Un déficit de formation menant à l'apprentissage par l'expérience professionnelle

Une étude de cas de collaboration interprofessionnelle

Nina RAOUL-DUVAL(1),
Elisabeth ARMAO MELIET(2), Caroline HACHE(3)

(1) Master 2 Sciences de l'éducation et de la formation, Aix Marseille Université, Département des Sciences de l'éducation et de la formation, UR4671 Laboratoire Apprentissage Didactique Évaluation et Formation., (2) Docteure en sciences de l'éducation et de la formation, Aix Marseille Université, Département des Sciences de l'éducation et de la formation, UR4671 Laboratoire Apprentissage Didactique Évaluation et Formation., (3) Maitresse de conférences, Aix Marseille Université, Département des Sciences de l'éducation et de la formation, UR4671 Laboratoire Apprentissage Didactique Évaluation et Formation.

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9959

Résumé : Le contexte de la prise en charge de l'autisme en France est complexe et suscite encore de nombreuses questions et désaccords théoriques. Il est pourtant admis aujourd'hui de façon unanime qu'il ne peut être pris en charge que par une équipe pluridisciplinaire pour faire face à la complexité clinique du trouble. Certains enfants avec autisme sévère sont pris en charge dans des hôpitaux de jour, où ils reçoivent des soins d'une équipe pluridisciplinaire. Dans ce contexte, et étant donné qu'il n'existe pas de formation au travail d'équipe dans la formation initiale des métiers impliqués, nous avons étudié la façon dont une équipe pluridisciplinaire apprend à collaborer grâce à l'expérience professionnelle. Nous avons réalisé une étude de cas par entretiens semi-directifs auprès d'une équipe de professionnels travaillant en hôpital de jour pédopsychiatrique, afin de dresser des pistes d'état des lieux de la situation en France. Nous en avons tiré les pistes de réponse suivantes : au vu de la difficulté des situations rencontrées et de leur complexité, les professionnels ne peuvent pas donner du sens à leur travail ni persévérer sans apprendre de leur pratique. Cet apprentissage se fait par l'expérience professionnelle et par la collaboration, car on apprend à faire équipe en même temps qu'on apprend grâce à elle.

Mots-clés : autisme,collaboration,expérience professionnelle,hôpital de jour,équipe pluridisciplinaire

Abstract: Supporting people with autism spectrum disorder (ASD) in France is a complex issue that raises many questions and theoretical dissensions. It is widely admitted today though that better outcomes for people with ASD can only be achieved by an interdisciplinary support team, due to the clinical complexity of this disorder. Some children with severe autism are taken care of in day care pedopsychiatric hospitals, where they get support from an interdisciplinary team. Given the fact that these professionals in France get no training to collaborative work during their studies, we have studied the way an interdisciplinary team learns collaboration through professional experience. Therefore we carried out a case study where we conducted semi-structured interviews with a team of professionals working in a day-care pedopsychiatric hospital, in order to draw up clues for a baseline survey of the situation in France. We have drawn therefrom several pieces of information on the matter. Given the complexity and difficulty of the situations faced by the professionals, they cannot give meaning or persevere in their work without learning from it. This process of learning happens through professional experience and collaboration. Indeed, people learn how to collaborate as they learn through collaboration.

Keywords: autism,collaboration,professional experience,day care hospital,interdisciplinary team

1 Introduction

La Haute Autorité de Santé, à la suite du Diagnostic and Statistical manual (DSM)-5 (American Psychiatric Association, 2015), classe le trouble du spectre de l'autisme parmi les troubles neurodéveloppementaux caractérisés par des « déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés » et un « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités » (HAS, 2018, p. 7). Le texte insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce pour proposer des interventions adaptées aux troubles du spectre de l'autiste (TSA), si possible avant l'âge de quatre ans. Cette préconisation a pour but d'accompagner l'enfant de façon globale, personnalisée et coordonnée pour favoriser le développement et l'apprentissage dans les domaines ciblés. Gepner (2012, 3) rappelle qu'il n'y a pas un autisme mais bien des autismes et parle de « constellation de troubles neurodéveloppementaux complexes et relativement hétérogènes ». Comment les soignants en hôpital de jour collaborent-ils pour accompagner leurs patients atteints de TSA alors qu'ils ne peuvent pas toujours agir conformément aux prescriptions officielles ? Notre travail s'inscrit dans une démarche compréhensive afin de comprendre la façon dont cette collaboration peut agir sur la prise en soin des TSA juvéniles dans le contexte prescriptif de la pédopsychiatrie française ?

Pour répondre à cette problématique, nous commencerons par présenter le contexte complexe de l'autisme et les prescriptions officielles faites autour de l'accompagnement des personnes TSA. Puis nous relaterons l'état de la littérature autour des thématiques de la collaboration en santé et présenterons les concepts de collaboration interprofessionnelle et de mutualisation collaborative. Ces différents apports permettront l'analyse des données que nous présenterons après avoir fait état de la méthodologie de leur recueil.

2 Contexte

2.1 Regards multiples sur l'autisme

L'histoire de la perception de l'autisme est à la fois complexe et récente (1943, théorisée par le médecin Leo Kanner) avec un contexte historique français spécifique par rapport au reste du monde. En effet, en France, il existe des oppositions théoriques de la conception de l'autisme. Sans présenter une opposition simpliste entre psychanalyse et cognitivo-comportementalisme, Demailly (2019) va jusqu'à présenter cinq types de postures théoriques associées à la perception de l'autisme. Beaucoup de professionnels ne sont pas au fait des théories, et en font sur le terrain un mélange en fonction d'objectifs pragmatiques. Au Québec, la psychanalyse n'est pas rentrée dans le débat politique public et en Allemagne on reste dans le champ de la psychiatrie strictement biomédicale (Demailly, 2019). La France est demeurée sous l'influence de la psychanalyse autrichienne, où Kanner (1943) parle d'autisme infantile précoce, renvoyant la cause de la maladie à la froideur des parents ou à un traumatisme psychologique. Asperger (1944) parle de « psychopathes autistiques » et ne s'occupe que de ceux qu'il qualifie d'intelligents et envoie les autres en camp de concentration. Les travaux d'Asperger seront d'ailleurs complètement oubliés jusqu'en 1981 (Wing).

C'est autour des années 1970 qu'émergent, dans les pays anglo-saxons et notamment aux USA qui sont considérés comme précurseurs sur ce sujet, des thérapies comportementales de rééducation. En 1980 apparaissent pour la première fois des critères de diagnostic de l'autisme dans les textes officiels avec la parution du DSM-3. A la fin des années 80, un mouvement social prône les droits des personnes autistes en luttant contre leur exclusion. Cela aboutit en France à la loi Chossy[1] en 1996 qui reconnaît l'autisme comme handicap et non plus comme maladie, avec la promesse pour les personnes autistes d'un accompagnement pluridisciplinaire. Ces mouvements continuent avec, par la suite, la revendication par la communauté autiste (verbale et sans déficience intellectuelle) du concept de neurodiversité / neuroatypie, ne voulant être considéré ni comme un trouble, ni une maladie ou un handicap, mais comme une variation neurologique qui serait une richesse et non une déficience (Chamak et Cohen, 2013). Les associations de parents, ainsi que l'Etat et les « offreurs de méthodes développementales » (Demailly, 2019, 34) ont d'ailleurs un rôle très important dans la définition de l'autisme dans le débat public car ils interviennent dans les médias et auprès des pouvoirs publics. Les associations de parents et les personnes autistes sans déficience intellectuelle en particulier jouent un grand rôle politique en revendiquant par un « activisme basé sur les preuves » ou evidence-based activism leur légitimité à prendre la parole au nom de l'expertise expérientielle (Akrich et Rabeharisoa, 2012). Cependant, sur le terrain subsistent de nombreuses tensions entre compréhensions différentes du trouble. Encore aujourd'hui, on peine à diagnostiquer assez tôt les enfants porteurs d'autisme.

Au niveau politique, les Plans Autisme sont mis en œuvre depuis 2005 suite à la loi du 11 février[2]. Ils ont pour objectif de répondre aux besoins de moyens face aux difficultés de prise en charge de l'autisme. Ce dispositif a été lancé pour donner suite à la condamnation européenne de la France pour non-respect des droits des personnes autistes[3] afin de combler le retard en matière d'accompagnement de ce trouble par rapport à ses voisins européens, et l'autisme est devenu une priorité de santé publique. À ce jour, le cinquième Plan Autisme (stratégie nationale pour l'autisme et les TND) est en cours pour la période 2023-27. Il existe des difficultés importantes autour du sens des mots et des définitions, là où « les chercheurs académiques ne disposent pas à l'heure actuelle d'une définition scientifique de l'autisme ni d'une connaissance de son étiologie [...] même s'il semble y avoir un apparent consensus sur la description globale des symptômes » (Demailly, 2019, 20). Il en est de même pour les textes médicaux qui ne s'accordent pas sur le pronostic : « inguérissable ou guérissable, améliorable ou compensable » (22), ce qui rend difficile une harmonisation des méthodes d'accompagnement adaptées, et renvoie également à la question de ce qu'est une bonne prise en charge, différente en fonction des professionnels. Tout cela s'inscrit sur fond d'une politique de décentralisation et de transfert de compétences par les collectivités territoriales vers le privé depuis les collectivités territoriales, pour des raisons finan-

[1] Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme. (1996). *Code de l'action sociale et des familles.*

[2] Article L246-1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (2005). *Code de l'action sociale et des familles.*

[3] Parlement européen. (1996). *Charte européenne des droits des personnes autistes.* [En ligne] : 'http://autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_28448_8.pdf,

cières. Cette évolution se révèle en fait un mécanisme de contrôle où les associations sont libres d'engager les actions désirées, mais sont jugées sur leur performance dans la réalisation de l'action (Al-Sharif, Saunier et Zoukoua, 2011). Les auteurs observent ainsi dans le champ médico-social ce qu'ils nomment un « découplage », à savoir un écart constaté entre les objectifs visés et les pratiques réelles.

2.2 Dimensions prescriptives de l'accompagnement des personnes juvéniles TSA

Les personnes en charge de ces enfants sont nombreuses. Elles interviennent en équipes pluridisciplinaires constituées de professions très diverses. En effet, il s'agit d'une inscription dans le code de l'action sociale et des familles modifié par la loi de 2005 et rappelé par la circulaire n°2005-124 du 8 mars 2005 (HAS, 2012, p. 474) qui recommande aux états membres sur l'éducation et l'intégration sociale des enfants et des jeunes atteints de TSA que « les troubles du spectre autistique exigent une approche multidisciplinaire aux niveaux du diagnostic, de l'évaluation et de l'éducation ». Quinze ans plus tard, la HAS (2018, p. 9) sort un texte où elle rappelle que les « professionnels [doivent être] coordonnés en équipe pluriprofessionnelle constituée de professionnels spécifiquement formés aux troubles du neurodéveloppement et au trouble du spectre de l'autisme ». Le texte rappelle que le dépistage et le diagnostic se font d'autant plus précisément que les médecins et psychologues sont formés et il encourage l'association d'infirmiers et d'éducateurs de la petite enfance à ces temps de dépistage. La HAS utilise un vocabulaire varié pour qualifier les équipes d'intervention : groupe multidisciplinaire, équipe pluriprofessionnelle, équipe spécialisée multi professionnelle, pluridisciplinaire… ce qui ne coïncide pas avec la Recommandation de bonne pratique (RBP) de 2012 (HAS, 2012) qui parle de travail pluridisciplinaire voire transdisciplinaire. Ils sont tous formés a priori spécifiquement aux troubles du neurodéveloppement (TND) et aux TSA, mais ce document mentionne encore les TED alors que ce terme est obsolète depuis la sortie du DSM-5 en 2013, à cause de la lenteur de l'évolution des documents institutionnels. Les professions citées sont diverses : les médecins (pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre), les psychologues (clinicien / de l'éducation), orthophoniste, ergothérapeute, infirmier, enseignant spécialisé, psychomotricien, éducateur de jeunes enfants, pour ne citer que les plus pertinents car figurent également ORL, ophtalmologue, orthoptiste, etc. (HAS, 2018, p. 8). Il est intéressant de noter que le texte ne précise pas quels métiers doivent travailler ensemble, ni quelles disciplines sont attendues dans quel type d'institution. Les rôles de chacun de ces professionnels ne sont pas précisés, ni l'articulation entre ces différentes lignes car il n'y a pas d'organisation standard de la procédure diagnostique[4]. La Haute Autorité de Santé dit même que « la question de la répartition des responsabilités pour la prise en charge de proximité, au-delà du diagnostic et des évaluations, ne trouve pas une réponse claire dans le Plan Autisme » (HAS, 2012, p. 234). Il est ainsi indiqué l'enjeu d' « actualiser la formation des professionnels de santé […], afin de réduire l'écart entre les pratiques recommandées et les pratiques effectivement mises en œuvre, parfois éloignées des référentiels internationaux » (HAS, 2018). Il est également noté que les professionnels doivent être sensibilisés à l'importance d'une bonne communication entre eux, et à la coordination entre la première équipe de diagnostic

[4] *Idem*

et l'équipe de suivi qui prend le relais, mais rien de précis sur la façon de le mettre en œuvre. En revanche, le plan autisme 2013-2017 est très clair sur le besoin de formation de l'ensemble des professionnels au sens large (de santé : médecins, psychologues, paramédicaux ; éducation nationale ; secteurs social/médico-social)

Il est à noter que ces prescriptions s'inscrivent dans un contexte de promotion des prises en charge dites éducatives et comportementales, en opposition aux prises en charge psychanalytiques historiques. Ce changement est largement influencé par le militantisme des associations de parents de personnes TSA. Il s'agit d'un marché particulièrement lucratif, mais qui cependant n'est pas efficace pour tous les enfants, et dont les effets à long terme ne sont pas encore bien connus (Chamak, 2013). Cette mise en compétition des prises en charge sur fond de mesure d'efficacité et de manques de fonds nuit à la prise en charge de l'autisme, dont les causes sont « de nombreux mécanismes neuro-physio-psycho-pathogéniques » (Gepner, 2012, 5), ce qui explique la grande diversité de modalités d'évolution en fonction de facteurs très nombreux.

La collaboration entre professionnels issus de différentes disciplines est donc bien reconnue par la HAS comme essentielle tout au long de la prise en charge de l'autisme, mais un flou important apparaît dans les missions de chacun et l'articulation entre leurs interventions. Une question émerge de cette première partie : Comment les soignants en hôpital de jour collaborent-ils pour accompagner leurs patients atteints de TSA alors qu'ils ne peuvent pas toujours agir conformément aux prescriptions officielles ? Nous tenterons dans la partie suivante d'éclairer l'axe de la formation des professionnels en charge du public cible.

3 Revue de littérature

Les bienfaits du travail interdisciplinaire en santé sont connus, il s'agit d'une recommandation faite depuis 2010 au niveau mondial (WHO, 2010). Nous nous sommes ainsi penchées du côté de la collaboration en santé dans un premier temps, non spécifique à l'accompagnement de l'autisme. Chiocchio (2012, p. 7) résume la situation en France :

La collaboration au sein des équipes de soins est cruciale à la santé des usagers et au succès du système de santé. Or, sous l'apparente simplicité de ce qu'est une équipe et de la manière qu'ont ses membres d'interagir – c'est-à-dire de collaborer – se cachent de nombreux défis de mesure et d'évaluation qu'il est nécessaire de clarifier. […] Les écrits […] ne fournissent pas suffisamment de détails sur ce qui permet aux équipes d'améliorer la collaboration.

Que disent les recherches portant sur l'étude de la collaboration au sein d'équipes pluridisciplinaires en santé ? Les facteurs influençant la collaboration sont d'ordre organisationnel : en particulier la structure et sa philosophie, les mécanismes de coordination et de communication ; d'ordre macro-structurel : les systèmes social, éducatif, professionnels ; et interactionnel (Peev, 2015 ; Wacheux et Asmar, 2007). Les facteurs interactionnels ressortent comme très importants dans le cadre de ces collaborations, plus spécifiquement la connaissance des rôles et des responsabilités des autres, la complémentarité des expertises, la confiance, le respect, la communication, la stabi-

lité du groupe la composition, le soutien mutuel, l'interdépendance et le leadership (Careau, 2013). Plusieurs difficultés et contraintes sont mentionnées (D'Amours, Sicotte et Lévy, 1999), comme la rigidité des règles et les conflits autour de celles-ci qui ont besoin d'être négociés par les professionnels eux-mêmes. Il est nécessaire de considérer la règle « comme une technique de résolution de problèmes plutôt qu'un répertoire de solutions toutes faites » (p. 87). A cela s'ajoute la nécessité de maintenir le patient au centre des décisions car plus le nombre de professionnels est impliqué, plus l'équipe a du mal à intégrer en son sein le patient et à le considérer comme expert de sa propre situation pour lui reconnaître un pouvoir de décision important. Enfin, le partage des responsabilités, par une meilleure connaissance des uns et des autres, permettrait de faire face aux situations complexes et variables (D'Amours, Sicotte et Lévy, 1999) et d'atteindre une certaine efficacité collective (Cristol, 2022). En effet, le travail se réalise en équipe et il existe une tension entre l'identité de l'individu et celle du groupe : « Chaque individu concourt à la formation du groupe, chaque individu le constitue et pourtant on sait que chaque individu est autant, sinon plus, constitué par le groupe, limité qu'il est dans ses possibilités de penser par ce groupe. » (Mellier, 2002, p. 22)

Il est donc nécessaire de créer du commun afin d'améliorer la dynamique de groupe (Hache, à paraitre ; Cristol, 2017). Mais il est également régulièrement question des problèmes d'équipe entre ses membres. Ils peuvent trouver leur origine dans des « rivalités d'individus, disqualification de certains rôles, attaque de la hiérarchie [...] critiques acerbes tant de l'ensemble du groupe que des personnes, attaques parfois très personnelles » (Mellier, 2002, p. 26) et peuvent avoir des conséquences lourdes sur les personnes voire sur l'ensemble de l'institution. Ces problèmes consomment une énergie très importante et nécessitent de s'inscrire dans un paradigme où les événements sur le lieu de travail doivent être pensés professionnellement. Le groupe a besoin d'un élément pour le souder, qui fait sens pour tous.

La question de la formation à la collaboration interprofessionnelle revient régulièrement et depuis longtemps pour « diminuer le choc de l'arrivée dans le milieu de travail et promouvoir l'intégration plutôt que la différenciation professionnelle » (D'Amours, Sicotte et Lévy, 1999, p. 89). Mais il est nécessaire de vérifier qu'il ne s'agit pas uniquement d'une inscription formelle et mesurer l'efficacité d'inscrire la collaboration interprofessionnelle dans les projets pédagogiques des établissements de formation (Aiguier, Poirette et Pélissier, 2016). Cela ressort encore plus spécifiquement quand il est question de l'accompagnement des personnes TSA, comme le précise Benoumechira (2013, p. 1) en contexte maghrébin : « La condition d'une meilleure articulation entre théories et pratiques réside dans une coopération entre praticiens et chercheurs et passe par une amélioration de la formation. »

La recherche est plus prolixe aux Etats-Unis sur le sujet spécifique de la collaboration entre professionnels pour accompagner les personnes TSA. Les travaux de Cox (2012) abordent la nécessité d'instaurer un code éthique comme outil pour constituer un langage commun pour fonctionner en équipe. Certaines conditions sont facilitatrices du travail interdisciplinaire, comme du temps disponible, de la planification et du débriefing des séances, de la confiance et de la transparence, de la communication (Banach

et Couse, 2012), ainsi que la nécessité d'un coordonnateur d'équipe (Shahidullah et al., 2020). Plus spécifiquement sur l'axe de la formation dans le cadre de l'accompagnement de l'autisme, Kelly et Tincani (2013) présentent plusieurs idées, comme former les professionnels à la collaboration dès la formation initiale, et le faire dans une perspective bidirectionnelle, où chaque professionnel ne fait pas que prodiguer des conseils mais accepte de faire évoluer sa pratique selon les conseils des autres.

4 Cadre conceptuel : de la collaboration interprofessionnelle à la mutualisation collaborative

De façon générale, au sein d'une organisation, la plupart des activités humaines sont le produit d'actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes et non des activités individuelles et solitaires (Romelaer, 2007). Pour débuter cette réflexion autour de la définition de la collaboration interprofessionnelle (CIP), nous présenterons celle de l'OMS : « *Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.* »

Ce sont donc *a minima* deux groupes professionnels qui partagent un but commun et, pour l'atteindre, interagissent ensemble. En santé, il s'agit de progresser dans la prise en soin des patients. L'étude d'une CIP prend en compte la complexité du but commun, ne pouvant être étudié à travers le prisme d'un seul acteur ou d'une seule structure, mais bien dans une approche systémique permettant d'étudier conjointement les relations entre institutions, entre acteurs dans un contexte sociétal et prescripteur spécifique. Mais la CIP comprend également un partage de savoirs, de compétences et de responsabilités entre l'ensemble des participants au projet (Marcel et al., 2007). On s'inscrit dans une CIP quand on a l'objectif d'avoir une intervention plus pertinente et cohérente, grâce à la pluralité des compétences mises à disposition par la pluralité d'acteurs, afin de mobiliser les plus adaptées à la situation. C'est donc la situation qui guide l'intention de collaborer (Careau et al., 2014). En fonction de la complexité des besoins, mais également de la propension de chaque professionnel à s'inscrire dans cette collaboration, il y aura différents modes de fonctionnement (Hache, à paraitre). Or, il n'est pas simple de fonctionner en CIP. Dans sa note de synthèse, Pelletier (2021, p. 193) résume ces difficultés :

Néanmoins, c'est un exercice périlleux que celui de faire parler ensemble des professionnels, qui ont en commun d'appartenir à la catégorie des « métiers adressés à autrui" (Piot, 2009, p. 263) mais qui sont issus de formations différentes et par voie de conséquence, ont des professionnalités distinctes (Philippot, 2018).

D'Amours et Oandasan (2005, p. 9) proposent un cadre d'analyse de la CIP, la définissant comme

Le processus par lequel les professionnels réfléchissent et développent des modes de pratique qui apportent une réponse intégrée et cohérente aux besoins du [patient] / de la famille / de la population. […] Elle implique une interaction continue et un partage des connaissances entre les professionnels organisés, afin de résoudre ou d'explorer une

variété de questions relatives à l'éducation et aux soins, tout en cherchant à optimiser la participation du patient.

Ainsi, on peut comprendre qu'au fur et à mesure que la situation devient complexe, on doit faire appel à des personnes différentes de nous.

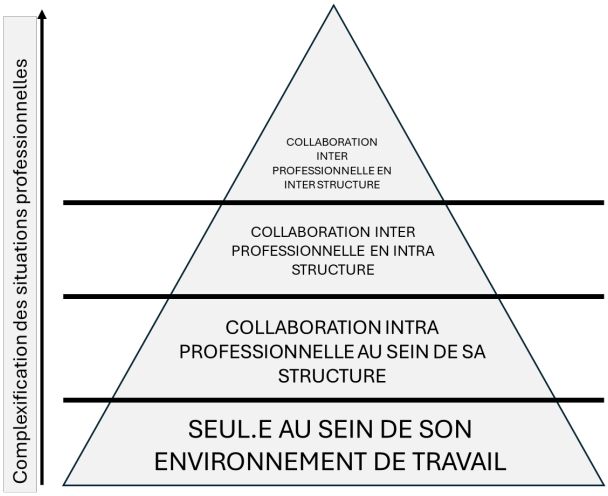


Fig. 1 : Schématisation de la complexification des situations professionnelles.

Au premier niveau, les situations classiques peuvent être traitées « seul e » au sein de son environnement de travail. Puis, au fur et à mesure que la situation se complexifie, on fait appel à d'autres professionnels du même champ puis à des professionnels d'autres champs au sein de sa structure, pour enfin travailler en interprofessionnel en inter structure. La collaboration s'intensifie, ce qui amène une augmentation de l'interdépendance entre les acteurs, arrivant à des partages de décisions et d'actions. Ces collaborations, en fonction des situations, peut s'ouvrir à des publics non professionnels. D'où la volonté de parler de mutualisation collaborative plutôt que de collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire le fait que chaque acteur, qu'il soit professionnel ou non, vient avec ce qui fait sa spécificité et le mutualise avec l'ensemble des autres acteurs dans une visée collaborative, c'est-à-dire en partageant un but commun (Hache, à paraitre, p. 204). C'est donc par la pluralité d'expertises différentes mais complémentaires, avec la reconnaissance de la valeur de chacune d'entre elles, qui est nécessaire pour travailler les situations les plus complexes. L'accompagnement des jeunes TSA fait partie des situations les plus complexes. C'est pourquoi dans cet article nous souhaitons traiter la problématique suivante : en quoi la collaboration interprofessionnelle agit sur la prise en soin des TSA juvéniles dans le contexte prescriptif de la pédopsychiatrie française ?

Le thème de l'étude est l'apprentissage de la collaboration des équipes pluridisciplinaires qui accompagnent des personnes autistes, en hôpital de jour dans notre étude de cas. En contexte français, dans les textes de recommandations en matière d'autisme (HAS, 2017, 2018) sont employés les termes « multi professionnel », « pluriprofession-

nel » et « pluridisciplinaire » sans que nous ayons trouvé une différenciation claire entre ces termes. Plusieurs professionnels interrogés parlent spontanément d'équipe « pluridisciplinaire » et nous avons choisi d'employer ce terme dans notre étude quand il s'agit de qualifier les équipes accompagnant des personnes avec autisme. En ce qui concerne le contexte anglo-saxon et en particulier américain, le terme employé dans la littérature scientifique est celui d' « interdisciplinary » pour qualifier les équipes (Banach et Couse, 2012 ; Brodhead, 2015 ; Cox, 2012 ; Kunze et Machalicek, 2020), que nous avons conservé en mentionnant dans ce cas les « équipes interdisciplinaires ».

5 Méthodologie

5.1 Une démarche exploratoire centrée sur les professionnels travaillant avec des jeunes TSA

Notre thématique de recherche fut à l'origine orientée autour de la formation des professionnels à l'accompagnement des jeunes TSA. Pour explorer ce domaine, nous avons réalisé une enquête exploratoire composée dans un premier temps d'un questionnaire que nous avons envoyé à 130 adresses de professionnels ou structures concernées par l'autisme (centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), instituts médicoéducatifs (IME), instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) principalement) trouvées sur internet ; puis compléter par neuf entretiens semi-directifs avec des éducatrices spécialisés, des neuropsychologues et une pédopsychiatre, qui travaillaient dans des structures différentes. Le questionnaire portait principalement sur le profil professionnel des répondants, le type de formation à l'autisme suivi et leur expérience professionnelle avec des personnes TSA. L'analyse des 59 réponses nous a permis de comprendre qu'il existait une très grande diversité de formations, mais également un manque de formation ressenti important qui ont amené les répondants, en commentaires libres, à parler de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, pour pallier l'absence ou le manque de formation, les professionnels disent se tourner vers leurs pairs, le travail en équipe, ou orienter vers d'autres professionnels quand ils sentent qu'ils n'ont « plus les compétences ». Une phrase écrite par l'un d'entre eux synthétise ce constat : « j'ai appris sur le terrain grâce à mes collègues ». Les conclusions de cette enquête nous ont amené à réorienter notre questionnement autour de la collaboration interprofessionnelle. Les entretiens complémentaires ont porté sur le travail en équipe et le contexte institutionnel de l'accompagnement de l'autisme en France. Leurs analyses a permis de mettre en lumière la nécessité de travailler en collaboration interprofessionnelle car l'accompagnement « ne peut se faire autrement » dû : aux enfants autistes eux-mêmes, qui étant donné la sévérité de leurs troubles mettent très en difficulté les professionnels ; à la complexité de ce trouble, la diversité des approches actuelles et des disciplines professionnelles concernées ne permet pas une prise en charge individuelle de ces patients.

5.2 Choix de la population

Au regard des éléments de notre enquête exploratoire, nous avons décidé de nous centrer sur une équipe plutôt que sur le cas d'un patient. En effet, les patients sont

souvent pris en soin non pas par un professionnel mais bien par toute une équipe, qui met la diversité de ses compétences propres à disposition du projet du patient. D'autres études ont été réalisées sur un sujet similaire au nôtre (Banach et Couse, 2012 ; Donaldson, 2015 ; Kunze et Machalicek, 2020). Notre étude de cas relate une prise en charge d'autisme, par le fait que l'on soit en hôpital de jour avec différentes professions représentées, comme le confirme la typologie établie par Barlatier (2018). La recherche sur l'accompagnement de l'autisme, y compris en contexte anglo-saxon, est assez récente (Jones et al., 2021). C'est pourquoi l'étude de cas parait une approche appropriée, vu qu'il s'agit d'une exploration d'un sujet peu étudié, à visée descriptive, et non d'un cas singulier par rapport à la norme (Barfety-Servignat, 2021 ; Barlatier, 2018). L'objectif est de pouvoir rendre compte de la façon dont fonctionne le système social, ici la collaboration interprofessionnelle, et ainsi explorer et décrire le phénomène directement dans son contexte. En aucun cas n'avons-nous pour objectif de généraliser les résultats obtenus à l'entièreté de la population concernée.

Ainsi, nous avons pu contacter par le biais de notre réseau un cadre qui travaille au service infanto-juvénile en hôpital de jour avec des enfants autistes majoritairement. Il nous a accueilli sur site deux fois courant avril 2022 pour interroger six des huit professionnels de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant des enfants autistes. Nous avons donc interrogé un représentant de chaque corps de métier présent dans une équipe pluridisciplinaire qui travaille au sein de l'hôpital de jour d'un hôpital psychiatrique qui prend en charge des enfants avec des troubles sévères, dont 80% ont reçu un diagnostic de TSA. Les deux professionnels absents lors de notre venue étaient deux infirmières, dans un service en comprenant trois. Les prénoms ont été modifiés dans le but de préserver l'anonymat des personnes interrogées.

Tab. 1 : Descriptif des entretiens menés

	Enquête définitive					
Prénom	Elise	Cyprien	Raymond	Sylvie	Nadine	Sofia
Date	01.04.22	01.04.22	01.04.22	27.04.22	29.04.22	29.04.22
Modalités d'entretien	En présence	En présence	En présence	À distance	En présence	En présence
Durée de l'entretien	13 min 27	26 min 16	40 min 22	38 min 08	26 min 15	27 min 34
Métier	Infirmière	Psychomotricien	Cadre éducateur spécialisé	Médecin psychiatre	Éducatrice de jeunes enfants (EJE)	Psychologue du développement
Structure d'exercice	Hôpital de jour					

5.3 Construction de l'outil d'enquête, récolte de données et méthode d'analyse

La collecte des données s'est faite par l'enregistrement d'entretiens individuels en face à face ou à distance, simultanément retranscrits sur un logiciel de traitement de texte avant d'être vérifiés et corrigés à la main. Les différentes thématiques, découlant de notre revue de littérature, de l'enquête s'articulent autour des thèmes suivants : la description du travail d'équipe autour des patients autistes, leur rôle dans cette équipe, l'existence ou non de dispositifs ou outils pour faciliter le travail d'équipe, le vocabulaire spécifique utilisé pour parler de travail d'équipe, les compétences requises selon eux pour travailler en équipe autour de personnes avec autisme.

Nous avons procédé à une analyse de données qualitative (Bardin, 2013 ; Blanchet et Gotman, 2007). Il s'agit d'une analyse de contenu qui classe les résultats par thèmes. Nous avons classé les verbatim des entretiens dans les différentes catégories autour de la nécessité du travail d'équipe et les contraintes liées au contexte de travail, les conditions autorisant ce travail d'équipe en termes d'outils et de communication, et les palliatifs du manque de formation, à savoir l'apprentissage par l'expérience, les compétences des collègues qui peuvent prendre le relais ou enrichir l'analyse par leur vision complémentaire. D'autres catégories sont également présentes dans les résultats mais ne répondent pas directement à notre problématique. Cela nous permet d'élargir notre vision : « Si l'on aborde un matériau avec des cadres théoriques prédéfinis, alors la tentation est de ne voir dans le matériau que ce qui confirme (éventuellement infirme, mais c'est assez rare) ces cadres théoriques » (Ayache et Dumez, 2011, p. 34). Notre analyse a permis d'identifier un axe majeur orienté vers la primauté de l'humain (sur les considérations théoriques, politiques, disciplinaires, personnelles…) dans la façon de considérer les jeunes pris en charge ainsi que les collègues.

5.4 Limites et biais de l'enquête

En dehors de la spécificité de l'étude de cas, qui a été citée en amont et qui empêche toute généralisation de nos conclusions, cette enquête porte sur un sujet très politisé. Cela laisse à penser qu'il y a un fort biais de désirabilité sociale dans les réponses obtenues. Nous avons remarqué que les professionnels, forts de leur expérience qu'ils théorisent et racontent à des personnes extérieures, avaient souvent un discours préconstruit en réponse à certaines de nos questions. Nous avons tenté de limiter cela par une attitude de neutralité bienveillante, mais également par un certain nombre de questions qui ont aussi semblé inhabituelles aux professionnels selon nous, de sorte qu'ils ont parfois hésité, pris le temps de réfléchir, de reformuler la question, etc. Certains professionnels ont également exprimé une satisfaction dans le fait de faire l'objet d'une étude scientifique, par besoin de reconnaissance de leur pratique (Olivier de Sardan, 1995), tout à la fois parce qu'elle est importante et difficile.

En effet, un autre biais possible est le fait d'avoir étudié une équipe qui ne prend pas en charge une population autistique uniquement, c'est-à-dire qu'à peu près 80% des patients ont reçu ce diagnostic, et que nombre d'entre eux présentent des comorbidités comme une déficience intellectuelle, un trouble déficitaire de l'attention, etc. Cependant, cette réalité est celle de l'autisme sévère, et c'est ce qui en fait la complexité d'un point de vue clinique : certains enfants reçoivent plusieurs diagnostics en étant

petits, mais ce n'est qu'avec le temps que les médecins peuvent dire quel est le trouble le plus lourd, voire si les soins ont permis d'alléger certains troubles et pas d'autres.

5.5 La posture des chercheuses

Les travaux de Thébaud-Mony (2013) sur la recherche engagée et la rigueur méthodologique font état de la posture du chercheur, spécifiquement dans le champ de la santé. Ainsi, elle rappelle les travaux de Kuhn (2008, cité par Thébaud-Mony, 2013) niant l'existence, en science, d'un point de vue neutre ou objectif et l'autrice rappelle que tout chercheur inscrit sa recherche dans son système de valeurs et de perception du monde qui l'entoure. L'important, dans toute situation, est d'exposer sa démarche rigoureuse de recherche, mais également d'afficher une transparence sur son rapport à l'objet de recherche. Dans notre cas, l'une des deux chercheuses, à l'origine du sujet mais également chargée de la récolte de données, a développé une curiosité sur le sujet de l'autisme depuis qu'elle a reçu un diagnostic d'autisme sans déficience intellectuelle (dit de niveau 1). Son positionnement sur le spectre de l'autisme est donc éloigné des jeunes avec lesquels les professionnels travaillent. Ainsi, notre recherche est engagée, avec des prises de risque : risques de se révéler, d'écouter et de témoigner (Leclerc et al., 2011). Le rapport de proximité de l'une des chercheuses à l'objet étudié a été nuancé par la deuxième chercheuse, encadrant son travail de fin d'étude et permettant, par des séances de travail d'analyse de données en duo, d'activer la triangulation du chercheur, qui permet d'échapper à sa subjectivité par la validation à plusieurs (Denzin, 1978), ce qui enrichit significativement les analyses (Hache, à paraitre).

6 Résultats

6.1 La spécificité de l'autisme, ou la nécessité absolue de travailler en interprofessionnel

6.1.1 Du côté de l'enfant : le fonctionnement de l'autisme

Le premier élément qui ressort du discours des professionnels pour justifier la nécessité de collaborer en interprofessionnel est la spécificité de l'autisme, particulièrement en hôpital de jour, comme le précisent Elise et Sofia :

« C'est les bases du travail ici, à l'hôpital de jour en tout cas, c'est rarement de l'individuel […] C'est plus un travail […] d'équipe, de collaboration interdisciplinaire ou c'est vraiment le cœur. » (Elise, infirmière)

Selon leurs discours, les jeunes TSA ne peuvent être accompagnés par une pluralité de personnes s'il n'y a pas une collaboration entre professionnels. En effet, le cadre de santé rappelle que les jeunes atteints de TSA ont « un trouble de la communication, un trouble de la relation ». Ces patients n'ont pas la capacité de s'écarter de leurs habitudes et comportements répétitifs pour s'adapter à la pluralité des fonctionnements des différentes personnes qui interviennent dans le parcours de soin.

Ainsi, l'équipe a souhaité se structurer pour prendre en compte ce fonctionnement spécifique et proposer un accueil de l'enfant « par une équipe, et pas forcément uniquement par une personne » (Raymond, cadre de santé, éducateur spécialisé de for-

mation). L'équipe fait donc le choix d'un « mix de prise en charge individuelle et de prise en charge groupale [même si] on se détache un peu des préconisations qui est censé être du un pour un » (Raymond). D'ailleurs, cette prise en charge individuelle fait partie des difficultés relevées par les professionnels, que nous détaillerons plus après, mais également la diversité des repères théoriques :

« Ça a été extrêmement décrié les psychanalyses d'enfants autistes [...], travailler seul avec un enfant autiste [...]. Ça [...] marche pas en fait hein » (Sofia, psychologue du développement)

En revanche, l'équipe souhaite identifier une personne référente par enfant, pour faciliter les échanges avec les familles et travailler la notion d'attachement.

6.1.2 Du côté des professionnels : un quotidien trop difficile

Le deuxième argument qui prône la collaboration interprofessionnelle est le caractère extrêmement difficile de l'accompagnement et du travail avec les jeunes TSA. Ces difficultés ressortent autour des limites humaines et des limites dans leurs champs de compétences. Pour le premier thème, Raymond, cadre de santé, le résume très bien : « On ne peut pas accueillir [ces] enfants [...] si on n'est pas psychiquement accessible ». Ils sont plusieurs à parler de leur expérience du travail avec ce public, qui est qualifié par Raymond de « mortifère » qui précise que « ça peut être épuisant. Ça te tue la pensée ». Elise, infirmière, parle d'une très grande fatigue, avec un public avec lequel il faut « beaucoup de patience » et où la possibilité de « passer le relais, ça fait du bien ». Avec certains enfants, c'est « très difficile, [...] ils nous mettent pas mal... à mal » (Nadine, EJE). Le caractère humain et relationnel est pointé par Sofia, psychologue, qui explique que « s'attacher à un enfant qui a beaucoup, beaucoup de troubles, c'est compliqué ». Et Raymond de préciser :

« C'est épuisant, [...] tu peux pas rester seul face à des pathologies comme ça, quoi. C'est impossible ».

Pour le deuxième thème abordé par les professionnels concernant le manque de compétences, il s'agit de moments où l'un des membres de l'équipe identifie qu'il n'a pas les connaissances ou aptitudes pour gérer la situation, ou encore que la situation avec l'enfant dépasse ses limites personnelles et le met en souffrance, et il fait donc appel à un autre membre de l'équipe pour le seconder.

« L'idée c'est d'être suffisamment en confiance avec tes collègues de travail pour leur dire à un moment donné, là j'y arrive pas, c'est trop compliqué avec c't enfant-là. Bah c'pas grave, y en a un autre qui prend le rôle, c'est tout l'intérêt de pouvoir bosser en équipe » (Raymond, cadre de santé).

Nadine, EJE, décrit de façon claire les difficultés rencontrées face à ce public, qui nécessite d'être à plusieurs, et rappelle la notion de confiance citée précédemment par Raymond :

« Les enfants [...] sont très difficiles [...]. Donc ça [...] met des fois à mal l'équipe. [...]. Dans une équipe des fois, ben t'as des gens qui sont un peu fatigués [...], c'est difficile,

ben des collègues prennent le relais. Ça c'est important aussi d'avoir confiance dans ses collègues. »

En effet, les problèmes rencontrés avec ces enfants sont, *de facto*, complexes et nécessitent des temps d'échange et de partage mais également parfois, le besoin d'être à deux, pour gérer « les crises » :

« Être seul face [...] aux problématiques que propose cet enfant, [...] ça fait [...] que c'que je parle là de négatif est vraiment amplifié. Alors que quand c'est en groupe, au moins c'est partagé et [...] on peut échanger dans [...] l'instant quand l'enfant fait une crise [...] on se dit bon, on est pas tout seul, là il y a ma collègue qui qui voit aussi qu'c'est difficile, qui voit que je suis en difficulté, qui peut m'aider » (Sofia, psychologue).

Pourtant, selon Raymond, l'évolution de la prise en soin des jeunes TSA tend vers une orientation majoritaire dans le champ du libéral, qui limite le travail en équipe car la diversité des professionnels nécessaires à cet accompagnement ne se retrouve pas forcément dans un même espace, comme c'est le cas à l'hôpital de jour. Selon lui, les professionnels libéraux n'ont pas tous la même sensibilité à cette nécessité de travailler en équipe, ni à voir les limites de travailler seul .

6.1.3 Une gestion complexe et une logistique importante

Enfin, le dernier élément que l'on retrouve dans les réponses des personnes interrogées est la gestion très lourde des jeunes TSA. Il y a toute une organisation logistique, à l'aide de logiciels informatiques pour la traçabilité des informations et des activités du quotidien, mais aussi un cahier de liaison quand des entretiens sont utilisés ou des observations sont réalisées sur tel ou tel enfant. Beaucoup de transmissions se font à l'oral mais l'équipe ressent le besoin d'avoir des outils de partage de ces informations, ou encore un agenda partagé pour mettre au même endroit tous les rdv extérieurs (comme les équipes de suivi de scolarité (ESS) des élèves). Dans l'équipe, une secrétaire a pour rôle de noter tout ce qui se dit dans les réunions d'équipe pour permettre aux absents de voir ce qu'il s'est déroulé durant la réunion. L'ensemble de ces outils a pour vocation de travailler entre membres de l'équipe. Le temps d'échange entre les professionnels, de façon formelle ou informelle, est extrêmement important, avec la volonté de d'adapter l'accompagnement du jeune au plus près de ses besoins du moment mais également de ses évolutions.

Et c'est dans cette gestion et cette organisation commune que peuvent être débattues des situations complexes de jeunes accompagnés, où la pluralité des professionnels prend tout son sens :

« Une équipe pluridisciplinaire, c'est ce qui fait la force aussi de notre travail. [...] En ce moment, on élabore ensemble quoi. On réfléchit chacun avec [...] sa vision de de de sa fonction, et c'est ce qui est intéressant parce que des fois on n'a pas pensé à un truc, mais l'infirmière elle dit oui mais attends, [...] parce que de sa vision d'infirmière, ça, c'est plus important que pour moi l'éduc. » (Nadine, EJE).

6.2 La diversité des professionnels est une richesse

L'intérêt d'avoir une grande diversité de profils de répondants à notre enquête, en interrogeant l'ensemble des professions représentées au sein de l'équipe d'un hôpital de jour (6 professionnels sur 8, les deux dernières étant des infirmières), est de montrer comment cette diversité apporte à l'équipe une très grande richesse en termes d'expériences, de connaissances et d'expertises variées entre les différents membres. Cela est perçu comme une force par l'équipe.

Nadine (EJE), dans son entretien, la décrit finement :

« Alors on est un hôpital de jour. Donc on va commencer par les professionnels. […] En principe y a 5 infirmières, une éducatrice donc c'est moi, […] un psychomotricien à plein temps, y a une assistante sociale, une secrétaire à 20%, un cadre, une médecin, et deux ASH. Voilà. Donc ici on accueille des enfants qui ont des troubles neurodéveloppementaux, la plupart sont TSA. On s'adapte aux enfants quoi. »

Ainsi, de façon plus précise, chaque professionnel a décrit ses missions durant l'entretien. Cyprien décrit son action de psychomotricien au sein de la structure comme tournée principalement autour de la sensorialité, avec des actions spécifiques sur l'oralité lors des repas par exemple, ou du développement psychomoteur avec la motricité fine ou l'habillage. Elise, en tant qu'infirmière, est davantage dans l'accueil des enfants. Elle participe aux différentes activités et en met certaines en place, en garantissant en permanence la sécurité de l'enfant, à partir, entre autres, de la trousse d'urgence spécifique à chacun d'entre eux. Pour Raymond, cadre de santé, c'est un travail organisationnel au niveau logistique et humain pour les que les soins soient « prodigués correctement aux enfants ». Il a donc la charge des plannings des personnes et les liens avec la structure sanitaire. Nadine est EJE. Selon elle, sa mission propre dans cette équipe est « d'être force de proposition », de proposer « des projets qui sortent un peu de l'ordinaire, qu'on se renouvelle un peu ». Elle cite par exemple un projet cirque, zoothérapie, des sorties à la piscine ou au parc, régulièrement en lien avec le service des sports. Sofia est psychologue du développement et détaille ses fonctions en trois axes : un avec les enfants où elle fait l'évaluation et […] la remédiation cognitive, un autre avec les parents pour parler avec eux du diagnostic et de la signification du terme « autisme ». Son troisième axe concerne l'équipe et est, selon ses termes, « un peu flou », tourné vers le conseil, l'écoute et le soutien. Sylvie, psychiatre, définit également des missions au contact des parents pour les accompagner en fonction de « là où ils en sont du diagnostic de leur enfant ». Mais elle dit également avoir la charge de l'admission des enfants, de la mise sous traitement, des sorties ainsi que de l'accompagnement de l'équipe sur les objectifs. Elle ressent le besoin de préciser qu'elle ne se « considère absolument pas comme thérapeute, je me considère médecin ».

Cette très grande diversité a donc comme force de permettre à des corps de métiers différents de se pencher, sur un temps donné, sur le profil d'un des jeunes accueillis dans la structure pour mutualiser l'ensemble de leurs connaissances et expertises au service d'un but commun, qui est celui d'améliorer l'accompagnement de ce jeune.

« L'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire, c'est que [en] réunion, enfin y a pas qu'en réunion, y a beaucoup d'informel dans toutes les structures […] y a une élaboration

commune qui se fait. Du coup l'intérêt c'est que tous ces gens puissent à un moment donné mettre en commun leur vision, leur représentation de l'enfant, pour voir ce qu'on peut en tirer, donc c'est enrichissant. Le point commun à tous ces gens-là, c'est l'enfant. Sa problématique et son projet de soins. Donc tous ces gens, avec un regard différent et des formations différentes, ce qu'il est dit, c'est l'enfant, qu'est-ce qu'on va proposer à l'enfant ? […] Arriver à admettre à un moment qu'on est tous différents, mais c'est pas parce qu'on est différent qu'on est un con quoi. On est différents, donc effectivement la différence, c'est une richesse » (Raymond, cadre de santé)

C'est donc une équipe qui s'inscrit dans une approche et une prise en charge globale de l'enfant, dans toute sa complexité :

« Encore une fois, ce qui est intéressant dans l'équipe, c'est le fait que vous allez avoir plusieurs facettes parce que vous rencontrez plusieurs professionnels et que ça va donner une image globale, […]quand on est seul […], on est tout de suite enfermé […] dans une vision personnelle. » (Sofia, psychologue du développement)

6.3 Des limites de la diversité : la nécessité de créer du commun

Mais cette diversité présentée par l'ensemble des répondants comme une richesse va aussi comporter des limites, que nous allons présenter maintenant autour des notions de formation et de divergences de statuts.

6.3.1 L'absence de formation institutionnelle

La formation à l'hôpital, Raymond, cadre, en parle et explique que de façon générale, elle fait défaut. La structure peut proposer des formations communes à tous les services. En revanche, plus spécifiquement sur le sujet de l'autisme ou de la psychiatrie, certains professionnels ne sont pas du tout formés. Les difficultés de la structure pour proposer ces formations dédiées sont d'ordre financier mais également organisationnel car « ça demande la fermeture de la structure » (Cyprien, psychomotricien). Sylvie, en parlant des méthodes de prise en charge comportementales recommandées officiellement, explique que sur certaines prises en charge, cela nécessite une formation de 2 ans à l'étranger, ce qui est « quasiment impossible ». Or, comme l'explique Raymond, « pour ce genre de travail, si tu n'es pas formé [sur l'autisme], c'est compliqué ». Mais devant la nécessité d'avoir recours à la formation pour les membres de l'équipe, Raymond cherche des formations ailleurs, « parce qu'on a gratté des sous à droite à gauche ». L'autre possibilité est celle de se former entre collègues, ainsi, la psychologue fait « des petits temps de formation pour l'équipe ». La médecin en fait également, « puisqu"elle est branchée théorie de l'attachement, […] elle a essayé de donner des billes ». Le cadre explique leur « système D », regrettant que la structure ne prenne pas en charge cette partie indispensable de leur travail, mais affirmant que face à la nécessité, « on essaie de se dépatouiller comme on peut ». Les autres membres de l'équipe reviennent à tour de rôle sur ce sujet de la formation et le constat est le même. Ils demandent des formations, comme Sofia qui a exprimé le besoin de se former à la thérapie systémique, qu'ils n'obtiennent pas, et finissent par se débrouiller seuls. Car pour Cyprien, « on a le devoir d'aller le chercher par soi-même. Des formations, des colloques, et cetera ». Une situation de formation est présentée par Nadine, mais elle

regrette que toute l'équipe n'ait pas pu y assister et trouve ça dommageable pour le travail en équipe.

Pour conclure sur le sujet de la formation absente de l'institution, les professionnels rappellent le cas très spécifique de l'accompagnement de jeunes avec TSA. Ils affirment un besoin permanent de remise en question car « si tu arrêtes [...] c'est foutu » : pour Raymond, « tu dois sans arrêt être questionné, te questionner, te re questionner sur ce que tu fais avec l'enfant ». Pour cela, plusieurs sources d'informations sont citées par Sylvie, qui peuvent être « les théories anciennes qui nous expliquent pourquoi on en est là aujourd'hui et puis sur les théories nouvelles [...] qui parfois sont décriées » afin de savoir « de quoi on parle et sur quoi on se base ». Et puis de façon beaucoup plus pragmatique, Elise renvoie son besoin de formation à des pistes concrètes qui seraient partagées à l'ensemble du collectif professionnel afin de partager du commun et coordonner leurs actions :

« Des formations qui mettent les soignants au clair sur certaines bases [...] [...] il faudrait le faire parce que c'est pour le bien-être de l'enfant. » (Elise, infirmière)

6.3.2 Des divergences de statut

Or, le fait que le système de formation ne soit pas entièrement géré par l'institution mais laissé à la gestion et l'implication de chaque professionnel crée des difficultés. Car, à l'origine, on rappelle le caractère interprofessionnel du travail d'équipe d'enfants avec TSA en hôpital de jour. Cela signifie qu'ils viennent de champs professionnels différents, mais également qu'ils n'ont pas les mêmes missions et les mêmes contrats de travail, « parce qu'on est tous différents qu'on a pas la même vision du travail » (Elise, infirmière). Sans structuration du projet commun et coordination, il peut très vite s'avérer difficile de travailler avec cette diversité de publics de professionnels :

« Là encore, c'est un problème institutionnel [...] le psychomot n'est pas soumis au même contrat travail, il est pas soumis aux mêmes obligations que l'infirmière, par exemple. [...] Et puis il a pas les mêmes objectifs de [...] travail. Donc [...] y a des moments où il arrive à mettre en avant les choses et à poser ses objectifs à lui et cetera mais y a des moments où c'est un peu compliqué et on lui dit bon ben, arrête en fait, on veut pas entendre parler de ces objectifs, on veut que tu fasses partie du groupe pour nous aider et nous soutenir, peu importe ta spécificité. » (Sylvie, psychiatre)

Il y a donc une grande nécessité à travailler autour d'un commun à l'équipe, pour dépasser la diversité et tendre vers une même destination. Cela peut être géré et soutenu par un référent.

« Mais je pense que sans bonne coordination eh bien le bât blesse et ça se ressent auprès des enfants malheureusement. [...]Il suffit d'un seul élément qui ne l'a pas, ou de 2, ça va très vite et que tout bascule. » (Elise, infirmière)

Le travail en équipe, dans cette grande diversité, est verbalisé par certains répondants comme une difficulté professionnelle, où « le travail avec les autres qui est plus fatigant que le travail avec les enfants en eux-mêmes » (Elise, infirmière). En plus de cela, les professionnels rappellent que face au public particulièrement difficile qu'ils

accueillent, « on n'y arrive pas et si l'équipe se divise, avec les enfants ça marche pas » (Nadine, EJE). Cette professionnelle illustre son discours avec la situation d'un enfant pour lequel l'équipe n'arrivait pas à trouver un consensus d'actions, ce qui a stoppé l'évolution de l'enfant. Elle note également la nécessité de prendre en considération le caractère humain de ses collègues de travail, qui ont chacun des sensibilités, mais également une histoire propre qui vient impacter son quotidien au travail.

La solution pour Cyprien et Nadine serait dans la communication, car « ça peut pas marcher si on communique pas, c'est impossible ». L'absence de communication avec certains collègues a amené l'impossibilité de se coordonner, « c'était horrible », ce qui a priori a évolué grâce au fait qu'ils soient maintenant une plus petite équipe. La patience serait également une qualité requise pour travailler en interprofessionnel dans ce service, car « y a cette patience à avoir entre chacun de pouvoir échanger c'est parfois assez compliqué, surtout quand on n'est pas d'accord pour pouvoir discuter librement, c'est aussi parfois assez dur » (Cyprien, psychomotricien).

7 Discussion

Notre étude d'une structure hospitalière d'accueil de jeunes TSA vient confirmer les bénéfices du travail interdisciplinaire autour de patients autistes sous certaines conditions (Banach et Couse, 2012 ; Donaldson, 2015 ; Shahidullah et al., 2020). Les membres de l'équipe interrogée travaillent en interprofessionnel en appliquant les recommandations, tant du point de vue de la nécessité d'une coordination des actions (Cristol, 2022 ; Shahidullah et al., 2020) que d'un leadership structurant (D'Amours, Sicotte et Lévy, 1999, p. 87). Au sein de leur équipe, on observe un certain partage de valeurs, construit autour de l'intérêt du patient. Cela renvoie à la notion de code éthique (Cox, 2012), non institutionnalisé par une charte éthique commune déclarée, mais sous-entendue, portée par la déontologie de chaque corps de métier. Ce que notre travail montre de façon plus précise, c'est le fonctionnement de cette collaboration interprofessionnelle. Celle-ci fonctionne et évolue en fonction de la complexité de la situation à gérer, passant d'un accompagnement par un seul acteur vers un travail en interprofessionnalité voire en inter-établissement pour les situations les plus complexes. L'autisme fait partie de ces situations-là. Mais, quel que soit le degré de complexité, cela se réalise toujours en créant du commun (Hache, à paraître), nécessaire à la dynamique de groupe (Mellier, 2002). Ainsi, les différents acteurs expliquent qu'ils œuvrent au service d'un même objectif, qui est le bien-être des enfants autistes, et harmonisent certaines de leurs pratiques pour s'adapter au besoin de régularité des profils d'enfants TSA. Nos résultats illustrent réellement la notion de mutualisation collaborative (Hache, à paraître), montrant comment chaque professionnel met en commun son expertise et ses connaissances pour que le collectif puisse se saisir de l'ensemble de ces apports individuels pour œuvrer collectivement et collaborer afin d'atteindre le but commun. Mais cette réflexion va plus loin que l'autisme, comme le dit l'une des professionnels, qui spécifie le fait que les compétences nécessaires au travail d'équipe ne sont pas spécifiques à l'autisme, mais générales pour le travail d'équipe, quel que soit le domaine. Dans le cadre de l'autisme, c'est indispensable, là où c'est hautement profitable à terme pour les autres domaines (Kunze et Machalicek,

2020) et recommandé au niveau mondial en général (WHO, 2010). Notre travail est donc un élément qui pourrait être enrichissant pour les autres domaines de santé.

Où en est donc la situation de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'accompagnement des personnes TSA ? Notre étude arrive 10 ans après la dernière Recommandation de bonne pratique concernant les interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et chez l'adolescent (HAS, 2012) et le constat est toujours le même. Tout est déjà là. Les prescriptions dans le cadre de ce texte précisent les différents éléments nécessaires à un travail collaboratif, plusieurs études de cas, dont la nôtre, montrent des équipes en capacité de travailler ensemble malgré, ou avec, leur grande diversité et des éléments de formation, même s'ils sont améliorables, sont présents dans les institutions. L'opposition psychanalyse / cognitivo-comportementalisme n'est qu'une façade, un prétexte qui arrange certains acteurs profitant possiblement du flou et des tensions mises en avant pour présenter de nouvelles méthodes dont les preuves d'efficacité insuffisantes contrastent avec le niveau d'attentes d'une solution parfaite (Chamak, 2013 ; Demailly, 2019) car les classifications en pédopsychiatrie sont l'objet de nombreux conflits d'intérêts et choix politiques (Chamak et Cohen, 2013). Dans le service que nous avons présenté, le cadre de santé a fait toute sa carrière dans une conception psychanalytique alors que la médecin a été formée récemment à partir de nouvelles méthodes. Les professionnelles les plus au contact avec les patients autistes au quotidien (éducatrice, infirmière) disent même ne pas avoir été formées. Or, dans l'action professionnelle, chacun s'adapte à l'humain dans la situation et sait mettre l'intérêt de l'enfant au centre, en sachant mettre de côté les grandes querelles théoriques lorsque les difficultés de terrain exigent de faire équipe avant tout. Leurs actions sont guidées par des questions pragmatiques. Les professionnels n'ont pas besoin d'être les mêmes mais il leur faut une certaine proximité, pour que la roue dentée ne tourne pas dans le vide car trop éloignée de la roue voisine, leurs missions ne pouvant pas se faire seul. Pour cela, il apparaît nécessaire de créer ce fameux bagage commun déjà cité précédemment : un accompagnement apportant informations théoriques et compétences professionnelles, afin de pouvoir compter sur des ressources et un langage commun au collectif (Cox, 2012) autour du contexte spécifique de leurs missions, indispensables pour leur réalisation. Cela répond aux besoins exprimés par des professionnels en souffrance dans le contexte du soin des enfants autistes, d'autant plus lorsqu"on réalise que les différentes approches constituent chacune une pièce du puzzle de l'accompagnement à apporter aux personnes autistes (Gepner, 2012).

8 Conclusion

On se retrouve donc sur le sujet de l'autisme à la construction d'un problème plus social que professionnel, là où « [les professionnels] sont réunis par une question : "que faire avec les autistes ?" dont nul agent social n'est a priori propriétaire exclusif et légitime et où les mots "faire" et "autisme" sont eux-mêmes à définir. » (Demailly, 2019, 68). Les choix sont ainsi faits selon des questions politiques d'intérêt et non principalement selon l'intérêt des personnes concernées (Al-Sharif, Saunier et Zoukoua, 2011 ; Demailly, 2019) qui tentent comme ils peuvent, par eux-mêmes ou via

leurs aidants, de se constituer en associations pour avoir le droit à la parole dans les médias (Akrich et Rabeharisoa, 2012).

Références bibliographiques

Aiguier, G., Poirette, S. et Pélissier, M.-F. (2016). Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal International de Bioéthique et d'Éthique des Sciences*, *27*(1), 91-112. 'https://doi.org/10.3917/jib.271.0091

Akrich M. et Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique*, *24*(1), 69-74. 'https://doi.org/10.3917/spub.121.0069

Al-Sharif N., Saunier P.-L. et E.-A. Zoukoua. (2011). *Le contrôle d'un réseau public-privé sous l'influence du New Public Management : le cas du secteur social et médicosocial en France.* [En ligne] : HAL. 'https://hal.science/hal-00645364/document

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5e éd.). Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013)

Asperger, H. (1944). Die „autistischen Psychopathen, im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117*, 76–136. 'https://doi.org/10.1007/BF01837709

Ayache, M. et Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative, une nouvelle perspective ? *Le Libellio d'Aegis*, *7*(2), 33-46. [En ligne] : HAL.

Banach, M. et Couse, L. (2012). Interdisciplinary co-facilitation of support groups for parents of children with autism : an opportunity for professional preparation. *Social Work with Groups, 35*(4), 313-329. http://dx.doi.org/10.1080/01609513.2012.671103

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu.* Paris : Presses Universitaires de France.

Barfety-Servignat, V. (2021). Chapitre 6. L'étude de cas. Dans A. Bioy (dir.). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 95-113). Paris : Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0095

Barlatier, P. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans F. Chevalier (dir.). *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 126-139). Caen : EMS Editions. https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126

Benoumechira, F. Z. (2013). Pour une intervention précoce et développementale d'enfants autistes : renforcer la coopération entre praticiens et chercheurs par la formation continue. *Studies in Orthophonia and Neuropsychology, 3*(1), 41-58. 'https://dx.doi.org/10.12816/0006988

Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'entretien* (2e éd.). Malakoff : Dunod.

Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires* (thèse de doctorat, Université Laval). [En ligne] : 'http://hdl.handle.net/20.500.11794/24136

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museaux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif* (p. 1-23). Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/RCPI/Guide-continuum-pratique-CIP.pdf

Chamak B. (2013). Autisme : nouvelles représentations et controverses. *Psychologie Clinique*, *36*(2), 59-67. 'https://doi.org/10.1051/psyc/201336059

Chamak, B. et Cohen, D. (2013). Les classifications en pédopsychiatrie : controverses et conflits d'intérêts. *Hermès, la Revue, 66*(2), 93-101. 'https://doi.org/10.4267/2042/51559

Chiocchio, F. (2012, avril). *Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé – Cadre conceptuel et inventaire de mesures.* [En ligne] : 'https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/Chiocchio_RV_MSSS_Rapport_27_avril_2012.pdf

Cox, D. (2012). From interdisciplinary to integrated care of the child with autism : the essential role for a code of ethics. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*, 2729-2738. 'https://dx.doi.org/10.1007/s10803-012-1530-z

Cristol, D. (2017). Les communautés d'apprentissage : apprendre ensemble. *Savoirs*, *43*(1), 10-55. 'https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/savo.043.0009

Cristol, D. (2022). *Apprendre à apprendre ensemble.* Paris : ESF Sciences humaines.

D'Amours, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, *17*(3), 67-94.

D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19*(1), 8-20. https://doi.org/10.1080/13561820500081604

Demailly, L. (2019). Le champ houleux de l'autisme en France au début du XXIème siècle. *Sociologies* [En ligne]. 'https://doi.org/10.4000/sociologies.9593

Denzin, N. K. (1978). *The research act : a theoretical introduction to sociological methods*. New York : Routledge.

Donaldson, A. (2015). Pre-professional training for serving children with ASD : an apprenticeship model of supervision. *Teacher Education and Special Education : the Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children, 38*(1), 58-70. 'https://doi.org/10.1177/0888406414566995

Gepner B. (2012). Vers une théorie clinique intégrée des désordres de la constellation autistique. *Développements*, *10*(1), 5-36.

Hache, C. (à paraître). *Questionner les situations d'enseignement/apprentissage à travers le concept d'hétérogénéité* [habilitation à diriger des recherches, Aix-Marseille Université].

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2012). *Recommandation de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (p. 234).

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2017). LECLERC, Chantal, BOURASSA, Bruno, PICARD, France, COURCY, François (2011). « Du groupe focalisé à la recherche collaborative. Avantages, défis et stratégies ». *Recherches qualitatives*, vol. 29, n° 3, p. 145-167. https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.7202/1085877ar. [En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1102317/fr/autisme-et-autres-ted-diagnostic-et-evaluation-chez-ladulte

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2018). *Recommandation de bonne pratique. Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (p. 104). [En ligne] : 'https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent

Jones, K., Gangadharan, S., Brigham, P., Smith, E. et Shankar, R. (2021). Current practice and adaptations being made for people with autism admitted to in-patient psychiatric services across the UK. *British Journal of Psychiatry Open, 7*(3), E102. 'https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2021.58

Kalika, M., Mouricou, P. et Garreau, L. (2018). *Le mémoire de master* (5ème éd.). Malakoff : Dunod.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child : Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child, 2,* 217–250. [En ligne] : 'https://cpb-us-e1.wpmucdn.com/blogs.uoregon.edu/dist/d/16656/files/2018/11/Kanner-Autistic-Disturbances-of-Affective-Contact-1943-vooiwn.pdf

Kelly, A. et Tincani, M. (2013). Collaborative training and practice among applied behavior analysts who support individuals with autism spectrum disorder. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 48*(1), 120-131. [En ligne] : 'https://www.jstor.org/stable/23879891

Kunze, M. et Machalicek, W. (2020). Interdisciplinary teams : a model to support students with autism. *Psychology in the Schools, 59*(7), 1350-1362. 'https://dx.doi.org/10.1002/pits.22618

Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., et Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative. Avantages, défis et stratégies *Recherches qualitatives*, 29(3), 145-167. https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.7202/1085877ar

Marcel, J.-F., Dupriez, V., Périsset Bagnoud, D., & Tardif, M. (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer. De nouvelles pratiques enseignantes*. De Boeck Supérieur. https://shs.cairn.info/coordonner-collaborer-cooperer-\/-9782804155223

Mellier, D. (2002). L'équipe, c'est aussi un groupe. *Enfances & Psy*, *19*(3), 22-28. 'https://doi.org/10.3917/ep.019.0022

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles aux politiques publiques dans le champ du handicap. (2013, mai). *Troisième plan autisme (2013-2017)* (p. 26). [En ligne] : 'https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie. *Enquête* [En ligne],*1*, 71-109. 'https://dx.doi.org/10.4000/enquete.263

Peev, A. (2015). *Partenariat entre parents et professionnels autour d'une personne atteinte d'autisme : recherche sur les éléments qui favorisent ou qui péjorent la collaboration* [mémoire de master, Haute école de travail social et de la santé de Lausanne]. [En ligne] : 'https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/laress/ura/Peev_TB_-_REDACTION.pdf

Pelletier, L. (2021). *De la méthodologie expérimentale à la recherche interventionniste. Contribution à une approche socio-anthropologique de l'école et de la société inclusives* [habilitation à Diriger des Recherches, Université de la Réunion].

Romelaer, P. (2007). *Organisation : Panorama d'une méthode de diagnostic* (p. 1-27). http://mti.cea.daphine.free.fr/Annales/Organisation\%20des\%20entreprises/2OrganisationPR07.pdf

Shahidullah, J. D., Mezher, K., Brunson McClain Verdoes, M. et Lee Mcintyre, L. (2020). Coordinating autism care across schools and medical settings : considerations for school psychologists. *Intervention in School and Clinic, 56*(2). 'https://dx.doi.org/10.1177/1053451220914891

Thébaud-Mony, A. (2013). Recherche engagée et rigueur méthodologique. Dans M. Hunsmann et S. Kapp (dir.). *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales* (pp. 315-331). Paris : Edition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Wacheux, F. et Asmar, M. (2007, février). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire* (pp.57-75). Conférence internationale en management, Beyrouth, Liban. [En ligne] : HAL. 'https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/170357/filename/article_3fevfinal.pdf

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome : a clinical account. *Psychological Medicine, 11*(1), 115-129. 'https://doi.org/10.1017/S0033291700053332

Wolff, M., Gattegno, M.-P. et Adrien, J.-L. (2009). Rôle et avenir du psychologue superviseur français pour l'accompagnement de personnes avec autisme. *Revue Québécoise de Psychologie*, *30*(3), 143-162. [En ligne] : https://www.researchgate.net/profile/Marion-Wolff/publication/280682217_Role_et_avenir_du_psychologue_superviseur_francais_pour_l'accompagnement_de_personnes_avec_autisme/links/5657210f08ae4988a7b528ac/Role-et-avenir-du-psychologue-superviseur-francais-pour-laccompagnement-de-personnes-avec-autisme.pdf

World Health Organization [WHO]. (2010). *Framework for action on inter professional education & collaborative practice*. Geneva : Diana Hopkins. [En ligne] : 'https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice