicapés et les Enseignements Adaptés

ces dernières les enseignants parlent principalement d'un manque de connaissances et d'un manque de personnes ressources tel que le secteur du médico-social. Plus précisément, « le manque de connaissances (information et formation) sur les TSA les emmène à réagir intuitivement sans savoir s'ils agissent correctement (sentiment de frustration, de déception et d'incompétence) » (Cappe E et al. 2006, p78) (10). Plusieurs enseignants ne se sentent ainsi pas prêts pour répondre à ces besoins éducatifs spécifiques et témoignent d'un sentiment d'incapacité (10). Ils « se disent stressés par les troubles du comportements pro-sociaux de ces élèves. Or, la réussite de la scolarisation des élèves en situation de handicap dépend largement de la formation et du soutien que les enseignants reçoivent » (Cappe E et al. 2006, p76) (10). Lorsque les élèves avec un TSA grandissent, la scolarité manque aussi souvent de moyens adaptés (31). Ces difficultés sont moins exprimées chez les enseignants spécialisés qui ont été formés (10). *Les enseignants ainsi formés se sentent donc plus capables que ceux qui n'ont jamais eu de formation*. Les enseignants, ainsi que les parents, rapportent également un manque de formation des AVS, notamment en école élémentaire (10, 29).

Dans 59% des cas, les enseignants ont acquis des connaissances sur les TSA grâce aux échanges avec les autres professionnels (10). *Les échanges évoqués peuvent se faire avec l'ergothérapeute. Cette absence de référence à l'ergothérapie est-elle due à un manque de connaissances sur la profession ? Un manque de connaissances sur les offres possibles ? Un manque de collaboration ?* La différence de formation se ressent aussi au niveau des stratégies d'inclusion de ces enfants. En effet, plusieurs aménagements sont possibles pour compenser les difficultés de ces élèves avec un trouble du spectre autistiques. En général, les enseignants formés mettent en place des stratégies différentes de celles mises en place par les enseignants non formés comme l'instauration de routines (emploi du temps individualisé), une organisation du travail (fractionnement des activités, supports visuels), une analyse des comportements et des renforcements positifs. Or, ce sont ces stratégies qui sont décrites comme des « moyens efficaces pour permettre aux personnes ayant un TSA d'adopter des comportements plus appropriés » (Cappe E et al. 2016, p80) (10).

1.4.3. Notion d'entraide et collaboration avec les autres professionnels

Le Projet Personnalisé de Scolarisation ou PPS définit les modalités de scolarisation et les moyens à mettre en place pour favoriser le parcours scolaire des élèves en situation de handicap (25). Ce PPS *spécifie ainsi les actions à mettre en place dans le cadre d'élèves avec un trouble du spectre autistique*. C'est à la suite de l'élaboration de ce projet personnalisé que la CDAPH donne sa direction sur l'orientation scolaire et les accompagnements auxquels

l'enfant a droit : orientation en milieu protégé (centre médico-sociaux) et prise en charge pluridisciplinaire (28). Ce PPS va déterminer des objectifs touchant à plusieurs domaines selon les difficultés de l'enfant : socialisation, motricité, etc (25). Pour les d'élèves plus âgés, ces derniers seront intégrés dans des activités fonctionnelles, signifiantes et significatives (25). *Comment la mise en œuvre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut-il influencer cette inclusion ?*

Un des défis principaux de cette solarisation inclusive est de renforcer la collaboration (25) pour permettre une prise en charge globale de la personne (26). En effet, selon Cappe E, Smock N et Boujut E (2016), une étude a démontré qu'une intervention initiée le plus tôt possible, sur la base d'une approche globale, adaptée et coordonnée améliore le développement de l'enfant avec un TSA et diminue les perturbations liées à ses comportements (10). Cette approche globale « implique des collaborations entre professionnels et entre domaines d'intervention, pour reconnaître le caractère incontournable de projets personnalisés dont l'objectif est la qualité de la vie grâce à l'amélioration de l'autonomie et de la participation sociale » (Montchamp M-A, 2012, p 153) (26). Ainsi, l'inclusion de ces élèves avec un TSA nécessite, pour être de qualité, une collaboration étroite entre tous les acteurs qui les accompagnent dans différents domaines de leur vie (10). Les enfants présentant ce type de situation de handicap peuvent bénéficier de plusieurs types d'interventions : professionnels libéraux (médecins, orthophoniste, paramédicaux, etc), professionnels qui relèvent du domaine scolaire (AVS, enseignants spécialisé, etc), professionnels relevant de centre ou d'établissement médico-sociaux (SESSAD, etc) et bien d'autres encore. Parmi les aides possibles, près de 17% des parents font appel à des professionnels formés à des techniques ou à des approches spécialisées (TEACCH, ABA, etc) (29). *Comment et dans quelles modalités l'ergothérapeute collabore t-il avec les enseignants ?*

Cette collaboration peut commencer grâce à l'élaboration commune de ce PPS (25) : l'enquête auprès des 158 familles semble montrer que ce projet améliore la coordination entre professionnels. Ce système rassemble différents professionnels de différents horizons qui vont identifier les besoins prioritaires de l'élève et les ressources à mettre en place pour faciliter son parcours scolaire (25). Cependant, deux parents sur trois trouvent qu'il existe un manque de coordination entre l'école (notamment les enseignants) et les professionnels des services médico-sociaux ou sanitaire (accompagnement thérapeutique et éducatif) en maternelle et au collège (29). Avec le PPS « 58% des parents dont l'enfant a bénéficié d'un PPS au cours de la scolarisation en primaire déclarent être satisfaits de la coordination entre l'école et les

professionnels de l'accompagnement, contre 30% pour ceux dont l'enfant n'a pas bénéficié d'un tel projet » (Centre régional d'études et de ressources sur l'autisme/ Observatoire régional de la santé, 2011, p8) (29). Les enseignants évoquent aussi cette collaboration comme un défi car elle est difficile à mettre en place et qu'elle prend du temps (10). Le PPS est donc peu utilisé chez les enseignants (10). « Enfin, pour ceux qui arrivent à instaurer une collaboration avec les professionnels de l'établissement scolaire impliqués dans l'inclusion de l'élève autiste, seulement la moitié estime que ces échanges les aident. Pour les autres, l'aide apportée est insuffisante, elle se limite aux réunions de l'équipe de suivi de la scolarisation » (Cappe E et al. 2006, p87) (10). *Pour les ergothérapeutes, dans quelles mesures et dans quelle proportion ce PPS est-il utilisé ?*

Conclusion : Cette revue de littérature met en exergue la nécessité d'une scolarisation ordinaire pour répondre à des objectifs d'autonomie et de participation sociale (26). Ces deux notions font parties des mots-clefs de l'ergothérapeute. En effet, « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p170) (23). Cette notion d'activités se définie comme « culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p170) (23). *Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter cette inclusion en milieu ordinaire ? Quelles techniques l'ergothérapeute peut-il utiliser auprès de ces enfants ?*

Afin de favoriser cette inclusion scolaire, la littérature convoquée ici parle de collaboration entre les différents professionnels du médico-social. Cependant, aucune notion à l'ergothérapie n'est faite dans ces textes à l'exception d'un listing dans le cadre d'un accompagnement en établissement spécialisé (28). Pour autant, de par sa formation, l'ergothérapeute est amené à collaborer avec le patient, l'entourage, les professionnels de santé, mais aussi « les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p170) (23). *Cette absence de référence à l'ergothérapie est-elle due à un manque de connaissances sur la profession ? Un manque de connaissances sur les offres possibles ? Un manque de collaboration ?*

Les textes mettent en avant plusieurs difficultés d'inclusion chez ces enfants : les caractéristiques particulières, ou spécificités, et les comportements inadaptés (10). *Existe-t-il d'autres obstacles à l'inclusion des enfants autistes en milieu ordinaire ?* Les freins rencontrés confirment la nécessité d'adapter, de personnaliser l'environnement et de changer les modalités d'enseignements. Or, les enseignants ne sont que très peu formés et informés sur les caractéristiques de ces enfants avec TSA et sur les adaptations à mettre en place (10, 31). Ce manque de formation est à l'origine de stress, d'un manque de motivation et d'un sentiment d'incompétence (10, 31). Au regard du référentiel de compétences de l'ergothérapeute, ce dernier peut « former et informer » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p185) (23). La sous-compétence 10.3 parle de « transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux […] autres professionnels » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p185) (23). *L'ergothérapeute est donc en capacité de former et de partager ses connaissances. Sur le terrain, est-il amené à former les enseignants sur les particularités de ces enfants avec un TSA ?*

Un des rôles du PPS est de renforcer la collaboration entre enseignants et professionnels du paramédical. Pour autant, cette revue de littérature fait apparaitre un manque toujours présent de coordination. L'ergothérapeute, de par ses compétences, est apte à collaborer avec les enseignants et à les former sur les particularités des enfants avec un TSA. *Comment et dans quelles modalités l'ergothérapeute collabore t-il avec les enseignants ? Quels peuvent être les freins à cette collaboration ? Comment la mise en œuvre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut-il influencer cette inclusion ? Dans quelles mesures et proportion est-il utilisé ?*

Au regard de l'état des lieux dressés ci-dessus, la résonnance du thème est forte : il s'agit d'une thématique d'actualité socialement vive. Afin d'enrichir le questionnement sur l'inclusion des enfants avec un TSA en milieu ordinaire, une enquête exploratoire a été réalisée.

1.5 L'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire vise à éclairer et/ou à répondre aux problématiques pratiques dressées en amont. Puisqu'il existe peu de sources concernant l'ergothérapie et l'inclusion scolaire, il est primordial d'aller sur le terrain. Cette enquête a donc pour objectifs de recueillir des données issues de la pratique professionnelle actuelle pour les confronter aux données obtenues avec la revue de littérature et évaluer la résonnance de cette thématique. Elle

permettra ainsi de préciser le thème de recherche, d'en aborder la faisabilité et d'orienter vers des concepts qui pourraient éclairer la problématique (32).

1.5.1. Population et critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible est l'ensemble des ergothérapeutes travaillant avec des enfants ayant un TSA et intervenant auprès d'eux pour leur scolarisation en milieu ordinaire. Les critères d'inclusion sont donc : des ergothérapeutes diplômés d'état, travaillant actuellement en libéral ou dans des structures médico-sociales en France, intervenant pour la scolarisation en classe ordinaire ou ULIS, du collège au lycée auprès d'enfants avec un TSA. Les critères d'exclusion quant à eux sont : une expérience non actuelle ou l'absence de diplôme d'état, et une intervention qui concerne des enfants scolarisés en établissements adaptés. Afin d'obtenir une population, les sites d'explorations sont les suivants : recherche de contacts auprès des SESSAD et des ergothérapeutes libéraux ; recherche de contacts auprès des connaissances, notamment des référents et auprès des réseaux des participants à l'enquête ; recherche de contacts par l'intermédiaire des réseaux sociaux et des groupes traitant des TSA et de l'inclusion scolaire.

1.5.2. Recueil de données et stratégie méthodologique

L'objectif de cette enquête est d'obtenir un maximum de réponses pour avoir une idée de ce qui se fait en France. Le choix du recueil de données se porte donc sur un questionnaire, construit à l'aide d'une matrice de questionnement (cf. Annexe 4 p.70). C'est un outils ou instrument de mesure de données quantitatives (32) qui permet un nombre plus important de réponses qu'avec un autre outil. Il permet ainsi d'estimer des valeurs absolues et donc des quantités de personnes. Il a pour avantages d'être anonyme, de viser un public large et éloigné, de permettre une participation plus simple et d'obtenir des réponses réfléchies. Cependant, il existe des biais à éviter : le caractère unique de la réponse n'est pas assuré. Il faut donc s'assurer qu'une seule personne répond au questionnaire en le spécifiant dans la lettre d'accompagnement. Il faut aussi s'assurer de la formulation des questions pour éviter les questions induites, les incompréhensions et par conséquent les non-réponses. Pour cela, le questionnaire a été préalablement testé sur un petit échantillon : un ergothérapeute ainsi que la référente et la directrice de mémoire. Avant l'envoi, une relecture a permis de vérifier la clarté des réponses (un seul numéro et objet traité par question), l'absence de jugement ou de questions induites, et de déterminer le temps nécessaire pour y répondre. Il présente en amont une lettre d'accompagnement qui se compose de la présentation du thème de l'enquête, des modalités de confidentialités et de réponses. S'ensuivent alors quinze questions dont 4

questions ouvertes, 7 semi-ouvertes et 4 questions fermées, toutes classées par catégories. Les questions ouvertes ont pour objectif de laisser une libre-expression, un meilleur engagement et une non exhaustivité (33) (cf. Annexe 5 p.75). Les questions semi-ouvertes à choix multiples permettent de nuancer les réponses. Chaque ensemble de proposition est un nombre pair pour favoriser un positionnement. Ces questions comportent aussi une case « Autres, précisez » pour l'exhaustivité et pour permettre d'accéder à des savoirs supplémentaires. Les dernières questions sont des questions signalétiques ou ouvertes transversales. Elles permettent de vérifier la possibilité d'un futur contact, d'orienter vers des modèles ou des références et de laisser à l'enquêté la possibilité d'aborder une notion absente dans le questionnaire (33). Concernant le traitement et l'exploration des données, les chiffres recueillis seront analysés et traduit visuellement par catégories. Il s'agira de dresser des statistiques descriptives et d'établir les fréquences.

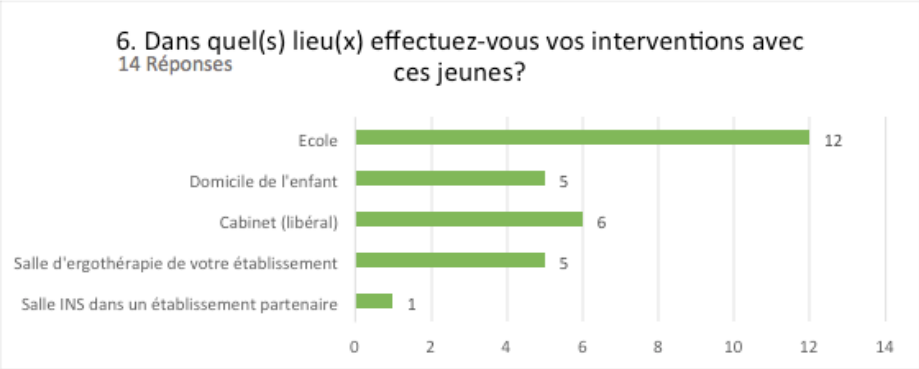
Déroulement de l'enquête : Afin d'obtenir les résultats, le questionnaire a été transféré par mails à 108 adresses d'ergothérapeutes exerçant en pédiatrie. Il a aussi été déposé en ligne via deux groupes de réseaux sociaux spécifique à la pratique professionnelle en ergothérapie. Cependant, peu de réponses ont été obtenues du fait du public assez ciblé et peu nombreux. Le questionnaire étant anonyme, il n'est pas possible de s'assurer que les réponses soient envoyées par un ergothérapeute Diplômé d'Etat, ce qui peut constituer un biais.

Analyse des résultats

Quinze ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Parmi eux, un questionnaire sur la pratique au Québec a été exclu par préférence pour la pratique actuelle en France. Au total, 14 questionnaires ont été validés pour être analysés. Les ergothérapeutes enquêtés exercent principalement en SESSAD (6/14) et en libéral (7/14).

Concernant la pratique : Le total du nombre d'enfants avec autisme accompagnés par ces ergothérapeutes s'élève à 174 enfants. Parmi eux, 142 élèves sont accompagnés en milieu ordinaire de scolarisation. *L'analyse de ces résultats révèle donc que le rapport enfants avec autisme accompagnés/enfants avec autisme accompagnés en milieu scolaire ordinaire est élevé (81 ,6%). La valeur du ratio du nombre d'enfants autistes scolarisés en milieu ordinaire par rapport à celui établi dans les articles scientifiques est plus grande. Cependant, il y'a un biais méthodologique car il s'agit d'un questionnaire qui interroge des ergothérapeutes travaillant dans des structures et donc qui fournissent un accompagnement*. Sur une échelle de 0 à 5, cinq ergothérapeutes situent le niveau d'importance de la scolarisation dans leur intervention à 3/5, quatre à 4/5 et 5 à 5/5. *L'importance donnée aux actions pour la*

scolarisation est donc mitigée mais se situe toujours dans la moyenne haute. Dix ergothérapeutes déclarent utiliser une ou des méthodes d'intervention particulières. C'est l'approche sensorielle qui semble la plus utilisée (8/10), puis TEACCH (4/10), ABA (4/10) et PECS (4/10). D'autres méthodes telles que la mise en place d'un outil informatique sont évoquées par une minorité (1/10). *Les ergothérapeutes utilisent ainsi plusieurs méthodes différentes, recommandées par l'HAS* (2) *afin de compenser ou de réduire les difficultés de ces enfants avec un TSA*.

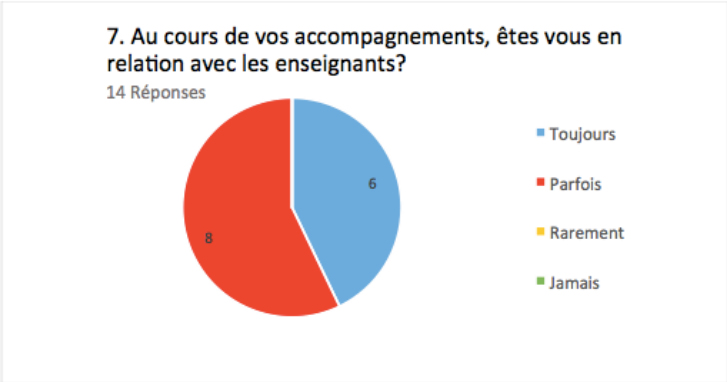


1. Répartition des lieux d'intervention des ergothérapeutes enquêtés (cf. Annexe 6 p.78).

Douze enquêtés sur quatorze déclarent effectuer leur intervention sur le lieu de scolarisation des jeunes. *Deux personnes ne déclarent pas effectuer d'intervention à l'école*.

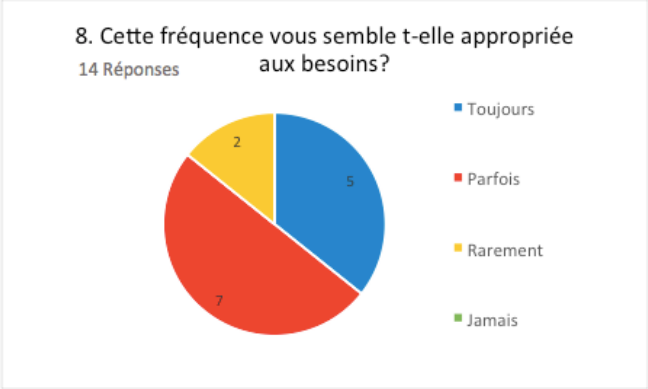
Ainsi, en ce qui concerne la partie pratique des ergothérapeutes : le nombre d 'élèves avec un TSA en milieu scolaire ordinaire est important dans le cadre de leur accompagnement. Cette idée peut se comprendre par l'importance que donne les enquêtés aux actions pour la scolarisation. Afin de réduire ou de compenser les difficultés de ces enfants avec TSA, les ergothérapeutes utilisent différentes techniques spécifiques. Cependant, seulement 12 effectuent leur intervention à l'école. Qu'en est-il alors de la collaboration avec les enseignants ?

Concernant la collaboration entre ergothérapeutes et enseignants :



2. Répartition des ergothérapeutes en fonction de leur fréquence de collaboration avec les enseignants.

Plusieurs ergothérapeutes déclarent être parfois en relation avec les enseignants (8/14) et d'autres déclarent être toujours en relation avec eux (6/14). *Ainsi, malgré le fait que certains ne soient pas sur le terrain directement, tous les enquêtés sont en relation avec les enseignants.*

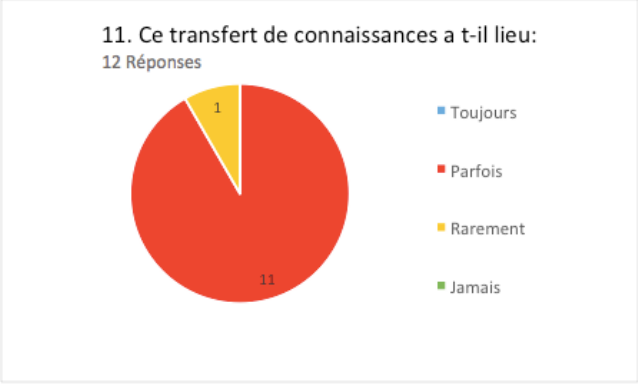


3. Répartition des ergothérapeutes en fonction de leur ressentis sur la fréquence de leur collaboration avec les enseignants.

Pour cinq d'entre eux, cette fréquence semble toujours appropriée aux besoins. Sept enquêtés sur quatorze déclarent que cette fréquence est parfois appropriée et deux s'orientent vers rarement. *Ainsi, un manque de collaboration est aussi rapporté de la part des ergothérapeutes*. Pour autant, tous s'accordent sur le fait que cette collaboration entre ergothérapeutes et enseignants est importante dans le déroulement de la scolarisation de l'enfant. *Cette collaboration insuffisante mais nécessaire, permet t-elle pour autant un bon transferts d'informations entre les ergothérapeutes et les enseignants ?*

Concernant la formation des enseignants :

Onze ergothérapeutes déclarent avoir été amenés à former ou informer les enseignants sur les particularités de l'autisme. *Trois enquêtés n'ont donc jamais été amenés à transférer des informations aux enseignants.*

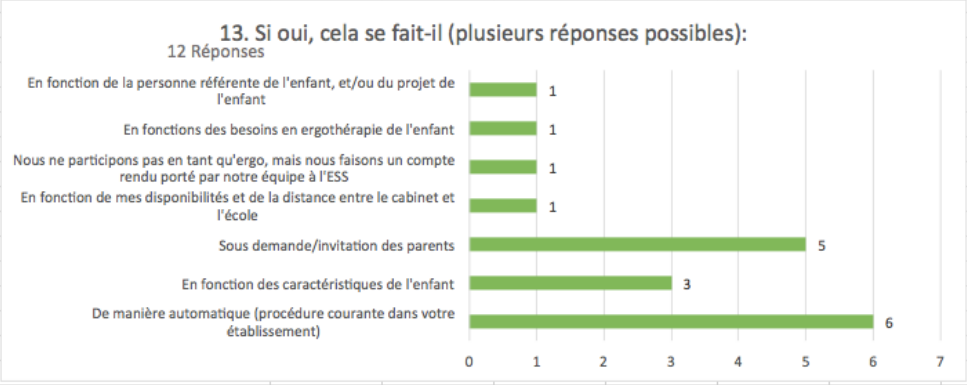


4. Répartition des ergothérapeutes en fonction de la fréquence du transfert d'informations avec l'enseignant.

Parmi ces onze ergothérapeutes, dix déclarent que ce partage n'a lieu que parfois et un que ce transfert n'a lieu que rarement. *Ainsi, le partage d'informations n'est pas assez présent, au même titre que la collaboration. Pour autant, la théorie indique que ces informations sont nécessaires à la formation des enseignants. Une collaboration mieux organisée pourrait-elle permettre un meilleur échange d'informations ? D'après la revue de littérature, le PPS a pour objectif de favoriser cette collaboration, qu'en est-il dans la pratique ?*

Concernant le PPS et les ESS :

Parmi les ergothérapeutes, plusieurs ont déjà participé à des ESS au cours de leur expérience avec ces enfants (12/14). *Cependant, deux enquêtés n'y ont jamais participé.*



5. Répartition des ergothérapeutes selon leur procédure de participation aux ESS (cf. Annexe 6 p.78).

Pour ceux qui ont répondu favorablement, leur participation se fait principalement de manière automatique (6/10) et sur demande des parents (5/10). Quatre ergothérapeutes évoquent leur participation comme dépendante des caractéristiques de l'enfant ou de ses besoins en ergothérapie. Une autre personne explique qu'elle ne participe pas aux ESS mais qu'elle rédige un compte-rendu pour ces réunions. Il est à noter que 2 ergothérapeutes n'ont pourtant jamais participé à ce type de réunion malgré leur accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire de ces enfants dans le besoin. *Ainsi, en pratique, les ergothérapeutes participent à ces Equipe de Suivi de Scolarisation de manière non systématique. La collaboration plus étroite attendue en théorie par la mise en place de ces PPS ne fait pas l'unanimité auprès des enquêtés. Comment permettre une collaboration plus efficiente, et ainsi un meilleur échange d'informations ?*

Concernant les limites et/ou difficultés de l'inclusion en milieu scolaire de ces enfants avec un TSA, 4 catégories ressortent :

Ratio (ergo)	Catégories	Description
10/14	La formation des équipes enseignantes	Par le manque de qualification et quelque fois de motivation. (Manque de support adapté, etc)
4/10	Les caractéristiques de l'enfant	Notamment les comportements stéréotypés ou les troubles du comportements
4/10	La méconnaissance de l'autisme	Du fait du handicap invisible peu reconnu, du regard des autres et de la surestimation des capacités de l'enfants par les parents (« école à tout prix »)
2/10	Le milieu institutionnel	Par le manque de moyen et l'augmentation des effectifs en classe ULIS

6. Tableau récapitulatif des résultats obtenus concernant les limites/ difficultés de l'inclusion en milieu scolaire

En conclusion, les avis sur les limites de la scolarisation diffèrent. Cependant certains grands point évoqués ressortent : le manque de formation du corps enseignant et quelques fois de motivation, la méconnaissance de la pathologie et les caractéristiques de ces enfants. Ces déficits peuvent mettre les enseignants face à des difficultés : les principaux problèmes rencontrés sont dû à la présence de comportements spécifiques. Afin de limiter ces difficultés, comment renforcer la formation des enseignants ? Comment permettre aux enseignants d'avoir une prise en charge plus efficiente face à des élèves avec un TSA ? Au regard des textes, une bonne prise en charge nécessite une collaboration étroite entre les différents intervenants. *Or, la collaboration évoquée comme une ressource pour la formation des enseignants n'est pas systématique et ceux malgré la mise en place du PPS. En effet, tous les ergothérapeutes concernés par la scolarisation en milieu ordinaire n'ont pas forcément déjà été amenés à participer aux ESS. Donc, en dehors du PPS, comment favoriser cette collaboration avec les enseignants ? Comment favoriser le transfert d'informations entre ergothérapeutes et enseignants ?*

1.6 La question initiale de recherche

De manière plus globale : Comment la mise en place d'une collaboration ergothérapeute/ enseignant peut-elle favoriser la formation de ces derniers sur les spécificités des enfants avec un TSA en milieu ordinaire ?

1.7 Le cadre de référence

Cette question initiale de recherche nous amène à comprendre le concept de collaboration et les modalités qui en découlent. Cette problématique fait écho aux champs disciplinaires de la pédagogie et des sciences de l'éducation

1.7.1. La collaboration et ses déterminants

La collaboration se définit comme une « contribution de chacun à l'ensemble des étapes de réalisation d'un projet » (Moreau A-C, Robertson A et Ruel J, 2005, p155) (34). « C'est l'harmonisation des efforts de chacun, « savoir-agir en convergence », à la réalisation d'une tâche, d'un objectif ou d'un travail » (Moreau A-C et al. 2005, p145) (34). Il s'agit ainsi d'un agir et d'un « apprentissage collaboratif » où chacun réfléchit et participe. Cette collaboration incite à la mobilisation et à l'utilisation des ressources et de l'expertise des apprenants (34). Parmi les grands déterminants de la collaboration interdisciplinaire : 1/ l'organisation (spatiale et temporelle : lieu, réunions, etc) (35) ; 2/ la présence d'interactions. Plus les interactions sont fortes, plus les domaines de savoirs sont proches et les collaborateurs sont interdépendants en ce qui concerne les décisions et les responsabilités (35) ; 3/ la collaboration doit être un espace commun où convergent différents savoirs et pratiques. Pour cela, il est vital que les buts soient formulés et que les résultats de la collaboration soient intégrés à la pratique. Afin d'atteindre les objectifs communs, les prises de décisions se font ensemble (35). Dans le cadre de la scolarisation des enfants avec un TSA, les objectifs communs de l'ergothérapeute et de l'enseignant sont l'inclusion et la réussite scolaire de l'élève ; 4/ le partage des expertises de chacun afin de connaître les rôles des différents collaborateurs (35).

La mise en place d'une collaboration a pour finalité l'intégration de nouvelles connaissances qui permettent un partage des responsabilités. Cela permet de réguler les actions (35) et d'augmenter « la capacité de développer, d'optimiser, d'améliorer, d'accélérer et de changer les façons de faire du service éducatif. La collaboration permet d'améliorer différents processus dans le système éducatif » (Moreau A-C et al. 2005, p147) (34).

Le transfert d'informations est donc inclus au sein de la collaboration. Une bonne collaboration favorise donc le transfert d'informations entre ergothérapeutes et enseignants.

Bruder et Saint-Pierre ont analysé et détaillé les facteurs influençant une bonne collaboration auprès des équipes qui travaillent avec des enfants présentant des besoins spécifiques : la participation de chacun à différents degrés ; les différents comportements des partenaires lors

des rencontres ; la prise de décision ; la planification ; l'élaboration de stratégies ; et « la formation universitaire » (Moreau A-C et al. 2005, p154) (34).

1.7.2. De la collaboration au partenariat : une richesse réciproque.

De par « sa complexité » à mettre en place, une collaboration doit être source d'avantages et apporter des bénéfices par rapport au travail individuel. En effet, pour que les collaborateurs investissent ce travail, il faut que grâce à ce dernier et à la pluralité des connaissances, ils se sentent plus productifs et compétents (35). C'est en cela que les termes collaboration et partenariat s'interchangent. En effet, « le partenariat se définit par l'association de personnes, par la reconnaissance de leurs expertises et de leurs ressources réciproques, par le rapport d'égalité dans la prise de décision par consensus entre les partenaires au regard, par exemple, des besoins de la personne et de la priorité des objectifs de réadaptation » (Moreau A-C et al. 2005, p150) (34). Dans le cadre d'une relation de partenariat, les partenaires œuvrent donc pour un but commun mais aussi dans un objectif de richesse réciproque. Chaque acteur doit pouvoir tirer profit de ces interactions (36). Les personnes partagent, échangent et développent leurs savoirs. Dans le cadre de la scolarisation des enfants avec un TSA, chaque institution possède son propre domaine d'expertise : L'Education Nationale est experte dans la scolarisation et le médico-social dans l'éducation. *De manière plus spécifique quels peuvent être les apports de chaque secteur dans cet accompagnement interprofessionnel et global de l'élève avec un TSA ?*

Apport de l'enseignant à l'ergothérapeute : « L'enseignant rappelle la réalité des difficultés scolaires de l'enfant, grâce à sa connaissance des programmes de l'Education Nationale et du niveau de la classe, et grâce à son expérience professionnelle » (Durieux G et Thomas C, 2010, p426) (37). L'enseignant a des compétences en termes de pédagogie (techniques d'animations, supports pédagogiques, etc). Dans le cadre d'une prise en charge avec un ergothérapeute : l'enseignant est au fait de l'avancée du jeune et des nouveaux besoins qui en découlent (37). Il a aussi un retour immédiat et contextualisé des aides techniques et des aménagements mis en place, des difficultés de l'élève et de la manière dont il investit l'aide (37).

Apport de l'ergothérapeute à l'enseignant : L'ergothérapeute a des connaissances sur les TSA et les modalités du handicap neurodéveloppemental (38). Au regard des données probantes, l'ergothérapeute favorise ainsi le développement sensoriel, cognitif et moteur de l'enfant. Chez la personne avec un TSA, il agit aussi sur le processus sensoriel et les compétences motrices pour favoriser son autonomie (3). De part sa formation, il est en capacité de former

et d'informer et peut donc aider à comprendre le fonctionnement et les difficultés de l'enfant. Il réalise des interventions dans le cadre scolaire et intervient sur les activités d'écriture, d'attention, etc et les compétences sociales (3). Il est compétent en matière de stratégie, de techniques d'adaptation de l'environnement, et de mise en place d'aides techniques et de compensation (38). Selon la revue de littérature et l'enquête, l'ergothérapeute utilise des techniques d'intervention variées.

Ainsi, les « professionnels de ces deux secteurs ont tout à gagner à collaborer étroitement pour apporter à l'enfant ou l'adolescent ce dont il a besoin en fonction de ses difficultés et de ses compétences. Bien pensé, ce partenariat se révèle d'une grande richesse professionnelle et humaine et peut tenter de répondre au défi que représente l'accompagnement d'un enfant atteint d'autisme » (Arraudeau C, Dupoix P, Charles F et Motet-Fevre A, 2012, p216) (38).

1.7.3. Le partenariat et ses déterminants

Grâce la vision systémique de l'ergothérapeute et la vision éducative de l'enseignant, l'enfant est appréhendé dans sa globalité (35).

Le partenariat est caractérisable par six critères (34) (cf. Annexe 7 p.79) :

- la présence d'objectif(s) précis et compréhensible(s) de tous (34). *Il paraît essentiel de rappeler que le partenariat étroit entre l'école et le secteur médico-social pour l'accompagnement des enfants avec un TSA a pour objectif principal l'acquisition de l'autonomie* (38) *;*
- un cadre réglementaire clair par la présence de règles, par exemple (34) ;
- le partage des connaissances, des rôles, des responsabilités et de l'expertise ;
- un cadre relationnel plaisant ;
- une définition précise des résultats attendus ;
- un degré d'explicitation du fonctionnement de ce partenariat (contrat).

Selon Saint-Pierre, cinq types d'obstacles au partenariat existent (34): le manque d'engagement des partenaires qui peut être causé par un manque d'informations et de communication ; le manque de flexibilité entre les partenaires ; les inégalités ; les limites organisationnelles comme le manque de coordination et de formation, les difficultés à mettre en place un planning efficient ; la différence de point de vue entre les différents partenaires (philosophique) ; et les limites personnelles comme le manque d'autonomie, de compétences relationnelles, d'habiletés en terme de communication, difficulté à la résolution de problèmes par collaboration. *Ainsi, dans le cadre de l'éducation, le partenariat vise l'échange*

d'informations mais aussi l'engagement de chacun dans un objectif commun et déterminé. Mais de manière plus précise, qu'est ce que l'engagement ?

1.7.4. L'engagement et la notion de motivation.

Dans le cadre de la sociologie du travail, la notion d'engagement se défini comme un investissement de la personne dans une activité professionnelle (39). Le degré d'engagement est dépendant de plusieurs facteurs, notamment des caractéristiques de la personne : valeurs, savoirs, expériences antérieures, confiance en soi (40). Il s'agit ainsi d'un engagement interne lié à la notion d'initiative (39). Selon Sylvie Meyer (2013) (41), cet engagement est essentiel dans la production de la participation et dans son maintien (35, 41). Actuellement, les institutions prêtent de plus en plus attention à cette notion d'engagement. Et ce, dans le but de rendre la participation des personnes plus active « selon des modalités d'engagement très différentes et selon diverses motivations » (Pomey M-P et al. 2015, p42) (40). *Ces dernières notions rappellent le fondement théorique du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), modèle général en ergothérapie :* « pour Kielhofner, l'être humain est un être occupationnel. L'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont. La participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement » (MC Morel-Bracq, 2017, p 73) (42). Ainsi, pour être engagé il faut être motivé (41). Une personne est motivée à agir quand elle agit d'elle-même, avec un sentiment de liberté et la possibilité d'avoir un contrôle sur son action. Le plaisir et les bénéfices qui sont des sources de motivations intrinsèques servent donc de bases à l'engagement (39). *La notion de richesse réciproque concomitante à la mise en place du partenariat pourrait donc favoriser cet engagement ?* L'engagement professionnel d'un enseignant est un « processus par lequel, individuellement et collectivement, les enseignants révisent, renouvellent et augmentent leur engagement en tant qu'agents de changement, aux fins morales de l'éducation. Grâce à ce processus, ils acquièrent et développent de façon critique le savoir, les habiletés et l'intelligence émotionnelle qui sont essentiels à une pensée, à une planification et à une pratique de qualité, tout au long de la vie professionnelle » (Jorro A, 2013, p. 42-3) (39). Ainsi, de nombreux travaux mettre en relation l'engagement des enseignants et la réussite scolaire de leurs élèves. « L'engagement professionnel des enseignants dans le dispositif de réussite éducative tient à leur détermination à agir en mobilisant des capacités d'ajustement continues et en inventant un métier aux contours poreux sans jamais perdre de vue la visée d'épanouissement des

élèves » (Jorro A, 2013, p51-2) (39). Ainsi, l'*engagement est donc un facteur essentiel dans la prise en charge efficiente de l'élève avec un TSA*. Malheureusement, différents obstacles existent à la mise en place de cet engagement. Parmi eux : le doute des enseignants sur leurs propres compétences et leurs difficultés personnelles (39). Or, « lorsque la morosité l'emporte, la confiance de l'acteur en son pouvoir d'agir est entamée et le processus d'attestation, qui n'est autre que l'assurance en la possibilité de faire, est anéanti » (Jorro A, 2013, p43-4) (39). *Le manque de motivation des enseignants, rapporté par la revue de littérature et l'enquête exploratoire, est aussi un obstacle à l'engagement*. Cette motivation est influencée par différents facteurs. En effet, elle peut être modifiée de façon négative par des expériences vécues comme des échecs (35) tels que le débordement face aux crises et/ ou aux comportements spécifiques de l'élève avec autisme, les manques d'interaction, etc. Analogiquement, la motivation peut être favorisée par des évènements vécus de façon positive (35) : l'ouverture de l'enfant auprès des camarades, une diminution des comportements non adaptés, etc (35). De part ses techniques et connaissances, l'ergothérapeute peut former et apporter son savoir à l'enseignant en terme d'adaptation, d'aide technique et de méthode spécifique.

Cependant, l'ergothérapeute n'impacte pas la motivation même de l'enseignant car la motivation est intrinsèque et n'est que très peu modifiable par l'action d'un tiers (41). Selon Kielhofner, *la «* motivation de la personne à agir sur l'environnement » (MC Morel-Bracq, 2017, p74) (42) *est aussi appelée volition*. Cette volition est composée : des valeurs de la personne ; de ses centres d'intérêts et la *causalité personnelle*. Cette dernière notion correspond à « ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité » (MC Morel-Bracq, 2017, p75) (42). « Il est important de comprendre que la volition n'est pas une entité isolée. Sa construction provient des interactions continues entre toutes les composantes du modèle et l'environnement dans lequel se retrouve la personne » (Bélanger R, Briand C et Marcoux C, 2006, p9) (43).

La motivation et l'engagement d'une personne dans une action vont dépendre de sa vision vis à vis de ses propres compétences. En effet, pour être motivé il faut s'estimer et se sentir capable de faire les choses (35) : on parle de sentiment d'efficacité personnelle (44). *Au regard de la revue de littérature et des résultats, les enseignants présentent un manque de motivation. Pour les enseignants concernés, ce manque peut-il être du à un faible sentiment d'efficacité personnelle ?*

1.7.5. Le sentiment d'efficacité personnelle et ses déterminants

Le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP) est un des déterminants de la motivation à agir et de la persévérance dans les actions. En effet, si les personnes n'ont pas la croyance de pouvoir obtenir des résultats désirés par leurs actions, alors ils n'ont pas ou peu de raisons d'agir et de persévérer en cas de difficultés. Le niveau d'investissement et d'effort dépend donc des résultats escomptés (44). Le SEP désigne ainsi les croyances des individus quant à leur capacité à atteindre des buts ou à faire face à des situations particulières (44, 45)

Le SEP est un concept développé par Albert Bandura, docteur en psychologie (44), qui s'inscrit dans la théorie sociocognitiviste (45). Selon cette théorie, le développement psychologique ainsi que le fonctionnement d'une personne dépendent de trois différents facteurs qui interagissent entre eux : son environnement, son comportement et sa personne en elle-même. Cette théorie considère aussi la personne en tant qu'actrice : elle contrôle et régule ses actes (45). Le sentiment d'efficacité personnelle influence ainsi l'accomplissement, le bien-être (44) et « contribue à déterminer les choix d'activités et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles » (Rondier M, 2004, p 475-76) (45). Il détermine ainsi comment les personnes pensent, agissent, et se comportent (35) car la croyance en la réussite impacte l'engagement, les performances mais aussi la persévérance face aux difficultés (35). Le sentiment d'efficacité personnelle est déterminé par quatre sources qui le construisent et le modifient (45) :

- Les expériences actives de maîtrise : Plus une personne connaît de succès lors de ses expériences, plus elle est amenée à croire en ses capacités et son sentiment d'efficacité personnelle se renforce. A contrario, les échecs impactent négativement ce sentiment (45).
- Les expériences vicariantes ou les expériences indirectes qui reposent sur l'observation. Le fait de voir d'autres personnes réussir dans une tâche jugée compliquée, influence et renforce les croyances en ses propres capacités personnelles et inversement (45).
- La persuasion verbale via les conseils, le partage d'informations, etc d'une personne ressource. La croyance au potentiel qui en découle est toutefois faible quand elle est isolée (sans expérience ensuite). Cette persuasion verbale dépend aussi du tiers (crédibilité, expérience, etc) (45).
-Les états physiologiques et émotionnels. Si une personne associe un sentiment négatif à la performance, elle peut plus facilement douter de ses compétences et être ainsi en situation d'échec (45). En fonction de la personne et du contexte, chaque source peut être complémentaire des autres (45). Toutefois, la source la plus influente sur le sentiment

d'efficacité personnelle et donc sur les croyance dans les capacités est l'expérience de maitrise (45).

Lorsque le niveau d'efficacité personnelle est bon, cela peut être à l'origine de trois types d'effets (44) :

- L'adaptation du comportement et donc le choix de la conduite à tenir. Une personne avec un bon niveau d'auto-efficacité va avoir tendance à adapter son comportement et à se fixer des objectifs ambitieux. A contrario, un niveau d'auto-efficacité faible peut induire un évitement des situations.
- La persistance des comportements. Une personne avec un niveau élevé d'auto-efficacité fera plus d'efforts et aura tendance à persister plus longtemps face aux situations compliquées et aux obstacles qu'elle rencontre.
- La résilience. Une personne avec un bon niveau d'efficacité personnelle aura tendance à être plus souple face aux imprévus et aux difficultés rencontrées.

Ainsi, un sentiment personnel d'auto-efficacité permet de se déterminer des objectifs ambitieux mais aussi de réguler son comportement et de faire face plus facilement aux difficultés rencontrées. Cela favorise la persistance et la construction de compétences ainsi que de stratégies (44).

1.7.6. Le sentiment d'efficacité personnelle en contexte scolaire

« La théorie du sentiment d'efficacité personnelle est utilisée dans de nombreux domaines tels que l'éducation » (Rondier M, 2004, p 476) (45). Chez l'enseignant, ce sentiment correspond aux croyances dans ses capacités à favoriser l'apprentissage de ses élèves et leur réussite scolaire malgré leur potentielles vulnérabilité (facteurs personnels : individuels, sociaux, familiaux, etc) (10). « Un lien positif a été démontré entre sentiment d'auto-efficacité de l'enseignant, croyance en son pouvoir à contribuer au développement des capacités intellectuelles de leurs élèves, gestion des situations difficiles en classe, persévérance dans la résolution de problèmes, performance, et tolérance vis-à-vis d'élèves présentant des difficultés » (Cappe E et al. 2006, p81) (10). A l'école, le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants impacte leur manière d'interpréter les situations et d'intervenir. En effet, le SEP va réguler l'intensité des expériences dites émotionnelles (46). Plusieurs recherches montrent que les enseignants avec un sentiment d'efficacité personnelle important (46) :

- Sont plus ouverts à l'accueil d'élèves présentant des difficultés, notamment des problèmes de comportements ;

- Sont plus enclins à voir les situations délicates et compliquées comme des occasions d'apprendre ;
- Pratiquent la technique de différenciation pédagogique;
- Collaborent plus facilement avec les autres professionnels et les parents.

A contrario, les enseignants avec un sentiment d'efficacité faible (46) :

- Sont plus disposé à voir de manière négative la motivation de l'élève;
- Ont plus souvent recours à des punitions;
- Plus facilement stressés, fatigués et insatisfaits professionnellement.

« Une meilleure connaissance du SEP, de son influence et de son développement constitue un moyen incontournable pour mieux accompagner les enseignants dans leur travail et favoriser ainsi leur bien-être et celui des élèves » (Gaudreau N, 2017, n.d) (46). Plus un enseignant connaît de succès dans un contexte précis, plus son SEP est fort face à ce type d'intervention (10). Ainsi, « ceux qui ont expérimenté l'inclusion scolaire sont mieux informés sur le handicap, l'autisme et les méthodes d'intervention efficaces, ont généralement une attitude plus positive, et sont plus confiants par rapport à leur stratégie d'enseignement auprès d'élèves ayant des » (Cappe E et al. 2006, p80) (10) besoins spécifiques. *Puisque la connaissance de la situation permet un meilleur SEP, la formation que fourni l'ergothérapeute, peut-elle avoir le même effet ?* Le fait d'être témoin de la réussite de quelqu'un permet d'augmenter son SEP dans un contexte d'intervention similaire. En effet, les personnes jugent leur aptitude en se comparant aux autres et apprennent en les regardant et en les écoutant. Ainsi, l'expérience à succès d'un enseignant permet donc d'accroitre son SEP mais aussi celui de ces collègues dans la même situation (46) et inversement. De même, si l'enseignant est entouré de personnes qui croient en ses propres capacités, il aura davantage confiance en lui que s'il ne bénéficie pas de ces encouragements (46). « Par ailleurs, d'après une recension des écrits sur le sentiment d'auto-efficacité des enseignants confrontés à des élèves présentant des difficultés comportementales en classe inclusive, plus les enseignants se sentent soutenus, plus ils sont prêts à modifier leurs pratiques auprès des élèves ayant des » (Cappe E et al. 2006, p81-82) (10) besoins spécifiques. Le manque d'encouragement et/ou de soutien quant à lui peut provoquer plus facilement l'échec de l'inclusion scolaire des élèves avec des besoins spécifiques. Ce soutien est donc essentiel dans la réussite de la scolarisation des élèves avec un TSA, « notamment parce qu'il apporte un soutien dans la gestion des comportements de l'enfant » (Cappe E et al. 2006, p86) (10). « Ainsi, les enseignants qui ont un sentiment d'auto-efficacité élevé ont plus de facilités pour faire face aux défis du milieu scolaire et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins

particuliers d'élèves handicapés » (Cappe E et al. 2006, p81) (10). « Etant donnée la relation positive qui existe entre le sentiment d'auto-efficacité de l'enseignant, sa capacité à gérer efficacement les comportements difficiles des élèves, et son engagement dans les modalités d'enseignements adaptés aux élèves autistes, il est impératif que la formation conduise les enseignants à intervenir de manière efficace et durable auprès de ces élèves » (Cappe E et al. 2006, p81) (10). *Une collaboration avec l'ergothérapeute peut-elle apporter ce sentiment de soutien, nécessaire à l'inclusion de ces élèves avec un TSA ?*

1.7.7. Conclusion

Les spécificités des enfants avec un TSA et leurs besoins particuliers peuvent rendre plus complexe leur scolarisation. C'est pourquoi cela nécessite d'adapter et de personnaliser l'environnement, et de modifier les techniques et pratiques pédagogiques. La place de l'ergothérapeute est donc primordiale à ce niveau, malgré le manque de partenariat relaté. En effet, l'ergothérapeute est en capacité de mettre en place différentes stratégies comme par exemple : « la mise en place de routines, d'une organisation du travail et de scénarios sociaux d'une part proposés par l'approche psycho-éducative *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped CHildren* (TEACCH), l'analyse appliquée du comportement et l'utilisation de renforcements positifs de l'approche *Applied Behavior Analysis* (ABA) d'autre part » (Cappe E et al. 2006, p80) (10) qui « sont des moyens efficaces pour permettre aux personnes ayant un TSA d'adopter des comportements plus appropriés » (Cappe E et al. 2006, p80) (10). « Or, les enseignants de classe ordinaire manquent de préparation, de formation et de soutien adapté pour accueillir convenablement les élèves ayant un TSA, et sont stressés en raison de leur sentiment d'incapacité à répondre aux besoins particuliers de ces élèves » (Cappe E et al. 2006, p87-8) (10). En effet, les rôles et le cadre habituel des enseignants sont ainsi redéfinis, ce qui peut questionner leur identité professionnelle. Les enseignants doivent être formés pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences face à cette inclusion qui peut être un contexte stressant pour eux. *Cela peut être un des rôles de l'ergothérapeute*. « Les représentations des enseignants quant au trouble du spectre de l'autisme et quant à leurs propres compétences ont un impact sur la réussite de l'inclusion scolaire » (Cappe E et al. 2006, p74) (10), il s'agit du sentiment d'efficacité personnelle. « La façon dont l'enseignant perçoit l'inclusion scolaire influence la réussite de sa mise en œuvre » (Cappe E et al. 2006, p80) (10). En effet, « plusieurs recherches ont démontré que l'attitude des enseignants est un facteur déterminant dans le fonctionnement de l'école inclusive » (Cappe E et al. 2006, p80) (10). Le SEP a une incidence

sur la capacité des enseignants à gérer les situations stressantes. Plus l'enseignant possède un sentiment d'efficacité personnelle fort, moins il est stressé et plus il se sent capable d'agir. Il est ainsi plus enclin à chercher et à « mettre en pratique des moyens plus efficaces à leur apprentissage » (Cappe E et al. 2006, p88) (10). *Le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant joue donc un rôle majeur dans la bonne réussite de l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA. Et donc a un rôle non négligeable pour permettre la participation de ces enfants aux besoins spécifiques*. Il est ainsi important de rendre accessible à ces enseignants les connaissances sur les TSA et sur la pédagogie adaptée à ce type de public. « Néanmoins, les formations qui s'appuient sur la transmission de connaissances et le développement d'habiletés ne suffisent pas à changer les pratiques. Il faut donc aussi prévoir des mesures de suivi, d'accompagnement et de supervision des enseignants, ainsi que des activités d'expérimentations et d'échanges entre collègues » (Cappe E et al. 2006, p88) (10) pour favoriser leur SEP et ainsi modifier leurs pratiques professionnelles face aux enfants avec des besoins spécifiques (46). *La mise en place d'un partenariat ergothérapeute/ enseignant peut-elle répondre à ses objectifs ? Peut-elle permettre aux enseignants de se sentir plus formés et capable d'agir face aux spécificités des enfants avec un TSA ?*

1.8 La question et l'objet de recherche

Les recherches en lien avec ce cadre conceptuel ont permis de mettre en avant la nécessité d'un partenariat entre enseignants et ergothérapeutes et l'importance, pour les enseignants, de se sentir soutenus et capables de faire face aux besoins spécifiques des élèves avec un TSA. Le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants semble donc être un indicateur intéressant pour mesurer ce ressenti. D'une manière plus générale, la question de recherche qui en découle est donc :

Comment le partenariat entre ergothérapeute et enseignant du milieu scolaire ordinaire peut-il influencer le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants face aux spécificités des enfants avec un trouble du spectre autistique ?

Objet de recherche : L'objet de recherche qui en découle est donc :

L'influence du partenariat ergothérapeute/ enseignants sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants du milieu ordinaire vis à vis des spécificités des enfants avec un troubles du spectre autistique

2. Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode de recherche :

Dans le but d'approfondir et de répondre à cette question de recherche, une enquête de type expérimentale a été réalisée. C'est une méthode démonstrative qui vise à normaliser les pratiques (47). Cette méthode est utilisée lorsque l'on veut démontrer qu'un évènement induit des variations attendues : *ici que la présence d'un partenariat avec un ergothérapeute augmente/favorise le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant*. L'intérêt de cette méthode est de mettre scientifiquement à l'épreuve une hypothèse théorique qu'il est aussi possible de réfuter. C'est à partir de la problématique de recherche que l'on construit des hypothèses qui seront ensuite confrontées aux faits (47).

Hypothèses : Pour confronter les hypothèses aux données empiriques, un protocole de trois étapes est nécessaire : l'élaboration de l'hypothèse générale, l'hypothèse de recherche et l'hypothèse statistiques (47). L'hypothèse générale, aussi appelée hypothèse de travail ou théorique, est la ligne directrice de la recherche. Elle dresse une relation abstraite entre deux faits (47). Dans cette méthode expérimentale, l'hypothèse générale (HG) est donc la suivante :

HG : *La présence d'un partenariat avec l'ergothérapeute va avoir une influence sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants du milieu ordinaire face aux spécificités des élèves avec un TSA*.

Afin d'être observable, directement expérimentable et vérifiable, l'hypothèse générale se décline en hypothèse opérationnelle (HOpé) ou hypothèse de recherche. Cette hypothèse opérationnelle est la traduction de l'hypothèse générale dans un cadre concret. Elle précise les modalités de la variable dite dépendante (VD) et la mesure exacte qui sera étudiée (47). Ici, l'hypothèse opérationnelle est la suivante :

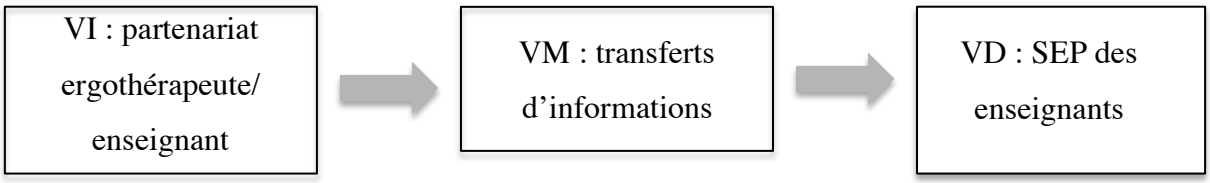
HOpé (H1) : *Le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant va être meilleure en présence qu'en l'absence d'un partenariat avec l'ergothérapeute*.

Variables : Dans le cadre de la recherche expérimentale, les hypothèses mettent en relation une (ou plusieurs) variable(s) indépendante(s) (VI) et une variable dépendante (VD) selon un lien de causalité (47).

La variable dite indépendante est la variable pour laquelle l'expérimentateur souhaite mesurer, comprendre et quantifier l'impact sur la variable dépendante (47). « Elle peut provenir du contexte ou appartenir aux caractéristiques propres des sujets » (Anceaux F et Sockeel P, 2006, p74) (47). Le chercheur fait ainsi varier la VI pour mesurer ses effets sur la VD. La variable dépendante est donc une variable pour laquelle le chercheur souhaite expliquer les variations ; elle dépende de la VI.

Dans cette recherche, la variable indépendante est le partenariat ergothérapeute/enseignant (VI = partenariat ergothérapeute/enseignant). La variable dépendante est le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants face aux spécificités comportementales des enfants avec un TSA (VD = sentiment d'efficacité personnelle des enseignants face aux spécificités comportementales des enfants avec un TSA).

Le processus supposé de l'influence d'une variable indépendante sur une variable dépendante peut se comprendre par le biais d'une variable médiatrice (48). Elle sous-tend ainsi le lien et permet de comprendre la relation entre les deux (48). *L'éclairage conceptuel met en avant le transfert d'informations inclus dans le partenariat. Autrement dit, un partenariat entraîne un transfert d'informations sous-jacent qui favoriserait ainsi le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant.* Ainsi :



7. Schéma de la mise en lien des variables étudiées.

L'expérimentation peut être :

-Invoquée (ou naturelle, la variable existe déjà dans le terrain de la recherche) ou

-Provoquée (ou manipulée, la variable est introduite par le chercheur) (47).

Par manque de temps, il s'agit ici d'une expérimentation invoquée où la VI (partenariat) est déjà présente ou non selon les individus. « Lorsque la variable indépendante est de type invoqué (variables individuelles ou de personnalité), les groupes de mesures ont obligatoirement un statut indépendant puisque l'expérimentateur ne peut rien à cet état de fait » (Anceaux F et Sockeel P, 2006, p75) (47). *Dans cette recherche, deux groupes seront différenciés : celui avec partenariat et celui sans partenariat.* La décision de confirmer ou

d'infirmer l'hypothèse ne se fait qu'à partir du test de l'hypothèse « nulle H0 » qui déclare qu'il n'y a pas de différence entre le groupe témoin et le groupe test (47). Ici, l'hypothèse « nulle » est la suivante :

H0 : Le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants n'est pas significativement différent en présence ou non d'un partenariat avec un ergothérapeute.

2.2 Population ou matériel et critères d'inclusion et d'exclusion

« Si les difficultés concernant l'accueil des élèves autistes concernent l'ensemble du corps enseignant, elles sont plus prégnantes pour les enseignants du milieu ordinaire » (Cappe E et al. 2006, p88) (10). Ainsi en lien avec les résultats de l'enquête exploratoire, la population mère choisie est l'ensemble des enseignants du milieu ordinaire qui ont ou ont eu un ou plusieurs élèves avec un diagnostic de TSA.

Dans ce type de méthode , l'hypothèse générale est mise à l'épreuve par comparaison entre un groupe témoin pré-expérimentation et un groupe test post-expérimentation (47). Le groupe témoin est donc ici les enseignants qui n'ont jamais eu de partenariat avec l'ergothérapeute, et le groupe test les enseignants qui ont ou ont eu un partenariat avec un ergothérapeute.

Il s'agit donc d'analyser deux populations : un groupe témoin et un groupe test :

- Enseignants du milieu ordinaire sans partenariat ergo/enseignants (témoin).
- Enseignants du milieu ordinaire avec partenariat ergo/enseignants (test).

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- enseignants exerçant en classe ordinaire du primaire au collège
- enseignants travaillant en France
- enseignants accueillant ou ayant accueillis des élèves avec un diagnostic de TSA.

Les critères d'exclusion sont donc quand à eux :

- enseignants exerçant en établissement spécialisé
- enseignants exerçant en maternelle, au lycée ou dans l'enseignement supérieur
-enseignants ayant un partenariat de moins d'un an avec un ergothérapeute

2.3 Echantillonnage et sites d'exploration.

L'objectif de la méthode expérimentale étant de généraliser, l'échantillonnage doit permettre de déterminer une population la plus représentative possible de la tendance et donc de la population actuelle. En effet, ce qui a été observé sur l'échantillonnage doit être reproductible.

La recherche va donc évoquer la probabilité (en %) que ces mesures soient reproduites (49). En utilisant des statistiques, le chercheur essaie de minimiser la part de hasard. Ainsi, plus le nombre de sujets est important, plus le risque lié à la part de hasard diminue, c'est pourquoi il est préférable de privilégier un large échantillon. *Dans cette recherche, il s'agira de recueillir un maximum de réponses des enseignants pour obtenir les résultats les plus représentatifs*. Il n'est possible d'utiliser une méthode dite probabiliste que si l'on possède la liste exhaustive d'individus qui constituent la population mère. Et ce, pour qu'ils aient chacun la même probabilité d'être sélectionné. *Or pour cette recherche, il n'existe pas de liste exhaustive de l'ensemble des enseignants de classe ordinaire en primaire ou au collège qui accueillent ou ont accueillis un ou plusieurs enfants avec un TSA. De manière générale et depuis la loi 2005, ce sont tous les enseignants de l'éducation nationale qui sont concernés. Cependant, les données statistiques ne fournissent pas non plus de recensement et/ou de chiffres exacts et récents du nombre d'enseignants au primaire et au collège en France*. Dans cette recherche, la méthode d'échantillonnage est ainsi non probabiliste car non basée sur une liste exhaustive de la population de référence. L'avantage de cette méthode est qu'elle est économique et plus rapide, cependant il est impossible de mesurer sa fiabilité. Le fait de recruter un nombre important de personnes favorise le nombre de variations interindividuelles. Puisque les limites financières de la recherche ne permettent pas l'accès direct à la population mère, l'échantillonnage pourra se faire via des personnes dites ressources et via des données secondaires. L'échantillonnage se fera donc par réseau (boule de neige). *Les enseignants seront donc sélectionnés en fonction de leur lien avec un noyau d'individu : lien avec des enseignants référents ou via des ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en pédiatrie*.

Les sites d'exploration sont les suivants : recherche de contacts enseignants auprès des enseignants référents. Recherche de contacts auprès des Inspecteurs de l'Education Nationale de l'Adaptation et de la Scolarisation en situation de Handicap (IEN-ASH). Recherche auprès de connaissances, des réseaux sociaux et des contacts de ses mêmes enseignants. Exploitation du réseau des encadrants au mémoire. Il s'agira aussi de toucher la population test (enseignants avec partenariat ergo) par le biais des ergothérapeutes recensés sur le site de l'ANFE et travaillant dans le domaine de la pédiatrie.

2.4 Le Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil des données

Elaboration du plan de recherche : Pour éclairer la recherche, il s'agit de construire un outil théorisé de recueil des données (ORD) (33). La construction d'un outil de recherche doit prendre en compte le temps imparti, le public mais aussi le type d'informations qui doivent

être recueillies (33, 49). L'objectif de l'ORD dans cette recherche expérimentale sera de mettre à l'épreuve l'hypothèse (49). En l'occurrence il s'agit ici de l'hypothèse opérationnelle : *Le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant va être meilleure en présence du partenariat avec l'ergothérapeute qu'en son absence*. Les variables qui intéressent cette étude sont qualitatives et nécessitent donc le recueil de l'expérience des enseignants (33). Comme vu précédemment, la méthode expérimentale nécessite un large échantillonnage : c'est pourquoi le choix du questionnaire s'est imposé. Ce dernier permettra d'obtenir des données qualitatives qui seront codées pour être transformées quantitativement. L'analyse de ces données permettra de valider ou de réfuter l'hypothèse H0.

Construction de l'outil théorisé de recueil des données : La construction de ce questionnaire dépend donc des variables et s'établira grâce à une matrice de questionnement (cf. Annexe 8 p.81). Le questionnaire présente en amont une lettre d'accompagnement qui se compose des critères nécessaires pour répondre aux questions (modalités de réponse), de la présentation du thème de l'enquête, des modalités de confidentialités et des remerciements.
En lien avec la loi Jardé (50), le type de recherche ici n'est pas interventionnelle (47). La lettre d'accompagnement spécifie ainsi l'exploitation des données de manière anonyme pour tous ceux qui répondent aux questions. Il s'agit donc de s'assurer du consentement de la personne en l'informant et en lui laissant le droit de s'y opposer si elle n'y répond pas.
Le questionnaire est composé de 4 parties : une partie introductive avec des questions filtres, une partie partenariat, une partie sentiment d'efficacité personnelle et une partie questions signalétiques.
Questions filtres : Des questions filtres sont présentes au début du test. Elle permettent de vérifier le contact de l'enseignant avec un enfant présentant un trouble du spectre autistique et de voir la présence d'un lien ou non avec un ergothérapeute. Selon la réponse donnée, l'enseignant est redirigé vers la partie A (partenariat puis SEP) ou directement vers B (SEP).
Concernant la partie partenariat entre ergothérapeute et enseignant (A) : En ce qui concerne la mesure de la variable partenariat, le questionnaire sera défini de façon protocolaire en fonction de ses déterminants. La matrice partenariat comprend ainsi les indicateurs (qui sont les déterminants selon la littérature), les sous- indicateurs et les indices qui contextualisent le partenariat dans le cadre d'un lien ergothérapeute/enseignant pour la scolarisation d'un enfant avec un TSA. Il s'agira de déterminer si l'enseignant est ou a été en partenariat avec un ergothérapeute. En fonction du nombre d'indicateurs présents, le partenariat sera évalué selon un score qui déterminera le degré du partenariat. Six déterminants décrivent le partenariat (cf.

Annexe 7 p.79) : 1) La présence d'un cadre réglementaire clair ou CADRE ORGANISATIONNEL. 2) Un cadre relationnel plaisant avec présence d'INTERACTIONS. 3) Le PARTAGE des connaissances, des rôles, de l'expertise et des responsabilités. 4) La présence d'objectif(s) précis et compréhensible(s) de tous : CONNAISSANCES. 5) Une définition précise des résultats attendus ou OBJECTIF COMMUN. 6) Un degré d'explication du fonctionnement du partenariat avec une INTERDEPENDANCE. Chaque indicateur est évalué selon 4 items. L'enseignant enquêté répond par oui ou par non à chaque proposition. 24 items sont donc présents.

A la fin une question sur la durée du partenariat est présente. Cela permet de voir si le lien avec l'ergothérapeute est assez ancien pour avoir été mis en place correctement et pour permettre à l'enseignant d'en avoir une évaluation objective.

Concernant la partie sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants (B): Le SEP est un sentiment propre à chacun est ainsi subjectif et personnel. L'anonymat du questionnaire constitue un moyen de rassurer l'enquêté et d'obtenir des réponses plus sincères et réfléchies. Un ORD se construit d'après l'étayage conceptuel mais aussi à partir des études antérieures (33). Il existe actuellement une échelle validée qui permet de mesurer le sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant. Cependant les items se prêtent peu au contexte de l'inclusion scolaire d'un élève avec un TSA en milieu ordinaire.

L'échelle validée finalement choisie est *l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle de Matthias Jérusalem et Ralf Schwarzer* (1981) (51) (cf. Annexe 9 p.85). Il s'agit d'un instrument de mesure fiable et stable déjà testé sur plusieurs milliers de personnes. Cette échelle psychométrique, disponible en français, est constituée de dix items. Ces derniers vont évaluer la croyance positive d'une personne à affronter les difficultés au quotidien. Elle se différencie des autres en évaluant, non pas l'optimisme, mais la capacité des personnes à croire aux bienfaits positifs de leurs actions.

Cette échelle sera ainsi mise en contexte par quelques phrases récapitulant la thématique de recherche (51).

Questions signalétiques : Ces questions seront placées en fin de questionnaire. Elles viseront à spécifier le type de population : ULIS ou ordinaire, collège ou lycée et les années d'expérience. Deux autres questions sont consacrées à la présence ou non d'une formation spécifique sur les TSA et aux nombres d'heures dont ils ont bénéficié.

2.5 Anticipation des biais et test de faisabilité

Anticipation des biais et stratégies pour les contrôler/ atténuer :

Les variables dites parasites (VP) peuvent avoir différentes origines. Dans l'idéal, toutes ces VP doivent être supprimées afin de garantir une meilleure validité de l'expérimentation (47). Le questionnaire est anonyme : il n' y a donc pas de moyen de vérifier l'identité de l'enquêté. Pour cela, il sera accompagné d'une lettre qui spécifie les critères de réponses et précise le caractère unique de chaque envoi. L'hypothèse est de voir si le partenariat favorise le SEP des enseignants par l'intermédiaire d'un transfert d'informations notamment (sur les aides techniques, les spécificités de la pathologie, les adaptations). Il est donc intéressant de savoir si les enseignants ont bénéficié d'une formation spécifique TSA ou s'il s'agit de connaissances via les échanges avec l'ergothérapeute. La stratégie adoptée est donc de demander si l'enquêté a bénéficié d'une formation et dans l'affirmative, de combien d'heures. En accord avec le secret médical, le corps enseignant n'est pas censé être au courant du diagnostic de l'enfant. Il s'agit donc d'un biais méthodologique. Toutefois, certaines classes ULIS sont spécialisées dans les TSA et certains enseignants sont en contact avec les parents, ce qui peut rendre le diagnostic connaissable. Pour mesurer le partenariat ergothérapeute/enseignant, le lien de l'enseignant avec l'ergothérapeute doit être assez ancien pour avoir été mis en place correctement et pour permettre à l'enseignant d'en avoir une évaluation objective. Une question est donc mise en place pour apprécier la durée du partenariat. Dans le cadre de la présence d'un partenariat, celui-ci doit être présent depuis 2018. « Pour garantir l'objectivité de l'observateur, toute mesure doit être associée à un procédé purement descriptif et comparatif, sans jugement de valeur. Le terme de mesure doit donc être distingué de celui d'évaluation » (Anceaux F et Sockeel P, 2006, p71) (47). Aussi, les diverses formulations de questions peuvent être à l'origine de biais méthodologiques. Il s'agit d'éviter les questions orientées, les doubles questions, etc.

Test de faisabilité et de validité du dispositif auprès d'une cohorte d'entrainement : Afin de supprimer les questions induites et d'éviter les non-réponses, le questionnaire a été préalablement testé avant l'envoi sur un petit échantillon : un enseignant ainsi que la réferente et la directrice de mémoire. Cette relecture a permis de vérifier la clarté des réponses (un seul numéro et objet traité par question), la non présence de jugement ou de questions induites, et de déterminer le temps nécessaire pour y répondre.

2.6 Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation

Le questionnaire a été envoyé à 651 adresses mails :

- 256 mails ont été adressés à des ergothérapeutes. Parmi eux, 180 exerçant en pédiatrie selon une liste de l'ANFE. Les 76 autres adresses mails ont été récupérées via des connaissances. 43 mails ont été envoyés directement après publication sur 4 groupes de réseaux sociaux d'ergothérapeutes et sur deux groupes spécialisés dans l'accompagnement des personnes avec un TSA. 117 mails ont été envoyés à des structures de type SESSAD ou ULIS selon une liste non exhaustive.
- 229 mails ont été adressés à des enseignants référents, 6 mails ont été envoyés à des IEN-ASH.

Un délai de deux semaines a été accordé aux enseignants pour répondre, cela laisse ainsi le temps de pouvoir traiter les données dans les délais. Trois relances ont été nécessaires pour obtenir quarante-trois réponses.

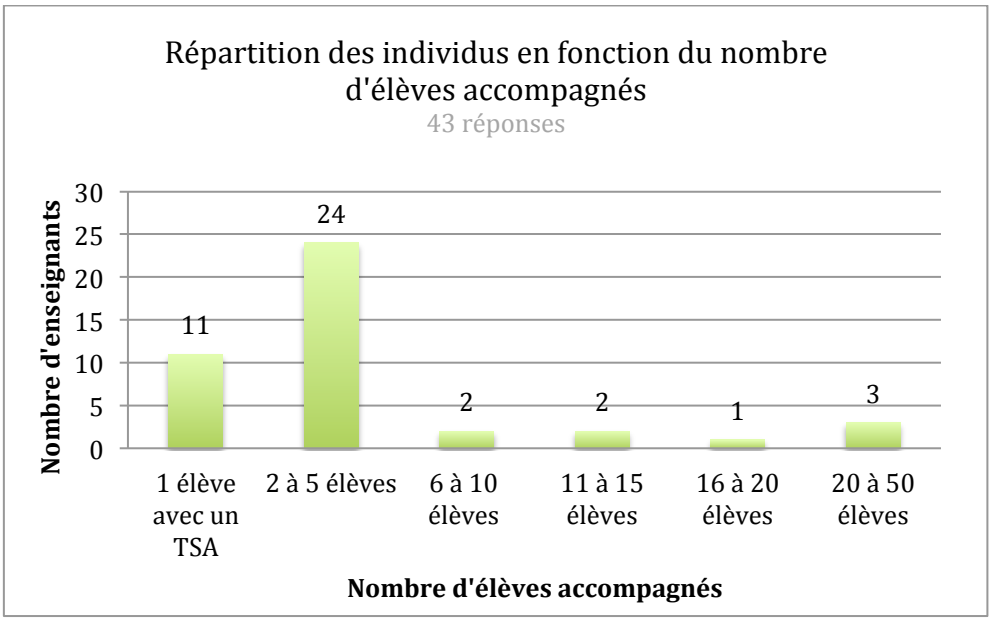
Concernant le traitement et l'exploration des données, les chiffres recueillis seront analysés via le logiciel EXCEL et traduits visuellement par catégories. Il s'agit de dresser des statistiques descriptives, d'établir les fréquences et de traiter les données de manière inférentielle.

3. Résultats

Quarante-trois enseignants ont répondu au questionnaire. Comme déjà évoqué, l'échantillonnage s'est fait par « boule de neige ». La population obtenue est donc faible par rapport au nombre d'enseignants supposés confrontés à l'inclusion scolaire des enfants avec un TSA en France. La représentativité de la population n'est donc pas optimale, et peu généralisable, ce qui constitue donc un écart par rapport à la méthodologie expérimentale. Après lecture individuelle des questionnaires, les réponses ont été validées au regard des critères d'inclusion et d'exclusion préalablement établis. Toutes les réponses ont été rassemblées dans un tableau (cf. Annexe 10 p.89 et Annexe 11 p.93). Les données seront d'abord traitées de manière descriptives puis statistiquement. Par souci de temps, les enseignants ULIS et classe ordinaire ainsi que primaire et collège sont traités comme une population. Ainsi, parmi les réponses obtenues :

3.1 Données descriptives

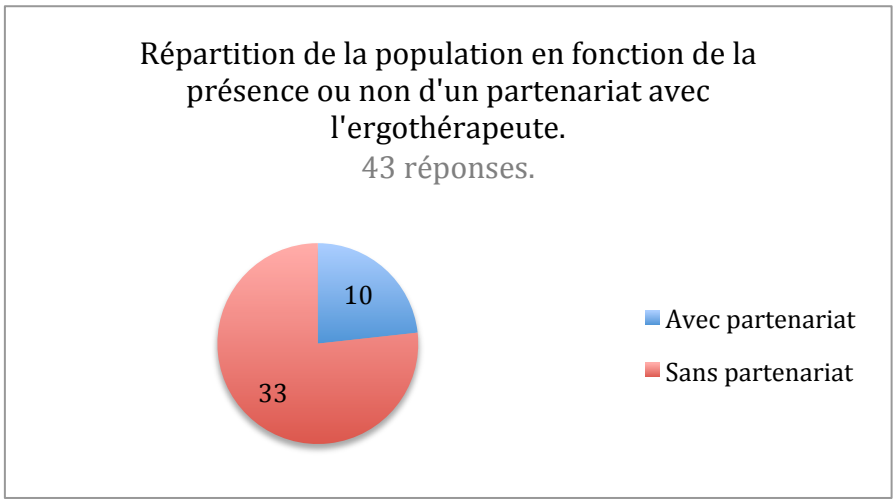
Question 1 : *Combien d'enfant(s) présentant un Trouble du Spectre Autistique avez-vous accueilli(s) dans vos classes ?*



8. Répartition des enseignants en fonction du nombre d'enfants avec un TSA accompagnés.

Le nombre d'enfants accompagnés par les enseignants varie de 1 à 50 élèves. La tendance centrale choisie pour cette variable est la médiane, moins sensible aux variations extrêmes mises en évidence par le graphique ci-dessus. Le nombre médian d'enfants avec un TSA accompagnés par les individus au cours de leur exercice est de 3 élèves.

Question 2 : *Dans le cadre de sa/leur scolarisation, avez-vous déjà été en lien avec un ergothérapeute ?*

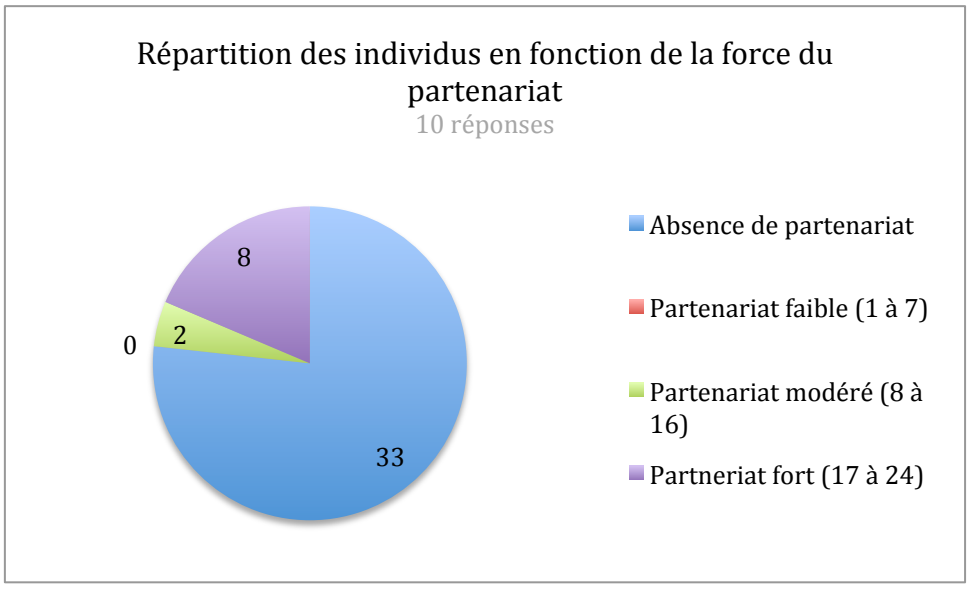


9. Répartition de la population en fonction de leur relation avec un ergothérapeute.

Seulement dix enseignants disent avoir eu un lien avec un ergothérapeute. La majorité des individus (33 /43) n'ont donc pas eu de contact avec ces ergothérapeutes. Parmi les dix enseignants en lien, six sont en ULIS et quatre en milieu ordinaire.

Question 3 et 4 : *Comment votre travail avec l'ergothérapeute s'est-il organisé ? Vos échanges et temps de travail avec l'ergothérapeute vous ont permis … (items) ?*

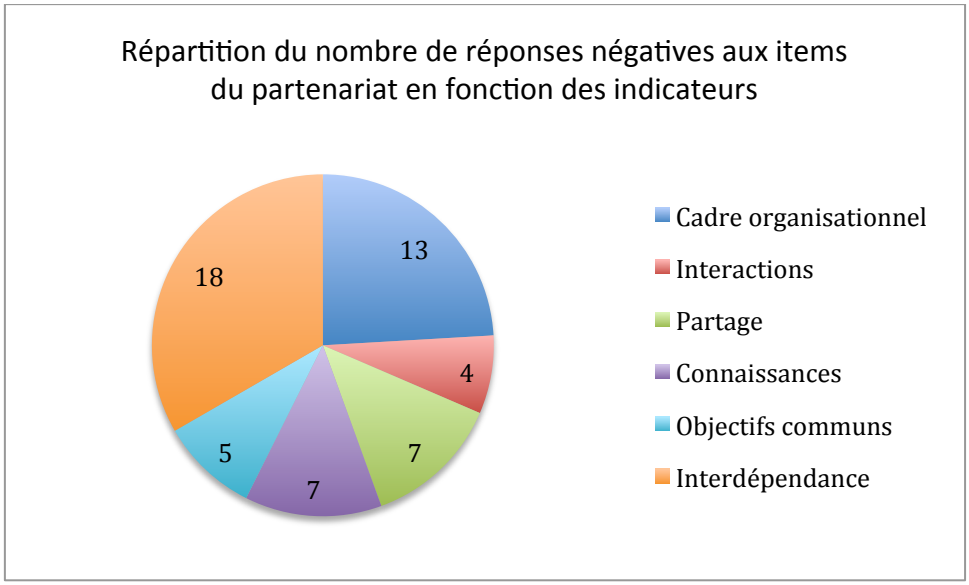
Les questions Q3 et Q4 définissent le partenariat. Elles rassemblent vingt-quatre items retranscrits sous forme de questions fermées (8 pour Q3 et 16 pour Q4). Afin de transformer les données qualitatives obtenues en données quantitatives, les réponses ont été codées : Oui=1, Non=0. Les codages ainsi obtenus ont été additionnés pour obtenir un score de partenariat. La valeur minimale de partenariat est donc de 0 et correspond à l'absence de partenariat. La valeur maximale est donc de 24 et correspond à un partenariat optimal selon les indicateurs déjà prédéfinis par le cadre conceptuel et les matrices (cf. annexe 7). Les scores de partenariat obtenus vont de 14 à 23. Afin de rétablir la caractéristique qualitative de ce partenariat, les scores ont été échelonnés. Ils représentent la force du partenariat établit entre l'enseignant et l'ergothérapeute. Les échelles sont les suivantes : 0 = Absence de partenariat. De 1 à 7 = faible partenariat. De 8 à 16 = partenariat modéré. De 17 à 24 = partenariat fort.



10. Répartition des individus de la force du partenariat.

Plus d'un quart de la population témoigne d'une absence de partenariat (33/43). Parmi les dix enseignants restants, deux partenariats ont été mesurés comme modérés et huit comme forts.

Le partenariat est défini selon six indicateurs : Cadre organisationnel, Interactions, Partage, Connaissances, Objectifs communs et Interdépendance. Qualitativement, les principaux items pour lesquels les enseignants ont manifesté une réponse négative sont : « Vos échanges et temps de travail avec l'ergothérapeute vous ont permis de voir l'ergothérapeute comme une personne ressource » (9/10, item 24) et «Vous avez fixé un planning commun avec des objectifs temporellement définis » (8/10, items 2). Les réponses négatives touchent les six indicateurs du partenariat (cf. schéma 11, ci-dessous). L'indicateur qui revient le plus, et donc l'indicateur le plus manquant dans ces partenariats, est l'interdépendance. Vient ensuite le cadre organisationnel.



11. Répartition du nombre de réponses négatives aux items du partenariat en fonction des indicateurs.

Question 5: *Combien de temps a duré ce partenariat ?*

Un des critères d'exclusion pour les enseignants était d'avoir un partenariat avec l'ergothérapeute inférieur à un an. Les durées de partenariat des individus de cette enquête varient de 1 an à 5 ans. La moyenne est de 2,5 donc de 2 ans et demi.

Question 6 : *En lien avec les élèves présentant un TSA, votre expérience vis à vis de cette inclusion, vos échanges avec les autres professionnels (ergothérapeute s'il y'a lieu) et les familles, cochez le chiffre qui vous décrit le mieux.*

La question Q6 définit le Sentiment d'Efficacité Personnelle. Elle rassemble les 10 items d'une échelle validée. Chaque item est mesuré selon quatre propositions déjà codées : **1** = Pas du tout vrai, **2** = A peine vrai, **3** = Moyennement vrai, **4** = Totalement vrai. Les codages ainsi obtenus ont été additionnés pour obtenir un score de Sentiment d'Efficacité Personnelle. La

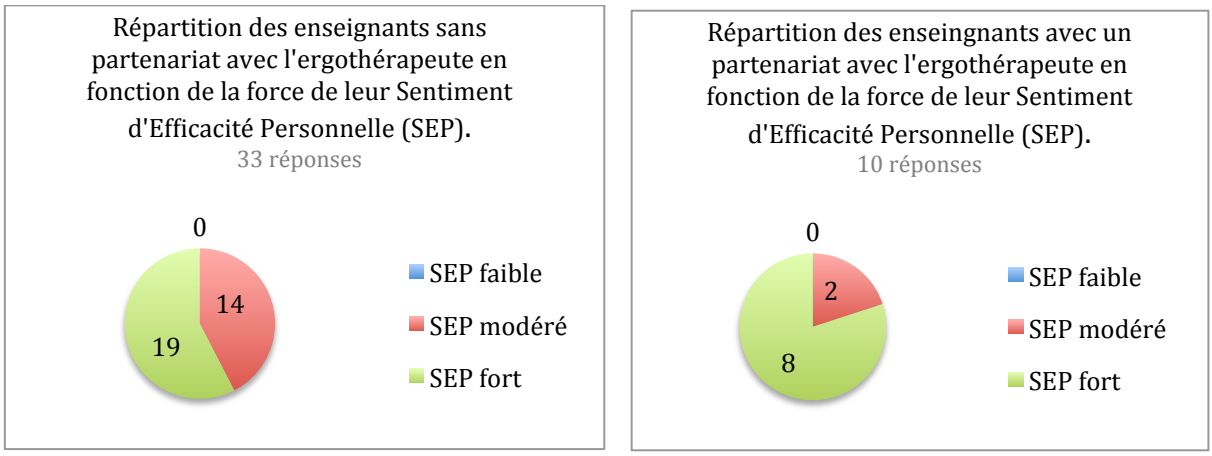
valeur minimale de SEP est donc de 0 et correspond à l'absence de SEP. La plus grande valeur est de 40, elle correspond à un SEP maximal. Dans cette population, le plus petit SEP est de 17 et le plus grand 40.

Les SEP des enseignants avec et sans partenariat ont été traités séparément. Des outils de tendance centrale ont été utilisés pour faire la comparaison du SEP des enseignants en présence ou non d'un partenariat avec l'ergothérapeute.

	Moyenne du SEP	Médiane du SEP
Absence d'un partenariat	27,93939394	28
Présence d'un partenariat	30,4	29,5

12. Médianes et moyennes du SEP en fonction de la présence ou non d'un partenariat.

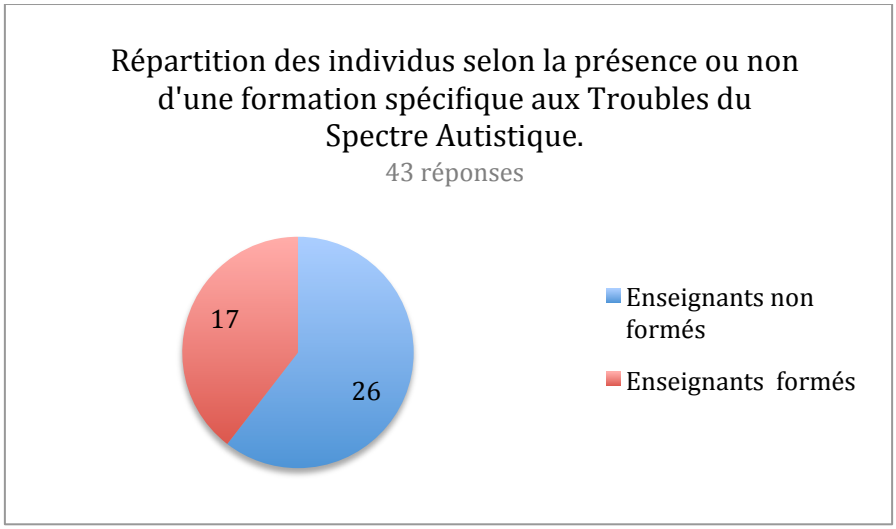
Les moyennes et médianes du SEP sont plus importante dans le cadre de la mise en place d'un partenariat. Afin de rétablir la caractéristique qualitative de ce SEP, les scores ont été échelonnés. Ils représentent la force du SEP chez l'enseignant face à l'inclusion d'un enfant avec un TSA. Les échelles sont les suivantes : De 0 à 12 : faible SEP ; de 13 à 26 : SEP modéré, de 27 à 40 : SEP fort. Parmi les quarante-trois réponses, 16 enseignants ont un SEP modéré et 27 un fort SEP.



13. Répartition des enseignants en fonction de leur force de SEP sans (gauche) et avec (droite) partenariat.

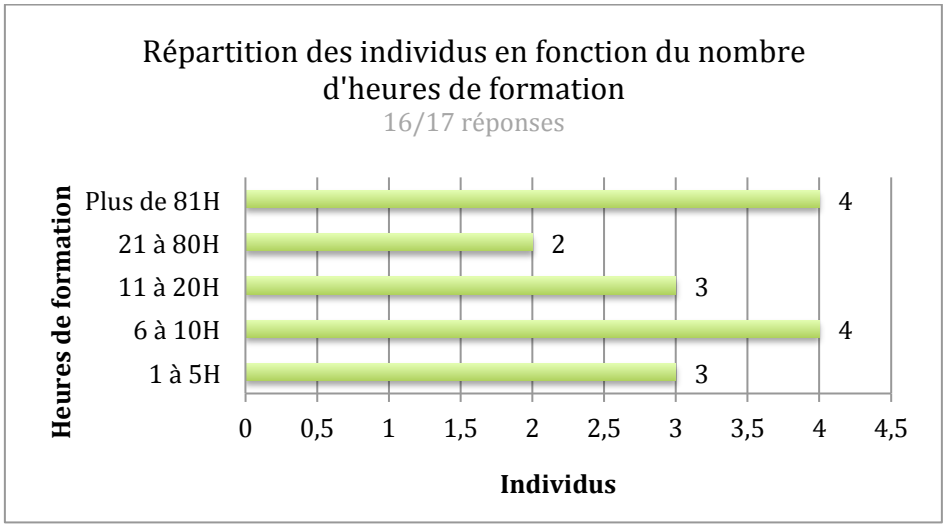
Chez les enseignants qui n'ont pas de partenariat, un peu plus de la moitié (19/33) ont un SEP fort. Pour ceux qui ont un partenariat avec un ergothérapeute, plus des trois quarts ont un SEP fort (8/10).

Question 10 et 11 : *Avez-vous déjà été formé de manière spécifique au TSA ? Si oui, de combien d'heure de formation avez-vous bénéficié ?*



14. Répartition des individus en fonction de leur formation spécifique aux TSA ou non.

Uniquement dix-sept enseignants sur quarante-trois ont reçu une formation spécifique aux Troubles du Spectre Autistique, dont une majorité en classe ULIS (12/17). Parmi ces enseignants formés, quinze ont un SEP fort (neuf sans partenariat et six avec). Pour les deux autres, leur SEP est modéré.

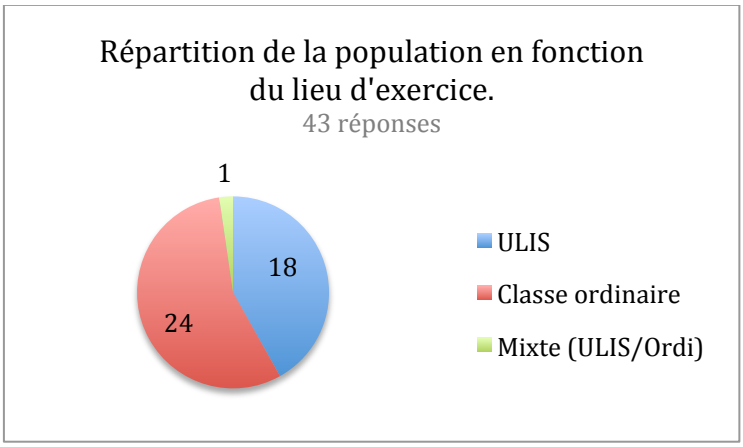


15. Répartition des enseignants en fonction du nombre d'heures de formation spécifiques aux TSA.

Trois enseignants ont reçu quelques heures de formations concernant les TSA (de 1 à 5h). Quatre enseignants ont eu de 6 à 10h de formation, 3 enseignants ont eu de 11 à 20h, deux de 21à 80h et quatre ont bénéficié de plus de 81h de formation. Les formations de plus de 81H

comprennent des données subjectives : 180H, 1an, Master et « Spécialisation ». Une donnée est manquante (réponse facultative).

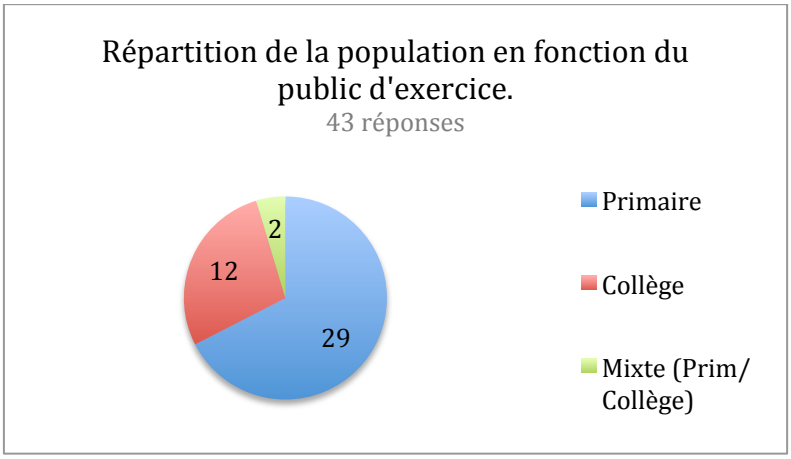
Question 7 : *Etes-vous un enseignant de classe ULIS ou ordinaire ?*



16. Répartition de la population en fonction du lieu d'exercice.

Plus de la moitié de la population exerce en classe ordinaire. Une partie des enseignants (18/43) travaille en classe ULIS et un enseignant pratique de manière mixte (ULIS/ordi).

Question 8 : *Etes-vous un enseignant du primaire ou du collège ?*

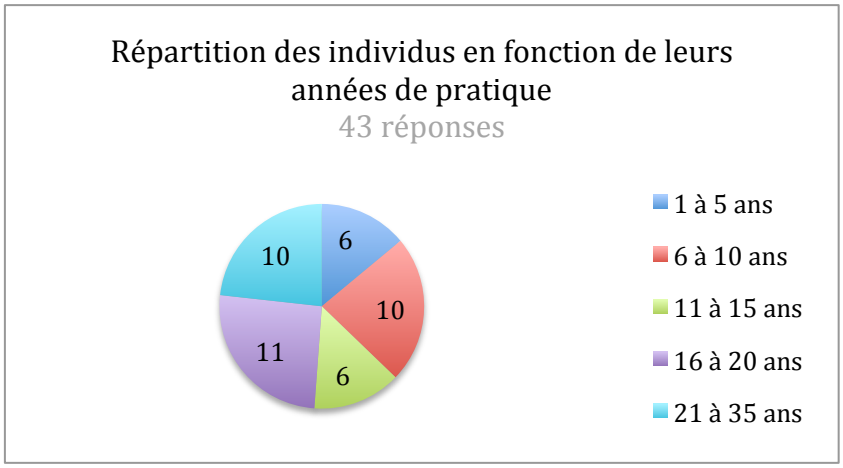


17. Répartition de la population en fonction du public d'exercice.

La majorité des enseignants exercent au primaire (29/43), douze travaillent au sein d'un collège et deux sont en scolarisation mixte.

Question 9 : *Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ?*

Les années d'expérience diffèrent beaucoup. Aux vues des valeurs extrêmes c'est la tendance centrale médiane qui est utilisée. Le nombre moyen d'années d'exercice est de 15 ans.



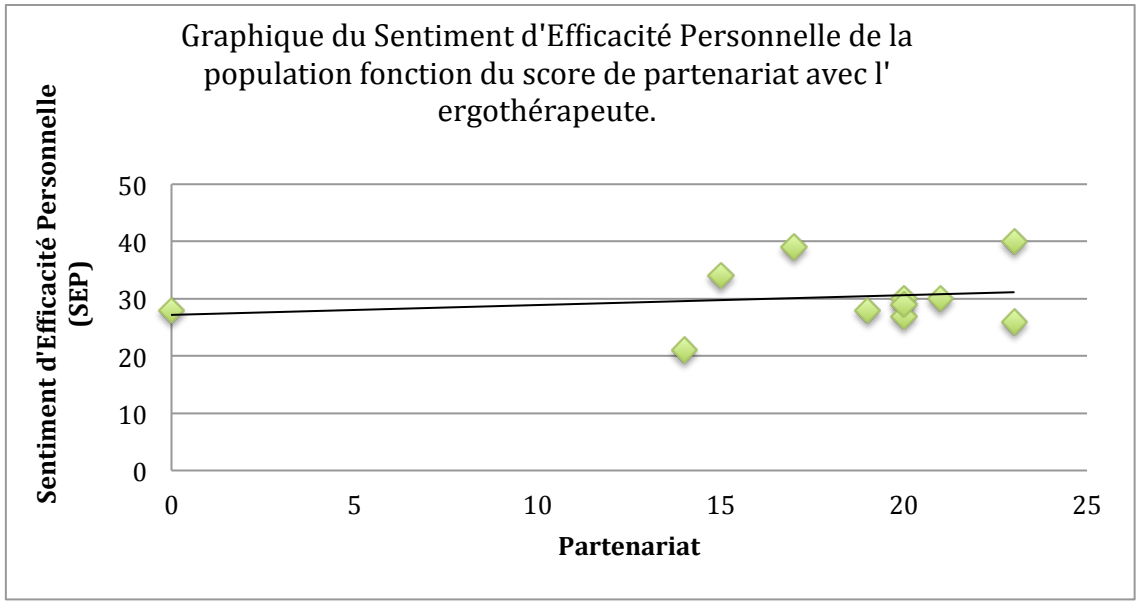
18. Répartition de la population en fonction du nombre d'années d'expérience.

3.2 Données statistiques inférentielles

Dans le cadre d'une méthode expérimentale, le traitement statistique a pour objectif de vérifier une hypothèse. Cela se fait par le rejet de l'hypothèse nulle qui attribue les phénomènes observés au hasard (47). Il s'agit donc de déterminer les liens entre les variables (dépendance, etc). Pour cela, les données ont été analysées au travers du coefficient de corrélation et du Khi2.

Coefficient de corrélation (corrélation de Pearson) :

Ce coefficient va permettre de déterminer la présence ainsi que le degré de relation linéaire entre deux variables. Il indique ainsi si une dépendance existe. Cette corrélation de Pearson se traduit graphiquement par un nuage de point (voir schéma ci-dessus) (52).



19. SEP de la population en fonction du partenariat avec l'ergothérapeute et courbe de tendance.

Pour une lecture plus facile, la valeur (0 ; 28) a été calculée selon la médiane des SEP des enseignants sans partenariat (cf. tableau 11). Par calcul avec le logiciel EXCEL et selon le tableau en annexe 11, le coefficient de corrélation obtenu est le suivant :

R = 0,190938366 (0,19 arrondi au centième), -1<R<1

R est bien compris entre -1 et 1. Le coefficient de corrélation n'est donc pas nul (52). Il est cependant inférieur à la valeur 0,87, seuil qui définit la présence significative d'un lien linéaire (33). Pour autant, un coefficient de Pearson faible ne signifie pas l'absence de corrélation entre les variables, mais une absence de relation *linéaire*. Si R est positif, lorsque x augmente, f(x) ou y augmente aussi dans le même sens et selon une même intensité (52). Ici, x=Partenariat et y= SEP. Comme ici R>0 alors si le partenariat augmente, le SEP devrait avoir tendance à augmenter aussi. Cependant, le faible coefficient indique que les variables n'augmentent pas linéairement et donc qu'elles n'augmentent pas de la même intensité.

Test du Khi 2 : Afin de vérifier que ce lien n'est pas du au hasard, les données sont soumises au test du Khi2. Ce test a pour avantage d'être utilisable sur des petites tailles d'échantillons. Il permet de confirmer ou non le fait que deux variables sont dépendantes l'une de l'autre (33). Ce test nécessite quatre étapes :

Etape 1 : Tableau de contingence

La première étape consiste à réaliser un tableau de contingence qui réunit les effectifs (33).

	Partenariat nul 0 (X1)	**Partenariat faible 1 à 7 (X2)**	**Partenariat modéré 8 à 16 (X3)**	**Partenariat fort 17 à 24 (X4)**	**Total (ΣX)**
SEP Faible 0 à 12 (Y1)	0	0	0	0	0
SEP modéré 13 à 26 (Y2)	14	0	1	1	16
SEP fort 27 à 40 (Y3)	19	0	1	7	27
Total (ΣY)	33	0	2	8	43

20. Tableau de contingence entre le partenariat ergothérapeute/enseignant et le SEP.

Etape 2 : Tableau théorique

	Partenariat nul 0	**Partenariat faible 1 à 7**	**Partenariat modéré 8 à 16**	**Partenariat fort 17 à 24**
SEP Faible : 0 à 12	0	0	0	0
SEP modéré : 13 à 26	5,28	0	0 ,32	1,28
SEP fort : 27 à 40	8,91	0	0,54	2 ,16

21. Tableau théorique entre le partenariat ergothérapeute/enseignant et le SEP.

Etape 3 : Tableau valeur du Khi2

Le tableau final, permettant l'obtention de la valeur du Khi2.

	Partenariat nul 0	**Partenariat faible 1 à 7**	**Partenariat modéré 8 à 16**	**Partenariat fort 17 à 24**
SEP Faible : 0 à 12	0	0	0	0
SEP modéré : 13 à 26	14,40	0	1 ,45	0,06
SEP fort : 27 à 40	11,42	0	0,39	10,85

22. Tableau valeur du Khi2 entre le partenariat ergothérapeute/enseignant et le SEP.

L'obtention du Khi2 se fait par somme de tous les résultats entrés dans le tableau ci-dessus.

Ainsi : Khi 2 = ΣC_x = 14,40 + 1,45 + 0,06 + 11,42 + 0,39 + 10,85 = 38,57

Etape 4 :

La dernière étape nécessite le calcul du nombre du ddl ou degré de liberté (33) :

Ici, ddl = (nb de lignes du tableau –1) x(nombre de colonne –1) = (3-1)x(4-1) = 2x3 = 6.

Dans le cadre des sciences humaines, la marge d'erreur acceptable est de 5% (0,05) (33).

Selon la table du Khi2 : Pour une marge d'erreur de 0,05 et un ddl de 6, la valeur indiquée dans le tableau est de : 12,59. Ainsi Khi2=38,57>12,59.

Donc en conclusion, les variables partenariat et SEP sont dépendantes.

4. Discussion des données

4.1 Interprétation des résultats

L'analyse des documents a permis de déterminer que le nombre médian d'enfants avec un TSA accompagnés par la population est de trois élèves. Ce chiffre révèle donc, qu'en plus d'être tous concernés par la scolarisation des personnes en situation de handicap en lien avec la loi du 11 février 2005 qui favorise leur inclusion dans un milieu ordinaire (19), les enseignants peuvent et seront sûrement confrontés plusieurs fois au cours de leur carrière à ce public aux besoins spécifiques.

L'importance d'une formation en lien avec les problématiques mais également la façon de les appréhender dans les meilleures conditions pour tous (les enfants avec un TSA, les enseignants mais également les autres élèves de la classe) est donc plus que nécessaire auprès des enseignants. Or, seulement dix-sept individus sur quarante-trois ont reçu une formation spécifique à ce trouble neurodéveloppemental. Cette réalité de terrain s'accorde ainsi avec la littérature et met bien en avant un manque certain de formation pour ces enseignants confrontés à des difficultés diverses et variées face aux besoins de ces enfants. Besoins importants et qui plus est, peuvent évoluer dans le temps, se modifier, obligeant l'enseignant à se renouveler et pouvant entrainer de nouvelles difficultés (53). Le transfert d'informations sur les spécificités des TSA est donc important et nécessaire, voire primordial.

Ce transfert peut se faire par la mise en place d'un partenariat selon les indicateurs définis dans ce travail. Or, seulement dix enseignants de cette population rapportent un lien avec un ergothérapeute. Parmi les dix enseignants en lien avec un ergothérapeute, six exercent en ULIS. Il s'agit d'un milieu plus spécialisé dans l'inclusion, il est donc possible de supposer un encadrement plus spécifique pour répondre aux besoins des enfants et ainsi un contact plus facile avec les structures médico-sociales et les professionnels de santé. *La question se pose donc davantage pour ces enseignants du milieu ordinaire qui sont plus facilement sans ressource, notamment pour les enseignants du primaire qui semblent rencontrer le plus de difficultés* (29). La grande majorité des enseignants n'a donc jamais eu contact avec ces professionnels de santé. Cette absence de travail commun corrobore les idées avancées par les ergothérapeutes lors de l'enquête exploratoire, à savoir qu'il existe aussi un réel manque de partenariat. La question se pose de savoir *pourquoi il n'existe que si peu de collaboration entre les enseignants et les ergothérapeutes ? Le métier d'ergothérapeute est-il bien connu ou*

reconnu par ces enseignants ? Les bénéfices des compétences de l'ergothérapeute sont ils connus ? La recherche d'un ergothérapeute pour mettre en place ce partenariat est-elle complexe ? Existe-t-il d'autres raisons ou obstacles ? Ces questions mises aussi en avant dans l'enquête exploratoire sont donc toujours d'actualité après avoir eu le retour des enseignants.
L'analyse conceptuelle de ce travail a mis en avant les cinq obstacles à un partenariat (34) :
- le manque d'engagement des partenaires qui peut être causé par un manque d'informations et de communication ;
- le manque de flexibilité entre les partenaires ;
- les limites organisationnelles comme le manque de coordination et de formation, les difficultés à mettre en place un planning efficient ;
- la différence de point de vue entre les différents partenaires (philosophique) ;
- et les limites personnelles comme le manque d'autonomie, de compétences relationnelles, d'habiletés en terme de communication, difficultés à la résolution de problèmes.
Au travers de l'enquête exploratoire, les ergothérapeutes ont mis en avant certaines contraintes institutionnelles entravant la bonne collaboration avec l'enseignant, à savoir : le manque de temps, le manque de moyens financiers, le manque d'engagement, le manque de formation et l'éloignement géographique. Toutes ces limites évoquées corroborent donc les notions citées par Saint-Pierre (34). La logique vient donc questionner la réciprocité de ses obstacles de la part des enseignants. *Qu'en est-il de leur propres limites institutionnelles et personnelles ? La notion de limites personnelles fait écho au manque d'engagement et au manque de formation déjà évoqué. L'engagement appelle à la motivation à agir sur l'environnement, à la volition et donc au SEP de l'enseignant (42).*

L'analyse qualitative des partenariats de l'enquête, révèle une absence marquée d'interdépendance et de gestion du cadre organisationnel. Les enseignants ont manifesté des réponses négatives récurrentes aux items « *Vos échanges et temps de travail avec l'ergothérapeute vous ont permis de voir l'ergothérapeute comme une personne ressource* » et «*Vous avez fixé un planning commun avec des objectifs temporellement définis* » :
- La partie « cadre organisationnel » (organisation temporo-spatiale, communication) fait donc écho aux obstacles institutionnels aussi évoqués par les ergothérapeutes : manque de temps, de moyens. Ces deux dernières limites peuvent être un frein aux formations.
- Neuf enseignants sur dix ne perçoivent pas l'ergothérapeute comme une personne ressource. *Cela peut-il s'expliquer par le fait que le métier d'ergothérapeute ne soit pas encore suffisamment connu ?*

De façon plutôt contradictoire, les partenariats de cette enquête sont tout de même mesurés comme modérés ou forts. Ces données, relevant un déficit au niveau de l'interdépendance, marquent donc bien un manque au niveau des interactions, des échanges et de la richesse réciproque. Cette notion d'interdépendance permet de définir de nouveaux rôles, de nouveaux savoirs et permettent un soutien entre les partenaires, soit tout autant d'indicateurs impactant le SEP.

Les résultats montrent que la proportion de SEP élevé est plus importante chez les enseignants ayant un partenariat que chez les enseignants n'en ayant pas. Les tendances centrales vont en ce sens : la médiane du SEP sans partenariat est de 28 contre 29,5, soit une légère différence peu significative de 1,5 point. Il faut également prendre en considération le fait que la population sans partenariat est plus grande que celle ayant un partenariat, ce qui crée encore plus de variétés interindividuelles et de différences d'échantillonnages. Cependant, un peu plus de la moitié des enseignants sans partenariat ont un SEP élevé et ce, même en absence de lien avec un ergothérapeute. Ce SEP élevé sans partenariat est-il dû aux formations sur les spécificités avec les TSA ? Parmi ces enseignants au fort taux de SEP sans partenariat, 9/19 ont reçu une formation spécifique au TSA. Dix autres enseignants ont donc un SEP fort sans partenariat et sans formation. *Leurs croyances en leurs compétences face aux spécificités des enfants avec un TSA sont-elles dues à un nombre d'expériences récurrentes ? A la longévité de leur pratique professionnelle ? A de l'autoformation ou des recherches personnelles ? A d'autres professionnels ?*

Selon les analyses inférentielles, le coefficient de corrélation révèle une relation très faible entre la variable « partenariat ergothérapeute/enseignant » et « sentiment d'efficacité personnelle des enseignants ». Le signe positif de ce coefficient indique une relation qui varie dans le même sens pour les deux variables. Toutefois, ce coefficient n'est pas assez important/ significatif pour pouvoir dire qu'il existe une relation dite linéaire qui indique que deux variables augmentent ensemble avec la même intensité. Le Test du Khi2 révèle une dépendance entre les deux variables.

Les résultats mis en commun, permettent de dire que dans ce contexte d'étude, le partenariat ergothérapeute/ enseignant semble être lié positivement au SEP. Quand il augmente, le SEP des enseignants face aux spécificité des TSA augmente aussi, d'une intensité non équivalente.

4.2 Critiques du dispositif de recherche

Toutefois, ces résultats sont à interpréter avec prudence. En effet, ils sont recueillis au sein d'une population faible et non représentative de la population de référence. Les résultats ne sont donc pas généralisables et peu fiables.
Il est aussi à noter qu'il existe un biais de sélection : ce sont sûrement les enseignants les plus mobilisés, les plus impliqués, les plus sensibilisés et intéressés qui ont répondu.

L'étude aurait pu être plus pertinente en terme de méthodologie. Ici, le mode d'échantillonnage est non probabiliste et les échantillons sont constitués en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion. La sélection s'est faite par effet « boule de neige » ce qui pose la question de la validité de l'échantillon. En effet, le transfert du questionnaire s'est fait via des connaissances ce qui peut entrainer des profils moins diversifiés.

La connaissance de la population de référence aurait permis de faire un échantillonnage plus représentatif de la population réelle, par exemple : même pourcentage d'enseignants ULIS/ordinaire que dans la population de référence, même pourcentage primaire/collège...
Cependant il n'était pas possible de pratiquer de la sorte puisque nous étions dans l'impossibilité d'avoir une liste exhaustive des enseignants et du type de classes dans lesquelles ils étaient amenés à travailler.

L'expérimentation aurait aussi gagné en pertinence si l'analyse inférentielle s'était faite avec un échantillonnage aléatoire simple, plus probabiliste. Cette méthode sélectionne 10 personnes au hasard, parmi la population sans partenariat obtenue, pour ainsi avoir un même nombre d'individu en pré- et post-test.

Il aurait été intéressant de pousser plus loin la recherche en étudiant les enseignants ULIS et ceux du milieu ordinaire de manière séparée car les classes ULIS constituent un contexte scolaire particulier. De même, il serait pertinent de sélectionner des enseignants qui n'ont aucune formation pour n'avoir que les échanges avec l'ergothérapeute comme source de connaissances sur la pathologie et les techniques auprès de ces enfants (hors sources de type recherche personnelle). Dans cette étude, le nombre déjà faible d'enquêtés et le nombre encore plus faible d'enquêtes rendues n'ont pas permis d'écarter les enseignants qui ont bénéficié d'une formation.

L'analyse serait aussi à pousser en prenant en compte les expériences de chacun (nombre d'années de pratique et nombre d'enfants avec un TSA accompagnés).

Le Sentiment d'efficacité personnel est un sentiment subjectif dépendant de composantes complexes. Il est donc difficile de savoir si un SEP faible est dû uniquement à un manque de partenariat ou à d'autre composantes encore plus intrinsèques à la personne (histoire de vie, expériences antérieures, contextes particuliers, etc). Comme il n'existe pas d'échelle de SEP adaptée aux enseignants accueillant des enfants avec un TSA, l'échelle validée choisie est une échelle neutre. Pour repositionner l'échelle dans le contexte de l'étude, un texte demandant aux enseignants de remplir les items en fonction de ce contexte d'inclusion a été écrit. Toutefois, il n'est pas certain que la mise en contexte ait été comprise, assimilée et appliquée par tous. Les enseignants ont pu remplir l'échelle en fonction de leur expérience vis à vis de tous leurs élèves et non pas uniquement des élèves de leur classe ayant un TSA. Aussi, les items sur le partenariat ne sont remplis qu'à l'appréciation des enseignants. Il eût été intéressant d'avoir le retour des ergothérapeutes en lien avec eux. Pour cela il aurait fallu avoir connaissance du nom des ergothérapeutes et le questionnaire n'aurait plus été anonyme.

Dans l'idéal il aurait été avantageux de sélectionner des enseignants sans partenariat et de leur faire passer l'échelle du SEP. Cela aurait constitué notre échantillon groupe témoin (pré-test). Ensuite il aurait fallu mettre en place un partenariat avec un ergothérapeute selon un protocole précis qui rempli les critères du partenariat comme définit dans le travail : c'est une expérimentation provoquée. Et enfin refaire passer l'échelle de SEP à ces mêmes enseignants après ce partenariat pour avoir la population test. Cependant en pratiquant de la sorte, le temps nécessaire pour répondre à l'enquête aurait été augmenté de façon considérable et nous n'aurions probablement pas obtenu plus de réponses voire peut être moins.

4.3 Intérêts pour la pratique professionnelle

Le manque de formations des enseignants vis à vis des spécificités des enfants avec un TSA est un des freins certain à la bonne inclusion et donc à la participation sociale de ces enfants avec un TSA. Or, la pratique en ergothérapie s'intéresse à cette notion de participation et de justice occupationnelle qui dit que chaque être humain est en droit de participer pleinement à ses occupations (42).

Les ergothérapeutes ont évoqué, lors de l'enquête exploratoire, des limites en terme de connaissances de la part des enseignants mais aussi des limites institutionnelles. En effet, les enseignants ne sont, pour la majorité, pas formés aux spécificités des enfants avec un TSA, ce qui les met souvent en grande difficulté lorsqu'ils se retrouvent face à cette situation. Les ergothérapeutes qui ont une vision systémique peuvent être amenés à former ces enseignants. Toutefois, certaines contraintes institutionnelles telles que le manque de temps, le manque de moyens financiers, l'éloignement géographique, peuvent entraver la mise en œuvre, différer la mise en pratique d'un partenariat avec les enseignants. Pour autant, un partenariat bien pensé, réfléchi communément, construit concomitamment permet l'acquisition de nouveaux rôles, de nouveaux savoirs par le biais du transfert d'informations (34).

Dans cette étude le partenariat et le SEP sont liés, ainsi lorsqu'un partenariat est mis en place avec un ergothérapeute, le SEP de l'enseignant augmente. Ce SEP est à l'origine d'un accompagnement plus efficient pour les enfants avec un besoin spécifique (10) mais également pour les enfants ordinaires. Lorsque un enseignant est en capacité de gérer de façon fluide pour le reste de la classe un enfant ayant un TSA, il en résulte un bénéfice certain pour cet enfant qui se trouve généralement mieux intégré dans le groupe classe et donc mieux sociabilisé ; en ce sens son inclusion peut être définie de totale. A contrario, lorsqu'un enseignant se trouve en difficulté face à cet enfant ayant un TSA, le reste de la classe peut vivre de façon négative la présence de l'enfant et donc le rejeter et de ce fait l'exclure ; en ce sens son inclusion est mise à mal (10). Il serait donc intéressant de poursuivre l'étude.
Dans le cas où la mise en place d'une étude plus probabiliste révèlerait les mêmes résultats, cette étude pourrait apporter une pierre à l'édifice pour inciter les professionnels et les structures à privilégier ces temps de partenariat. Il pourrait aussi s'agir d'un appui ou d'un argument pour les ergothérapeutes mais aussi pour les enseignants afin de justifier ces temps d'échanges qui se font pour le bien-être de l'enfant.

Au regard des problématiques pratiques, une question reste en suspend : *Comment favoriser la mise en place d'un partenariat ?*
Afin de faciliter la tâche de ces partenaires, un protocole type de partenariat pourrait être mis en place. Il reprendrait ainsi des critères prédéfinis précis et servirait de trame pour un bon partenariat. Il prendrait aussi en compte les critères les plus délicats soulevés par cette dernière enquête, à savoir : le manque d'interdépendance, le cadre organisationnel et les limites institutionnelles.

Bibliographie

(1) : Legifrance. Code de l'éducation : Article D351-17. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006527299. Consulté le 6 juin 2018.

(2) : ANESM / HAS. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. 2012 ; 68p. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf. Consulté le 20 mai 2018.

(3) : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Données probantes en ergothérapie. L'ergothérapie favorise le développement des compétences motrices, sensorielles et cognitives de l'enfant. 2017 ; p23-6. L'ergothérapie améliore le processus sensoriel et les compétences motrices pour l'autonomie des personnes avec autisme. 2017, p27-9. [En ligne]. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Données%20probantes%20en%20ergothérapie_Mars%202017.pdf. Consulté le 20 mai 2018.

(4) : Inserm. Autisme : un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles. [En ligne]. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme. Consulté le 27 mai 2018.

(5) : Collectif autisme. Campagne grande cause nationale 2012 : Bilan d'une année de mobilisation exceptionnelle. [En ligne]. http://collectif-autisme.org/PDF/CAMPAGNE_GRANDE_CAUSE_%20NATIONALE_2012_%20BILAN_%20FINAL280313.pdf. Consulté le 27 mai 2018.

(6) : Haute Autorité de Santé. Etat des connaissances : autismes et autres troubles envahissant du développement : argumentaire. 2010 ; 186p. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf. Consulté le 20 mai 2018.

(7) : ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissant du développement. 2009 ; 64p. [En ligne]. http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autisme_anesm_accompagnement.pdf. Consulté le 29 mai 2018.

(8) : American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5ème édition. Washington : American Psychiatric Asocciation ; 2013 : 947p.

(9) : Piat J-P. Guide de survie de la personne autiste. Paris : AFD ; 2018 : 368p.

(10) : Cappe E, Smock N, Boujut E. Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. L'Evolution Psychiatrique. 2016 ; 81 : 73-91.

(11) : Hayek H. L'intégration scolaire des enfants en situation de handicap. Le cas particulier des enfants avec autisme. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Bretagne Occidentale ; 2015 : 323p.

(12) : Thommen E, Cartier-Nelles B, Guidoux A, Wiesendanger S. Les particularités cognitives dans le trouble du spectre de l'autisme : la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives. Swiss archives of neurology and psychiatry. 2014 ; 165(8) : 290-97.

(13) : Rivard. M, Forget. J, Les caractéristiques de l'enfant atteint d'un trouble envahissant du développement en lien avec le degré d'intégration sociale en milieu scolaire ordinaire. Pratiques Psychologiques. 2006 ; 12 (3) : 271-95.

(14) : Ministère de l'éducation nationale. De la maternelle au baccalauréat : la scolarisation des élèves en situation de handicap. [En ligne] http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap.html. Consulté le 26 mai 2018.

(15) : De Souza S. Chapitre 13. Le projet personnalisé de scolarisation de l'élève présentant un trouble du spectre autistique (TSA). In : Philip C. Scolariser des élèves avec autisme et TED. Vers l'inclusion. Paris : Dunod « Enfances » ; 2012, 194-208.

(16) : Vinay P-H. Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). I.N.S.H.E.A : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2007; 39 : 65-9.

(17) : Gillig J-M. Exercer une fonction d'accompagnement et de médiation pour réussir le projet personnalisé de scolarisation : témoignage, analyses et propositions. I.N.S.H.E.A : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2010 ; 50 : 215-29.

(18) : Philip C. Le projet personnalisé de scolarisation des élèves présentant de l'autisme et des Troubles envahissants du développement (TED). I.N.S.H.E.A : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2006 ; 34 : 225-30.

(19) : République Française. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF du 12 Février 2005, 2353p. [En ligne].

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647.Consulté 25 mai 2018.

(20) : République Française : Premier Ministre, Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées. Autisme, changeons la donne. Dossier de presse du 6 avril 2018 ; 39p [En ligne].
http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_stategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf. Consulté le 21 mai 2018.

(21) : Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 ; 103p. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf. Consulté le 12 octobre 2018.

(22) : République Française : Premier Ministre, Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées. Autisme, changeons la donne. Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ; 2018 : 124p. [En ligne]. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf. Consulté 05 octobre 2018.

(23) : Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Annexe I : Référentiel d'activités / Annexe II : Référentiel de compétences. p170-85. [En ligne]. http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/Référentiel-de-compétences-DEE.pdf. Consulté le 25 mai 2018.

(24) : Kadar M, McDonald R, Lentin P. Evidence-based practice in occupational therapy services for children with ASD in Victoria, Australia. Australian Occupational Therapy Journal. 2012 ; 59 (4) : 284-93.

(25) : Magerotte G. Les défis de la scolarisation des élèves et étudiants avec autisme : concilier les orientations des systèmes, les attentes des élèves avec autisme et de leurs parents et les approches scientifiques. I.N.S.H.E.A : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2012 ; 60 : 89-99.

(26) : Montchamp M-A. Autisme : la France vise la participation sociale. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012 ; 60 : 153-54.

(27) : Yiannini-Couduruer C, Rattaz C, Baghdadli A. Facteurs liés à l'évolution des compétences adaptatives chez 77 jeunes enfants avec troubles du spectre autistique (TSA). Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2016 ; 64 : 367-75.

(28) : Poirier N, Cappe E. Les dispositifs scolaires québécois et français offerts aux élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. Bulletin de psychologie. 2016 ; 544 : 267-78.

(29) : Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.), Centre Régional d'Etudes et de Ressources sur l'Autisme. (C.R.E.R.A.), Comité Technique Régional Autisme. (C.T.R.A.), Agence régionale de santé des Pays de la Loire. (A.R.S.). Les parcours de scolarisation des enfants avec autisme et TED. Synthèse. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2011 : 8p.

(30) : Grimm D, Assouline B, Piero A. La scolarisation des patients atteints par des troubles du spectre autistique sans retard mental. L'Encéphale. 2015 ; 41 : 499-506.

(31) : Sanahuja Gavalda J-M, Qinyi T. Improving the process of inclusive education in children with ASD in mainstream schools. Procedia, Social and Behavioral Sciences. 2012 ; 46 : 4072-76.

(32) : Gatto F, Ravenstein J. Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir. Montpellier : Sauramps Medical ; 2008 : 117p.

(33) : De Keterle JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 5ème édition. Bruxelles : De Boeck Supérieur; 2016. : 208p.

(34) : Moreau A-C, Robertson A, Ruel J. De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospective en matière d'éducation inclusive. Education et Francophonie. 2005 ; 33(2) : 142-60.

(35) : Joubert A. L'influence de la collaboration ergothérapeute/enseignant sur la scolarité de l'enfant dyspraxique. Mémoire d'initiation à la recherche. Institut de Formation en Ergothérapie de Hyères ; 2017 : 42p.

(36) : Marin M. Collaboration entre parents et ergothérapeutes autour des conséquences des particularités sensorielles dans les troubles du spectre autistique. Mémoire d'initiation à la recherche. Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen ; 2016 : 44p.

(37) : Durieux G, Thomas C. Chapitre 28 : Quand l'ergothérapeute intervient à l'école. In : Aude A, Lefévère G, Palu M, Vauvillé. Ergothérapie en pédiatrie. Paris : Solal ; 2010 : 415-30.

(38) : Arraudeau C, Dupoix P, Charles F, Motet-Fevre A. Complémentarité du scolaire et du médico-social dans la scolarisation des enfants et adolescents avec autisme. I.N.S.H.E.A : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2012 ; 60 (4) : 205-17.

(39) : Jorro A. Chapitre 2 : Des enseignants engagés dans la réussite éducative. In : Jorro A. L'engagement professionnel en éducation et formation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2013 : 39-52.

(40) : Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, Débarges B, Clavel N, Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique. 2015 ; 1 (HS) : 41-50.

(41) : Meyer S. De l'activité à la participation. Paris : De Boeck Supérieur ; 2013 : 274p.

(42) : Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2ème édition. Paris : De Boeck ; 2017 : 261p.

(43) : Bélanger R, Briand C, Marcoux C. Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le partenaire. 2006 ; 13 (1) : 8-14.

(44) : Bandura A. Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. 2ème édition. Paris : De Boeck ; 2007 : 859p.

(45) : Rondier M. L'orientation scolaire et professionnelle. In : Bandura A. Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : Editions de Boeck Université ; 2004 : 475-76.

(46) : Gaudreau N. Bien-être et sentiment d'efficacité personnelle des enseignants. Éducation Canada. 2017. [En ligne]. https://www.edcan.ca/articles/bien-etre-et-sentiment-defficacite-personnelle-des-enseignants/?lang=fr. Consulté le 03 janvier 2019.

(47) : Anceaux F, Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. Recherche en soins infirmiers. 2006 ; 84 : p 66-83.

(48) : Cadario R, Butori R, Parguel B. Méthodes en sciences humaines. Méthode expérimentale : analyses de modération et médiation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2017 : 219p.

(49) : Aubert-Lotarski A. Études et conseils : démarches et outils. 2007. [En ligne]. http://www.esen.education.fr/conseils/. Consulté le 16 mars 2019.

(50) : Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie. LME ; 2018 : 14-7.

(51) : Institut Français d'EMDR. Sentiment d'efficacité personnelle. 2016. [En ligne]. https://www.ifemdr.fr/sentiment-defficacite-personnelle/. Consulté le 12 janvier 2019.

(52) : Assistance de Minitab 18. Interprétation des résultats principaux pour la fonction Corrélation. [En ligne]. https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/18/help-and-how-

to/statistics/basic-statistics/how-to/correlation/interpret-the-results/key-results/**.** Consulté de 9 mai 2019.

(53) : Von der Embse N, Brown A, Fortain J. Facilitating Inclusion by Reducing Problem Behaviors for Students With Autism Spectrum Disorders. Intervention in School and Clinic. 2011 ; 47(1) : 22–30.

Annexe 1 : Schéma diagnostic des TSA et dyade autistique (DSM-5)

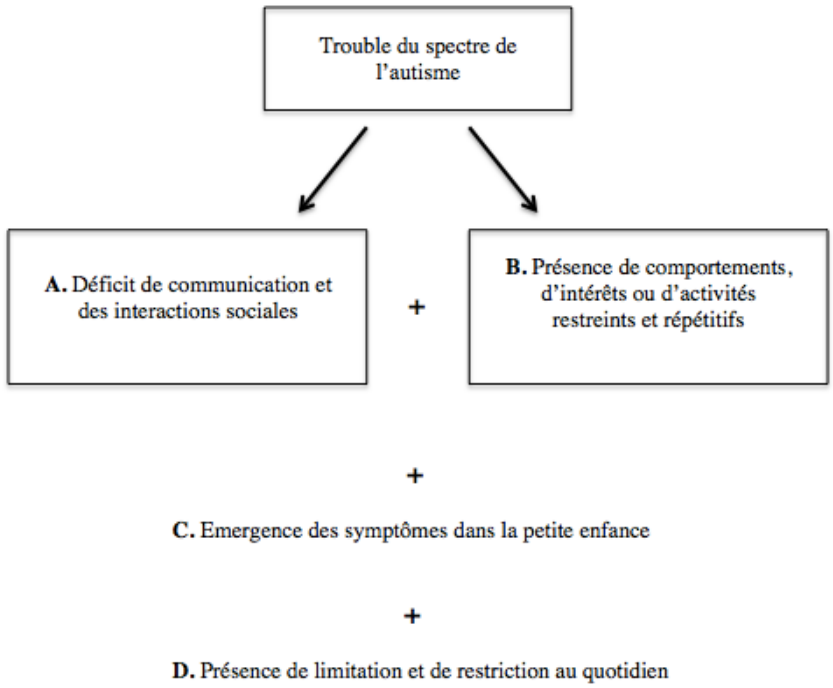


Schéma de l'élaboration du diagnostic pour les TSA (Troubles du Spectre Autistique)

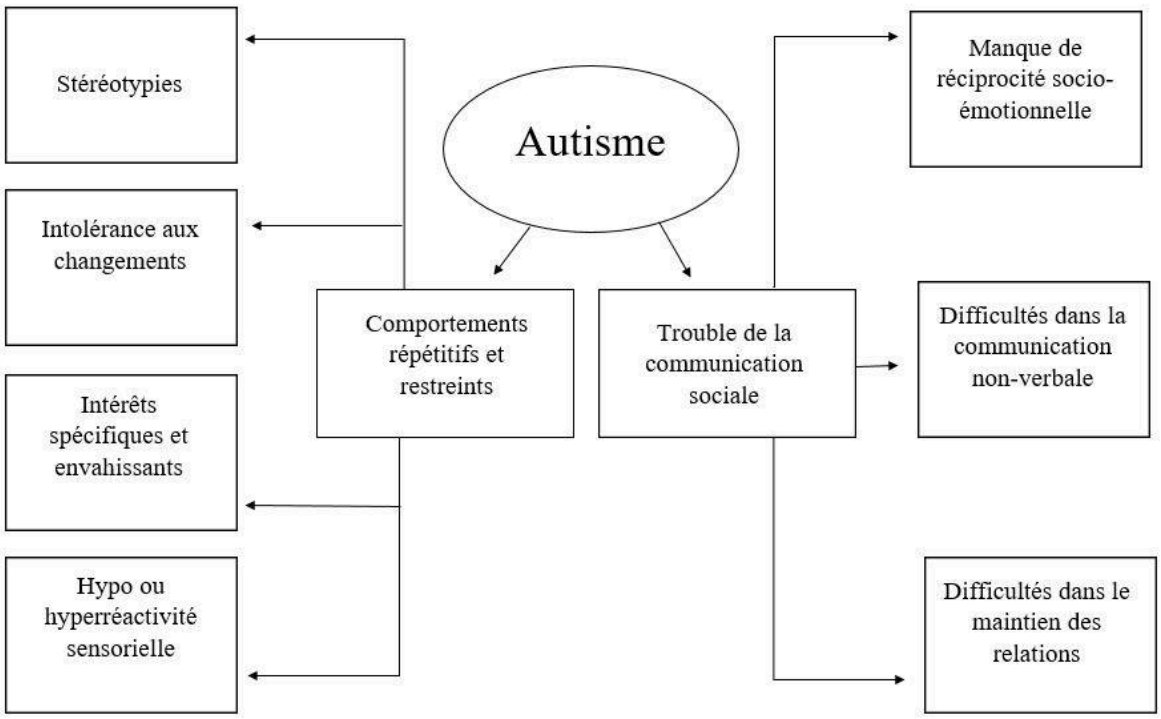


Schéma de la dyade autistique selon le DSM-5 (9)

Annexe 2 : Tableau de recherche banque de données

Recherches en français

Tableau 1 : Selon les mots clefs : (Inclusion scolaire OU intégration scolaire OU scolarisation) ET (autisme OU trouble envahissant du développement OU trouble du spectre autistique)

Total à partir des mots clefs (201)	Base de données	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Articles retenus
109	BDSP	10	8	4
83	Base	9	5	1
9	Science Direct	3	3	2

Tableau 2 : Selon les mots clefs : Ergothérapie ET (inclusion scolaire OU intégration scolaire OU scolarisation)

Total à partir des mots clefs (10)	Base de données	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Articles retenus
2	BDSP	2	0	0
2	Base	1	1	0
6	Science Direct	0	0	0

Tableau 3 : Selon les mots clefs : Ergothérapie ET (autisme OU trouble envahissant du développement OU trouble du spectre autistique)

Total à partir des mots clefs (7)	Base de données	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Articles retenus
5	BDSP	1	0	0
2	Base	1	0	0
0	Science Direct	0	0	0

Recherche en anglais

Tableau 4 : Selon la base de données Science Direct :

Mots clefs	Total à partir des mots clefs	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Articles retenus
(Inclusive education OR mainstreaming OR school) AND (autisme OR autistic trouble disorder OR pervasive development disorder)	14	3	2	1
Occupational therapy AND (Inclusive education OR mainstreaming OR school)	15	1	0	0
Occupational therapy AND (autisme OR autistic trouble disorder OR pervasive development disorder)	17	1	1	0

Annexe 3 : Tableau de synthèse revue de littérature

Source : **1/ Montchamp M-A. Autisme : la France vise la participation sociale. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012 ; 60 : 153-154.**	
Thème/ Objet traité	Les résultats et les nouvelles démarches pour viser la participation sociale des personnes autistes
Méthode utilisée	Editorial. Texte officiel. Présentation et état des lieux des connaissances et des résultats obtenus par plan autisme. Présentation des axes à améliorer et des orientations du prochain plan autisme
Population	Personnes atteintes d'autisme ou de TED
Approche théorique privilégiée	Concept de participation sociale
Champs disciplinaires d'études	Santé publique
Principaux résultats	Scolarisation des enfants autistes augmente significativement. Collaboration nécessaire pour permettre approche globale de la personne. Vise participation sociale et autonomie
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Difficultés actuelles pour l'inclusion de ces enfants autistes. Définition des professionnels amenés à travailler avec eux. Collaboration interprofessionnelle avec l'ergothérapeute.
Source : **2/ ORSPL, Nantes. FRA, CRERA, Angers. FRA, CTRA, Angers. FRA / ARS Loire, Nantes. FRA / Les parcours de scolarisation des enfants avec autisme et TED. SynthèseNantes: ORS Pays de la Loire; 2011 mai p. 8p.**	
Thème/ Objet traité	Difficultés du parcours de scolarisation des enfants atteints d'autisme ou de TED
Méthode utilisée	Démarche scientifique. Etude de type longitudinale avec questionnaire et sous-questionnaires. Interprétations quantitatives des données obtenues

Population	158 familles d'enfants atteints de troubles autistiques et de TED
Approche théorique privilégiée	Quantitative
Champs disciplinaires d'études	Santé (pédopsychiatrie)
Principaux résultats	Pourcentage d'élèves scolarisés en milieu ordinaire diminue avec l'âge. Parents évoquent manque de formation et manque de coordination des différents professionnels
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Pourcentage d'enfants bénéficiant d'aides extérieures en libéral. Ne parle pas de la collaboration avec l'ergothérapeute
Source **: 3/ Yiannini-Couduruer C, Rattaz C, Baghdadli A. Facteurs liés à l'évolution des compétences adaptatives chez 77 jeunes enfants avec troubles du spectre autistique (TSA). Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2016 ; 64 : 367-375.**	
Thème/ Objet traité	Evolution des comportements adaptatifs d'une cohorte de jeunes enfants avec autisme en condition écologique
Méthode utilisée	Démarche scientifique. Etude de cohorte prospective et multicentrique. Recueil des comportements adaptatifs, des durées de prises en charge dans la semaine et des durées hebdomadaires de scolarisation dans le milieu ordinaire tous les 3 mois (pendant 1 an).
Population	77 enfants de 3 à 5 ans avec un trouble du spectre autistique
Approche théorique privilégiée	Comportementale et comparative
Champs disciplinaires d'études	Neuropsychiatrie

Principaux résultats	Meilleure évolution dans les domaines de la communication et de l'autonomie pour les enfants ayant bénéficiés de plus d'heure de scolarisation en milieu ordinaire. Meilleure évolution au niveau de la socialisation pour l'enseignement spécialisé
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Intervention des professionnels sur le terrain en milieu ordinaire (en dehors des prises en charge en libéral) Pas de notion sur l'ergothérapie malgré notion sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
Source : **4/ Magerotte G. Les défis de la scolarisation des élèves et étudiants avec autisme : concilier les orientations des systèmes, les attentes des élèves avec autisme et de leurs parents et les approches scientifiques. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2012 ; 60 : 89-99.**	
Thème/ Objet traité	La scolarisation des élèves avec autisme au regard de leurs attentes, des systèmes proposés et des approches scientifiques.
Méthode utilisée	Littérature professionnelle. Présentation des enjeux de scolarisation. Description des systèmes d'accueil, des attentes des personnes concernés (enfants et familles) et apports scientifiques.
Population	Elèves et étudiants avec autisme
Approche théorique privilégiée	Descriptive
Champs disciplinaires d'études	Psychologie et science de l'éducation
Principaux résultats	Nécessité d'une collaboration entre professionnels qui peut se développer par l'intermédiaire du PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Pas de liste des différents professionnels pouvant intervenir au niveau du PPS Pas de lien avec l'ergothérapie

Source : **5/ Poirier N, Cappe E. Les dispositifs scolaires québécois et français offerts aux élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. Bulletin de psychologie. 2016 ; 544 : 267-278.**	
Thème/ Objet traité	Les différences et ressemblances entre les dispositifs d'inclusion scolaire français et québécois pour les enfants avec TSA
Méthode utilisée	Mise en tensions, analyse critique et comparatives des différentes études et résultats pour chaque pays. Impact des comorbidités sur la scolarisation. Constat des ressemblances et des différences
Population	Elèves avec TSA
Approche théorique privilégiée	Descriptive et comparative
Champs disciplinaires d'études	Psychologie
Principaux résultats	Les comorbidités influencent l'orientation de scolarisation Ressemblances : droit à la scolarisation en milieu ordinaire et présence de services professionnels. Différences : taux d'élèves et formation des enseignants.
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Collaboration avec l'ergothérapeute non abordée
Source : **6/ Grimm D, Assouline B, Piero A. La scolarisation des patients atteints par des troubles du spectre autistique sans retard mental. L'Encéphale. 2015 ; 41(6) : 499-506.**	
Thème/ Objet traité	La scolarisation des patients atteints par des troubles du spectre autistique sans retard mental
Méthode utilisée	Démarche scientifique. Enquête rétrospective avec méthode mixte : outil d'évaluation quantitatif et outils d'observation et d'entretien semi-structurés (qualitatif)
Population	83 patients autistes (diagnostiqués selon CIM-10)

	sans retard mental et scolarisés en milieu ordinaire moment de l'étude.
Approche théorique privilégiée	Analytique
Champs disciplinaires d'études	Psychologie et santé publique
Principaux résultats	Absence de lien significatif : la présence de comorbidité psychiatriques ne semble pas influencer les orientations de scolarisation
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Pas de lien avec les élèves qui présentent des comorbidités et qui seraient suivis par d'autres professionnels (en libéral par exemple)
Source : **7/ Cappe E, Smock N, Boujut E. Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. L'Evolution Psychiatrique. 2016 ; 81 : 73-91.**	
Thème/ Objet traité	Les sentiments des enseignants face à l'inclusion scolaire des élèves avec un TSA
Méthode utilisée	Revue de littérature. Rappel des spécificités des élèves TSA et des modalités de scolarisation. Etats des lieux des sentiments et de plusieurs dimensions psychologiques des enseignants face à l'inclusion d'un enfant autiste dans leur classe
Population	Enseignants concernés par l'inclusion des enfants avec un TSA dans le milieu spécialisé ou le milieu ordinaire
Approche théorique privilégiée	Descriptive
Champs disciplinaires d'études	Psychologie et science de l'éducation
Principaux résultats	Représentations des TSA par les enseignants et ressentis de leur compétences ont un impact sur l'inclusion scolaire.

	Contexte d'inclusion d'un élève autiste peut être stressant. Plusieurs axes pour permettre meilleure inclusion (formation, collaboration, etc)
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Type d'accompagnement en libéral Collaboration avec l'ergothérapeute.
Source : **8/ Sanahuja Gavalda J-M, Qinyi T. Improving the process of inclusive education in children with ASD in mainstream schools. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2012 ; 46 : 4072-4076.**	
Thème/ Objet traité	L'amélioration des processus d'inclusion scolaire pour les enfants avec un TSA dans le milieu ordinaire.
Méthode utilisée	Revue de littérature. Analyse critique de recherches et d'articles sur les facteurs qui facilitent l'inclusion scolaire. En lien avec un projet de recherche futur.
Population	Elèves présentant un trouble du spectre autistique.
Approche théorique privilégiée	Sociale et comportementale.
Champs disciplinaires d'études	Science de l'éducation.
Principaux résultats	Formation des enseignants nécessaire pour permettre meilleure inclusion. Inclusion en école ordinaire plus favorable. Nécessité d'une collaboration avec d'autres professionnels
Question/ Dimension qui n'est pas abordée	Collaboration avec ergothérapeute. Types d'aménagements nécessaires pour favoriser inclusion scolaire

Annexe 4 : Matrice de questionnement enquête exploratoire

Sous thématiques issues de la revue de littérature	Questionnement issues des sous thématiques	Question	Objectif de la question
Enjeux de la scolarisation	*Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter cette inclusion en milieu ordinaire ?*	1) Actuellement, combien d'enfants avec autisme accompagnez-vous ? 2) Actuellement, combien d'enfants avec autisme accompagnez- vous en école ordinaire ?	Obtenir un ordre d'idée/ un ratio du nombre d'enfants accompagnés en école ordinaire par rapport au nombre d'enfant total.
		3) Sur une échelle de 0 à 5 (0 étant le chiffre le plus bas), où situeriez-vous l'importance de la scolarisation d'un enfants en situation de handicap dans vos interventions en tant qu'ergothérapeute ?	Visualiser l'importance de la scolarisation dans la pratique des ergothérapeutes
Stratégies et	*Comment l'ergothérapeute peut-il faciliter*	4) Au cours de vos accompagnements pour la scolarisation, utilisez-vous une méthode d'intervention particulière ? Si oui, laquelle/ lesquelles ? - TEACCH	Connaître les différentes pratiques utilisées par rapport à la théorie

techniques pour favoriser l'inclusion scolaire	*cette inclusion en milieu ordinaire ? Quelles techniques l'ergo peut-il utiliser auprès de ces enfants ?*	- ABA - PECS - Intégration sensorielle - Autre(s), précisez :	
		5) Dans quel(s) lieu(x) effectuez-vous vos interventions avec ces jeunes ? - Ecole - Domicile de l'enfant - Cabinet (libéral) - Salle d'ergothérapie de votre établissement - Autre(s), précisez :	Connaître les modalités de pratique des ergothérapeutes : Notamment les lieux qu'ils fréquentent pour savoir si école comprise (et faire le lien avec une potentielle collaboration ou non).
Formations et attentes des enseignants	*Comment et dans quelles modalités l'ergothérapeute collabore t-il avec les enseignants ?*	9) Au cours de votre pratique avec ces enfants, avez-vous été amenés à informer/ former les enseignants sur les particularités de l'autisme ? - Oui - Non	Au regard du champ de compétences der ergothérapeute : avoir une idée de la fréquence des formations données et faire le lien avec le manque de formation relaté dans les écrits
		10) Ce transfert de connaissances a t-il lieu : - Toujours	

		- Parfois - Rarement - Jamais	
Notions d'entraide et de collaboration avec les autres professionnels	*Comment et dans quelles modalités l'ergothérapeute collabore t-il avec les enseignants ?*	6) Au cours de vos accompagnements, êtes vous en relation avec les enseignants ? : - Toujours - Parfois - Rarement - Jamais	Connaître la fréquence de cette collaboration enseignants-ergothérapeutes
		7) Cette fréquence vous semble t-elle appropriée aux besoins ? - Toujours - Parfois - Rarement - Jamais	Connaître le ressenti sur la fréquence et la place de la collaboration
		8) Pensez-vous que cette collaboration soit essentielle au bon déroulement de la scolarisation de l'enfant ? - Oui - Non	
		11) Au cours de votre exercice, avez-vous déjà participez à des	

	Comment la mise en œuvre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut-il influencer cette inclusion ? Dans quelles mesures et proportion est-il utilisé ?	ESS ? - Oui - Non	Connaître les modalités de participation et les raisons pour lesquelles un ergothérapeute est amené à prendre part à ces PPS.
		12) Si oui, cela se fait-il (plusieurs réponses possibles) - de manière automatique (procédure courante dans votre l'établissement) - en fonction des caractéristiques de l'enfant - sous demande/ invitation des parents - Autre, précisez :	
Hors revue de littérature : questions techniques	*Existe-t-il des obstacles à l'inclusion des enfants autistes en milieu ordinaire ?*	13) Au regard de votre expérience, quelles sont pour vous la ou les difficulté(s) liée(s) à l'inclusion d'un enfant avec autisme en milieu ordinaire ?	Question rédactionnelle visant à obtenir des réponses plus subjectives et personnelles quant aux difficultés que les ergothérapeutes perçoivent dans le bon déroulement de la scolarisation des enfants avec autisme

		14) Souhaitez-vous recevoir d'autres enquêtes ultérieurement ? - Oui - Non	Envisager la prochaine enquête et obtenir un maximum de public.
		15) Un mot/remarque pour la fin ?	Eviter tout oubli, permettre d'obtenir des informations complémentaires.

Annexe 5 : Questionnaire enquête exploratoire

Bonjour,
Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie. Dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche, j'oriente ma thématique sur l'inclusion scolaire des enfants avec autisme en milieu ordinaire (classe ordinaire ou CLIS/ ULIS) du primaire au collège. Mes recherches interrogent aussi la collaboration et le partenariat entre les ergothérapeutes et les enseignants. Ce questionnaire est anonyme et comprend des questions subjectives. C'est pourquoi il est impératif de n'avoir qu'un seul enquêté par questionnaire. Afin d'obtenir un maximum de données, vous pouvez transmettre ce questionnaire à d'autres personnes intéressées. N'hésitez pas à faire des remarques ! Merci d'avance.

Concernant votre pratique :

1) Actuellement, combien d'enfants avec autisme accompagnez-vous ?

2) Actuellement, combien d'enfants avec autisme accompagnez vous en **école ordinaire**?

3) Sur une échelle de 0 à 5 (0 étant le chiffre le plus bas), où situeriez-vous l'importance de la scolarisation d'un enfant en situation de handicap dans vos interventions en tant qu'ergothérapeute ?

0 1 2 3 4 5

4) Au cours de vos accompagnements pour la scolarisation, utilisez-vous des méthodes d'intervention particulières ? Si oui, laquelle/ lesquelles ?
- TEACCH
- ABA
- PECS
- Intégration sensorielle
- Autre(s), précisez :

5) Dans quel(s) lieu(x) effectuez-vous vos interventions avec ces jeunes ?
- Ecole

- Domicile de l'enfant
- Cabinet (libéral)
- Salle d'ergothérapie de votre établissement
- Autre(s), précisez :

Concernant la collaboration entre ergothérapeutes et enseignants :

6) Au cours de vos accompagnements, êtes-vous en relation avec les enseignants ? :
- Toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais

7) Cette fréquence vous semble t-elle appropriée aux besoins ?
- Toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais

8) Pensez-vous que cette collaboration soit importante dans le déroulement de la scolarisation de l'enfant ?
- Oui
- Non

Concernant la formation des enseignants :

9) Au cours de votre pratique avec ces enfants, avez-vous été amenés à informer/ former les enseignants sur les particularités de l'autisme ?
- Oui
- Non

10) Ce transfert de connaissances a t-il lieu :
- Toujours
- Parfois

- Rarement
- Jamais

Le Projet Personnalisé de Scolarisation ou PPS définit les modalités de scolarisation d'un enfant en situation de handicap et les actions et aménagements à mettre en place.
Ce contrat se réalise par le biais d'une Equipe de Suivi de Scolarisation ou ESS

11) Au cours de votre exercice, avez-vous déjà participez à des ESS ?

- Oui
- Non

12) Si oui, cela se fait-il (plusieurs réponses possibles) :

- de manière automatique (procédure courante dans votre l'établissement)
- en fonction des caractéristiques de l'enfant
- sous demande/ invitation des parents
- autre, précisez :

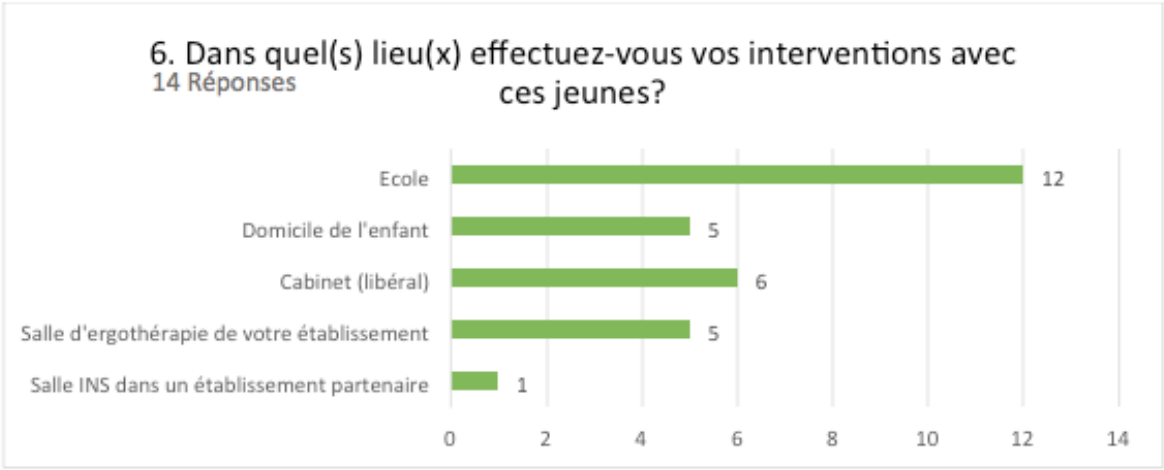
13) Au regard de votre expérience, quelles sont pour vous la ou les difficulté(s) liée(s) à l'inclusion d'un enfant avec autisme en milieu ordinaire ?

14) Souhaitez-vous recevoir d'autres enquêtes ultérieurement ?

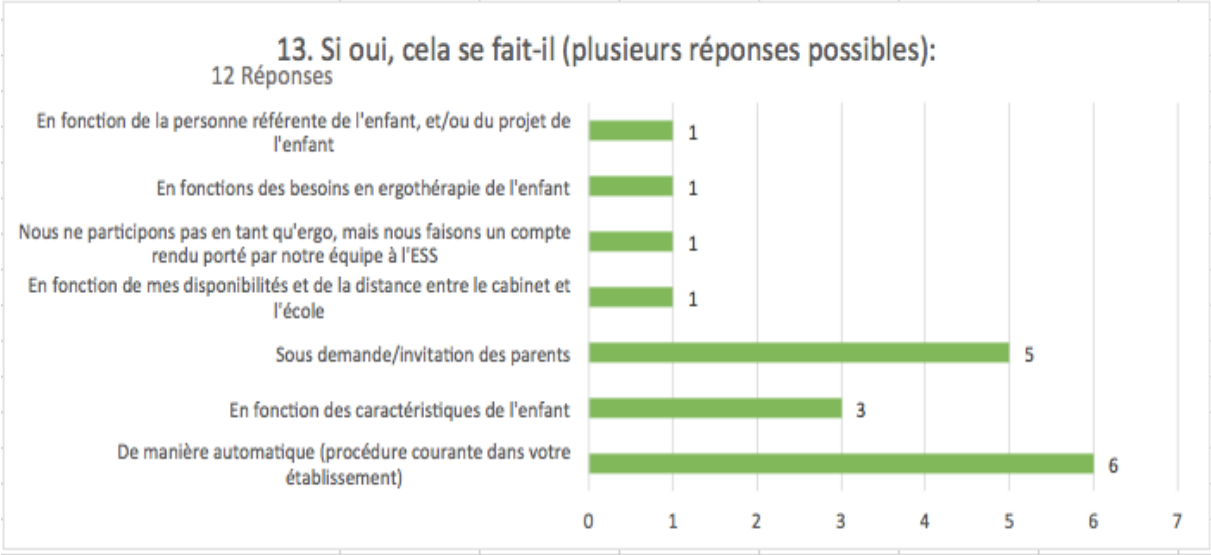
- Oui
- Non

15) Un mot/remarque pour la fin ?

Annexe 6 : Schémas résultats enquête exploratoire



Répartition des lieux d'intervention des ergothérapeutes enquêtés.



Répartition des ergothérapeutes selon leur procédure de participation aux ESS.

Annexe 7 : Matrice conceptuelle du partenariat

Variable : **Partenariat.** (*Moreau A-C, Robertson A, Ruel J*).	Indicateurs	Sous-indicateurs	Indices
	Un cadre réglementaire clair par la présence de règles : **CADRE ORGANISATIONNEL**	Organisation temporelle et spatiale : réunions, lieu déterminé Communication	L'enseignant et l'ergothérapeute s'organisent afin d'échanger et de suivre l'évolution de l'enfant dans sa scolarisation (mise en place d'un planning par exemple).
	Un cadre relationnel plaisant : **INTERACTIONS**	Rapport d'égalité Consensus/ Négociation Désaccord constructif	La relation entre enseignant et ergothérapeute n'est pas asymétrique : les décisions sont partagées et discutées de manière respectueuse et constructive.
	Le partage des connaissances, des rôles, des responsabilités et de l'expertise : **PARTAGE/** ESPACE COMMUN	Partage des connaissances et de l'expertise Compréhension du rôle rôle de chacun et de ses compétences Evolution de la pratique et réinjection des savoirs Délégation / Partage des territoires professionnels	L'enseignant et l'ergothérapeute comprennent le rôle du partenaire. L'enseignant va pouvoir proposer des aides techniques et techniques adaptées // L'ergothérapeute va pouvoir adapter ses objectifs en fonctions des apprentissages et des objectifs pédagogiques.
	Présence d'objectif(s) précis et compréhensible(s) de tous : **CONNAISSANCES**	Reconnaissance de l'expertise et des ressources de chacun	L'enseignant et l'ergothérapeute comprennent les objectifs du partenaire. L'enseignant comprend l'intérêt des adaptations proposées // L'ergothérapeute comprend les stratégies d'apprentissage.
	Une définition précise des	But commun	L'enseignant comprend les difficultés mais aussi les capacités de l'élève // L'ergothérapeute comprend les difficultés de

	résultats attendus : **OJECTIF COMMUN**	Cohésion Convergence	l'enfant dans son environnement scolaire (écologique) La scolarité de l'enfant avec un TSA est adaptée en fonction de ses besoins et des objectifs pédagogiques (action collective)
	Un degré d'explicitation du fonctionnement de ce partenariat (contrat) : **INTERDEPENDANCE**	Interactions et échanges Richesse réciproque	L'enseignant et l'ergothérapeute communiquent et échangent au quotidien : soutien. L 'enseignant et l'ergothérapeute ont acquis de nouveaux savoirs, rôles et compétences.

Annexe 8 : Matrice de questionnement enquête expérimentale

Variable : **Partenariat**	Indicateurs	Sous-indicateurs	Indices	Questions	Modalités de réponse : Oui/Non
	Cadre organisationnel	Organisation temporelle et spatiale	Réunions	Vous avez mis en place des temps d'échanges de type réunions ?	
			Mise en place d'un planning	Vous avez fixé un planning commun avec des objectifs temporellement définis ?	
		Communication	Moyens divers de communication	Vous êtes resté en contact par différents moyens de communication (téléphone, mail, etc) ?	
			Traces écrites : suivi de l'évolution.	Vous avez mis en place un système de trace écrite (fiche de suivi, etc) ?	
	Interactions	Rapport d'égalité	Choix commun (décision partagée)	Vous avez effectué des choix en commun concernant la scolarité de l'enfant ?	
		Désaccord constructif	Respect	Vous avez modifié vos pratiques en fonction de l'autre ?	
		Consensus/ Négociation	Consensus	Vous avez apprécié l'intérêt d'adapter la scolarité en fonctions des besoins spécifiques d'un enfant avec un TSA ?	
			Négociation	Vous avez informé l'ergothérapeute de vos stratégies pédagogiques et de vos attentes en terme d'apprentissage ?	
	Partage	-Compréhension du rôle rôle de chacun et de ses compétences -Partage des connaissances et de l'expertise	Echanges réciproques sur le rôle de chacun (connaissances, compétences)	Vous avez compris le rôle (connaissances, compétences) de l'ergothérapeute dans la scolarisation et pour l'enfant ?	
				Vous avez informé l'ergothérapeute sur votre rôle (connaissances, compétences) au sein de la classe et pour l'enfant ?	
		-Evolution de la pratique et réinjection des savoirs -Délégation / Partage des	Partage des pratiques, assimilation et réinjection	Vous avez pu proposer des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant ?	
				Vous avez pu adapter votre intervention commune en fonction des apprentissages et des objectifs pédagogiques ?	

		territoires professionnels		
	Connaissances	Reconnaissance de l'expertise et des ressources de chacun	Connaissances réciproques	Vous avez compris les objectifs de l'ergothérapeute ?
				Vous avez informé l'ergothérapeute sur vos objectifs pédagogiques ?
			Reconnaissance	Vous avez compris l'intérêt des adaptations et des stratégies apportées par l'ergothérapeute (adaptations de l'environnement, mise en place de routine, etc) ?
				Vous avez informé l'ergothérapeute sur l'importance de l'acquisition de certains apprentissages au regard des programmes ?
	Objectif commun	But commun Cohésion Convergence	Cohésion	Vous avez compris les difficultés mais aussi les capacités de l'élève ?
				Vous avez informé l'ergothérapeute des difficultés que rencontre l'enfant en classe et pendant les temps récréatifs ?
			But commun	Vous avez fixé un objectif commun ?
			Action collective	Vous avez offert une scolarité adaptée à l'enfant en fonctions de ses spécificités (capacités/difficultés) et des objectifs pédagogiques ?
	Interdépendance	Interactions et échanges Richesse réciproque	Nouveaux rôles	Vous avez mis en place par vous-même des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant (emploi du temps, etc) ?
			Nouveaux savoirs	Vous avez échangé et acquis des connaissances supplémentaires sur les TSA ?
				Vous savez comment adapter par vous-même, la scolarité quand l'élève est en difficulté ?
			Soutien	Vous voyez l'ergothérapeute comme une personne ressource ?

<u>Evaluation du partenariat</u> : *Questionnaire*.

- Comment votre travail avec l'ergothérapeute s'est-il organisé ?

Items	Indicateurs
Vous avez mis en place des temps d'échanges de type réunions.	*Cadre organisationnel*
Vous avez fixé un planning commun avec des objectifs temporellement définis.	*Cadre organisationnel*
Vous êtes resté en contact par différents moyens de communication (téléphone, mail, etc).	*Cadre organisationnel*
Vous avez mis en place un système de trace écrite (fiche de suivi, etc).	*Cadre organisationnel*
Vous avez effectué des choix en commun concernant la scolarité de l'enfant.	*Interactions*
Vous avez modifié vos pratiques en fonction de l'autre.	*Interactions*
Vous avez apprécié l'intérêt d'adapter la scolarité en fonction des besoins spécifiques d'un enfant avec un TSA.	*Interactions*
Vous avez informé l'ergothérapeute de vos stratégies pédagogiques et de vos attentes en terme d'apprentissage.	*Interactions*

- Vos échanges et temps de travail avec l'ergothérapeute vous ont permis :

Items	Indicateurs
De comprendre les difficultés mais aussi les capacités de l'élève.	*Objectif commun*
D'informer l'ergothérapeute des difficultés que rencontre l'enfant en classe et pendant les temps récréatifs.	*Objectif commun*
De comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la scolarisation et pour l'enfant (connaissances, compétences).	*Partage*
D'informer l'ergothérapeute de votre rôle au sein de la classe et pour l'enfant (connaissances, compétences).	*Partage*

De comprendre les objectifs de l'ergothérapeute.	*Connaissances*
D'informer l'ergothérapeute sur vos objectifs pédagogiques.	*Connaissances*
De comprendre l'intérêt des adaptations et des stratégies apportées par l'ergothérapeute (aménagement/structuration de l'environnement, mise en place de routine, etc).	*Connaissances*
D'informer l'ergothérapeute sur l'importance de l'acquisition de certains apprentissage au regard des programmes.	*Connaissances*
De vous fixer un objectif commun.	*Objectif commun*
D'offrir une scolarité adaptée à l'enfant en fonctions de ses spécificités (capacités/difficultés) et des objectifs pédagogiques.	*Objectif commun*
De pouvoir proposer des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant.	*Partage*
De pouvoir adapter votre intervention commune en fonction des apprentissages et des objectifs pédagogiques ?	*Partage*
De mettre en place par vous-même des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant (emploi du temps adapté, etc).	*Interdépendance*
De pouvoir échanger et acquérir des connaissances supplémentaires sur les TSA.	*Interdépendance*
De savoir comment adapter, par vous-même, la scolarité quand l'élève est en difficulté.	*Interdépendance*
De voir l'ergothérapeute comme une personne ressource.	*Interdépendance*

Annexe 9 : Questionnaire enquête expérimentale

Bonjour. Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire, j'oriente ma thématique de recherche sur le partenariat ergothérapeute/ enseignant et son influence dans l'inclusion scolaire des enfants avec un Trouble du Spectre Autistique (TSA). Ce questionnaire de 15 minutes est adressé à tous les enseignants du milieu ***ordinaire (classe ordinaire ou ULIS)*** *exerçant au* ***primaire*** *ou au* ***collège*** *et accueillant ou ayant accueilli un enfant présentant un* ***TSA****. Il est anonyme et comprend des questions subjectives. C'est pourquoi il est impératif de n'avoir qu'un seul enquêté par questionnaire. Afin d'obtenir un maximum de données, vous pouvez transmettre ce questionnaire à d'autres personnes concernées et intéressées.*

En répondant à ce questionnaire vous acceptez que ces données soient exploitées, à titre anonyme, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Je vous remercie pour vos réponses.

Au cours de votre expérience :

1) Combien d'enfant(s) présentant un Trouble du Spectre Autistique avez-vous accueilli(s) dans vos classes ?

2) Dans le cadre de sa/leur scolarisation, avez-vous déjà été en lien avec un ergothérapeute ?

Si non, passez à la partie « sentiment d'efficacité personnelle ».

Si oui, veuillez cochez les cases suivantes qui correspondent :

<u>Partenariat :</u>

3) Comment votre travail avec l'ergothérapeute s'est-il organisé ?

	Oui	Non
Vous avez mis en place des temps d'échanges de type réunions.		
Vous avez fixé un planning commun avec des objectifs temporellement définis.		
Vous êtes resté en contact par différents moyens de communication (téléphone, mail, etc).		

Vous avez mis en place un système de trace écrite (fiche de suivi, etc).		
Vous avez effectué des choix en commun concernant la scolarité de l'enfant.		
Vous avez modifié vos pratiques en fonction de l'autre.		
Vous avez apprécié l'intérêt d'adapter la scolarité en fonction des besoins spécifiques d'un enfant avec un TSA.		
Vous avez informé l'ergothérapeute de vos stratégies pédagogiques et de vos attentes en terme d'apprentissage.		

4) Vos échanges et temps de travail avec l'ergothérapeute vous ont permis :

	Oui	Non
De comprendre les difficultés mais aussi les capacités de l'élève.		
D'informer l'ergothérapeute des difficultés que rencontre l'enfant en classe et pendant les temps récréatifs.		
De comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la scolarisation et pour l'enfant.		
D'informer l'ergothérapeute de votre rôle au sein de la classe et pour l'enfant.		
De comprendre les objectifs de l'ergothérapeute.		
D'informer l'ergothérapeute sur vos objectifs pédagogiques.		
De comprendre l'intérêt des adaptations et des stratégies apportées par l'ergothérapeute (aménagement/structuration de l'environnement, mise en place de routine, etc).		
D'informer l'ergothérapeute sur l'importance de l'acquisition de certains apprentissage au regard des programmes.		
De vous fixer un objectif commun.		

D'offrir une scolarité adaptée à l'enfant en fonctions de ses spécificités (capacités/difficultés) et des objectifs pédagogiques.		
De pouvoir proposer des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant.		
De pouvoir adapter votre intervention commune en fonction des apprentissages et des objectifs pédagogiques ?		
De mettre en place par vous-même des aides techniques et des adaptations répondant aux besoins de l'enfant (emploi du temps adapté, etc).		
De pouvoir échanger et acquérir des connaissances supplémentaires sur les TSA.		
De savoir comment adapter, par vous- même, la scolarité quand l'élève est en difficulté.		
De voir l'ergothérapeute comme une personne ressource en cas de difficultés.		

5) Combien de temps a duré ce partenariat ?

Sentiment d'efficacité personnelle (51) :

Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leur capacité à atteindre des buts ou à faire face à des situations particulières. Ce sentiment d'auto-efficacité est mesuré grâce à une échelle validée.

6) En lien avec les élèves présentant un TSA, votre expérience vis à vis de cette inclusion, vos échanges avec les autres professionnels (ergothérapeute s'il y'a lieu) et les familles, cochez le chiffre qui vous décrit le mieux (51).

1 = Pas du tout vrai, **2** = A peine vrai, **3** = Moyennement vrai, **4** = Totalement vrai

	1	2	3	4
1) J'arrive toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie vraiment.				
2) Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon d'obtenir ce que je veux.				

3) C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et de les accomplir.				
4) J'ai confiance dans le fait que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.				
5) Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.				
6) Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.				
7) Je peux rester calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés car je peux me fier à mes compétences pour faire face aux problèmes.				
8) Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.				
9) Si je suis «coincé(e)», je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.				
10) Peu importe ce qui arrive, je suis généralement capable d'y faire face.				

Echelle Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem (51)

7) Etes-vous un enseignant de classe ULIS ou ordinaire ?

8) Etes-vous un enseignant du primaire ou du collège ?

9) Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ?

10) Avez-vous déjà été formé de manière spécifique au TSA ?

11) Si oui, de combien d'heure de formation avez-vous bénéficié ?

Annexe 10 : Tableau récapitulatif résultats enquête expérimentale

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
P1	1	NON				1-1-2-2-2-2-1-2-2-2	Ordi	Primaire	20	NON	
2	1	NON				2-2-2-2-2-2-2-2-2-2	Ordi	Primaire	24	NON	
3	4	NON				3-1-3-3-3-3-3-3-3-3	Ordi	Collège	14	NON	
4	1	NON				2-2-2-2-2-2-3-3-1-2	Ordi	Primaire	18	NON	
5	1	NON				3-3-2-2-3-3-3-3-3-3	Ordi	Primaire	16	NON	
6	2	NON				3-3-3-3-3-3-3-3-4-4	ULIS	Primaire	2	NON	
7	4	NON				4-2-3-3-4-4-4-3-4-4	Ordi	Collège	35	OUI	1H
8	3	NON				3-3-4-2-4-2-3-4-4-2	Ordi	Primaire	30	NON	
9	4	NON				2-3-1-1-1-2-2-2-2-2	Ordi	Primaire	19	NON	
10	1	NON				3-3-3-2-2-3-3-3-3-2	Ordi	Primaire	19	OUI	Spé + CAMSP
11	2	NON				1-2-2-3-3-2-2-3-3-2	Ordi	Primaire	8	NON	
12	2	NON				4-3-1-4-4-4-3-3-3-4	ULIS	Primaire	4	OUI	12H

13	1	NON				3-3-3-3-3-3-3-4-4-4	Ordi	Primaire	21	NON	
14	1	NON				4-3-4-4-4-4-4-3-4-4	ULIS	Collège	7	OUI	4H
15	2	OUI	1-0-1-0-0-1-1-1	1-1-1-0-1-0-1-0-0-0-1-1-1-1-0-0	1 an	3-2-3-3-4-4-4-3-4-4	ULIS	Collège	18	OUI	Master psycho
16	1	NON				2-1-3-2-4-3-3-3-2-3	ULIS	Collège	4	NON	
17	1	NON				3-3-2-1-2-3-3-3-3-2	ULIS	Collège	4	NON	
18	13	NON				4-3-4-4-3-3-4-3-4-3	ULIS	Collège	1	NON	
19	4	OUI	1-0-1-0-1-1-1-1	1-1-1-0-1-1-1-1-1-1-1-1-0-1-1-1	3 ans	3-2-2-2-3-3-4-2-3-3	Ordi	Primaire	8	NON	
20	3	OUI	1-1-1-0-0-1-1-1	1-1-1-1-0-1-0-1-0-1-1-1-1-0-1-0	5 ans	4-3-4-4-4-4-4-4-4-4	ULIS	Primaire/ Collège	17	OUI	20H
21	3	NON				2-3-2-3-4-3-2-3-4-4	ULIS	Primaire	8	OUI	6H
22	5	NON				3-3-3-3-3-3-3-3-3-3	ULIS	Collège	10	NON	
23	5	NON				3-3-3-3-3-3-3-2-4-3-3	ULIS	Primaire	6	OUI	12H

24	2	NON				3-3-3-4-4-3-3-3-3-3	ULIS	Primaire	12	OUI	6H
25	3	NON				3-1-2-2-3-3-3-2-2-2	Ordi	Primaire	24	NON	
26	10	NON				2-2-2-2-2-2-3-1-2-2	Ordi/ ULIS	Primaire/ Collège	34	NON	
27	17	OUI	1-0-1-1-1-0-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-0-0-0-0	2 ans	3-3-3-3-3-2-3-2-3-3	ULIS	Primaire	10	OUI	10H
28	5	NON				3-2-3-3-2-3-2-2-2-2	Ordi	Primaire	27	OUI	6H
29	12	OUI	1-1-1-1-1-1-1-1	1-1-1-0-1-1-1-1-1-1-1-1-1-0	4 ans	2-2-3-3-3-3-3-2-3-2	ULIS	Collège	7	OUI	180H
30	30	NON				2-2-2-3-3-2-3-2-2-2	Ordi	Primaire	19	NON	
31	3	NON				3-3-3-3-3-3-3-3-3-3	Ordi	Collège	17	NON	
32	2	OUI	1-0-1-0-1-1-1-1	1-1-1-0-1-1-1-1-1-1-0-1-0	2 ans	2-2-3-3-4-3-4-3-3-3	ULIS	Primaire	9	NON	
33	24	NON				4-3-4-4-4-4-4-4-4-4	ULIS	Primaire	15	OUI	80H

34	3	OUI	1-0-1-0-0-1-1-0	1-1-1-0-1-0-1-0-0-1-1-0-1-1-0-0	1 an	2-2-1-2-3-2-3-2-2-2	Ordi	Primaire	25	OUI	3H
35	2	NON				3-2-2-2-2-2-3-3-3-3	Ordi	Primaire	21	NON	
36	1	NON				4-3-4-3-4-4-3-3-3-3	Ordi	Collège	20	NON	
37	2	OUI	1-0-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1-0-0-1-1-0-1-1-1-0	4 ans	3-3-2-3-3-3-3-3-3-3	Ordi	Collège	15	NON	
38	1	NON				3-3-3-2-2-3-3-2-3	Ordi	Primaire	27	OUI	6H
39	2	OUI	1-0-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-0	2 ans	4-4-4-4-4-4-4-4-4-4	Ordi	Primaire	15	NON	
40	7	OUI	1-0-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-0-1-0	1 an	3-3-3-3-3-3-3-3-3-3	ULIS	Primaire	15	OUI	1 an
41	2	NON				2-2-2-2-2-2-2-2-2-2	Ordi	Primaire	5	NON	
42	3	NON				3-3-3-3-3-2-3-4-4-3	Ordi	Primaire	17	NON	

43	50	NON				3-3-3-4-4-3-4-4-4-3	ULIS	Primaire	10	OUI	40H

Annexe 11 : Tableau score partenariat/ SEP.

Variables	Partenariat (Q3+Q4)	SEP (Q6)
P1	0	17
P2	0	20
P3	0	28
P4	0	21
P5	0	28
P6	0	32
P7	0	35
P8	0	31
P9	0	18
P10	0	27
P11	0	23
P12	0	33
P13	0	33
P14	0	38
P15	15	34
P16	0	26
P17	0	25
P18	0	35
P19	20	27
P20	17	39
P21	0	30
P22	0	30
P23	0	30
P24	0	32
P25	0	23
P26	0	20
P27	19	28
P28	0	24
P29	23	26
P30	0	23

P31	0	30
P32	20	30
P33	0	39
P34	14	21
P35	0	25
P36	0	34
P37	20	29
P38	0	26
P39	23	40
P40	21	30
P41	0	20
P42	0	31
P43	0	35

Résumé

Introduction : Le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP) de l'enseignant est directement lié à la qualité de son accompagnement auprès de ses élèves. Les défis de l'inclusion scolaire des enfants avec un Trouble du Spectre Autistique impactent donc le SEP des enseignants. Dans ce travail, nous avons cherché à comprendre comment le partenariat entre ergothérapeute et enseignant peut influencer le SEP des enseignants face aux spécificités de ces élèves. Matériel et méthode : Pour cela, nous nous sommes appuyé sur l'étude d'une méthode « *expérimentale invoquée* » effectuée auprès de 43 enseignants. Résultats : L'analyse statistique des résultats semble montrer que le partenariat favorise, dans le cadre de la population étudiée, le SEP des enseignants. Toutefois, il est important de prendre en compte le caractère peu représentatif et généralisable de ces résultats. Conclusion : Cette étude nous amène à encourager la mise en place d'un partenariat entre ces deux professionnels pour répondre de manière plus efficiente aux besoins de ces enfants.

Mots-clés : Enseignant - Ergothérapeute - Sentiment d'Efficacité Personnelle - Troubles du Spectre Autistique – Inclusion scolaire.

Abstract

Introduction: Teacher's Self-Efficacy (SE) is directly related to the quality of his or her school support. The inclusion of students with Autism Spectrum Disorder in mainstream schools is a challenge which will impact the teacher's SE. Throughout this file, we try to understand how the partnership between occupational therapist and teacher can increase teachers' SE. Material and method: To achieve this, we used a study about an "invoked experimental" method with 43 teachers. Results: Statistical analysis of the results seems to show that the partnership improves the teachers' SE, in this study context. However, it is important to notice that this study result can't be taken as representative and generalizable of all teachers. Conclusion: This study leads us to support the implementation of a partnership between these two professionals to address a more effective response to the specific needs of these children.

Keywords: Teacher- Occupational Therapist – Self-efficacy - Autistic Spectrum Disorders – School inclusion.