



Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Projet OR : Optimiser les Rôles des acteurs du milieu éducatif pour mieux soutenir les élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage

Chercheuse principale

Chantal Camden, U. de Sherbrooke

Chercheurs collaborateurs

Dana Anaby

Jean-Claude Kalubi

Marie-France Morin

Marie-France Nadeau

Steven Shaw

Michel Tousignant

Coordonnateur de recherche

Jade Berbari, U. Sherbrooke

Établissement gestionnaire de la subvention

U. de Sherbrooke

Numéro du projet de recherche-action

2017-PO-202686

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaires

Partenaires de l'Action concertée

Le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier l'ensemble de nos collaborateurs des milieux scolaires, ainsi que les coordonnateurs de recherche et étudiants qui ont participé à cette étude. En particulier, nous aimerions remercier Vicky Viens, Éric Lauzon, Dany Grenon, Emmanuelle Gaudet, Jade Berbari, Élodie Hérault, Léa Héguy, Nadia Houle, Julie Huard, Lina Ianni, Cheyenne Gauvin, Rosalie Dostie, et tous les autres collaborateurs de l'équipe OR (optimisation des rôles). Nous voulons également souligner la contribution de co-chercheurs ontariens : Cheryl Missiuna, Wenonah Campbell et Sheila Bennett. Merci également à l'équipe de *Partnering for Change*, en Ontario, pour avoir accepté de partager leur matériel, et en particulier, à Lea Dix. Merci à Lisa Rivard, et à Marie-Ève Thibault, de l'Unité de Recherche Clinique et Épidémiologique du CR CHUS pour son aide pour la soumission des articles scientifiques. Enfin, merci à tous les participants à ce projet de recherche, ainsi qu'aux membres du comité de suivi du FRQSC pour leur soutien et recommandations tout au long de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
PARTIE A : CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	2
1. Problématique	2
2. Objectifs poursuivis	5
3. Principales questions de recherche	5
PARTIE B : PISTE DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES TRAVAUX.....	6
1. Type d’auditoire auquel s’adresse nos travaux	6
2. Ce que signifie nos conclusions	6
3. Retombées prévues de nos travaux	8
4. Les limites et niveau de généralisation des résultats	9
5. Messages clés	10
6. Principales pistes de solution	10
PARTIE C : MÉTHODOLOGIE	11
1. Description et justification de l’approche méthodologique	11
2. Description et justification des méthodes de cueillette de données	11
3. Principales sources de données et échantillon	11
4. Stratégies et techniques d’analyse	11
PARTIE D : RÉSULTATS.....	12
QR-1. Description des rôles	12
QR-2. Pratiques de RAI des services complémentaires et d’adaptation scolaire au Québec	13
QR-3. Stratégies d’intervention mises en œuvre dans un modèle CMR	14
QR-4. Retombées associées à l’implantation d’un modèle CMR	16
QR-5. Facteurs influençant l’implantation d’un modèle CMR	17
QR-6. Coûts associés à l’implantation d’un modèle CMR	18
PARTIE E : PISTES DE RECHERCHE	19
1. Nouvelles pistes ou questions de recherche qui découlent des travaux	19
2. Principale piste de solution	19
PARTIE F : RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	20
ANNEXES.....	22

PARTIE A : CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

L'inclusion scolaire est promue par la plupart des politiques scolaires des pays industrialisés¹⁻². L'inclusion scolaire stipule qu'il faut prioriser la classe ordinaire comme le lieu privilégié pour la scolarisation des élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (HDAA)³. Au Québec, plus de 60 % des élèves HDAA évoluent en classe ordinaire^{1, 4-5}. L'inclusion scolaire fait référence à la présence physique d'élèves HDAA dans une classe ordinaire, mais également à l'utilisation d'approches collaboratives, de stratégies éducatives et de mesures de soutien favorisant la participation en classe³. Ainsi, tous les acteurs du milieu scolaire, incluant les enseignants, les directeurs et les professionnels non enseignants, ont un rôle à jouer pour créer un environnement scolaire inclusif. Les professionnels non enseignants réfèrent à l'ensemble des intervenants en soutien aux élèves HDAA, et incluent notamment des éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, psychologues et orthophonistes engagés par les commissions scolaires ou par les écoles.

Afin d'assumer leurs rôles de façon optimale, l'ensemble des acteurs impliqués auprès des élèves HDAA doivent être soutenus et formés adéquatement⁶⁻¹⁰. Cependant, les enseignants et les professionnels non enseignants rapportent être peu formés et manquer de ressources (ex. temps et matériel) et d'accès aux services spécialisés pour soutenir adéquatement les élèves HDAA^{1, 5, 11}, et ce, tant au Québec qu'ailleurs^{9, 12-14}. Ces enjeux ont diverses conséquences négatives, incluant un taux de diplomation et un état de santé réduits pour les élèves HDAA^{5, 9, 14-17}, ainsi qu'un niveau de stress accru pour leurs parents et enseignants¹⁸. Afin que l'inclusion scolaire soutienne réellement la persévérance et la réussite éducative des élèves HDAA, il est donc essentiel de former et d'accompagner l'ensemble des acteurs du milieu scolaire.

Certains modèles d'organisation des services offerts aux élèves HDAA pourraient favoriser cet accompagnement pour l'ensemble des acteurs du milieu scolaire tout en favorisant l'inclusion scolaire. Le modèle de réponse-à-l'intervention (RAI) pourrait notamment favoriser la persévérance et la réussite éducative, prévenir les difficultés de comportements et les problèmes de santé, et optimiser l'efficacité des services spécialisés^{7, 19-23}. Bien qu'il existe plusieurs définitions et variantes du modèle de RAI, le principe de base est l'intensification graduelle de l'aide, des mesures (ex. adaptation du curriculum) ou des services. Ainsi, les enseignants ont recours 1) à des méthodes pédagogiques 'universelles' (adaptées à tous), puis 2) à des mesures de service plus intensives, mises en place progressivement, destinées aux élèves ne répondant pas aux interventions tel qu'attendu (ex. retard dans ses apprentissages, difficulté à fonctionner, manifestations inappropriées). Ces mesures, qui varient selon les modèles de RAI répertoriés, incluent notamment de l'aide individualisée auprès des élèves, soit directement par son enseignant, soit par des professionnels non enseignants. Le modèle de RAI est utilisé auprès de diverses clientèles²⁴, incluant les élèves présentant des difficultés comportementales²⁵ ou des troubles, tels que le trouble de l'acquisition de la coordination¹⁹⁻²⁰. Au Québec, ce modèle guide l'implantation d'interventions spécifiques (ex. pour la lecture et l'écriture²⁴). L'approche permet d'identifier des élèves, HDAA ou non, qui éprouvent donc des difficultés pour certains aspects scolaires. Cependant, cela ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble des actions à mettre en place pour répondre aux besoins des élèves HDAA.

Au début du projet, certains de nos partenaires des services éducatifs complémentaires et d'adaptation scolaire issus de différentes commissions scolaires (CS) ont mentionné vouloir mettre en place un modèle organisationnel de RAI global et inclusif qui permettrait d'orienter leurs services et d'harmoniser l'ensemble des interventions spécifiques de RAI.

Un tel modèle est cependant difficile à implanter puisqu'il change considérablement les pratiques éducatives. Les écrits scientifiques précisent que la clarification de 'qui doit faire quoi comment ?' est la première étape pour implanter un nouveau modèle d'organisation des services²⁶. Le manque d'information concernant les rôles de chacun dans un modèle de RAI engendre des difficultés d'implantation et de pérennisation, tel que rapporté par nos collaborateurs et dans les écrits scientifiques²⁷⁻²⁹. Ainsi, afin d'avancer à la fois les connaissances scientifiques et les pratiques pédagogiques en lien avec l'inclusion scolaire, il est impératif de clarifier et d'optimiser les rôles des acteurs du milieu scolaire dans un modèle organisationnel de RAI. Une intervention pour optimiser les rôles et soutenir les changements de pratiques est donc requise pour mieux soutenir les élèves HDAA. Le choix a été fait de se concentrer sur les élèves HDAA d'âge primaire.

Ce projet s'intéresse donc particulièrement au soutien requis par l'ensemble des acteurs pour favoriser l'inclusion scolaire pour les élèves d'âge primaire à risque de HDAA. Nos partenaires ont insisté en début de projet pour l'utilisation du terme 'à risque' de HDAA pour reconnaître l'ensemble des besoins des élèves qui peuvent avoir des difficultés, peu importe qu'ils aient un code HDAA ou non. Pour le reste du texte, nous utiliserons donc élève à risque de HDAA, et les rôles des acteurs se réfèrent aux pratiques auprès des élèves ayant des difficultés scolaires. À noter qu'initialement, le projet s'intéressait aux rôles des acteurs dans un modèle global de RAI. Les résultats des deux premières années du projet nous ont cependant amenés à mieux préciser le type de modèle d'organisation des services qui pourrait idéalement soutenir l'ensemble des acteurs et la réussite éducative des élèves à risque de HDAA. Ainsi, l'intervention qui a été expérimentée afin de mieux soutenir les élèves à risque de HDAA et les rôles des divers acteurs impliqués auprès d'eux a été l'implantation d'un modèle collaboratif multiniveaux de réadaptation (CMR) en contexte scolaire.

2. Objectifs poursuivis

L'objectif initial était de développer, d'implanter et d'évaluer une intervention visant à optimiser les rôles des acteurs du milieu scolaire dans un modèle organisationnel inclusif de RAI pour favoriser la persévérance et la réussite éducative des élèves à risque de HDAA à l'école primaire. Bien que l'objectif soit resté le même qu'initialement, la démarche de recherche nous a amenés à modifier légèrement certaines questions de recherche (ex. utiliser un modèle CMR comme intervention d'optimisation des rôles, tel qu'indiqué plus haut), et à en ajouter une nouvelle (QR-2).

3. Principales questions de recherche

Les questions de recherche sont regroupées en fonction de trois phases (voir annexe 1) :

Phase 1 : Description des rôles actuels (2016-2017)

1. Quels sont les rôles optimaux et les rôles actuels de l'ensemble des acteurs du milieu scolaire impliqués dans un modèle de RAI pour favoriser l'inclusion scolaire?
2. Quels sont les pratiques de RAI des services complémentaires et d'adaptation scolaire des différentes commissions scolaires (CS) au Québec ?

Phase 2 : Implantation de l'intervention pour optimiser les rôles (2017-2019)

3. Quelles stratégies d'intervention sont mises en œuvre par des ergothérapeutes implantant un modèle CMR en contexte scolaire?

Phase 3 : Facteurs, retombées et coûts associés à l'implantation (2018-2019)

4. Quelles sont les retombées associées à l'implantation d'un modèle CMR?
5. Quels sont les facteurs influençant l'implantation d'un modèle CMR?
6. Quels sont les coûts associés à l'implantation d'un modèle CMR?

PARTIE B : PISTE DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES TRAVAUX

1. Type d'auditoire auquel s'adresse nos travaux

Nos travaux s'adressent aux décideurs (commissions scolaires), gestionnaires (directeurs des services complémentaires et d'adaptation scolaire) et aux professionnels non enseignants dans les écoles primaires du Québec. Ils sont également d'intérêts pour les enseignants, qui ont un rôle à jouer auprès des élèves à risque de HDAA, et aux familles de ces élèves, qui doivent être au cœur des services mis en place pour leurs enfants.

2. Ce que signifie nos conclusions

La démarche de recherche a permis de mieux comprendre la manière dont le modèle de RAI est utilisé et les limites de celui-ci en regard de l'inclusion scolaire, par comparaison à un modèle CMR. Dans un modèle de RAI tel qu'actuellement implanté, les acteurs du milieu scolaire utilisent des stratégies systémiques de dépistage centrées sur les difficultés scolaires ou comportementales pour identifier les élèves qui devraient recevoir des interventions de niveaux 2 ou 3. Les professionnels non enseignants sont parfois impliqués dans le développement d'outils de dépistage ainsi que dans l'intervention auprès des élèves ciblés par les équipes-écoles. Au contraire, dans un modèle CMR, le dépistage est plus informel et dynamique puisque les professionnels non enseignants sont davantage présents dans les classes et auprès des équipes-écoles, et ce, aux trois niveaux d'intervention. L'approche d'intervention universelle permet d'identifier des enfants ayant des besoins particuliers en même temps que l'intervention est offerte. Les professionnels non enseignants réalisent moins d'évaluations complètes, puisque celles-ci surviennent seulement après plusieurs interventions de soutien ciblant le fonctionnement et la participation des enfants. De même, puisque le modèle a été implanté par des ergothérapeutes, l'accent est mis davantage sur les aspects développementaux à

développer ou compenser pour s'assurer de la réussite éducative des élèves à risque de HDAA. Le focus des interventions est davantage développemental que pédagogique ou comportemental. Cette démarche offre de nouvelles possibilités d'interventions qui pourraient répondre mieux aux besoins de certains enfants, et ainsi, prévenir l'apparition ou l'augmentation de difficultés scolaires ou comportementales.

Pour les décideurs, les grandes orientations en lien avec l'inclusion scolaire devraient être révisées afin d'accroître la sensibilisation aux modèles CMR qui pourraient être implantés, et de faire les ponts avec les modèles de RAI présentement utilisés. Pour favoriser l'émergence d'environnements scolaires facilitants pour l'apprentissage et la réussite des élèves, les milieux de la santé et de l'éducation doivent s'arrimer afin que les professionnels des différents ministères puissent collaborer, sans égard à leur ministère d'appartenance.

Pour les gestionnaires des CS, il est important d'assurer une vision commune au sein de leur équipe. Une approche multi professionnelle basée sur les modèles CMR pourrait être expérimentée non seulement par des ergothérapeutes, mais par l'ensemble des professionnels non enseignants. Des séances d'information, de la formation, des rencontres et de l'accompagnement sont nécessaires pour que les professionnels non enseignants soient outillés et compétents pour implanter un tel modèle de services, qui change considérablement les pratiques actuelles. Le développement d'outils concrets (ex. activités d'intervention universelle) pourrait soutenir les pratiques par les professionnels non enseignants. Afin de maximiser l'utilisation des ressources et d'éviter que les professionnels non enseignants de différentes équipes recréent du matériel similaire, il serait intéressant d'explorer comment les structures, mécanismes et réseaux en place (ex. communautés d'apprentissage) pourraient soutenir le partage des ressources et de pratiques basées sur l'expérience et les meilleures pratiques.

Pour aider les enseignants à reconnaître les enjeux développementaux qui pourraient être sous-jacents aux difficultés scolaires et comportementales des élèves, il est essentiel de renforcer la collaboration avec les professionnels non enseignants, et ce, aux trois niveaux d'intervention. En ce sens, des rencontres entre enseignants et professionnels non enseignants sont nécessaires pour développer une vision commune, et clarifier les rôles de chacun dans un modèle de CMR. Il est important que les enseignants aient une bonne compréhension du soutien et des activités pouvant être proposées aux trois niveaux d'intervention par les professionnels non enseignants. Ces derniers pourraient être des personnes clés pour communiquer avec les familles par le biais d'ateliers en soirées, de webinaires, de notes, d'appels téléphoniques ou d'activités avec les comités de parents.

3. Retombées prévues de nos travaux

Les retombées prévues de nos travaux sont à différents niveaux. Au niveau des écoles, le projet a permis de démontrer la faisabilité et la pertinence de changer les pratiques de soutien offertes aux élèves à risque de HDAA, pour que les professionnels non enseignants utilisent une approche d'intervention précoce plutôt que de se centrer sur le dépistage et l'évaluation des enfants. Dans notre projet, de nombreux intervenants ont souligné qu'ils avaient désormais une meilleure idée des avantages que l'ergothérapie et que les modèles de CMR pouvaient apporter à l'école à long terme, notamment pour mieux comprendre les difficultés des élèves et pour bonifier leurs pratiques éducatives. À la suite du projet de recherche, l'une des écoles a d'ailleurs embauché un ergothérapeute à temps plein afin de continuer à offrir des services variés à ses élèves.

Au niveau individuel, l'implantation de modèles de CMR pourrait permettre aux élèves à risque de HDAA de bénéficier de soutien adapté à leurs besoins développementaux. Cela pourrait se traduire par une meilleure réussite éducative et un accroissement de leur bien-

être, ainsi que celui de leur famille. Les retombées sur les enseignants pourraient inclure une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources, et un sentiment d'auto-efficacité plus élevé en raison du soutien reçu pour l'adaptation de leurs pratiques pédagogiques auprès des élèves à risque de HDAA. Plus largement, au niveau des écoles et des CS, les résultats illustrent qu'il est possible de réorganiser les services de soutien pour soutenir davantage les élèves et les équipes-écoles.

Au niveau socio-politique, les résultats démontrent que pour favoriser l'inclusion scolaire, il importe de soutenir les élèves à risque de HDAA et de répondre à l'ensemble des besoins développementaux. Les retombées pourraient inclure une plus grande sensibilisation à l'importance des aspects développementaux sous-jacents à la réussite éducative et au fonctionnement scolaire et social. De plus, les résultats sur l'implication des professionnels non enseignants suggèrent que des balises claires concernant l'organisation des services de soutien sont nécessaires. Celles-ci devraient donc être adaptées aux besoins des milieux scolaires et des élèves à risque de HDAA, et faire la promotion de l'utilisation de modèle de CMR et l'arrimage des services éducatifs et de santé et des services sociaux.

4. Les limites et niveau de généralisation des résultats

Les résultats concernant les rôles actuels des équipes-écoles reflètent la réalité de trois écoles, alors que le modèle CMR a été expérimenté dans deux de ces écoles. Les résultats obtenus peuvent donc ne pas être directement applicables à d'autres milieux. Cependant, la diversité des écoles et la similarité des informations obtenues laissent penser que les résultats sont généralisables à la majorité des écoles primaires publiques, anglophones et francophones, en milieu urbain ou rural, au Québec. Une attention particulière devra toutefois être portée aux contextes des écoles (ex. composition des équipes-écoles, profil des élèves à risque de HDAA, présence de classe spécialisées). Par ailleurs, bien que le

modèle ait été expérimenté seulement par des ergothérapeutes, il est estimé que d'autres professionnels non enseignants pourraient l'utiliser.

5. Messages clés

- Pour que les milieux scolaires soient plus inclusifs, il importe d'explicitier les rôles des acteurs qui côtoient les élèves à risque de HDAA. L'absence de balises quant aux pratiques attendues à chaque niveau nuit au développement d'une vision commune, ce qui favorise la disparité régionale et limite la collaboration entre les divers acteurs ;
- Les professionnels non enseignants pourraient soutenir davantage l'implantation de modèles multiniveaux, tels que les modèles de RAI ou CMR. Ils devraient cependant être accompagnés puisque cela implique un changement de pratique important ;
- Les modèles de RAI peuvent être utiles pour favoriser les apprentissages scolaires d'un grand nombre d'élèves. Cependant, pour les élèves ayant des enjeux développementaux, les services actuels pourraient être grandement bonifiés puisqu'en plus de services pédagogiques, ils ont besoin de services soutenant leur développement. Puisque des difficultés développementales peuvent être sous-jacentes aux difficultés scolaires et comportementales des élèves à risque de HDAA, la collaboration entre professionnels scolaires et de la santé, les équipes-écoles et les familles est essentielle.

6. Principales pistes de solution

Le transfert des connaissances visera à sensibiliser les équipes-écoles, les CS et le MEES quant aux besoins développementaux des élèves à risque de HDAA et à l'importance d'avoir des lignes directrices quant aux pratiques multiniveaux et des équipes intersectorielles dans les écoles. Il est également important d'avoir des outils pour suivre l'évolution des élèves, ce qui pourrait également permettre d'évaluer les retombées de modèles multiniveaux.

PARTIE C : MÉTHODOLOGIE

1. Description et justification de l'approche méthodologique

Devis de recherche-action participative³⁰ favorisant l'application des connaissances intégrée (i.e. participation des acteurs et transfert des connaissances durant le projet³¹).

2. Description et justification des méthodes de cueillette de données

Une approche mixte de collecte de données a été utilisée pour explorer les perceptions et documenter les rôles et services. Ainsi, des questions ouvertes ont été incluses dans les sondages, et des entrevues avec divers acteurs ont été réalisées. Les données quantitatives ont principalement servi à documenter les interventions faites par les ergothérapeutes implantant le modèle CMR. Pour des raisons de faisabilité, l'utilisation d'entrevues téléphoniques et de sondages électroniques a été privilégiée.

3. Principales sources de données et échantillon

Phase 1 : Questionnaire aux parents et au personnel (N=177), et aux directeurs et professionnels des services complémentaires et d'adaptation scolaire (N = 121). **Phase 2 :** Journaux de bord complétés par les ergothérapeutes. **Phase 3.** Questionnaire aux parents et au personnel (N = 50) ; Entrevues individuelles (N = 11).

4. Stratégies et techniques d'analyse

Une analyse statistique descriptive a été effectuée sur les données quantitatives. Une analyse thématique a été réalisée sur les données qualitatives afin de faire ressortir les principales thématiques associées aux rôles des acteurs, aux facteurs influençant l'implantation de nouveaux modèles de services et aux retombées perçues.

PARTIE D : RÉSULTATS

QR-1. Description des rôles

Les résultats en lien avec les rôles ont fait l'objet d'une publication scientifique qui est présentement en révision (voir l'annexe 2). Les principaux résultats sont résumés ci-bas.

Rôles actuels et aspects positifs de ces rôles. Les répondants ont indiqué qu'ils étaient moyennement satisfaits de leurs rôles actuels (4.67/7). Ils ont fait ressortir plusieurs aspects importants de leurs rôles actuels qui leur paraissaient positifs, bien que certains pourraient être améliorés. Parmi les six principaux thèmes mis de l'avant, quatre étaient davantage des pratiques individuelles auprès des élèves à risque de HDAA : être capable d'adapter les tâches, offrir du soutien individualisé, être disponible pour les élèves, offrir du soutien directement à l'élève. Deux autres thèmes relevaient davantage des services de soutien en général, et réfèrent au travail en équipe et à la collaboration famille-école.

Rôles idéaux et améliorations nécessaires. Les rôles idéaux qui sont ressortis des réponses permettent de voir que certains de ceux-ci, comme le travail d'équipe et l'offre de soutien individuel direct, sont des rôles qui ont déjà été fréquemment mentionnés dans les rôles actuels. Les rôles qui ont émergé dans les rôles idéaux et qui n'avaient pas été mentionnés dans les rôles actuels incluent : la création d'un climat positif au sein duquel tous les élèves se sentent bien et accueillis à l'école, émergeant comme un aspect important des rôles idéaux ; et le fait d'assumer ses rôles et responsabilités. Toutefois, les commentaires des acteurs variaient grandement concernant l'auto-perception de leur rôle, notamment au niveau de l'enseignement en classe vs le soutien individualisé aux élèves ou aux collègues.

Demander et accéder à du soutien professionnel est ressorti à la fois comme un rôle idéal et une amélioration requise. Les répondants souhaitaient que soient clarifiés les façons et

les moments où il est pertinent de faire des requêtes pour avoir du soutien soit pour certains élèves à risque de HDAA, soit pour les enseignants eux-mêmes. À noter que certains professionnels non enseignants ont aussi exprimé que les demandes de soutien leur soient davantage adressées dans une optique de soutien aux enseignants, en fonction de leur rôle de conseillers, et non seulement pour intervenir directement auprès des élèves. Les principaux autres éléments ressortis comme étant des aspects qui permettraient de soutenir l'implantation de rôles idéaux sont l'ajout de personnel, de meilleurs ratios enseignant/élève, la formation continue et la libération de temps. De façon générale, les résultats ont aussi fait ressortir la nécessité de clarifier les rôles et les attentes au sein des modèles multiniveaux, soulignant l'importance du partage des responsabilités entre les acteurs du milieu scolaire.

QR-2. Pratiques de RAI des services complémentaires et d'adaptation scolaire au Québec

Les résultats en lien avec les pratiques de RAI des services complémentaires et d'adaptation scolaire au Québec ont fait l'objet d'une publication scientifique qui est présentement en révision (voir l'annexe 3). Les principaux résultats sont résumés ci-bas.

Les directeurs des services complémentaires et de l'adaptation scolaire rapportent un niveau de connaissance perçue de la RAI plus grande que les professionnels non enseignants. Ils perçoivent également que leurs professionnels sont plus impliqués dans le soutien aux pratiques de RAI que ce que ces derniers rapportent quant à leur implication réelle. La pratique de RAI la plus fréquemment rapportée comme étant implantée par les professionnels non enseignants, autant par les directeurs que par les professionnels eux-mêmes, est le coaching. Le coaching a été mentionné comme étant utilisé à tous les niveaux de la RAI, mais le type de connaissances échangées lors des séances de coaching

a rarement été mentionné. Les résultats ont également montré une certaine confusion à propos des pratiques qui devraient être offertes à chaque niveau, et une variabilité des pratiques offertes à chaque niveau. Les principales suggestions pour améliorer l'implantation d'un modèle de RAI concernaient d'avoir davantage de formations, de temps et de ressources en lien avec la RAI, de clarifier les rôles de chacun et d'offrir plus d'accompagnement. D'autres thèmes qui sont ressortis afin d'accroître l'implication des professionnels non enseignants incluent le développement d'une culture de données et de recherche, l'implication dans le dépistage et la rétroaction. De même, le renforcement des tables de concertation et l'arrimage santé-éducation ont été mentionnés comme des éléments essentiels pour mieux soutenir les élèves à risque de HDAA.

Les résultats ont mis en évidence la nécessité de renforcer et d'accroître la participation des professionnels non enseignants dans l'implantation des modèles de RAI. De plus, la nécessité de développer une vision commune des pratiques a émergé, incluant une clarification des types d'activités attendues à chaque niveau. Puisqu'il était estimé qu'un modèle CMR en contexte scolaire pouvait mieux soutenir tant les équipes-écoles que les élèves à risque de HDAA, c'est ce type de modèle qui a été retenu comme intervention pour optimiser les rôles des acteurs scolaires.

QR-3. Stratégies d'intervention mises en œuvre dans un modèle CMR

Tout d'abord, à l'an 2, il avait été convenu d'implanter des stratégies d'intervention axées sur la clarification des rôles attendus en fonction des caractéristiques des modèles de RAI, qui semblait être un des enjeux centraux identifiés préalablement. Les stratégies implantées par un agent de changement possédant une expertise théorique sur la RAI s'appuyaient davantage sur le soutien aux équipes de direction et des professionnels pour clarifier les procédures, formations et activités à mettre en place. Rapidement, l'équipe de

recherche s’est rendu compte que ces stratégies d’intervention ne répondaient pas aux attentes des équipes-écoles, qui désiraient davantage de soutien concret pour mieux soutenir les rôles des enseignants et l’inclusion des élèves HDAA. Cette intervention d’optimisation des rôles a donc été arrêtée en décembre 2018.

À l’an 3, un nouveau modèle d’intervention collaboratif multiniveaux de réadaptation en contexte scolaire (CMR) utilisant 3 niveaux d’intervention, comme la RAI, a été implanté. Ce modèle s’est inspiré de *Partnering for Change*, un modèle CMR développé en Ontario où des professionnels de la réadaptation travaillent une journée par semaine dans des écoles (<https://www.partneringforchange.ca/>). Les résultats permettent de mettre en lumière les stratégies d’intervention spécifiques utilisées par les deux ergothérapeutes engagées pour implanter ce modèle à raison d’une journée par semaine, l’un dans une grande école francophone de Montréal, et l’autre dans une petite école anglophone de la CS Eastern Township. Les stratégies d’optimisation des rôles implantées par les ergothérapeutes visaient d’abord et avant tout à répondre à des besoins concrets, en temps réel, en lien avec des problématiques vécues par des enseignants et les élèves à risque de HDAA. Des activités concrètes, classifiées selon des activités de niveau 1, 2 ou 3, ont été implantées. Le tableau 1 présente quelques exemples d’activités rapportées par les ergothérapeutes. Le détail des pratiques de celles-ci est présenté dans un article scientifique et des informations additionnelles sont disponibles à l’annexe 4.

Tableau 1 : Exemples des activités des ergothérapeutes

Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> • Observation et conseils écrits et oraux aux éducateurs pour l’ensemble de la classe • Co-enseignement et coaching dans la classe • Ateliers pour les éducateurs et parents (ex. utilisation des ciseaux, autorégulation, posture et positionnement, habiletés de motricités globales ou de pré-écriture). • Soutien aux éducateurs dans l’analyse et l’adaptation des tâches (ex. durant des activités d’arts plastique ou bricolage)
-------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre d'équipe et plans d'intervention, suggestions pour accommoder les élèves ayant des difficultés motrices
Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • Travail avec des sous-groupes d'étudiants sur l'acquisition de diverses habiletés (ex. écriture, motricité fine)
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> • Observations d'élèves • Rencontres d'équipes pour un élève en particulier • Évaluation, rapport et intervention, suivis avec les éducateurs et les parents

QR-4. Retombées associées à l'implantation d'un modèle CMR

L'annexe 4 présente également des informations additionnelles sur les retombées associées au nouveau modèle implanté. En résumé, le rôle des ergothérapeutes a été jugé essentiel pour amener toutes les parties prenantes à travailler ensemble afin de soutenir les apprentissages des élèves ayant des difficultés. En conséquence, les écoles ont été mieux outillées pour identifier les enfants ayant des besoins spéciaux. Plus spécifiquement, les éducateurs ont rapporté qu'ils se sentaient mieux soutenus, qu'ils ont appris des connaissances et des techniques importantes à mettre en place en classe pour répondre aux besoins des enfants. Ils ont aussi été en mesure de mieux comprendre l'importance du développement de l'enfant sur les apprentissages scolaires. Dans certains cas, ils ont mentionné que la présence d'un ergothérapeute dans leur classe, observant et donnant des commentaires, leur donnait la confiance nécessaire pour agir lorsqu'ils avaient des préoccupations avec les élèves. De plus, plusieurs répondants ont mentionné que la présence d'un ergothérapeute permettait d'offrir de nouveaux services, améliorant ainsi le soutien que les équipes-écoles étaient capables d'offrir aux élèves.

Concernant les retombées sur les parents, certains éducateurs ont noté que les parents étaient plus enclins à écouter les recommandations de l'ergothérapeute (par comparaison à celles des éducateurs). Ainsi, il semblerait que le soutien apporté par les ergothérapeutes ait permis le développement d'une relation de confiance des parents envers l'école. Les retombées décrites sur les élèves comprennent des améliorations au niveau des

comportements, de l'apprentissage et de leur fonctionnement à l'école ; les impacts sur leur bien-être et leur satisfaction à l'école ont également été mentionnés. Les enseignants ont également indiqué être plus conscients des exigences demandées aux élèves pour effectuer certaines tâches spécifiques.

QR-5. Facteurs influençant l'implantation d'un modèle CMR

Les facteurs perçus comme influençant la mise en œuvre du modèle CMR incluent divers éléments individuels et logistiques. Sur le plan des caractéristiques des individus, les aptitudes au travail de collaboration, et particulièrement pour les enseignants et les ergothérapeutes, semblent avoir une importance cruciale. Pour les ergothérapeutes, l'instauration d'une relation de confiance avec les professionnels de l'école, voire avec tous les employés, était considérée comme un facteur important influençant leur ouverture envers le modèle. En effet, la disponibilité et la compétence des ergothérapeutes ont été souvent mentionnées comme étant deux caractéristiques qui ont facilité la mise en œuvre du modèle multiniveau. Pour les enseignants, être ouverts au fait qu'un professionnel soit présent en classe pour les conseiller et comprendre l'importance du modèle et son fonctionnement ont été considérés comme des éléments essentiels. À noter que dans ce modèle, les ergothérapeutes sont libres d'utiliser leur temps en fonction des besoins ainsi que des classes où les besoins semblent plus importants. Une certaine iniquité entre les classes a toutefois été perçue, puisque les ergothérapeutes ont travaillé davantage avec les enseignants plus proactifs et sollicitant leur soutien.

Les aspects logistiques mentionnés, comme le budget disponible pour engager des professionnels ou le temps nécessaire pour réaliser des évaluations et des interventions complètes, ont été perçus comme limitant l'implantation et l'efficacité du modèle. Certains répondants trouvaient qu'une journée par semaine n'était pas une durée suffisante pour

que les ergothérapeutes puissent soutenir l'ensemble des classes et des élèves. De nombreux participants auraient apprécié qu'ils soient plus souvent présents en classe afin de bénéficier des avantages de leur expertise. De même, certains auraient aimé que les ergothérapeutes consacrent plus de temps à tous les niveaux du modèle, principalement au niveau 3, pour réaliser et faire plus rapidement le suivi des évaluations des élèves.

QR-6. Coûts associés à l'implantation d'un modèle CMR

Les coûts présentés ici sont ceux liés à l'implantation d'un nouveau modèle collaboratif multiniveaux de réadaptation, puisque c'est cette approche qui semble davantage prometteuse. Les coûts directs associés à l'embauche d'un ergothérapeute 7h/sem/école varient en fonction du taux horaire, entre 25,06 \$/heure et 45 \$/heure. Comme le salaire médian est de 35 \$/h, pour une présence à l'école d'environ 45 jours/an, cela représente un montant de 11 025 \$. Des bénéfices marginaux et des frais de déplacements pourraient être ajoutés, selon les directives en vigueur dans les CS ou les écoles engageant les ergothérapeutes. À noter également que pour les écoles engageant directement les ergothérapeutes comme consultants et non comme salariés, il est possible que le taux horaire soit plus élevé. De ce fait, les coûts directs de l'intervention pourraient varier de 11 000 \$ à 20 000 \$. Afin de prendre en considération les coûts réels, il aurait été intéressant de pouvoir établir les coûts épargnés par cette intervention (ex. en plan d'intervention, rencontres avec d'autres spécialistes, etc.) ; toutefois de tels calculs n'ont pas été possible dans le cadre de la présente étude.

PARTIE E : PISTES DE RECHERCHE

1. Nouvelles pistes ou questions de recherche qui découlent des travaux

La faisabilité que des ergothérapeutes implantent un modèle CMR dans des écoles primaires au Québec a été démontrée. Il serait cependant intéressant d'explorer dans quelle mesure ce modèle pourrait être implanté dans une plus grande diversité d'écoles (ex. présence de classes spéciales, milieux extrêmement défavorisés) et par d'autres types de professionnels non enseignants (ex. orthophonistes, psychoéducateurs). Certaines stratégies de bonifications pourraient également être explorées, notamment afin d'impliquer davantage les familles, et de renforcer la collaboration école-communauté-réseau de la santé et des services sociaux. De même, bien que l'étude ait exploré les retombées, il serait intéressant que de futures études s'intéressent davantage aux retombées à moyen et long terme sur le fonctionnement scolaire, le bien-être et la réussite éducative des élèves à risque de HDAA. Le développement des compétences des parents, des enseignants et de l'ensemble des équipes-écoles afin de répondre aux besoins des élèves à risque de HDAA serait également intéressant à documenter. Les impacts socio-économiques à long terme seraient également intéressant à documenter, et devraient prendre en compte différentes perspectives (i.e. coûts des services de soutien éducatif et du réseau de la santé et des services sociaux, perspectives familiales et conséquences individuelles, perspectives sociales et productivité à long terme).

2. Principale piste de solution

Les prochains projets de recherche devraient favoriser le développement d'une vision commune, interdisciplinaire et intersectorielle, entourant l'utilisation des modèles CMR.

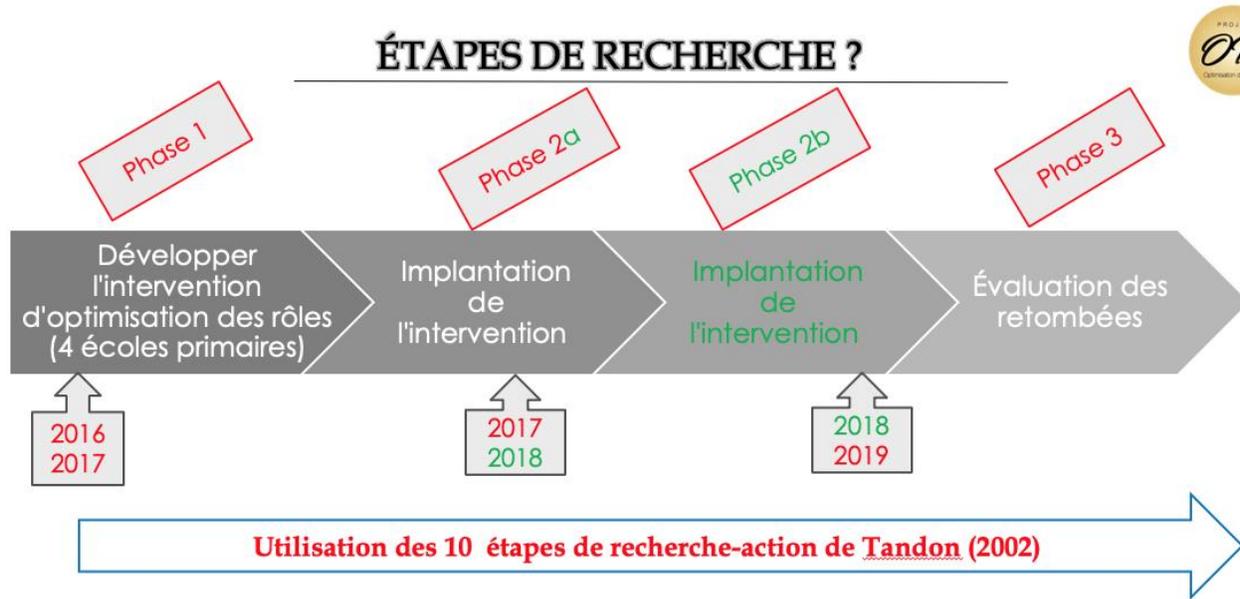
PARTIE F : RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. *Lignes directrices pour l'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport, 2011.
2. *Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés*. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, 2012.
3. Ryndak, D. L.; Jackson, L.; Billingsley, F., Defining School Inclusion for Students with Moderate to Severe Disabilities: What Do Experts Say? *Exceptionality* **2000**, *8*, 101-16.
4. Gaudreau, L.; Legault, F.; Brodeur, M.; Hurteau, M.; Dunberry, A.; Séguin, S. P.; Legendre, R. *Rapport d'évaluation de l'application de la Politique de l'adaptation scolaire*; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de l'Adaptation scolaire. Montréal, UQAM, 2008.
5. Kalubi, J. C; Couture, M.; Guillemette, S.; Leroux, J.-L.; Larivée, S.J.; Chatenoud., C. *Portrait de la situation des ÉHDAA au Québec (2000-2013) : Une analyse multidimensionnelle des caractéristiques, besoins, réseaux de soutien et pistes d'innovation*. Fondation Lucie et André Chagnon, 2015.
6. Ialongo, A.-G. *Conditions pour réussir l'intégration scolaire*; UdeMontréal, 2007.
7. Ball, C. R.; Trammell, B. A., Response- to- intervention in high- risk preschools: Critical issues for implementation. *Psychol. Sch.* **2011**, *48*, 502-512.
8. *Conditions for Greater Success: Action plan to promote success for students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport, 2008.
9. *Review of school health support services: Final report*; Deloitte report, 2010.
10. Rousseau, N.; Massé, L.; Carignan, S.; Bergeron, G.; Lanaris, C. (2014). L'inclusion et la réintégration scolaire des élèves présentant des troubles du comportement. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (2e éd., p. 133-146). Montréal, Qc : Gaëtan Morin Éditeur.
11. Rousseau, S. A. *Attrition and Retention of Special Education Self-Contained Teachers: Should I Stay or Should I Go?*; ProQuest LLC, 2011.
12. Reynolds, A. J.; Magnuson, K. A.; Ou, S. R., Preschool-to-Third Grade Programs and Practices: A Review of Research. *Child Youth Serv Rev* **2010**, *32* (8), 1121-1131.
13. Nelson, B. B.; Chung, P. J.; Forness, S. R.; Pillado, O.; Savage, S.; DuPlessis, H. M.; Hayslip, W.; Kataoka, S. H., Developmental and health services in head start preschools: a tiered approach to early intervention. *Acad Pediatr* **2013**, *13* (2), 145-51.
14. Kohen, D.; Uppal, S.; Khan, S.; Visentin, L., Access and Barriers to Educational Services for Canadian Children with Disabilities. *Canadian Council on Learning* **2001**, 1-204.
15. Koehn, P. M. *Physical activity and depression in adolescents: An extension of the biopsychosocial model*; ProQuest Information & Learning, 2001.
16. Nochajski, S. M.; Schweitzer, J. A., Promoting school to work transition for students with emotional/behavioral disorders. *Work* **2014**, *48* (3), 413-22.

17. Timmons, V.; Wagner, M. *Inclusive Education Knowledge Exchange Initiative: An Analysis of the Statistics Canada Participation and Activity Limitation Survey*; Canadian Council on Learning, 2009.
18. Winzer, M.; Mazurek, K., Canadian Teachers' Associations and the Inclusive Movement for Students with Special Needs. *Can. J. Educ. Adm. Policy* **2011**, *116*, 1-24.
19. Missiuna, C.; Pollock, N.; Campbell, W. N.; Bennett, S.; Hecimovich, C.; Gaines, R.; DeCola, C.; Cairney, J.; Russell, D.; Molinaro, E., Use of the Medical Research Council Framework to develop a complex intervention in pediatric occupational therapy: Assessing feasibility. *Res Dev Disabil* **2012**, *33* (5), 1443-52.
20. Missiuna, C. A.; Pollock, N. A.; Levac, D. E.; Campbell, W. N.; Whalen, S. D.; Bennett, S. M.; Hecimovich, C. A.; Gaines, B. R.; Cairney, J.; Russell, D. J., Partnering for change: an innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Can J Occup Ther* **2012**, *79* (1), 41-50.
21. Missiuna, C.; Polatajko, H.; Pollock, N. Strategic management of children with developmental coordination disorder. In J. Cairney (Ed.), *Developmental Coordination Disorder and its Consequences* (pp.215-252). Toronto, ON: University of Toronto Press, 2015.
22. O'Connor, R. E.; Bocian, K. M.; Sanchez, V.; Beach, K. D., Access to a Responsiveness to Intervention Model: Does Beginning Intervention in Kindergarten Matter? *J. Learn. Disabil.* **2014**, *47*, 307-328
23. *Responsiveness to Intervention in the SLD Determination Process*. National Research Center on Learning Disabilities: 2007.
24. *Référentiel d'intervention en lecture - Intervenir là où ça compte!* ; Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2016.
25. Barnett, D. W.; Elliott, N.; Wolsing, L.; Bungler, C. E.; Haski, H.; McKissick, C.; Vander Meer, C. D., Response to Intervention for Young Children with Extremely Challenging Behaviors: What It Might Look Like. *Sch. Psychol. Rev.* **2006**, *35*, 568-582.
26. French, S. D.; Green, S. E.; O'Connor, D. A.; McKenzie, J. E.; Francis, J. J.; Michie, S.; Buchbinder, R.; Schattner, P.; Spike, N.; Grimshaw, J. M., Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci* **2012**, *7*, 38.
27. Campbell, W. N.; Missiuna, C. A.; Rivard, L. M.; Pollock, N. A., "Support for everyone": Experiences of occupational therapists delivering a new model of school-based service. *Can J Occup Ther* **2012**, *79* (1), 51-9.
28. Reinke, W. M.; Stormont, M.; Herman, K. C.; Newcomer, L., Using Coaching to Support Teacher Implementation of Classroom-based Interventions. *Journal of Behavioral Education* **2014**, *23* (1), 150-167.
29. Missiuna, C.; Wenonah Campbell, L. D.; Whalen Sandra, D. S., Partnering for change: Embedding universal design for learning into school-based occupational therapy. *Occupational Therapy Now* **2015**, *17*.
30. Tandon, R. in *Participatory research: Revisiting the roots* 2002, 22-39.
31. *Application des connaissances*. IRSC, 2012.
32. Missiuna, C.; Hecimovich, C. *Partnering for Change: Implementation and Evaluation, 2013-2015*; 2015.

ANNEXES

Annexe 1. Illustration des phases de la recherche



Annexe 2. Article scientifique soumis et information additionnelle en lien avec les rôles actuels et idéaux

L'article suivant sera éventuellement disponible auprès de la chercheuse principale (chantal.camden@usherbrooke.ca):

Anaby, D., Ianni, L., Heguy, L., Camden, C. Actual and ideal roles of school staff to support students with special needs: Current needs and strategies for improvement. International Journal of Inclusive Education (Accepté, revisions demandées, 2019).

Résumé:

Afin d'optimiser la prestation de services en milieu scolaire pour les élèves à risque de HDAA, il est important de soutenir le personnel scolaire et de bien comprendre ses rôles et ses besoins. Cette étude visait (1) à clarifier les rôles idéaux et actuels du personnel scolaire (enseignants, éducateurs spécialisés, administrateurs) travaillant avec les enfants ayant des besoins spéciaux, et (2) à identifier des stratégies potentielles pour soutenir les rôles actuels. Quarante-cinq membres du personnel scolaire (64 % d'enseignants) travaillant dans trois écoles primaires et commissions scolaires différentes au Québec (Canada) ont participé à cette recherche-action participative. Les données sur les aspects de leurs rôles ont été recueillies au moyen d'un sondage bilingue comprenant 14 questions. Les réponses ouvertes ont été codées par thèmes et ensuite synthétisées pour analyse. Les rôles actuels communs consistaient à adapter les tâches, à offrir un soutien individualisé, à être disponible et à travailler en équipe. Bien que les répondants se disent souvent "quelque peu" satisfaits de leur rôle, ils estiment que les rôles peuvent s'améliorer grâce au soutien professionnel en contexte, à la formation continue, aux possibilités de travail d'équipe, lequel inclut le travail en partenariat avec les familles et l'accès aux

ressources. La clarification des rôles et des attentes dans le cadre d'un modèle multiniveaux visant à mieux soutenir les élèves a également émergé, soulignant l'importance de partager les responsabilités entre tous les fournisseurs de services. Les conclusions peuvent guider l'élaboration de stratégies et de processus de mise en œuvre pour fournir des services efficaces et promouvoir l'inclusion des élèves.

Information additionnelle en lien avec les rôles actuels et idéaux (QR#1):

Les participants ont généralement répondu être « quelque peu » satisfait avec leurs rôles, avec une moyenne de 4.64/7. Ils ont indiqué que leurs rôles peuvent être améliorés « quelque peu » (moyenne de 5.23/7). Les répondants trouvaient que les besoins des étudiants étaient seulement répondus « quelque peu » (moyenne de 4.05/7). Cette question est la seule qui variait parmi les écoles avec des moyennes entre 3.8 et 4.35 entre les écoles et 15% à 40% des participants ont répondu entre « pas du tout » et moins que « quelque peu ».

Rôles actuels et aspects positifs de ces rôles : Six thèmes communs qui représentent les rôles actuels ont émergé des données. Quatre étaient à un niveau micro-systémiques incluant « l'adaptation de la tâche », « l'offre de support individualisé », « être disponible » aux étudiants et « leur procurer du support direct ». Les deux thèmes restants étaient à un niveau macro-scolaire incluant « le travail d'équipe » et « la collaboration famille-école ».

Rôles idéaux et améliorations nécessaires : Les sept thèmes les plus communs qui décrivent les rôles idéaux au niveau micro-systémique sont: « Créer un climat positif », « Offrir du support individuel » et assumer « les rôles et responsabilités ». Les quatre autres thèmes sont à un niveau macro-systémique; deux étant reliés aux processus des

écoles, par exemple, le travail d'équipe et la disponibilité des services professionnels. Les deux autres liés au niveau systémique et impliquaient, dans une situation idéale, « des employés supplémentaires » et un « ratio » enseignant-enseignant plus élevé. Ces deux derniers thèmes en combinaison avec la « demande de services professionnels » ont aussi été rapportés comme des améliorations nécessaires. D'autres améliorations nécessaires pour supporter les rôles idéaux inclus, « l'opportunité pour l'éducation continue » et du « temps de libération ». La figure 1 illustre que pour les répondants, il y avait un certain chevauchement entre les rôles idéaux et les améliorations nécessaires. Ainsi, dans une situation idéale, tous sauraient quand et comment demander du soutien professionnel, et celui-ci serait disponible, car il y aurait suffisamment de professionnels non enseignants, et le ratio enseignant/élèves permettrait d'avoir du temps pour chacun des élèves.

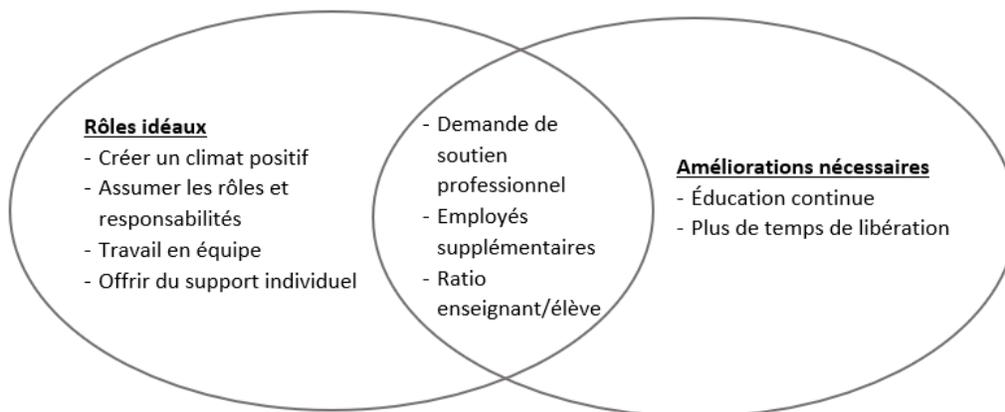


Figure 1. Rôles idéaux et suggestions d'améliorations pour permettre aux acteurs d'assumer ces rôles

Obstacles et menaces envers les rôles idéaux : Les participants ont nommé des obstacles potentiels à l'atteinte de leurs rôles idéaux. Les thèmes récurrents au niveau macro-systémique inclus « des employés supplémentaires », « un bon ratio enseignant/élèves » et le du temps de libération ». Les participants ont fait ressortir les « procédures et tâches

d'enseignement » comme un obstacle émergent. Ceux-ci ont été reportés comme étant trop long et comme un facteur qui peut entraver leurs rôles idéaux, donc, qui devrait être diminué. Des exemples de tâches qui ne sont pas reliés à l'enseignement sont la gestion du budget, les voyages scolaires et l'achat de commandes. De plus, certaines « contraintes administratives » ont été rapportés comme prenant du temps et de l'énergie, par exemple, remplir des formulaires, compléter les buts et plans d'éducation individualisés et l'attente d'évaluations par les professionnels. Un enseignant de troisième/quatrième année a commenté que « l'énergie devrait être mis sur aider directement les étudiants ».

Les contraintes budgétaires ou le manque de « support financier » a été rapporté dans 15% des réponses et comme facteur au niveau systémique-externe qui pourrait entraver ou menacer l'implémentation des rôles idéaux. Le support financier est dit nécessaire pour embaucher des employées additionnelles et pour acheter du matériel. Un enseignant a rapporté : « Il n'y a pas beaucoup d'argent pour nos classes pour faire ce qu'on doit faire avec nos étudiants il manque d'employées et de ressources pour nous aider et nous supporter. »

Annexe 3. Article scientifique soumis et information additionnelle en lien avec les pratiques de RAI des professionnels non enseignants

L'article suivant sera éventuellement disponible auprès de la chercheuse principale (chantal.camden@usherbrooke.ca):

Camden C, Anaby D, Gauvin C, Campbell W, Bennett S, Berbari J, Rivard L, Shaw SR, GOLDS research team. Perceptions of Response-to-Intervention Practices: Results from a Cross-Sectional Survey of School-Board Directors and Support Service Professionals. *International Journal of Inclusive Education* (Soumis, 2019).

Résumé :

Le modèle de réponse à l'intervention (RAI) est largement utilisé pour soutenir les élèves ayant des besoins éducatifs spéciaux et leurs enseignants. Toutefois, on sait peu de choses sur la façon dont les professionnels de l'éducation et de la santé soutiennent la mise en œuvre de ce modèle dans des contextes particuliers. Cette étude transversale a examiné les perceptions des professionnels de l'éducation et de la santé concernant leur implication dans les pratiques de la RAI au Québec, Canada. Des invitations à participer au sondage en ligne ont été envoyées aux directeurs des commissions scolaires responsables de la supervision des services de soutien et aux professionnels qui mettent en œuvre ces services. Des analyses descriptives et de contenu ont été effectuées sur les réponses de 35 directeurs et 66 professionnels ayant répondu au sondage (n=101), et les perspectives des deux groupes ont été comparées. Les directeurs ont déclaré avoir une meilleure connaissance de la RAI (84 %) que les professionnels (72 %). Les professionnels ont également déclaré de façon être relativement peu impliqués pour soutenir l'implantation de la RAI, contrairement aux directeurs qui percevaient que leurs professionnels étaient

davantage impliqués. Les catégories de soutien à la mise en œuvre identifiées par l'analyse de contenu ont fait ressortir les pratiques à tous les niveaux de la RAI. Le coaching est le type de pratique le plus fréquemment mentionné par les directeurs et les professionnels, et cette pratique était offerte à tous les niveaux. Les résultats ont révélé une certaine confusion au sujet des pratiques multiniveaux, sans consensus quant aux définitions des niveaux et aux pratiques à mettre en œuvre à chaque niveau. Les participants ont également mis de l'avant formuler des suggestions pour poursuivre l'implantation de la RAI.

Information additionnelle en lien avec les pratiques de RAI des professionnels non enseignants (QR #2):

Afin de documenter les pratiques de RAI des services complémentaires et d'adaptation scolaire au Québec, un sondage a été envoyé aux directeurs et professionnels des services complémentaires et d'adaptation scolaire afin d'avoir leurs réponses concernant les pratiques de RAI mis en place dans leurs écoles à chaque niveau ainsi que les avantages et désavantages qu'ils perçoivent entourant ce modèle.

Caractéristiques des répondants : Il y a eu 101 répondants au sondage. Le tableau 1 décrit les caractéristiques de ces répondants.

Tableau 1: Caractéristiques des directeurs et professionnels

	Directeurs	Professionnels	Tous
Langue maternelle			
Anglais	3 (8.5%)	5 (7.5%)	8 (7.9%)
Français	32 (91.4%)	59 (89.3%)	91 (90%)
Autre	0 (0%)	2 (3%)	2 (1.9%)
Direction			
Services complémentaires	10 (29.4%)	36 (54.5%)	46 (46%)
Adaptation scolaire	23 (67.6%)	19 (28.7%)	42 (42%)
Autre	1 (2.9%)	11 (16.6%)	12 (12%)
Région commission scolaire			
Saguenay - Lac-St-Jean	2 (5.7%)	2 (3%)	4 (3.9%)
Capitale Nationale	4 (11.4%)	3 (4.5%)	7 (6.9%)
Etrie	1 (2.8%)	2 (3%)	3 (2.9%)
Montréal	5 (14.2%)	6 (9%)	11 (10.8%)
Outaouais	2 (5.7%)	1 (1.5%)	3 (2.9%)
Abitibi-Témiscamingue	2 (5.7%)	7 (10.6%)	9 (8.9%)
Côte-Nord	0 (0%)	17 (25.7%)	17 (16.8%)
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	0 (0%)	1 (1.5%)	1 (0.9%)
Chaudière-Appalaches	5 (14.2%)	10 (15.1%)	15 (14.8%)
Laval	2 (5.7%)	1 (1.5%)	3 (2.9%)
Lanaudière	0 (0%)	3 (4.5%)	3 (2.9%)
Laurentides	10 (28.5%)	8 (12.1%)	18 (17.8%)
Montérégie	2 (5.7%)	4 (6%)	6 (5.9%)
Autre	0 (0%)	1 (1.5%)	1 (0.9%)

Pour la majorité des répondants (84%) la RAI était implantée dans leur commission scolaire depuis plus de 1 ans. Les directeurs croient que 94% des professionnels ont reçu des formations pour la RAI mais lorsque la question est posée aux professionnels, seulement 65% ont répondu qu'ils ont reçu des formations sur ce sujet. Les formations (60%), les conférences (23%), l'accompagnement (13%) et les colloques (8%) reviennent souvent comme types de formations reçus. D'autres types de formations nommées par les directeurs inclus les webinaires, la différenciation pédagogique et le dépistage. D'autres types de formations nommées par les professionnels inclus les mises à jour, les

communautés de pratique, les ateliers, les symposiums, les cours universitaires et les réunions. La moyenne de familiarité avec le modèle est d'environ 77%, les directeurs se disent plus familiarisés avec le modèle (84%) que les professionnels (72%).

Les professionnels ont été questionnés sur leur implication dans quatre domaines particuliers et les moyennes des taux d'implications étaient relativement basses pour chacun : Soutenir les écoles dans l'appropriation du modèle de RAI (60%), accompagner les enseignants dans le développement des pratiques efficaces de Niveau 1 (enseignement universel) (60%), élaborer et implanter des outils de dépistage (52%), soutenir la mise en place de sous-groupes de Niveau 2 (intensification de l'intervention) (70%). Les directeurs ont la perception que les professionnels ont une implication plus haute dans chaque domaine que ce que les professionnels ont rapporté.

Questions spécifiques au sondage des professionnels : Les professionnels ont été questionnés sur des types de pratiques spécifiques du Niveau 1. Les moyennes des taux de pratiques étaient relativement hautes pour chaque catégorie : Offrir diverses opportunités permettant d'amoinrir les différences liées à la perception (76%), Donner des options en lien avec le langage, les mathématiques ou les symboles (57%), Offrir diverses opportunités favorisant une bonne compréhension (69%), Offrir des opportunités pour faire des actions demandant des habiletés motrices (54%), Offrir des opportunités d'expression et de communication (56%), Donner des options en lien avec les fonctions exécutives (76%), Donner des options pour solliciter l'intérêt (80%), Donner des options pour maintenir les efforts et la persistance (74%), Donner des options pour promouvoir l'autorégulation (80%). La majorité des professionnels ont décrits qu'ils utilisent principalement ces pratiques en soutien à des intervenants scolaires ou à des collègues pour qu'ils puissent utiliser ces pratiques auprès des élèves (79%).

Les questions ouvertes ont permis d'identifier des pratiques que les professionnels et les directeurs considéraient comme étant respectivement des pratiques de niveaux 1, 2, et 3 (voir tableau 2) :

Exemples d'activités de niveau 1 : Les exemples de pratiques de Niveau 1 rapporté par les répondants sont en majorité des thèmes liés au coaching (72%), la formation (37%), le dépistage (30%) et l'animation (28%). D'autres types de pratiques nommées par les professionnels inclus la rétroaction, l'enseignement explicite, la prévention, l'observation, la flexibilité et le travail d'équipe.

Exemples d'activités de niveau 2 : Les exemples de pratiques de Niveau 2 rapporté par les répondants sont en majorité des thèmes liés à l'accompagnement (71%), le travail en sous-groupes d'élèves (56%), l'animation (15%). D'autres types de pratiques nommées par les directeurs inclus la formation et des programmes spécifiques tel que, le projet Trait d'Union pour contrer le décrochage scolaire, et le projet Déclic. D'autres types de pratiques nommées par les professionnels inclus le dépistage, le pistage, l'observation et les rencontres avec les parents. Il est intéressant de noter que 8% des répondants professionnels rapportent qu'aucune intervention de niveau 2 est pratiqué dans leur école.

Exemples d'activités de niveau 3 : Les exemples de pratiques de Niveau 3 rapporté par les répondants sont en majorité des thèmes liés à des suivis ou des références envers des experts (66%), l'accompagnement (43%) et l'évaluation (38%). D'autres types de pratiques nommées inclus le dépistage, la rétroaction, les ateliers, le travail en sous-groupes d'élèves, les classes d'adaptation scolaire et le soutien à la famille. Un répondant directeur a nommé un programme spécifique; Répétition au primaire. Il est intéressant de noter que 6% des répondants directeurs et 15% des répondants professionnels rapportent qu'aucune intervention de niveau 3 est pratiqué dans leur école.

Tableau 2. Exemples de pratiques aux niveaux 1, 2, et 3.

Niveau 1	
Prévention	Inclus la sensibilisation et la mise en place de pratiques préventives
Dépistage	Implique la conception et l'élaboration des outils de dépistage ainsi que les moyens de dépistage par l'analyse de données et l'harmonisation de l'évaluation.
Coaching	Implique toute collaboration, soutien, conseils, recommandations ou aide d'une personne ressource ou d'un professionnel (ex: orthopédagogue, ergothérapeute, psychologue, etc.). Implique aussi les rôles partagés.
Animation	Implique les activités d'apprentissages, ateliers de modélisation et les interventions. Inclus les programmes spécifiques tel que le programme de prévention sur les abus sexuels, l'intimidation et la sensibilisation à la cyberdépendance.
Formation	Transmettre des connaissances à un groupe de personne. Inclus les formations de base et les formations avec la RAI comme sujet. Inclus les ateliers de modélisation.
Observation	Observation des pratiques dans les salles de classes afin de les améliorer ou apporter du soutien.
Flexibilité	Réfère à la flexibilité pédagogique. Le fait d'adapter aux besoins de l'élève, faire de la différenciation pédagogique.
Travail d'équipe	Groupe de développement, co-planification de l'enseignement
Rétroaction	Revoir les actions fait dans le passé pour apprendre des retombées positives et négatives de ces actions. Inclus l'évaluation des résultats.
Enseignement explicite	Donner des instructions explicites pour être très clair sur les buts et les exigences des activités.
Niveau 2	
Travail en sous-groupes d'élèves	Placer des élèves en sous-groupes en fonction de leurs besoins et faire des interventions plus adaptées.
Coaching	Implique toute collaboration, soutien, conseils, recommandations ou aide d'une personne ressource ou d'un professionnel (ex: orthopédagogue, ergothérapeute, psychologue, etc.). Implique aussi les rôles partagés.
Animation	Implique les activités d'apprentissages, ateliers de modélisation et les interventions. Inclus les programmes spécifiques tel que le programme de prévention sur les abus sexuels, l'intimidation et la sensibilisation à la cyberdépendance.
Dépistage	Implique de cibler des élèves avec des besoins particuliers et la conception et l'élaboration des outils de dépistage ainsi que les moyens de dépistage par l'analyse de données
Pistage	Utilisation de modèles d'organisation pour pister le progrès des élèves.
Observations	Observation des pratiques dans les salles de classes afin de les améliorer ou apporter du soutien.

Formation	Transmettre des connaissances à un groupe de personne. Inclus les formations de base et les formations avec la RAI comme sujet. Inclus la modélisation et les ateliers.
Programme spécifique	Inclus le projet Trait d'Union pour contrer le décrochage scolaire, et le projet Décllic
Rétroaction	Revoir les actions fait dans le passé pour apprendre des retombées positives et négatives de ces actions. Inclus l'évaluation des résultats.
Rencontre de parents	Rencontre organisée avec des groupes de parents.
Exemple Niveau 3	
Coaching	Implique toute collaboration, soutien, conseils ou aide d'une personne ressource ou d'un professionnel.
Évaluation	Évaluation d'un élève ciblé par le dépistage pour déterminer ses besoins et l'orienter vers le professionnel le plus pertinent.
Expert	Lorsqu'un enseignant réfère à un professionnel d'un domaine particulier pour un suivi individualisé. (ex. orthopédaogogue, ergothérapeute, orthophoniste). Implique les interventions individualisées de rééducation avec un seul élève et l'élaboration des plans d'intervention.
Dépistage	Implique de cibler des élèves avec des besoins particuliers et la conception et l'élaboration des outils de dépistage ainsi que les moyens de dépistage par l'analyse de données
Ateliers	Inclus les ateliers qui servent de formation et la modélisation.
Travail en sous-groupes d'élèves	Placer des élèves en sous-groupes en fonction de leurs besoins et faire des interventions plus adaptées.
Rétroaction	Revoir les actions fait dans le passé pour apprendre des retombées positives et négatives de ces actions. Inclus l'évaluation des résultats.
Classes d'adaptation scolaire	Classes spécialisées
Programme spécifique	Programme tel que Répit transit au primaire
Soutien famille	Offre de support à la famille de l'enfant. Inclus les recommandations et conseils données aux parents afin de les outiller à la maison.

Les répondants ont également identifié différents avantages et désavantages perçus à la RAI, ainsi que des actions requises pour améliorer l'implantation de ce modèle (voir tableau 3) :

Avantages : Les avantages du modèle RAI dans les écoles qui ont été identifiés sont une meilleure efficacité (81%), une compréhension des rôles (24%), et une meilleure prévention (43%). D'autres avantages nommés inclus l'accompagnement, une vision commune, un plus grand nombre d'élèves rejoints et une meilleure utilisation des ressources.

Désavantages : Les désavantages rapportés du modèle RAI inclus un manque de temps (24%), une complexité d'implantation (20%), une résistance de la part des enseignants (20%) et le besoin d'un changement de pratique (27%). D'autre désavantages inclus une confusion des rôles, un manque de ressources et une mise de côté de la prévention. Il est important de noter que 35% des répondants ont rapportés aucun désavantage en lien avec le modèle

Actions nécessaires pour améliorer l'implantation : Nous avons questionné les répondants sur les actions qu'ils pensaient pouvoir entreprendre pour favoriser l'implantation du modèle RAI dans leurs établissements. Les thèmes qui sont ressortis sont les formations (45%), une augmentation du temps et des ressources (27%), une clarification des rôles (15%) et l'accompagnement (22%). D'autres thèmes qui sont ressortis inclus le développement d'une culture de données et de recherche, le dépistage, la rétroaction, des tables de concertation et l'arrimage santé-éducation.

Tableau 3. Avantages et désavantages perçus de la RAI, et actions requises pour améliorer l'implantation

Avantages	
Coaching	Implique toute collaboration, soutien, conseils ou aide d'une personne ressource ou d'un professionnel.

Compréhension des rôles	Nécessite qu'il y ait une complémentarité dans les rôles de chacun et que chacun comprenne son rôle et celui des autres afin de référer au bon moment à la bonne personne et évite le travail en silo.
Meilleure efficacité	Implique une organisation/structure et des interventions efficaces pour les élèves. Inclus la collaboration et le travail en équipe afin de partager les connaissances et innover la pratique.
Prévention	Inclus un dépistage précoce et une sensibilisation aux élèves en difficulté.
Vision commune	Signifie une seule vision partagée de la pratique pour rendre les interventions homogènes et cohérentes. Inclus la pérennisation des services.
Rejoint un grand nombre d'élèves	Un plus grand nombre d'élève bénéficie de ce modèle et le nombre d'élève nécessitant des interventions intensives de niveau 2 ou 3.
Utilisation des ressources	Utilisation efficace des ressources disponibles.
Désavantages	
Confusion des rôles	Les intervenants ne connaissent pas tous leurs rôles et ceux des autres, ce qui amène un travail en silo.
Manque de ressources	Il n'y a pas assez d'intervenants pour que le modèle fonctionne en pratique
Manque de temps	Manque de temps et difficulté d'organisation/gestion de temps pour les concertations et les formations nécessaires
Complexité	Difficulté à mettre en place en général ou certains niveaux. Inclus les attentes irréalistes.
Nécessite un changement de pratique	Le modèle est parfois non-connu ou méconnu et nécessite un changement de pratique pour plusieurs intervenants. Instabilité du modèle requiert aussi une mise à jour fréquente pour tous les intervenants.
Résistance des enseignants	Résistance au niveau des enseignants quant à l'adoption du modèle car cela alourdit leurs tâches
Mise de côté de la prévention	Difficulté de priorisation ou de niveau 1
Aucun	Aucun désavantage perçu
Actions requises pour améliorer l'implantation	
Plus de formations	Inclus les formations pour la direction, le personnel de soutien et les enseignants.
Augmentation des ressources et du temps	Augmenter le personnel de soutien et les services disponibles dans les écoles.
Clarification des rôles	Implique la documentation des rôles et l'implantation d'un cadre de référence pour avoir une structure/organisation claire. Implique que tous aient une vision commune de la RAI. Élaboration d'un cadre de référence.
Développer une culture de données et de recherche	Implique un changement de culture, le développement d'études basées sur les données probantes et la formation d'une vision commune ayant des stratégies universelles. Inclus évaluations.
Accompagnement	Inclus le coaching, le soutien et la collaboration

Dépistage	Implique de cibler des élèves avec des besoins particuliers et la conception et l'élaboration des outils de dépistage ainsi que les moyens de dépistage par l'analyse de données
Arrimage santé-éducation	Arrimage entre le réseau de la santé et l'éducation surtout pour le 3e palier d'intervention dans des domaines spécifiques tels que l'orthophonie
Tables de concertation	Table ronde de discussion.
Rétroaction	Revoir les actions fait dans le passé pour apprendre des retombées positives et négatives de ces actions. Inclus l'évaluation des résultats.

Annexe 4. Article scientifique soumis et information additionnelle en lien avec les stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour implanter un modèle collaboratif multiniveau et optimiser les rôles des acteurs impliqués auprès des élèves à risque de HDAA

L'article suivant sera éventuellement disponible auprès de la chercheuse principale (chantal.camden@usherbrooke.ca):

Résumé:

Le contexte. Le modèle Partenariat pour le changement (P4C), fondé sur la réponse à l'intervention et les principes d'apprentissage universelle, guide la pratique de l'ergothérapie dans les écoles. Toutefois, ses pratiques et ses retombées ont été documentées principalement en Ontario. **Objectif.** Cette étude décrit l'adaptation et l'implantation du modèle P4C dans deux écoles primaires du Québec (P4C-Q), ainsi que les perceptions des thérapeutes et des intervenants scolaires à l'égard des pratiques thérapeutiques, de leurs impacts, et des facteurs perçus comme influençant l'implantation et des recommandations. **Méthode.** Les thérapeutes participants (n=2) ont rempli des journaux quotidiens, décrivant les activités par niveau P4C-Q. Les thérapeutes et un échantillon ciblé d'intervenants (n=11) ont participé à des entrevues individuelles semi-structurées. **Résultats.** La majorité du temps de thérapie a été consacrée aux activités de niveau 1. De plus, une proportion importante du temps de thérapie a été consacrée à la collaboration et à l'établissement de relations, des aspects du modèle qui ont été jugés importants tant pour les thérapeutes que pour les intervenants. **Implications.** Les leçons apprises peuvent être utiles aux autres lorsqu'ils mettent en œuvre le programme P4C dans leur propre contexte.

Information additionnelle en lien avec les stratégies utilisées pour implanter le modèle (QR#3) et avec les retombées (QR#4):

Les ergothérapeutes ont rempli des journaux de bord hebdomadaires détaillant leurs tâches, les activités et le temps requis pour chaque :

Activités Niveau 3 : Parmi les activités de niveau 3, les plus fréquemment entrepris sont le travail avec des partenaires en vue d'améliorer les capacités et compétences de l'enfant (38%), la préparation en vue d'une activité de niveau 3 (24%) ainsi que le travail individuel avec l'enfant. Au maximum, un ou deux enfants a été vu en niveau 3 par jour. Lors du travail individuel, 73% du temps c'était pour une évaluation. Les ergothérapeutes ont passés en moyenne 42.5 minutes en travail individuel avec un enfant et 10.6 minutes en contexte de groupe (groupes de 20 élèves en moyenne). 61% des collaborations ont été avec des éducateurs avec une moyenne de 28.1 minutes par collaboration. La moyenne de temps de collaboration avec les parents est de 36.1 minutes.

Activités Niveau 2 : Parmi les activités de niveau 2, les plus fréquent sont le dépistage, enseignement personnalisé et consultation (41%) et la préparation d'activités de niveau 2 (41%). La moyenne de temps pour une activité de niveau 2 était de 66 minutes.

Activités Niveau 1 : Apprentissage universel : Parmi ces activités, les plus fréquents sont l'observation (27%) et la préparation d'activité de niveau 1 (29%). La moyenne de temps pour une activité de niveau 1 était de 77 minutes.

Activités Niveau 1 : Enseignement à la communauté/école : Parmi ces activités, les plus fréquents sont la consultation (31%) et les ateliers (38%). La moyenne de temps pour une activité de niveau 1 était de 122 minutes.

Activités liées au Développement des relations : La moyenne de temps pour une activité de développement des relations était de 40 minutes.

Activités liées aux Partenaires Communautaires et Recherche : La moyenne de temps pour une prise de contact avec des partenaires communautaires était de 51 minutes. : La moyenne de temps pour une activité lié à la recherche était de 41 minutes.

Suivant les interventions hebdomadaires des ergothérapeutes dans les écoles, des sondages ont été envoyés aux parents et au personnel des écoles participantes afin de recueillir des données sur la satisfaction des services obtenues.

Personnel : Un total de 27 membres du personnel des écoles participantes a répondu au sondage (N = 27). Ils se disent en moyenne « fortement » (6.1/7) satisfait avec les services d'ergothérapie reçu. Par contre, quant à la satisfaction de leurs rôles actuels en ce qui a trait aux élèves à risque ou HDAA, la moyenne est seulement « quelque peu » (4.89/7) satisfaits. Ils croient « quelque peu » (5.2/7) être en mesure d'améliorer leurs rôles actuels auprès des élèves à risque ou HDAA. En moyenne, ils croient que les besoins de ces élèves sont seulement répondus « quelque peu » (4.78/7).

Parents : Un total de 8 parents a répondu au sondage (N = 8). Ils se disent en moyenne « quelque peu » (4.75/7) satisfait des services et du soutien offert à leur enfant dans leur environnement scolaire. De plus, 71% ont rapportés qu'ils souhaitent que les services et le soutien soit offert différemment à leur enfant.

Seulement 40% du personnel répondant ont remarqué une différence dans la manière dont les services sont fournis aux élèves à risque ou HDAA au cours des deux dernières années. Mais, 77% des répondants ont interagi au moins une fois avec l'ergothérapeute dans leur école. Les interactions les plus communes avec l'ergothérapie était lors d'une intervention en classe avec toute la classe (25%), une consultation pour un/quelques étudiants (25%) ou pour une discussion générale au sujet des étudiants à risque de HDAA (33%).