

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



 Université  
de Lille

 **ufr35**  
faculté  
de méde

# MÉMOIRE

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

**Émilie BRAUD**

qui sera soutenu publiquement en juin 2022

**Les partenariats entre enseignants du primaire et  
orthophonistes libéraux dans le suivi des enfants  
porteurs de troubles du spectre de l'autisme  
État des lieux et pistes de réflexion**

MEMOIRE dirigé par

**DELSAUT Mélanie**, Orthophoniste, CRA du NPDC, Lille  
**SALOMON Marie-Céline**, professeure des écoles et formatrice, ISFEC des Alpes, Grenoble

Lille – 2022

# Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement mes directrices de mémoire pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et pour le temps qu'elles y ont consacré.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers les orthophonistes qui m'ont accueillie en stage au cours de mes études et tout particulièrement à Claire Favier, Maïlys Pelloux et Blandine Vedrenne auprès de qui j'ai tant appris cette année.

Pour finir, comment oublier ma famille, à qui je veux témoigner toute ma gratitude. Merci de toujours croire en moi, m'encourager et m'apporter tant d'amour au quotidien.

## **Résumé :**

Encouragé par les politiques publiques, le partenariat des orthophonistes et des enseignants autour des enfants en situation de handicap contribue à l'efficacité de la prise en soins orthophonique comme au bon déroulement de la scolarité. Les besoins spécifiques des enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme mettent en lumière les enjeux de cette collaboration. Pourtant, devant deux professions aux identités et pratiques différentes, nous pouvons supposer qu'il existe des freins à la fois organisationnels et identitaires à sa mise en place. L'objectif de ce mémoire est d'explorer les pratiques actuelles de collaboration des deux professions auprès de ce public spécifique et d'en dégager des pistes de réflexion, à travers une enquête par questionnaires. Dans notre étude, la coordination des pratiques ressort comme indispensable pour permettre le transfert des compétences travaillées en orthophonie aux situations de la vie quotidienne. La volonté objective des orthophonistes et enseignants à construire des pratiques coordonnées rencontre pourtant une barrière majeure : le caractère chronophage des échanges. Des pistes de réflexion ont ainsi pu être émises à partir de l'avis de nos sujets, dans l'idée de dépasser ces freins et permettre un partenariat efficace.

## **Mots-clés :**

Enseignant, orthophoniste, troubles du spectre de l'autisme, partenariat, scolarisation

## **Abstract :**

Encouraged by public policy, the partnership between speech and language therapists and teachers for children with disabilities contributes to the effectiveness of speech and language therapy and to the success of schooling. The specific needs of children with autism spectrum disorders highlight the challenges of this collaboration. However, given the different identities and practices of the two professions, we can assume that there are both organizational and identity-related obstacles to its implementation. The objective of this dissertation is to explore the current collaborative practices of the two professions with this specific public and to identify lines of approach, through a questionnaire survey. In our study, the coordination of practices emerged as essential to enable the transfer of skills worked on in speech therapy to everyday life situations. However, the objective will of speech and language therapists and teachers to build coordinated practices meets a major barrier : the time-consuming nature of exchanges. Based on the opinions of our subjects, some ideas were put forward to overcome these obstacles and allow an effective partnership.

## **Keywords :**

Teacher, speech therapist, autism spectrum disorder, partnership, schooling

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses</b> .....	<b>2</b>
1. Les troubles du spectre de l'autisme .....	2
1.1. Origine et définitions.....	2
1.1.1. Origine du terme « autisme ».....	2
1.1.2. CIM-10 : l'autisme, « troubles mentaux et du comportement ».....	2
1.1.3. DSM-5 : l'autisme « trouble neurodéveloppemental ».....	2
1.1.4. CIM-11 : vers une harmonisation des classifications .....	3
1.2. Les critères cliniques des TSA .....	3
2. La scolarisation des enfants autistes en France.....	3
2.1. Cinquante ans d'histoire.....	3
2.2. Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.....	4
2.3. Les différents parcours de scolarisation .....	5
3. Orthophonistes et enseignants : agir ensemble .....	5
3.1. Orthophonie et TSA .....	5
3.2. Enseignement et TSA.....	6
3.3. Agir ensemble.....	7
4. Buts et hypothèses.....	8
<b>Méthode</b> .....	<b>9</b>
1. Choix de la méthodologie .....	9
2. Population d'étude .....	9
2.1. Les orthophonistes.....	9
2.2. Les enseignant(e)s .....	10
3. Elaboration des questionnaires.....	10
3.1. Le questionnaire destiné aux orthophonistes.....	10
3.2. Le questionnaire destiné aux enseignant(e)s .....	10
4. Diffusion et exploitation des résultats.....	10
<b>Résultats</b> .....	<b>11</b>
1. Partie A des questionnaires .....	11
1.1. Orthophonistes.....	11
1.2. Enseignants.....	11
2. Partie B des questionnaires : résultats croisés.....	12
3. Partie C des questionnaires : résultats croisés.....	13
<b>Discussion</b> .....	<b>17</b>
1. Discussion des résultats de l'étude.....	17

1.1. Regards croisés sur la qualité et les besoins de formation .....	17
1.2. Les spécificités des TSA comme moteurs des échanges .....	18
1.3. Questionnement sur la forme des échanges .....	19
1.4. Les freins à la mise en place du partenariat.....	19
2. Limites de l'étude.....	20
3. Apports et perspectives .....	20
<b>Conclusion.....</b>	<b>21</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>22</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>24</b>
Annexe 1 : Questionnaire destiné aux orthophonistes .....	24
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux enseignants .....	24
Annexe 3 : Figures de présentation des résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes .....	24
Annexe 4 : Figures de présentation des résultats du questionnaire destiné aux enseignants.....	24
Annexe 5 : Commentaires des enseignants et orthophonistes en réponse aux questions B2 des questionnaires.....	24

# Introduction

Autour de l'enfant avec troubles du spectre de l'autisme (TSA) gravitent de nombreux acteurs aux identités professionnelles diverses. Comme l'indique le terme de « spectre » dans cette appellation, les tableaux cliniques des enfants porteurs de cette particularité neurodéveloppementale peuvent prendre de multiples formes. Ces enfants représentent donc un public complexe et hétérogène. Tous ces acteurs, quel que soit leur secteur d'activité, sont amenés à œuvrer ensemble en réseau, pour comprendre l'enfant TSA et ses particularités, avec un objectif commun à long terme : l'autonomie et l'intégration sociale de l'enfant.

Les directives gouvernementales actuelles tentent de garantir aux enfants en situation de handicap l'accès à une scolarisation ordinaire et s'accordent sur l'intérêt d'un partenariat de tous les acteurs impliqués dans le parcours scolaire ou médical. L'école et la santé se placent alors comme partenaires dans le suivi de l'enfant. Enseignants du primaire et orthophonistes libéraux sont invités à inscrire leurs démarches dans une idée de complémentarité. Cependant, si la volonté profonde de ces professionnels est de tout mettre en œuvre pour co-agir dans l'intérêt de l'enfant, la réalité du terrain met souvent en lumière les obstacles à leur collaboration, notamment lorsque leurs temps et espaces de travail ne sont pas partagés.

Ainsi, de nombreux enfants avec TSA vivent scolarité et soins séparément : l'école d'un côté, les prises en charges rééducatives en libéral de l'autre. Cette organisation en deux temps soulève de nombreuses questions. Qu'en est-il de la collaboration des orthophonistes libéraux et des enseignants du primaire dans le suivi de ces enfants ? En quoi les TSA impliquent-ils une nécessité d'échange entre eux ? Disposent-ils chacun des connaissances nécessaires à la mise en place d'un partenariat efficace et qui profite à l'enfant ? C'est dans la volonté d'établir un état des lieux de ces partenariats que ce mémoire s'attache à croiser les regards des deux professions sur le sujet, pour répondre à ces questions, par le biais d'une enquête par questionnaires.

Pour commencer, nous présenterons les troubles du spectre de l'autisme, leurs particularités et leurs définitions dans les différentes classifications médicales de référence. Nous reviendrons sur l'histoire de la scolarisation des enfants porteurs de ces troubles en France et sur les directives gouvernementales en vigueur. Enfin, nous verrons comment les orthophonistes et les enseignants sont amenés à travailler de concert dans le suivi de ces enfants, en abordant les rôles de chaque profession, les raisons qui rendent ces échanges primordiaux et les piliers institutionnels et légaux qui vont dans le sens de ce partage pluriprofessionnel.

Par la suite, nous exposerons la méthodologie utilisée pour répondre aux questions soulevées en précisant la forme de l'enquête, la sélection des participants et le choix du mode de diffusion.

Enfin, nous présenterons et analyserons les données recueillies dans l'enquête, apportant un regard croisé sur les constats émis par les deux professions concernées.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

Cette partie théorique a pour objectifs, une fois les troubles du spectre de l'autisme définis, de retracer l'histoire de la scolarisation des enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme en France, puis de définir les rôles respectifs des orthophonistes et des enseignant(e)s auprès de ce public afin de cerner les enjeux de leur collaboration.

## 1. Les troubles du spectre de l'autisme

### 1.1. Origine et définitions

#### 1.1.1. Origine du terme « autisme »

Du radical grec « autos » qui signifie « soi-même », c'est en 1911 qu'apparaît le terme d'autisme, utilisé à l'origine par le psychiatre Eugen Bleuler pour décrire un comportement de repli sur soi chez les personnes schizophrènes. Plus tard, ce terme est repris par Léo Kanner, qui publie en 1943 son étude « Autistic disturbances of affective contact », dans laquelle il s'intéresse à des enfants présentant des particularités dans le comportement et les interactions sociales. En parallèle, Hans Asperger, travaille sur un article à ce sujet, intitulé « Autistic psychopathy in childhood » qu'il publie en 1944. Il explique dans cet article que « la perturbation fondamentale du psychopathe autistique est une limitation des relations avec l'environnement [...] » (cité par Lazartigues & Lemonnier, 2005, p. 12)

#### 1.1.2. CIM-10 : l'autisme, « troubles mentaux et du comportement »

La dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) constitue la classification médicale de référence pour les troubles envahissants du développement. L'autisme y est défini selon la notion de triade symptomatique autistique au sein de la catégorie des « troubles mentaux et du comportement », dans la sous-section « Troubles Envahissants du Développement » (TED).

#### 1.1.3. DSM-5 : l'autisme « trouble neurodéveloppemental »

Dans la version du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders) parue en 2013, les troubles du spectre de l'autisme sont classifiés dans le chapitre des « troubles neurodéveloppementaux ». Ils s'inscrivent désormais dans une conception qui tient compte de l'hétérogénéité de ces troubles. Les critères recensés dans cette nouvelle définition englobent les troubles des interactions et de la communication, sans oublier les particularités sensorielles, cognitives et langagières. L'ouvrage précise également la possible association de ces troubles avec d'autres pathologies médicales, génétiques ou développementales. Ces deux classifications font état de critères diagnostiques différents, qui incluent ou excluent des populations différentes. Le syndrome d'Asperger, par exemple, apparaît dans la classification de la CIM-10, mais n'est pas mentionné dans le DSM-5, où il s'apparenterait plutôt à un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle. Ainsi, le diagnostic des personnes « autistes » ne se définit pas de la même manière selon la classification utilisée. Si la classification de la CIM-10 est actuellement considérée comme la référence internationale, la plus récente version du DSM-5 ainsi que la nouvelle révision en cours de la CIM proposent la nouvelle appellation de « troubles du spectre de l'autisme » (TSA), qui semble être la plus utilisée dans la littérature et le langage des professionnels (Alin, 2018).

#### **1.1.4. CIM-11 : vers une harmonisation des classifications**

La onzième révision de la CIM qui est en cours (CIM-11) propose une définition et des critères diagnostiques qui tendent à s'harmoniser avec ceux du DSM-5. L'autisme est désormais désigné par l'appellation « troubles du spectre de l'autisme » et rangé dans la section des « troubles neurodéveloppementaux ». Cette nouvelle révision est entrée en vigueur en janvier 2022.

### **1.2. Les critères cliniques des TSA**

La CIM-10 rassemble les critères cliniques des TED sous la forme d'une « triade autistique » dont les trois points sont les suivants :

- Les troubles des interactions sociales
- Les troubles de la communication verbale et non verbale
- Le caractère restreint, stéréotypé et répétitif des conduites et des centres d'intérêt

Cette « triade » est convertie en « dyade » dans le DSM-5 et la CIM-11 qui regroupent en un seul point l'altération des interactions sociales réciproques et celle de la communication, sous l'appellation suivante : « déficits de la communication et des interactions sociales ». En apparence, leur deuxième critère reste le même que dans la CIM-10 : « caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts », mais en incluant désormais les particularités sensorielles qui peuvent être présentes chez les personnes avec TSA, telles que l'hypersensibilité ou l'hyposensibilité.

Quelle que soit la classification à laquelle on se réfère, les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance (avant 3 ans) et avoir un retentissement dans la vie quotidienne.

## **2. La scolarisation des enfants autistes en France**

### **2.1. Cinquante ans d'histoire**

Entre les années 1950 et 1980, en France, sous la forte influence du courant psychanalytique, l'autisme était assimilé à la catégorie des psychoses. L'autisme infantile ainsi considéré comme une maladie mentale causée par une mauvaise relation parentale, la priorité est donnée aux soins d'ordre psychologique plutôt qu'à l'éducation.

En 1985, en France, la première classe intégrée pour enfants autistes ouvre ses portes dans une école publique, avant même que ne soient créées des structures spécifiques en milieux spécialisés (Instituts Médico-Educatifs...). « L'école a indiqué le chemin. Elle a montré que l'éducation de ces enfants était possible [...] » (Philip, 2012, p. 50).

Ce n'est que dans les années 1990 que la conception commune de l'autisme prend un tournant important. Auparavant considéré comme un trouble psychotique, il est alors rapproché de la notion de « trouble neurodéveloppemental ». On voit alors apparaître la catégorie des « troubles envahissants du développement » dans les classifications internationales. Avec cette nouvelle conception de l'autisme, l'hypothèse d'une étiologie organique voit le jour, s'opposant à celle d'une unique étiologie psychique. Finalement, en 1996, l'autisme sort du champ des maladies mentales pour être reconnu officiellement comme un handicap.

Toujours dans les années 1990, on voit émerger en France une méthode éducative destinée aux enfants TSA : la méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren). Créée par le psychologue américain Eric Schopler dans les années 1970, Elle apporte l'idée nouvelle d'une approche éducative de l'autisme mais se voit freinée par l'opposition historique entre deux courants : le courant issu de la biologie et celui issu de la psychanalyse. Le premier voudrait expliquer l'autisme par une étiologie génétique ou neurologique tandis que le second se base sur l'idée d'une carence affective durant l'enfance. Aux alentours des années 2000, la forte mobilisation des associations de parents et la pression des classifications internationales permettent la diffusion en France des méthodes éducatives et scolaires comme la méthode TEACCH (Rogé, 2015, p. 148-150).

Le 11 février 2005 la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est édictée. Elle représente une étape charnière dans l'histoire du handicap en France (Clément, 2016, p. 5-6).

Depuis le premier plan autisme, mis en application en 2005, trois autres ont suivi, dont le dernier en vigueur entre 2018 et 2022. Ces plans ont permis la création des Centres Ressources Autisme (CRA), qui ont pour missions le repérage, le diagnostic et l'accompagnement des personnes autistes. Il en existe aujourd'hui 26 en France métropolitaine, fédérés en une entité : le Groupement National des Centres Ressources Autisme (GNCRA). En 2012, le label « grande cause nationale » a été attribué à l'autisme, marquant une étape importante pour la France en matière de prise en charge des enfants autistes. Avec le quatrième plan autisme ou stratégie nationale pour l'autisme de 2018, le pays entend rattraper ce retard dont il est conscient avec une enveloppe de 344 millions d'euros pour soutenir la recherche, promouvoir le dépistage et améliorer les soins et l'éducation (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2018).

## **2.2.Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022**

La stratégie nationale pour l'autisme présentée en 2018 par le premier ministre Edouard Philippe et Sophie Cluzel contient cinq engagements, parmi lesquels le troisième vise à Garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes. Cet engagement se décompose en quatre mesures qui sont les suivantes :

1. Scolariser tous les enfants autistes dès la maternelle (En faisant intervenir en classe des équipes médico-sociales ou libérales en soutien aux équipes pédagogiques et en triplant le nombre des Unités d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMa).
2. Garantir à chaque enfant un parcours scolaire fluide et adapté à ses besoins, de l'école élémentaire au lycée (En convertissant les auxiliaires de vie scolaire (AVS) courte durée en AESH (Accompagnant des élèves en situation de handicap) pour fournir un accompagnement plus long et plus professionnel, en augmentant le nombre d'élèves scolarisés en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) en élémentaire, au collège et en lycée professionnel et en augmentant l'offre d'éducation spécialisée pour les jeunes qui requièrent un appui médico-social important.)
3. Former et accompagner dans leur classe les enseignants accueillant des élèves autistes (en renforçant les équipes départementales et en développant des actions d'information et de sensibilisation à destination des professionnels).

#### 4. Garantir l'accès des jeunes qui le souhaitent à l'enseignement supérieur

(Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2018).

### **2.3. Les différents parcours de scolarisation**

« Il se joue, dans l'accès à l'école, non seulement la question de l'accès aux apprentissages, mais aussi d'inclusion dans la société, pour le présent et le futur ». (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2018).

L'inclusion en milieu ordinaire permet à l'enfant TSA de se placer dans des situations de vie concrètes qui nécessitent d'adopter des comportements adaptés à la vie en société. La scolarisation en classe ordinaire permet ainsi à l'enfant de développer ses compétences sociales. Cependant, les enfants TSA sont des élèves à besoins éducatifs spécifiques, ils pourront s'épanouir à l'école s'ils disposent d'un accompagnement adapté à leurs besoins. Ces aménagements doivent être définis dans le projet personnalisé de scolarisation (PPS), un document écrit dont le but est de définir les besoins spécifiques des élèves en situation de handicap (accompagnement, matériel pédagogique adapté, éventuelles dispenses d'enseignements...). La mise en place d'un PPS doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) au sein de laquelle la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CADPH) prend les décisions concernant l'orientation scolaire des enfants, à la lumière de l'évaluation des besoins spécifiques menée par une équipe pluridisciplinaire.

Lorsqu'elle est jugée possible par la CADPH, la scolarisation des enfants TSA à l'école, en classe ordinaire est privilégiée. Scolarisé en classe ordinaire, l'enfant peut bénéficier des aménagements et dispositifs suivants :

- Accompagnement par un Auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou par un Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap (AESH). Cet accompagnant aura pour rôle de soutenir l'enfant en répondant à ses besoins au sein de la classe. Dans le cas des TSA, la présence d'une tierce personne auprès de l'enfant peut également constituer un soutien en matière de développement de la communication et des habiletés sociales.
- Accompagnement par des spécialistes intervenant pendant le temps scolaire (éducateurs, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes)
- Scolarisation avec l'appui d'une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) : le temps scolaire de l'enfant est partagé entre sa classe de référence et une classe ULIS où il bénéficie d'un accompagnement spécialisé.

## **3. Orthophonistes et enseignants : agir ensemble**

### **3.1. Orthophonie et TSA**

D'après le code de la santé publique, Article L4341-1 :

« La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myofaciales. L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis. Il contribue notamment au développement et au

maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue ».

Les enfants avec TSA constituent une population vaste et hétérogène. Le travail de l'orthophoniste diffère d'un enfant à l'autre et peut se centrer sur plusieurs domaines fonctionnels comme les suivants :

- Communication et langage : L'orthophoniste stimule l'enfant afin de faire émerger chez lui un intérêt pour la communication au sens large, qu'elle soit verbale ou non verbale. Chez l'enfant avec TSA non-verbal, il peut contribuer à la mise en place d'un moyen de communication améliorée et/ou alternative (CAA) pour lui permettre de développer une communication fonctionnelle avec son environnement. Le mode de communication alternatif ou augmentatif peut prendre différentes formes : gestes, supports visuels, outils informatiques etc. Le travail de la communication et du langage comprend un entraînement des capacités cognitives impliquées.

On a longtemps considéré que l'enfant qui n'a pas investi la communication n'était pas prêt à entamer une rééducation orthophonique. L'intervention précoce en orthophonie auprès des enfants TSA, même non-verbaux, est donc un progrès d'importance. « L'orthophonie ne fait partie que depuis peu de temps de l'arsenal thérapeutique indispensable pour un soutien efficace et précoce au développement et pour la mise en place d'un moyen de communication, qu'il s'agisse du langage ou d'un système alternatif [...] Or la communication représente l'un des axes de travail prioritaires et même chez un enfant qui n'accède pas au langage, l'orthophoniste joue un rôle essentiel pour lui donner des outils de communication... » (Rogé, 2015).

- Interactions sociales : l'objectif est de développer l'attention conjointe, la réciprocité des échanges sociaux, la compréhension des règles sociales, dans le but de favoriser l'intégration de l'enfant dans ses différents lieux de socialisation (famille, école...).
- Sensorialité : Les enfants TSA présentent des particularités sensorielles qui ont souvent pour conséquences des troubles de l'oralité alimentaire, qui nécessite une rééducation spécifique menée par l'orthophoniste.

Toutes les capacités spécifiques travaillées en rééducation orthophonique dans les domaines cités ont pour but d'être généralisées et transférées à la vie quotidienne de l'enfant, pour lui apporter autonomie, confort et intégration sociale. Il est alors nécessaire que le travail ne s'arrête pas aux murs du cabinet d'orthophonie, mais qu'il soit poursuivi dans les autres lieux de vie de l'enfant, comme l'école et la maison.

### **3.2.Enseignement et TSA**

Le travail de l'enseignant allie trois dimensions. Sa première dimension fait l'identité professionnelle même du métier : savoir enseigner, transmettre des connaissances. Sa deuxième dimension concerne l'Institution. L'enseignant incarne et transmet les valeurs de la République, il fait des élèves des citoyens. Enfin, sa troisième dimension est une affaire de personnalité : chaque enseignant possède un caractère unique (Dubet, 2020). Enseigner admet aussi un aspect relationnel, il faut être attentif aux particularités de chaque élève pour savoir le comprendre, l'orienter et le soutenir lorsqu'il est en difficulté. L'attention aux particularités de chaque élève est intrinsèque au métier d'enseignant.

La scolarisation inclusive des élèves en situation de handicap est largement soutenue par les enseignants, qui partagent la volonté de faire exister un système exempt de discriminations. Pourtant, l'inclusion en milieu scolaire ordinaire des enfants à besoins éducatifs particuliers bouscule les pratiques des enseignants du primaire. La diversité des profils des enfants au sein de la classe engendre un besoin de pratiques adaptées pour ajuster les enseignements à chaque enfant (Mazereau, 2011). Ainsi, les récentes mutations du système éducatif en matière d'inclusion complexifient le rôle de l'enseignant et le placent au cœur de ce nouveau défi.

Ces changements soulèvent la question des besoins de formation des enseignants à l'accueil des enfants à besoins éducatifs particuliers. En 2011 déjà, le rapport du sénateur Paul Blanc sur le sujet soulevait l'urgence de formation des enseignants aux besoins pédagogiques des enfants en situation de handicap. Une étude menée en 2015 auprès d'enseignants de l'école primaire à propos de leurs connaissances et besoins de formation sur les TSA confirme ce constat (Clément, 2016).

En 2018, avec la publication d'un rapport du CNCPH (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées) sur l'école inclusive, cette urgence de formation apparaît comme étant toujours d'actualité. Le rapport souligne une nouvelle fois le manque de formation des enseignants sur les besoins spécifiques des élèves en situation de handicap, tout en apportant un nouveau questionnement : quelle doit être la nature de cette formation ? La formation est souvent perçue comme une transmission d'information verticale, du formateur aux personnes formées. Ce rapport invite à considérer le manque de formation des enseignants non pas comme un problème quantitatif, mais aussi comme un problème qualitatif. Pour proposer des formations de qualité, il s'agirait alors de miser sur l'apport du partenariat pluriprofessionnel, et notamment sur celui entre le personnel enseignant et le secteur médico-social. Ce rapport fait donc émerger l'idée de formations communes aux enseignants et aux professionnels de santé comme les orthophonistes (CNCPH, 2018).

### **3.3. Agir ensemble**

En mars 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) publie un document de recommandations intitulé « *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* ». L'idée principale est de désigner les professionnels intervenant autour des enfants/adolescents avec TSA, quelles que soient leurs professions, comme une « équipe ». « Bien que les domaines d'interventions spécifiques soient déclinés, ces derniers sont intrinsèquement liés, en interaction complémentaire » (HAS, 2012). Dans ce cadre, tous les professionnels sont amenés à travailler en étroite collaboration. Les interventions coordonnées des différents secteurs d'activité doivent se baser sur des objectifs fonctionnels, fixés lors des échanges interprofessionnels et en concertation avec la famille. L'équipe doit porter attention au transfert des acquis issus des différentes interventions personnalisées aux situations de la vie quotidienne. Pour permettre la généralisation de ces acquis, le travail effectué dans chaque domaine doit connaître une continuité dans l'environnement ordinaire de l'enfant. Par exemple, le travail entrepris en séances d'orthophonie doit être poursuivi dans les autres environnements sociaux comme l'école et le domicile.

Bien qu'encouragée par la recherche et les directives gouvernementales, la collaboration entre les professionnels des milieux scolaire et de la santé n'est pas toujours évidente. D'après certains auteurs, elle se heurte à des différences identitaires professionnelles, héritage historique

d'un modèle qui sépare socialisation, apprentissages et soins. En effet, demander aux professionnels de la santé et à ceux de l'éducation de travailler ensemble, c'est rejoindre en une seule, deux filières historiquement opposées : « Dans ces conditions, la question du partenariat reste problématique : construite anthropologiquement, culturellement et institutionnellement dans des finalités et objectifs différents voire contradictoires, elle peut devenir source d'ambivalence chez les agents des institutions, cristallisée dans la question des identités professionnelles respectives. » (Trabajo, 2018, p.9).

Pourtant, lorsqu'elle est mise en place, cette collaboration met en lumière des informations nouvelles sur les capacités d'apprentissage des élèves en situation de handicap (Mazereau, 2014). L'objectif du travail mené par l'orthophoniste auprès de l'enfant TSA a pour but de lui apporter intégration sociale, communication et autonomie dans la vie quotidienne. Or, l'école constitue le deuxième lieu de socialisation de l'enfant. Il paraît alors évident que le travail entrepris en rééducation se poursuive dans cet espace qui offre des situations de vie naturelles, pour permettre le transfert des compétences travaillées.

#### **4. Buts et hypothèses**

La collaboration entre orthophonistes et enseignants est un processus complexe et spécifique à chaque situation clinique. Les données de la littérature à ce sujet sont rares, il semble donc important de se questionner sur ses effets dans le parcours de vie de l'enfant TSA et sur ses modalités de mise en place pour les professionnels.

Comment le dialogue entre ces acteurs naît-il et quelle forme prend-il ? Quelles sont les convergences et divergences de point de vue des orthophonistes et des enseignants sur l'idée de leur collaboration autour de ces enfants ?

Nous tisserons notre réflexion autour de ces questions et sur la base des hypothèses suivantes, issues des éléments de la littérature que nous avons présentés.

Hypothèse H1 : L'importance de la collaboration dans l'intérêt de l'enfant porteur de TSA est reconnue par les orthophonistes et les enseignants.

Hypothèse H2 : Il existe des particularités propres aux TSA qui engendrent des besoins d'échanges entre orthophonistes et enseignants.

Hypothèse H3 : Le partenariat orthophoniste-enseignant est nécessaire à la généralisation et au transfert des compétences travaillées en orthophonie.

Hypothèse H4 : Il existe des freins à la collaboration orthophoniste-enseignant.

Hypothèse H5 : Les différences identitaires peuvent constituer un de ces freins.

# Méthode

Dans cette partie, nous exposerons la méthodologie utilisée pour répondre à la problématique et aux hypothèses soulevées par ce sujet.

## 1. Choix de la méthodologie

L'idée de ce mémoire est née des observations que j'ai pu faire au cours de mes différents stages en cabinets libéraux ainsi que de discussions avec des enseignantes d'école primaire de mon entourage. Si placer l'enfant au cœur de son suivi et tout mettre en œuvre pour agir dans son intérêt semble être une volonté partagée des orthophonistes et des enseignant(e)s, ces partenariats se heurtent souvent à des obstacles (difficultés de communication, manque de temps...). Dans la volonté de recueillir leurs avis et de croiser leurs regards sur l'idée de partenariat, ce mémoire a pris la forme d'une enquête par questionnaires auto-administrés et informatisés. Deux questionnaires ont été élaborés : un à destination des orthophonistes libéraux et un à destination des enseignant(e)s du primaire. Une note d'information a été rédigée et jointe à chacun des questionnaires, au début, afin d'expliquer la démarche et le sujet. Ces notes sont consultables en annexes 1 et 2 en haut de chaque questionnaire.

## 2. Population d'étude

L'enquête s'appuyant sur les avis des deux professions, il a fallu constituer deux populations d'étude. Le partage des temps et des espaces de travail au quotidien facilite grandement les habitudes d'échanges entre les orthophonistes et les enseignants : c'est le cas dans certains établissements médico-sociaux. Nous souhaitons ici nous intéresser aux partenariats entre orthophonistes et enseignants des enfants TSA lorsque les temps et espaces de travail sont séparés : par exemple lorsque l'enfant est scolarisé en classe ordinaire et bénéficie d'une prise en charge orthophonique en libéral. Cette précision a engendré un unique critère d'exclusion dans chacune des populations cibles. Le but étant d'étudier ces partenariats en France avec le contexte légal et institutionnel qui lui est propre, les sujets des deux populations devaient exercer leur métier sur le territoire national.

### 2.1. Les orthophonistes

Afin d'interroger des orthophonistes ne partageant pas d'habitudes de travail en équipe avec les enseignants, nous avons choisi comme critère d'exclusion l'unique mode d'exercice en salariat au sein d'une institution. Le critère d'inclusion a donc été le suivant : un mode d'exercice libéral ou mixte. En effet, nous avons décidé de retenir les orthophonistes ayant un exercice mixte, c'est-à-dire travaillant à la fois au sein d'une institution et en libéral et n'intervenant pas sur le lieu scolaire dans la prise en charge de leurs patients TSA. Nous avons pu contrôler le respect de ces critères grâce aux questions A3 et B8 du questionnaire leur étant destiné. Ce choix s'est appuyé sur les raisons suivantes : le fait de travailler à la fois en salariat et en libéral n'entravait en rien le recueil d'informations pertinentes, tant que l'orthophoniste répondait au questionnaire en connaissance de l'objet et des objectifs du questionnaire. La lettre d'information devait donc faire figurer ces informations de manière claire.

## **2.2. Les enseignant(e)s**

Nous avons souhaité limiter notre population aux enseignants prenant part à un investissement long et constant auprès des élèves porteurs de TSA, les enseignants du primaire. En effet, même si les professeurs du second degré, dans les collèges et lycées, peuvent également être amenés à enseigner à des enfants ou à des adolescents TSA, leur implication dans le parcours de vie de ces enfants ne peut pas revêtir la même importance pour les raisons suivantes : ils ne voient l'élève que quelques heures par semaine dans le cadre d'une seule matière scolaire et enseignent à un plus grand nombre d'élèves puisqu'ils interviennent dans plusieurs classes différentes. Nous avons donc retenu dans notre population les enseignant(e)s du primaire, c'est ce qui a constitué notre critère d'inclusion. De la même manière que pour les orthophonistes, dans le but de ne retenir que des sujets ne partageant pas avec les orthophonistes les mêmes temps et lieux de travail, nous avons inclus la question B6 « Si vous comptez des enfants porteurs de TSA dans vos classes, les orthophonistes qui suivent ces enfants interviennent-ils auprès d'eux directement dans l'enceinte de l'école ? », et avons retenu uniquement les sujets ayant répondu « non ».

## **3. Elaboration des questionnaires**

Les questionnaires ont été élaborés sous un format numérique grâce à l'outil LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/fr/>) qui permet de créer des questionnaires en ligne et de présenter les résultats sous la forme de tableaux statistiques. Afin de garantir la protection des données des orthophonistes et des enseignants répondant aux questionnaires, les données de ceux-ci ont été anonymisées. En haut de page de chaque questionnaire figurait la note d'information visant à expliquer le contexte et les objectifs de l'enquête, le nombre de questions, le temps nécessaire pour y répondre ainsi que la garantie d'anonymat.

### **3.1. Le questionnaire destiné aux orthophonistes**

Le questionnaire destiné aux orthophonistes est constitué de 32 questions dont 23 questions fermées (réponse binaire de type « oui / non » ou choix multiples), 6 questions fermées avec possibilité de préciser la réponse par un commentaire ou de proposer une réponse « autre » et 3 questions ouvertes. Les questions sont réparties en trois parties : une première partie concernant la situation personnelle des sujets, une seconde concernant leur expérience auprès des enfants porteurs de TSA et une troisième s'intéressant à leurs relations avec le milieu scolaire et les enseignants.

### **3.2. Le questionnaire destiné aux enseignant(e)s**

Le questionnaire destiné aux enseignant(e)s contenait 31 questions dont 22 questions fermées, 6 questions fermées avec possibilité de préciser la réponse ou de proposer une réponse « autre » et 3 questions ouvertes. De la même manière, il est constitué en trois parties concernant : la situation personnelle des sujets, leur expérience auprès des enfants porteurs de TSA et enfin leurs relations avec les orthophonistes.

## **4. Diffusion et exploitation des résultats**

Les questionnaires ont été réalisés entre les mois de septembre et de novembre 2021 et ont été diffusés au mois de décembre. Ils ont d'abord été diffusés à une liste restreinte d'orthophonistes et d'enseignantes dont nous avons les coordonnées. Pour plus de visibilité et afin d'accroître le nombre de réponses, ils ont été partagés sur plusieurs groupes d'échanges Facebook réservés aux

orthophonistes ou aux enseignants d'école primaire. Nous avons également pu envoyer le lien du questionnaire à tous les maîtres de stage référencés au Département d'Orthophonie de Lille.

Les réponses recueillies par chaque questionnaire ont fait l'objet d'un tri avant l'export des résultats pour leur analyse, les réponses incomplètes, comportant des incohérences notables ou dont le sujet ne respectait pas les critères de sélection de la population ont été écartées. Elles ont ensuite été transférées sous deux formats : un fichier texte pour faciliter la lecture des réponses ouvertes et un fichier Microsoft Excel pour réaliser les analyses quantitatives et créer des graphiques.

## **Résultats**

Cette partie s'attachera à présenter et illustrer les résultats obtenus dans notre enquête par questionnaires. Ceux-ci seront par la suite analysés dans la partie discussion.

Nous avons obtenu un total de 47 réponses au questionnaire adressé aux enseignants et 41 à celui adressé aux orthophonistes. Après le tri appliqué pour écarter les réponses incomplètes ou ne correspondant pas à nos critères, 30 réponses d'enseignants et 32 d'orthophonistes ont été conservées et exploitées. Les effectifs totaux des deux échantillons sont donc respectivement de 30 et 32 participants.

### **1. Partie A des questionnaires**

La partie A des deux questionnaires concernait la situation personnelle des sujets répondants et permettait à la fois de contrôler les critères de constitution des populations et de nous renseigner sur le profil de chaque professionnel.

#### **1.1. Orthophonistes**

La première question concernait l'année d'obtention du diplôme, les réponses des participants s'étendent de 1993 à 2019.

La question suivante les interrogeait sur le pays dans lequel ils ont effectué leur formation initiale. Neuf l'ont effectuée en Belgique et vingt-trois en France.

Sur les 32 sujets ayant répondu, 31 ont actuellement un mode d'exercice uniquement libéral et 1 a un exercice mixte (question A3). Nous avons pu vérifier que le sujet ayant un exercice mixte n'intervenait pas sur le terrain scolaire dans la prise en charge de ses patients TSA grâce à la question B8 de la partie suivante, il respecte donc nos critères et ne partage pas son lieu de travail avec les enseignants de ces patients.

Enfin, la moyenne de durée d'exercice en libéral des orthophonistes de l'échantillon est d'environ neuf ans.

#### **1.2. Enseignants**

Comme pour le questionnaire des orthophonistes, la première question interrogeait les participants sur l'année d'obtention de leur diplôme. Leurs réponses s'étendent de 1993 à 2021, l'échantillon représente donc un large panel d'âges et d'années d'exercice.

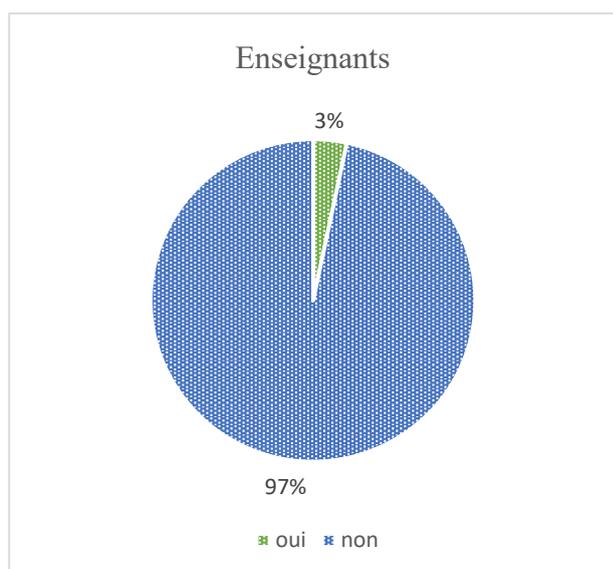
Nous leur avons également demandé dans quel(s) niveau(x) de classe ils enseignaient (question A2), tous les niveaux de classes sont représentés dans les réponses, de la toute petite section de maternelle au CM2, selon la répartition présentée dans le graphique en annexe 4.

Parmi les 30 enseignant(e)s ayant répondu au questionnaire, 26 déclarent n'avoir jamais travaillé dans une classe spécialisée. Les quatre sujets ayant répondu « oui » à cette question ont

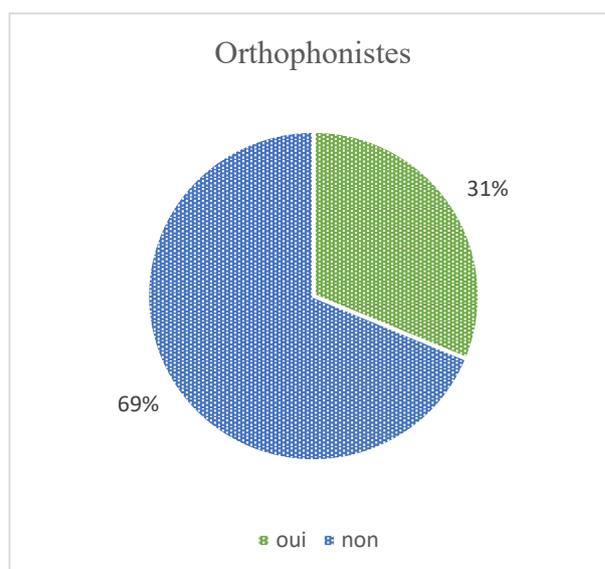
précisé leurs réponses, les classes spécialisées mentionnées sont les suivantes : « CLAD », « CLIS », « ULIS maternelle », « SEGPA ».

## 2. Partie B des questionnaires : résultats croisés

Les questions B1 des deux questionnaires visaient à contrôler le critère d'inclusion selon lequel les sujets devaient avoir déjà pris en charge ou accueilli en classe un ou des enfant(s) porteur(s) de TSA. Les participants retenus pour les deux professions ont tous répondu « oui » à cette question. Notre question B2 des deux questionnaires était la suivante : « Pensez-vous que votre formation initiale vous a apporté des connaissances suffisantes pour prendre en charge des enfants porteurs de TSA ? ». Voici deux graphiques comparatifs des réponses obtenues :



**Figure 1. Réponses des enseignants à la question B2 de leur questionnaire.**

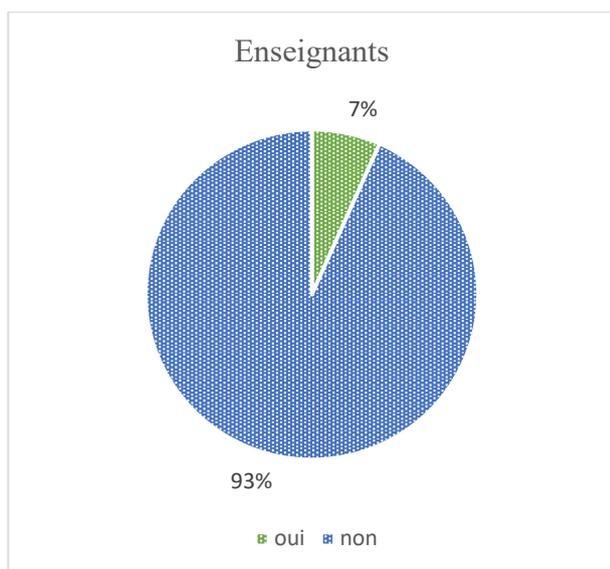


**Figure 2. Réponses des orthophonistes à la question B2 de leur questionnaire.**

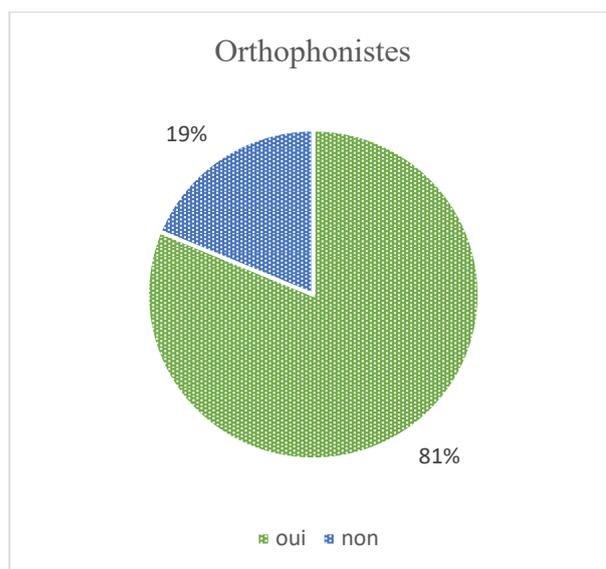
On observe en effet que 97% des enseignants et 69% des orthophonistes estiment n'avoir pas reçu suffisamment de connaissances. L'orientation des réponses données par les enseignants et les orthophonistes est donc la même : pour les deux professions, c'est une large majorité qui considère n'avoir pas reçu les connaissances suffisantes pour travailler sereinement avec les enfants TSA. Les proportions sont tout de même très différentes : 31% des orthophonistes considèrent avoir été bien formés contre seulement 3% des enseignants (Figures 1 et 2). Ces chiffres nous offrent des informations particulièrement intéressantes qui seront reprises dans la discussion des résultats.

Chacun des deux questionnaires donnait la possibilité de préciser cette réponse grâce à une zone de texte. Dix enseignants et dix orthophonistes ont utilisé cette possibilité pour apporter les précisions recensées en annexe 5 (*commentaires des enseignants et orthophonistes en réponse aux questions B2 des questionnaires*).

Nous avons également demandé aux sujets des deux populations s'ils avaient déjà suivi une/des formation(s) sur les TSA depuis l'obtention de leur diplôme. Leurs réponses sont présentées dans les diagrammes ci-dessous :



**Figure 3. Réponses des enseignants à la question B3 de leur questionnaire.**



**Figure 4. Réponses des orthophonistes à la question B4 de leur questionnaire.**

Dans la population des orthophonistes, on observe que 81% se sont formés à la prise en charge des TSA depuis l'obtention de leur diplôme. Chez les enseignants, ce sont 7% qui en ont fait de même.

Pourtant, à la question suivante, 29 enseignants sur les 30 répondent être intéressés par une telle formation (Figures 3 et 4). Il existe donc un écart significatif entre le nombre d'enseignants formés à l'accueil des TSA et le nombre d'enseignants qui aimeraient s'y former.

Dans notre échantillon, 24 orthophonistes sur les 32 ont répondu utiliser des moyens de CAA dans leurs prises en charge et 8 ont répondu ne pas en utiliser. La question B7 permettait de préciser les outils utilisés dans des zones de texte. Les différents outils mentionnés sont les suivants :

- Signes et pictogrammes issus du programme MAKATON
- Système d'échange de pictogrammes PECS
- Application de langage assisté Snap Core First
- PODD
- Tableaux de langage assisté

Enfin, dix-neuf enseignants sur trente disent s'être déjà trouvés en difficulté face à un enfant TSA présentant des troubles du comportement en classe.

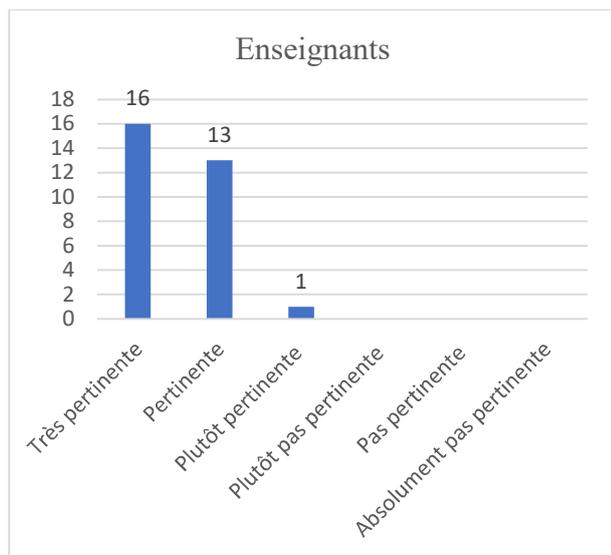
### **3. Partie C des questionnaires : résultats croisés**

La première question des parties C de chaque questionnaire (question C1), qui leur était commune, était la suivante : « Selon vous, quelle(s) particularité(s) des enfants TSA engendrent des besoins d'échanges entre orthophoniste et enseignant ? ». Cette question ouverte et ne permettant pas l'analyse quantitative des réponses, les réponses des sujets ont été regroupées par thèmes et classées en fonction de leur fréquence d'apparition :

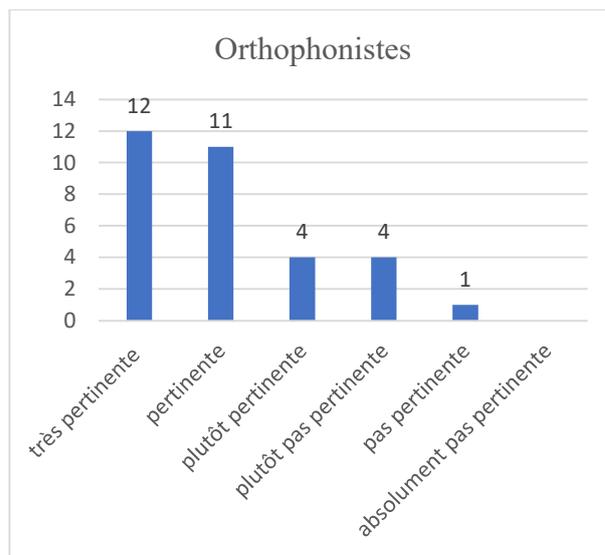
1. Troubles du comportement
2. Troubles du langage et de la communication
3. Outils de communication alternatifs
4. Aménagements et adaptations

5. Interactions sociales
6. Particularités sensorielles
7. Aides visuelles
8. Intérêts restreints
9. Fonctionnement cognitif
10. Intolérance aux changements

Nous avons recueilli l'avis des deux populations sur la pertinence de l'idée de formations communes aux orthophonistes et aux enseignants sur le sujet des TSA (question C2 des deux questionnaires). Les deux diagrammes en barres ci-dessous illustrent leurs réponses.



**Figure 5. Réponses des enseignants  
A la question C2 de leur questionnaire.**



**Figure 6. Réponses des orthophonistes  
A la question C2 de leur questionnaire.**

La tendance est la même pour les deux professions : l'idée de telles formations leur paraît plutôt pertinente. Si on regarde précisément, on note tout de même qu'en proportion, les orthophonistes sont plus réticents : en pourcentage, 37% répondent « très pertinente » contre 54% chez les enseignants et 34% répondent « pertinente » contre 43% des enseignants. Aucun enseignant n'a répondu « plutôt pas pertinente » ou « pas pertinente » alors que ces réponses sont apparues chez les orthophonistes (Figures 5 et 6).

La question qui suit (question C3 des deux questionnaires) vise à savoir, si une telle formation existait, si les sujets souhaiteraient y prendre part. Chez les orthophonistes, 92% ont répondu « oui » et 8% « non », tandis que 100% des enseignants ont répondu « oui ».

Les questions C4 des enseignants et C5 des orthophonistes visaient à savoir si les sujets ont des contacts avec les personnes de l'autre profession. 57% des enseignants disent avoir des contacts avec les orthophonistes des enfants de leurs classes. Du côté des orthophonistes, 92% déclarent avoir des contacts avec les enseignants.

Nous nous sommes également intéressés aux moyens que les professionnels utilisent pour établir ces échanges et aux moyens qu'ils préféreraient utiliser. Les réponses obtenues sont homogènes pour les deux professions : pour les orthophonistes comme pour les enseignants, le moyen le plus utilisé est le téléphone, suivi par la rencontre physique. En ce qui concerne leurs préférences, les résultats sont les mêmes, et ce pour les deux professions. Aucun orthophoniste n'a utilisé la proposition de réponse « autres », qui permettait de soumettre une autre proposition, tandis

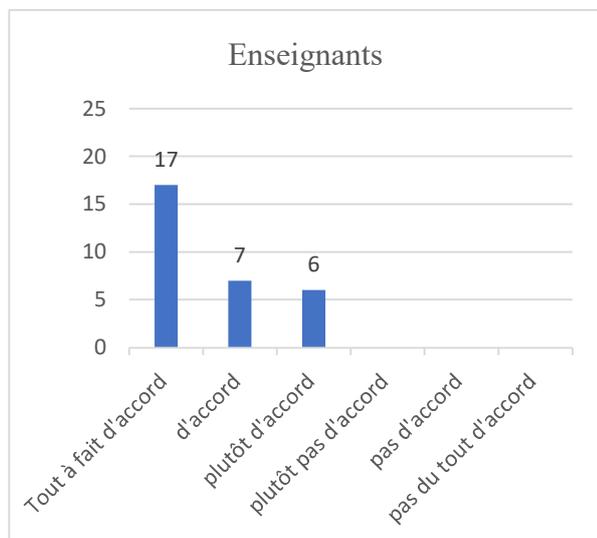
que chez les enseignants, elle a été utilisée par trois sujets ayant tous proposé le même outil. Il s'agit du « Padlet », un mur virtuel sur lequel il est possible de partager différents types de documents (textes, vidéos, images...). Les données recueillies par ces questions ont été rassemblées sous la forme de quatre graphiques en compartimentages qui représentent les moyens de communication proposés à l'échelle de leur fréquence d'apparition. Ces graphiques sont consultables en annexe 3 pour les orthophonistes et en annexe 4 pour les enseignants.

Nous avons cherché à savoir si les sujets des deux professions avaient déjà rencontré des difficultés dans la mise en place de cet échange, d'abord par une question fermée de type « oui » / « non », puis avec une seconde question, ouverte, les questionnant sur la nature de ces difficultés. Dix-huit enseignants sur 30 et 15 orthophonistes sur 32 ont répondu avoir déjà rencontré des difficultés. Les 33 réponses à la question ouverte concernant la nature de ces difficultés ont été regroupées par thèmes et classés par ordre de fréquence d'apparition :

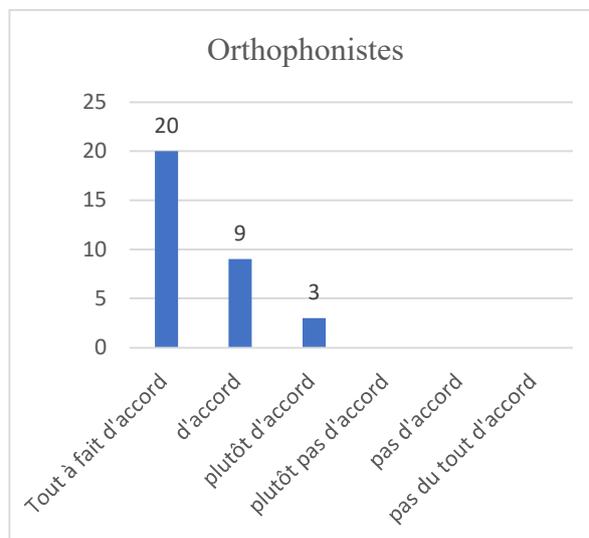
1. Manque de temps (26)
2. Horaires incompatibles (4)
3. Refus des parents (2)
4. Divergences de points de vue (1)

Notre question B6 du questionnaire des orthophonistes visait à savoir s'ils avaient déjà eu recours à un outil de CAA avec leurs patients TSA. Vingt-et-un orthophonistes de l'échantillon ont répondu avoir déjà mis en place un de ces outils. Par ailleurs, 9 enseignants sur les 30 ont déjà eu dans leur classe un enfant qui utilisait une CAA (Question B7). Sur ces neuf enseignants, six ont échangé avec l'orthophoniste autour de cet outil et de son utilisation et ces six mêmes sujets déclarent que l'enfant a pu l'utiliser pour communiquer au sein de la classe. Les trois enseignants n'ayant pas communiqué avec l'orthophoniste à ce sujet déclarent au contraire que l'enfant n'a pas pu utiliser son outil en classe (Questions C14 et C15).

L'affirmation suivante qui découle de ces questions a été proposée aux deux professions : « Dans le cadre de la mise en place d'un outil de CAA, il est intéressant d'échanger avec l'orthophoniste/l'enseignant pour favoriser sa mise en place à l'école dans un objectif de généralisation. ». Les avis concernant cette affirmation (questions C16 des enseignants et C15 des orthophonistes) ont été recensés dans les figures suivantes :

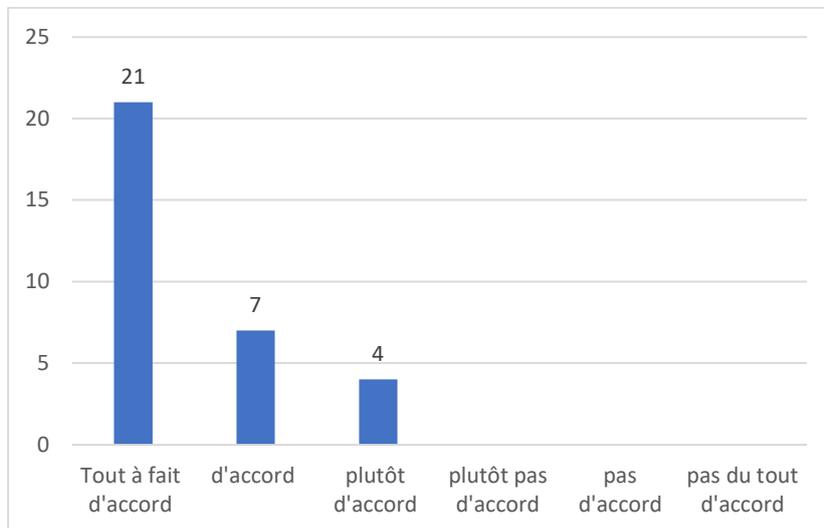


**Figure 7. Réponses des enseignants à la question C16 de leur questionnaire.**



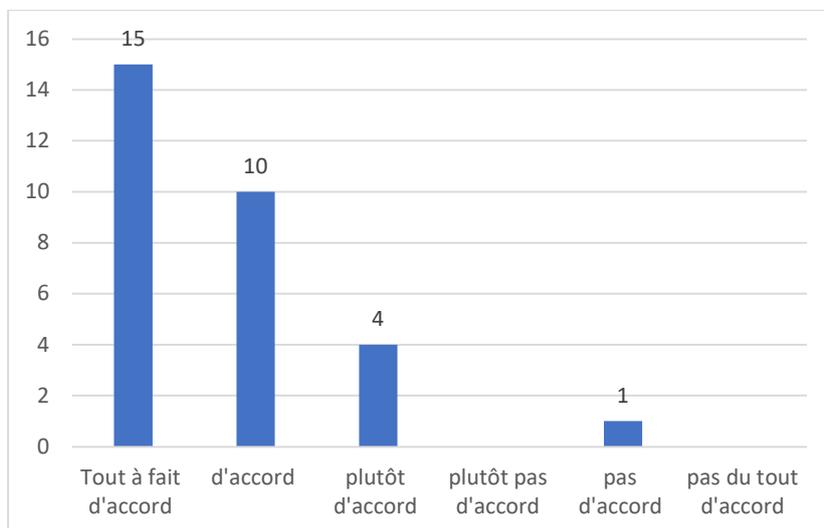
**Figure 8. Réponses des orthophonistes à la question C15 de leur questionnaire.**

Nous avons recueilli l'avis des orthophonistes sur l'affirmation suivante : « L'enseignant(e) peut apporter des éléments d'information concernant le comportement de l'enfant TSA en collectivité, qui peuvent aider à préciser les axes de rééducation » (question C17), ici encore avec une échelle de Likert allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord » et avons recueilli les résultats suivants :



**Figure 9. Réponses des orthophonistes à la question C17 de leur questionnaire.**

La question C17 des enseignants présentait sur le même format l'affirmation suivante : « L'orthophoniste peut apporter des éléments d'information concernant l'analyse des comportements problématiques de l'enfant TSA qui peuvent aider l'enseignant à prévenir et gérer ces comportements en classe ». Voici les résultats obtenus :



**Figure 10. Réponses des enseignants à la question C17 de leur questionnaire.**

Enfin, une question identique a été proposée pour clore les questionnaires : « Selon vous, la collaboration entre enseignant(e)s et orthophonistes bénéficie-t-elle à l'enfant dans son développement et sa progression scolaire ? ». Cette question a obtenu 100% de réponses positives dans les deux populations.

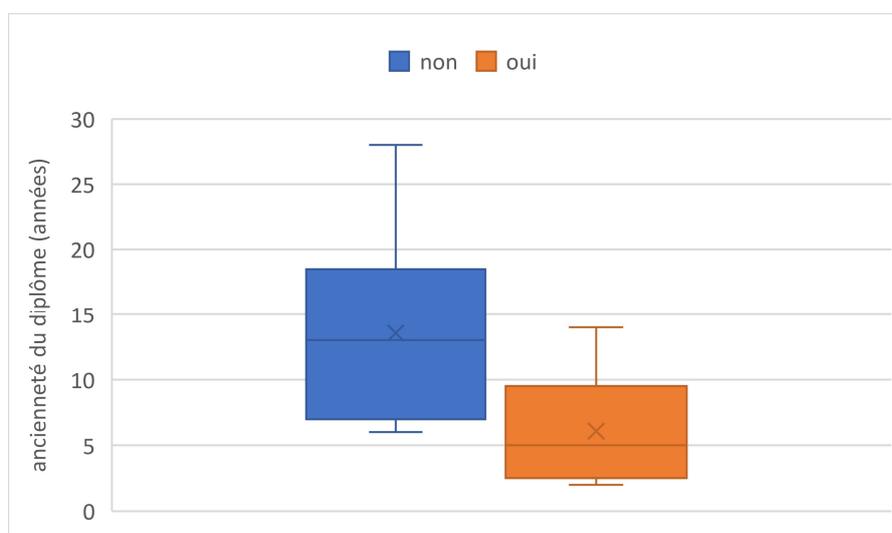
# Discussion

Il s'agira dans cette partie de commenter et analyser les résultats, d'aborder les limites de notre enquête puis d'exposer apports et questionnements qui découlent de celle-ci.

## 1. Discussion des résultats de l'étude

### 1.1. Regards croisés sur la qualité et les besoins de formation

Nous nous sommes intéressés à la formation et aux besoins de formation des deux populations au suivi des enfants avec TSA. En ce qui concerne les formations initiales, on retrouve chez les orthophonistes comme chez les enseignants une même tendance : la majorité des sujets expriment n'avoir pas été suffisamment formés à ce public. Il est tout de même important de noter qu'il existe un écart dans les proportions chez les deux populations. Chez les enseignants, la réponse « non » frôle l'unanimité, ce qui était attendu puisque le champ du handicap n'est pas au cœur de leur cursus, ce qui est à l'inverse le cas pour les orthophonistes. Par ailleurs, le chiffre de 69% d'orthophonistes estimant n'avoir pas été suffisamment formés aux TSA est retentissant. La maquette de formation en orthophonie a fait plusieurs fois l'objet de changements et notamment en 2013 avec le passage à cinq années d'études. Nous nous sommes demandé s'il pouvait exister une corrélation entre l'ancienneté du diplôme et l'avis sur la qualité de la formation aux TSA. Nous avons alors établi la somme du nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme pour chaque sujet, d'une part chez les orthophonistes ayant répondu « non » et d'autre part chez ceux ayant répondu « oui » à la question B2.



**Figure 11. Ancienneté du diplôme des orthophonistes en fonction de la réponse à la question B2 de leur questionnaire.**

Comme le montre le diagramme ci-dessus (Figure 11), le groupe de sujets ayant répondu négativement affiche une moyenne d'ancienneté des diplômes de 13,5 ans et une étendue allant de 6 à 28 ans, contre une moyenne de 6 ans et une étendue de 2 à 14 ans pour le groupe ayant répondu positivement. On relève donc un écart notable entre l'ancienneté moyenne des diplômes des deux groupes : le groupe qui considère avoir été correctement formé est plus jeune, ce qui pourrait suggérer l'existence d'une telle corrélation.

Les commentaires des enseignants relatifs à cette question font ressortir de manière retentissante le manque voire l'absence de formation sur le sujet des handicaps en général et le sentiment d'être démunis face aux besoins spécifiques des enfants porteurs de TSA. Une autre préoccupation émerge dans deux de ces commentaires : le manque de formation des AESH. Ce problème, soulevé par les enseignantes, vient appuyer l'idée d'une carence plus globale de formation du personnel éducatif au sein des écoles. Il nous amène également à considérer l'idée d'un partenariat direct entre les orthophonistes et les AESH, qui ont vocation à aider individuellement les élèves ayant une reconnaissance de handicap.

Les réponses exprimées par les orthophonistes sont plus difficilement interprétables car certaines entrent en contradiction. Pour certaines, la formation met l'accent sur le bilan plus que sur la prise en charge, pour d'autres c'est exactement l'inverse. Les impressions personnelles des sujets ne font donc pas consensus. Un élément ressort tout de même : le besoin d'effectuer des formations supplémentaires après obtention du diplôme. (Cf. annexe 5).

Nos données pointent un écart significatif entre le pourcentage d'enseignants s'étant formés à la prise en charge des TSA (7%) et le pourcentage de ceux qui le souhaiteraient (97% soit 29 sujets sur les 30). Ces chiffres mettent en lumière une réelle volonté des enseignants de se former à l'accueil des enfants avec TSA en classe et viennent appuyer l'apparent besoin de formation dans le champ du handicap, qui ressortait déjà des questions précédentes et les éléments de littérature présentés dans le contexte théorique.

Les résultats de notre étude vont dans le sens des éléments de la littérature selon lesquels il existe d'importants besoins de formation chez les enseignants au sujet des TSA pour leur permettre d'accueillir ce public particulier en classe dans de bonnes conditions. Plus qu'un besoin, c'est aussi une réelle volonté qui semble s'exprimer dans leurs réponses.

## **1.2. Les spécificités des TSA comme moteurs des échanges**

Le partenariat orthophoniste-enseignant peut concerner tous les enfants qui consultent en orthophonie, quelle que soit la pathologie. La légitimité de ce sujet orienté uniquement vers les enfants avec TSA est donc questionnable. Notre hypothèse de départ H2, si elle était validée, tentait de répondre à ce questionnement et d'apporter de la légitimité au choix de ce sujet. Les réponses obtenues à la question C1 sur les particularités des TSA qui engendrent des besoins d'échanges (cf. p. 12) suggèrent la validité de notre hypothèse H2. Parmi ces particularités, les troubles du comportement sont les plus fréquemment évoqués, suivis des troubles du langage et de la communication et des outils de CAA.

Par ailleurs, une large majorité des orthophonistes de l'échantillon utilisent les CAA dans leurs prises en charge. Cette information nous intéresse car ces outils (mentionnés p. 12) nécessitent des connaissances solides, voire une formation spécifique pour être utilisés. Les enseignants n'y étant pas formés, ils peuvent difficilement en permettre la généralisation en classe sans avoir recueilli au préalable les conseils de l'orthophoniste. Ces outils semblent donc bien faire l'objet de besoins d'échanges importants dans le suivi des enfants avec TSA.

La généralisation et le transfert des compétences représente un enjeu majeur du partenariat orthophonistes-enseignants. Nos résultats montrent que l'échange d'informations sur l'outil de CAA avec l'enseignant permet à l'enfant de l'utiliser au sein de l'école, et ainsi de généraliser le travail effectué avec l'orthophoniste. Les données récoltées tendent à valider notre hypothèse H3 « Le

partenariat orthophoniste-enseignant est nécessaire à la généralisation et au transfert des compétences travaillées en orthophonie ».

Les interactions sociales constituent une des problématiques centrales dans les troubles du spectre de l'autisme. L'orthophoniste libéral(e) travaillant en situation duelle avec les enfants TSA ne peut prendre connaissance des comportements sociaux de l'enfant que dans ce cadre restreint ou par les informations apportées par les accompagnants. L'enseignant qui accueille l'enfant dans sa classe en revanche, est spectateur de ses interactions en situation naturelle avec les autres enfants et le personnel scolaire. Les réponses des orthophonistes à la question C17 approuvent l'affirmation selon laquelle l'enseignant dispose d'observations sur le comportement de l'enfant TSA en collectivité qui peuvent aider l'orthophoniste dans son travail de rééducation.

### **1.3. Questionnement sur la forme des échanges**

Nos résultats ont permis d'établir un état des lieux des moyens de communication utilisés et préférés dans la mise en place du partenariat. Si les moyens de communication classiquement utilisés semblent satisfaire les deux populations, le problème du manque de temps pour établir ces échanges ressort dans beaucoup des avis. Une piste a été mise en lumière par des enseignants de l'étude : l'outil Padlet. Définie comme moins chronophage que le téléphone et simple d'utilisation, cette plateforme en ligne est destinée au travail collaboratif par des échanges de documents divers. Elle permet la mise en place d'un échange régulier et indirect entre deux pairs, ne nécessitant pas de trouver un créneau de temps commun. L'outil pourrait alors constituer une alternative intéressante au téléphone ou aux mails. Cependant, telle qu'elle existe actuellement, la plateforme ne respecte pas les normes relatives à la RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). L'utilisation de cet outil n'est donc pas envisageable pour échanger dans le cadre d'une prise en soins en orthophonie. L'idée représente néanmoins une piste à explorer dont la forme pourrait inspirer la création d'un outil adapté qui respecterait les normes en vigueur et faciliterait les échanges avec les enseignants.

### **1.4. Les freins à la mise en place du partenariat**

Nous avons émis l'hypothèse H4 selon laquelle « Il existe des freins à la collaboration ». Plus de la moitié des sujets des deux échantillons réunis valident cette hypothèse en disant avoir déjà rencontré des difficultés dans la mise en place de l'échange. S'agissant des freins au partenariat, le manque de temps ressort comme la plus grande barrière à la mise en place de l'échange entre les deux professions. En effet, c'est ce que nous attendions en interrogeant des professionnels qui ne partagent pas les mêmes temps et lieux de travail.

Dans le contexte théorique, les différences identitaires entre les deux professions avaient également été suggérées comme pouvant représenter une barrière à l'échange. C'est sur la base de ces éléments de littérature que nous avons émis notre hypothèse H5 selon laquelle il pouvait exister un frein identitaire au partenariat. Cette idée ne ressort que très peu dans nos résultats. Cependant, les figures 5 et 6 présentées en page 12 ainsi que les réponses relatives au souhait de participer à des formations communes montrent une plus grande réticence des orthophonistes, comparativement aux réponses de l'autre population. Cette divergence soulève un questionnement : pourquoi les orthophonistes sont-ils plus réticents que les enseignants à l'idée de formations communes ? S'agit-il de l'expression des différences d'identités professionnelles ? Les orthophonistes, en quête de reconnaissance dans le monde de la santé, pourraient-ils montrer une réticence à être formés conjointement avec des professionnels de l'éducation ? Les résultats de notre étude ne permettent

pas de répondre aux hypothèses sous-tendues par cette question pour confirmer ou infirmer notre hypothèse H5, mais offrent une piste de réflexion à explorer.

## **2. Limites de l'étude**

Il existe dans notre enquête un biais lié à la sélection des participants. Nous pouvons supposer que les professionnels ayant répondu aux questionnaires présentent un intérêt prononcé pour le sujet des enfants avec troubles du spectre de l'autisme. Cet intérêt n'étant pas nécessairement présent chez tous les orthophonistes et enseignants en population générale, les données obtenues ne sont pas généralisables.

Par ailleurs, nos échantillons sont supérieurs à trente sujets et ont permis une analyse statistique mais ils restent très restreints.

Nous notons également un possible biais de désirabilité lié aux items de nos questionnaires. Il en existe également un concernant la subjectivité des réponses et à la spécificité de chaque professionnel, nos questionnaires comportant plusieurs questions basées sur des avis.

Enfin, les questions proposées sous forme d'affirmations présentent un biais méthodologique car elles peuvent avoir tendance à orienter la réponse du sujet.

## **3. Apports et perspectives**

Bien qu'elle comporte des biais, notre étude permet de mettre en lumière une volonté partagée par orthophonistes et enseignants de mettre en place des partenariats efficaces dans l'intérêt des enfants TSA.

En cela, les professionnels semblent aller dans le sens des directives gouvernementales qui encouragent les échanges interprofessionnels entre les milieux médico-social et éducatif. Cependant, nous avons relevé un frein majeur à ces échanges : le manque de temps. En effet, dans le dialogue entre orthophoniste libéral n'intervenant pas à l'école et enseignant de classe ordinaire, le problème se pose. Pour les sujets ayant répondu, c'est un aspect chronophage de leur travail pour lequel ils ne sont pas ou peu rémunérés. De cette problématique ressort un questionnement sur l'évolution du cadre légal et institutionnel de ces échanges.

La notion de partage se retrouve dans une idée que nous avons évoquée : le partenariat pourrait-il être consolidé par des apprentissages communs aux deux professions ? Cette piste, validée dans nos résultats par une majorité de sujets, semble être à explorer. L'idée n'est d'ailleurs pas nouvelle, puisque, comme nous l'avons mentionné dans le contexte théorique, elle apparaissait déjà en 2018 dans le rapport du CNCPPH sur l'école inclusive.

Parmi les besoins spécifiques des enfants TSA évoqués précédemment, les outils de CAA ont particulièrement attiré notre attention. En effet, l'efficacité de leur mise en place semble conditionnée par un échange efficace entre thérapeute et enseignant. Il est alors légitime de se demander si ces outils ne pourraient pas faire l'objet de formations communes aux deux professions.

## Conclusion

L'objectif de notre travail était d'explorer l'état actuel des partenariats entre orthophonistes libéraux et enseignants du primaire dans le suivi d'un public particulier : les enfants porteurs de TSA. Fortement encouragés par les politiques publiques en matière de handicap, ces partenariats tentent de faire travailler ensemble les acteurs de deux professions aux identités bien différentes : l'orthophonie, métier jeune qui cherche sa place dans le monde de la santé et l'enseignement, pilier d'un système éducatif qui se veut de plus en plus inclusif. Nous avons pu observer, par les regards croisés de ces deux professions, l'effectivité sur le terrain de cette volonté politique. Plusieurs constats ont été établis au regard des réponses obtenues dans nos questionnaires. S'il existe une réelle volonté de coordination des pratiques dans l'intérêt de ces enfants à besoins spécifiques, la co-construction de l'échange pour les professionnels qui ne partagent pas une institution commune se heurte à des barrières structurelles et organisationnelles.

Pourtant, certaines particularités des enfants avec TSA donnent une importance primordiale au dialogue entre ces acteurs, et notamment en matière de communication avec les outils de CAA, pour lesquels le partage d'informations semble indispensable au transfert des compétences travaillées. La nécessité d'œuvrer pour le transfert des compétences aux différents milieux de vie de l'enfant ajoutée aux besoins de formation importants des enseignants en matière de handicap pose la question de formations communes aux deux professions, qui pourraient permettre d'apprendre à travailler ensemble auprès de ce public spécifique. Par ailleurs, si la question se pose dans le cas des enfants avec TSA, elle se pose de la même manière pour d'autres publics à besoins spécifiques.

Si nous pensions faire le constat d'une certaine rivalité persistant entre les deux professions, celle-ci n'est que très peu ressortie. La volonté de collaborer n'a été modérée que par le caractère chronophage du dialogue et le manque de temps de chacun. Face à ce manque de temps, nous avons pu évoquer une piste de réflexion sur l'éventuelle création d'un outil d'échange adapté, qui tenterait de répondre à ce frein majeur. Les données de notre enquête ne reposent pas sur un échantillon suffisamment grand pour affirmer qu'elles sont représentatives de la population concernée, mais elles reflètent des propos entendus isolément qui semblent être partagés par un grand nombre de professionnels et qui ont inspiré le choix de ce sujet. Nous avons mis en lumière une conscience profonde de l'utilité de ces partenariats chez les orthophonistes comme chez les enseignants.

Dans cette idée de travail collaboratif, il semble important de se questionner sur la piste de formations communes aux deux professions sur le sujet des handicaps et notamment des TSA, pour apprendre à agir ensemble dans l'intérêt de ces enfants à besoins éducatifs particuliers.

## Bibliographie

- Alin, C. (2018). L'inclusion scolaire d'élèves avec TSA : en-(je)ux, freins et réussite. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N° 83–84(3), 9-32.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Arraudeau, C., Dupoux, P., Charles, F., & Motet-Fevre, A. (2012). Complémentarité du scolaire et du médico-social dans la scolarisation des enfants et adolescents avec autisme. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 60(4), 205-217.
- Article L4341-1 du code de la santé publique
- Asperger, H. (1944). 'Autistic psychopathy' in childhood. *Autism and Asperger Syndrome*, 37-92.
- Blanc, P. (2011, mai). *La scolarisation des enfants handicapés*.
- Clément, C. (2016). Connaissances et besoins de formation d'enseignants du primaire concernant les Troubles Envahissants du Développement / Trouble du Spectre de l'Autisme. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 5-16.
- Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées. (2018). *Ecole inclusive : état des lieux, réflexions et recommandations du CNCPH*.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (J.O. 4 mai 2002).
- Dorison, C. & Lewi-Dumont, N. (2011). La formation de tous les enseignants à la diversité : Présentation du dossier. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 55, 7-10.
- Dubet, F. (2020). Le métier d'enseignant : une alchimie à reconstruire. *Administration & Éducation*, N°168(4), 15-20.
- Ha, C., Chin, F., & Chan Chee, C. (2019). Recours aux soins pour troubles du spectre de l'autisme en France : résultats de l'analyse des données du Système national des données de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, S94-S95.
- Haute autorité de santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.
- Hayek, H. (2006, octobre). L'intégration scolaire des enfants en situation de handicap : le cas particulier des enfants avec autisme. HAL.
- Hochmann, J., Bizouard, P., & Bursztejn, C. (2011). Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France. *La psychiatrie de l'enfant*, 54, 525-574.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

- Lazartigues, A., & Lemonnier, E. (2005). *Les troubles autistiques*. Ellipses.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 12 février 2005).
- Mazereau, P. (2011). Les déterminants des adaptations pédagogiques en direction des élèves handicapés chez des enseignants généralistes et spécialisés. *Travail et formation en éducation*, 8, 1-17.
- Mazereau, P. (2014). Inclusion scolaire et nouvel ordre des savoirs : vers des professionnalités enrichies. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 65(1), 21-30.
- Mazereau, P., Lanoë, C., Langlois, A., Bataille, P., & Bailleul, M. (2008, octobre). *De l'intégration à la scolarisation des élèves handicapés : état des lieux et nouveaux besoins de formation des enseignants*. HAL.
- Organisation mondiale de la santé. (1992). *CIM-10/ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic : Descriptions Cliniques*. MASSON.
- Rogé, B. (2015). *Autisme, comprendre et agir - 3e éd.* Dunod.
- Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. (2018). Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement.
- Trabajo, G. (2018). L'inclusion scolaire à l'épreuve de la jonction de deux métiers : guérir et enseigner: Rencontre de la psychanalyse et de la pédagogie. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 83-84, 113-122.

## **Liste des annexes**

**Annexe 1 : Questionnaire destiné aux orthophonistes**

**Annexe 2 : Questionnaire destiné aux enseignants**

**Annexe 3 : Figures de présentation des résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes**

**Annexe 4 : Figures de présentation des résultats du questionnaire destiné aux enseignants**

**Annexe 5 : Commentaires des enseignants et orthophonistes en réponse aux questions B2 des questionnaires**