



Institut de Formation

en

Ergothérapie

- TOULOUSE -

**Un accompagnement favorisant le parcours des enfants
présentant des Troubles Neurodéveloppementaux : l'influence
d'une collaboration interprofessionnelle**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de l'obtention
du Diplôme d'État d'Ergothérapeute

Directrice de mémoire : Barbara JOANNOT

Valentine HERNANDEZ

Juin 2021

Promotion 2018-2021

Engagement et autorisation

Je soussignée Valentine HERNANDEZ, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche professionnelle et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses **droits de propriété intellectuelle**, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son **autorisation**.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à **Toulouse**,

Le **10/05/2021**

Signature du candidat : Valentine HERNANDEZ

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the end, positioned in the bottom right corner of the page.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire Barbara JOANNOT, pour son investissement, ses conseils, son soutien et le temps qu'elle m'a consacré tout au long de ce travail.

Je remercie également les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour leur disponibilité, leur soutien durant ces trois années et leur contribution au développement de mon identité professionnelle. Ainsi que ma promotion qui a été solidaire et avec qui nous avons partagé de bons moments.

Je remercie les professionnels qui ont pris le temps de répondre à ma pré-enquête ainsi qu'à mes entretiens et qui ont permis d'étayer ma réflexion.

Enfin, je remercie mes parents pour leur soutien sans faille ainsi que ma sœur pour ses nombreuses relectures.

Sommaire

Introduction	1
1. Contexte	2
1.1. Situation d'appel	2
1.2. Le pôle de la guidance infantile	2
1.2.1. Définition et historique.....	2
1.2.2. Les guidances infantiles en France	4
1.3. Les troubles neurodéveloppementaux	6
1.3.1. Généralités	6
1.3.2. Épidémiologie.....	7
2. Cadre théorique	8
2.1. Les compétences	8
2.1.1. Le concept	8
2.1.2. De la compétence professionnelle à l'identité professionnelle	11
2.1.3. Une approche de la compétence par le Modèle de l'Occupation Humaine.....	12
2.1.4. Les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes ayant des Troubles Neurodéveloppementaux.....	14
2.2. La collaboration	17
2.2.1. Définition et leviers de la collaboration	17
2.2.2. Modèle de collaboration : le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles.....	19
3. Méthode de recherche	21
3.1. Pré-enquête	21
3.2. L'entretien	21
3.2.1. L'échantillon interrogé.....	21
3.2.2. La matrice d'entretien	22
3.3. Analyse des données et discussion	23
3.3.1. Analyse des entretiens.....	23
3.3.2. Discussion.....	26
Conclusion	31
Bibliographie	33
Annexes	37

Glossaire

TND : Trouble du neurodéveloppement

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ARS : Agence Régionale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAPPA : Coordination et Appui des Parcours Précoces en Autisme

CRA : Centre Ressource Autisme

HDJ : Hôpital de Jour

DSM V: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5

CIM-11 : Classification Internationale des maladies (11^e version)

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile

Introduction

Le parcours des enfants présentant des Troubles Neurodéveloppementaux est complexe. Fin 2018, le gouvernement a voté l'instauration d'un forfait intervention précoce pour les enfants de moins de 7 ans. En effet, une intervention précoce améliorerait le parcours de santé de ces enfants. La stratégie Autisme-TND a 5 engagements, dont « d'intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le sur-handicap » (Secrétaire d'État Chargé des Personnes Handicapées, 2018). Ce forfait d'intervention précoce prévoit alors : un parcours de soins avant diagnostic, le financement des interventions en ergothérapie, psychomotricité et psychologie.

Il existe des structures spécialisées dans la prise en charge précoce de ces troubles comme la guidance infantile. Celle-ci assure le diagnostic, le soin et la prévention en santé mentale infanto-juvénile. Elle a plusieurs dispositifs répartis selon l'âge, la nature et l'intensité des difficultés afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant. (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées psychiques, 2020)

Ces enfants ont besoin d'une prise en soin pluridisciplinaire dont la guidance infantile est dotée. Cependant, à ma connaissance et suite à mes recherches, il n'y a pas d'ergothérapeutes au sein de cette structure.

Étant donnée la spécificité de ces troubles, je me suis questionnée sur l'influence de la collaboration dans l'accompagnement de l'enfant. L'objectif de cette étude est de déterminer les éléments favorables à la collaboration auprès des enfants avec troubles du neurodéveloppement.

Ce travail porte sur l'accompagnement des enfants présentant des Troubles du Neurodéveloppement.

Nous allons dans un premier temps, exposer le contexte qui a fait émerger plusieurs questionnements de départ. Dans un second temps, nous développerons nos concepts clés de la partie théorique : les compétences et la collaboration qui ont permis d'aboutir à notre question de recherche. À la suite de notre partie conceptuelle, nous présenterons la méthode de recherche choisie. Enfin, à l'aide de l'analyse des entretiens passés auprès de professionnels travaillant avec des enfants ayant des Troubles du Neurodéveloppement, et au travers de la discussion nous donnerons les résultats obtenus.

1. Contexte

1.1. Situation d'appel

Je me suis intéressée aux Troubles Neurodéveloppementaux et plus précisément aux Troubles du Spectre de l'Autisme durant mon second stage en début de deuxième année.

J'ai eu l'occasion de travailler avec cette population dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). De plus, j'ai pu approfondir mes connaissances quant à la sensorialité et l'autisme ayant réalisé des recherches sur ces deux notions.

Cela m'a amené à un questionnement sur la place de l'ergothérapeute avec cette population. Je me suis intéressée au parcours de ces patients et c'est ainsi que j'ai découvert les guidances infantiles. Celles-ci n'accueillent pas seulement des personnes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme. En effet, nous pouvons retrouver des personnes atteintes de différents Troubles du Neurodéveloppement. Alors, j'ai eu envie d'élargir ma population à tous ces troubles et découvrir l'accompagnement spécifique dans une guidance infantile. Je me suis aussi demandé quelles étaient les compétences nécessaires auprès de ces troubles spécifiques.

1.2. Le pôle de la guidance infantile

1.2.1. Définition et historique

Pierre Juillet, psychiatre, définit dans le dictionnaire de psychiatrie, la guidance infantile comme « l'ensemble des actions qui permettent d'aider les enfants en difficultés d'ordre affectif et social, notamment avec leur entourage immédiat, ainsi que leurs familles » (Juillet, 2000).

C'est une structure de soins qui fonctionne sur le modèle de la consultation médicale. Elle a pour objectif de venir en aide aux enfants souffrant de troubles affectifs et aussi à leur entourage.

Ce concept est d'origine américaine et appliqué en France depuis la Seconde Guerre mondiale. Il a pour objectif d'accompagner l'enfant sur le plan médical, rééducatif, psychologique et/ou social par une équipe interdisciplinaire, en fonction de la situation et de son évolution. L'éventualité d'un éloignement avec la famille ne doit être envisagée qu'en dernière analyse. La guidance infantile est en contact avec différents organismes tels que les centres de Protection Maternelle et Infantile, les services judiciaires et éducatifs. Elle se pratique dans les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les organismes de soins pédopsychiatriques. (Thomas, 2017).

Depuis l'après-guerre, les modifications affectant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent ont été importantes. Parmi ces professionnels, le pédopsychiatre a été amené à définir son rôle, son utilité et sa légitimité face à la psychiatrie générale. L'approche de l'enfant « se faisait à travers les questions médicolégales et la question de l'inadaptation sociale. Plusieurs voix exprimaient le fait de changer l'abord de l'enfant et d'améliorer certains schémas de lectures dominantes. » (Coffin, 2010). C'est-à-dire de ne pas se fixer seulement sur les symptômes, mais aussi d'observer l'enfant dans sa globalité.

La question qui se posait à l'époque, était de savoir si l'enfant était digne de l'analyse psychiatrique. En effet, une des questions posée était de définir ou de redéfinir les champs d'action de la psychiatrie. Des débats internes ont alors eu lieu entre différents psychiatres tels que Foucault, Le Guillant, Henri Ey, etc.

Le Guillant a fait remarquer, que l'intervention médicale était assez limitée sur quelques catégories telles que le développement interne de l'enfant, de ses adaptations au sein du milieu scolaire ou encore de l'impact des liens affectifs au sein de sa famille et la construction de son propre développement psychique, du fait de peu de connaissances à ces propos.

Celui-ci constatait que, si les enfants « irréguliers » inquiétaient, ils n'étaient pas pour autant sujets à des observations. C'est-à-dire qu'au niveau médical il n'y avait pas plus de réflexions sur les raisons de l'état de l'enfant. Il suggérait aussi que certaines consultations étaient « gagnées par la routine et que la majorité de ses collègues exprimaient une sorte d'indifférence face à l'enfant ». Il était pourtant convaincu d'un « immense champ d'étude et d'intervention ». (Coffin, 2010).

Pour lui, le psychiatre doit rester l'acteur principal parce que l'aspect médical reste présent. Et, pour que le psychiatre réalise que son regard est insuffisant, il va alors avoir besoin de connaître les autres métiers qui ont également vocation à intervenir dans le domaine de la jeunesse. De plus, Le Guillant plaidait pour que l'opposition entre l'éducatif et le thérapeutique cesse, bien qu'il soit opposé à tout mélanger ou à tout confondre. Il précisait, par exemple, que « la pédagogie n'est pas une psychothérapie. » (Coffin, 2010).

Il est intéressant d'observer que pour ce psychiatre, il était important d'avoir une vision pluridisciplinaire de l'enfant et d'impliquer le pédagogique tout en ne le confondant pas avec le médical. Ces pensées datent des années 50, ce psychiatre s'appuyait sur des textes d'avant-guerre. Ces propos ont construit les valeurs inculquées à leurs métiers et leurs fonctions.

À la fin des années 50, la création du centre de guidance infantile du XIII^{ème} arrondissement est une nouvelle tentative de continuer sur la voie de l'innovation et de

l'originalité. Dans cette perspective, les discussions autour cette structure vont nous permettre de saisir les débats à partir de la mise en place de certaines pratiques de prises en charge.

Les débats lors d'un *symposium* (congrès de spécialistes sur un sujet scientifique) organisé dans le cadre des activités liées au congrès mondial de psychiatrie qui s'est tenu à Paris en 1950, ont permis d'identifier quelques valeurs générales qui permettraient, dans les prises en charge de l'enfant, de donner la guidance infantile comme structure la plus pertinente.

L'accent est mis sur l'étendue du champ d'action des centres et a impliqué la création d'équipes pluridisciplinaires. À partir de ce moment-là, les rencontres entre le travail social et l'approche médicale sont vivement encouragées. Dans la mesure où le centre de guidance est une plateforme en relation directe avec les lieux fréquentés par les enfants, il faut des compétences variées, même si le médecin reste l'acteur central des prises en soins.

« Les centres de guidance sont le produit d'un certain pragmatisme et témoignent de la volonté de créer des structures aussi adaptées que possible pour faire face à des comportements juvéniles : problèmes scolaires, troubles de l'attention et des attitudes, retard mental léger, etc. » (Thomas, 2017). Elles sont la preuve qu'un réel intérêt est porté sur la prise en soin particulière de ces enfants et du besoin d'une équipe spécialisée pour ces troubles.

Ce dispositif, initialement développé en Amérique, a pu s'étendre à plusieurs pays tels que la France grâce à des congrès comme celui de Paris en 1950, ou encore en Grande-Bretagne, alors même que le pays était considéré, en Europe, comme étant celui où les centres de guidance infantile étaient les plus aboutis, les débats ne sont pas clos quant aux identités professionnelles de chacun.

1.2.2. Les guidances infantiles en France

Il existe plusieurs centres en France, notre étude s'est portée sur dix de celles-ci. Nous avons élaboré un questionnaire à destination des professionnels de ces différentes guidances infantiles afin de déterminer quels sont leurs points communs, mais aussi leurs différences au niveau du fonctionnement administratif, de l'équipe pluridisciplinaire, de leurs dispositifs...

La première à laquelle nous nous sommes intéressés dépend d'une association à but non lucratif. Celle-ci gère un secteur de pédopsychiatrie de sa région qui a des missions sociales et sanitaires. Elle dépend de l'Agence Régionale de Santé (ARS) au niveau des dotations et de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les recommandations de bonnes pratiques. Les salariés ne sont pas fonctionnaires, mais gardent des missions envers le système public.

Les équipes au sein du pôle de guidance infantile sont pluridisciplinaires et sont composées de psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, infirmiers et assistants sociaux. Ces professionnels assurent le diagnostic, le soin et la prévention en santé mentale infanto-juvénile sur une zone géographique déterminée.

Elle dispose de différents dispositifs correspondant à une gradation de soins.

Tout d'abord le Centre Médico-Psychologique (CMP), accueillant des enfants et adolescents avec un dispositif d'Action Éducative à Domicile intégré. Ils disposent aussi d'un CMP petite enfance qui accueille des enfants de 0 à 3 ans.

La guidance possède un Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : c'est une unité de soins en ambulatoire qui est indiquée pour des enfants ou des adolescents pour lesquels l'insertion sociale, scolaire ou familiale est fragile et nécessite d'être soutenue par un dispositif de soin. Les enfants et adolescents sont accueillis plusieurs séquences par semaine (2 à 3 séquences de 2h). Les CATTP sont différenciés par groupe d'âge.

Elle bénéficie aussi d'hôpitaux de jour (HDJ) qui sont des unités de soin de jour accueillant des enfants et adolescents présentant des difficultés psychiques qui empêchent le développement de leurs capacités d'autonomie, de vie sociale et d'apprentissage.

Enfin, elle est pourvue d'une Coordination et Appui des Parcours Précoces en Autisme (CAPPA) qui est un dispositif associé au Centre Ressource Autisme (CRA), permettant l'accompagnement vers le soin et la coordination des prises en charge pour les enfants de moins de 4 ans, dont le diagnostic d'autisme est récent.

Nous avons malheureusement eu peu de réponses à notre questionnaire de pré-enquête. (*Annexe I*). Nous avons pu récolter cinq retours différents. (*Annexe II*). Sur ceux-ci, quatre venaient d'un même centre. Les réponses étaient de différents professionnels : deux psychomotriciens, un éducateur spécialisé, un infirmier, et une psychologue. Certains travaillent en centre de guidance infantile depuis un à trois ans et d'autres depuis dix ans.

Comme le premier centre auquel nous nous étions intéressés, il existe un autre centre en France à notre connaissance, qui dépend d'une association, pour lequel j'ai pu obtenir une réponse.

En général, ces centres disposent des mêmes dispositifs : centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, unité de périnatalité et une équipe mobile pour les adolescents.

La population accueillie en majorité souffre de phobie scolaire, troubles des apprentissages, troubles de l'attachement, troubles psychotiques, troubles de la personnalité et Troubles du Spectre de l'Autisme.

Au cours de mes recherches, j'ai pu développer mes connaissances sur cette structure. Celle-ci possède différents dispositifs correspondant à une gradation de soins selon l'enfant, la pathologie et l'âge. Ces centres s'intéressent à différentes populations infanto-juvéniles dont les enfants avec Troubles Neurodéveloppementaux.

1.3. Les Troubles Neurodéveloppementaux

1.3.1. Généralités

La Haute Autorité de Santé, s'appuyant sur les dernières classifications médicales (le DSM-5 et la CIM-11), définit les Troubles Neurodéveloppementaux (ou TND) comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement et qui entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales » (HAS & Société française de néonatalogie, 2020).

En effet, les TND englobent plusieurs troubles : le DSM-5 propose une catégorisation de ces troubles en différents groupes, chacun recouvrant plusieurs symptômes.

Tout d'abord, les troubles du développement intellectuel avec un retard mental qui peut être léger à sévère. Les troubles de la communication ou trouble développemental de la parole et du langage qui limitent la personne dans sa communication verbale et non verbale. Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) se manifestent par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des anomalies comportementales, en particulier une réticence au changement et une tendance à la répétition de comportements ou de discours. (INSERM).

Puis, les Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA) sont regroupés sous le nom de troubles « **dys** », il s'agit de troubles durables, sévères avec des répercussions sur la scolarité et leur vie quotidienne des enfants.

Ces troubles peuvent perturber l'apprentissage du langage ralentir le rythme de lecture, d'écriture de l'enfant, ce sont des éléments diagnostics de la **dyslexie** et/ou de la **dysorthographe**. La **dyscalculie** va se manifester de différentes manières telles que des difficultés à classer des éléments, à retenir des chaînes numériques verbales.

Enfin, il existe aussi le trouble « du dire et comprendre ce qui est dit » : c'est la **dysphasie**. Elle se manifeste par d'importantes difficultés à s'exprimer, mais la compréhension peut être aussi touchée.

Enfin, les troubles spécifiques des apprentissages avec déficit en lecture ou avec déficit du calcul sont fréquemment associés à des **Troubles Développementaux de la Coordination** (TDC) : l'enfant aura des difficultés pour réaliser des coordinations motrices. Celles-ci vont

s'extérioriser par une maladresse et une lenteur. Ils peuvent aussi être associés à des déficits de l'attention appelés **Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)** qui est un trouble neurodéveloppemental touchant l'attention, les fonctions exécutives, et parfois la régulation émotionnelle. Ce trouble a 3 caractéristiques : le déficit d'attention, l'impulsivité et/ou l'hyperactivité.

Ces troubles sont difficiles à diagnostiquer, mais pourtant bien présents en France.

1.3.2. Épidémiologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 5% le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant un trouble du neurodéveloppement dans la population mondiale. (Joëlle, 2020)

En France, 5% de la population vit avec un TND, ce qui équivaut à 35 000 naissances par an (Haute Autorité de Santé, 2020). De plus, dans près de 40% des cas, un enfant concerné par un trouble spécifique des apprentissages, avec déficit en lecture ou avec déficit du calcul, est fréquemment associé à des troubles développementaux de la coordination ou à des déficits de l'attention. Ces enfants ont donc besoin d'un suivi afin de pallier leurs troubles et de les compenser dans la vie quotidienne. En effet, du fait de leurs difficultés de diagnostic, certains enfants peuvent réussir à les compenser jusqu'à un certain temps et d'autres être retardés immédiatement.

Il existe plusieurs facteurs de hauts risques de TND : tout d'abord la grande prématurité, c'est-à-dire une naissance inférieure à 32 semaines d'aménorrhées, les enfants nés avant les 37 semaines d'aménorrhées, mais aussi une encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique ayant une indication d'hypothermie thérapeutique, un accident vasculaire cérébral (AVC) artériel périnatal, les anomalies de la croissance cérébrale, les antécédents familiaux de TND sévères...

Face à ces facteurs de risques et le nombre d'enfants touchés par ces troubles, la Haute Autorité de Santé a publié le 17 mars 2020 des recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage et l'orientation des enfants à risque de présenter des troubles neurodéveloppementaux.

Les deux grands piliers de ces recommandations sont :

- Harmoniser le repérage et l'orientation des enfants de 0 à 7 ans présentant des TND et constituant une population à risque ;
- Optimiser le parcours de cette population ainsi que de son entourage, du repérage des signes d'alerte jusqu'à une intervention précoce avec ou sans l'action d'une équipe afin

de poser un diagnostic. (Agence nationale pour les enfants intellectuellement précoces, 2020)

Les TND doivent être repérés précocement pour être pris en charge le plus tôt possible. Ces Troubles du Neurodéveloppement, dont l'autisme, se manifestent souvent très tôt : durant la période du développement de l'enfant entre la naissance et trois ans. Ils sont, la plupart du temps, repérables avant que l'enfant n'entre à l'école. « Leur détection précoce permet de mettre en place, le plus tôt possible, un accompagnement adapté pour pallier les troubles du comportement et des apprentissages et limiter le sur-handicap. » (ARS, 2020)

Tous ces enfants peuvent être accompagnés après dépistage auprès d'un médecin qui va ensuite orienter l'enfant pour une prise en charge précoce auprès d'une équipe spécialisée. L'enfant va alors être évalué par les professionnels qualifiés afin de déterminer quels seront les objectifs de leur intervention.

Ces prises en soins peuvent se réaliser auprès d'équipes mobiles comme l'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'éviter la rupture de soins. L'enfant peut être aussi adressé vers un professionnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste psychomotricien...) et/ou un psychologue formé au neurodéveloppement pédiatrique.

Il existe aussi, comme nous l'avons vu précédemment, les pôles de guidance infantile vers lesquels le diagnostic précoce et l'orientation dans leur dispositif peuvent être réalisés.

Cette population a donc besoin de compétences spécifiques afin d'établir des objectifs personnalisés à chacun.

2. Cadre théorique

2.1. Les compétences

2.1.1. Le concept

Selon Foulquié, philosophe français, le mot compétence vient du terme latin « competens », participe présent de « competere » : aller (petere), avec (cum), ce qui signifie : convenir, être adapté à ... (Foulquié, 1991). Cela veut dire que nos compétences s'adaptent au fur et à mesure que nous évoluons.

Le terme de « compétences » est complexe à définir, de nombreux auteurs ne sont pas en accord sur sa définition. Nous avons choisi la définition de la plateforme EPALÉ (plateforme électronique pour l'éducation et la formation des adultes en Europe) étant donné que celle-ci résume les définitions des différents auteurs.

Sa définition est « La compétence est la formalisation d'une dynamique complexe, d'un ensemble structuré de savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-faire social, savoir-agir, savoirs sociaux et culturels, savoirs expérientiels), mobilisés de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est la résultante socialement reconnue de l'interaction entre l'individu et l'environnement. Autrement dit la compétence est un savoir en action reconnu. » (Ardouin, 2017).

La plateforme EPALE en synthétisant les définitions des auteurs, a conclu que la compétence comporterait six caractéristiques.

Tout d'abord, elle serait étroitement liée avec l'activité : s'il n'y a pas d'activité, il n'y a pas de compétences à avoir. Nous ne pouvons pas évaluer quelque chose que l'on ne « voit pas ». Selon Leplat, « La compétence est le système de connaissances qui permettra d'engendrer des activités répondant aux exigences des tâches d'une certaine classe [...] Elles sont finalisées et se caractérisent par la mise en œuvre de connaissances en vue de la réalisation d'un but. » (Leplat, 1991). Ce serait alors, dans les actions engendrées, que nous pourrions évaluer ces compétences.

Les compétences sont à mettre en relation avec les situations de travail et les types d'organisation. Elles sont dépendantes de l'environnement, le cadre de travail va avoir un rôle sur celles-ci. Selon Jacques Curie, « invoquer la compétence ou les compétences comme causes de ce qui « fait la différence », c'est, dans le processus d'inférence, élire une causalité interne stable » (Curie 1998). Pour lui, il y a des causes externes stables (difficulté de la tâche, caractéristiques de l'outil), des causes externes instables (hasard, chance), des causes internes stables (capacités, compétences) et des causes internes instables (effort, motivation). Elles sont alors dépendantes de plusieurs facteurs et peuvent évoluer en fonction de ces déterminants. Elles ne dépendent pas seulement d'un élément, c'est l'environnement dans sa globalité et ses interactions qui vont déterminer les compétences.

De plus, la compétence est composée d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique. Selon Schwartz, elle est induite par six ingrédients : les savoirs conceptualisés et formalisés, la mise en savoir expérientielle, la mise en place des savoirs conceptuels et des mises en savoir issus de l'expérience, la capacité à investir des mises en patrimoine liées à une communauté de valeurs entre le milieu et l'individu, le sentiment d'appartenance à un milieu de travail et enfin la capacité à travailler ensemble (compétences collectives) (Schwartz, 1997). Celles-ci évoluent donc avec l'être de la personne, mais aussi avec l'agir de la personne, c'est-à-dire sa participation, son rendement et ses habiletés et enfin son devenir : sa capacité à s'adapter.

C'est en effet, le fait d'agir qui va permettre aux compétences de la personne d'évoluer dans son environnement.

La compétence est reconnue, légitimée socialement. Être compétent dans quelque chose implique que ce soit reconnu dans une situation que cela soit « socialement acceptable » (Jonnaert, 2002). L'environnement social de la personne va identifier les compétences de la personne. Celles-ci sont donc identifiées par la personne elle-même, mais aussi par son environnement social.

Puis, la compétence est apprise et s'inscrit dans un processus identitaire. Être compétent, cela s'apprend. Nous devenons compétents par l'apport de la théorie, de la pratique et des expérimentations. Comme dit précédemment, pour être compétent, il faut prendre en compte le contexte, l'environnement. Nous ne pouvons être compétents seuls. La compétence est aussi un élément responsable de la construction identitaire.

Enfin, la compétence est une construction sociale théorique. C'est une notion abstraite et hypothétique. Elle peut être évaluable selon différents critères ce qui veut dire que nous ne pouvons que l'observer. (Schwartz, 1997)

Les compétences ont donc plusieurs définitions selon différents auteurs comme Schwartz, Jonnaert, Curie, Leplat qui n'ont pas encore trouvé de consensus. (Leplat, 1991 ; Schwartz, 1997 ; Curie, 1998 ; Jonnaert, 2002). Elle serait le résultat d'une interaction entre la personne et son environnement.

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence aurait donc six caractéristiques. Celles-ci nous démontrent que les compétences jouent un rôle important pour la personne, mais ne dépendent pas seulement de celle-ci : elle n'existe que si elle est reconnue socialement dans un contexte.

Elle va dépendre de l'environnement et des occupations de la personne.

Les occupations sont définies par le groupe ENOTHE (European Network of Occupation Therapy) comme « un groupe d'activités culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, CCTE, 2013).

Kielhofner dans son modèle de l'occupation humaine définit les compétences « occupationnelles » comme le degré selon lequel une personne soutient une routine de comportements productifs et satisfaisants, en accord avec son identité

occupationnelle. (Kielhofner, 2002). Les compétences seraient alors étroitement liées à l'identité de la personne.

2.1.2. De la compétence professionnelle à l'identité professionnelle

Pour commencer, nous cherchons à préciser le sens du terme « identité ». Sa base latine permet de clarifier son sens. La racine du mot « identité » est « idem » signifiant « le même ». (Fray, Picouveau, 2010).

Partant de cela, l'identité peut être définie comme « ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être. »

Selon Dubar, un sociologue français, l'identité est construite autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres. L'identité est à la fois une identité pour soi et pour autrui : l'image que nous nous construisons de soi-même, mais aussi l'image que nous voulons renvoyer aux autres. (Dubar, 2000).

De plus, l'identité professionnelle renvoie alors à une composante de l'identité globale de la personne et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale. (Gohier, 2000). Cela veut dire que la personne développerait son identité sur sa personnalité, mais aussi sur sa personnalité avec autrui.

L'identité soumet trois éléments principaux : le monde vécu au travail avec les relations de travail, les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir.

Elle se définit aussi par la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe. (Fray, Picouveau, 2010).

Lorsque nous sommes amenés à travailler avec d'autres personnes, nous pouvons être influencés par leur pratique s'ils ont plus d'ancienneté dans l'entreprise, plus d'expérience dans le milieu. En travaillant avec d'autres personnes, il faut aussi savoir s'adapter aux personnalités de chacun. C'est aussi en travaillant en équipe que nous allons devoir faire des concessions et forger notre identité professionnelle.

Dubar approuve cette définition en reconnaissant que l'identité professionnelle est le résultat de relations de pouvoir et d'appartenance à des groupes. Il souligne que la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image. (Dubar, 2000). L'être humain se construit à l'aide du regard des autres.

Pour finir, l'identité professionnelle, « occupational identity » en anglais, est un « terme sociologique qui décrit le degré auquel votre image de soi est attachée à votre carrière. Elle peut en révéler beaucoup sur la psychologie humaine et les sciences sociales de travail. » (Ferris, 2017). Cela ne signifie pas qu'une personne, après plusieurs années dans une entreprise, va devenir une tout autre personne, dès lors qu'elle n'est plus dans l'entreprise. Cela signifie seulement que la personne tout au long de sa carrière va créer son identité en rapport avec son activité.

Kielhofner établit le lien entre occupation et identité. Il définit l'identité professionnelle comme « un sens composé de qui l'on est et de ce que l'on souhaite devenir en tant qu'être professionnel, généré à partir de son histoire de participation professionnelle. La volonté, l'accoutumance et l'expérience d'un corps vécu sont intégrées dans l'identité professionnelle. » (Kielhofner, 2008).

Dans son Modèle de l'Occupation Humaine, l'identité professionnelle et la compétence occupationnelle sont interdépendantes et influencent la réussite de l'adaptation occupationnelle (Phealan & Kinsella, 2009).

2.1.3. Une approche de la compétence par le Modèle de l'Occupation Humaine

La compétence occupationnelle est définie par Kielhofner comme représentant « le degré selon lequel une personne soutient une routine de comportements productifs et satisfaisants, en accord avec son identité occupationnelle. La compétence occupationnelle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie pour prendre ses responsabilités et atteindre des standards personnels (rendement), tout en respectant les obligations sociales de ses rôles ». (Kielhofner, 2002)

Les notions de compétences et d'identités occupationnelles sont deux notions principales du Modèle de l'Occupation Humaine. Ce modèle a été élaboré par Gary Kielhofner à la fin des années 80. Il s'agit d'un modèle centré sur l'occupation humaine.

C'est un modèle général en ergothérapie qui propose le plus d'outils dans la pratique clinique : ils vont de l'outil de dépistage à l'outil de problématiques spécifiques au milieu scolaire ou relative au retour au travail. Les outils de ce modèle peuvent être utilisés en relation avec d'autres évaluations ce qui permet d'enrichir le recueil de données. Ce modèle permet de soutenir la pratique des ergothérapeutes en structurant leur discours et leurs observations.

Le MOH peut être décrit en trois grandes parties : l'Être, l'Agir, le Devenir.

L'Être regroupant les composantes de la personne qui vont soutenir la manière d'Agir.

Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir et s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive à s'adapter à ses occupations. L'ensemble est donc en interdépendance continue avec l'environnement, et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences. Ce modèle est donc dynamique et en interaction permanente entre les trois composantes.

Celles-ci vont ensuite être découpées en plusieurs sous-parties :

- L'Être avec la volition, l'habitation et la capacité de performance
- L'Agir avec la participation, la performance et les habiletés
- Le Devenir avec **l'identité occupationnelle** et **la compétence occupationnelle**.

C'est les conséquences de l'Être et de l'Agir qui vont aboutir à ce que la personne souhaite devenir. L'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations génère alors cette **identité occupationnelle** et/ou professionnelle. Cette identité est concrètement reflétée au sein de la **compétence occupationnelle**. Au cours du temps, la participation de la personne à travers ses activités de la vie quotidienne, son travail et ses loisirs va façonner son identité et ses compétences occupationnelles.

L'objectif du Modèle de l'Occupation Humaine est d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain dans l'occupation. Cela permet d'avoir une évolution de la personne dans son Être, son Agir et son Devenir. En effet, ce modèle regroupe la motivation de la personne, ses habiletés ainsi que les contraintes de l'environnement. Dans ce contexte, le résultat de l'intervention en ergothérapie est l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne.

La personne est en perpétuelle interaction avec son environnement. Son Devenir va obligatoirement avoir un lien entre ses propres composantes, mais aussi celles des autres et de son environnement. L'identité professionnelle va alors naître de ses propres compétences et de son interaction avec son entourage professionnel et personnel.

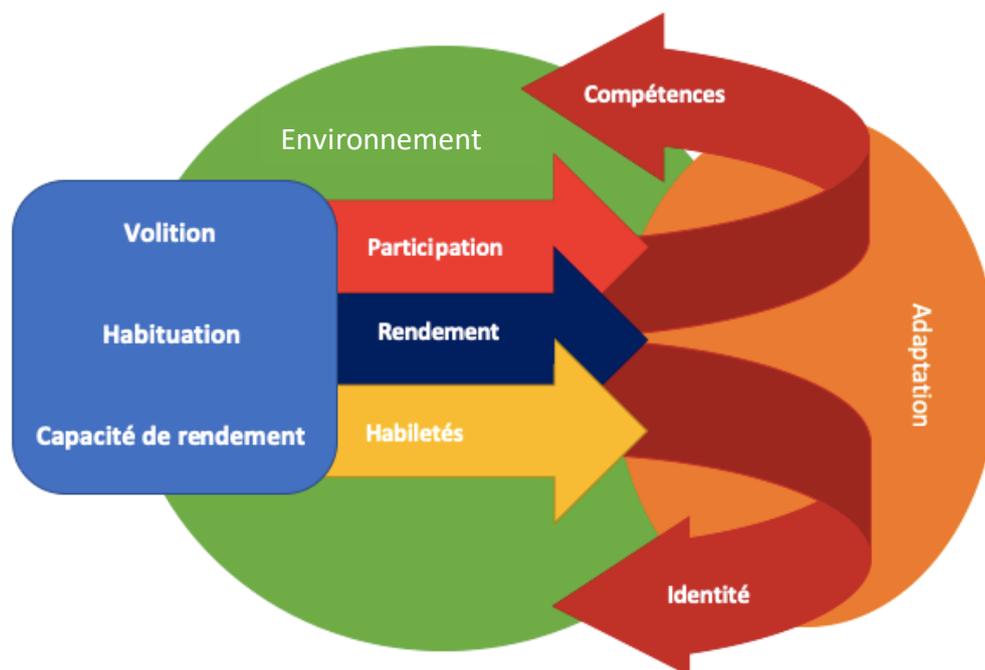


Schéma 1. Le modèle de l'occupation humaine traduit de Kielhofner (2008)

2.1.4. Les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes ayant des Troubles Neurodéveloppementaux

Comme nous l'avons vu dans la partie 1.1.2, les Troubles du Neurodéveloppement apparaissent durant le développement de l'enfant de la naissance à l'entrée à l'école. Cela implique que plus le dépistage est précoce, plus la prise en charge l'est aussi.

En effet, ces troubles sont fréquents et souvent associés. Leur nature et leur niveau de gravité peuvent être aussi variables. Cette prise en charge précoce va permettre de prévenir ou d'atténuer les conséquences sur les activités de la vie quotidienne de l'enfant qu'elles soient fonctionnelles ou parfois psychologiques.

Une fois la démarche diagnostique effectuée, une intervention souvent pluridisciplinaire peut alors être mise en œuvre. Une coordination des différents professionnels est nécessaire : tout d'abord pédagogique quand l'enfant est scolarisé, puis médicale, paramédicale, psychologique, sociales et enfin familiale.

Pour ce faire, le parcours doit être cohérent. Chacun a son champ de compétences, mais si les soins ne sont pas coordonnés alors les interventions ne seront pas optimales.

En vue d'améliorer la coordination des différents acteurs, la commission de l'HAS a proposé en 2013 une organisation du parcours en 3 niveaux de recours de soins :

- Le niveau 1 correspond au médecin de l'enfant, le médecin de santé scolaire ou la Protection Maternelle et Infantile en lien avec les rééducateurs.

- Le niveau 2 est un niveau intermédiaire entre le premier recours et les centres de référence. Ce niveau assure une coordination entre les structures et les différents professionnels, il vient en appui du niveau 1.
- Le niveau 3 est le niveau des centres de référence pour les troubles du langage et des apprentissages mis en place et constitué d'équipes pluridisciplinaires de consultations. Elles assurent des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche. (HAS, 2013).

L'ergothérapeute peut intervenir au niveau 2 et 3.

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. » (ANFE, 2019). C'est pour cela qu'il a toute sa place dans le parcours de ces enfants qui vont avoir des difficultés au niveau de leur activité de la vie quotidienne, mais aussi dans leur scolarité.

De plus, selon son référentiel de compétences : il évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapeutique.

Le diagnostic ergothérapeutique permet de définir les problèmes, les limitations d'activités présentes et potentielles, chez la personne, relatifs à l'état occupationnel. Il identifie les facteurs internes, c'est-à-dire, propre au handicap, mais aussi externes explicatifs comme l'environnement qu'il soit social ou physique. Il répertorie les ressources de la personne sur lesquelles nous allons pouvoir nous appuyer pour la thérapie. (Dubois, 2017)

Pour aboutir à un diagnostic, il existe différentes étapes.

En effet, le recueil de données sera réalisé à l'aide d'entretiens et d'évaluations.

L'évaluation en ergothérapie de l'enfant avec des Troubles Neurodéveloppementaux aura pour but d'objectiver l'atteinte fonctionnelle observée par les parents ou les professionnels, à l'origine des suspicions de TND.

L'ergothérapeute va établir un profil occupationnel de l'enfant en mesurant sa participation. Il va devoir identifier les domaines de compétences et de difficultés en le comparant aux enfants d'âges similaires. Il bénéficie de connaissances sur le développement de l'enfant ainsi que d'outils d'évaluations validés.

Selon le niveau de compréhension de l'enfant, il va pouvoir utiliser ceux-ci comme la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) qui permet de définir des objectifs selon les difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Mais aussi des supports d'entretiens comme le OT'Hope qui est adapté à la population pédiatrique. De plus, l'ergothérapeute a une compétence précise dans l'analyse d'activité qui va lui permettre d'avoir une observation réelle des limitations de l'enfant dans son environnement.

Le deuxième objectif de ces évaluations va être de comprendre les facteurs internes qui sont propres à l'enfant (cognitif, sensoriel, sensori-moteur). Il va pouvoir analyser la performance de l'enfant dans ses occupations à l'aide d'observations dans l'environnement écologique de l'enfant et de bilans normés. Les ergothérapeutes sont habilités pour utiliser des batteries d'évaluations sur les compétences occupationnelles en situations, motrices, sensorielles, cognitives, visuo-perceptives et graphiques.

Le troisième objectif est centré sur les facteurs externes, liés à l'environnement humain et matériel de l'enfant. L'ergothérapeute a une vision holistique des patients. Cette vision globale est due au fait qu'il situe la participation de l'enfant dans un contexte de vie quotidienne.

Enfin, le dernier objectif va être d'établir quelles sont les marges de progressions. Les ressources de l'enfant qui vont permettre de définir avec la famille les préconisations et les priorités d'interventions. (ANFE, 2019).

À la suite de ces évaluations, il y aura l'étape d'enquête qui permettra d'infirmier ou de confirmer les nouvelles hypothèses.

Après toutes ces étapes, le diagnostic va venir synthétiser toutes les données sur l'enfant.

Après le repérage des troubles, l'ergothérapeute va pouvoir intervenir pour réduire les conséquences actuelles et à venir des troubles en optimisant la participation de l'enfant. Cette intervention précoce va permettre de s'appuyer sur la plasticité cérébrale en favorisant l'activité, mais aussi, en accompagnant les proches pour qu'ils acquièrent les compétences pour agir avec l'enfant afin de prévenir le retard de développement et réduire le trouble. L'objectif de l'ergothérapeute est de mettre en place des actions qui perdurent dans sa vie quotidienne. D'où l'importance d'inclure ses proches dans l'intervention.

Pour son intervention, il utilise des techniques de remédiation, de rééducation afin d'améliorer les capacités du patient. L'approche peut être bottom-up (objectif d'acquisition d'habiletés) c'est-à-dire que nous partons des déficiences pour améliorer les activités ou top-

down (objectif d'engagement dans les occupations) où là l'approche est plus centrée sur le patient dans sa globalité.

La spécificité de l'ergothérapie est cette approche centrée sur les occupations. À travers des activités signifiantes pour l'enfant, celui-ci va pouvoir garder un aspect ludique à ses séances, permettant alors de travailler une fonction particulière. De plus, les mises en situation vont pouvoir permettre de cibler et d'améliorer ces fonctions en trouvant des stratégies avec l'enfant, mais aussi son entourage.

En effet, la famille et l'entourage de l'enfant vont être un soutien primordial, cela va permettre un transfert des acquis dans la vie quotidienne de l'enfant. C'est avec ce partenariat que les objectifs vont pouvoir être établis et évoluer.

Ce partenariat va jouer un rôle important pour l'accompagnement de l'enfant. Toutefois, l'ergothérapeute ne travaille pas seul. Il va devoir coopérer en interdisciplinarité afin d'obtenir les visions de chacun, dans le but de collaborer en faveur des enfants avec troubles du neurodéveloppement. (ANFE, 2019)

2.2. La collaboration

2.2.1. Définition et leviers de la collaboration

Le mot « collaboration », du latin *collaborare*, signifie « travailler ensemble ». (Aumais, Laflamme & Venne, 2012). Cette définition étant générique, certains auteurs affirment que la collaboration reste un concept mal défini. (D'Amour et Oandasan, 2005 ; Henneman, 1995).

Ceux-ci évoquent le fait qu'elle implique toujours de multiples personnes et plusieurs groupes de personnes. Selon Warmer, la collaboration suppose que les individus mettent à profit leurs compétences tout en partageant une compréhension commune de l'objectif à atteindre (Warmer, 2003). En effet, chacun va apporter aux autres ses compétences, ses expériences, mais doit prendre en compte chacun afin de collaborer au mieux.

La collaboration interprofessionnelle est définie par le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) comme :

- « Un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent et réfléchissent sur des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté » (D'Amour et Oandasan, 2005)
- « D'un partenariat entre une équipe de professionnels et une personne, ses proches et la communauté, dans une approche participative, de collaboration et de coordination en

vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. » (CPIS, 2010).

Cette dernière définition implique trois composantes : le partenariat (qui ?), l'approche participative (comment ?), et en vue d'un partage des décisions et des actions pour atteindre le même but (pourquoi ?).

En effet, la collaboration ne peut exister s'il n'y a pas un partenariat entre deux parties, si celles-ci ne sont pas aptes à participer et à partager les décisions.

L'objectif commun est un concept qui va être récurrent dans les définitions de la collaboration. C'est celui-ci qui sous-entend une interdépendance entre les équipes. (Harvey, 2000).

Tout d'abord, les leviers favorisant la collaboration vont être des facteurs individuels : tels que les habiletés des personnes à collaborer qui permettra alors de communiquer.

Puis, la volition de collaborer cela signifie que les personnes sont prêtes pour travailler en équipe et volontaires dans cette démarche (Mintzber, 1997).

Ensuite, viendront les facteurs psychosociaux : la confiance et le relationnel permettant un rendement meilleur dans la performance de l'équipe (Kahn, 1996).

Les facteurs organisationnels ont aussi une place prépondérante dans la collaboration. Ceux-ci sont définis par Patel comme « constituée des attitudes, croyances et valeurs partagées par les employés ayant un impact sur leur comportement et leur moral, la culture d'une organisation, selon les mêmes auteurs, influence l'ouverture des canaux de communications, les types d'interactions sociales qui prennent la place entre les gens, la confiance et l'efficacité organisationnelle. (Patel, 2012). Ces auteurs entendent alors dans leur notion de facteurs organisationnels que les différentes parties doivent avoir des facteurs communs afin d'être plus efficaces dans leur collaboration.

Enfin, cette collaboration repose sur la participation active des différents professionnels qui sauront reconnaître le mode de collaboration le plus adéquate selon les besoins de la personne (ici, en l'occurrence les enfants avec TND). La notion de partage a une place importante, elle permet aux différentes parties de connaître leurs visions qui vont guider la prise en soins la plus adaptée. Le fait est, qu'un travail d'équipe est nécessaire à la collaboration.

2.2.2. Modèle de collaboration : le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles

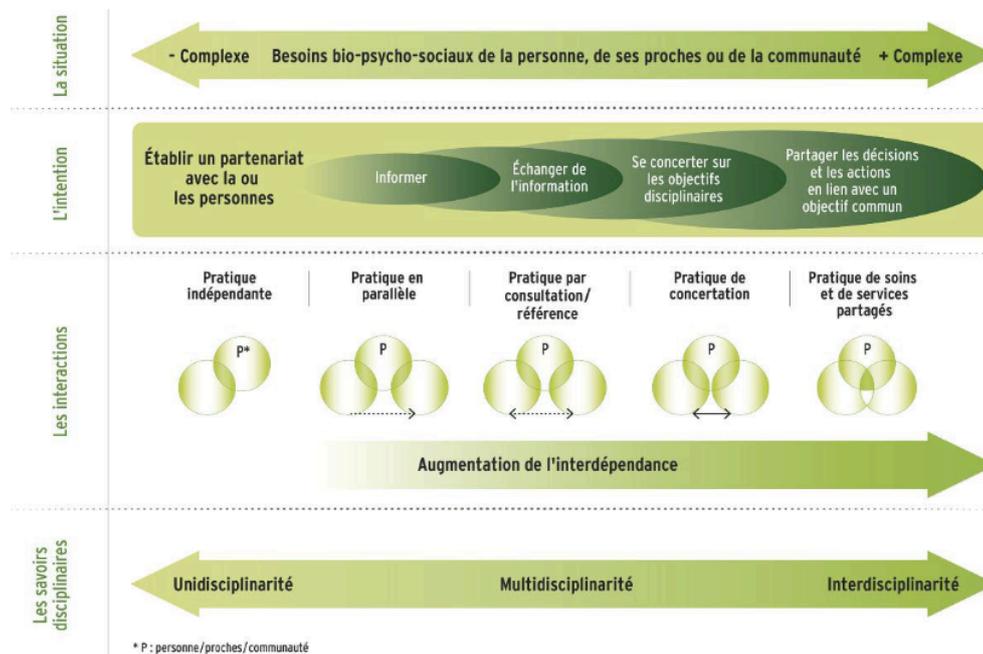


Schéma 2 : Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et service sociaux

Nous avons choisi un modèle de collaboration : le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Il a été élaboré à partir de la définition du modèle conceptuel « la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient ». Il permet alors d'avoir une analyse claire d'une situation de collaboration.

C'est une représentation graphique qui est composée de quatre axes distincts : la situation, l'intention de collaboration, les interactions entre les individus et les savoirs disciplinaires.

Ces quatre axes sont liés entre eux de façon cohérente et logique. Ainsi, le degré de complexité des besoins bio-psycho-sociaux de l'enfant va influencer sur les trois autres axes qui sont l'intention, les interactions et les savoirs disciplinaires. C'est la situation qui va guider l'intention de collaboration : les interactions à privilégier.

Selon la situation de l'enfant, le modèle sera plus ou moins dynamique. La collaboration sera différente selon ses besoins.

Par exemple, si ce n'est qu'un partage d'une information nous serons sur des savoirs unidisciplinaires. Les pratiques seront indépendantes. L'interdépendance va augmenter en fonction du nombre d'acteurs et des actions mises en place par chacun.

Pour avancer sur une situation, ils vont devenir dépendants les uns des autres. Moins la situation est complexe et moins il n'y a de partenariat. La collaboration est plus ou moins importante. Les processus interactionnels de collaborations interprofessionnelles sont divisés en quatre types de collaboration : la pratique en parallèle, la pratique par consultation ou référence, la pratique de concertation et la pratique de soins et de services partagés.

Au fur et à mesure que cette collaboration va être de plus en plus importante, les cercles se rapprochent les uns des autres. Ces cercles représentent la personne, ses proches et les professionnels mobilisés pour répondre à leurs besoins. C'est ce qui va illustrer le degré croissant d'interdépendance.

La collaboration interprofessionnelle est indispensable pour répondre aux besoins de l'enfant.

L'approche en collaboration interprofessionnelle a vu le jour au Canada lors d'entrevues des commissions Romanow et Kirby en 2002. Celles-ci ont permis de sensibiliser les décideurs canadiens à l'importance de la formation des professionnels de la santé. Cette approche se définit comme « un lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décisions, d'interventions et d'apprentissage. Ce processus s'établit dans un environnement dynamique, évolutif et complexe ». (D'Amour, 2005).

Celle-ci a des avantages multiples pour le patient, mais aussi pour les professionnels. Elle permet d'encourager l'esprit d'équipe et ainsi de pouvoir percevoir les rôles respectifs et favoriser la pratique de chacun. La collaboration permet d'avoir une approche bienveillante, en étant bien informé sur le rôle de chacun, cela diminue le risque de conflit. Ce travail en interprofessionnalité permet de renforcer la communication, de faire face aux problèmes qui dépassent les capacités de chacun et de diminuer le stress.

L'interprofessionnalité par définition est « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé » (OMS, 2010).

En finalité, ce travail va permettre de dépasser les conflits, d'élargir sa capacité à partager et à assimiler les informations de chacun. Cela va permettre une meilleure utilisation de l'expertise professionnelle, une plus grande intégration du patient et de ses proches dans l'organisation des soins et un meilleur accompagnement pour l'enfant.

Après la clarification de ces deux concepts mis en corrélation avec nos questionnements de départ, la population étudiée, nous avons pu aboutir à une question de recherche concernant l'accompagnement des enfants présentant des Troubles du Neurodéveloppement.

Question de recherche : Quels sont les déterminants nécessaires pour la collaboration, dans l'approche de la guidance infantile, auprès des enfants présentant des Troubles Neurodéveloppementaux ?

3. Méthode de recherche

Dans cette partie nous allons expliquer la démarche de cette étude jusqu'au choix de la méthode de recherche.

Tout d'abord, la pré-enquête que nous avons réalisée en amont puis les entretiens avec les professionnels choisis, l'analyse de ceux-ci. Enfin, la discussion et les résultats obtenus.

3.1. Pré-enquête

Pour affiner notre recherche, nous avons tout d'abord établi un questionnaire de pré-enquête (*Annexe I*), qui est un outil quantitatif, afin de récolter un nombre important d'informations sur les guidances infantiles de France.

Cela nous a permis d'avoir une vision globale de ce qui se passe sur le terrain ainsi que les différences de fonctionnements entre les différents centres.

Nous avons contacté 10 guidances infantiles afin qu'elles diffusent notre questionnaire auprès de leurs équipes. Ce questionnaire a été envoyé en Décembre et diffusé pendant 2 semaines. Nous avons récolté 5 réponses de 3 guidances infantiles différentes. (*Annexe II*)

Nous avons pu grâce à ce questionnaire, avoir des contacts pour nos entretiens futurs. De plus, nous avons pu avoir un aperçu des représentations de chacun concernant les troubles du neurodéveloppement ce qui nous a aidé à rédiger et affiner nos questions pour les entretiens.

3.2. L'entretien

3.2.1. L'échantillon interrogé

Pour ces entretiens nous avons choisi d'interroger des professionnels travaillant en guidance infantile, mais aussi des professionnels travaillant auprès d'enfants TND.

Parmi ces professionnels nous avons échangé avec une psychologue travaillant dans une guidance infantile afin d'avoir le point de vue d'un professionnel sur le terrain. Nous avons pu avoir ce contact grâce au questionnaire de pré-enquête.

De plus, nous avons choisi d'interroger un ergothérapeute qui travaille avec la population de notre mémoire : les enfants présentant des Troubles du Neurodéveloppement.

Cela nous permettra d'avoir la vision d'un autre professionnel, en l'occurrence, un ergothérapeute qui travaille dans une autre structure que la guidance infantile. Nous pourrons établir un parallèle de ces deux structures et professions. Nous pourrons aussi observer comment les enfants sont accompagnés dans ces différentes structures, avec des approches différentes et ainsi trouver les points de concordances et les points d'écart.

Nous allons être en mesure, à l'aide des entretiens, d'analyser si la collaboration permet un accompagnement adapté auprès des enfants avec Trouble du Neurodéveloppement.

3.2.2. La matrice d'entretien

Pour commencer, nous avons choisi de réaliser un entretien semi-structuré (*Annexe IV*), qui permettra à l'interlocuteur de pouvoir interagir. En effet, cette méthode est plus souple. Les questions seront relativement ouvertes, mais resteront guidées. Selon Tétreault, lors d'un entretien semi-structuré « L'ordre des questions demeure flexible, car il doit suivre le fil du discours de la personne interrogée. » (Tétreault, 2014). Cette méthode permettra alors d'avoir une liberté dans l'échange et de s'adapter aux réponses données par le professionnel.

Ensuite, afin d'établir nos questions nous nous sommes basés sur une matrice d'entretiens (*Annexe III*), permettant de réfléchir aux réponses attendues. Le fait que nos questions soient ouvertes, laisse la liberté à l'interlocuteur d'apporter d'autres éléments tout en étant centré sur ce à quoi nous voulons l'amener.

Enfin, l'analyse des entretiens se fera grâce aux matrices, préalablement construites et aux thèmes et critères qui y sont associés.

Notre problématique portait sur le rôle de la collaboration auprès des enfants avec Trouble du Neurodéveloppement. Cet entretien durera entre 15 et 30 minutes et sera réalisé par visioconférence.

3.3. Analyse des données et discussions

3.3.1. Analyse des entretiens

Les deux entretiens réalisés auprès de la psychologue de la guidance infantile et de l'ergothérapeute exerçant en SESSAD, vont être analysés à l'aide des matrices réalisées sur les compétences et la collaboration.

Les matrices comportent des critères et des indicateurs qui sont issus de théories et de concepts développés dans la première partie de ce mémoire.

Nous commencerons par les critères de la collaboration puis de la compétence.

♣ La collaboration

La matrice de la collaboration comporte 5 critères avec chacun plusieurs indicateurs qui m'ont permis de mettre en valeur les éléments relatifs à ces critères durant les entretiens.

Pour le premier critère de « l'interdisciplinarité », j'ai pu relever ce critère à travers les moyens de communication dans les deux structures. En effet, dans celles-ci il existe des réunions hebdomadaires qui permettent de partager les informations sur les enfants. Ils mentionnent aussi des échanges « non formels », à travers les couloirs. Ils privilégient d'ailleurs tous les deux ces échanges « entre deux portes ». L'organisation du service, dans l'un comme dans l'autre, permettrait de partager les informations quand ils se croisent. Ils placent en deuxième position les mails et les appels.

Le deuxième critère est « les compétences ». **Mme C.** énonce le fait qu'il est nécessaire d'être bien formé pour appréhender les spécificités des troubles. Elle parle aussi « d'être à l'aise » (ligne 32). (*Annexe V*). Pour **Mr R.**, les compétences semblent être abordées lorsque je lui parle des prérequis. (ligne 19) (*Annexe VI*)

Le troisième critère est « les valeurs communes, la culture ». Ce critère a pu être mis en avant dans nos deux entretiens.

En effet, selon **Mme C** avoir la même vision, la même orientation avec ses collègues permet d'être en accord sur l'accompagnement de l'enfant (ligne 145). En ayant la même vision des choses, est un facteur facilitant pour elle et qui permet d'échanger.

Pour **Mr R**, quand on a la même vision des choses on peut travailler plus facilement (ligne 39). Il donne notamment l'exemple des éducateurs, qui partagent et aiment beaucoup la manière

dont il appréhende le travail avec les enfants (ligne 89). Leurs visions de l'accompagnement sont ce qui leurs permet d'avancer sur la même voie auprès de ces enfants.

Le quatrième critère correspond au « relationnel » et à la « confiance » qui rejoignent un peu les valeurs communes. **Mme C.** avait pris l'exemple d'un atelier qu'elle réalise avec une collègue. Pour elle, le fait qu'elles s'entendent bien permet que cet atelier se déroule bien. Elles peuvent être professionnelles, mais prendre plaisir à collaborer durant cet atelier. Elle a aussi parlé de « feeling » qui est pour elle est un facteur facilitant la collaboration (ligne 149-152). Quant à **Mr R.** il évoque la confiance comme un facteur facilitant la collaboration et l'ouverture d'esprit, ainsi que le relationnel qui pour lui est un critère pour une bonne orientation de l'enfant (ligne 48).

Le dernier critère de la collaboration est « la négociation » et « les concessions ». **Mme C.** en parle durant son explication sur les orientations différentes de ses collègues. Finalement, ne pas avoir la même vision amène forcément à des concessions pour le bien-être de l'enfant. Elle le développe aussi lorsqu'elle aborde le fait qu'ils établissent tous leurs propres emplois du temps et qu'ils doivent s'adapter à chacun pour les créneaux auxquels ils voient les enfants (ligne 170).

Mr R aborde ce critère lorsqu'il évoque les facteurs individuels à la collaboration. Sa pratique peut dépasser parfois ses collègues. Ce qui peut, peut-être donner lieu à des négociations. (ligne 53-58).

♣ La compétence

La matrice des compétences comporte 5 critères comme pour la collaboration.

Le premier critère des compétences est le « savoir » ceux-ci l'évoquent lorsque nous les interrogeons sur les prérequis pour l'accompagnement d'un enfant avec Trouble du Neurodéveloppement.

Pour **Mme C.** il faut « être formé pour appréhender les spécificités avec ce type de population » (ligne 30). Pour **Mr R.** il est indispensable de connaître « le fonctionnement de cette population, le courant de pensée, la collaboration ». (ligne 20)

Le deuxième critère concerne « les connaissances ». Ils nous expliquent leur manière de faire, d'exercer auprès des enfants. **Mme C.** nous parle des différents outils dont elle dispose

ainsi que les différents environnements qu'elle n'hésite pas à exploiter afin de s'adapter à chaque enfant, qui pour elle, ont besoin d'un accompagnement personnalisé (ligne 194).

Pour **Mr R.**, ce sont les actions qu'ils engendrent, comment il les met en place auprès des enfants, afin que celles-ci perdurent (ligne 81-84). C'est grâce à leurs connaissances sur la pathologie, sur les différents enfants qu'ils peuvent adapter leur pratique.

Le troisième critère est « l'expérience ». Dans la partie introductive, nous avons pu déterminer leur expérience auprès de la population étudiée.

Mme C. est psychologue depuis peu de temps. Elle exerce dans un CMP depuis 2 ans, c'est son premier poste.

Tandis que **Mr R.** est ergothérapeute depuis 2013. Il a exercé auprès d'enfants avec handicap moteur dans un IEM, ensuite dans un SESSAD spécialisé en handicap moteur. Enfin, dans un SESSAD spécialisé dans les troubles dys où ceux sont des Troubles du Neurodéveloppement qui sont pris en charge.

Ceux-ci m'ont aussi parlé de leurs expériences quand je les ai questionnés sur l'identité professionnelle. En effet, **Mme C.** m'a évoqué ses expériences de stage qui ont influencé sa pratique. Leurs expériences ne se résument donc pas seulement aux postes auxquels ils ont pu exercer, comme **Mr R.** qui a travaillé avec différentes populations. L'expérience peut aussi être en lien avec leurs formations, avec les personnes qu'ils ont pu rencontrer durant celle-ci, que ce soient des patients, des professionnels ou leurs formateurs.

Le quatrième critère est « la volition ». Dans la volition nous pouvons retrouver la participation, la détermination, les habiletés.

Dans l'entretien avec **Mme C.** il semblerait qu'elle l'ait abordé quand elle parlait de « la créativité nécessaire avec ce public-là. » (ligne 190). Celle-ci utilise vraiment tout ce dont elle peut avoir besoin pour avoir une séance individualisée. Elle s'engage dans une pratique, elle n'hésite pas à aller vers le jeu et donc ce qu'elle maîtrise, afin d'apporter quelque chose en plus et de créer une dynamique autour du jeu (ligne 197-198). Elle essaie de personnaliser chaque séance à l'enfant.

Quant à **Mr R.**, celui-ci m'explique toutes les valeurs qu'il engage dans sa pratique. Il affirme donner beaucoup de place à son métier et y associer beaucoup de valeurs (ligne 71-73). Il ajoute avoir besoin des autres pour mettre en place ses actions. Il déclare ne pas être omniscient, mais pas pour autant passif dans sa prise en charge. Il se décrit comme « un guide » dans l'accompagnement de la personne afin de l'aider à trouver ses propres solutions.

Le dernier critère de la compétence est « l'environnement ».

À plusieurs reprises, **Mme C.** me soutient que l'environnement peut être un obstacle ou un facilitateur à sa pratique. En effet, il est une barrière en ce qui concerne son environnement social, mais aussi la communication avec ses collègues, lorsqu'elle prend l'exemple de certains collègues qui « restent cantonner dans leur bureau » (ligne 148).

Celle-ci a plutôt une vision de l'environnement physique comme aidant à sa pratique. Elle utilise tout l'environnement physique pour ses séances. Son bureau, qui est personnel, elle peut donc l'aménager comme elle le souhaite. Elle estime qu'il est favorisant étant donné le matériel et l'espace disponibles.

Concernant **Mr R.**, pour ce qui est de l'environnement social, celui-ci parle de ses collègues qui sont aidants afin d'avoir un accompagnement adapté des enfants, que ce soit les éducateurs, les enseignants. Il dit qu'il ne pourrait pas faire les choses seul (ligne 76). Il évoque aussi les obstacles organisationnels, le fait que le système d'un SESSAD est complexe, les professionnels peuvent se croiser dans les couloirs afin d'avoir les informations sur le moment, les ergothérapeutes étant toujours en déplacement la communication peut être parfois limitée par ce fonctionnement. (ligne 26)

3.3.2. Discussion

Les limites de cette recherche figurent dans l'échantillon restreint qui nous permet d'avoir des résultats limités et donc à une petite échelle. Ces entretiens nous ont permis de ressortir certains éléments de la collaboration.

Afin d'éclaircir notre problématique, il aurait été enrichissant que plusieurs professionnels de la guidance infantile soient interrogés. En effet, nous n'avons la représentation de la collaboration dans cette structure seulement d'une psychologue. Tout comme nous n'avons pu interroger qu'un ergothérapeute, cela aurait été intéressant d'avoir la vision d'un ergothérapeute en libéral par exemple.

La discussion va permettre de mettre en lien la partie théorique, mes questionnements ainsi que l'analyse des entretiens.

Afin d'analyser les entretiens, je me suis basée sur la matrice que j'ai construite à l'aide des recherches bibliographiques.

Pour le premier concept, la collaboration, dans mon cadre théorique je me suis appuyée sur les définitions établies par le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles

en santé et services sociaux. Celles-ci ont permis de retrouver des éléments dans mes entretiens comme « l'interdisciplinarité » ainsi qu'un « partenariat » dans leur pratique. (D'Amour, 2005)

L'interdisciplinarité est la notion qui est le plus revenue, car dans les deux structures l'accompagnement se fait à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire. Cependant, la présence de cette équipe ne donne pas forcément naissance à un partenariat. En effet, la psychologue m'évoque plusieurs fois les professionnels de sa structure qui, ont plus d'expérience, pourtant ils seraient moins ouverts à ce partenariat (ligne 147-148). De plus, les facteurs organisationnels peuvent aussi être des freins à ces partenariats. Par exemple, l'ergothérapeute étant souvent en déplacement, cela est parfois difficile pour communiquer avec ses collègues.

Selon une étude élaborée sur les valeurs en ergothérapie, 62 valeurs sont ressorties dont la collaboration, l'interdisciplinarité, l'engagement et le partenariat. (Désormeaux-Moreaux & Drolet, 2019). Ce sont des notions que nous pouvons apprendre durant la formation. En effet, pendant des unités d'enseignement, mais aussi par le biais des formateurs qui transmettent les informations avec une certaine pédagogie, d'une formation à une autre, les valeurs peuvent différer. En ergothérapie, ils existent certaines valeurs prédominantes. Nous retrouvons cette notion dans l'entretien 2, avec l'ergothérapeute qui l'aborde (ligne 72) : « je pratique vraiment différemment de plein d'autres collègues, de pleins de gens qui ne mettent pas autant de valeurs. »

Je me suis demandée si l'évolution de la formation pouvait influencer la collaboration interprofessionnelle. En effet, de nos jours, les étudiants sont évalués par compétences alors qu'auparavant ils étaient évalués par savoir, savoir-être et savoir-faire.

Est-ce une différence de pédagogie entre les formations antérieures qui peuvent influencer les identités des nouveaux diplômés ? Est-ce que la formation serait un élément clé à la collaboration auprès des enfants TND ?

Pour aboutir à une collaboration, D'Amour mentionne trois composantes : le partenariat, l'approche participative et un partage de décisions et des actions pour atteindre le même but. Si ces trois composantes ne sont pas réunies, la collaboration ne peut exister. (D'Amour, 2005).

Les deux professionnels interrogés ont suggéré cette notion de la collaboration. Selon eux, le relationnel permet d'atteindre les objectifs fixés : pour l'ergothérapeute, s'il n'avait pas ce bon relationnel établi que ce soit avec la famille, les enseignants, il ne pourrait pas mettre en place les outils pour les enfants qu'il accompagne, il n'y aurait donc pas d'évolution possible.

Alors que pour la psychologue, elle affirme que la relation avec sa collègue, lors de l'animation de l'atelier, permet que celui-ci soit plus agréable. Elles travaillent en ayant la même vision des choses, de ce fait, elles progressent en collaboration et cela développe aussi leur volonté de continuer l'atelier.

Selon Mintzber, les personnes qui souhaitent collaborer doivent être « volontaires ». (Mintzber, 1997). Kahn, ajoute que les facteurs psychosociaux, que ce soit la confiance, le relationnel permettant un rendement meilleur dans la performance de l'équipe. (Kahn, 1996). En effet, selon Patel, le fait que ces collègues partagent les mêmes valeurs, cela a un impact sur leurs comportements, leurs morales et cela influence l'ouverture des canaux de communications, les types d'interactions sociales et ainsi l'efficacité organisationnelle. (Patel, 2012).

Nous nous sommes aussi référés à un modèle de collaboration : le continuum de collaboration interprofessionnelle. (Schéma 2). Ce modèle a permis d'étudier quelles relations entre les professionnels étaient essentielles afin d'accompagner au mieux l'enfant. Celui-ci m'a aussi permis de noter que plus il y a de déterminants permettant la collaboration, plus l'approche de l'enfant sera pertinente et efficiente.

Selon ce que les professionnels m'ont rapporté, en ce qui concerne un accompagnement en guidance infantile, la collaboration sera plutôt de l'ordre de pratique parallèle. (Schéma 2). L'interdépendance peut augmenter, mais pour ce qui est de la psychologue, celle-ci va seulement partager quelques informations avec ses collègues et va plutôt travailler en individuel. En effet, d'après son cadre déontologique son principal outil est l'entretien. Est-ce sa pratique qui va influencer son degré de collaboration ? Les psychologues ont plutôt des accompagnements individuels, est-ce que cette méthode de travail peut parfois freiner la collaboration avec leurs collègues, ou est-ce un autre type de collaboration ?

Pour l'ergothérapeute, la collaboration dans sa structure, serait de l'ordre de la pratique de concertation (Schéma 2). Dans son SESSAD, l'ergothérapeute est amené à se déplacer jusqu'aux établissements des enfants. Ils sont en contact permanent avec l'environnement scolaire de ces derniers. Ceci va alors amener les différents professionnels à avoir des objectifs communs aux enseignants pour répondre au mieux aux besoins de l'enfant. De plus, leur intervention étant hebdomadaire, cela aide les professionnels à suivre l'évolution d'une semaine à l'autre et ainsi renforce la collaboration.

Dans mes recherches bibliographiques à propos des compétences, celles-ci étaient citées par de nombreux auteurs tels qu'Ardouin, Leplat, Curie, Joannert ou Schwartz qui n'étaient pas en accord sur leurs définitions.

Tout d'abord, nous retrouvons les critères de la compétence dans les connaissances. Selon Leplat, ce sont ces connaissances qui vont permettre d'engendrer une activité. (Leplat, 1991). D'ailleurs, ces éléments sont mis en exergue dans les deux entretiens. En effet, pour aborder la population des enfants ayant des Troubles du Neurodéveloppement, la psychologue rappelle le fait qu'il faut « une bonne formation » afin de se sentir à l'aise et d'appréhender toutes les difficultés de ces personnes. De même pour l'ergothérapeute qui évoque le fait de maîtriser « le fonctionnement de cette population, le courant de pensée, la collaboration ».

Alors, les compétences vont jouer un rôle pour les professionnels et l'accompagnement de leur patient. Ce critère semble faire partie des déterminants nécessaires à la collaboration. En effet, quand je pose la question aux deux professionnels, des prérequis nécessaires à l'accompagnement de ces enfants, ils me donnent des critères de la compétence. Ceci renforce alors l'hypothèse de mon questionnement de départ, qui était, de déterminer si les compétences étaient nécessaires à la collaboration. Cette notion a été commune aux deux professionnels.

De plus, les compétences sont aussi définies par Kielhofner comme occupationnelles. Il va relier l'identité professionnelle de la personne à ses compétences professionnelles. À la fin des entretiens, j'ai posé la question de l'influence de l'identité professionnelle de chacun sur leur pratique.

Si nous reprenons le Modèle en ergothérapie de l'Occupation Humaine (Schéma 1), nous pouvons analyser que la personne dans son être est composée de trois éléments : la volition, l'habitation et sa capacité de rendement. La volition est un critère que nous avons retrouvé dans la collaboration et qui est aussi un levier de la compétence. (Mintzber, 1997). Elle a été évoquée par les deux professionnels concernant leurs pratiques.

Tout d'abord, la psychologue parle du fait d'utiliser son environnement, sa créativité et tous les outils à sa disposition afin d'adapter au mieux le cadre pour l'enfant. Celle-ci s'engage dans ses séances et exploite les outils mis à sa disposition.

La volition étant une valeur de l'ergothérapie, nous avons pu retrouver cette notion avec l'ergothérapeute, qui lui, dit être engagé dans sa pratique et donner beaucoup de valeurs à sa profession.

Ensuite, nous avons l'agir, composé de : la participation, le rendement et des habiletés. L'agir c'est le moment où la personne par ce qu'elle est, va engendrer son activité. Ils ont conscience chacun, de leur environnement qui peut être facilitateur pour entreprendre leur action. **Mme C.**

évoque son environnement physique avec l'espace, les outils. Alors que l'ergothérapeute lui parle des partenaires qui sont essentiels et vont favoriser l'action qu'il met en place. Nous pouvons observer que chacun favorise plutôt un environnement qu'un autre. Est-ce lié à leur manière d'exercer ?

Quant aux habiletés, celles-ci font partie des compétences, qu'elles soient sociales, motrices ou cognitives.

Enfin, ce sont donc les conséquences de l'Être et de l'Agir qui vont donner le Devenir de la personne qui sont : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle. Quand j'ai pu interroger sur l'identité professionnelle la psychologue, elle a spontanément parlé de son parcours. En effet, elle m'a donné des caractéristiques de sa personnalité qui correspond à l'Être du MOH, puis m'a évoqué son expérience et pense que cette dernière est la somme de sa personnalité et de ses actions, qui se retrouve dans le MOH comme l'Être et l'Agir. Ce sont tous ces éléments qui ont fondé sa pratique.

Pour l'ergothérapeute nous identifions davantage la notion d'engagement dans ces propos qui est un concept important de ce modèle en ergothérapie. Il aborde sa pratique en prenant toujours en compte l'environnement social. Il est conscient que son engagement seul ne peut pas permettre la continuité de son intervention. En effet, il énonce les problèmes d'engagement et de désengagement qui peuvent être présents chez certaines personnes (ligne 38-39).

La personne dans le MOH est en relation complexe et dynamique avec son environnement. Il regroupe la motivation de la personne, ses habiletés et les contraintes de l'environnement. Le résultat de ce modèle est l'adaptation et la participation de cette personne.

Il existe donc plusieurs déterminants favorables à une collaboration interprofessionnelle lorsque nous nous retrouvons dans une équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, d'après notre échantillon, les facteurs de collaboration peuvent différer d'une personne à l'autre.

La représentation de la collaboration par structures, professions, individus est personnelle et peut évoluer en fonction de l'environnement physique et social. De plus, cet environnement peut influencer l'identité professionnelle de chacun et la collaboration entre les différents partenaires.

Conclusion

Dans ce travail nous nous sommes intéressés au parcours complexe qu'est celui des enfants avec Troubles du Neurodéveloppement.

Nous nous sommes questionnés tout d'abord sur ce qu'était la guidance infantile et comment elle était organisée. Puis, si l'interdisciplinarité permettait de faciliter le parcours de l'enfant et si elle suffisait pour atteindre la collaboration. Nous nous sommes ensuite demandé si les compétences de ces professionnels influençaient l'accompagnement de ces enfants. Nous avons voulu aussi élargir aux professionnels de l'ergothérapie, connaître la vision de ceux-ci et les compétences nécessaires à l'accompagnement de ces troubles.

À notre connaissance et suite à nos recherches, nous n'avons trouvé aucune guidance infantile dotée d'un ergothérapeute. C'est ainsi que nous nous sommes interrogés sur la place de l'ergothérapeute auprès de ces enfants.

Ainsi à l'aide de nos entretiens nous avons pu déterminer plusieurs éléments de réponses quant à la possibilité d'une collaboration auprès des enfants avec Troubles du Neurodéveloppement.

Tout au long de la discussion, nous pouvons analyser qu'il est mis en exergue plusieurs déterminants importants.

En effet, pour aboutir à une collaboration il existe certains éléments qui peuvent différer selon les personnes, puisque nous avons pu observer des concordances et discordances entre mes deux entretiens. Néanmoins, nous retenons six déterminants qui ont été abordés par les deux personnes interrogées.

Ceux-ci sont : l'interdisciplinarité, les valeurs, l'expérience, la volition, les compétences professionnelles et l'identité professionnelle.

Quels que soient la structure ou le professionnel, ces déterminants vont favoriser une collaboration pérenne et un accompagnement adapté de l'enfant.

Cette étude a permis de nous questionner sur la place de l'ergothérapeute que ce soit auprès d'un public en particulier, mais aussi dans des structures où il n'a pas de postes. Par ailleurs, nous avons réfléchi sur les déterminants nécessaires à la collaboration, la complémentarité des compétences et l'importance d'un travail d'équipe permettant le bien-être des patients. Cette réflexion a participé à la construction de notre future posture professionnelle.

Notre étude étant portée sur un échantillon restreint, il serait pertinent de poursuivre à plus grande échelle et avec une diversité de professionnels et de structures afin de compter d'autres déterminants favorisant la collaboration.

Ces éléments de réponses nous interrogent sur le fait que cette collaboration puisse être transposable en libéral auprès de ces enfants.

Bibliographie

Articles sans DOI :

Ahn, S., Hwang, S. (2018, septembre 12). Cognitive Rehabilitation of Adaptive Behavior in Children with Neurodevelopmental Disorders : A Meta-Analysis. *Hindawi*.

Bizier, V., Emard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Lauzon, G., & Provencher, H. (2006). Le partenaire. *Volition et motivation en santé mentale*, p. 11-14

Coulet, J.-C. (2011)). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Presses Universitaires de France*, p. 1-30

Delobel-Ayoub, M., Klapouszczak, D., Tronc, C., Sentenac, M., Arnaud, C., & Ego, A. (2019, Juillet 8). La prévalence des TSA continue de croître en France : Données récentes des registres des handicaps de l'enfant. *Bulletin épidémiologique Hebdomadaire*, p. 128-135

Phelan, S., & Kinsella, E. A. (2009, Juillet). Occupational identity : Engaging socio-cultural perspectives. *Journal of Occupational Science*, p. 85-91.

Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cote-Fletcher, R., & Green, J., (2016) Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, p. 2501-2509

Schwartz, Y. (1997). Les ingrédients de la compétence : un exercice nécessaire pour une question insoluble, *Éducation permanente*

Article avec DOI :

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005, Mai). The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks. *Journal Interprof Care*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150/>

Désormeaux-Moreaux, M., & Drolet, M.-J. (2019). Values related to the occupational therapy profession : Identifying them to better define them. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, p 9-17. <https://doi.org/10.1177/0008417418822486>

Drolet, M-J, et Désormeaux-Moreau, M. (2016). The Values of Occupational Therapists: Perceptions of Occupational Therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, p. 272–285. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1082623>

Novak, I., & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities : A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 258-273. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>

Stoodley, C. J. (2015). The Cerebellum and Neurodevelopmental Disorders. *The Cerebellum*, 15(1), 34-37. <https://doi.org/10.1007/s12311-015-0715-3>

Sites internet :

ANFE. Lequinio, J. (2019). L'ergothérapeute : un professionnel clé dans la détection et la prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement chez le jeune enfant (0-7 ans).

ANFE. (2019, 1 février). Définition. Consulté à l'adresse <https://anfe.fr/index.php/definition>

Ardouin, T. (2017, novembre 14). *La compétence : quelques éléments de compréhension*. Récupéré sur European Commission : https://epale.ec.europa.eu/fr/blog/la-competence-quelques-elements-de-comprehension?fbclid=IwAR2aeMpedTxoOpkl-AZKwi1m0DNljvpD4ByiBU1_ZD2wodEH_kuw-yDBs

Dev, D. (2019) TND – Occitadys, Consulté à l'adresse <https://occitadys.fr/troubles-dys>

Thomas, D. (2017, avril 16). *La définition de la Guidance Infantile*. Récupéré sur carnets2psycho : <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-guidance-infantile.html>

Livres, chapitres, rapports, publications gouvernementales :

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5—Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5th ed.).

Aumais, N., Laflamme, S. & Venne, C. (2012). *Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipe*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Centre Ressources Autisme Mydi-Pyrénées. (2019). *Rapport annuel d'activité 2018*. Toulouse

CNNSE. (2013). Parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages (p. 28). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles_des_apprentissages.pdf

Dubois, B. Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Totorà, L., ... Guesné, J. (2017) *Guide du diagnostic en Ergothérapie*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Foulquié, P. (1991). *Dictionnaire de la langue pédagogique*. Paris : Puf.

Haute Autorité de Santé. - Trouble du spectre de l'autisme : Signe d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. (2018, février). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé. (2018). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*.

HAS, & Société française de néonatalogie. (2020). *Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque—Argumentaire scientifique*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_argumentaire_reperage_tnd_mel_v2.pdf

Inserm - La science pour la santé. «Autisme». <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>.

Inserm. (2019, octobre 24). *Troubles spécifiques des apprentissages*. Récupéré sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>

Juillet, P. J. (2000). *Dictionnaire de Psychiatrie*. Paris, France : CILF.

Meyer, S. (2013). *De la participation à l'activité*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M.-C., Brousseau, M., Caire, J.-M., Castelein, P., Doussin-Antzer, A., Ferland, F., . . . Rousseau, J. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Rossini, E., & Tétreault, S. (2020). *L'ergothérapie et l'enfant avec autisme de la naissance à 6 ans*. Paris : De Boeck.

Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées (2018) – Communiqué du 6 avril 2018 à propos de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022
<https://handicap.gouv.fr/archives/ancienne-rub-autism/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/>

Tabaka, J. (2006). *Collaboration Explained : Facilitation Skills for Software Project Leaders*. Upper Saddle River: Addison Wesley.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide de pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Annexes

Table des annexes

Annexe I – Pré-enquête vierge.....	I
Annexe II – Réponses pré-enquête.....	V
Annexe III – Matrice d’entretiens.....	IX
Annexe IV – Questionnaire entretiens vierge.....	XI
Annexe V – Retranscription Entretien E1, psychologue.....	XIV
Annexe VI – Retranscription Entretien E2, ergothérapeute.....	XXI
Annexe VII – Formulaire de consentement 1.....	XXV
Annexe VIII – Formulaire de consentement 2.....	XXVI

Pré-enquête : guidance infantile

Bonjour, je m'appelle Valentine Hernandez et je suis étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je réalise mon mémoire sur la thématique des compétences professionnelles en centre de guidance infantile auprès des enfants avec troubles neurodéveloppementaux.

Ce questionnaire anonyme est destiné aux professionnels exerçant en guidance infantile ou ayant travaillé en guidance infantile.

Cependant, si vous souhaitez me laisser vos coordonnées pour la suite de mes recherches, ceci sera possible à la fin de ma pré-enquête.

Cette pré-enquête ne vous prendra que quelques minutes.

Merci beaucoup de l'intérêt que vous portez à mon projet.

Valentine Hernandez

1. 1. Quelle est votre profession ?

Une seule réponse possible.

- Pédiatre
- Psychiatre
- Psychologue
- Orthophoniste
- Assistant social
- Psychomotricien
- Educateur spécialisé
- Infirmier
- Autre : _____

2. 2. Dans quelle guidance infantile travaillez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Toulouse
- Espalion
- Villefranche-de-Lauragais
- Revel
- Auch
- Agen
- Paris
- Meaux
- Baume les Dames
- Morteau
- Autre : _____

3. 3. Depuis combien de temps travaillez-vous en guidance infantile?

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- 1-3 ans
- 3-5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- + 20 ans

4. 4. a) Votre service est-il rattaché secteur hospitalier ?

5. 4. b) Si non, de quel secteur ?

6. 5. Quels dispositifs possède votre service de guidance infantile ? (CMP, Hôpitaux de jour...)

7. 6. Quel type de public accueillez-vous dans votre service?

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles des apprentissages
- Troubles du spectre de l'autisme
- Troubles de l'attachement
- Troubles psychotiques
- Troubles de la personnalité
- Phobie scolaire

Autre : _____

8. 7. Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires pour une prise en soins auprès des enfants avec troubles neurodéveloppementaux ?

9. Ce questionnaire est anonyme, cependant, si vous acceptez d'être éventuellement recontacté pour un entretien téléphonique, je vous remercie de me laisser vos coordonnées ci dessous

Merci de votre participation !

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe II : Réponses pré-enquête

02/05/2021

Pré-enquête : guidance infantile

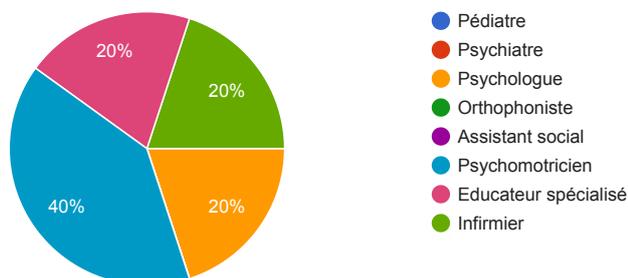
Pré-enquête : guidance infantile

5 réponses

[Publier les données analytiques](#)

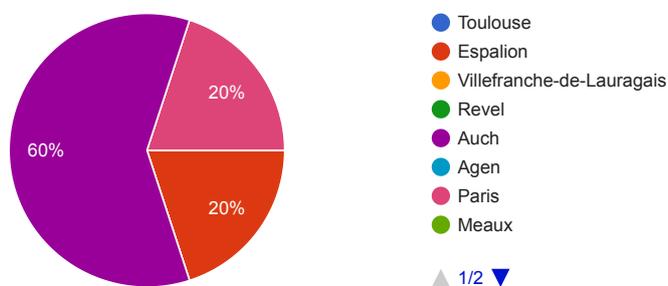
1. Quelle est votre profession ?

5 réponses



2. Dans quelle guidance infantile travaillez-vous ?

5 réponses

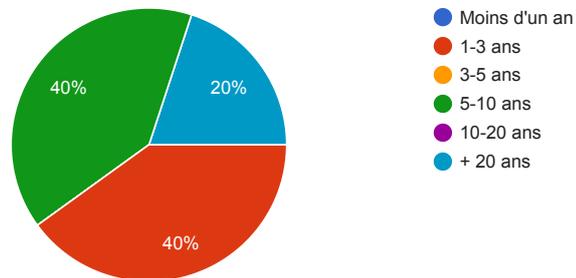


<https://docs.google.com/forms/d/1KARfanBozKWIHqoWbBYhlven-513LSe16QKXxZFNfKE/viewanalytics>

1/4

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en guidance infantile?

5 réponses



4. a) Votre service est-il rattaché secteur hospitalier ?

5 réponses

oui

non

oui , au Centre Hospitalier du Gers

4. b) Si non, de quel secteur ?

Une réponse

association



5. Quels dispositifs possède votre service de guidance infantile ? (CMP, Hôpitaux de jour...)

5 réponses

cmpp

CMP - Hopitaux de jours - Hospitalisation complète - Equipe de périnatalité - equipe mobile adoslescent

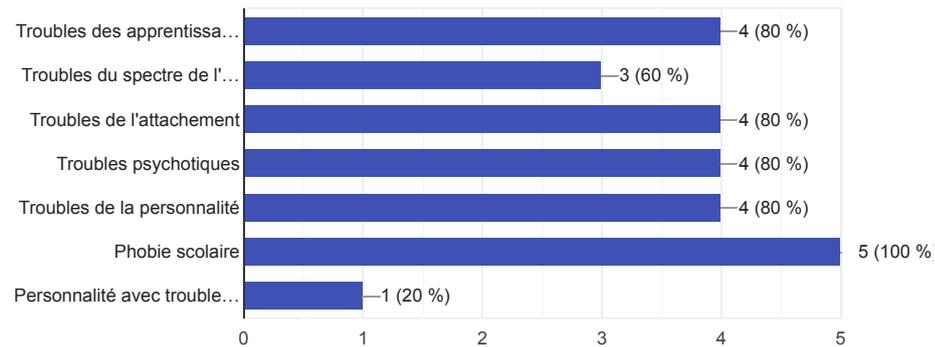
Cmp IJ, HJ enfant et ados, périnatalité, service d'urgence et de liaison, Équipe mobile ado, HC ado,

CMP, Hopitaux de jour Enfants, Adolescents;Unité de Périnatalogie.

CMP

6. Quel type de public accueillez-vous dans votre service?

5 réponses



7. Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires pour une prise en soins auprès des enfants avec troubles neurodéveloppementaux ?

4 réponses

être bien formé

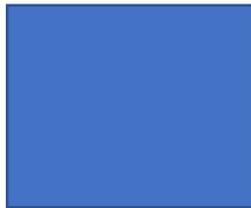
Avoir une formation adéquate - la bienveillance - la valeur du cadre et de la contenance

c'est quoi un trouble développemental ? Moi, je travail en psychiatrie !

équipe pluridisciplinaires, travail à domicile,

Ce questionnaire est anonyme, cependant, si vous acceptez d'être éventuellement recontacté pour un entretien téléphonique, je vous remercie de me laisser vos coordonnées ci dessous

3 réponses



Merci de votre participation !

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms



Annexe III : Matrice d'entretiens

Collaboration

Critères	Indicateurs	Questions	Auteurs/Références
Interdisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions - Dossier unique - Organisation de la structure 	1, 2, 3, 4, 5	D'Amour et Oandasan, 2005 OMS, 2010 CPIS, 2010 Patel, 2012
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Communication - Habiletés sociales 	5, 6, 7, 8	Tjosvold, 1980 Warmer, 2003 D'Amour, 2005
Valeurs communes/Culture	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des autres et des patients - Partenariat - Participation - Engagement 	5, 6, 8	CPIS, 2010 Kahn, 1996
Relationnel/Confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion non formelle entre pro - Sollicitation quand problème avec un patient 	3, 5, 7	Kahn, 1996 Tabaka, 2006
Négociation/Concessions	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de se remettre en question - Accepter les idées des autres et faire des compromis pour les patients et leur bien-être 	4, 5, 6, 7	Tabaka, 2006

Compétences

Critères	Indicateurs	Questions	Auteurs/Références
Savoir	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'étude - Formations complémentaires (nombre, type) 	Partie introductive 5	Ardouin, 2017 Schwarz, 1997 De Montmollin, 1984
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Activités engendrées - Réalisation d'un but 	5, 6	Leplat, 1991 Ramussen, 1986 Le Boterf, 1999
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quelle structure - Combien de temps - Quelle population 	Partie introductive 5, 6	Schwarz, 1997 Le Boterf, 1999 Pouté & Coulet 2006
Volition	<ul style="list-style-type: none"> - Détermination - Projets mis en place - Identité - Participation - Rendement - Habiletés 	5, 6, 7, 8	Kielhofner, 2002 Meyer, 2013 Cahour, 2006 Letor, 2006
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de travail - Causalité interne - Interactions 	5, 6, 7, 8	Curie, 1998 Joannert, 2002 Dubar, 2000

Annexe IV : Questionnaire entretiens vierge

Partie introductive :

- Bonjour je m'appelle Valentine Hernandez. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire. Ce mémoire porte sur l'accompagnement des enfants avec troubles du neurodéveloppement.
- Pouvez-vous vous présenter, les structures dans lesquelles vous avez travaillé, depuis combien de temps vous travaillez avec les enfants avec troubles du neurodéveloppement ?

Questions	Réponse attendue	Concept
1) Quels professionnels sont représentés dans votre structure ?	Équipe pluridisciplinaire. État des lieux des différents professionnels pour permettre la comparaison.	
2) Quels sont pour vous les prérequis nécessaires pour accompagner les enfants TND ?	Compétences précises citées Collaboration abordée	Collaboration
3) Comment partagez-vous les informations sur les patients ?	Via les transmissions Échanges non formels Mails Réunions	Collaboration
4) a) À quelle fréquence sont organisées des réunions ? b) De quoi traitent-elles ?	Réunion interdisciplinaire chaque semaine voire plus Tous les dossiers sont vus au moins une fois par semaine Échange en équipe sur l'évolution	Collaboration
5) Selon vous, quels peuvent être les facilitateurs et les obstacles d'un accompagnement dans votre structure ?	Travail en collaboration et interdisciplinarité Décisions réfléchies en équipe Négociation par rapport à d'autres collègues Réunions trop courtes afin d'aborder les problématiques	Compétences / Collaboration
6) Comment l'accompagnement de votre structure permet-elle une orientation adaptée de l'enfant ?	Collaboration entre les différents professionnels qui permet de savoir où se situe l'enfant. Réunions hebdomadaires permettant de voir l'évolution de l'enfant et de ses capacités.	Compétences / Collaboration

<p>7) Selon vous, quels sont les facteurs individuels qui permettent la collaboration dans votre équipe ?</p>	<p>Interdisciplinarité Compétences Valeurs Relationnel Négociation D'autres réponses sont attendues</p>	<p>Collaboration</p>
<p>8) Comment votre identité professionnelle influence votre pratique ?</p>	<p>Environnement physique : contraintes, organisation Environnement social : collègues qui peuvent influencer la pratique</p>	<p>Compétences</p>

Annexe V : Retranscription Entretien E1, psychologue.

- 1 - VH : Bonjour je m'appelle Valentine Hernandez. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE
2 de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions
3 sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire. Ce mémoire porte
4 sur l'accompagnement des enfants avec Troubles du Neurodéveloppement. Est-ce que
5 vous pouvez vous présenter un petit peu, les structures dans lesquelles vous avez
6 travaillé, depuis combien de temps vous travaillez avec les enfants avec Troubles du
7 Neurodéveloppement ?
- 8 - P : Alors, je m'appelle P, je suis psychologue en CMP ado euh, et en réfléchissant ce
9 matin, depuis 2 ans j'y travaille pardon et euh en réfléchissant je me suis demandée ce
10 que vous entendez par Troubles Neurodéveloppementaux parce que en fait, j'avais eu
11 le questionnaire, ça nous avait été transmis par mail. Et effectivement, y'a des enfants
12 que j'ai pu recevoir qui étaient autistes par exemple ou après ce qui est majoritaire c'est
13 des troubles au niveau de la structure donc psychotiques etc quoi. Je ne sais pas si je
14 vais pouvoir trop vous aider, mais je vais essayer.
- 15 - VH : À la base mon mémoire portait sur les enfants avec Trouble du Spectre Autistique
16 et je me suis élargie sur les Troubles du Neurodéveloppement. Ça englobe aussi les TSA
17 et maintenant d'autres troubles dont les troubles dys, TDA/H...
- 18 - P : Ok, ça marche.
- 19 - VH : Et du coup, c'est votre premier poste au CMP ou vous avez travaillé autre part ?
- 20 - P : Oui c'est mon premier poste.
- 21 - VH : Vous êtes psychologue depuis combien de temps ?
- 22 - P : Depuis 2 ans et demi
- 23 - VH : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler des professionnels qui sont
24 représentés dans votre structure.
- 25 - P : Oui, donc dans les CMP où je travaille, il y a des médecins pédopsychiatres,
26 psychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotriciens, normalement il y aurait dû
27 avoir un poste d'orthophoniste, mais le poste n'est plus pourvu depuis un moment, il y
28 a eu une éducatrice pour travailler dans l'équipe autisme, mais ça a changé et voilà je
29 crois que c'est tout.
- 30 - VH : D'accord, maintenant selon vous quels sont pour vous les prérequis nécessaires
31 pour accompagner les enfants TND ?
- 32 - P : Euh, il faut être formé, c'est des spécificités qu'il faut quand même appréhender
33 correctement, qu'il faut pouvoir entendre, ou un minimum comprendre aussi, déjà je

- 34 pense qu'il faut une bonne formation, il faut pouvoir se sentir à l'aise car tout le monde
35 ne peut pas travailler avec ce type de population et de problématique. Et voilà, il faut
36 être aussi créatif car au niveau des outils, de ce qu'on peut proposer tout ça, il me semble
37 que ça paraît important. Je dirai aussi être ouvert d'esprit, ça peut très vite être réducteur
38 ces cas de TND. C'est un peu réducteur et en même temps un peu fourre-tout.
- 39 - VH : D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire comment vous partagez les
40 informations sur les patients entre collègue ?
- 41 - P : Alors ça dépend, euh je parle pour moi ou de façon générale ou les deux ?
- 42 - VH : Les deux !
- 43 - P : Ok, normalement on a des réunions une fois par semaine avec les équipes où on
44 peut... Déjà y'a le temps des premières situations qui arrivent, on prépare les projets de
45 soins personnalisés et après on peut présenter des situations. Par exemple, si moi j'ai
46 envie d'en présenter une, je dis son nom, les problématiques qu'il y a, la prise en charge
47 comment elle a évolué, de ce que le patient ou la patiente a pu montrer récemment, ce
48 qui me posait question, quand il y a des points qui me questionnent vraiment ou qui peut
49 m'inquiéter pour le patient je peux demander un avis médical ou une rencontre avec le
50 médecin pour qu'il y ait un rendez-vous. Et après ça c'est vraiment un temps qui est
51 officiel entre guillemets et ça peut m'arriver dans des temps plus officieux, avec des
52 collègues qui peut avoir une double prise en charge. Ou juste parce qu'il s'est passé un
53 truc lors d'un rendez-vous et que là j'ai envie de le partager, au niveau de l'évolution
54 c'est hyper important etc. Ou voilà, pendant les temps de pause. Il y a aussi les comptes
55 rendus qui sont synthétiques et qui peuvent être à destination de la MDPH qu'on peut
56 retrouver dans le dossier patient.
- 57 - VH : D'accord, mais du coup...
- 58 - P : Après y'a pleins de choses que je ne dis pas, car il y a le secret entre le patient et
59 moi, il y a quand même une demande. Si par exemple avec des partenaires extérieurs au
60 CMP, je peux en parler ou pas. Y'a quand même un consentement à avoir auprès des
61 patients. Pour les parents aussi si jamais y'a des points à faire, en amont, je demande au
62 patient ce que je peux dire ou ne pas dire et comment ça peut impacter ou pas après le
63 suivi.
- 64 - VH : Et du coup vous avez que les réunions, enfin vous m'avez donné les réunions,
65 « entre deux portes » est-ce que vous avez d'autres moyens de transmissions ?
- 66 - P : Oui on a des outils informatiques, on a un outil informatique qui regroupe les
67 dossiers patients. Théoriquement, normalement on est censé laisser une trace de chaque
68 entretien dans ces outils informatiques, ce que certains font, moi un peu moins. En fait,

69 théoriquement on devrait faire une trace à chaque fois, mais c'est compliqué. Je sais que
70 la plupart de mes collègues psychologues ne laissent pas de trace, mais j'essaie à
71 chaque, avant chaque vacance de faire un point d'évolution de suivi quoi, voilà. Après,
72 pardon, si des fois quand il y a des documents des trucs ou pour la prise de rendez-vous
73 des choses comme ça, ça peut se faire aussi par mail. Comme notre boîte mail n'est pas
74 très sécurisée, on évite de trop parler par mail quoi.

75 - VH : Et vous m'avez parlé des réunions, en me disant que vous présentiez les situations
76 cliniques, est-ce que vous présentez tous les patients chaque semaine ? Comment ça se
77 passe exactement ?

78 - P : Non, alors chaque semaine, comment dire, déjà en ce moment il y a une pénurie
79 médicale, dont la présence des médecins elle n'est qu'une fois par mois maintenant
80 donc, alors, parce que je suis sur deux structures, donc sur une de mes structures toutes
81 les semaines on a une réunion avec le médecin et mes collègues. Sur l'autre CMP, on a
82 qu'une fois par mois réunion médicale sinon c'est que le reste de l'équipe.

83 - VH : D'accord.

84 - P : Et donc quand il y a les médecins on peut présenter les nouvelles situations et après
85 en fonction des rendez-vous que les médecins ont eu avec les patients, ils nous font un
86 retour. Donc, selon comment ça se passe on peut en parler. Après on décide d'en parler
87 quand vraiment il y a quelque chose qui nous questionne, voilà, qui fait que ça ne va
88 pas trop, que, qu'il a besoin de quelque chose en plus, d'un changement de suivi ou
89 quelque chose comme ça. Sinon, pour faire toute la file active, y'a des réunions de
90 synthèse sur une journée et là ça se fait ça dépend, mais normalement je crois c'est au
91 moins deux à l'année.

92 - VH : Et là il y a tout le monde ?

93 - P : Oui ! Enfin sur chaque CMP, y'a tout le monde d'une équipe quoi.

94 - VH : Alors ensuite, je vais vous demander, quels sont les facilitateurs et les obstacles
95 d'un accompagnement dans votre structure ?

96 - P : Euh, facilitateurs, je dirai que quand même on a pas mal d'outils à disposition, qu'on
97 est quand même bien fourni, ouais, d'outils de médiations, de choses qui peuvent être
98 des fois hyper importantes, comme des jeux, du matériel nécessaire pour créer du
99 matériel, fin voilà sur ça on est quand même assez bien fourni. Facilitateurs ? on a nos
100 espaces de travail c'est nous qui les ajustons, les préparons, qui sont personnalisés donc
101 ça c'est plutôt pas mal. En général, on a tout le temps, enfin on a les mêmes bureaux
102 d'une semaine à l'autre. Donc, au niveau de l'espace qu'on peut proposer et qui est très
103 très important y'a au moins une régularité de ça. Il y a une possibilité de formation

- 104 quand même, quand on demande des formations si elles sont pas trop chères c'est
105 accepter. Euh, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Peut-être que j'y reviendrai. Facilitateurs du
106 coup, et l'autre c'était quoi ?
- 107 - VH : Les obstacles
- 108 - P : Euh, pour la prise en charge ? obstacles pour la prise en charge ?
- 109 - VH : Pour l'accompagnement de l'enfant oui.
- 110 - P : Euh, je dirai le manque de temps des médecins, parce que mine de rien c'est
111 important qu'on ait des médecins. C'est un Centre Médico-Psychologique. Et on en a
112 très très peu. Des fois ça peut être compliqué, parce que si on a besoin d'un avis, de
113 quelque chose ça manque quand même. C'est vraiment. Et ça va être pire encore dans
114 les semaines qui arrivent. Aussi comment chacun perçoit la demande, des patients et la
115 famille peuvent avoir, par exemple y'a pas assez de demande ou des demandes pas assez
116 précises et pour peu qu'il y ait pas assez de demande certains peuvent assez lâcher. En
117 obstacles... qu'est ce qui peut y avoir d'autre ? Je dirai le clivage qu'il peut y avoir
118 maintenant. Par exemple, nous on prend, enfin nous jusqu'à y'a quelque mois en arrière
119 nous on prenait les enfants qui ont des TSA. Après ça dépend des conceptions, mais les
120 TSA y'a quand même énormément d'enfants diagnostiqués qui sont une structure
121 psychotique. Qui sont quand même à prendre en charge selon ce fonctionnement-là. Et
122 maintenant ce trouble autistique prend le pas sur la structure de la personnalité. Et
123 maintenant c'est des enfants qu'on prend plus forcément en charge. Qui sont réduits à
124 ça, qui sont sur un versant plus cognitif et développemental entre guillemets. Et je trouve
125 que c'est oublié l'ensemble de la pathologie et ce qui peut aller avec. Je trouve ça
126 dommage parce que après même si en soi là ils sont au CMPP et plus au CMP, ils ont
127 pleins d'outils, de personnels, mais du coup je trouve que ça clive des formations et des
128 possibles à proposer au patient.
- 129 - VH : D'accord.
- 130 - P : Est-ce que je me suis bien expliqué ?
- 131 - VH : Oui de toute façon c'est enregistré je vous réécouterai après. Et pour vous les
132 équipes c'est plutôt un obstacle ou un facilitateur ? Les relations entre les équipes ?
- 133 - P : Euh, ça dépend, ça dépend. Alors, en soi c'est quand même riche d'avoir son équipe,
134 parce que c'est quand même des gens avec qui on peut échanger, qui peuvent apporter
135 un autre avis, d'autres idées etc. Déjà ça dépend des personnalités, parce que toutes les
136 personnalités ne sont pas capables de travailler en équipe. Donc ça peut être compliqué.
137 Et pour les partenaires extérieurs c'est pareil aussi c'est assez variable. Mais quand ça
138 se passe bien, ça peut vraiment être riche car on peut vraiment échanger, on peut faire

- 139 le parallèle sur plusieurs situations, plusieurs prises en charges. Du coup ça permet de
140 prendre l'enfant ou l'ado dans sa globalité et de l'accompagner vraiment au mieux et
141 sur plusieurs domaines etc. Sauf que dans la réalité c'est pas toujours le cas, c'est pas
142 toujours évident de parler avec les partenaires, c'est pas toujours facile de faire du lien
143 et les informations ne circulent pas toujours très bien.
- 144 - VH : Excusez-moi vous entendez quoi par partenaires extérieurs ?
- 145 - P : Hors CMP
- 146 - VH : Et du coup c'est quoi comme professionnel ?
- 147 - P : Par exemple ça peut être tout ce qui est SESSAD, ça peut être CMPP, ça peut être
148 après les institutions.
- 149 - VH : D'accord. Du coup je vais vous demander maintenant quels sont les facteurs
150 individuels qui permettent la collaboration dans votre équipe ?
- 151 - P : Est-ce que vous pouvez préciser la question ?
- 152 - VH : Qu'est ce qui pour vous fait que chacun va pouvoir collaborer avec les autres,
153 quels facteurs propres à chacun peut permettre la collaboration ?
- 154 - P : Euh, je dirai l'orientation dans le sens de la formation, comment dire, j'y reviendrai
155 parce que j'arrive pas à développer mon idée. Euh, le caractère de chacun, la
156 personnalité, ça c'est hyper important. Parce que y'en a qui sont en structure et en
157 équipe, mais qui sont toute la journée dans leur bureau, qui sont pas là pour échanger,
158 qui ferme la porte, qui voilà. La conception du soin en équipe. Le feeling, parce que du
159 coup finalement avec une collègue on fait un groupe ensemble et on a la même vision
160 du soin, on a la même orientation de travail, et au-delà de ça on a le même caractère où
161 on peut se taquiner sans affecter le travail, on a pu collaborer facilement. Et pour revenir
162 sur l'orientation, parce que moi par exemple je suis plus dans l'orientation analytique et
163 euh d'autres orientations, mais encore une fois c'est quand même lié à la personnalité,
164 sont un peu moins dans l'échange, parce que certains peuvent avoir une représentation
165 assez rigide, des pathologies, des problématiques et tout ce qui peut être un peu plus pas
166 causalitaire, bien rangé dans une case, ça peut être compliqué pour certain donc euh
167 voilà c'est ça que je voulais dire toute à l'heure.
- 168 - VH : Du coup la vision de chacun ? C'est pour savoir si j'ai bien compris. C'est plus la
169 vision de chacun qui est différente.
- 170 - P : Oui, la vision, mais peut être dire la formation. Parce que au niveau des psychologues
171 on a pas tous la même formation. Et je sais que moi par exemple avec mon orientation
172 y'a des concepts qui peuvent être un peu flous, par forcément entendable pour certain

- 173 alors que pour moi ça peut être une hypothèse de travail. Donc c'est vrai, ça des fois ça
174 peut être compliqué.
- 175 - VH : Vous avez été formé où vous ?
- 176 - P : Au Mirail.
- 177 - VH : D'accord. Vous voyez autre chose comme facteur ?
- 178 - P : Vous pouvez répéter la question pour être sûre ?
- 179 - VH : Oui, quels sont les facteurs individuels qui permettent la collaboration dans votre
180 équipe ?
- 181 - P : Ouais, personnalité, caractère, formation, orientation. L'emploi du temps aussi.
182 Parce que faut qu'on se le dise ça parfois trouver des emplois du temps qui concordent
183 c'est compliqué.
- 184 - VH : C'est vous qui faites vos propres emplois du temps ?
- 185 - P : Oui ! Ouais ouais, alors je, si c'est pareil pour chaque professionnel. Alors on a
186 quand même des horaires à respecter dans l'ensemble du début et de la fin de la journée.
187 Mais après, c'est nous qui choisissons sur quel créneau horaire on voit nos patients, sur
188 quel temps, quel rythme etc.
- 189 - VH : Et du coup la dernière question c'est comment votre identité professionnelle
190 influence votre pratique ?
- 191 - P : Euh, c'est personnel comme question quand même !
- 192 - VH : Répondez comme vous le voulez et comme vous le pouvez aussi.
- 193 - P : Vous pouvez répéter la question ?
- 194 - VH : Comment votre identité professionnelle influence votre pratique ?
- 195 - P : Ouais ok. Euh je peux vous raconter un peu mon parcours au niveau des stages ?
- 196 - VH : Oui allez-y.
- 197 - P : Donc moi au niveau de mon master 1 et mon master 2 j'ai redoublé, mais du coup
198 j'ai fait pleins de stages. Donc là comme je suis en CMP, du côté Aide Sociale à
199 l'Enfance, du côté pénitentiaire, fin, donc tout un tas de structures avec tout un tas
200 d'approches différentes euh, pratique etc. Déjà ça m'a permis de construire la vision du
201 soin, la vision de la thérapie, la vision de la prise en charge. Et je pense, l'aspect que je
202 sois un peu jeune, avec des nouveaux outils, un regard où pour moi utiliser pleins de
203 médiations, d'être créatif etc ça permet de prendre en charge ça me semble plutôt bien
204 où j'essaie en tout cas. Et du coup je suis arrivée dans un espace de soin où je suis pas.
205 Enfin je travaille dans mon bureau enfin je me cantonne pas à mon bureau, je peux aller
206 dehors, je peux aller dans d'autres espaces, mais vraiment utiliser tout ce qui peut être
207 proposé pour trouver des outils et un cadre adapté pour chaque pathologie pour chaque

208 problématique et voilà. Alors c'est vrai que certains qui sont un peu du vieux de la
209 vieille, c'est le bureau, que la parole. C'est vrai que moi je me suis servie de tout ce que
210 j'ai vu durant mes stages. Par exemple je suis quelqu'un qui adore jouer mais
211 personnellement, j'utilise beaucoup de jeux de plateau, de jeux de cartes. Et c'est vrai
212 que c'est un truc que j'essaie enfin adapté pour mes patients, mais du coup je trouve
213 c'est quelque chose qui crée une dynamique pour les patients de libérer un peu la parole.
214 Se laisser aller de comment ils peuvent être. Après c'est la personnalité ?

215 - VH : C'est votre identité professionnelle, vous la créez par vous et par vos expériences
216 aussi.

217 - P : Je sais que je suis quelqu'un d'assez organisée mais pourtant je peux très bien rire
218 avec les patients enfin dans mes prises en charge je peux poser un cadre très rigide, mais
219 pour autant que la séance soit très libre. Du coup, je dis par exemple toutes les semaines,
220 tel temps, tel lieu, mais à l'intérieur il y a du laisser-aller, des outils différents, c'est
221 assez en lien quoi. Après je pense que et c'est pour ça que la question était difficile,
222 notre vécu personnel et nos expériences personnelles quand elles sont travaillées et pas
223 juste subies, et que nous même on ait fait une thérapie ou qu'on en fasse une, ça joue
224 sur notre posture pro et après notre prise en charge.

225 - VH : Vous voulez rajouter quelque chose ?

226 - P : Non pas spécialement.

227 - VH : Bon je n'ai plus de questions, merci beaucoup d'avoir pris du temps pour me
228 répondre. Et si vous voulez je vous ferai parvenir mon mémoire.

229 - P : Ouais ça peut être intéressant.

230 - VH : Merci beaucoup, au revoir.

231 - P : Au revoir.

Annexe VI : Retranscription Entretien E2, ergothérapeute

- 1 - VH : Bonjour je vais me représenter, je m'appelle Valentine Hernandez. Je suis
2 étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous
3 afin de vous poser des questions, sous forme d'entretien, pour m'aider sur l'avancée de
4 mon mémoire. Ce mémoire porte sur l'accompagnement des enfants avec Troubles du
5 Neurodéveloppement. Est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu, les structures
6 dans lesquelles vous avez travaillé, depuis combien de temps vous travaillez avec les
7 enfants avec Troubles du Neurodéveloppement ?
- 8 - E : Alors j'ai travaillé dans 3 structures un IEM donc Institut d'Education Motrice où là
9 c'était des handicaps plus lourds. Ensuite un SESSAD spécialisé en handicaps moteurs.
10 Et là je travaille en SESSAD spécialisé dans les troubles dys où c'est vraiment des
11 Troubles du Neurodéveloppement.
- 12 - VH : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler des professionnels qui sont
13 représentés dans votre structure.
- 14 - E : Alors ça va aller vite il y a des éducateurs, des ergothérapeutes et des
15 neuropsychologues
- 16 - VH : Il n'y a pas de médecins ?
- 17 - E : Si bien sûr il y a aussi des pédiatres.
- 18 - VH : D'accord, maintenant selon vous quels sont pour vous les prérequis nécessaires
19 pour accompagner les enfants TND ?
- 20 - E : Alors c'est une question vaste. Alors comme dans toutes les pathologies connaître
21 le fonctionnement de cette population, connaître le courant de pensées et la
22 collaboration.
- 23 - VH : D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire comment vous partagez les
24 informations sur les patients entre collègues ?
- 25 - E : Alors dans cette période de covid on fonctionne beaucoup par visio, les coups de
26 fils, les mails. Ensuite, on a un couloir où il y a tous les bureaux et donc on fonctionne
27 beaucoup par échanges non formels quand on se croise. Il y a aussi les réunions. Mais
28 sinon c'est surtout quand on se croise dans le couloir. Après c'est difficile parce que
29 nous les ergothérapeutes on est souvent en déplacements donc ça peut être compliqué
30 de se croiser.
- 31 - VH : Je vois, et les réunions elles sont à quelle fréquence ?
- 32 - E : Alors, on a des réunions une fois par semaine qui durent 2h. On a les choses
33 obligatoires comme les projets à rédiger.

- 34 - VH : De quoi traitent ces réunions, vous parlez quand même des enfants ou vous avez
35 un ordre des choses, les projets ?
- 36 - E : Oui, elles traitent des enfants, les enfants qui ont été vus en consultation par les
37 médecins, les arrivées. On va aussi parler des enfants qui sont partis, mais dont les
38 parents sont demandeurs.
- 39 - VH : Alors ensuite, je vais vous demander, quels sont les facilitateurs et les obstacles
40 d'un accompagnement dans votre structure ?
- 41 - E : Encore une vaste question ! Alors, au niveau des obstacles il y a les visions différentes,
42 l'organisation on en a parlé, mais aussi la communication. Les difficultés d'engagement
43 ou le désengagement. Et pour les facilitateurs la même vision c'est aussi quelque chose
44 de bien, la communication, la cohérence et l'utilisation d'outils communs, la proximité.
45 C'est important la proximité parce que si j'étais dans un cabinet les écoles ne mettraient
46 pas en place ce que je demande de mettre en place. Je les connais, je les tutoie, je bois
47 le café avec. Dans notre structure on va plus évaluer les besoins.
- 48 - VH : Et comment l'accompagnement de votre structure permet-elle une orientation
49 adaptée de l'enfant ?
- 50 - E : Alors on essaie qu'elle permette une orientation adaptée. Déjà notre structure elle
51 évalue les besoins de l'enfant. On est aussi une source d'informations sur les dispositifs
52 qui peuvent exister pour l'orientation. Le relationnel aussi permet une orientation. On a
53 vraiment un rôle important pour ça.
- 54 - VH : Alors ma prochaine question c'est : quels sont les facteurs individuels qui
55 permettent la collaboration dans votre équipe ?
- 56 - E : Les facteurs individuels ? Vous entendez quoi par-là ?
- 57 - VH : Les facteurs qui sont propre à chacun, mais qui vont permettre la collaboration
58 ensemble.
- 59 - E : Déjà être ouvert d'esprit, la confiance je sais pas y'en a plein. On est très
60 pragmatiques dans l'approche, on est très ergo justement dans l'approche, on est très
61 dans l'autonomie du jeune, et du coup on laisse moins de place à la psychologie, on
62 laisse moins de place à la neuropsychologie quelque part aussi de moins en moins pour
63 aller vers quelque chose qui est très ergo, qui est très pratique quoi l'action possible
64 quoi. Et donc ça ça dépasse les collègues d'une hégémonie historique.
- 65 - VH : Avec les neuropsychologues vous n'avez pas la même vision que la vision ergo
66 c'est ça ?
- 67 - E : Ben on a la même vision, euh, mais on a pas la même idée de comment il faut agir.
- 68 - VH : Et du coup, vous voyez d'autres facteurs qui permettent la collaboration ?

- 69 - E : Les facteurs pour la collaboration ? Des facteurs intrinsèques, individuels ?
- 70 - VH : Oui c'est ça.
- 71 - E : Je sais pas moi, intrinsèques... de la bienveillance, le respect, y'en a plein, après
- 72 c'est pas qu'individuel c'est aussi interactionnel. C'est pas facile de poser des questions
- 73 très vastes.
- 74 - VH : Oui c'est sûr ! Ma dernière question c'est comment votre identité professionnelle
- 75 influence votre pratique ?
- 76 - E : Alors comment mon identité professionnelle influence ma pratique ? Ouh encore
- 77 une vaste question. Alors j'ai fait y'a pas longtemps un entretien comme celui-là pour
- 78 un gars qui est en master ou en thèse je sais plus justement sur l'identité professionnelle.
- 79 Je pense que je donne beaucoup de place à mon métier et beaucoup de de, j'y associe
- 80 beaucoup de valeurs et du coup je pratique vraiment différemment de plein d'autres
- 81 collègues, de pleins de gens qui mettent pas autant de valeurs, qui participent pas autant
- 82 de trucs en avant. Moi, clairement je pratique avec une approche centrée sur l'enfant
- 83 comme quoi c'est lui qui va trouver ses solutions c'est pas moi, comme quoi je suis pas
- 84 omniscient et je trouverai pas la solution pour tout le monde. Je suis pas capable de faire
- 85 les choses tout seul j'ai besoin que les actions soient mises en place par les autres et pas
- 86 par moi. Ça sert à rien que je mette des actions en place, faut que ce soit l'enfant qui le
- 87 fasse, les parents qui le fassent, les enseignants qui le fassent. Parce que moi je suis là
- 88 que 45 minutes par semaine donc ça sert à rien que ce soit moi qui fasse les choses. Et
- 89 en même temps je suis pas passif non plus. Je suis pas juste, un témoin de ce qui se
- 90 passe, je suis un guide, j'accompagne la personne vers un chemin qui lui fait
- 91 comprendre comment elle fonctionne, qui lui fait comprendre ce qu'elle pourrait faire
- 92 et mettre en place ce dont elle aurait besoin. Ça, pour moi, c'est vraiment la place de
- 93 l'ergo où comment moi je le conçois, c'est très lié à mon identité, ce que je pense de
- 94 notre métier, la place qu'il doit avoir et c'est pas le cas de tous les ergos tout le monde
- 95 pense pas comme moi. Mais ça ça influence vraiment ma façon de faire, vraiment
- 96 vraiment. Et c'est une façon de faire qui plait vraiment à mes collègues. C'est-à-dire
- 97 que mes collègues ont vraiment adhéré à ma vision des choses et entre ergo on pense
- 98 pareil en tout cas. Ça plait beaucoup aux éduc parce que ça ressemble beaucoup à la
- 99 vision des éduc qui bossent aussi pour l'autonomie des jeunes, sous un aspect plutôt
- 100 relationnel, sur l'autonomie des décisions, la relation aux autres tout ça. On a pas le
- 101 même objet d'étude on va dire, mais on a quand même une similitude dans la vision des
- 102 choses ce qui fait qu'on bosse bien avec les éduc. C'est pour ça que le service il

- 103 fonctionne vraiment dans ce sens-là, soit c'est un métier qui a plus de mal à adhérer à
104 ça.
- 105 - VH : Je ne sais pas si vous voulez rajouter quelque chose, moi j'ai fini avec mes
106 questions.
- 107 - E : Très bien, bon maintenant il n'y a plus qu'à traiter les données.
- 108 - VH : Oui voilà c'est ça.
- 109 - E : Au revoir bonne soirée
- 110 - VH : Merci, au revoir.

Annexe VII : Formulaire de consentement 1



Formulaire de **consentement** Pour films, enregistrements sonores, Magnétoscopiques et autres

Je soussigné(e) :  _____

Accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Valentine HERNANDEZ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seul l'étudiant, pourra avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :



Personne Consentante



Etudiant réalisant l'enregistrement

Fait à : Angouleme

Date : 29/03/2021

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.
Ce document doit être imprimé en double exemplaires et est à **conserver** par les deux personnes concernées

Annexe VIII : Formulaire de consentement 2



Formulaire de **consentement** Pour films, enregistrements sonores, Magnétoscopiques et autres

Je soussigné(e) : 

Accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Valentine HERNANDEZ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seul l'étudiant, pourra avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :



Personne Consentante



Etudiant réalisant l'enregistrement

Fait à : Toulouse

Date : 12/03/21

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.
Ce document doit être imprimé en double exemplaires et est à **conserver** par les deux personnes concernées

Un accompagnement favorisant le parcours des enfants présentant des Troubles Neurodéveloppementaux : l'influence d'une collaboration interprofessionnelle.

Résumé

Introduction : En France, en 2018, le gouvernement a voté l'instauration d'un forfait intervention précoce pour les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement de moins de 7 ans. Le parcours de ces enfants étant complexe, une intervention précoce améliorerait celui-ci. Ce forfait prévoit un parcours de soin avant diagnostic et le financement d'interventions telles que celles d'ergothérapie, psychomotricité et psychologie. Cependant, avant même le vote de ce forfait, il existait une structure comme la guidance infantile, qui est spécialisée dans la prise en charge précoce des enfants avec Troubles du Neurodéveloppement, celle-ci est dotée d'une équipe pluridisciplinaire. **Objectifs :** L'objectif de cette étude est d'identifier les éléments favorisant la collaboration interprofessionnelle auprès des enfants avec troubles du neurodéveloppement. **Méthode :** Deux entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès d'une psychologue travaillant en Guidance Infantile et d'un ergothérapeute travaillant dans un SESSAD auprès d'enfants ayant des troubles du neurodéveloppement. **Résultats :** Cette recherche a mis en exergue plusieurs facteurs de la collaboration. Selon les professionnels interrogés, pour favoriser une collaboration interprofessionnelle les éléments suivants seraient nécessaires : l'interdisciplinarité, les valeurs partagées, puis la formation, la volition des professionnels, les compétences professionnelles et enfin l'identité professionnelle. **Conclusion :** Cette étude préliminaire bien qu'ayant un échantillon restreint a démontré que certains éléments de la collaboration, énoncés par les professionnels de différentes structures, permettraient alors de faciliter l'accompagnement des enfants avec troubles du neurodéveloppement. Ces éléments de réponse ouvrent un questionnement pour un accompagnement en libéral pour ces enfants.

Mots clés : Ergothérapeute, guidance infantile, Troubles Neurodéveloppementaux, collaboration, enfants

Supporting children with neurodevelopmental disorders: the influence of interprofessional collaboration.

Abstract

Introduction : In France, in 2018, government voted for the introduction of an early intervention package for children with neurodevelopmental disorders under 7. As the journey for these children is complex, early intervention would improve it. This package provides a care pathway and funding of interventions such as occupational therapy, psychomotricity and psychology. However, even before the vote on this package, there was a facility named the Neurodevelopmental Service which is specialized in early care of Neurodevelopmental Disorders, this one has a multidisciplinary team. **Objectives** The purpose of this study is to identify factors that promote interprofessional collaboration with children with Neurodevelopmental Disorders. **Methods :** Two semi-structured interviews were conducted with a psychologist of Neurodevelopmental Service and an occupational therapist working in a special education and home care services with children affected by Neurodevelopmental Disorders. **Results :** This research highlighted several factors of collaboration. According to the professionals interviewed, to foster interprofessional collaboration it would require the following elements: first of all interdisciplinarity, shared values, then professional training, finally professional motivation, skills and identity. **Conclusion :** This preliminary study, although with a limited sample demonstrated that certain elements of collaboration, as stated by professionals from different settings, would then facilitate the support of children with neurodevelopmental disorders. These elements of answer open a questioning for a support in liberal for these children.

Key words : Occupational Therapist, Neurodevelopmental Service, Neurodevelopmental Disorders, collaboration, children

Valentine HERNANDEZ