



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Esther BECKER
Clémentine SABLIER

soutenu publiquement en juin 2012 :

guidespratiquesAVS.free.fr

**Création de guides pratiques à l'intention des
Auxiliaires de Vie Scolaire, présentation de pathologies
et pistes pratiques pour l'accompagnement d'élèves en
milieu ordinaire**

MEMOIRE dirigé par :

Sophie RAVEZ, orthophoniste libérale à Mons en Barœul
et enseignante à l'Institut d'Orthophonie de Lille

Brigitte WEENS, médecin responsable départemental, conseiller technique du Directeur
Académique des services de l'Éducation nationale Directeur des services départementaux
de l'Éducation nationale du Nord

Lille – 2012

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de notre mémoire.

Merci à nos maîtres de mémoire, Madame WEENS et Madame RAVEZ qui nous ont consacré du temps et accompagnées dans notre travail.

Merci aux orthophonistes interrogés et aux Auxiliaires de Vie Scolaire qui ont participé aux questionnaires; merci à ceux que nous avons pu rencontrer.

Merci aux personnes qui ont accepté de relire nos écrits afin de nous faire part de leurs remarques.

Et enfin merci à Dimitri sans qui le site internet n'aurait pas vu le jour.

Résumé :

L'évolution des lois concernant l'inclusion scolaire des enfants porteurs de handicap a entraîné au fil des années une augmentation du nombre de ces enfants en milieu scolaire ordinaire. On observe en parallèle une hausse du nombre d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS). En effet il a fallu apporter à ces enfants des aides afin de compenser leur handicap.

Nous sommes parties du constat d'un manque de formation des AVS. L'objectif de notre mémoire est d'apporter aux AVS un outil complémentaire à leur formation, et de favoriser le lien entre les professionnels, notamment l'orthophoniste, qui interviennent autour de l'enfant.

Pour cela nous avons commencé par faire le point auprès des AVS et des orthophonistes à l'aide de questionnaires. Les réponses à ces derniers ont guidé la suite de notre travail.

Nous avons donc élaboré quatre guides abordant les pathologies suivantes : les dyslexies/dysorthographies, les Troubles Envahissants du Développement, les dysphasies et le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. Afin de diffuser le plus largement possible notre travail et d'en simplifier l'accès nous avons créé un site internet.

Enfin dans le but de savoir si les AVS trouvaient nos guides utiles, nous leur avons envoyé un questionnaire de satisfaction. Les réponses à ce dernier ont permis de mettre en évidence que les AVS apprécient notre outil. Les retours obtenus ont été très positifs, et nous espérons qu'ils reflètent l'avis général de toute la population des AVS.

Mots-clés :

Orthophonie

École

Intégration sociale et scolaire

Enfant / Adolescent

AVS

Abstract :

The evolution of laws regarding the integration of children with disabilities in an inclusion setting has caused an increase of these students in inclusion classrooms. We have observed a correlation between the increase in special needs students and an increase in the need for paraprofessionals (including one on one aides). It is necessary to have paraprofessionals in these classrooms in order to assist the students overcome or compensate for their disabilities.

We realized that many paraprofessionals are improperly trained to deal with such demands. The goal of our work is to bring effective supplemental training and to facilitate the relationship paraprofessionals have with the special education students' support team including speech therapists.

We began by asking paraprofessional as well as speech therapists to fill out questionnaires and used the answers to guide our work.

We created four guides concerning the following disabilities : dyslexia, autism spectrum disorders/pervasive development disorders, Specific Language Impairment and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. To make our guides accessible, we created a website.

Finally, to find out if the paraprofessionals found our guides useful, we sent them a satisfaction survey. Based on the responses, the paraprofessionals greatly appreciated the informational guides.

Keywords :

Speech pathology

School

Inclusion

Child / Adolescent

Paraprofessional

Table des matières

Introduction	8
Contexte théorique, buts et hypothèses	11
1. Les AVS.....	12
1.1. Le handicap et la place des AVS.....	12
1.1.1. Définitions du handicap.....	12
1.1.2. Possibilités éducatives.....	13
1.1.2.1. Inclusion scolaire.....	13
1.1.2.1.1. De l'intégration à l'inclusion scolaire.....	13
1.1.2.1.2. Qu'est-ce qu'un AVS ?.....	14
1.1.2.1.3. Inclusion individuelle (AVS-I, ASCOL et ASEH).....	14
1.1.2.1.4. Inclusion collective (AVS-Co).....	15
1.1.2.1.5. Données chiffrées sur l'inclusion scolaire.....	16
1.1.2.2. Les établissements spécialisés.....	17
1.1.3. Les limites de l'inclusion.....	18
1.2. Cadre d'apparition de la fonction d'AVS.....	20
1.2.1. Les premières lois sur le handicap.....	20
1.2.2. L'influence des associations et des familles.....	20
1.2.3. L'évolution des statuts d'accompagnateur.....	21
1.2.4. Les lois et les textes officiels.....	22
1.2.5. Les données chiffrées concernant les AVS.....	24
1.3. Le rôle de l'AVS.....	24
1.3.1. Interventions dans la classe.....	25
1.3.2. Participations aux sorties de classes occasionnelles ou régulières.....	26
1.3.3. Accomplissement de gestes techniques.....	26
1.3.4. Collaboration au suivi des projets d'inclusion.....	26
1.4. Le recrutement des AVS.....	26
1.5. L'attribution des AVS.....	27
1.6. La formation des AVS.....	28
2. L'orthophonie.....	31
2.1. Historique.....	31
2.2. Rôle de l'orthophoniste.....	32
2.2.1. La prévention et le dépistage.....	32
2.2.2. L'évaluation.....	34
2.2.3. La prise en charge.....	34
2.3. Les champs de compétence de l'orthophoniste.....	34
2.3.1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :.....	34
2.3.2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :.....	35
2.3.3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :.....	35
2.4. Modalités d'exercice.....	35
2.5. Chiffres.....	36
3. Partenariats.....	37
3.1. Importance du partenariat pour une inclusion scolaire réussie.....	37
3.2. Le secret professionnel.....	40
4. Les différents projets personnalisés existants.....	41
4.1.1. Le PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation.....	41
4.1.2. Le PIA : Projet Individualisé d'Accompagnement.....	42
4.1.3. Le PAI : Projet d'Accueil Individualisé.....	43
4.1.4. Le PPRE : Projet Personnalisé de Réussite Éducative.....	43

Sujets, matériel et méthode.....	47
1. Les outils existants.....	48
1.1. État des lieux.....	48
1.2. Les manques.....	48
1.3. Notre apport.....	49
2. Population visée.....	49
3. Enquête préalable par questionnaires.....	49
3.1. Questionnaire à l'intention des AVS.....	49
3.1.1. Conception du questionnaire.....	49
3.1.2. Résultats.....	51
3.1.3. Interprétation.....	58
3.2. Questionnaire à l'intention des orthophonistes.....	60
3.2.1. Conception du questionnaire.....	60
3.2.2. Résultats.....	62
3.2.3. Interprétation.....	70
4. Nos autres démarches.....	72
4.1. Rencontres avec des AVS.....	72
4.2. Participation à leur formation.....	72
5. Élaboration des guides.....	74
5.1. Choix des pathologies.....	74
5.2. Conception des guides.....	75
Résultats.....	76
1. Questionnaire de satisfaction.....	77
1.1. Conception du questionnaire.....	77
1.2. Résultats.....	77
2. Version finale des guides.....	79
3. Création d'un site internet.....	83
3.1. Plan du site internet.....	83
3.2. Détail de chaque onglet du site.....	83
3.2.1. Page d'accueil.....	83
3.2.2. Qui sommes nous?.....	84
3.2.3. Conseils d'utilisation des guides.....	85
3.2.4. Les pathologies.....	85
3.2.4.1. Dyslexies/Dysorthographies.....	86
3.2.4.2. TDA/H.....	87
3.2.4.3. TED.....	87
3.2.4.4. Dysphasie.....	88
3.2.5. Guides téléchargeables.....	89
3.2.6. Esthétique et ergonomie.....	89
Discussion.....	90
1. Rappel des résultats.....	91
2. Critiques et difficultés rencontrées.....	92
2.1. Les questionnaires.....	92
2.2. Pathologies abordées.....	92
2.3. Lien AVS/ orthophoniste.....	93
2.4. Créer des échanges sur notre site.....	93
2.5. Travailler à distance.....	93
3. Critiques positives.....	94
3.1. L'aboutissement d'un site internet.....	94
3.2. Un outil qui se démarque.....	94
3.3. Un outil qui plaît.....	94

4. Discussion sur nos résultats.....	95
5. Intérêt pour l'orthophonie.....	96
6. Apports personnels.....	97
Conclusion.....	98
Bibliographie.....	100
Liste des annexes.....	105
Annexe n°1 : programme de formation 2011-2012 des AVS de la Drôme.....	106
Annexe n°2 : programme de formation 2011-2012 des AVS de la Haute-Vienne.	106
Annexe n°3 : décret de compétences de l'orthophoniste.....	106
Annexe n°4 : questionnaire à l'intention des AVS et lettre explicative.....	106
Annexe n°5 : questionnaire à l'intention des orthophonistes et lettre explicative.	106
Annexe n°6 : questionnaire de satisfaction pour les AVS et lettre explicative.....	106

Introduction

Depuis de nombreuses années, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation Nationale encouragent l'intégration scolaire des enfants porteurs de handicap. Cependant, ceux-ci étaient plutôt scolarisés dans les centres médico-éducatifs spécialisés.

Le 11 février 2005 la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été votée, renforçant les actions en faveur de l'inclusion scolaire. Désormais les établissements scolaires sont dans l'obligation d'accueillir tout enfant quelle que soit sa pathologie. Suite à cette loi, le nombre d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) a considérablement augmenté en quelques années (d'après le site de l'Éducation Nationale, on note une hausse de 32% entre 2005 et 2010). En effet en permettant un accompagnement personnalisé de l'enfant au sein de sa classe les AVS se situent au cœur de ce processus.

Favorisant l'intégration sociale et améliorant la qualité de vie de l'enfant, on comprend bien l'importance d'une inclusion scolaire réussie. De plus, l'accès à la scolarité, donc à un environnement social plus riche puis à des formations professionnelles offre à l'enfant une ouverture sur le monde.

La fonction d'AVS a été créée il y a une quinzaine d'années mais sa reconnaissance officielle date de 2003. Les AVS ont pour rôle d'encadrer l'enfant handicapé et de favoriser ses apprentissages au sein d'un établissement ordinaire. Aujourd'hui leur formation est constituée de 60 heures théoriques obligatoires ; des modules d'approfondissement sont parfois proposés.

Il est fréquent que les enfants accompagnés par un AVS soient pris en charge en orthophonie. Effectivement, les pathologies en question ont souvent un retentissement sur la communication et/ou le langage, champ de compétence de l'orthophoniste. Par exemple l'autisme, la surdité, la dyslexie et de nombreuses autres pathologies relèvent du domaine de l'orthophonie. Ainsi il semble essentiel que ces deux professions avancent dans la même direction afin de se situer au plus près des besoins spécifiques de chaque enfant.

À partir de nos investigations (questionnaires à l'intention des AVS et des orthophonistes), de rencontres d'AVS, de suivi de leur formation, nous allons élaborer des fiches d'information pratiques sur les pathologies que nous avons en commun. Ces fiches à l'intention des AVS ont pour but de les aider dans leur travail

quotidien, leur apporter des pistes pour accompagner au mieux l'enfant. Elles seront disponibles à terme sur un site internet.

Dans un premier temps nous présenterons le métier d'AVS et ses liens avec l'orthophonie. Puis dans un second temps nous exposerons notre cheminement jusqu'à la finalisation des fiches et la mise en ligne du site.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Les AVS

1.1. Le handicap et la place des AVS

1.1.1. Définitions du handicap

Dans le dictionnaire Larousse (2005) on trouve la définition suivante : « Désavantage quelconque; infirmité ou déficience, congénitale ou acquise. Un handicap peut être sensoriel (visuel ou auditif), physique (neurologique, musculaire, etc.), ou encore mental (déficience intellectuelle, trouble psychiatrique). Les causes, très variées, en sont surtout les traumatismes, les malformations, les anomalies génétiques, les infections, les maladies cardio-vasculaires, respiratoires ou rhumatismales. »

Selon la Classification Internationale des Handicaps (CIH) établie en 1980 à partir du modèle de Wood, il existe trois niveaux d'atteinte :

- la déficience : « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique » ;
- l'incapacité : « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ;
- le désavantage ou handicap : « préjudice résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou qui interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et du niveau socio-culturel. »

La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé proposée par l'OMS (2001), apporte deux nouveaux concepts que sont les facteurs environnementaux et la notion de participation. Elle considère trois champs concernant la personne :

- le fonctionnement : ensemble des fonctions de la personne humaine (fonctions organiques, fonctions liées aux activités de la personne et fonctions qui permettent la participation au sein de la société) ;
- l'activité : exécution d'une action par une personne dans un contexte donné ;
- la participation : implication dans une situation de vie réelle, résultat de l'interaction entre la personne et les facteurs extérieurs.

Selon cette classification on distingue trois niveaux d'évaluation des atteintes : analytique, fonctionnel et le niveau environnemental et social. En cas d'atteinte de ce dernier on parle de situation de handicap.

La loi du 11 février 2005 propose la définition qui suit : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

1.1.2. Possibilités éducatives

1.1.2.1. Inclusion scolaire

1.1.2.1.1. De l'intégration à l'inclusion scolaire

Nous allons maintenant faire le lien entre handicap et scolarisation. Avant la mise en place des différentes lois sur la scolarisation des enfants porteurs de handicap ces derniers n'avaient pas facilement accès à une scolarité en milieu ordinaire. Ces lois ont provoqué un changement dans le mode de scolarisation de ces enfants. Il y a donc eu une sorte de passage de l'exclusion vers l'intégration. Dans la mesure du possible les enfants en situation de handicap sont scolarisés dans l'école de leur quartier. Toutefois lorsque le handicap entrave la scolarisation de l'enfant il est nécessaire de mettre en place des moyens de compensation afin d'offrir la meilleure scolarisation possible à l'enfant. Le terme intégration se situe dans ce contexte, il s'agit de fournir à tout enfant handicapé la possibilité d'être scolarisé en milieu ordinaire. L'intégration repose sur le principe suivant : l'éducation de chacun doit se faire dans l'environnement le plus normal ou le moins restrictif possible ; « les élèves spéciaux doivent le plus possible être éduqués avec des élèves normaux et le retrait de l'élève spécial en classe ou école spéciale ne doit s'effectuer que lorsque ses besoins sont tels qu'ils ne peuvent être comblés en milieu régulier auprès d'élèves normaux, avec l'aide et le soutien appropriés » (d'après un article de R. Doré citant : Gottlieb, 1981 ; Rosenberg, 1980).

La loi de 2005 va encore plus loin dans ce processus : les écoles sont dorénavant dans l'obligation d'accueillir tous les enfants quel que soit leur handicap.

Il s'agit non plus de réintégrer les enfants handicapés mais de les inclure directement dans le système éducatif normal. Ainsi le terme d'intégration tend aujourd'hui à glisser vers celui d'inclusion qui banalise un peu la notion d'intégration afin que l'élève handicapé ne soit pas étiqueté mais accepté sur un pied d'égalité avec ses camarades au sein de l'école. Selon R. Doré « tous les enfants doivent être inclus dans la vie sociale et éducative de leur école et classe de quartier et pas seulement placés dans le courant général. » « L'école aménage alors un environnement favorable à la réussite de tous les élèves, indépendamment de leur degré d'habileté initial » (C. Petit). Les enfants présentant une déficience ont souvent des besoins particuliers pour suivre l'enseignement normal. Une des adaptations possibles est l'accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS).

1.1.2.1.2. Qu'est-ce qu'un AVS ?

Mireille Malot, dans son rapport de 2001, définit l'auxiliaire d'intégration scolaire de la façon suivante : « c'est une personne qui apporte une aide humaine, répondant aux besoins spécifiques d'un ou plusieurs enfants ou adolescents handicapés intégrés individuellement ou collectivement en milieu scolaire ordinaire. »

Son rôle d'accompagnateur doit permettre la scolarisation des enfants en situation de handicap. L'AVS tente de compenser la déficience de l'enfant pour lui offrir la possibilité d'accéder aux apprentissages au même titre que tous ses camarades. Il travaille en collaboration avec l'enseignant et au sein d'une équipe éducative. Son intervention doit favoriser l'insertion scolaire et sociale de l'enfant et développer autant que possible son autonomie.

1.1.2.1.3. Inclusion individuelle (AVS-I, ASCOL et ASEH)

L'élève handicapé peut être scolarisé de façon individuelle, c'est-à-dire qu'il est intégré au sein d'une classe ordinaire.

Dans cette situation, il peut bénéficier si besoin d'un AVS-Individuel (AVS-I) qui intervient dans les classes ordinaires des établissements scolaires. Plusieurs enfants peuvent être attribués à un AVS-I mais il n'accompagne qu'un seul enfant à la fois. Les enfants sont parfois scolarisés à temps partiel ou ne bénéficient pas de l'AVS sur la totalité du temps scolaire. Un nombre d'heures de présence de l'AVS est défini par

semaine pour chaque enfant par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Parfois l'enfant handicapé intégré individuellement sera accompagné par un EVS. Les Emplois Vie Scolaire (EVS) sont des nouveaux contrats créés par le gouvernement dans un contexte de demande d'emploi considérable ; deux sortes de contrats ont été établis (contrat d'avenir ou contrat d'accompagnement dans l'emploi). Les EVS ont différentes fonctions possibles dans le cadre scolaire. Ils peuvent être embauchés pour :

- **aider les élèves handicapés (EVS-ASEH) ;**
- fournir une assistance administrative ;
- surveiller et encadrer les élèves ;
- apporter un renfort lors des sorties scolaires ;
- s'occuper de la documentation ;
- animer des activités culturelles, artistiques ou sportives ;
- faciliter l'utilisation des nouvelles technologies.

La première fonction citée est remplie par les ASEH (Accompagnement à la Scolarisation des Élèves en situation de Handicap). Contrairement aux AVS, l'aide apportée par les ASEH se tourne vers l'équipe pédagogique, il ne s'agit pas d'une aide individuelle pour un enfant donné. Ainsi leur mission se rapproche de celle des AVS-Co. La principale différence entre AVS et ASEH concerne leur mode d'attribution : c'est l'Inspecteur d'Académie qui affecte un ASEH à une classe ou à une école, tandis que les AVS sont affectés par la MDPH auprès des enfants handicapés.

Depuis la rentrée 2011-2012, de nouveaux personnels (ASCOL) ont été mis en place. L'assistant de scolarisation (ASCOL) est également chargé d'accompagner un élève porteur de handicap de façon individuelle.

1.1.2.1.4. Inclusion collective (AVS-Co)

Un autre mode d'inclusion possible est celui de l'inclusion collective. L'enfant est scolarisé dans une école ordinaire mais dans une classe spécialisée. L'AVS-Collectif (AVS-Co) intervient dans les Classes d'Inclusions Scolaires (CLIS) au premier degré ou dans les Unités Localisées pour les Inclusions Scolaires (ULIS, anciennement nommées UPI) au second degré. L'AVS-Co peut aussi intervenir par moment en classe ordinaire lors de décroïsonnement pour certains cours.

Les CLIS accueillent un petit groupe d'enfants (12 élèves maximum) ayant le même type de handicap et dont l'âge ne dépasse pas 12 ans. La scolarisation en CLIS est conseillée pour les enfants handicapés physiques, sensoriels ou mentaux dont le handicap ne permet pas une inclusion individuelle continue en milieu ordinaire.

Les ULIS fonctionnent sur le même principe: un enseignement plus souple et mieux adapté selon le handicap, pour une classe à effectif réduit.

L'AVS-Co accompagne donc plusieurs enfants en même temps; il assiste l'enseignant dans ses actions éducatives et pédagogiques.

1.1.2.1.5. Données chiffrées sur l'inclusion scolaire

Toutes les données chiffrées de cette partie sont tirées du site de l'Éducation Nationale et du site de l'ONISEP.

La scolarisation des élèves porteurs d'un handicap est de plus en plus fréquente ; le chiffre clé représentatif de cette hausse est le suivant : entre 2005 et 2010 on note une augmentation de 32% d'élèves scolarisés en milieu ordinaire. Sur cette période, le nombre d'élèves handicapés est donc passé de 151 523 à 201 406. En 5 ans, le nombre de CLIS est passé de 3 975 à 4 194 et le nombre d'ULIS a doublé. La loi de 2005 a fortement influencé et favorisé l'inclusion scolaire. Suite à cette loi, le nombre d'élèves en situation de handicap a augmenté de 28% à l'école primaire ; dans l'enseignement secondaire, on note une croissance encore plus importante qui est de 80%. « À la rentrée 2010, les établissements scolaires de l'Éducation Nationale ont accueilli 12 000 élèves handicapés de plus qu'en 2009. Ce chiffre englobe les élèves intégrés individuellement et ceux bénéficiant d'un dispositif collectif d'inclusion (Clis, Ulis). »

En ce qui concerne le collège, les chiffres révèlent une moyenne de 9 élèves handicapés par collège. De plus la répartition de ces élèves entre classe ordinaire et ULIS montre que l'inclusion totale est privilégiée (88% en classe ordinaire contre 22% en ULIS). Parmi ces élèves, 46% bénéficient d'un AVS.

Cependant ces chiffres sont à relativiser car en réalité l'inclusion semble se compliquer au fil des années scolaires. En effet si on compte environ 91 000 élèves handicapés en primaire, ces chiffres diminuent dès l'entrée au collège avec 63 000 élèves, puis 5 600 en lycée général et 6 400 en lycée professionnel.

Lorsque la scolarisation dans les établissements de l'Éducation Nationale n'est pas possible, les élèves sont accueillis dans les centres médico-sociaux et hospitaliers. Parmi ces enfants intégrés dans l'enseignement normal, près de 90 % sont scolarisés à temps plein.

La qualité de l'inclusion va essentiellement dépendre du type de handicap. « Si 83 % des collégiens en situation de handicap se disent satisfaits de leur scolarisation, 28 % des jeunes présentant des troubles cognitifs sont plus réservés. »

On constate que « les élèves en situation de handicap sont de plus en plus nombreux à obtenir leur baccalauréat. » Cependant la poursuite des études supérieures est peu entreprise. Sur 10 bacheliers en situation de handicap seulement 2 continuent leurs études après le bac. Ce pourcentage est 4 fois moins élevé que pour l'ensemble des bacheliers.

1.1.2.2. Les établissements spécialisés

Dans le cadre de handicaps lourds, les établissements spécialisés offrent une prise en charge pluridisciplinaire. L'équipe qui suit l'enfant est composée de différents intervenants permettant d'allier les soins et l'éducation de l'enfant au sein du même lieu. Voici quelques exemples d'établissements médico-éducatifs :

Institut-Médico-Educatif (IME) : accueil et prise en charge d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels avec ou sans troubles associés de 3 à 18 ans sur orientation notifiée de la MDPH. Les IMP (Instituts-Médico-Pédagogiques) accueillent les enfants de 3 à 14 ans et les IMPro (Instituts-Médico-Professionnels) les adolescents de 14 à 18 ans ;

Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) : établissement qui accueille des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Il s'agit des anciens Instituts de Rééducation (IR), ou Instituts de Rééducation Psychothérapeutique (IRP).

Établissement Régional d'Enseignement Adapté (EREA) : établissement scolaire adapté à des enfants et adolescents en difficulté ou présentant des handicaps orientés par la Commission Départementale d'Orientation (CDOEA). Cet établissement aide ces enfants à élaborer un projet d'orientation et de formation ainsi qu'un projet d'insertion professionnelle et sociale en fonction de leurs aspirations et de leurs capacités ;

Institut d'Éducation Spécialisée (IES): établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés, pour enfants handicapés moteurs avec des troubles associés.

Institut d'Éducation Sensorielle pour enfants atteints de Déficiences Auditives (IESDA): établissement qui accueille des enfants et des adolescents présentant une déficience auditive ;

Institut d'Éducation Sensorielle pour enfants atteints de Déficiences Visuelles (IESDV): établissement qui accueille des enfants et des adolescents présentant une déficience visuelle ;

Institut d'Éducation Motrice (IEM): accueil des enfants et adolescents atteints d'une déficience motrice à laquelle d'autres déficiences peuvent être associées ;

Centre d'Éducation Spécialisée pour Déficients Auditifs (CESDA): établissement proposant un enseignement spécialisé, des soins et un accompagnement éducatif et social à de jeunes déficients auditifs et dysphasiques ;

1.1.3. Les limites de l'inclusion

Même si l'inclusion en milieu ordinaire est voulue par la famille cela n'est pas toujours souhaitable ou possible. Tout enfant en situation de handicap ne peut être intégré en milieu ordinaire. Comme il est écrit dans La Circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 intitulée « Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés » : « l'élève doit être capable, d'une part, d'assumer les contraintes et exigences minimales qu'implique la vie scolaire et, d'autre part, d'avoir acquis ou être en voie d'acquérir une capacité de communication et de relation aux autres compatible avec les enseignements scolaires et les situations de vie et d'éducation collective. »

Compte tenu de la lourdeur ou de la complexité de leur handicap, certains enfants ou adolescents ne peuvent pas répondre aux exigences de la vie collective et/ou réaliser les apprentissages scolaires. Le cadre scolaire, même très aménagé, ne peut pas toujours répondre aux besoins de l'enfant.

Il est écrit dans la circulaire conjointe du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de l'emploi et de la solidarité n°99-187 du 19 novembre 1999 : « Chaque école, chaque collège, chaque lycée a vocation à accueillir, sans discrimination, les enfants et adolescents handicapés dont la famille demande l'intégration scolaire. Il ne sera dérogé à cette règle générale que si, après une étude détaillée de la situation, des difficultés importantes rendent objectivement cette intégration impossible ou trop exigeante pour l'élève ».

Jean-Marc Louis, inspecteur de l'Education nationale, conseiller technique pour les questions d'adaptation et d'intégration scolaires, et Fabienne Ramond, Conseillère pédagogique pour l'adaptation et l'intégration scolaires à l'Inspection académique de la Moselle abordent cette limite de l'inclusion scolaire dans leur article intitulé « L'intégration scolaire de l'enfant handicapé » du 03.02.05 dans le journal *Le Monde* : « Une intégration peut avoir ses limites au-delà desquelles elle devient excluante, dès lors que l'enfant ou l'adolescent n'est plus en mesure de tirer profit des objectifs de l'école ni de répondre à ses exigences malgré son projet individualisé, dès lors que les aides n'arrivent plus à compenser les désavantages liés à son handicap qui alors le mettent en grande difficulté, voire en souffrance. »

Pour certains enfants ou adolescents qui ont besoin de soins importants, c'est l'orientation vers un établissement médico-social qui permet de leur offrir une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. Les enseignements scolaires peuvent être dispensés dans le cadre d'une prise en charge globale. Il est possible pour certains enfants de proposer des formules mixtes qui permettent de concilier la scolarité et les soins (l'élève peut être scolarisé en alternance dans un établissement scolaire et dans un établissement sanitaire ou médico-social). Dans tous les cas, il s'agit de favoriser l'autonomie de l'enfant, son épanouissement, ses envies d'apprendre et de préparer son insertion dans la société.

L'inclusion scolaire ne doit pas être la réponse unique à une demande des parents qui ne voient souvent que la normalité de l'enseignement que leur enfant obtiendra, sans tenir compte de la réalité de son handicap. Si le cadre scolaire ne peut pas répondre aux besoins de l'enfant, il y a de grands risques que l'inclusion soit un échec. L'inclusion scolaire dépend de la sévérité de la pathologie de l'enfant,

de l'importance des exigences scolaires et sociales, des capacités d'adaptation, du contexte social, du soutien de la famille ainsi que des relations avec les différents professionnels autour de l'enfant. C'est pourquoi l'inclusion scolaire est un acte qui se conçoit, se prépare, s'organise, s'évalue et fait l'objet d'un suivi, pour permettre à l'enfant de réaliser dans les meilleures conditions possibles ses apprentissages scolaires.

1.2. Cadre d'apparition de la fonction d'AVS

1.2.1. Les premières lois sur le handicap

La prise en compte des enfants ayant un trouble retentissant sur leurs capacités d'apprentissage ne date pas d'aujourd'hui. La question se pose déjà au début du vingtième siècle (loi de 1909 introduisant l'éducation spécialisée) et va progressivement s'affiner au fil des années. Une date qui représente un tournant dans la considération des personnes handicapées est l'année 1975. En effet la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées insiste sur la prévention et le dépistage des différents handicaps, l'accessibilité aux lieux publics, et surtout sur « l'obligation éducative ». La volonté d'accueillir les élèves porteurs de handicap s'est donc mise en place progressivement à partir de 1975 grâce au nouveau cadre législatif et réglementaire élaboré. Cependant ce cadre « reste confus et peu homogène » (selon le rapport Malot, 2001).

1.2.2. L'influence des associations et des familles

L'investissement des associations et des familles a évidemment permis de faire avancer les choses. Le désir des parents d'une vie ordinaire pour leurs enfants leur a donné la force, en s'alliant au sein d'associations, de faire progresser la situation. Selon le rapport Malot: « deux constantes apparaissent : d'une part, la forte motivation et le combat de parents qui parviennent à mobiliser des responsables de l'éducation nationale et des financeurs ; d'autre part, une réponse s'appuyant sur le recours à des personnes présentant momentanément un statut spécial dans la société : objecteurs de conscience, volontaires de service civil, contrats de travail aidés par l'État (TUC, puis CES et CEC, contrats de ville et plus récemment emplois-jeunes). »

Les principales associations qui ont agi en faveur d'une inclusion scolaire sont : l'Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) et la La Fédération Nationale pour l'Accompagnement Scolaire des Élèves Présentant un Handicap (FNASEPH).

« L'UNAPEI est la première fédération d'associations française de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales et de leurs familles. Créée en 1960, elle rassemble 600 associations de bénévoles, parents et amis, qui agissent pour que toute personne déficiente intellectuelle dispose d'une solution d'accueil et d'accompagnement et soit le plus intégrée possible dans la société. » (www.unapei.org)

L'APAJH est instaurée en 1962. À son origine, son action était centrée uniquement sur l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, puis elle s'est élargie à l'intégration sociale de toute personne handicapée. Elle réunit 87 associations départementales et rassemble 25 000 adhérents.

La FNASEPH est fondée en 1996, son action se tourne essentiellement vers la consolidation de la fonction d'auxiliaire. Elle coordonne les actions des diverses associations impliquées dans l'inclusion scolaire et sociale accompagnée, elle leur apporte ainsi la possibilité d'agir avec plus de force et d'impact.

1.2.3. L'évolution des statuts d'accompagnateur

Du fait de l'inclusion scolaire souhaitée par les parents ainsi que d'un manque de places dans certains centres spécialisés, on constate « l'émergence des premières initiatives d'accompagnement d'élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire, dans les années quatre-vingt » (COCHETEL G., EDOUARD M., 2009, page 13). C'est la naissance de la fonction d'accompagnateur. L'inclusion d'enfants en situation de handicap génère un recrutement spécial.

Officiellement les assistants d'intégration scolaire sont reconnus pour la première fois lors de la parution des circulaires de 1982 et 1983. Elles portent sur la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés; elles précisent les objectifs, les actions à mener et les moyens d'intégration. (http://dcalin.fr/textoff/integration_1982.html)

Dans un premier temps ces assistants bénéficient de contrats emplois-jeunes. En 2003 on parle d'assistants d'éducation (agents non titulaires de la fonction

publique). C'est la loi n°2003-400 qui va définir pour la première fois le rôle de ces assistants. Ils sont alors recrutés sous contrat de droit public, pour une durée déterminée renouvelable avec cependant une durée maximum de 6 ans. C'est à ce moment-là qu'apparaît la distinction entre AVS-I (individuel) et AVS-co (collectif). Le recrutement est désormais géré par les inspections académiques. « Ce nouveau mode de fonctionnement et surtout, la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 " relative à l'égalité des droits et de chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ", vont provoquer une réelle augmentation des demandes de scolarisation en classe ordinaire et d'accompagnement d'élèves handicapés. » (COCHETEL G., EDOUARD M., 2009, page 15). Suite à cet accroissement de demandes, de nouveaux personnels sont employés en 2005 selon deux sortes de contrats (le contrat d'assistants d'éducation qui est un contrat de droit public, ou le contrat aidé qui est un contrat de droit privé), ce sont les emplois vie scolaire (EVS). Il existe donc deux sortes de personnels, embauchés sous des contrats différents, ayant des formations différentes, un avenir différemment incertain, mais avec les mêmes missions.

La dernière circulaire en vigueur date du 4 juillet 2011 et fait le point sur l'accompagnement des élèves en situation de handicap à la rentrée 2011. Elle précise que les contrats aidés sont destinés à disparaître progressivement. « À terme, l'accompagnement des élèves handicapés sera pris en charge exclusivement par des assistants d'éducation mieux formés, plus qualifiés et recrutés sur des contrats de 3 ans renouvelables une fois pour accompagner dans la durée les enfants handicapés. »

1.2.4. Les lois et les textes officiels

La **loi de 1909** : création de classes de perfectionnement dans quelques écoles primaires pour éduquer les enfants alors qualifiés d'« anormaux d'école », dans le double souci de leur permettre de gagner leur vie et d'éviter qu'ils ne tombent dans la délinquance. (<http://www.williams-france.org/fr/fiche-williams.php?fa=141>)

Circulaire du 5 janvier 1959 : Scolarité des enfants atteints d'infirmité de la motricité

La **loi d'orientation de 1975** en faveur des personnes handicapées : prévention, dépistage des différents handicaps, accessibilité aux lieux publics, et « obligation éducative ».

Les **circulaires de 1982 et 1983** : mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés, puis mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés pour les enfants intégrés.

La **loi du 10 juillet 1989** garantit le droit à l'éducation, situe l'élève au centre du dispositif éducatif et réaffirme le principe de l'intégration scolaire des jeunes handicapés.

La **circulaire du 18 novembre 1991** renforce les mesures ratifiées par la loi de 1975 dans le but de favoriser l'intégration dans un établissement scolaire à proximité.

La **circulaire du 16 décembre 1997** met en place les règles pour recruter une aide humaine.

En **1999 le plan Handiscol** est créé dans le but de clarifier la loi de 1975 ; il regroupe 20 mesures en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés. La mesure n°12 prévoit de « développer et rationaliser les dispositifs d'auxiliaires d'intégration scolaire ».

Grâce à la **convention du 30 avril 1999** pour le développement de services d'auxiliaires d'intégration scolaire (accord signé entre Ségolène Royal alors ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, le président de l'association IRIS initiative et le président de la FNASEPH) des postes supplémentaires voient le jour.

La **circulaire du 19 novembre 1999** précise le droit à la scolarisation en milieu ordinaire pour tous les enfants et adolescents « quelles que soient les déficiences ou maladies qui perturbent leur développement ou entravent leur autonomie. » De plus elle prend en compte les demandes croissantes des familles en soulignant que « la scolarisation est un droit » et que « l'accueil est un devoir ».

Le **rapport Malot en juillet 2001** est intitulé « L'aide humaine à l'intégration scolaire des élèves handicapés. Propositions pour le développement et la pérennisation de services d'auxiliaires de vie scolaire ».

Plan national de juillet 2001 : plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

Les Assistants d'Éducation sont officiellement reconnus par la **loi du 30 avril 2003** et le **décret du 6 juin 2003**.

Les **circulaires n°2003-092 et n°2003-093 du 11 juin 2003** font le point sur le recrutement et les conditions d'emploi des Assistants d'Éducation, ainsi que sur l'attribution et les interventions des AVS.

Circulaire du 15 juillet 2004 : le service départemental des AVS.

Note du 17 juin 2004 sur la formation des AVS.

La **loi du 11 février 2005** : égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi met en place un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Cette dernière offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour ces personnes.

Circulaire n°2008-100 du 27 juillet 2008 : l'accès à la validation des acquis

Circulaire n°2009-135 du 5 octobre 2009 : l'accompagnement scolaire des élèves handicapés et Décret n° 2009-993 du 20 août 2009 en application de l'art. L.351-3 du code de l'éducation.

Circulaire n°2010-139 du 31 août 2010 : mission d'accompagnement scolaire effectuée par des personnels employés par des associations.

Circulaire du 4 juillet 2011 sur l'accompagnement des élèves handicapés à la rentrée 2011.

1.2.5. Les données chiffrées concernant les AVS

Ces données proviennent du site de l'Éducation Nationale et de l'ONISEP. En 3 ans, entre 2007 et 2010, le nombre d'AVS a doublé. À la rentrée 2011, 2000 postes supplémentaires ont été prévus, et pour la rentrée 2012 la circulaire du 4 juillet dernier annonce que 2300 devraient être mis en place.

On compte donc cette année 23 261 Equivalent Temps Plein (c'est-à-dire AVS + EVS).

1.3. Le rôle de l'AVS

La circulaire du 11 juin 2003 notifie que l'auxiliaire de vie scolaire individuelle a pour mission d'accompagner dans sa scolarité et d'aider à l'intégration tout élève handicapé (avec décision préalable de la MDPH). Ceci quel que soit le niveau d'enseignement et l'origine ou le type de handicap. L'auxiliaire de vie scolaire représente une aide humaine qui contribue à la compensation de limitations d'activités qui peuvent être liées à des altérations motrices, sensorielles, intellectuelles, psychiques ou à une maladie invalidante. Il peut être amené à effectuer quatre types d'activités : des interventions dans la classe, des participations

aux sorties de classe, l'accomplissement de certains gestes techniques ainsi qu'une collaboration au suivi des projets d'intégration. Les AVS-I ont des missions spécifiques et ne se substituent ni à des personnels enseignants, ni à d'autres professionnels du soin, de l'éducation ou de la rééducation.

Cette aide humaine que constitue l'AVS, a pour finalité de permettre à l'enfant d'accéder à une certaine autonomie dans ses apprentissages. L'objectif est d'aboutir progressivement à une diminution voire une disparition de cette aide. Les interventions que peut apporter l'AVS sont multiples et sont propres à chaque enfant. Il est important de connaître les compétences de l'enfant ainsi que ses difficultés pour savoir quelle aide précise lui apporter. Il ne s'agit pas de tout faire à sa place, ce qui risquerait de mettre un frein à son autonomie, mais de l'aider seulement là où il en a besoin. Il est important de définir ce que l'enfant doit faire seul et ce qu'il n'est pas capable de faire seul, définir les moments où l'enfant peut être laissé seul auprès de ses camarades et les temps où il doit être accompagné. L'AVS-I accompagne l'enfant à temps partiel ou à temps plein. Ses modalités d'intervention ainsi que le nombre d'heures attribué à l'enfant sont précisés dans le cadre du projet individualisé.

Rappelons que l'auxiliaire de vie scolaire agit sous la responsabilité hiérarchique de l'Inspecteur d'Académie, sous la responsabilité pédagogique du directeur d'école et de l'enseignant. Il agit en concertation avec l'enseignant, la famille, l'équipe pédagogique et l'enseignant référent.

1.3.1. Interventions dans la classe

Ces interventions doivent être définies en concertation avec l'enseignant. Il peut s'agir d'une aide concernant la manipulation de matériel scolaire, la lecture, la reformulation et la compréhension des consignes, l'installation matérielle de l'enfant, la concentration de l'enfant sur son travail, la prise de note, la socialisation et la communication avec les autres camarades de la classe... Il peut intervenir également hors des temps de classe, tels que les interclasses ou les moments de repas. Il s'agit de fournir à l'élève une aide pratique, rapide qui lui permet de participer au mieux aux activités de la classe.

1.3.2. Participations aux sorties de classes occasionnelles ou régulières

L'intervention de l'AVS dans le cadre de sorties scolaires culturelles ou sportives, permet à l'enfant d'être davantage intégré et de participer à toutes les activités permettant un enrichissement des apprentissages scolaires.

1.3.3. Accomplissement de gestes techniques

L'AVS doit pouvoir accomplir certains gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale particulière. Il est nécessaire dans ces situations que l'AVS reçoive une formation à certains gestes d'hygiène ou à certaines manipulations.

1.3.4. Collaboration au suivi des projets d'inclusion

L'AVS contribue à la réalisation du projet individuel de scolarisation et de socialisation d'un élève à l'école, au collège, au lycée. Il a pour mission d'assister aux différentes réunions d'élaboration ou de régulation du projet individualisé de l'élève, aux rencontres avec la famille ainsi qu'aux réunions de l'équipe éducative. Sa présence est primordiale parce qu'il accompagne l'enfant au quotidien et peut ainsi faire part de ses observations aux différents intervenants. Il est un membre à part entière de l'équipe éducative et il s'engage à respecter la confidentialité des informations concernant l'enfant qui sont partagées entre les membres de l'équipe.

1.4. Le recrutement des AVS

➤ L'employeur

Les AVS-Co et les EVS sont recrutés par un collège ou un lycée, mais peuvent être affectés dans une ou plusieurs écoles. Lorsque ces assistants exercent dans les écoles maternelles et élémentaires, un collège dit "collège support" est désigné par l'inspecteur d'académie pour gérer le recrutement en accord entre le principal du collège et le directeur d'école.

Pour les AVS-I, l'organisation est départementale, ce sont les inspecteurs d'académie qui sont chargés de gérer le recrutement. Ainsi le recueil des candidatures se fait par les services académiques, les candidats envoient un dossier au rectorat sur le site de l'éducation nationale.

Les ASCOL sont recrutés soit par un collège (Établissement Public Local d'Enseignement) soit par un IEN ASH (dispositif AVS). Mais ils sont toujours sous l'autorité de l'EPLÉ.

➤ **Les conditions**

Pour postuler il faut être majeur et titulaire du baccalauréat (ou diplôme équivalent). Un candidat n'ayant pas le baccalauréat mais ayant toutefois trois ans d'expérience en tant qu'aide-éducateur peut obtenir une équivalence. Pour travailler en internat, il est nécessaire d'avoir 20 ans.

Les postes seraient préférentiellement attribués aux personnes souhaitant accéder par la suite à des carrières dans le domaine social ; la fonction d'AVS leur permettrait une première expérience pouvant offrir une validation des acquis de l'expérience.

➤ **Les contrats**

Les assistants d'éducation (AVS-I, AVS-Co, ASCOL) peuvent être recrutés pour un temps complet ou partiel. Ils signent dans leur contrat de droit public un CDD d'une durée maximale de trois ans (en général 12 mois). Le CDD est renouvelable mais la durée totale du recrutement est limitée à six ans.

Les EVS bénéficient de contrats aidés, ce sont des contrats de droit privé. Il existe deux sortes de contrats aidés : le contrat d'avenir et le contrat d'accompagnement à l'emploi.

1.5. L'attribution des AVS

Depuis la loi du 11 février 2005, la décision d'attribution d'un AVS relève de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). C'est elle qui juge du bien fondé d'une aide humaine pour l'élève. Cela nécessite une évaluation précise des besoins de l'enfant. La circulaire n°2003-093 du 11 juin 2003 (BO n°25 du 19 juin 2003) donne les précisions suivantes: « L'attribution d'un AVS à un élève peut être envisagée - quelle que soit la nature de son handicap et quel que soit le niveau d'enseignement - dès lors qu'un examen approfondi de sa situation fait apparaître le besoin, pour une durée déterminée, d'une aide humaine apportée dans le cadre de la vie scolaire quotidienne, en vue d'optimiser son autonomie dans les

apprentissages, de faciliter sa participation aux activités collectives et aux relations interindividuelles et d'assurer son installation dans les conditions optimales de sécurité et de confort. »

Avant de procéder à la demande officielle, il est préférable d'étudier la situation lors d'une réunion d'équipe éducative dirigée par le chef d'établissement en présence des parents et de l'enseignant référent. Les parents saisissent la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en lui adressant leur demande précisant leur souhait de bénéficier d'un AVS. Après étude du dossier en équipe pluridisciplinaire, la CDAPH propose un plan de compensation dont fait partie le PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation et l'éventuel AVS). Dans le cadre de ce PPS les aménagements de scolarité sont prévus. Si besoin l'enseignant référent de leur secteur peut les guider dans leurs démarches auprès de la MDPH.

Une fois la demande d'AVS validée par la CDAPH, celle-ci indique dans une notification à l'intention des parents, de l'enseignant référent et du coordonnateur du dispositif AVS, le nombre d'heures hebdomadaires accordé et la durée du contrat. Le coordonnateur effectue le suivi des décisions prises par la CDAPH, il entretient la relation avec la famille et les partenaires concernés, il gère les situations délicates telles que les absences (de l'AVS ou de l'élève). De plus il participe à la conception, la mise en œuvre et l'animation de la formation des AVS que nous allons détailler dans la partie qui suit. C'est ensuite l'IEN ASH qui s'occupe de l'affectation des AVS auprès des élèves.

1.6. La formation des AVS

La formation est définie pour la première fois dans la note DESCO-MAIS n°2004-0200 du 17 juin 2004 qui est accompagnée en annexe du premier cahier des charges. Cette note décrit dans les grandes lignes la formation envisagée pour les AVS et elle apporte quelques renseignements aux inspecteurs d'académie en ce qui concerne l'organisation générale de la formation. Le cahier des charges met en avant les deux objectifs principaux de la formation :

- fournir aux AVS les compétences nécessaires pour mener à bien le projet personnalisé de l'élève dans l'école; « acquérir de l'assurance et de l'efficacité

pour le bien-être de l'élève, garantir la cohérence de travail avec le ou les enseignant(s), l'équipe éducative »

- favoriser la reconnaissance de leur capacité d'accompagnement (grâce à la validation des acquis d'expérience), et pour cela leur apporter des connaissances utiles dans leur domaine.

En septembre 2007, le cahier des charges a été mis à jour suite à la loi de février 2005.

La formation se compose de deux versants :

- un module obligatoire de 60 heures minimum apportant les bases nécessaires pour remplir la fonction. Ce module se divise en trois domaines (détaillés ultérieurement).

- des modules d'approfondissement facultatifs (maximum 140 heures) au cours de l'année scolaire. Ces modules ont pour visée de solidifier les compétences des AVS et leur ouvrir ainsi des portes dans le champ du travail social. Ces modules développent un peu plus en détail certaines pathologies et fournissent des réponses aux AVS concernés.

Les AVS peuvent s'ils le souhaitent utiliser ce crédit d'heures supplémentaires pour suivre une autre formation dans le cadre d'un projet professionnel personnel mais qu'ils devront financer eux-mêmes.

La formation obligatoire de 60 heures comporte les trois domaines suivants :

- le fonctionnement du système éducatif français : organisation de l'Éducation Nationale, présentation de l'école ordinaire, des dispositifs spécifiques (RASED, CLIS, ULIS, SESSAD, SEGPA), lien avec la MDPH.
- des connaissances relatives aux besoins spécifiques des élèves handicapés et aux situations de handicap : présentation de certaines pathologies dans les grandes lignes, scolarisation de ces enfants et aménagements pédagogiques, notions de psychologie et relation à l'autre.
- des compétences en lien direct avec les tâches qui leur sont confiées : des repères pour l'adaptation à l'emploi, la place de l'AVS, la pédagogie adaptée, la loi du 11 février 2005.

Cette architecture générale de la formation est commune pour tous les AVS, en revanche des variations sont notables d'une académie à une autre. Ces écarts sont déterminés par les acteurs des formations, le nombre d'heures attribué par thématique, et surtout le contenu abordé.

Parmi les intervenants on peut trouver : des professionnels de la santé (médecins, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychologues...), des personnels de l'Éducation Nationale (enseignants spécialisés, psychologues scolaires, médecins de l'Éducation Nationale, formateurs d'IUFM, inspecteurs de l'Éducation Nationale pour l'Adaptation et l'Intégration Scolaire, conseillers pédagogiques...), des enseignants référents, des travailleurs sociaux, des bénévoles d'associations, des parents. Il semble indispensable que la pathologie soit présentée par un spécialiste. Le rôle des associations dans la formation est fondamental, elles apportent un autre regard sur le handicap ; contrairement à une information purement médicale les associations offrent un point de vue plus écologique sur les conséquences dans la vie quotidienne de l'enfant.

Lors d'une rencontre avec une AVS de la Drôme nous avons pu constater qu'il y a parfois un écart entre les textes officiels et la formation dans la réalité. C'est avec étonnement que nous avons appris que lors de sa formation en 2010-2011 les modules d'approfondissement n'avaient pas été proposés.

Vous trouverez en annexe (n°1, n°2) des exemples de programmes de formation en 2011-2012 dans différentes régions.

AVS et orthophoniste peuvent être amenés à suivre les mêmes enfants, ainsi une connaissance des compétences et du rôle de chacun est souhaitable.

2. L'orthophonie

2.1. Historique

Le terme orthophonie vient du grec « ortho » qui signifie « droit » et de « phonos » qui signifie « voix ». Ce terme est utilisé pour la première fois en France en 1829 avec l'ouverture de « L'institut orthophonique de Paris » par le Dr Marc Colombat spécialiste des troubles de la voix et de la parole. Cet institut est destiné au départ essentiellement au traitement du bégaiement. À la fin du 19^{ème} siècle, de nombreux centres de traitement du langage voient le jour.

En 1924, l'Association Internationale de Logopédie et de Phoniatrie est créée. Elle regroupe des praticiens de nombreux pays.

Suzanne Borel Maissonny, phonéticienne et grammairienne de formation, va œuvrer pour faire émerger et reconnaître cette discipline. C'est en 1926, aux côtés du Dr Victor Veau qui opère les enfants atteints de divisions palatines et de becs de lièvre qu'elle commence ses premières rééducations. Elle publie au cours de sa pratique de nombreux travaux concernant les troubles affectant la communication et le langage qu'il soit oral ou écrit : « L'orthophonie ayant pour objet la rééducation de tous les troubles de la voix, de la parole et du langage oral et écrit, il en résulte que ce vaste champ de la pathologie exige une pédagogie curative et des techniques précises. » (S. BOREL MAISONNY, 1971, Rééducation orthophonique n°62, volume 9, page 342). Elle réussit à faire de l'orthophonie une discipline médicale et universitaire à part entière.

En 1935, le Dr de Parrel ouvre le « Centre Social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires ». En 1947, la Sécurité Sociale accepte sa participation aux traitements du langage. En 1955, les premiers enseignements de l'orthophonie sont dispensés par Mme Borel Maissonny. Les orthophonistes sont sanctionnés par un diplôme : « Attestation d'étude d'orthophonie » qui sera remplacé en 1964 par « Le certificat de capacité d'Orthophoniste » qui confère à la profession un statut légal et paramédical soumis à la prescription médicale. Quelques années plus tard, en 1972, la lettre-clé A.M.O (Acte médical Orthophoniste) est créée.

Le décret de compétences de la profession est publié en 1983, il reconnaît officiellement le champ d'intervention de l'orthophoniste, notamment la pratique du

bilan et du dépistage. Trois années plus tard, l'arrêté du 6 mai 1986 renforce la qualité de la formation initiale des orthophonistes qui est dorénavant échelonnée sur quatre années. Ce décret de compétences est modifié en 1992 et en 2002.

Vous trouverez le décret des compétences de l'orthophoniste dans les annexes (n°3).

2.2. Rôle de l'orthophoniste

Le dictionnaire d'orthophonie définit l'orthophoniste ainsi : « professionnel de santé et auxiliaire médical titulaire du Certificat de capacité d'orthophoniste, s'occupant de la rééducation de la voix, de la déglutition, de la parole et des troubles du langage oral et écrit, et intervenant, dans les domaines curatif et préventif, auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées, en difficulté dans leur communication. » (Brin, Courrier, Lederlé, Masy, 2004, page n°180).

L'orthophoniste a pour mission de prévenir les troubles de la parole et du langage, de les dépister, les évaluer et les rééduquer. Ces troubles peuvent être causés par des facteurs d'ordre organique (atteintes ou dysfonctions sensorielles, motrices, neurologiques), ou d'ordre psycho-social (difficultés de développement plus ou moins marquées, carences socio-culturelles). Les conditions d'exercice de la profession sont définies par une convention nationale.

2.2.1. La prévention et le dépistage

Extrait du Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 – Article 4 :

« L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. »

L'orthophoniste a un rôle important à jouer dans la prévention et le dépistage précoce des troubles du langage et de la communication. En effet, les troubles du langage et leurs conséquences sur la communication ont des retentissements qui peuvent être néfastes sur la personnalité, l'intégration sociale, scolaire, professionnelle de la personne. La prévention et le dépistage précoce permettent de repérer et d'intervenir précocement auprès des enfants ou des personnes qui sont en difficultés ou qui risqueraient de l'être.

Mme N. Denni-Krichel parle ainsi de la prévention en orthophonie dans son article : « La prévention des troubles du langage : un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école » :

« La prévention en orthophonie, c'est aujourd'hui, plus que jamais, informer, former, repérer, dépister, conseiller, guider, et rééduquer les troubles du langage et des apprentissages, en optimisant les prises en charge coordonnées. »

L'OMS définit 3 stades de prévention :

- **le stade 1** : « la prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. »

Ce premier stade concerne les actions d'information du public et des parents sur le développement et les troubles du langage, ainsi que les actions de formation et d'information des professionnels qui s'occupent de la petite enfance (médecins, spécialistes divers, puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistantes maternelles, instituteurs...).

- **le stade 2** : « la prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. »

Ce second stade est consacré au dépistage précoce des troubles : dépistage ponctuel ou généralisé. Des outils étalonnés permettent en peu de temps et à peu de frais, de déceler les risques ou les probabilités de troubles du langage et de la communication.

Une fois la difficulté détectée ou le trouble suspecté, il est important de faire suivre l'enfant par des spécialistes, de mettre en place des consultations médicales si nécessaire, de surveiller son évolution ou de l'orienter vers une intervention spécialisée. Les enfants diagnostiqués tôt peuvent bénéficier d'une intervention et d'un accompagnement précoce qui peuvent diminuer les retentissements secondaires, tels que le repli sur soi, la démotivation, la perte de confiance en soi, les difficultés et l'échec scolaire.

- **le stade 3** : « La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. » Ce troisième stade est réservé aux actions thérapeutiques de rééducation, de remédiation et de réinsertion familiale, sociale, scolaire, professionnelle et culturelle.

2.2.2. L'évaluation

L'orthophoniste effectue son bilan sur prescription médicale. A partir d'épreuves spécifiques et d'une observation clinique il réalise un diagnostic de l'état de toutes les fonctions et de tous les aspects liés aux altérations et aux compétences de communication du patient. Au terme du bilan, l'orthophoniste rédige un rapport qu'il transmet au prescripteur. Il propose une rééducation et/ou des examens complémentaires. Une demande d'entente préalable sera alors envoyée à l'assurance-maladie qui rembourse partiellement les séances.

2.2.3. La prise en charge

La rééducation orthophonique a pour objectif de rétablir les capacités fonctionnelles de la communication, de concourir à leur développement ou à leur maintien, et de prévenir toute altération ou d'y suppléer. Du petit enfant, qui ne parvient pas à construire son langage et sa parole à la personne âgée perturbée dans sa communication, l'orthophoniste traite tous les troubles du langage. Il travaille en collaboration avec le médecin traitant, la famille, le milieu scolaire et social du patient. Il est tenu, comme tout professionnel de santé au secret professionnel.

2.3. Les champs de compétence de l'orthophoniste

Selon l'article. 3 du Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002. – L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

2.3.1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
- la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;

- la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée ;
- la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2.3.2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
- la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

2.3.3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

2.4. Modalités d'exercice

L'orthophoniste peut exercer à titre indépendant en cabinet libéral. Il a la possibilité de s'associer ou de se mettre en collaboration avec d'autres orthophonistes.

Il peut également travailler à temps plein ou partiel dans différents types d'institutions :

- dans les établissements de santé tels que les centres de rééducation ou de réadaptation, les hôpitaux de jour, au sein de services hospitaliers de néonataologie, neurologie, ORL, gériatrie... ;
- dans des établissements médico-sociaux ou médico-éducatifs.

Quel que soit son mode d'exercice, en équipe médicale pluridisciplinaire ou en cabinet privé, l'orthophoniste travaille toujours en relation étroite avec le médecin prescripteur, la famille et le milieu enseignant.

2.5. Chiffres

Le ministère de la santé notait en janvier 2009 : 18 506 orthophonistes en France (métropole et départements d'outre-mer) : 3 762 salariés et 14 744 libéraux (chiffres recueillis sur le site de Fédération Nationale des orthophonistes).

3 762 orthophonistes salariés dont :

1 094 dans la fonction publique ;

392 dans les établissements privés ;

73 dans les centres de santé ;

1999 dans les établissements pour personnes handicapés ;

329 dans d'autres secteurs non précisés ;

14 744 orthophonistes libéraux dont :

10701 installés seuls ;

3918 en cabinets de groupe.

La moyenne d'âge tourne autour de 42,9 ans. Il s'agit d'une profession à prédominance féminine puisque 96,2 % des orthophonistes sont des femmes.

3. Partenariats

3.1. Importance du partenariat pour une inclusion scolaire réussie

Audrey Bulte (2007) décrit dans son mémoire d'orthophonie intitulé « Mon carnet de liaison » le partenariat de cette façon : « le partenariat définit des relations d'échange et d'apports réciproques entre deux ou plusieurs personnes de compétences différentes, dites partenaires, agissant ensemble dans le but de répondre à des objectifs fixés inscrits dans un projet commun ».

La prise en charge d'un enfant en situation de handicap implique différents acteurs : les personnes qui composent l'équipe éducative, l'équipe de soins, les parents... La mise en place d'un partenariat, comme il est décrit ci-dessus, entre ces différents acteurs est souvent la clé d'une inclusion scolaire adaptée et réussie car elle permet une prise en compte de l'enfant dans sa globalité.

Chacun joue un rôle spécifique pour aider l'élève dans ses apprentissages en classe mais il ne peut le jouer seul. En effet, pour mettre en place des mesures pédagogiques spécifiques à l'élève, elles doivent être préparées et discutées entre les différents professionnels qui entourent l'enfant. Ce travail en équipe constructif permet une réponse appropriée à ses besoins.

Manon Masse, diplômée en ergothérapie et en psychologie clinique, insiste dans son article sur l'importance de rencontres régulières et d'objectifs communs entre les professionnels pour établir un partenariat de qualité : « Il n'existe pas de méthodologie du partenariat mais des processus favorisant une relation de partenariat basée sur des rencontres régulières et des objectifs partagés. Ainsi, le partenariat se crée seulement dans la reconnaissance de chacun et la recherche des meilleures modalités de communication entre partenaires. Le partenariat parents-professionnels oblige à porter une attention tout aussi grande au contenu des communications qu'aux processus engagés pour le mettre en œuvre... »

Chaque partenaire doit être conscient de son champ de compétences spécifique et du rôle précis qu'il joue au sein du partenariat. Les intervenants sont invités à travailler ensemble et à rendre complémentaires leurs actions.

Pour cela, il est important de préciser le rôle des parents, de l'enseignant, de l'AVS et de l'orthophoniste dans ce partenariat.

Rôle des parents :

Les parents soutiennent leur enfant moralement, l'aident à surmonter les obstacles et favorisent le développement de la confiance en soi. Comme il est écrit dans le rapport Ringard « À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique » du 5 juillet 2000 : « Le partenariat éducatif ne peut s'effectuer sans la participation de la famille, en tant que coéducatrice, et de l'enfant, en tant que sujet conscient. ». En effet, les parents sont au cœur des dispositifs mis en place par la loi du 11 février 2005. Ils sont partie prenante des décisions qui concernent leur enfant. Ils peuvent avoir des échanges réguliers avec les différents professionnels pour être informés de l'évolution de la scolarité de leur enfant.

Rôle de l'orthophoniste :

Après des parents, l'orthophoniste réalise une guidance parentale. Cette dernière est une partie importante du travail de l'orthophoniste. Il est écrit dans l'article 4 du décret de compétences des orthophonistes du 2 mai 2002 : « la rééducation orthophonique est accompagnée [...] de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. ». L'orthophoniste écoute et discute avec les parents au sujet de leur enfant et leur apporte des conseils pratiques.

Lors de réunions d'équipe éducative et d'Équipe de Suivi de Scolarisation (ESS), l'orthophoniste informe avec l'accord des parents, les enseignants et l'AVS sur les difficultés propres à l'élève, et en expose l'origine. Il explique l'objectif de la prise en charge thérapeutique de l'enfant. L'orthophoniste et tous les acteurs répondent ensemble aux difficultés scolaires de l'enfant en proposant des stratégies d'adaptation pédagogiques.

Rôle de l'enseignant et de l'AVS :

La présence d'un AVS au sein d'une classe ne doit pas inciter l'enseignant à ne plus exercer une pédagogie adaptée. Le député Guy Geoffroy a écrit dans son rapport intitulé « Scolarisation des enfants handicapés » du 30 septembre 2005 : « L'attribution d'un auxiliaire de vie scolaire est faite au profit de l'enfant (il s'agit bien d'un élément de compensation) et non pas au service de l'enseignant, même si, d'évidence, l'accompagnement pertinent de l'enfant, en assurant sa part de compensation, permet au message pédagogique de l'enseignant d'être plus performant. »

L'intervention d'un AVS auprès de l'élève doit être pensée comme un moyen d'optimiser la situation d'apprentissage dont la responsabilité entière appartient à l'enseignant. Le positionnement et les interventions de l'AVS sont élaborés en étroite concertation avec l'enseignant de la classe. Les interventions de l'AVS ne doivent pas faire obstacle à la mission pédagogique de l'enseignant mais la rendre plus performante. L'AVS a également un rôle à jouer dans la médiation entre l'élève et l'enseignant.

L'enseignant et l'AVS ont pour rôle d'informer l'orthophoniste des difficultés de l'enfant, de ses compétences et de son évolution et des obstacles qu'ils rencontrent avec lui. Ils identifient et mettent en œuvre en concertation les stratégies adaptatives pouvant aider l'enfant dans ses apprentissages.

Les échanges entre l'orthophoniste et l'équipe éducative permettent de réfléchir conjointement à la manière d'aider efficacement l'élève dans ses apprentissages. Travailler ensemble permet de fixer des objectifs communs en établissant des ponts entre le travail fait en classe et celui réalisé en séance de rééducation orthophonique. Ces échanges aident au transfert des acquis rééducatifs.

Il est fondamental que les différents partenaires disposent de temps de réunion et de concertation pour construire des liens et des objectifs communs en vue d'une meilleure cohérence autour de l'enfant.

Les réunions de l'équipe de suivi du PPS constituent un moment important et privilégié pour permettre à ces acteurs d'échanger sur les compétences et les difficultés de l'enfant dans le but de trouver des aides précises à lui apporter.

3.2. Le secret professionnel

Extrait de l'article L. 1110-4 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

Ce secret couvre les informations venues à la connaissance du professionnel de santé et de toute autre personne en relation avec ces professionnels ou organismes de soin. L'AVS, comme chacun des membres de l'équipe éducative, est tenu au secret professionnel, il doit garantir la confidentialité des informations qu'il est amené à connaître.

L'orthophoniste, comme tout professionnel de santé, est tenu au secret médical. Le secret médical est une composante du secret professionnel. L'orthophoniste n'est pas autorisé à faire parvenir son compte rendu de bilan à l'enseignant ou l'AVS. Celui-ci doit être rendu en mains propres aux parents. C'est ensuite ces derniers qui décident de divulguer ou non au corps enseignant certaines informations issues du bilan.

Avec l'accord des parents, les différents professionnels qui entourent l'enfant peuvent être autorisés à échanger certaines informations nécessaires relatives à la compréhension des compétences et difficultés de l'enfant. C'est ce qui est également mentionné dans l'article cité précédemment : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

Les professionnels de santé doivent réussir à concilier secret médical et partenariat. Il s'agit de fournir avec l'accord des parents certaines informations importantes à l'équipe éducative pour aider l'inclusion scolaire de l'enfant en se gardant de communiquer des éléments relatifs à l'enfant ou sa famille qui ne seraient pas pertinents ou trop personnels.

Le non respect du secret professionnel est répréhensible. Selon l'article 226-13 de la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire par état ou par profession soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

4. Les différents projets personnalisés existants

Il est nécessaire pour permettre à l'enfant ou l'adolescent présentant un handicap, de bénéficier d'une scolarisation adaptée, de mettre en place un projet au sein de l'établissement. Ce projet permet de définir les aménagements et adaptations nécessaires à l'enfant et permet aux différents professionnels qui entourent l'enfant de partager et de rendre complémentaires leurs interventions.

Quatre types de projets personnalisés existent :

4.1.1. Le PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

Il permet l'accueil ou le maintien de l'élève en situation de handicap dans des conditions ordinaires de scolarité par la mise en place d'aménagements éducatifs et pédagogiques conséquents. Il définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers de l'élève présentant un handicap : il peut s'agir d'un accompagnement humain (ex : AVS), d'utilisation de matériels pédagogiques adaptés (ex : ordinateur), d'aménagement de l'emploi du temps scolaire (ex : orthophoniste sur le temps scolaire). Le PPS fait partie intégrante du plan de compensation.

Pour mettre en place un PPS, la famille doit commencer par solliciter la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) à l'aide d'un formulaire de demande. Le PPS est ensuite élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH constituée entre autres de médecins, pédopsychiatres, psychologues, médecins de l'Éducation Nationale, enseignants spécialisés... Il est ensuite transmis à la famille qui dispose de 15 jours pour apporter ses observations. Après accord de la famille, le projet est validé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et confié à un « enseignant référent » (désigné par la MDPH).

L'enseignant référent articule le travail des équipes éducative et enseignante et il s'assure de la continuité et de la cohérence de la mise en place du PPS. Il constitue l'interlocuteur privilégié de la famille. Il organise les réunions de L'Equipe de Scolarisation de Suivie (l'ESS) dont il fait partie. Cette équipe se compose, comme il est précisé dans le décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005, de l'élève, de ses parents ou de son représentant légal, du psychologue scolaire ou du conseiller d'orientation psychologue, du médecin de l'éducation nationale ou du médecin du service de protection maternelle et infantile, et éventuellement, de l'assistant de service social ou de l'infirmier scolaire qui interviennent dans l'école ou l'établissement scolaire concerné. Le cas échéant, elle fait appel, en lien avec le directeur de l'établissement de santé ou médico-social, aux personnels de ces établissements qui participent à la prise en charge de l'enfant.

L'ESS procède au moins une fois par an à l'évaluation du PPS et de sa mise en œuvre. Cette évaluation peut également être entreprise si des régulations se révèlent indispensables au cours de l'année scolaire. Elle peut être organisée à la demande de l'élève, de ses parents, de l'équipe éducative de l'école ou de l'établissement scolaire, du directeur de l'établissement de santé ou de l'établissement médico-social.

4.1.2. Le PIA : Projet Individualisé d'Accompagnement

Il s'agit de la feuille de route, du mode d'emploi de la scolarisation des enfants en établissement médico-social ou pris en charge par un service médico-social. Il est mis en œuvre sous la responsabilité du directeur du service ou de l'établissement, et

cela en cohérence avec le plan personnalisé de compensation de l'enfant. Il remplace le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique. Il fixe les méthodes, les pratiques pédagogiques et les accompagnements adaptés à mettre en œuvre selon les particularités de l'enfant pris en charge.

4.1.3. Le PAI : Projet d'Accueil Individualisé

Il spécifie les adaptations et aménagements à prévoir à l'intérieur d'un établissement scolaire ordinaire pour l'accueil d'un enfant présentant des troubles de santé susceptibles de persister (le plus souvent en lien avec une maladie chronique) mais n'impliquant pas qu'il soit reconnu comme handicapé. Le PAI peut être inclus dans un PPS, notamment en cas de nécessité d'un protocole d'urgence ou d'une prise médicamenteuse compte tenu du handicap. Le PAI est élaboré par le directeur d'école ou le chef d'établissement à la demande ou en accord avec la famille avec le concours du médecin de l'Éducation Nationale ou de PMI (protection maternelle et infantile). La responsabilité de la mise en œuvre du PAI et de son suivi est confiée au directeur de l'établissement scolaire.

4.1.4. Le PPRE : Projet Personnalisé de Réussite Éducative

Il concerne des élèves dont les connaissances ou les compétences ne semblent pas suffisantes pour parvenir à la maîtrise du socle commun et ceci indépendamment d'un trouble de la santé ou d'un handicap. Il s'agit de mettre en place un dispositif de soutien à la scolarité. Il peut intervenir à n'importe quel moment de la scolarité en fonction des besoins de chaque élève. Il est temporaire, sa durée varie en fonction des difficultés scolaires rencontrées par l'élève et de ses progrès. Il se concentre prioritairement sur le français et les mathématiques. Il fixe des objectifs précis en nombre réduit. Il prévient l'aggravation des difficultés ou permet à l'élève de surmonter les obstacles pour poursuivre ses apprentissages. L'enseignant et le directeur de l'école proposent à l'élève et à sa famille un plan d'aide ciblant des connaissances et des compétences précises en passant par la différenciation pédagogique dans la classe ou par des aides spécialisées. Ce plan est formalisé, il représente un contrat entre l'école et la famille.

Contrairement au PPS et au PIA, le PAI et le PPRE sont des configurations de projets autonomes, non obligatoirement liées à la question du handicap. Un éventuel accompagnement de l'enfant par un AVS est envisagé par la CDA de la MDPH. Cette décision est prise dans le cadre du PPS (Projet personnalisé de scolarisation).

Buts et hypothèses

Notre mémoire a pour finalité de :

- Proposer un complément de formation aux AVS en leur apportant des pistes pratiques.
- Susciter le lien entre l'AVS et l'orthophoniste qui interviennent auprès de l'enfant.

La question qui va guider notre travail est la suivante : notre outil pratique à l'attention des AVS constitue-t-il une aide attendue et utile à leur activité ?

Nous sommes parties des hypothèses suivantes :

Hypothèse n°1. Les résultats du questionnaire à l'intention des AVS mettront en évidence le fait qu'ils jugent leur formation trop succincte. En effet, 60 heures d'enseignement semblent insuffisantes pour aborder un panel très large de handicaps. En si peu de temps les pathologies ne peuvent pas être abordées en profondeur. La formation est une information plutôt générale sur le handicap, or les AVS ont besoin de connaître les conséquences du handicap sur les apprentissages de l'enfant pour ainsi répondre à ses besoins de façon spécifique.

Hypothèse n°2. Leurs réponses révéleront également qu'ils se plaignent d'un manque de formation au début de leur activité. Effectivement, certains débutent leur contrat avant même d'avoir commencé à recevoir la formation initiale. Les AVS ne se forment qu'une fois sur le terrain en étant confrontés à certaines difficultés.

Hypothèse n°3. Les réponses recueillies dans les questionnaires des AVS et des orthophonistes montreront l'utilité de créer des fiches pour apporter un complément pratique à la formation des AVS.

Hypothèse n°4. Les réponses que nous obtiendrons dans un second temps grâce à un questionnaire de satisfaction à l'intention des AVS nous indiqueront qu'ils trouvent notre outil utile à leur pratique : nous souhaitons leur apporter une source de données fonctionnelles où ils pourront trouver des conseils pratiques,

concrets et adaptés à chaque pathologie, ceci dans le but d'offrir à l'enfant une inclusion dans les meilleures conditions possibles.

Hypothèse n°5. Ce deuxième questionnaire nous indiquera également que notre outil permet de faciliter les échanges entre orthophonistes et AVS : le partage d'informations entre ces deux intervenants assure un accompagnement plus adapté, un suivi cohérent et guide à la fois le travail de l'AVS et de l'orthophoniste. Il est tout aussi important que l'AVS connaisse les difficultés de l'enfant et que l'orthophoniste soit au courant des progrès scolaires ou, au contraire, des obstacles que l'enfant rencontre. La mise en place d'un lien entre orthophonistes et AVS renforce la volonté d'une inclusion réussie.

Sujets, matériel et méthode

1. Les outils existants

1.1. État des lieux

Les principaux supports d'informations pour accompagner les enfants handicapés en classe ordinaire sont :

- les sites des académies et plus précisément la partie ASH (adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés) de ces sites ;
- les sites des associations (avenir dysphasie, APEDYS, TDAH France...) ;
- quelques livres spécifiques (notamment la collection Tom Pousse, *Aider l'élève dyslexique au collège et au lycée* de D. Crunelle, *Les enfants autistes, les comprendre, les intégrer à l'école* de R. Jordan et S. Powell).

1.2. Les manques

Nous avons parcouru de nombreux sites internet pour déterminer ce qui avait été traité et définir les apports supplémentaires que nous pourrions fournir.

Internet rend accessible une multitude de renseignements mais présente des points faibles. Les AVS peuvent se perdre au milieu de tous ces sites, il est difficile de trouver des informations précises. Souvent les documents mis en ligne sont succincts ou riches, mais incomplets. De plus, il faut rester vigilant sur la fiabilité de ceux-ci. Les sites concernant l'enseignement aux enfants handicapés s'adressent aux enseignants, et n'abordent pas suffisamment les aides spécifiques à apporter par l'AVS.

De nombreux ouvrages traitent des pathologies concernées, mais peu fournissent des aides concrètes pour l'accompagnement scolaire. De nombreuses sources ciblent un large public (parents, professionnels de santé, enseignants...). Il existe peu de sites, d'ouvrages ou de brochures s'adressant spécifiquement aux AVS. Quel que soit le support, le langage est parfois trop technique et pas suffisamment accessible à tous.

1.3. Notre apport

On constate qu'il existe de nombreux supports mais qu'ils sont trop éparpillés et pas toujours adaptés et spécifiques aux AVS.

Le but de notre travail sera de synthétiser dans un unique document, le maximum de renseignements pertinents pour leur pratique, en s'appuyant aussi bien sur internet que sur des ouvrages plus pointus, des conférences et des formations. De plus tous les guides seront regroupés sur un même site, les AVS suivant plusieurs enfants trouveront donc en un clic ce dont ils ont besoin. Ainsi leurs recherches seront simplifiées et ils auront à disposition des ressources auxquelles ils n'accèderaient pas forcément.

2. Population visée

Notre mémoire s'adresse aux AVS accompagnant des enfants suivis parallèlement en orthophonie.

L'objectif à terme est de parvenir à améliorer la scolarisation de ces enfants en milieu ordinaire.

3. Enquête préalable par questionnaires

3.1. Questionnaire à l'intention des AVS

3.1.1. Conception du questionnaire

Nous avons souhaité faire le point sur la situation des AVS. Nous voulions en savoir plus sur leur formation et leur exercice.

Afin d'identifier la population interrogée nous leur avons demandé en en-tête : leurs coordonnées (s'ils voulaient), leur âge, leur sexe, leur lieu d'affectation et académie, le nombre d'enfants suivis cette année ainsi que le nombre d'heures par enfant.

Les questions abordées portent sur :

- leur cursus professionnel ;
- leur formation ;

- leur activité ;
- les pathologies rencontrées ;
- leurs attentes ;
- l'orthophonie ;
- l'intérêt pour notre travail.

Quelques questions entraînent des réponses uniques : choix binaire (oui/non), durée d'exercice, diplôme, qualité de la formation... Ce type de questions nous permettra de réaliser une analyse quantitative.

La plupart des autres questions sont des questions ouvertes, laissant aux AVS la possibilité de s'exprimer. Nous procéderons donc également à une analyse qualitative.

Nous avons essayé de cibler les réponses pour certaines questions en mettant en avant les éléments qui nous semblaient importants. Par exemple à la question 5) nous avons demandé :

Vous sentez-vous à l'aise pour aider un enfant quel que soit son handicap ?

OUI

NON, pourquoi ?

- manque de formation
- manque de confiance en soi
- ressentis personnels difficiles face à certains handicaps ; lesquels ?
- mauvaise expérience antérieure
- autres :

Nous avons conclu le questionnaire en leur permettant de partager leurs expériences ou leurs éventuelles remarques.

Vous trouverez ce questionnaire en annexe n°4 ainsi que la lettre expliquant notre démarche.

3.1.2. Résultats

Population interrogée

Nous avons essentiellement diffusé notre questionnaire dans la région Nord-Pas-de-Calais par deux principaux biais. D'une part grâce à la coordonnatrice des AVS du Nord qui l'a transmis par mail à tous les AVS de l'académie. D'autre part nous avons participé à des modules d'approfondissement à Lille et nous avons donné notre questionnaire lors de ces trois journées. Nous avons également récupéré quelques réponses dans nos régions (Limousin, Drôme), et dans d'autres régions grâce à des connaissances (région parisienne, Bourgogne). Nous avons ainsi récolté 50 réponses. Les 50 AVS interrogés suivent au total 120 enfants.

96% des AVS qui ont répondu sont des femmes.

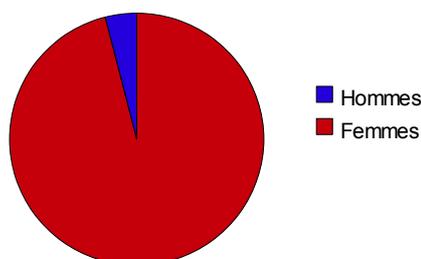


Illustration 1: Répartition Hommes/Femmes

La moyenne d'âge se situe autour de 35 ans, le plus jeune AVS a 21 ans et les trois plus âgés ont 53 ans.

La plupart des AVS de notre enquête sont sous contrat de droit public et dépendent directement de l'Éducation Nationale. Ils exercent depuis un peu plus de deux ans en moyenne, trois commencent tout juste leur contrat et une seule entame la dernière année (sur les 6 ans maximum). Sur les 50 AVS, 48 sont des AVS-I et 2 des AVS-Co.

Environ la moitié des AVS (52%) qui ont répondu ont fait des études supérieures et presque toute l'autre moitié a le baccalauréat (44%).

Leurs expériences professionnelles sont très variées, 66% ont déjà encadré des enfants (beaucoup ont leur BAFA), 34% ont une expérience auprès d'enfants handicapés, 18% ont déjà travaillé avec des adultes handicapés et 12% ont d'autres expériences essentiellement dans le social.

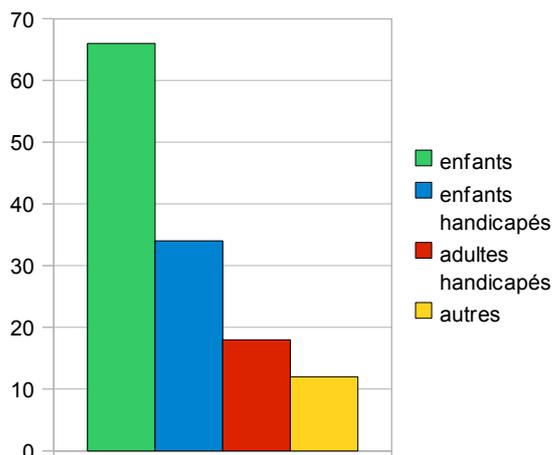


Illustration 2: Expériences professionnelles

Résultats de notre enquête

À la question : « Que pensez-vous de votre formation d'adaptation à l'emploi d'AVS? L'estimez-vous : insuffisante / satisfaisante / très satisfaisante »

58% des AVS estiment que leur formation est **insuffisante**. 32% trouvent qu'elle est satisfaisante. Seuls 2% pensent qu'elle est très satisfaisante. De plus **8%** n'ont pas encore suivi la formation alors qu'ils sont déjà en poste.

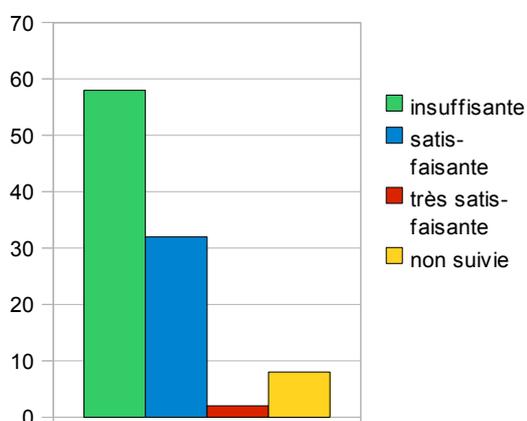


Illustration 3: Avis sur la formation

Parmi toutes les pathologies que les AVS ont pu rencontrer (164 au total), voici les 10 pathologies les plus fréquentes, on retrouve dans l'ordre:

- l'autisme, les TED : **34/164** ;
- le TDA/H : **24/164** ;
- la dyslexie/dysorthographe : **18/164** ;
- les divers handicaps moteurs et IMC : **15/164** ;
- la dysphasie : **13/164** ;

- la déficience visuelle : **11/164** ;
- la trisomie et la déficience intellectuelle : **10/164** ;
- les troubles du comportement : **10/164** ;
- la dyspraxie : **5/164** ;
- la déficience auditive : **4/164**.

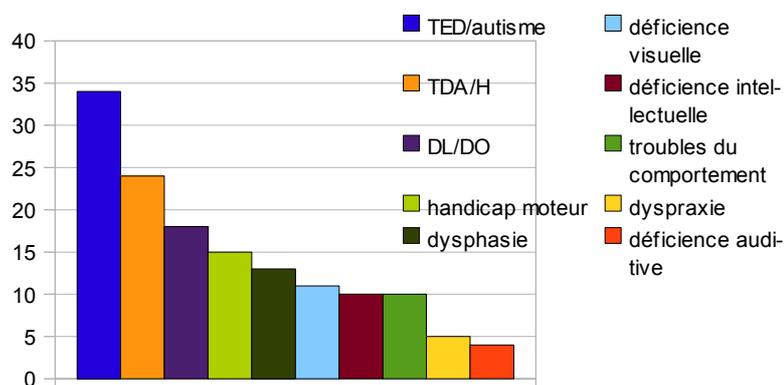


Illustration 4: Pathologies rencontrées

« Vous sentez-vous à l'aise pour aider un enfant quel que soit son handicap? »
54% ne se sentent pas à l'aise.

La principale cause de ce manque d'assurance pour les AVS de notre enquête est **un manque de formation pour 44%**. On trouve ensuite : ressenti personnel 16%, manque de confiance en soi 10%, autres (manque d'informations et d'échanges, force physique) 8%, mauvaise expérience antérieure 4%.

Parmi les ressources utilisées **internet** vient en tête avec 74% suivi de peu par le contenu de la **formation** avec 72%, on a ensuite :

- connaissances personnelles : 66% ;
- enseignant de la classe : 60% ;
- enseignant référent : 46% ;
- médecins, personnels paramédicaux : 32% ;
- enseignant spécialisé : 24% ;
- associations : 18% ;
- autres : 16% ;
- bibliothèque : 12% ;
- outils locaux : 4%.

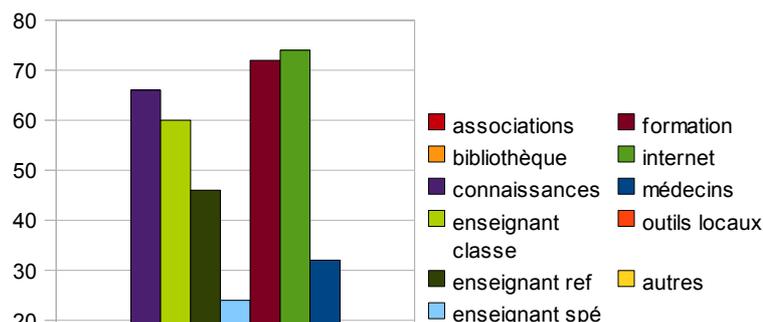


Illustration 5: Ressources utilisées

90 enfants sont actuellement suivis par un AVS sur un temps partiel de leur scolarisation, contre 30 à temps complet (parfois l'enfant n'est pas scolarisé à plein temps, mais l'AVS est présente sur l'ensemble de son temps de scolarisation).

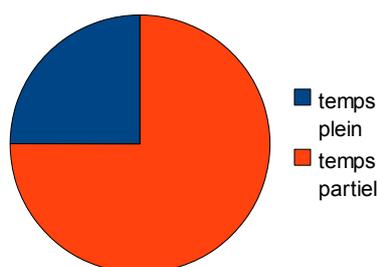


Illustration 6: Présence de l'AVS

Les besoins spécifiques des enfants accompagnés font souvent partie des propositions données dans le questionnaire :

- reformuler les consignes : 96% ;
- le recentrer : 88% ;
- répéter : 80% ;
- plus de temps : 72% ;
- faire des schémas : 62% ;
- utiliser des pictogrammes : 32% ;
- autres : 28% (calmer, sortir de classe, aide pour l'ordinateur/internet, motiver, favoriser l'autonomie, expliquer les codes sociaux, donner une aide méthodologique, prise de notes, manipulation objets, varier les façons de faire en atelier, échange avec l'enseignant ou éducateur spécialisé, écrire et lire pour l'enfant, limiter les distracteurs, utilisation d'une ardoise...).

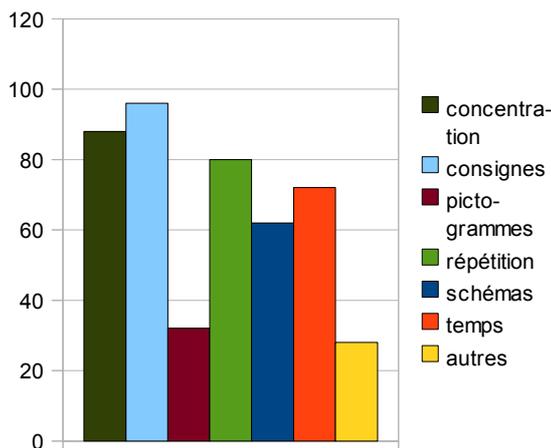


Illustration 7: Besoins spécifiques

Bien d'autres besoins spécifiques ont été cités, notamment rassurer, donner confiance, encourager, être à l'écoute sont des points qui sont revenus souvent.

En ce qui concerne l'accompagnement hors classe, environ la moitié ont besoin d'aide. Les aides mentionnées sont les suivantes :

- surveillance, observation de son comportement, présence à distance (x8) ;
- insertion dans un groupe pour jouer, veiller à son intégration, socialisation (x6) ;
- aide à la cantine, port du plateau (x5) ;
- favoriser l'autonomie (x4) ;
- accompagnement car absence de défense et difficulté à accepter les sollicitations des autres (x2) ;
- empêcher de se frapper lui ou les autres (x2), empêcher de mettre des choses dans ses oreilles et de manger n'importe quoi ;
- jeux chantés pendant la récréation, jouer avec lui, recherche d'activités adaptées pour combler l'ennui ;
- aide au repérage pour les lieux nouveaux ;
- présence si besoin de parler, toujours à proximité, discussions, échanges, communication verbale.

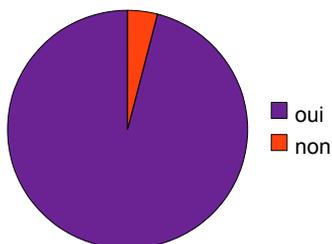
À la question: « Auriez-vous des attentes ou des besoins par rapport aux pathologies des enfants que vous accompagnez ? », voici toutes les réponses par ordre de fréquence :

- rencontrer les thérapeutes et spécialistes, être plus au courant du suivi médical, plus d'informations (x7) ;
- connaître les pathologies, avoir plus d'explications, des précisions sur leurs difficultés, connaître le dossier médical de l'enfant, plus de cohérence entre les différentes personnes qui suivent l'enfant, échanges avec les centres de soins (x6) ;
- des pistes pratiques, plus d'outils théoriques et pédagogiques (ordinateur, logiciel) (x4) ;
- avoir des méthodes pour les aider, comment procéder, avoir des outils pour les enfants « dys » (x3) ;
- une formation avant d'être sur le terrain (x2) ;
- approfondir le sujet de la dyslexie (x2) ;
- une fiche sur le handicap de l'élève, une fiche sur le suivi de l'année précédente ;
- un stage dans le centre qui suit l'enfant ;
- une aide extérieure quand c'est trop physique ;
- plus de temps pour ces enfants ;
- bibliographie, sites internet ;
- pouvoir apporter un maximum d'aides dès le début ;
- de meilleures infrastructures ;
- plus de reconnaissance ;
- langue des signes, LPC ;
- plus de communication avec les parents.

100% des AVS interrogés sont satisfaits de leur intégration dans la classe. Seuls 4 ont fait des remarques par rapport à une intégration plus difficile au collège et avec certains professeurs. Un AVS déplore un manque de respect de la part de l'enseignant en maternelle.

Les réponses concernant les connaissances sur l'orthophonie sont très disparates. Beaucoup savent que l'on rééduque le langage mais certains expriment leur méconnaissance.

62% n'ont pas de contact avec l'orthophoniste de l'enfant, 28% sont en relation avec l'orthophoniste, pour 6% des AVS interrogés les enfants ne sont pas pris en charge en orthophonie, 4% n'ont pas répondu.

96% des AVS pensent que des fiches pourraient leur être utiles.*Illustration 8: Utilité des fiches*

Beaucoup aimeraient des fiches sur toutes les pathologies. Une grande majorité demande une fiche sur l'autisme et les TED. En troisième position vient la dyslexie suivie par les troubles du comportement et la dysphasie. On trouve ensuite dans l'ordre les « dys », la dyspraxie, les troubles du langage oral et du langage écrit, la déficience auditive, le handicap moteur. Ont été citées également la déficience visuelle et la trisomie.

Les informations souhaitées dans les fiches sont les suivantes:

- définition claire et précise, explication du handicap, symptômes, généralités synthétisées, caractéristiques, conséquences sur la vie de l'enfant, renseignements plus approfondis sur le handicap (x5) ;
- comment réagir face à l'enfant, comment se comporter avec lui, que faire en cas de crises, pistes pour le calmer et mieux le comprendre (x3) ;
- méthode de travail à adopter, conseils pour aider l'enfant, quelle approche efficace, méthodologie, moyens pratiques réels, comment pallier les besoins spécifiques (x4) ;
- ses ressentis, ses comportements (donner des exemples), fonctionnement de l'enfant (x3) ;
- des références: liens internet, livres... ;
- aide à apporter à l'enfant en général, conseil sur la démarche à adopter (x2) ;
- matériel adapté existant ;
- quel type de pédagogie, quels exercices, quels outils ;
- aide pour le langage oral et écrit ;
- savoir ce qu'on peut attendre de l'enfant, quel niveau il peut atteindre ;
- pouvoir reprendre des exercices dans la continuité du travail des spécialistes ;

- choses pratiques et simples à comprendre et à réaliser, méthodes concrètes pour l'aide aux tâches scolaires et la vie en société, comment aborder les apprentissages selon ses difficultés ;
- quels mots employer, quels termes éviter, comment gérer une situation de quiproquos, de malentendus ce qu'il faut éviter de faire ;
- fiche simple sans mot savant, pratique à consulter, que l'on pourrait mettre dans un classeur ou télécharger sur ordinateur et emporter avec soi, l'avoir sous la main si besoin ;
- expériences, aides existantes, choses concrètes, exemples, conseils astuces pour reformuler ;
- étiologie.

3.1.3. Interprétation

La population d'AVS interrogée n'est pas représentative si l'on considère l'échelle nationale. En effet les trois quarts des AVS sont de la région Nord-pas-de-Calais, or nous savons que la formation varie d'une académie à une autre. Ainsi nous n'avons pas un panel suffisamment étendu pour qualifier la formation française.

La répartition hommes/femmes (96% de femmes) se rapproche de la répartition nationale qui est de 9 femmes pour 1 homme.

Les contrats sont majoritairement des contrats de droit public, ce qui va dans le sens d'une réduction progressive des contrats aidés (EVS).

96% des AVS interrogés sont des AVS-I, ce qui montre une forte proportion de scolarisation individuelle en classe ordinaire (98 enfants ont une AVS-I et 22 une AVS-Co).

On peut affirmer qu'il y a un manque de formation évident dans la région Nord-pas-de-Calais, ce manque se retrouve aussi dans d'autres régions (notamment dans le département de la Drôme). Notre hypothèse n°1 est partiellement validée, pour les AVS de notre enquête la formation est trop succincte. Il n'est pas rare que les AVS commencent à travailler avant d'avoir suivi la formation. Une AVS nous a même dit qu'on ne l'avait pas informée qu'il y avait une formation obligatoire (après 2 mois à son poste). Cela confirme notre hypothèse n°2.

Les deux pathologies les plus fréquentes sont l'autisme ou TED, et le TDA/H. Les enfants atteints par ces pathologies ont souvent des comportements difficiles à gérer qui peuvent perturber le fonctionnement de la classe. La présence d'AVS pour ces enfants est donc justifiée. Depuis la loi de février 2005 la scolarisation des enfants handicapés en classe ordinaire a fortement augmenté, un enseignant peut avoir dans sa classe plusieurs enfants handicapés ce qui semble compliqué à gérer seul. L'AVS permet au professeur de pouvoir enseigner plus facilement. Toutefois il est important que l'enseignant offre une pédagogie plus adaptée pour ces enfants en difficulté.

Le manque de formation est mis en avant pour justifier que la moitié des AVS ne se sent pas à l'aise. Ce taux élevé de manque d'assurance est donc essentiellement lié à une formation insuffisante pour les AVS interrogés. Cela appuie notre hypothèse n°1.

Toutefois les AVS sont nombreux à puiser leurs ressources dans leur formation. Le premier moyen d'informations reste tout de même internet. Ainsi la mise en ligne de notre travail sur un site internet est un moyen judicieux de diffusion. Les autres sources d'informations sont également sollicitées, ce qui montre que la formation n'apporte pas à elle seule tous les éléments nécessaires.

Les trois quarts des enfants bénéficient de l'aide humaine sur un temps partiel de leur scolarisation. Cela va dans le sens des préconisations dans les textes officiels. Cet accompagnement partiel favoriserait le développement de l'autonomie de l'enfant. Il semble évident que le choix doit être fait au cas par cas, chaque enfant est unique et ce n'est pas toujours envisageable de laisser l'enfant seul.

Les AVS comprennent progressivement le fonctionnement de l'enfant qu'ils accompagnent et répondent du mieux qu'ils peuvent à leurs besoins. Cependant beaucoup d'entre eux sont demandeurs de diverses aides. Ils sont désireux de mieux connaître le handicap et les moyens pour aider l'enfant.

Tous les AVS de notre enquête jugent que leur intégration au sein de la classe est bonne. Il semble très rare que les enseignants rejettent les AVS. Ceci conforte l'idée que les AVS apportent un soulagement aux professeurs.

62% des AVS de l'enquête n'ont pas de contact avec l'orthophoniste de l'enfant. Le défaut de cette question est de ne pas demander si l'enfant est suivi ou non par un orthophoniste. Ainsi on peut se demander si parmi les 62% tous les enfants ont une prise en charge orthophonique. Cependant la plupart des AVS sont désireux de rencontrer les professionnels intervenant auprès de l'enfant.

Les réponses sur leurs connaissances de l'orthophonie étant hétérogènes, il nous semble judicieux d'insérer un onglet sur le site internet pour présenter notre profession et compléter leurs connaissances.

Le pourcentage de relations AVS-orthophonistes (28%) est peu élevé. Ceci est regrettable pour le suivi de l'enfant. C'est pourquoi créer du lien entre des deux intervenants fait partie des objectifs de notre travail.

96% des AVS pensent que des fiches sur les différentes pathologies leur seraient profitables. Ce fort pourcentage valide l'hypothèse n°3 et prouve l'utilité de notre travail.

À la question « Quelles informations aimeriez-vous trouver dans ces fiches? », nombreux sont les AVS désireux d'avoir davantage d'explications sur le handicap, il serait donc intéressant d'intégrer une présentation des pathologies dans nos fiches.

3.2. Questionnaire à l'intention des orthophonistes

3.2.1. Conception du questionnaire

L'AVS, sous la responsabilité pédagogique de l'enseignant, est un acteur important dans la scolarité et l'évolution de l'enfant. Cependant, il n'est pas seul. De nombreux enfants accompagnés en classe par des AVS bénéficient d'un suivi orthophonique, ce qui fait de l'orthophoniste un partenaire incontournable.

Un des objectifs de notre travail est de créer ou de renforcer les échanges entre orthophoniste et AVS. Il est donc nécessaire au préalable de faire un état des lieux de leurs échanges. Pour cela nous avons décidé d'utiliser un questionnaire. Le but est de recueillir l'opinion d'orthophonistes concernant l'accompagnement scolaire de certains de leurs patients par des AVS et les relations qu'ils entretiennent avec ces intervenants.

Nous avons fait le choix de proposer une majorité de questions fermées. Effectivement, il était indispensable que notre questionnaire soit rapide à remplir pour que les orthophonistes ne perdent pas de temps. Nos objectifs étaient d'en recueillir un maximum et pour cela il était primordial qu'il ne soit pas chronophage.

Nous voulions avoir une idée du nombre d'enfants suivis par des orthophonistes bénéficiant de l'accompagnement d'un AVS et pour quelle pathologie. Les premières questions ont pour but d'obtenir ces informations (Nombre d'enfants suivis par un AVS parmi votre patientèle /Prenez-vous en charge un enfant (ou plus) bénéficiant de l'aide d'un AVS? /Pour quelle pathologie est suivi cet ou ces enfant(s)?)

Nous souhaitons également obtenir des informations concernant les contacts entre ces deux intervenants : dans quelles conditions, par quels moyens, à quelle fréquence, quels échanges d'informations ont-ils eus, ont-ils des échanges continus concernant l'enfant ? Les réponses aux questions 2) 3) 4) nous apporteront ces informations.

Nous voulions connaître le ressenti des orthophonistes sur la relation qu'ils entretiennent avec ces intervenants. C'est pourquoi il était primordial de laisser cette question ouverte. Nous ne voulions pas cantonner les réponses des orthophonistes dans des cases, mais nous souhaitons vraiment leur permettre de s'exprimer pour nous permettre d'analyser qualitativement leurs propos.

Les questions suivantes s'intéressent à l'accompagnement scolaire de l'enfant. Effectivement nous souhaitons savoir si l'orthophoniste pense que l'AVS permet une inclusion satisfaisante de l'enfant en milieu ordinaire, si celui-ci participe aux synthèses et si oui, ce qu'apporte sa présence.

Nous recueillerons grâce à l'avant dernière question, l'avis des orthophonistes concernant notre projet de création : des fiches apportant des informations sur certaines pathologies et des pistes pratiques à l'intention des AVS seraient-elles utiles pour améliorer l'intégration de l'enfant ?

Nous avons laissé, pour terminer, la possibilité aux orthophonistes de s'exprimer, d'émettre des remarques ou de partager leurs expériences. Ce qui nous permettra sûrement de recueillir des propos très intéressants.

Les réponses que nous obtiendrons des orthophonistes compléteront celles reçues des AVS. Ces deux questionnaires vont nous permettre de dresser un état des lieux complet et bidimensionnel.

Vous trouverez ce questionnaire en annexe n°5 ainsi que la lettre expliquant notre démarche.

3.2.2. Résultats

Nous avons diffusé notre questionnaire par l'intermédiaire de forums consacrés à l'orthophonie et des syndicats régionaux de toute la France. 40 orthophonistes se sont intéressées à notre enquête. 29 exercent en libéral et 11 travaillent en salariat. Elles sont originaires de toute la France et même d'Outre-Mer.

Sexe :

Femme 40/40 : 100%

Tous les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire sont des femmes. Ce qui se rapproche du ratio homme/femme de notre profession.

Prise en charge d'un enfant ou plus bénéficiant de l'aide d'un AVS :

- Oui :39/40

- Non :1/40

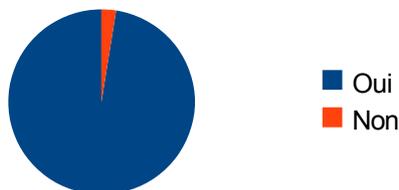


Illustration 9: Patient suivi par un AVS

Le tableau I représente le nombre d'enfants à la fois pris en charge en orthophonie et suivis par un AVS.

Tableau I : Nombre d'enfants suivis par un AVS dans leur patientèle

0 : 1/40	4 : 6/40	8 : 2/40
1 : 4/40	5 : 6/40	10 : 1/40
2 : 2/40	6 : 3/40	14 : 1/40
3 : 8/40	7 : 3/40	20 : 1/40
		Non renseigné : 2/40

En moyenne, les orthophonistes interrogées suivent 4 à 5 enfants bénéficiant de l'aide d'un AVS. 67,5% d'orthophonistes interrogées suivent entre 1 et 5 enfants bénéficiant de l'aide d'un AVS.

Pathologies des enfants suivis bénéficiant de l'aide d'un AVS :

- Dysphasie : 16
- TED/autisme : 14
- Dyslexie/Dysorthographe : 12
- Déficience intellectuelle dont trisomie : 9
- Surdité : 8
- Atteintes neurologiques (dont paralysies cérébrales,  pilepsies, AVC post natal) : 6
- Troubles du comportement : 6
- Divers syndromes (Willi Prader, Dravet, Noonan, Di georges, X fragile) : 6
- Dyspraxie : 5
- Troubles des apprentissages : 5
- Handicap moteur : 4
- TDA/H : 4
- Multidys : 3
- Dyscalculie : 3
- Troubles dysexécutifs : 2
- Retard de développement : 2

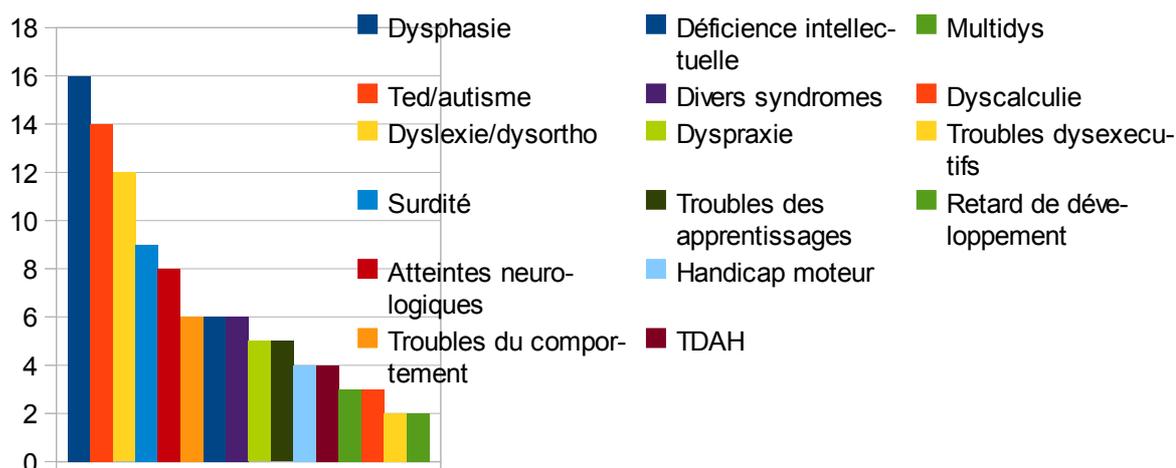


Illustration 10: Pathologies

Les pathologies qui apparaissent le plus fréquemment dans la réponse à cette question sont la dysphasie, les Troubles Envahissants du Développement, la dyslexie/dysorthographe ainsi que la surdité. Rappelons que pour les AVS interrogés les TED et la dyslexie étaient dans les trois premières pathologies.

Le tableau II illustre qui de l'orthophoniste ou l'AVS a contacté l'autre en premier.

Tableau II : prise de contact

Contact initié par l'orthophoniste :	Contact initié par l'AVS :
- Oui :18/40	- Oui :10/40
- Non renseigné :3/40	- Non renseigné : 3/40

Selon les orthophonistes interrogées, les orthophonistes initient davantage le contact que les AVS: 45% contre 25%.

Moyens utilisés :

- Téléphone : 18
- Rencontre : 19
- Synthèse ou réunion : 32

Les contacts AVS/orthophoniste sont plus fréquents au sein des synthèses ou des réunions de l'ESS (80%) que par téléphone (45%) ou rencontre duelle (47,5%).

À l'arrivée de l'AVS :

- Oui : 16/40
- Non : 11/40
- Non renseigné : 12/40

Les contacts entre AVS et orthophonistes sont peu fréquents dès l'arrivée de l'AVS auprès de l'enfant (40%).

Fréquence des contacts :

- 1 fois par an/à chaque synthèse : 10/40
- 2 fois par an : 7/40
- 3 fois par an : 1/40
- 4 fois par an : 1/40
- 5 fois par an : 1/40
- 1 fois par mois : 1/40 (orthophoniste en sessad)
- Chaque semaine : 2/40 (orthophonistes en sessad)
- Fréquence variable : 3/40
- Non renseigné ou pas de contact avec l'AVS : 14/40

42,5% des orthophonistes interrogées rencontrent les AVS une à deux fois par an. 22,5% les rencontrent plus souvent.

Le tableau III détaille les sujets abordés lors des échanges entre orthophonistes et AVS.

Tableau III : Thèmes des discussions

les difficultés de l'enfant	les difficultés spécifiques de la pathologie	les possibilités d'aide matière par matière	le matériel ou les activités envisageables
Oui : 33/40 Non renseigné : 7/40	Oui : 26/40 Non : 8/40 Non renseigné : 6/40	Oui : 20/40 Non : 14/40 Non renseigné : 6/40	Oui : 21/40 Non : 13/40 Non renseigné : 6/40

82,5% des orthophonistes discutent avec l'AVS des difficultés concernant l'enfant, 65% des difficultés spécifiques à la pathologie, 50% des possibilités d'aide matière par matière et 52,5% du matériel ou des activités envisageables.

Échanges continus sur l'évolution de l'enfant :

- Oui : 19/40
- Non : 14/40
- Non renseigné : 7/40

47,5% continuent d'échanger sur l'évolution de l'enfant.

Qualité de la relation orthophoniste/AVS :

- 45% la considèrent bonne, intéressante et enrichissante : 18/40 ;
- 30% évoquent des relations rares, peu d'échanges : 12/40 ;
- 5% la qualifient d'inexistante : 2/40 ;
- pour 5% elle existe toujours en présence de l'instituteur : 2/40 ;
- pour 5% elle est variable selon la personnalité de l'AVS et de son investissement : 2/40 ;
- Une orthophoniste juge cette question trop subjective : 1/40 ;
- Non renseigné : 3/40.



Illustration 11: Relation orthophoniste/AVS

Le tableau IV rassemble les remarques des orthophonistes à la question « L'AVS permet-il une intégration satisfaisante de l'enfant ? ».

Tableau IV : Qualité de l'inclusion de l'enfant

Réponse	Nombre	Remarques faites
Oui	17/40 42,5%	- La scolarisation de certains enfants ne serait pas possible sans leur intervention. - L'AVS est un partenaire indispensable.
Oui mais cela dépend :	10/40 25%	- de la formation que reçoivent les AVS. (x5) - de la personnalité, de l'implication et de la motivation de l'AVS. (x4) - si l'enfant peut être suivi par la même AVS le plus longtemps possible. - si l'enfant accepte l'aide de l'AVS.

		<ul style="list-style-type: none"> - si les différents partenaires qui entourent l'enfant communiquent entre eux. - si l'AVS laisse de l'autonomie à l'enfant. - si les heures qui sont accordées à l'enfant lui sont suffisantes. (x2) - si la maîtresse laisse de la place à l'AVS et si ce dernier ne s'occupe que de l'enfant dont il est chargé et non de toute la classe. (x2)
Mitigé	11/40 27,5%	<ul style="list-style-type: none"> - Ils ne sont pas assez formés et leur rôle n'est pas toujours bien défini. - Cela dépend de la qualité relationnelle de l'AVS. - Les aides apportées ne sont parfois pas suffisantes pour l'enfant. - Cela dépend du temps accordé à l'enfant. - La présence et les interventions de l'AVS peuvent nuire à l'autonomie de l'enfant et parfois être intrusives. - Cela peut stigmatiser l'enfant auprès de ses pairs et de l'enseignant. - La réussite de l'intégration est trop multifactorielle et ne dépend pas que de la bonne volonté de l'AVS.
Non	2/40 5%	<ul style="list-style-type: none"> - Ils ne sont pas suffisamment formés. - L'intégration scolaire n'est pas bénéfique pour tous les enfants.

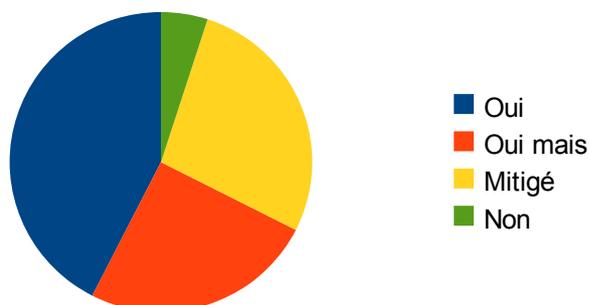


Illustration 12: Utilité de l'AVS pour l'inclusion

45% des orthophonistes interrogées évoquent spontanément un manque de formation des AVS (18/40).

L'AVS participe-t-il aux synthèses et réunions de l'EES :

- Oui : 29/40
- Non : 3/40
- Parfois : 8/40

Dans 72,5% des cas l'AVS participe aux synthèses et réunions de l'ESS.

Ce qu'apporterait sa présence :

- Pour 75% des orthophonistes, elle permet d'apporter aux intervenants une meilleure vision de l'enfant, des indications concernant ses progrès et difficultés ainsi que son comportement au quotidien au sein de la classe afin d'améliorer les aides à apporter : 30/40 ;
- Pour 2 orthophonistes elle permet à l'AVS de recevoir des conseils, pour adapter les aides à apporter ;
- Pour une orthophoniste, elle permet un apport d'informations mutuelles ;
- Pour une orthophoniste, toutes les informations des différents intervenants sont indispensables ;
- Pour une orthophoniste elle est indispensable car il s'agit du seul moment de rencontre entre l'AVS et l'orthophoniste pour échanger des informations concernant l'enfant ;
- Pour deux orthophonistes, elle permet un apport d'informations sur la qualité de la relation AVS/enfant ;
- Non répondu : 3/40.

Le tableau V regroupe les observations faites par les orthophonistes concernant l'intérêt des fiches à l'intention des AVS pour améliorer l'inclusion de l'élève.

Tableau V : Utilité des fiches

Réponses	Nbre	Remarques faites
Oui	33/40 82,5%	- Il me semble nécessaire que les fiches soient très pédagogiques et expliquées avant d'être distribuées et d'y associer l'enseignant qui est le responsable pédagogique. - Ce support me semble très intéressant, cela peut être un bon point de départ à des échanges orthophoniste/AVS et un support en plus lors des réunions, je souhaite être informée des suites de votre recherche, vos fiches seront-

		<p>elles diffusées, commercialisées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il me semble important de ne pas se limiter à les distribuer mais poursuivre les échanges sur le terrain. - Il serait bien d'y noter l'importance de prendre contact avec l'orthophoniste pour avoir un maximum d'informations sur l'enfant. - Votre travail me semble tout à fait intéressant! Cela évitera peut être qu'une AVS aide une enfant atteinte de Di Georges (rare) comme un enfant dyslexique (plus courant) ... - Je travaille en étroite relation avec certains AVS (j'en forme même certains) et il me semble que ces fiches peuvent être extrêmement utiles.
Mitigé	3/40 7,5%	<ul style="list-style-type: none"> - Donner trop d'informations sur une pathologie peut être nuisible, l'AVS n'a pas à se substituer à un professionnel de santé. - Oui si la fiche est en possession de l'orthophoniste qui la personnalise avec l'AVS en donnant des consignes plus particulières concernant l'enfant et non un catalogue général non spécifique donné sans commentaire.
Non	4/40 10%	<ul style="list-style-type: none"> - Ce n'est pas des fiches dont l'AVS a besoin mais d'une véritable formation humaine à l'accompagnement d'un enfant dans le champ du handicap. - Il serait nécessaire qu'ils aient plus de formation et d'échange autour de la pathologie mais aussi sur la spécificité de l'enfant pris en charge, et que cette formation soit commune avec l'enseignant. - Des rencontres ou des cours par des orthophonistes me sembleraient mieux appropriés que distribuer des fiches mais ce serait déjà un premier pas!

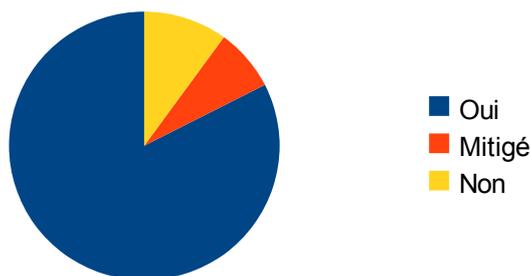


Illustration 13: Utilité des fiches

Remarques éventuelles :

- 3 orthophonistes évoquent des expériences qui ont été très bénéfiques et positives pour l'enfant concerné ;
- 3 évoquent des situations de dérives, des expériences non fructueuses et même préjudiciables ;
- 3 mentionnent le fait que l'inclusion ne doit pas se faire à tout prix, dans tous les cas, pour tous les enfants.

3.2.3. Interprétation

97,5% des orthophonistes interrogées prennent en charge au moins un enfant bénéficiant de l'aide d'un AVS. Ces orthophonistes suivent en moyenne entre 4 et 5 enfants bénéficiant de cette aide. Ainsi presque toutes les orthophonistes ont comme partenaire de la prise en charge et de l'inclusion de l'enfant, un AVS. Ce constat valide l'intérêt de créer du contact entre ces deux professionnels qui concourent au développement de l'enfant et de son inclusion. Toutefois on peut se demander si cette question n'est pas faussée. Les orthophonistes n'ayant pas de patients suivis par un AVS ne se sont peut-être pas sentis concernés.

Comme nous l'avons vu précédemment, les pathologies que les orthophonistes mentionnent le plus fréquemment sont la dysphasie, les Troubles Envahissants du Développement, la dyslexie/dysorthographe ainsi que la surdité. Nous nous sommes appuyées sur cette répartition ainsi que sur celle obtenue dans les questionnaires destinés aux AVS pour choisir les thèmes de nos premiers guides. Les pathologies abordées dans nos guides seront pour commencer : la dysphasie, les troubles envahissants du développement, la dyslexie/dysorthographe et le TDA/H.

Selon les personnes interrogées, les orthophonistes initient davantage le contact que les AVS, et les contacts AVS/orthophoniste sont plus fréquents au sein des synthèses ou des réunions de l'ESS. Les contacts entre AVS et orthophoniste sont peu fréquents au début; ils se font ensuite environ une fois par an. Ces résultats mettent en avant le fait que ce sont davantage les orthophonistes qui contactent les AVS, et que ces deux intervenants échangent surtout lors des réunions d'équipe éducative. C'est pourquoi nous souhaitons créer un support qui incite l'AVS (avec l'accord des parents) à contacter l'orthophoniste de l'enfant dès son arrivée, sans attendre une réunion d'équipe éducative.

30% des orthophonistes interrogés évoquent peu d'échanges et des relations rares avec les AVS, 5% qualifient cette relation d'inexistante. C'est pourquoi une partie de notre travail est consacrée à la recherche d'un support pour favoriser les contacts et les liens entre ces deux intervenants.

82,5% des orthophonistes interrogées considèrent que des fiches contenant des informations sur les pathologies et des pistes pratiques pourraient être utiles aux AVS. 45% évoquent spontanément un manque de formation des AVS. Plusieurs orthophonistes nous ont demandé de les informer de la fin de notre travail pour y avoir accès. Ces réponses nous permettent de valider l'hypothèse n° 3 qui stipulait, entre autres, que les réponses recueillies dans les questionnaires des orthophonistes mettraient en évidence l'utilité de créer des fiches pour apporter un complément pratique à la formation des AVS.

Plusieurs orthophonistes ont évoqué le fait que les fiches seraient plus utiles si elles étaient reprises et expliquées par l'orthophoniste de l'enfant à son AVS. Cela pour éviter d'apporter une aide non spécifique à l'enfant. C'est pourquoi nous avons choisi de faire apparaître dans nos guides une colonne, destinée à l'orthophoniste, qui, s'il le souhaite peut cocher les aides qui seront le plus bénéfique à l'enfant concerné. Ainsi nos guides munis de cette colonne peuvent constituer un réel support pour susciter et favoriser les contacts et les liens entre l'AVS et l'orthophoniste de l'enfant.

4. Nos autres démarches

4.1. Rencontres avec des AVS

Il nous a semblé primordial de prendre contact avec des AVS pour être au plus près de leur quotidien et avoir une vision objective à la fois sur leur formation, leur exercice et leur vécu.

Nous avons pu rencontrer des AVS de trois façons:

- en contactant directement des AVS dans nos régions ;
- lors de participations à des ESS dans le cadre de nos stages ;
- lors d'interventions d'un SESSAD dans une école.

Ainsi nous avons eu de multiples occasions pour échanger avec les AVS, leur faire part de notre projet, et prendre en compte leurs avis et leurs remarques. Ces rencontres auront permis d'enrichir notre travail et de l'adapter au mieux à leurs attentes.

4.2. Participation à leur formation

Suite à un entretien à l'inspection académique avec Madame le docteur Weens et Madame George conseillère pédagogique, l'une de nous a pu assister à des journées de formation optionnelle destinées aux AVS-I et aux ASCOL de l'académie de Lille nouvellement recrutés (inscription libre, limitée à 2 journées de formation par personne). Le nombre d'inscriptions par journée n'était pas limité.

Nous avons le choix parmi 6 thèmes :

- La déficience visuelle ;
- L'autisme ;
- La déficience auditive ;
- Les troubles du comportement ;
- La déficience motrice ;
- Les troubles spécifiques du langage.

Étant en période de stages de 3ème année lors de ces formations, nous avons choisi d'assister à trois journées qui abordaient l'autisme, la déficience auditive et les troubles spécifiques du langage.

La journée consacrée à l'autisme se déroulait au Centre Ressource Autisme du Nord-Pas de Calais. Elle était animée par Mme LEROY (enseignante spécialisée) et M. PAMART (directeur pédagogique du SESSAD Le Chemin).

La journée consacrée à la déficience auditive à l'Institut Départemental de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition (IRPA) était animée par Madame MINNE (orthophoniste cadre de santé à l'IRPA) et par un enseignant spécialisé en classe de CP dans l'établissement.

La journée consacrée aux troubles du langage à l'Hôpital Saint Vincent de Paul était animée par le Docteur Madame BOIDEIN (neuropédiatre), Mme LEURENT (enseignante spécialisée) et par une maman d'enfant dyslexique.

Les intervenants étaient informés de notre présence et du thème de notre mémoire, ils nous ont laissé du temps au début de leur intervention pour nous présenter et expliquer notre travail. Nous avons pu distribuer à ce moment là nos questionnaires d'enquête que beaucoup d'AVS ont remplis et remis à la fin de la journée.

Ces journées de formation étaient intéressantes et très riches. La matinée était en général consacrée à la présentation de la pathologie et l'après-midi à la présentation de pistes pratiques. Les intervenants, de professions différentes (enseignants spécialisés, médecins...), nous ont offert une vision globale et riche de chaque pathologie (aspects cliniques, répercussions sur le quotidien, accompagnement scolaire,...). Ils utilisaient de nombreux supports (diaporamas, petits films, distribution de dépliants, etc..) qui rendaient leurs interventions dynamiques. Beaucoup d'entre eux se proposaient de récupérer les adresses mail des AVS intéressés par leurs documents pour leur envoyer. Nous avons trouvé tous les intervenants passionnés et désireux de transmettre leurs connaissances dans le but d'améliorer l'accompagnement des enfants suivis par ces AVS.

Nous avons pu échanger avec de nombreux AVS sur leur quotidien, leur formation, leurs avis sur les interventions de la journée... Ainsi, nous avons pu nous rendre compte que la présentation de la dyslexie réalisée par un médecin les a laissés perplexes. Ils ont trouvé le vocabulaire et les termes employés trop abstraits et difficiles. Nous avons compris la nécessité d'utiliser dans notre site et nos guides un vocabulaire accessible à tous et d'éviter l'utilisation de termes médicaux.

Concernant notre mémoire, les AVS comme les intervenants semblaient intéressés par notre travail. De nombreux AVS souhaitaient qu'on les contacte une

fois notre travail terminé pour les informer de l'adresse de notre site. Plusieurs d'entre eux nous ont également fait partager leurs astuces et leurs créations pour aider l'enfant qu'ils accompagnaient.

Ces journées de formation organisées par l'académie de Lille étaient riches en échanges et les formations de grande qualité. Seulement, nous trouvons dommage qu'il n'y ait pas eu davantage d'AVS présents à ces formations. Ces dernières étaient proposées à 270 personnes. Le nombre d'inscriptions total s'élevait à 196, sachant que chaque personne pouvaient s'inscrire à deux journées. 17 personnes étaient présentes à la formation concernant la déficience visuelle, 12 à celle consacrée à la déficience auditive, 8 pour les déficiences motrices. L'autisme, les troubles du langage et les troubles du comportement ont davantage suscité l'intérêt des AVS-I et ASCOL avec respectivement 58, 53 et 48 personnes présentes.

Cela serait formidable si tous les AVS en poste pouvaient recevoir des formations aussi riches, ce qui n'est malheureusement pas le cas partout. Nous pouvons même nous interroger sur leur existence dans les autres académies. Nous espérons que nos guides pourront apporter un riche complément de formation à tous les AVS, quelle que soit leur formation initiale.

5. Élaboration des guides

5.1. Choix des pathologies

Nous avons tenu compte des réponses aux questions « Pour quelles pathologies? » et « Quelles informations aimeriez-vous trouver dans ces fiches? » pour définir le contenu de nos fiches. Le choix des pathologies a donc été fait selon la demande des AVS, et également selon les réponses des orthophonistes. On ne pouvait toutefois pas répondre en un seul mémoire à la principale demande des AVS qui était de créer des fiches pour toutes les pathologies. L'intérêt suscité par notre travail justifie donc la poursuite du projet par d'autres étudiants. Nous avons réalisé quatre fiches. Une fiche sur l'autisme/TED et une sur la dyslexie étaient incontournables. Nous avons ensuite choisi: le TDA/H et la dysphasie.

5.2. Conception des guides

Nous pensions faire des fiches apportant uniquement des pistes pratiques pour l'accompagnement. Mais les AVS ont été nombreux à demander des explications sur le handicap. De plus, nous avons voulu offrir un document complet et riche non existant actuellement sur internet. Nous avons donc modifié l'appellation de notre travail. Le terme fiche étant trop restreint, nous avons préféré parler de guide. Ainsi nous avons regroupé toutes les informations utiles dans un unique document.

Nos guides se composent donc d'une partie présentation de la pathologie puis de pistes pratiques classées par catégorie pour un meilleur repérage. Nous avons conclu la première partie des guides par une liste attrayante et succincte d'aides à apporter en priorité à l'enfant, ceci pour permettre à l'AVS de saisir tout de suite le type d'aides qui sera développé dans la suite du guide.

Nous avons réparti les aides dans différentes rubriques. Certaines rubriques concernent les aides à apporter par matière, d'autres répondent à un type de difficulté ou un domaine particulier à prendre en considération. Les AVS pourront se repérer facilement grâce au sommaire et accéder directement à une rubrique s'ils le souhaitent.

Certains AVS souhaitaient un vocabulaire simple, le lexique employé est donc simplifié pour être accessible par tous et les termes techniques sont évités ou expliqués.

Dans le but d'inciter l'AVS à prendre contact avec l'orthophoniste de l'enfant (après l'accord des parents) nous avons ajouté une colonne vierge permettant à l'orthophoniste de cocher les aides qu'il juge utiles pour l'enfant.

Nous avons conscience que les guides restent sobres et denses, mais ceci dans le but d'être facilement imprimables et manipulables. En revanche le site internet sera attractif, coloré, dynamique. Les guides seront téléchargeables sur le site internet et imprimables.

Vous trouverez l'ensemble des guides dans le CD-ROM accompagnant le mémoire (à la bibliothèque).

Résultats

1. Questionnaire de satisfaction

1.1. Conception du questionnaire

Nous avons fait en sorte de pouvoir rapidement analyser les réponses récoltées. Pour cela nous avons posé quatre questions binaires (OUI / NON), et laissé la place pour des éventuelles remarques.

Les questions abordent les principaux objectifs de notre travail. À savoir :

- Les guides apportent-ils des informations complémentaires à leur formation ?
- Les guides seront-ils utiles dans leur pratique ?
- Vont-ils se servir des guides ?
- Notre démarche a-t-elle suscité le développement d'un lien ou d'échanges avec l'orthophoniste de l'enfant ?

Dans le cas de réponses négatives nous cherchons à en savoir davantage en leur demandant pour quelles raisons cela ne les satisfait pas et quelles sont leurs attentes.

Vous trouverez le questionnaire ainsi que la lettre qui l'accompagne en annexe n°6.

1.2. Résultats

Nous avons d'abord envoyé les deux premiers guides finalisés, à savoir ceux sur les dyslexies / dysorthographies et le TDA/H, accompagnés du questionnaire de satisfaction et d'une lettre expliquant notre démarche. L'envoi a été fait fin février par différents moyens. Peu de temps après (autour de mi-mars) nous avons fait de même pour ceux sur les TED et les dysphasies.

Afin de les diffuser à un maximum d'AVS nous avons contacté sept coordonnateurs ASH ; nous avons sollicité les IEN ASH du Nord ; nous avons renvoyé un mail à tous les AVS ayant participé au questionnaire initial et dont nous avons les coordonnées ; nous avons également recontacté les orthophonistes ayant répondu au premier questionnaire ; enfin nous avons déposé tous les documents sur un forum destiné aux AVS. Le coordonnateur des AVS de la Drôme a eu la gentillesse de mettre en ligne les guides et le questionnaire (<http://ia26.pedagogie.ac-grenoble.fr/spip.php?article279>).

Nous sommes parvenues à récolter 30 réponses. Toutes les AVS qui ont répondu sont des femmes et ont entre 19 et 56 ans.

Presque toutes les AVS ont répondu positivement aux trois premières questions. 96,6% trouvent les guides complémentaires à leur formation. 93,3% pensent que nos guides sont utiles à l'accompagnement scolaire. 90% des AVS qui ont répondu vont se servir de nos guides. Trois d'entre elles ne les utiliseront pas car elle connaissent désormais suffisamment l'enfant et sa pathologie. Elles estiment donc trouver des informations complémentaires à leur formation dans nos guides, elles les jugent utiles et pensent s'en servir. Certaines les utilisent déjà et les ont partagés avec d'autres AVS ou les ont fait circuler dans leur établissement scolaire.

Notre démarche a favorisé le lien entre seulement 7 AVS et l'orthophoniste sur les 30 AVS ayant répondu. **23,3% ont contacté ou vont contacter l'orthophoniste**, 70% ont répondu négativement, 2 AVS n'ont pas répondu à cette question. Toutefois certaines AVS ont expliqué les raisons de cet insuccès. Pour l'une des AVS l'enfant TDA/H n'est pas suivi en orthophonie et elle n'accompagne plus celui qui est dyslexique. Pour d'autres la relation avec l'orthophoniste est déjà établie. L'une d'entre elles n'ose pas contacter les intervenants qui semblent débordés. On peut se demander si toutes les AVS ont lu la lettre accompagnant le questionnaire qui les incitait à prendre contact avec l'orthophoniste, notamment pour cocher les aides adaptées.

Ces AVS ont fait de nombreuses remarques pour la plupart très positives. En voici quelques exemples :

- En tant qu'AVS, nous n'avons aucune formation, ni documentation mise à disposition et sommes parfois désemparés.
- Bravo pour ces guides, c'est rare d'en trouver d'aussi précis et complets, c'est une source précieuse et intéressante d'informations. Les possibilités d'adaptations sont claires et on les retrouve en pratique sur le terrain. Vos documents sont bien faits, simples d'utilisation, complets. Ces guides vont vraiment nous être utiles.
- On peut les imprimer, et les faire partager à d'autres collègues
- C'est un bon outil à personnaliser, à manipuler. Cela peut servir de base de travail, et reste à adapter au cas par cas.

- J'aurais bien aimé avoir un outil de ce genre à ma disposition la première année où j'ai été AVS (parce que la formation que l'on a reçue était plus théorique que pratique).
- Cela m'aurait certainement aidée à être plus rapidement efficace, je n'ai jamais pu bénéficier d'aucune formation, j'ai dû chercher par moi même.
- Ce qui est intéressant c'est, entre autres, comment aider l'enfant dans les différentes matières.
- De bonnes informations qui peuvent venir en aide en complément d'expériences et de formations. (x2)
- Les rencontres entre AVS et médecins au sens large se font rares. Ce n'est pas toujours facile de prendre contact avec des gens extérieurs (ils ont beaucoup de rendez-vous et on n'ose pas forcément). En général, on les voit au moment des réunions ESS, PPS avec l'équipe enseignante.
- Les profs de collèges et lycées sont peu sensibilisés aux difficultés des dys. Donc, mon fils (délégué d'élèves) a donné lors du conseil de classe votre pavé aux professeurs pour les sensibiliser et les informer.
- Ce guide devrait être aussi à disposition des enseignants. Ce sont eux qui impulsent le travail d'adaptation appliqué par l'AVS. Il pourrait ainsi susciter des réflexions intéressantes entre l'équipe pédagogique et l'AVS.
- Ces guides permettent de nous donner une direction pour bien effectuer notre travail et le plus important ils doivent servir d'intermédiaire avec les professionnels autour de l'enfant (orthophoniste). Désormais ils font partis de mon outil de travail.
- Il me paraît compliqué pour un AVS de mettre en place autant d'aménagements.

On peut ainsi valider les hypothèses n°1, 2, 3 et 4. Beaucoup déplorent commencer leur activité sans aucune formation. La formation des AVS est insuffisante. Les guides sont complémentaires à celle-ci et leur seront utiles. En revanche le lien AVS/orthophoniste a été difficilement renforcé par notre travail (hypothèse n°5).

2. Version finale des guides

Nous avons uniformisé la présentation des quatre guides sous un format pdf afin de les protéger et d'éviter des changements de mise en page selon les

ordinateurs. Les guides commencent par une définition simplifiée de la pathologie qui se termine par les principales aides à apporter rapidement. On trouve ensuite une table des matières interactive facilitant l'accès aux rubriques souhaitées. Puis les pistes pratiques sont classées par rubrique dans des tableaux. En pied de page on retrouve l'adresse du site internet.

Afin d'illustrer au mieux nos guides, en voici un extrait tiré de celui sur les dyslexies / dysorthographies (définition et un des tableaux):

DYSLEXIES

La dyslexie est un handicap qui se caractérise par une **difficulté durable d'apprentissage de la lecture et de son automatisation**, chez des enfants :

- intelligents
- normalement scolarisés
- sans troubles sensoriels ou psychologiques préexistants

La dyslexie est un trouble d'origine neurobiologique, qui ne disparaît pas avec l'âge.

Il existe **plusieurs types** de dyslexies :

- l'enfant a des difficultés à lire en décomposant les mots (b et a = ba), il lit les mots qu'il connaît de manière globale mais peine à lire des mots nouveaux ou inexistants (**dyslexie phonologique**)
- l'enfant a des difficultés à lire les mots globalement, il passe sans cesse par la décomposition des mots (**dyslexie de surface**)
- l'enfant a des difficultés à lire tous types de mots, il est touché par les deux dyslexies citées ci-dessus (**dyslexie mixte**)

Chacun de ces types de dyslexie peut être plus ou moins sévère. Toute dyslexie s'accompagne d'un trouble d'acquisition et de maîtrise de l'orthographe appelée **dysorthographie**.

La dyslexie-dysorthographie peut être associée à d'autres troubles :

- **dysgraphie** : trouble du geste graphique

- **dyscalculie** : trouble du calcul
- **dyspraxie** : trouble des savoir-faire manuels et gestuels
- **dysphasie** : trouble du langage oral

Elle s'accompagne également souvent de **difficultés d'orientation et d'organisation** dans le temps et l'espace, de **mémorisation**, d'**attention** et de **latéralisation**.

L'enfant dyslexique éprouve des **difficultés à lire et à écrire**. Il est obligé de réfléchir à chaque mot qu'il lit ou écrit, il confond les lettres, en oublie, en rajoute, il **se perd facilement dans les lignes**. Lire ou écrire lui prend beaucoup de temps et d'énergie, ses difficultés l'empêchent d'avoir une lecture fluide et de bien comprendre ce qu'il lit. Il ne peut pas traiter rapidement les informations contenues dans les écrits. Ce déchiffrement permanent rend l'enfant **lent** et le **fatigue** rapidement.

L'écrit est au cœur des apprentissages, ce qui met l'enfant dyslexique en difficultés dans toutes les disciplines.

Les principales aides (détaillées par la suite) à lui apporter rapidement :

- **privilégier l'oral (consignes, évaluations...)**
- **éviter la copie ou la prise de notes, la lecture à voix haute**
- **éviter les doubles tâches**
- **lui laisser plus de temps ou réduire les exercices**
- **adapter les documents (espacer les lignes, utiliser de la couleur...)**
- **l'aider dans la lecture des consignes ou des textes**
- **s'assurer qu'il a compris ce qu'il a lu**

Vous trouverez ensuite des pistes pratiques classées par rubrique. Toutes les aides citées ne conviendront pas à tous les enfants dyslexiques.

Il est important de mettre en place celles qui lui seront bénéfiques en collaboration avec toute l'équipe, à commencer par l'enseignant.

LECTURE	
Ne pas obliger l'enfant à lire à voix haute, sauf s'il le demande.	
Pour préparer la lecture, présenter d'abord à l'élève les nouveaux mots qu'il va rencontrer.	
Pour alléger la charge du décodage lors de la lecture d'un texte, il est possible de faire de la lecture alternée. L'adulte et l'enfant lisent chacun à tour de rôle. En respectant le rythme de l'enfant.	
Accepter le suivi de ligne par un doigt, une règle, un cache qui l'aideront à ne pas sauter de mots ou de lignes.	
Possibilité de numéroter les lignes si cela aide l'enfant à ne pas en sauter. Il peut ainsi barrer les numéros une fois la ligne lue.	
Alterner la couleur des syllabes (en rouge et bleu) peut aider certains enfants dans leur lecture. Les lettres muettes peuvent être mises en gris et les petits mots fonctionnels en noir. Ex : Rémi et Léa ramassent des champignons.	
Oraliser les consignes écrites et les énoncés, les lire ou les faire lire par un autre élève.	
Si l'enfant souhaite lire à voix haute et s'il a un débit trop rapide le faire ralentir. Un débit trop rapide limite l'accès au sens et entraîne une augmentation des erreurs.	
Aider à lire les mots et les passages difficiles.	
Accepter la subvocalisation à voix basse.	
Proposer si possible des livres-cassettes, des livres-audio pour la lecture d'œuvres (site internet : www.audiolivres.net). L'école peut constituer une bibliothèque de livres enregistrés (livres lus par un professeur, des élèves, des parents). Fournir un résumé petit à petit de chaque chapitre.	

3. Création d'un site internet

Nous avons choisi une adresse internet simple : guidespratiquesavs.free.fr. Nous souhaitons qu'à la lecture de cette adresse, les personnes intéressées sachent exactement de quoi il s'agit et ce qu'elles vont trouver sur ce site. Nous avons aussi pensé à des titres plus « accrocheurs », plus humoristiques, mais nous souhaitons que ce titre soit transparent et reflète à sa simple lecture notre travail. De plus, il est facile à retenir. Notre site sera suivi par l'outil d'analyse d'audiences « Google Analytics ». Ce dernier permettra d'obtenir des informations quant à la fréquentation de notre site.

3.1. Plan du site internet

Quatre onglets principaux situés en haut permettent de naviguer facilement au sein du site. Ces onglets sont: « Accueil », « Qui sommes-nous ? », « Les pathologies », « Guides téléchargeables » et « Conseils d'utilisation ». Lorsque l'on clique sur « Les pathologies » une colonne d'onglet apparaît sur la gauche avec le détail des rubriques d'aides abordées.

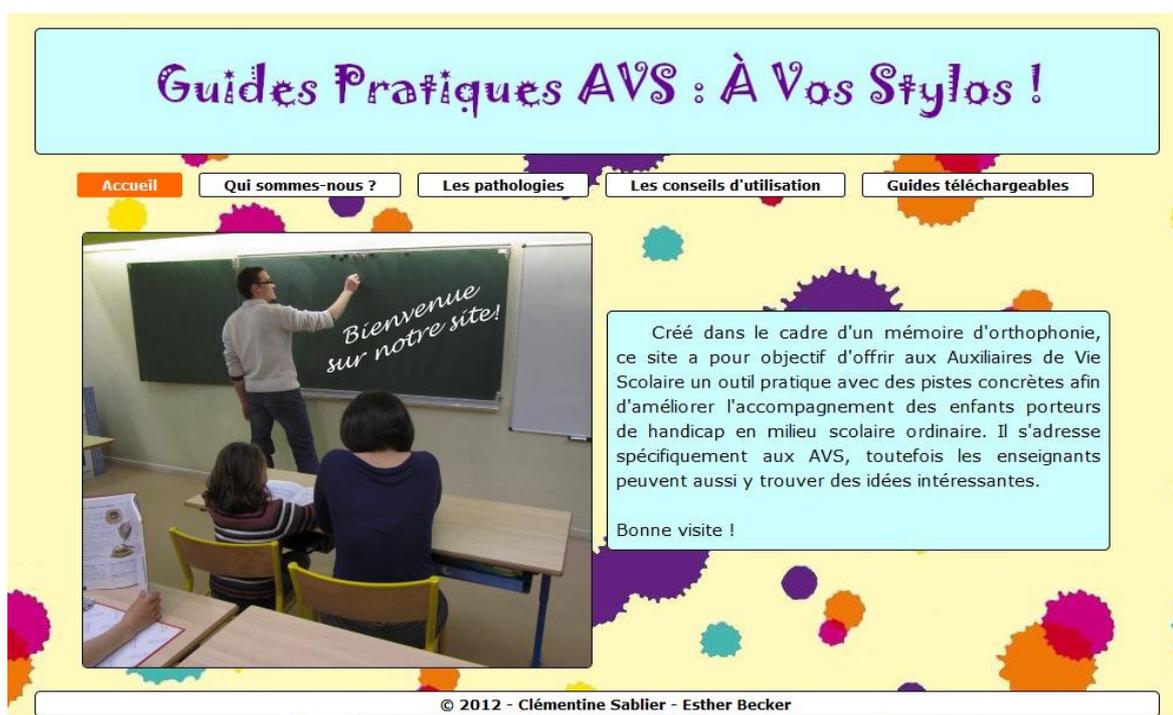
3.2. Détail de chaque onglet du site

3.2.1. Page d'accueil

Pour donner envie aux internautes de parcourir davantage notre site, il est important que notre page d'accueil soit attrayante. Nous avons choisi un fond coloré représentant l'école et l'enfance par le biais de taches d'encre de toutes les couleurs. Au centre de la page se trouve une photo représentant un enfant et son AVS assis en classe devant le tableau où se trouve un enseignant. Cette photo illustre la position et le travail de l'AVS au sein de la classe par rapport à l'enfant et à l'enseignant. La présence de l'enseignant nous a paru indispensable, notre site s'adresse aux AVS mais le travail qui sera mis en place le sera avec l'aide de l'enseignant, nous avons voulu le rappeler aussi souvent que possible au sein de nos guides et de notre site.

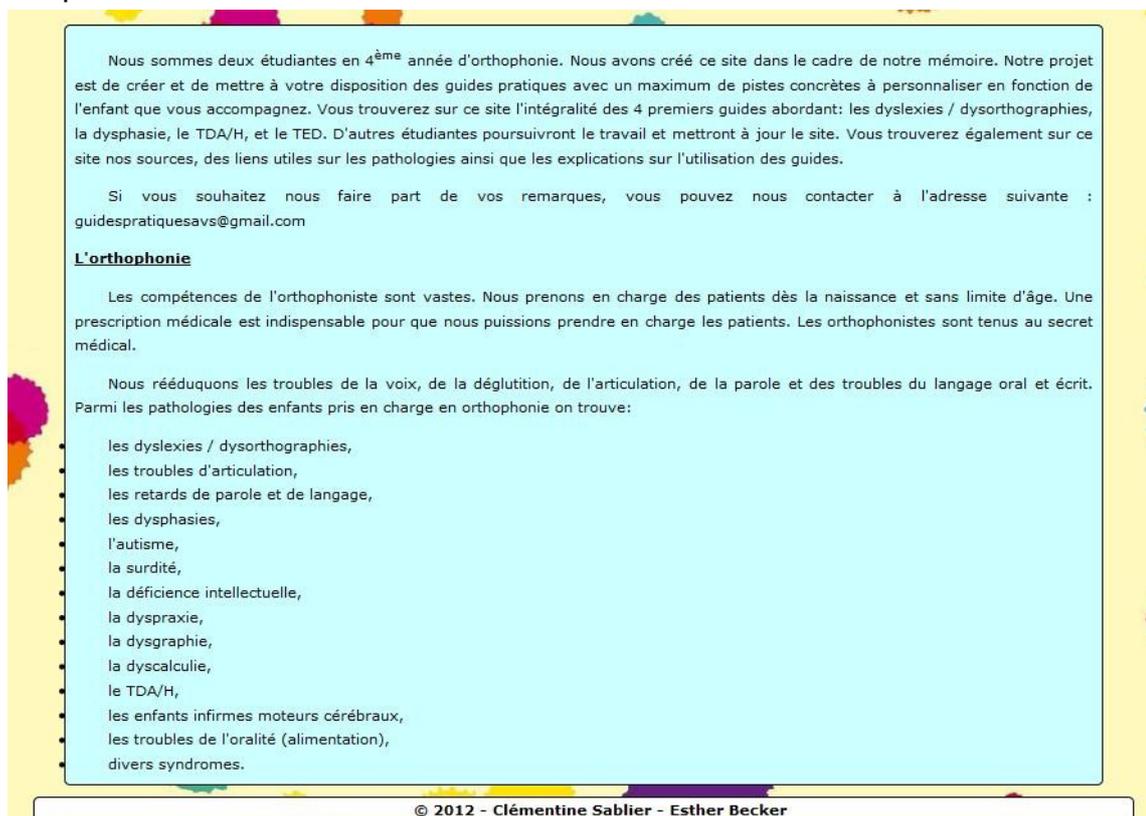
En-haut de l'écran, la mention : **Guides pratiques AVS : A Vos Stylos** écrite dans une police attractive et non scolaire permet d'ajouter un peu de légèreté à notre site.

Voici un aperçu de notre page d'accueil :



3.2.2. Qui sommes nous ?

Afin d'informer les AVS sur notre identité et notre projet, nous avons décidé de nous présenter dans cette partie. Les AVS trouveront également une présentation de l'orthophonie.



3.2.3. Conseils d'utilisation des guides

Dans cette partie nous avons voulu insister sur le fait que les aides données dans les guides doivent impérativement être personnalisées pour chaque enfant.

Guides Pratiques AVS : À Vos Stylos !

Accueil | Qui sommes-nous ? | **Les conseils d'utilisation** | Les pathologies | Guides téléchargeables

En sélectionnant « les pathologies » vous trouverez quatre onglets abordant la dyslexie-dysorthographe, le TDAH, les dysphasies et les TED. En cliquant sur celui qui vous intéresse vous trouverez au centre de l'écran une définition de la pathologie avec les principales aides à apporter en priorité et à gauche sous l'onglet en question toutes les rubriques que nous avons développées.

Dans la dernière rubrique « Guides téléchargeables » vous pouvez télécharger le guide complet de la pathologie en question en format pdf.

Toutes les pistes proposées ne sont pas forcément utiles à l'enfant que vous accompagnez, et d'autres aides peuvent être apportées. Chaque enfant est unique. C'est pourquoi il est important de mettre en place celles qui lui seront bénéfiques en collaboration avec toute l'équipe, à commencer par l'enseignant.

L'orthophoniste de l'enfant (s'il est suivi en orthophonie) peut vous être d'une grande aide. Si les parents de l'enfant sont d'accord, nous vous incitons à prendre contact avec lui dès votre arrivée auprès de l'enfant. Il pourra vous guider sur les difficultés et les compétences de l'enfant. Vous trouverez dans nos guides téléchargeables une colonne vierge à droite permettant à l'orthophoniste s'il le souhaite de cocher les aides qu'il juge utiles pour l'enfant.

Nous avons réalisé ces guides dans le but de vous apporter des pistes pratiques pour vous aider dans l'accompagnement d'enfants porteurs de handicap et de développer ou renforcer les liens entre les différents partenaires qui accompagnent l'enfant. Ceci dans le but d'offrir à l'enfant une intégration dans les meilleures conditions possibles.

© 2012 - Clémentine Sablier - Esther Becker

3.2.4. Les pathologies

Nous avons choisi de mettre un fond coloré pour chaque rubrique, pour enlever un peu le côté scolaire du fond blanc comparable à celui d'une feuille.

Guides Pratiques AVS : À Vos Stylos !

Accueil | Qui sommes-nous ? | Les conseils d'utilisation | **Les pathologies** | Guides téléchargeables

Dyslexie-Dysorthographe

Dysphasie

Faciliter la concentration

Faciliter les apprentissages

Compréhension globale

Moyens pour améliorer la compréhension

Expression

Lecture

Écriture

Français

Mathématiques

Histoire, géographie

Orientation spatio-temporelle

Autonomie

Estime de soi

Memorisation

Evaluations, notations

Bibliographie

TED - Troubles autistiques

TDAH - Troubles de l'attention

Dysphasie - Autonomie

- Estomper progressivement les aides sans attendre que l'enfant maîtrise complètement l'objectif. Susciter de l'intérêt pour l'enfant. Créer des situations où sa communication (verbale ou non) sera indispensable.
- Ne pas toujours lui offrir tout sur un plateau, oublier parfois des choses pour qu'il y pense de lui-même.
- Entraîner l'enfant à décrire les étapes à réaliser pour telle ou telle tâche.
- Éviter de parler à la place de l'enfant. L'aider à s'exprimer tout en le laissant parfois chercher seul des moyens pour se faire comprendre.
- Complexifier petit à petit la difficulté des phrases et des consignes.
- Mettre en place des automatismes qu'il devra penser à faire seul.
- L'amener progressivement à produire les différents actes de langage (saluer, demander, appeler, répondre, protester, refuser...) et à les réaliser de lui-même.
- Mettre en place avec lui des repères dans ses cahiers et ses manuels selon ses besoins; créer des aide-mémoire et des fiches méthodologiques pour l'aider à réaliser une activité en autonomie.

3.2.4.1. Dyslexies/Dysorthographies

Dans cet onglet les internautes trouveront les rubriques suivantes :

- ✓ VISIBILITÉ
- ✓ LISIBILITÉ DES DOCUMENTS
- ✓ LECTURE
- ✓ COMPRÉHENSION
- ✓ PRISE DE NOTES ET COPIE
- ✓ LENTEUR
- ✓ ORIENTATION DANS L'ESPACE, DANS LA CLASSE
- ✓ CONSIGNES
- ✓ GESTION DU CARTABLE, DE SES AFFAIRES
- ✓ GESTION DE L'AGENDA
- ✓ GESTION DU TEMPS
- ✓ MÉMORISATION
- ✓ VOCABULAIRE
- ✓ CRÉATIVITÉ ET DÉVELOPPEMENT DU SENS CRITIQUE
- ✓ RÈGLES
- ✓ ÉCRITURE ET GRAPHISME
- ✓ ATTENTION, CONCENTRATION, FATIGABILITÉ
- ✓ CONFIANCE EN SOI
- ✓ PLAISIR
- ✓ ORTHOGRAPHE
- ✓ RÉDACTION
- ✓ MATHÉMATIQUES, MATIÈRES SCIENTIFIQUES
- ✓ SVT, HISTOIRE-GÉOGRAPHIE, TECHNOLOGIE
- ✓ MUSIQUE
- ✓ LANGUES ÉTRANGÈRES
- ✓ ÉVALUATIONS, NOTATIONS
- ✓ BIBLIOGRAPHIE

3.2.4.2. TDA/H

Dans cet onglet les internautes trouveront les rubriques suivantes :

- ✓ INSTALLER UNE ROUTINE
- ✓ BOUGER
- ✓ COMPORTEMENT
- ✓ L'ACCOMPAGNER DANS UNE TÂCHE
- ✓ BANNIR LES DOUBLES TÂCHES
- ✓ ÉLIMINER LES SOURCES DE DISTRACTION
- ✓ ATTENTION
- ✓ IMPULSIVITÉ
- ✓ AUTONOMIE
- ✓ MATÉRIEL, ENVIRONNEMENT CLASSE
- ✓ GESTION DU TEMPS
- ✓ RELATIONS SOCIALES
- ✓ ÉVITER LES SITUATIONS DE CRISE
- ✓ ESTIME DE SOI
- ✓ LECTURE
- ✓ ÉCRITURE ET GRAPHISME
- ✓ MATHÉMATIQUES
- ✓ MÉMORISATION
- ✓ ÉVALUATIONS, NOTATIONS
- ✓ BIBLIOGRAPHIE

3.2.4.3. TED

Dans cet onglet les internautes trouveront les rubriques suivantes :

- ✓ UTILISER DES SUPPORTS VISUELS
- ✓ STRUCTURER LE TEMPS ET L'ESPACE
- ✓ COMPRENDRE UN COMPORTEMENT POUR LE LIMITER
- ✓ LIMITER LES STIMULATIONS SENSORIELLES
- ✓ LIMITER L'ANGOISSE ET LES COMPORTEMENTS INADAPTÉS
- ✓ INSTAURER DES PAUSES, DU CALME DANS LA JOURNÉE DE L'ENFANT
- ✓ MOTIVER L'ENFANT

- ✓ EXPLIQUER LES APTITUDES SOCIALES
- ✓ COMMUNICATION
- ✓ ADAPTER LES CONSIGNES
- ✓ ADAPTER LES EXERCICES
- ✓ FRACTIONNER LES APPRENTISSAGES
- ✓ LES APPRENTISSAGES
- ✓ APPRENTISSAGE DE LA LECTURE ET DE L'ÉCRITURE
- ✓ SOCIALISATION
- ✓ AIDER L'ENFANT À BIEN SE POSITIONNER ET À ÊTRE ATTENTIF
- ✓ AUTONOMIE
- ✓ BIBLIOGRAPHIE

3.2.4.4. Dysphasie

Dans cet onglet les internautes trouveront les rubriques suivantes :

- ✓ FACILITER LA CONCENTRATION
- ✓ FACILITER LES APPRENTISSAGES
- ✓ COMPRÉHENSION GLOBALE
- ✓ MOYENS POUR AMÉLIORER LA COMPRÉHENSION
- ✓ EXPRESSION
- ✓ LECTURE
- ✓ ÉCRITURE
- ✓ FRANÇAIS
- ✓ MATHÉMATIQUES
- ✓ HISTOIRE, GÉOGRAPHIE
- ✓ ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE
- ✓ AUTONOMIE
- ✓ ESTIME DE SOI
- ✓ MEMORISATION
- ✓ ÉVALUATIONS, NOTATIONS
- ✓ BIBLIOGRAPHIE

3.2.5. Guides téléchargeables

Les guides (au format PDF) seront téléchargeables dans cet onglet. Les AVS pourront ainsi les imprimer et les emmener en classe si ils le souhaitent.

3.2.6. Esthétique et ergonomie

Nous avons souhaité mettre en ligne un site attrayant, aéré et agréable. Il était également important que le site soit fonctionnel et simple d'utilisation.

Nous avons choisi un fond d'écran coloré constitué de tâches d'encre de toutes les couleurs. Sur la page d'accueil nous avons choisi d'insérer une photographie représentant une AVS assise avec une élève en classe et un professeur au tableau afin de mettre en avant la population concernée par ce site.

Les onglets principaux se situent en-haut de chaque page pour faciliter la navigation. On y trouve un onglet « Accueil », un nommé « Qui sommes nous ? », un autre « Conseils d'utilisation » des guides, l'onglet permettant l'accès aux différentes pathologies traitées et un onglet regroupant les quatre « Guides téléchargeables ». Une fois que l'on a cliqué sur « Les pathologies » les quatre pathologies apparaissent sur la gauche. Les internautes peuvent cliquer sur la pathologie souhaitée, ils arrivent alors sur la présentation de la pathologie. Lorsqu'ils sont sur cette page, la liste des rubriques présentes dans le guide de la pathologie s'affichent à gauche. On peut ainsi directement accéder à la rubrique voulue et la présentation est beaucoup moins dense que dans les guides.

Discussion

1. Rappel des résultats

Bref rappel des hypothèses de départ :

Hypothèse n°1 : formation trop succincte des AVS

Hypothèse n°2 : manque de formation au commencement de l'activité

Hypothèse n°3 : utilité des guides en complément de leur formation

Hypothèse n°4 : outil concret utile à leur pratique

Hypothèse n°5 : les guides favoriseront le lien AVS/orthophoniste

Les **questionnaires initiaux** à destination des AVS et des orthophonistes ont en partie validé les hypothèses n°1, n°2, n°3.

Hypothèse n°1:

58% des AVS interrogés estiment que leur formation est insuffisante.

Plus de la moitié des AVS ne se sentent pas à l'aise. La principale cause de ce manque d'assurance pour les AVS de notre enquête est un manque de formation pour 44%.

Hypothèse n°2:

8% des AVS n'ont pas encore suivi la formation au moment de notre enquête alors qu'ils sont déjà dans leur poste. Ce pourcentage serait sûrement beaucoup plus élevé si nous avons interrogé uniquement des AVS en début d'exercice.

Hypothèse n°3:

96% des AVS pensent que des fiches pourraient leur être utiles.

82,5% des orthophonistes pensent que les guides seront utiles aux AVS.

Le **questionnaire de satisfaction** à destination des AVS valide l'hypothèse n°4 et il confirme les hypothèses n°1, 2 et 3. En revanche ce questionnaire infirme partiellement l'hypothèse n°5.

Hypothèse n°4:

Tous les AVS qui ont répondu au questionnaire sont satisfaits de notre travail.

Hypothèse n°5:

Le lien AVS/orthophoniste est difficilement renforcé par nos guides.

2. Critiques et difficultés rencontrées

2.1. Les questionnaires

Nous avons fait face à quelques biais dans la diffusion des questionnaires.

Les questionnaires à l'intention des AVS ont été envoyés majoritairement dans le département du Nord. Ceux à l'intention des orthophonistes ont été transmis essentiellement par le biais de syndicats régionaux. Le public interrogé n'est donc pas totalement représentatif de chaque population (AVS, orthophonistes) dans sa globalité.

Nous regrettons l'oubli d'une question qui nous semblait importante dans le questionnaire pour les AVS. Nous aurions voulu savoir s'ils jugeaient leur formation trop théorique. Nous avons demandé s'ils l'estimaient insuffisante, satisfaisante ou très satisfaisante. Or il aurait été intéressant de connaître leur avis sur le contenu. Cela aurait prouvé l'utilité de guides centrés sur les pistes pratiques.

Dans le questionnaire pour les orthophonistes nous avons omis de nous renseigner sur leur type d'exercice. Nous avons dû renvoyer un mail à chaque participant pour obtenir ces renseignements indispensables pour savoir si l'on récoltait bien à la fois le point de vue d'orthophonistes en libéral et celui d'orthophonistes en salariat.

Le questionnaire pour les AVS est principalement constitué de questions ouvertes, ce qui entraîne un large panel de réponses. Il a donc fallu regrouper toutes les réponses et retrancher les éléments redondants. Cette analyse a été fastidieuse mais riche en informations.

2.2. Pathologies abordées

Nous aurions souhaité traiter davantage de pathologies. Notre objectif au commencement du mémoire était d'en aborder un maximum. Cependant au cours de l'année et de nos recherches, nous avons pris conscience qu'il était nécessaire de créer des guides très complets pour que notre outil se démarque des ressources déjà existantes sur internet.

Nous nous sommes rendu compte que créer un guide complet pour chaque pathologie nécessitait beaucoup de lectures, de recherches et donc beaucoup de temps. De plus nous devons aussi prendre du temps au préalable pour analyser les questionnaires des AVS et des orthophonistes, et à la fin pour la création du site

internet. Nous laissons le soin aux étudiantes qui prennent la suite de notre mémoire de traiter d'autres pathologies.

2.3. Lien AVS/ orthophoniste

Nous avons essayé de renforcer le lien entre ces deux intervenants par plusieurs moyens :

- dans les guides : nous avons prévu une colonne permettant à l'orthophoniste de cocher ce qu'il juge bon pour l'enfant ;
- sur le site internet : nous avons créé un onglet pour présenter notre travail ainsi que la profession, et nous conseillons aux AVS de prendre contact avec l'orthophoniste de l'enfant avec l'accord des parents.

Cependant ces moyens ne sont peut-être pas suffisants. Nous avons pensé créer un cahier de liaison qui inclurait l'AVS, l'orthophoniste et l'enseignant de l'enfant. Ce cahier leur aurait permis d'échanger facilement sur les progrès ou les difficultés de l'enfant. Mais ce projet n'a pas abouti, par peur d'une trop grande stigmatisation de l'enfant et du risque d'un rapprochement de ce cahier aux évaluations scolaires.

2.4. Créer des échanges sur notre site

Nous aurions aimé pouvoir créer un forum sur notre site. Ce qui aurait pu permettre des échanges entre différents AVS, des remarques sur le contenu du site, des questions qu'ils se posent, etc... Mais informatiquement et humainement ce forum est difficile à mettre en place et à gérer. À défaut d'avoir un forum sur notre site nous avons mis à disposition des internautes une adresse mail où nous contacter en cas de questions ou remarques.

2.5. Travailler à distance

Nous avons pu expérimenter les difficultés qu'engendre un travail réalisé à deux à distance. Même si internet et le téléphone permettent de faire un point sur le travail effectué, la rédaction est vraiment simplifiée lorsqu'on peut en discuter de visu.

3. Critiques positives

3.1. L'aboutissement d'un site internet

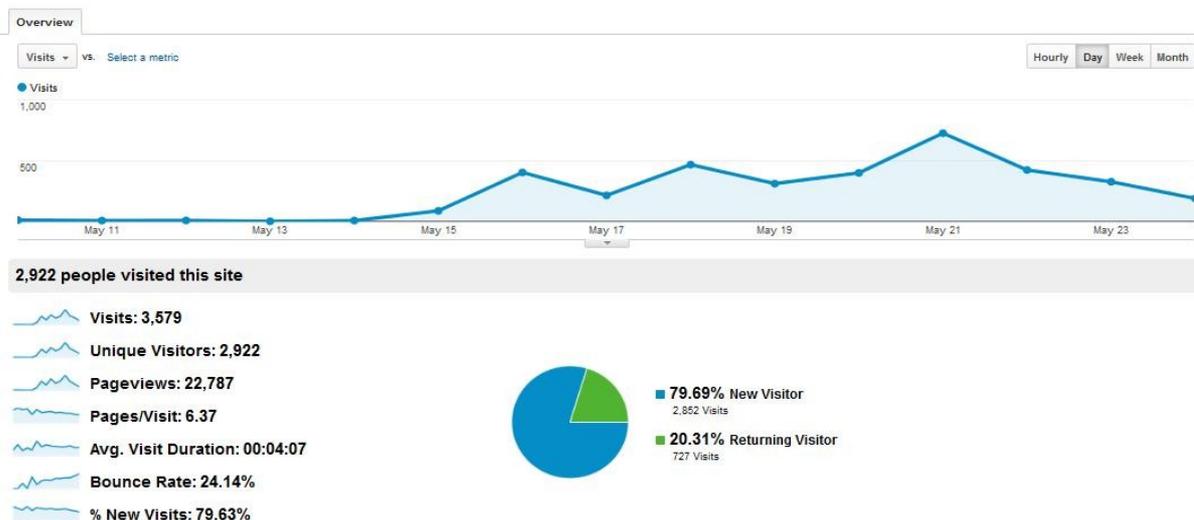
La réalisation du site internet était un défi pour nous. Nous avons eu la chance d'être épaulées par un ami informaticien, cependant cela nous a tout de même demandé un travail assez conséquent et du temps pour intégrer le texte en langage informatique et pour gérer la mise en page. Nous avons réussi à le terminer à temps. Ce site internet est l'aboutissement et le reflet de notre travail.

3.2. Un outil qui se démarque

Nos guides et notre site se démarquent de ce qui existe actuellement sur internet. Notre site s'adresse spécifiquement aux AVS. Il existe de nombreuses ressources mais le plus grand nombre s'adresse aux enseignants. De plus nos guides sont très complets par rapport à ce que nous avons trouvé sur internet. Notre outil se différencie donc des ressources existantes.

3.3. Un outil qui plaît

Les remarques des AVS dans les réponses au questionnaire de satisfaction sont pour la majorité très positives et se rejoignent souvent. Les AVS sont enthousiasmés par nos guides et auraient aimé avoir cet outil dès le début de leur activité. Deux semaines après avoir mis le site en ligne, les résultats sont très encourageants. Près de 3000 visiteurs uniques ont parcouru notre site. En tout les guides ont été téléchargés près de 2000 fois.



De plus de nombreuses orthophonistes nous ont fait savoir qu'elles étaient ravies par la conception des guides et du site internet. Ils leur permettront de fournir aux AVS un outil pratique. D'autres personnes ont également été vivement intéressées, notamment des professeurs, des enseignants spécialisés et des conseillers pédagogiques.

Le lien de notre site a été relayé par différents blogs, sites officiels (académie de Lyon) et sites de particuliers ou d'associations.

4. Discussion sur nos résultats

Par rapport aux résultats que nous avons obtenus, nous pouvons penser que nos guides répondent à la plupart des objectifs que nous nous étions fixés. En effet, ils répondent à un réel besoin exprimé par une partie des AVS qui estiment leur formation insuffisante dans les questionnaires initiaux et dans les propos recueillis lors de nos différentes rencontres. De plus nos guides sont diffusés par le biais d'un site internet qui les rend accessibles à tous et ce dernier se démarque des ressources déjà existantes sur internet puisqu'il s'adresse directement et spécifiquement aux AVS et que les guides qui y sont consultables sont très complets.

Nous nous sommes réellement basées sur les attentes et les besoins exprimés par les AVS pour réaliser notre travail. Leurs propos nous ont guidées du début à la fin. En effet, suite à leurs remarques nous avons inséré une définition simplifiée de chaque pathologie, nous avons utilisé un vocabulaire accessible, nous avons réalisé des guides sur les pathologies les plus demandées... Nous avons également pris en compte les manques existants : nous avons apporté des pistes pratiques, facilement applicables et une définition de l'orthophonie étant donné que certains n'en avaient qu'une idée vague.

Les retours que nous avons eus concernant nos guides sont encourageants. Les AVS les trouvent complets et très intéressants. D'après les réponses recueillies, dans l'ensemble nos guides n'ont pas permis de créer ou de renforcer les contacts entre orthophoniste et AVS. Cependant nous n'avons pas pu laisser beaucoup de temps aux AVS pour s'approprier les guides et contacter l'orthophoniste. L'hypothèse n°5 ne peut être validée pour le moment. D'autre part, étant donné que le site internet a vu le jour à la fin de notre projet, nous n'avons pas pu interroger les

internauts pour recueillir des avis sur ce dernier (concernant sa facilité d'utilisation, son esthétisme, son attractivité...).

C'est pourquoi il serait intéressant que les étudiantes qui reprennent notre sujet puissent recueillir l'opinion des AVS concernant les qualités et les défauts, ainsi que la facilité d'utilisation du site internet. Les données recueillies par « Google Analytics » permettront de poursuivre l'évaluation de la fréquentation du site. Il faudrait avoir davantage de retours concernant les répercussions de ce travail sur les contacts AVS/orthophoniste. Elles pourront parallèlement enrichir le site avec des guides abordant d'autres pathologies pour faire de ce site une ressource riche pour les AVS.

5. Intérêt pour l'orthophonie

Notre travail offre un support à la fois aux AVS pour entrer en contact avec l'orthophoniste, et aux orthophonistes pour répondre aux demandes des AVS qu'ils rencontrent. Dans un sens ou dans l'autre, l'objectif est d'apporter un suivi cohérent autour de l'enfant en créant du lien entre les intervenants.

Nos guides pourront servir aux orthophonistes, lors de leurs contacts avec les AVS (au cours de réunions ou de synthèses de l'équipe éducative, au cours de rencontres) pour discuter et proposer des adaptations. Ayant toutes les aides possibles regroupées dans un même document, les orthophonistes n'auront plus qu'à indiquer à l'aide d'une croix les adaptations à apporter spécifiquement à l'enfant en question. Ce qui permettra à l'AVS de repartir avec un support personnalisé. Cet outil est un appui pour l'orthophoniste qui trouvera directement une multitude d'aides possibles à proposer.

Nous espérons qu'en incitant les AVS (sur notre site) à prendre contact avec l'orthophoniste de l'enfant qu'ils suivent (avec l'accord des parents), ils feront davantage la démarche de contacter l'orthophoniste. Ce qui soulagerait l'orthophoniste, désireux d'établir un contact avec l'AVS, qui n'aurait plus à questionner la famille pour obtenir des renseignements et les coordonnées de l'AVS.

Grâce au site internet nous présentons et mettons en avant notre profession (dans un onglet spécifique), et nous espérons que les visiteurs auront ainsi une image objective de notre rôle.

6. Apports personnels

Ce travail nous a permis de rencontrer des personnes investies dans l'accompagnement d'enfants porteurs d'un handicap. Les échanges que nous avons pu avoir étaient très enrichissants. Nous avons pu mesurer le rôle important que l'orthophoniste joue dans l'inclusion de ces enfants en milieu ordinaire. Nous avons pris conscience que les échanges des orthophonistes avec le corps enseignant et les Auxiliaires de Vie Scolaire étaient indispensables pour offrir à l'enfant une inclusion la plus adaptée à ses besoins. Il ne faut pas travailler en solitaire, mais c'est en échangeant et communiquant que nous pouvons améliorer le quotidien de l'enfant. Cette réflexion sera bénéfique pour notre pratique à venir et nos échanges avec les autres professionnels impliqués dans la scolarisation de ces enfants.

Conclusion

Il est évident que la réussite de l'inclusion scolaire d'un enfant porteur de handicap est multifactorielle. Cependant, la qualité de l'aide apportée par l'Auxiliaire de Vie Scolaire et l'existence d'un partenariat entre tous les professionnels qui entourent l'enfant, dont l'orthophoniste, sont des facteurs prépondérants sur lesquels nous pouvons intervenir.

Les enquêtes que nous avons effectuées auprès d'AVS et d'orthophonistes nous ont confortées dans l'utilité de créer un outil apportant un complément de formation pratique aux AVS souvent peu formés. Cet outil devait remplir un double objectif :

- apporter aux AVS une ressource utile et très pratique.
- initier ou renforcer les contacts entre les intervenants, et en particulier avec l'orthophoniste qui représente un partenaire incontournable dans l'accompagnement de l'enfant.

Dans cet objectif, nous avons réalisé quatre guides comprenant une présentation de la pathologie et un maximum de pistes pratiques classées par catégorie. Chaque enfant étant unique nous insistons sur la nécessité de mettre en place un partenariat avec tous les professionnels, dont l'orthophoniste, qui entourent l'enfant pour offrir à ce dernier un accompagnement le plus spécifique et adapté possible.

Nous avons créé un site internet (<http://guidespratiquesavs.free.fr>) pour rendre nos guides accessibles au plus grand nombre. Nous avons tenté de répondre de notre mieux aux attentes des AVS relevées dans les questionnaires initiaux. Les internautes trouvent sur notre site les informations développées dans les guides et peuvent les télécharger en intégralité. Nous espérons que cet outil sera une ressource intéressante pour la majorité des AVS. Le site pourra également intéresser les enseignants.

D'autres étudiantes ont déjà pris la relève de notre travail. Elles aborderont d'autres pathologies et pourront enrichir le site internet. Nous espérons que ce travail qui nous a passionné rendra service à de nombreux AVS.

Bibliographie

- BOURGET G. (Juillet 2010). *A l'école des AVS. Accompagner les processus d'inclusion des élèves handicapés*. Mémoire de master 2 recherche en sciences de l'éducation et de la formation. Université de Nantes.
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : OrthoEdition.
- BULTE A. (2007). *Mon carnet de liaison*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille II.
- CARETTE A, CARRETTE C (2007). *La scolarisation des enfants dysphasiques dans le Nord Pas de Calais, manques et possibilités*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille II.
- COCHETEL G., EDOUARD M. (2009). *Auxiliaire de vie scolaire : accompagner l'élève handicapé*. CRDP Académie d'Amiens Auvergne Bretagne : SCEREN.
- CRUNELLE D. (2006). *Dyslexie ou difficultés scolaires au collège : quelles pédagogies, quelles remédiations?*, Lille : Crdp Nord-Pas-De-Calais.
- CRUNELLE D. (2010). *Aider l'élève dyslexique au collège et au lycée: propositions d'aménagements pédagogiques*. Lille : Crdp Nord-Pas-De-Calais.
- DANSETTE G., PLAZA M. (2003). *Dyslexie : dépistage à l'école, au quotidien, conseils pratiques*. Paris : Josette Lyon.
- DEI CAS P., TASSOUS D. (1994). *L'orthophonie, une inconnue ?* Mémoire d'orthophonie. Université de Lille II.
- DENNI-KRICHEL N. (2001). *La prévention des troubles du langage : un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école*, *Enfances & Psy*, n°16, p. 150-153. Toulouse : Erès.
- DENNI-KRICHEL N. dir. (2003). *Rééducation orthophonique, l'hyperactivité et les troubles de l'attention*, n°214. Isbergues : FNO.
- GOURLEZ S., GUYARD A. (2010). *Mon enfant est sourd, création d'un site internet d'informations sur les surdités, destiné aux parents*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille II.
- JORDAN R., POWEL S. (1997). *Les enfants autistes, les comprendre, les intégrer à l'école*. Paris : Masson.
- JUHEL J-C. (1998). *Aider les enfants en difficultés d'apprentissage*, Canada : Les presses de l'université Laval.
- KREMER J-M., LEDERLE E. (1991). *L'orthophonie en France, que sais-je ?*, Vendôme : Presses universitaires de France.
- LENOIR P., MALVY J., BODIER-RETHORE C. (2007). *L'autisme et les troubles du développement psychologique*, Issy-les-Moulineaux Cedex : Masson.

- LEROUX M-N., TOUZIN M. (2012). *100 idées pour venir en aide aux enfants dysphasiques*. Paris : Tom Pousse.
- LOUIS J-M., RAMOND F. (2006). *Scolariser l'élève handicapé*. Paris : Dunod.
- LUSSIER F. (2011). *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention*. Paris : Tom Pousse.
- MALOT M. (2001). *L'aide humaine à l'intégration scolaire des élèves handicapés*. Rapport interministériel. Paris.
- MAUDINET M. dir. (2004). *L'intégration scolaire des élèves en situation de handicap I – Politiques et dispositifs*. Paris : CTNERHI/CNEFEI.
- MAUDINET M. dir. (2004). *L'intégration scolaire des élèves en situation de handicap II – Une scolarisation adaptée aux besoins particuliers des élèves*. Paris : CTNERHI/CNEFEI.
- MASSE M. (2006). *Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives d'action*, IXème Congrès de l'AIRHM, Presses Inter Universitaires, p 276
- MUCCHIELLI R., BOURCIER A. (1984). *La dyslexie : maladie du siècle*. Paris : ESF.
- PETIT C. (2001). « De l'intégration scolaire », *VST - Vie sociale et traitements* 1/2001 (n° 69), p. 35-39. Toulouse : Erès.
- REID G., GREEN S. (2010). *100 idées pour venir en aide aux élèves dyslexiques*. Paris : Tom Pousse.
- RIFFAULT C. (2010-2011). *Les rôles des auxiliaires de vie scolaire: accompagner et éduquer ?* Mémoire de master 2 Intégration des Personnes Handicapées et en Difficultés. Université de Poitiers.
- SCHOPLER E., REICHLER R., LANSING M. (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*. Paris : Masson.
- SCHOPLER E., LANSING M., WATERS L. (1993). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*. Paris : Elsevier Masson.

- Site de l'Education Nationale. [consulté en 10/2011]
<http://www.education.gouv.fr/cid56511/scolarisation-des-eleves-handicapes-les-mesures-annoncees-lors-de-la-cnh.html>
<http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>
- Site de l'onisep.[consulté en 11/2011]
<http://www.onisep.fr/>
- Site intégrascal pour l'inclusion scolaire. [consulté en 06/2011]
<http://www.integrascal.fr/>
- Site de l'OMS. [consulté en 10/2011]
<http://www.who.int/site/fr/index.html>
- Site avec les textes de lois pour l'inclusion scolaire. [consulté en 10/2011]
<http://www.siwadam.com/hmm/enf3.htm>
- Site de l'APEDYS. [consulté en 12/2011]
<http://www.apedys.org/dyslexie>
- Site Dix sur Dys [consulté en 12/2011]
<https://sites.google.com/site/dixsurdys/>
- Site du CRA de la région Alsace. [consulté en 02/2012]
<http://www.cra-alsace.net/fr/65.html>
- Site du CRA Nord-Pas-de-Calais. [consulté en 02/2011]
<http://www.cra5962.org/index.php>
- Site handiscol. [consulté en 10/2011]
<http://www.handiscol.com/>
- Site canadien d'éducation. [consulté en 10/2011]
<http://education.alberta.ca/francais/admin/speced/persscol/visersucces.aspx>
<http://education.alberta.ca/francais/admin/speced/persscol/autisme.aspx>
- Site de la circonscription de Colmar. [consulté en 01/2012]
<http://www.circ-ien-colmar-ash.ac-strasbourg.fr/spip.php?article75>
<http://www.circ-ien-colmar-ash.ac-strasbourg.fr/spip.php?article74>
- Site de l'association ISTED. [consulté en 02/2012]
<http://www.isted-asso.com/#Page%20d'accueil>
- Site de l'académie de Clermont-Ferrand. [consulté en 11/2011]
http://www3.ac-clermont.fr/forum-ash63/IMG/pdf/Dyslexie_a_l_ecole_elementaire.pdf
- Site du CRA de la région Rhône-Alpes. [consulté en 02/2012]
<http://www.cra-rhone-alpes.org/spip.php?rubrique2>
- Site concernant l'inclusion scolaire. [consulté en 08/2011]
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page01.htm>

- Site de l'Académie de la Haute-Vienne. [consulté en 12/2011]
<http://ia87.ac-limoges.fr/spip.php?article295>.
- Site de livres audio. [consulté en 11/2011]
www.audiolivres.net
- Site de l'association Dys de cœur. [consulté en 11/2011]
<http://www.dysdecoeur.fr/>
- Article de DORE R.. [consulté en 09/2011]
<http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2001-1-page-35.htm>
- Association Avenir Dysphasie Rhône [consulté en 02/2012]
<http://aadr.free.fr/>
- Site de la circonscription de Montluçon. [consulté en 02/2012]
http://www3.ac-clermont.fr/montlucon1/article.php3?id_article=17
- Site d'un enseignant spécialisé. [consulté en 01/2012]
http://eric.hurtrez.upi.tsl.free.fr/page_4.html
- Site de S. CASTAING formateur IUFM Université de Strasbourg.
[consulté en 10/2011] <http://sylviecastaing.chez.com/stageash.htm>
- Document PDF, inspection académique Essonne. [consulté en 12/2011]
<http://www.pedagogie91.ac-versailles.fr/IMG/pdf/4p-TSA1-0308.pdf>
- Guide pour les parents d'enfants TDA/H. [consulté en 11/2011]
http://www.tdah.be/Desktop/BROCHURE_ADHD_FR.pdf
- Site idées ASH. [consulté en 11/2011]
<http://sites.google.com/site/ideesash/comportements-difficiles/le-tdah>
- Association TDA/H France. [consulté en 10/2011]
<http://www.tdah-france.fr/>
- Document PDF de l'association PANDA. [consulté en 10/2011]
<http://panda.cyberquebec.com/documentation/documents/resume/29nov01.pdf>
- Site ASH de l'Isère. [consulté en 03/12]
<http://www.ac-grenoble.fr/ash38/spip.php?article60>
- Forum pour les AVS [consulté en 02/12]
<http://mimibaby.free.fr/forumavs/>

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : programme de formation 2011-2012 des AVS de la Drôme.

Annexe n°2 : programme de formation 2011-2012 des AVS de la Haute-Vienne.

Annexe n°3 : décret de compétences de l'orthophoniste.

Annexe n°4 : questionnaire à l'intention des AVS et lettre explicative.

Annexe n°5 : questionnaire à l'intention des orthophonistes et lettre explicative.

Annexe n°6 : questionnaire de satisfaction pour les AVS et lettre explicative.