



**HAL**  
open science

## Partenariat entre AESH et orthophonistes : état des lieux, intérêts, demandes et freins

Louise Gillio

► **To cite this version:**

Louise Gillio. Partenariat entre AESH et orthophonistes : état des lieux, intérêts, demandes et freins. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870261

**HAL Id: hal-03870261**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870261>**

Submitted on 24 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
**DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du  
**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE**

par

**Louise GILLIO**

soutenu le : **26 juin 2020**

**Partenariat entre AESH et orthophonistes :  
état des lieux, intérêts, demandes et freins**

**Mémoire dirigé par :** Madame BERNARD Frédérique

Orthophoniste libérale

**Présidente de jury :** Madame RUVOLETTO Samantha

Maître de conférences en  
Sciences du Langage, Université de Lorraine

**Assesseur :** Monsieur le Docteur BROUTTIER Jean-Marc

Médecin généraliste

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Frédérique Bernard pour la confiance qu'elle m'a accordée en acceptant d'être ma maître de mémoire ainsi que pour sa disponibilité, ses explications, ses conseils et sa gentillesse. Merci également de m'avoir accompagnée avec bienveillance et bonne humeur pendant les 7 mois de mon stage long. J'ai vu en toi, tes valeurs et ta pratique, la professionnelle de santé que je souhaiterais être.

Madame Samantha Ruvoletto et Monsieur le Docteur Brouttier, un immense merci de me faire la joie et l'honneur de faire partie de mon jury de soutenance.

Merci aux orthophonistes et aux assistantes d'éducation interrogés d'avoir pris de votre temps et ainsi d'avoir guidé ce travail, qui sera, je l'espère à la hauteur de vos espérances.

Des remerciements tout particuliers à mes parents pour m'avoir permis de faire les études qui me permettront d'accéder au métier de mes rêves mais aussi pour avoir cru en moi. Merci infiniment pour leur soutien infaillible et leur amour.

Mes copines de promo, après 5 ans à se soutenir et à veiller les unes sur les autres, une nouvelle vie va commencer mais cette amitié demeurera, un grand merci pour votre joie de vivre, votre aide et votre soutien. Merci pour tous ces merveilleux moments qui ont illuminé ces années d'études.

Jean-Baptiste, merci pour ton soutien quotidien infaillible, tes attentions et ton amour. Une mention spéciale à ton égard, mon compagnon de vie.

Merci à mes grands-parents pour leur bienveillance, leur amour et pour leur aide dans le commencement de cette nouvelle vie d'orthophoniste.

Enfin, un grand merci à l'ensemble des orthophonistes qui ont accepté de m'accueillir en stage durant ces 5 années, leur pratique et leur enseignement m'ont permis d'acquérir les savoir-faire qui seront nécessaires à mon exercice professionnel.

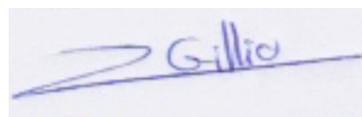
## **DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussignée, Louise GILLIO, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandœuvre-lès-Nancy, le 5 juin 2020

Signature

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'L' followed by the name 'Gillio'.

# SOMMAIRE

Remerciements .....	1
Sommaire .....	3
Introduction .....	7
Partie 1 : Ancrage théorique.....	9
Chapitre 1 : Vers une école inclusive.....	10
<b>1 Handicap .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Scolarisation d'enfants en situation de handicap en milieu ordinaire .....</b>	<b>10</b>
<b>3 Les dispositifs de la loi de 2005 .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 L'Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation (EPE) .....</b>	<b>13</b>
<b>3.4 Les Équipes de Suivis de Scolarisation (ESS).....</b>	<b>13</b>
<b>3.5 Les Enseignants Référents (ER ou ERH).....</b>	<b>13</b>
<b>4 Différents projets personnalisés .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Projet d'Accueil Individualisé (PAI) .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Programme Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE).....</b>	<b>14</b>
<b>4.3 Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP).....</b>	<b>14</b>
<b>4.4 Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS).....</b>	<b>15</b>
<b>4.4.1.1 Le Geva-Sco .....</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Les limites de l'inclusion scolaire.....</b>	<b>16</b>
Chapitre 2 : Les Aides Humaines.....	19
<b>1 Définition.....</b>	<b>19</b>
<b>2 Historique.....</b>	<b>19</b>
<b>3 L'aide individuelle ou mutualisée .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Accompagnement dans les Ulis .....</b>	<b>20</b>
<b>4 Les contrats .....</b>	<b>20</b>
<b>5 Le rôle de l'assistant d'éducation, ses missions, ses activités .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1 Les difficultés et la réalité du terrain.....</b>	<b>22</b>
<b>6 Formation.....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 Formation des AESH .....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Formation des AVS .....</b>	<b>23</b>

<b>6.3</b>	<b>Les difficultés, les lacunes</b> .....	23
<b>7</b>	<b>Une place particulière et privilégiée</b> .....	24
Chapitre 3 : L'orthophonie et les troubles des apprentissages, du langage et de la communication .....		26
<b>1</b>	<b>La prise en soin orthophonique</b> .....	26
<b>1.1</b>	<b>Le rôle de l'orthophoniste dans la mise en place d'aménagements scolaires</b> ...	27
<b>2</b>	<b>Les troubles neurodéveloppementaux</b> .....	29
<b>2.1</b>	<b>Définition</b> .....	29
<b>2.2</b>	<b>Classification</b> .....	31
<b>2.3</b>	<b>Les principaux troubles neurodéveloppementaux pris en soin et pouvant nécessiter un assistant scolaire</b> .....	31
<b>2.3.1</b>	<b>La dysphasie ou trouble développemental du langage oral</b> .....	31
<b>2.3.2</b>	<b>La dyslexie/dysorthographe ou trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture</b> .....	32
<b>2.3.3</b>	<b>Le trouble du spectre de l'autisme</b> .....	33
<b>2.3.4</b>	<b>Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité</b> .....	34
Chapitre 4 : Le partenariat.....		36
<b>1</b>	<b>Le Partenariat</b> .....	36
<b>2</b>	<b>Une collaboration à construire</b> .....	36
<b>3</b>	<b>Un apport mutuel bénéfique</b> .....	37
<b>4</b>	<b>Le secret professionnel</b> .....	38
<b>5</b>	<b>Les limites</b> .....	39
Partie 2 : Partie méthodologique .....		41
<b>1</b>	<b>Hypothèses de recherche</b> .....	42
<b>2</b>	<b>Objectifs de l'étude</b> .....	42
<b>3</b>	<b>Méthodologie Objectif n°1</b> .....	43
<b>3.1</b>	<b>Type d'étude</b> .....	43
<b>3.2</b>	<b>Population d'étude</b> .....	43
<b>3.3</b>	<b>L'échantillonnage et le recrutement</b> .....	43
<b>3.4</b>	<b>Déroulement de l'étude</b> .....	44
<b>3.5</b>	<b>La taille de l'échantillon</b> .....	45
<b>3.6</b>	<b>Le plan d'analyse statistique</b> .....	45
<b>4</b>	<b>Création des questionnaires</b> .....	46
<b>5</b>	<b>Méthodologie Objectif n°2</b> .....	46

5.1	Processus de conception de la fiche .....	46
5.1.1	Objectif.....	47
5.1.2	Préparer le travail en impliquant les différents acteurs .....	47
5.1.3	Concevoir les fiches .....	47
5.1.4	La diffuser .....	47
5.1.5	Évaluer.....	48
Partie 3 : RESULTATS.....		49
<b>1</b>	<b>Questionnaire à destination des assistants d'éducation.....</b>	<b>50</b>
1.1	Profil des répondants .....	50
1.2	Formation.....	50
1.3	Modalités d'accompagnement.....	50
1.4	Pathologies rencontrées .....	51
1.5	Vie quotidienne.....	51
1.6	Partenariat avec l'orthophonie .....	52
1.7	Fiches pratiques.....	54
1.7.1	Contenu souhaité.....	54
1.7.2	Expression libre .....	54
<b>2</b>	<b>Questionnaire à destination des orthophonistes.....</b>	<b>55</b>
2.1	Profil des répondants .....	55
2.2	Pathologies rencontrées .....	55
2.3	Partenariat .....	56
<b>3</b>	<b>Conception des fiches.....</b>	<b>58</b>
3.1	Choix des pathologies et contenu .....	58
3.2	Les outils existants.....	59
3.3	Les manques.....	59
3.4	Notre apport.....	60
3.5	Format des fiches.....	60
3.6	Choix du support et diffusion.....	60
Discussion .....		62
1	Rappel de la problématique.....	62
2	Retour sur nos hypothèses.....	62
3	Limites et perspectives de notre étude .....	63
4	Limites et perspectives de nos supports .....	63

5	Intérêts pour l'orthophonie .....	64
6	Apports personnels .....	65
	Conclusion.....	66
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	68
	Table des illustrations.....	73
	Annexes .....	74
	FICHE DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE .....	75
	FICHE TROUBLE DU SPECTRE DE L' AUTISME .....	80
	FICHE DYSPHASIE .....	86

# INTRODUCTION

Les actions en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap se sont multipliées au cours de ces dernières années. Concernant l'éducation, nous sommes actuellement dans un système favorisant l'inclusion scolaire stipulant que l'élève en situation de handicap est un élève comme les autres et qu'à ce titre il doit avoir accès aux mêmes savoirs mais aussi être soumis aux mêmes exigences que les autres élèves en bénéficiant des aménagements et adaptations nécessaires. Pour parvenir à de telles ambitions, des personnes sont mobilisées pour favoriser l'autonomie de l'élève en situation de handicap.

Souvent, les enfants accompagnés par un assistant d'éducation sont également suivis en orthophonie. Il semble donc bénéfique que ces deux professions collaborent afin d'être au plus près des besoins de chaque enfant en situation de handicap et ainsi pouvoir les aider au mieux.

Les enfants porteurs de certaines pathologies rencontrent au quotidien de grandes difficultés à l'école et l'orthophoniste, en tant que thérapeute, peut établir un partenariat avec les différents acteurs de la vie scolaire de l'enfant afin de lui rendre la vie la plus agréable possible et d'en limiter les entraves. De nombreuses études ayant déjà été faites sur le partenariat entre orthophonistes et enseignants, j'ai décidé de m'intéresser à une demande qui commence à émerger ces dernières années : le partenariat entre orthophonistes et AESH<sup>1</sup>/AVS<sup>2</sup>.

Au cours de mes différents stages, notamment en libéral et en école primaire, j'ai d'abord pu constater qu'une collaboration entre eux tentait d'émerger avec une demande pouvant émaner des assistants d'éducation ou encore des parents tentant de faire la médiation. Mais aussi que les assistants d'éducation pouvaient se sentir démunis au vu de leur manque de formation et donc de leur méconnaissance de certaines pathologies.

Partant de ces constats sur le manque d'informations et de formation des AVS/AESH, il me semble très intéressant de voir si un partenariat existe entre ces derniers et les orthophonistes et de comprendre ce que l'on pourrait leur apporter dans le but d'aider idéalement les enfants. Ce partenariat pourrait certainement également aider les orthophonistes à orienter au mieux leurs séances en étant au plus près des difficultés de l'enfant dans son quotidien. Pour finir, de manière plus personnelle, je suis très soucieuse du bien-être de l'enfant qui passe une grande partie de son temps à l'école, lieu où ses incapacités sont les plus

---

<sup>1</sup> Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

<sup>2</sup> Auxiliaire de Vie Scolaire

remarquées et convaincue que la collaboration est la clef pour une prise en soin la plus complète et efficace possible.

Nous sommes face ici à un sujet d'actualité puisque les mesures en faveur de l'inclusion ne cessent d'être revues tout comme le statut des assistants d'éducation. Ce travail va permettre de faire le point sur la mise en place de ces aides pour informer au mieux les parents qui s'adressent souvent à l'orthophoniste pour leurs questionnements face aux aménagements scolaires. Il permettra également de comprendre et de faire avancer le partenariat et enfin, de créer des fiches pratiques en vue d'aider les AVS/AESH dans leur accompagnement quotidien auprès d'enfants suivis en orthophonie. De plus, cela permettra une sensibilisation au métier d'orthophoniste auprès des assistants d'éducation.

Dans un premier temps nous ferons le point sur le handicap et la scolarisation des enfants en situation de handicap dans une volonté d'école inclusive ainsi que les différents moyens d'y parvenir. Puis dans un second temps nous ferons un point sur l'orthophonie et enfin sur le partenariat.

**PARTIE 1 :**  
**ANCRAGE THEORIQUE**

# CHAPITRE 1 : VERS UNE ECOLE INCLUSIVE

## 1 Handicap

Selon la définition de l’OMS<sup>3</sup>, « est handicapée toute personne dont l’intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l’effet de l’âge ou d’un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l’école ou à occuper un emploi s’en trouvent compromises ».

La loi du 11 février 2005 a entièrement reconsidéré le handicap et la place des personnes handicapées dans la société. Elle définit le handicap ainsi : « 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 la santé invalidant » (Code de l’action sociale et des familles - Article L114, 2005).

## 2 Scolarisation d’enfants en situation de handicap en milieu ordinaire

Le droit à l’éducation pour tous les enfants est un droit fondamental, qu'ils soient ou non en situation de handicap. Le système éducatif se doit donc de s'adapter aux besoins particuliers des élèves. Avec les aménagements et adaptations nécessaires, ils doivent avoir accès aux mêmes savoirs et être soumis aux mêmes exigences.

Tout enfant ou adolescent qui présente un handicap est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence. Cependant, les élèves pris en charge par un service médico-social peuvent être inscrits dans une autre école que leur établissement de référence (Code de l’éducation - Article L351-1, 2019).

Depuis la loi de 1989, une refonte globale des structures de l’enseignement spécialisé a été entreprise pour se diriger vers une adaptation du milieu ordinaire. Des mesures ont été adoptées dans ce sens lors de l’année européenne des personnes handicapées en 2003, ce qui a conduit à la loi de 2005 en faveur de l’égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces lois et mesures montrent la « progressive acculturation française au principe de l’inclusion » (Mazereau, 2012). Le principe de l’école inclusive a été induit en

---

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé

2013 pour tous les élèves sans aucune distinction (LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, 2013).

La politique éducative française en matière de handicap rompt donc désormais avec la démarche intégrative pour s'engager vers une démarche inclusive afin de « différencier sans exclure » (Meirieu, 2006). Depuis 2005, l'école ordinaire relève le défi d'une école inclusive et ouvre ses portes à tous les enfants, sans créer de filières discriminatoires (Thomazet & Merini, 2015; Toullec-Théry & Nédélec-Trohel, 2008). Cette démarche s'inscrit dans l'affirmation politique forte « d'atteindre deux objectifs nobles et ambitieux : la scolarisation de tous et la réussite pour chacun » (Pittiglio, 2018).

Cette évolution s'inscrit dans la double perspective d'apporter une aide aux élèves en situation de handicap tout en adaptant le milieu scolaire pour qu'il soit plus accessible. En effet, là où dans l'intégration l'enfant doit s'adapter à un système qui n'a pas été particulièrement conçu pour lui, dans l'inclusion le système lui-même adapte son organisation, sa pédagogie, ses rythmes... Les modèles inclusifs sont donc individualisés (Belmont et al., 2006; Miet, 2011).

Face à cette nouvelle politique, tous les professionnels sur ou en contact avec le terrain font rapidement le constat de la complexité de la tâche au vu de la diversité grandissante du public scolaire et du manque de moyens. Le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire augmente en effet chaque année. Pour pallier les difficultés rencontrées tout en garantissant des apprentissages de façon individuelle et adaptée, des dispositifs d'accompagnement se développent : unités localisées pour l'inclusion scolaire, aides matérielles et humaines (AVS, et maintenant AESH). Cependant, la tâche reste ardue au vu du nombre d'élèves par classe et de la diversité des troubles et handicaps rencontrés dans les classes (Paulet & Pircher, 2011; Pittiglio, 2018; Thomazet & Merini, 2015).

### **3 Les dispositifs de la loi de 2005**

La loi du 11 février 2005 pose le principe de l'inscription de tout enfant handicapé ou présentant un problème de santé invalidant, dans son « établissement de référence », c'est-à-dire l'établissement scolaire le plus proche de son domicile (Belmont et al., 2009). Elle est venue renforcer « un droit acquis mais non appliqué : la scolarisation de tout élève dans l'école publique, dans le territoire de son lieu d'habitation, quels que soient ses besoins particuliers » (Maraquin, 2017).

### **3.1 La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**

Depuis le 1er janvier 2006, les décisions relatives aux personnes handicapées sont prises par la MDPH, groupement d'intérêt public (GIP), dont le département assure la tutelle administrative et financière. Elle met en place et organise le fonctionnement de la CDAPH (Bellevergue & Weismann-Arcache, 2015).

Les MDPH prennent une place importante dans les parcours de soin des personnes en situation de handicap. L'arsenal administratif nécessaire aux besoins de compensation tend à compliquer le parcours des familles dans la mise en place d'aménagements scolaires. La MDPH reçoit les demandes des personnes handicapées et répond sous forme de notifications d'accord ou de refus de prestation de compensation du handicap. Celles-ci concernent les orientations en établissements médico-sociaux, en dispositifs ou accompagnements scolaires spécifiques divers et/ou prestations financières (Bellevergue & Weismann-Arcache, 2015).

### **3.2 La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)**

La CDAPH reconnaît le handicap et prend ainsi les décisions qu'elles jugent utiles et nécessaires relatives aux prestations et à l'orientation des élèves handicapés.

Sur la base du PPS<sup>4</sup>, la CDAPH prend l'ensemble des décisions qui relèvent de sa compétence (Code de l'éducation - Article D351-7, 2006) concernant la scolarisation de l'élève. Ainsi, si besoin elle pourra attribuer une aide humaine, maintenir l'enfant à l'école maternelle ou prendre toute mesure de compensation utile.

L'orientation des élèves handicapés relève donc de la CDAPH.

Ils peuvent ainsi être orientés vers :

- l'école ordinaire,
- l'école ordinaire avec un accompagnement médico-social,
- l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social
- une scolarité à temps partagé entre un établissement scolaire et l'unité d'enseignement médico-social.

---

<sup>4</sup> Projet Personnalisé de Scolarisation

### **3.3 L'Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation (EPE)**

C'est l'EPE qui reçoit et étudie les demandes de la personne en situation de handicap adressée à la MDPH. Elle a pour mission de préparer les décisions de la CDAPH.

### **3.4 Les Équipes de Suivis de Scolarisation (ESS)**

Les ESS interviennent après que la CDAPH a notifié le PPS et elles veillent à sa bonne mise en œuvre, elles permettent de le construire et de l'actualiser (Maraquin, 2017). Elles sont animées par les enseignants référents et ont lieu quand c'est nécessaire, au moins une fois par an. Les ESS organisées par les enseignants référents ont pour mission de veiller à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation en s'assurant du bon déroulement du parcours scolaire de l'enfant (Code de l'éducation - Article D351-10, 2014).

Elle ne peut se réunir en l'absence de l'élève ou de la famille s'il est mineur. Dans l'idéal, l'ESS comprend l'ensemble des professionnels qui concourent à la mise en œuvre du PPS, bien que cela ne soit pas toujours possible au vu notamment de l'absence de rémunération des professionnels libéraux. La circulaire du 8 juillet 2014 rappelle que les AVS ont leur place en ESS. Les ESS sont ainsi des points de passage qui associent les univers sociaux et les différents acteurs qui gravitent autour de l'enfant et ce faisant « façonnent les traductions de l'école inclusive » (Thomazet & Merini, 2015).

### **3.5 Les Enseignants Référents (ER ou ERH)**

L'enseignant référent est membre de l'ESS, il est chargé de l'animer et de la coordonner. Il veille à la continuité et à la mise en œuvre du PPS et assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. L'enseignant référent est un interlocuteur privilégié des familles, il assure une mission d'information, de conseils et d'aide (Code de l'éducation - Article D351-12, 2018). L'ER fait donc le lien et « cette connaissance des différents univers facilite les traductions propices à la continuité » (Thomazet & Merini, 2015).

## **4 Différents projets personnalisés**

Quatre dispositifs ont été créés pour permettre de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves. Selon leur nature ils peuvent nécessiter ou non de recourir à la MDPH. La réponse de première intention est celle de l'enseignant au sein de la classe qui peut faire

appel au Rased<sup>5</sup> en cas de nécessité même si leur nombre est trop peu élevé au vu de la demande (Paulet & Pircher, 2011).

Les projets personnalisés sont conçus en fonction des besoins de chaque enfant. C'est grâce à eux que le rôle de chacun se définit. La spécificité des interventions et leur complémentarité se clarifient ; cela permet aux personnes qui contribuent à la réalisation des projets d'organiser leurs missions et de comprendre leurs rôles autour des besoins de l'enfant (Belmont et al., 2006; Ébersold, 2009).

#### **4.1 Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**

Le projet d'accueil individualisé s'adresse aux élèves dont la santé nécessite la prise de traitements ou la mise en place de protocoles médicaux. Il permet de préciser les adaptations nécessaires (aménagement d'horaires, de menus, organisation des soins...) afin qu'ils puissent bénéficier d'une scolarité aussi ordinaire que possible (Circulaire n°2003-135, 2003).

#### **4.2 Programme Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE)**

Le PPRE peut être mis en place à tout moment de l'année scolaire, lorsqu'un élève est en difficulté et risque de ne pas maîtriser les connaissances et compétences indispensables, le directeur d'école ou le chef d'établissement met alors en place des dispositifs d'aide. Il associe les parents de l'élève à la mise en place de ce dispositif (Code de l'éducation - Article L311-3-1, 2005).

Ce projet est à l'initiative des équipes pédagogiques et permet de formaliser et de coordonner les actions conçues pour tenter de pallier les difficultés que rencontre l'élève (accompagnement pédagogique différencié, soutien, aides spécialisées...).

#### **4.3 Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**

Le plan d'accompagnement personnalisé est destiné aux élèves présentant un trouble des apprentissages (les « DYS ») (Bégué, 2018), en l'absence de déficit intellectuel ou de trouble neurologique patent. Il est mis en œuvre avec l'accord de la famille et sous la responsabilité du chef d'établissement qui en assure le suivi avec le médecin scolaire. Il est mis en place suite à la demande de l'enseignant, de l'équipe éducative ou de la famille à tout

---

<sup>5</sup> Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

moment de l'année. Le PAP définit les mesures pédagogiques spécifiques aux besoins de l'élève (Huau et al., 2017) lui permettant ainsi de suivre ses enseignements. Ce projet est révisé tous les ans. Ce dispositif, contrairement au PPS, relève de l'établissement scolaire et ne nécessite pas une reconnaissance du handicap (Code de l'éducation - Article L311-3-1, 2005).

Grâce aux informations fournies dans les bilans paramédicaux et psychologiques sur les difficultés que l'élève rencontre ainsi que l'évaluation des acquis et compétences, l'équipe pédagogique élabore le PAP. Cette élaboration peut idéalement être faite en association avec les professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'élève (Huau et al., 2017).

Ces mesures déterminent les pratiques pédagogiques permettant à chaque élève de suivre ses enseignements en intégrant les aides appropriées aux difficultés qu'il rencontre. Ces mesures sont régulièrement réévaluées pour tenir compte de l'évolution des besoins de l'enfant. Les aménagements pédagogiques ciblent un allègement du travail scolaire notamment avec, par exemple, la mise à disposition de supports de cours et d'évaluation adaptés (Gombert & Roussey, 2007). Le PAP a donc pour vocation de permettre à l'élève d'acquérir les notions demandées en faisant les aménagements et adaptations pédagogiques nécessaires pour qu'il surmonte ses difficultés et progresse à son rythme (Huau et al., 2017).

Les familles peuvent également saisir la MDPH lorsque tout cela ne suffit pas à répondre aux besoins de l'élève.

#### **4.4 Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)**

Le projet personnalisé de scolarisation nécessite de recourir à la MDPH. Il s'adresse à tous les élèves dont la situation répond à la définition du handicap telle qu'elle est posée dans l'article L.114 du code de l'action sociale. C'est la famille qui saisit la MDPH afin de faire part de ses souhaits quant au parcours de formation de leur enfant. L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, qui regroupe les différents professionnels des secteurs de la santé et de l'éducation, procède à l'évaluation de la situation de l'élève puis élabore le PPS (Code de l'éducation - Article D351-5, 2014).

Ce projet organise le déroulement de la scolarité de l'élève en situation de handicap. Il assure la cohérence et la qualité des accompagnements et met en place les aides nécessaires et adaptées (Code de l'éducation - Article L112-2, 2018). Le parcours de formation des élèves en situation de handicap s'articule autour de procédures spécifiques et d'acteurs désignés. Le directeur d'école ou le chef d'établissement est garant de la mise en œuvre du PPS.

Le PPS précise les aménagements et adaptations pédagogiques nécessaires et favorise la cohérence des actions. Il permet à la CDAPH d'orienter ses décisions quant à la scolarisation en matière d'orientation, de matériel pédagogique adapté et d'aide humaine. La mise en œuvre du PPS est évaluée chaque année par l'ESS. C'est la feuille de route du parcours de formation de l'élève en situation de handicap.

L'aide humaine, si elle est jugée nécessaire, trouve sa légitimité dans le travail effectué lors de la définition du PPS qui met en sens la scolarisation (Ébersold, 2009). La sollicitation des assistants d'éducation dépend du projet de l'enfant (Maraquin, 2017), de son « environnement scolaire, la durée du temps de scolarisation, la nature des activités à accomplir, [...] la nécessité que l'accompagnement soit effectué par une même personne identifiée, les besoins de modulation et d'adaptation de l'aide et sa durée » (Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés, 2012).

#### **4.4.1.1 Le Geva-Sco**

Lors de la première demande d'un dossier MDPH, l'équipe éducative fournit le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (Geva-Sco) puis l'équipe de suivi de scolarisation se charge de remplir le document pour un réexamen, en association avec la famille et idéalement les professionnels concernés qui suivent l'enfant. Ce document se base sur l'observation de l'élève en milieu scolaire afin de réaliser un bilan de ses compétences.

Il permet à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation d'analyser la situation et les besoins de l'élève et de mettre en place, si besoin, un PPS. C'est un outil de dialogue entre les différents acteurs concernés par la situation de l'élève en situation de handicap. Il permet une harmonisation des procédures d'évaluation des situations dans le champ de la scolarité. « La multidimensionnalité formalisée par ce guide d'évaluation invite les professionnels à penser autrement le projet d'accompagnement des personnes handicapées et les pratiques de réseau » (Bellevergue & Weismann-Arcache, 2015).

#### **4.5 Les limites de l'inclusion scolaire**

L'école doit répondre aux besoins éducatifs de tous les enfants, mais elle n'en a pas les moyens notamment car l'État est en déficit. On assiste donc à une dégradation des conditions de scolarisation. En effet, certains enseignants baissent les bras au vu du nombre d'élèves par

classe en augmentation et à l'hétérogénéité des profils (élèves en difficulté et élèves en situation de handicap) (Paulet & Pircher, 2011).

Lorsque c'est nécessaire, les différentes adaptations mises en place au sein de l'école peuvent être complétées par un accompagnement médico-social, comme le Sessad<sup>6</sup>. Les modalités pratiques des interventions et les moyens mis en œuvre par l'établissement ou le service médico-social au sein de l'établissement scolaire sont déterminés par conventions.

Les parents savent que leur enfant est en situation de handicap, mais ils ne désirent pas toujours une orientation dans un établissement spécialisé ou en CLIS<sup>7</sup> par exemple (Paulet & Pircher, 2011). Même si la famille désire une inclusion pour leur enfant en situation de handicap, cela n'est pas toujours souhaitable ou possible. En effet, tout enfant handicapé n'a pas la possibilité d'être intégré en milieu ordinaire. Il est écrit dans La Circulaire n° 91-302 du 18 novembre sur l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés que « 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. » Au-delà du désir de chacun se pose également le problème du nombre de places dans les établissements qui ne peuvent pas toujours accueillir les enfants en fonction de leurs besoins.

Pour certains enfants ayant besoin de soins importants, l'orientation vers un établissement médico-social reste la seule solution (IME<sup>8</sup>, ITEP<sup>9</sup>...) qui leur permette de bénéficier d'une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique adaptées. Les enseignements scolaires sont alors être dispensés dans le cadre d'une prise en charge plus globale. Certains enfants peuvent bénéficier de formules mixtes qui leur permettent de concilier la scolarité et les soins. L'objectif est de favoriser l'autonomie de l'enfant, son épanouissement, ses apprentissages et de préparer son insertion au sein de la société. Le rapport sur la Scolarisation des enfants handicapés (Blanc, 2011) évalue à 20 000 le nombre d'enfants en

---

<sup>6</sup> Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

<sup>7</sup> Classe pour l'inclusion scolaire

<sup>8</sup> Institut médico-éducatif

<sup>9</sup> Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

situation de handicap de 6 à 16 ans non scolarisés : 15 000 en établissements spécialisés et 5 000 à la maison.

# CHAPITRE 2 : LES AIDES HUMAINES

## 1 Définition

L'accompagnement est une pièce maîtresse de la logique d'inclusion. Il permet de répondre aux besoins des enfants en situation de handicap, là où ils peuvent se trouver en difficulté dans les établissements scolaires ordinaires (Maraquin, 2017). Ces élèves peuvent donc se voir attribuer une aide humaine (Code de l'éducation - Article L351-3, 2019) accordée par la CDAPH de la MDPH. Cette fonction est nouvellement reconnue comme métier avec la nouvelle dénomination d'AESH et une formation correspondante créée en 2016 (Maraquin, 2017).

Les postes d'AESH (et d'AVS) sont destinés à soutenir la scolarisation des enfants en situation de handicap dans les écoles ordinaires plutôt que de les déplacer dans une structure spécialisée. Cette démarche permet de les préparer à une potentielle insertion en milieu ordinaire (Belmont et al., 2006; Maraquin, 2017). Ébersold souligne que de nombreux travaux montrent que l'aide des assistants d'éducation contribue à mettre les élèves à besoins éducatifs particuliers à égalité de chances avec leurs camarades. Les personnels chargés de cet accompagnement contribuent à la mise en œuvre du PPS. L'action d'un assistant d'éducation vient en complément des aménagements et adaptations mis en œuvre par l'enseignant, leurs interventions sont coordonnées et complémentaires (Ébersold, 2009).

Tout au long de l'année, l'enfant progresse à son rythme et en fonction des observations faites en situation par l'assistant d'éducation, les professionnels qui gravitent autour de l'enfant peuvent alors se réajuster afin d'agir au plus près des besoins de l'enfant (Ébersold, 2009). Ici comme dans chaque situation d'accompagnement, il y a nécessairement « du partage, de la médiation et de l'assistance » (Puig, 2005).

## 2 Historique

Les services d'AVS se sont développés face à deux préoccupations sociales importantes à la fin des années 1990 : développer la scolarisation des enfants en situation de handicap à l'école ordinaire et faciliter l'insertion professionnelle des jeunes (Belmont et al., 2006). La profession d'auxiliaire d'intégration scolaire (AIS), ainsi qu'on les a d'abord appelés a alors vu le jour.

Le développement de la politique d'intégration puis d'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire a suscité une forte demande de ressources humaines supplémentaires ces dernières années. Les assistants d'éducation sont l'une des réponses apportées à cette demande (Belmont et al., 2009). Leur statut et leurs fonctions sont en constante évolution.

### **3 L'aide individuelle ou mutualisée**

Le statut des assistants d'éducation peut revêtir deux formes : l'aide individuelle (AVS-i) et l'aide mutualisée ou collective (AVS-co). L'AVS-I accompagne un élève pour une quotité horaire déterminée, lorsqu'il présente un besoin d'accompagnement soutenu et continu. Il peut donc accompagner plusieurs enfants à des moments différents et dans plusieurs établissements. L'AVS-co, quant à lui, est affecté à un seul établissement pour apporter un appui à un dispositif collectif d'intégration lorsque les élèves n'ont pas la nécessité d'un accompagnement soutenu et continu (Belmont et al., 2009; Code de l'éducation - Article D351-16-2, 2012; Code de l'éducation - Article D351-16-4, 2012; Maraquin, 2017).

#### **3.1 Accompagnement dans les Ulis<sup>10</sup>**

L'attribution d'un assistant d'éducation collectif dans une Ulis relève de l'académie et non pas de la CDAPH. Ces personnels apportent leur aide à l'ensemble des élèves du dispositif, soit au sein de l'Ulis, soit lors des temps d'inclusion dans les classes ordinaires. Il place l'Auxiliaire de vie scolaire en position d'agir au plus près des besoins de l'enfant, d'articuler son travail avec celui de l'enseignant (Ébersold, 2009).

### **4 Les contrats**

Le statut des assistants d'éducation a récemment évolué avec la circulaire n°2017-084 du 3 mai 2017 relative aux missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap. Cette transition répond à la crainte qu'il soit difficile pour les AVS de s'investir dans leur fonction avec une situation précaire et un avenir incertain

---

<sup>10</sup> Unités pour l'inclusion scolaire

(Belmont et al., 2009). La CNCDH<sup>11</sup> a d'ailleurs fait le constat que la précarité du statut des AVS nuit à la qualité du service public.

Deux catégories de personnels remplissent donc dorénavant cette mission. Les AESH, personnels sous contrat de droit public, recrutés sur critères de qualification professionnelle ou par transformation d'un contrat parcours emploi compétences (Pec) sur critères d'ancienneté (au moins deux ans) et les AVS agents engagés par contrat unique d'insertion-contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), sous contrat de droit privé régi par le Code du travail. Le nombre d'AVS/AESH augmente sans cesse, en lien avec un besoin d'accompagnement de plus en plus fort. Seuls les AESH peuvent exercer, dans le cadre de la durée réglementaire du temps de travail, l'accompagnement lors des sorties ou voyages scolaires avec nuitée et des stages.

Pour précision, les missions d'aide mutualisée ont vocation à être exclusivement du ressort des AESH.

Les contrats évoluent et le statut d'AVS tend à disparaître pour laisser place à celui d'AESH.

## **5 Le rôle de l'assistant d'éducation, ses missions, ses activités**

Ces personnels ont pour mission d'aider les élèves en situation de handicap. Ainsi, sous la supervision des enseignants, ils ont vocation à favoriser l'autonomie de l'élève, sans se substituer à lui sauf lorsque c'est nécessaire. « Les missions de l'AESH restent imprécises dans les textes de loi, et il nous faut beaucoup de ténacité pour trouver des écrits qui puissent éclairer les intéressés eux-mêmes sur ce qui est attendu d'eux » (Maraquin, 2017). Pour chaque enfant, les différentes interventions incombant à l'AVS sont précisées dans le projet de scolarisation (Belmont et al., 2009).

Ils interviennent dans plusieurs domaines. Tout d'abord, dans la classe (et c'est ce domaine qui nous intéresse tout particulièrement), pour une aide matérielle, une aide à la participation aux enseignements, à la communication et au développement de l'autonomie. Mais les AVS et AESH interviennent aussi lors des sorties de classe, dans l'accomplissement de gestes techniques qui ne requièrent pas de qualifications médicales ou paramédicales mais

---

<sup>11</sup> Commission nationale consultative des droits de l'homme

encore pour une aide à l'hygiène. Enfin, ils assistent aux réunions qui concernent les projets des élèves qu'ils suivent.

Selon le Bulletin Officiel de l'éducation Nationale, les assistants d'éducation ont de nombreux rôles auprès de l'enfant notamment de soutien et d'assistance sur les plans sensoriel, moteur et intellectuel pour permettre à l'enfant une inclusion optimale au sein de la société mais aussi une acquisition des apprentissages en fonction de ses possibilités (Arrêté du 17 août 2006 relatif aux enseignants référents et à leurs secteurs d'intervention., 2006).

### **5.1 Les difficultés et la réalité du terrain**

Selon une étude (Toullec-Théry & Nédélec-Trohel, 2008) les assistants d'éducation ne connaissent pas toujours les enjeux d'apprentissage de la situation donnée aux élèves. L'AVS peut alors s'avérer peu efficace. Il peut même arriver que l'AVS isole l'élève handicapé du professeur et de ses pairs.

« Chacun fait à sa manière, selon le contexte avec les indications de l'enseignant, ou seul avec son bon sens. Au mieux, il sait qu'il doit « prendre des notes », dans tel cours, répéter des consignes, découper, solliciter la concentration... Au pire, il ne sait rien et cela est très fréquent. C'est donc lui qui va estimer ce dont l'enfant a besoin, à partir de son expérience d'être avec lui au quotidien dans la classe. Il peut même arriver qu'il ne soit pas invité en ESS et que l'on estime donc pouvoir se passer de son expertise particulière » (Maraquin, 2017).

## **6 Formation**

Toute personne recrutée en tant qu'aide humaine aux élèves en situation de handicap bénéficie d'une formation d'adaptation à l'emploi. Les dispositifs de formation diffèrent en fonction du type de contrat.

### **6.1 Formation des AESH<sup>12</sup>**

Les AESH bénéficient de la formation professionnelle tout au long de leur vie. (Décret n° 2007-1942, 2007). Les AESH qui ont été recrutés sans condition de diplômes suivent une formation d'adaptation à l'emploi incluse dans leur temps de service effectif et peuvent

---

<sup>12</sup> Accompagnants des Élèves en situation de handicap

bénéficiaire, dans l'objectif d'une professionnalisation, de la formation nécessaire à l'obtention du diplôme

Enfin, ces agents pourront, s'ils le désirent, s'engager dans une démarche de validation des acquis de l'expérience (VAE) débouchant sur le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social créé en janvier 2016.

## **6.2 Formation des AVS**

L'employeur doit mettre en œuvre des actions d'accompagnement professionnel (Code du travail - Article L5134-20, 2014).

L'AVS bénéficie de l'accompagnement d'un tuteur désigné par l'employeur afin de l'aider, l'informer et le guider pour ainsi contribuer à l'acquisition des savoir-faire professionnels.

Le ministère de l'éducation nationale propose une formation d'adaptation à l'emploi. Ces formations sont mises en place dès le début du contrat et doivent être obligatoirement suivies au cours de la première année d'exercice. L'AVS bénéficie donc de 60 heures de formation d'adaptation au poste de travail, ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi, qui consistent à acquérir des compétences pouvant être utilisées dans le cadre des fonctions du salarié.

De plus, les AVS bénéficient également de 60 heures de formation d'insertion professionnelle réparties sur deux ans pour une durée de contrat de 24 mois visant à l'acquisition ou au développement de compétences en adéquation avec leur projet professionnel, l'objectif étant de préparer le retour sur le marché de l'emploi au terme du contrat.

## **6.3 Les difficultés, les lacunes**

La formation est donc très faible voire inexistante, les AESH et AVS sont le plus souvent sans formation (Belmont et al., 2009; Chamak & Jeandidier, 2016; Paulet & Pircher, 2011). Une enquête (Belmont et al., 2009) a montré qu'au-delà de la faible formation prévue pour les AVS, elle n'est pas toujours suivie. En effet, un tiers seulement des personnes alors interrogées avaient pu bénéficier des 60 heures réglementaires, et seule une petite minorité avait bénéficié de modules d'approfondissement. Dans la plupart des cas, ils n'ont pas de connaissances préalables de l'enfant ni de ses difficultés. L'AESH fait connaissance avec l'enfant dans son

quotidien. Il est donc très compliqué de cerner ses difficultés afin de pouvoir l'aider (Maraquin, 2017).

« Laisser dans un face-à-face un enfant dépendant et une personne à peine formée – ni à la relation d'aide, ni au handicap, ni au travail scolaire – ressemble parfois à la panoplie d'un jeu d'apprenti sorcier, d'où l'on espère des heureux dénouements » (Maraquin, 2017). Il y a donc une très grande variabilité interindividuelle. En fonction du contrat, de la formation, de l'enseignant avec lequel l'AVS ou AESH va être amené à travailler, dans quelle école... mais aussi de ses qualités personnelles : de tolérance, d'accueil, de pédagogie... et également de leurs connaissances personnelles.

La diversité des troubles et difficultés que présentent les enfants peut rendre ardue la tâche d'accompagner dans leur scolarité l'ensemble des enfants handicapés. En effet, chaque handicap est singulier, il faut pouvoir adapter sa posture et mettre en place une pédagogie personnalisée (Huau et al., 2017; Paulet & Pircher, 2011).

Il est important de souligner qu'il n'existe pas de recette miracle ni de savoir « tout-puissant » car « la notion de savoir est complexe et ses définitions possibles sont aussi multiples que les courants théoriques auxquelles appartiennent les auteurs qui l'étudient » (Pittiglio, 2018). Cependant, une bonne connaissance des troubles et du fonctionnement de l'enfant en situation de handicap ne peut qu'aider les AVS et AESH à lui apporter l'aide la plus utile et judicieuse qui soit, tout en étant plus serein face à leur rôle.

## **7 Une place particulière et privilégiée**

L'assistant d'éducation occupe une place toute particulière auprès de l'enfant, à la fois privilégiée et délicate. Ils doivent apporter une aide à l'élève tout en se plaçant dans une perspective favorisant son développement et son autonomie. Ce double objectif demande de trouver un équilibre, il faut une certaine proximité avec l'élève accompagné afin de cerner au mieux ses difficultés et ses besoins tout en gardant une certaine distance (Belmont et al., 2006).

La pression que portent les AESH peut être très forte et vient de toutes parts : l'enfant, ses parents, l'enseignant... L'AESH doit construire une relation d'alliance avec l'enfant, et cela ne va pas de soi. Certains élèves luttent contre cette décision d'être accompagnés par un assistant d'éducation et ce dernier peut alors se retrouver à essayer de convaincre l'enfant de sa propre utilité. Au contraire, la relation peut être trop fusionnelle et il est d'ailleurs demandé aux assistants de « veiller à ne pas créer une relation exclusive entre l'élève et eux ». Cette relation

est particulière pour l'AVS comme pour l'enfant, en révèle l'élève qui appelle souvent l'assistant qui l'accompagne « mon AVS ... », un abus de langage courant. (Maraquin, 2017). L'ajustement se fait au fil du temps.

Prendre une place de plus en plus grande est une menace inhérente au dispositif. Parfois l'AESH est tenté de « faire à la place » de l'enfant pour aller plus vite, pour l'aider... Sur le plan de l'accompagnement scolaire dans les activités pédagogiques, le rôle de l'AVS est donc une fois de plus délicat. Si les résultats sont très bas il lui en incombera la responsabilité en se demandant s'il est efficace ; si les résultats sont corrects, on estimera que l'AVS fait bien son travail. Enfin, s'ils sont très élevés, on pourra se demander si l'assistant d'éducation n'en fait pas trop. Il est donc une nouvelle fois très difficile de trouver sa place et il est évident que le fait que l'AESH aide l'élève à trouver le résultat attendu est un vrai risque au vu de sa position. (Maraquin, 2017) Une alliance autour du vécu scolaire se crée où élève et AESH sont au diapason. Il arrive aussi que l'élève reproche à l'accompagnant de ne pas assez l'aider, ou au contraire de trop l'aider. Avoir des notes « justes » préoccupe les enfants. La notation revient aux enseignants mais elle est très influencée par l'aide attribuée (Maraquin, 2017).

Il importe que l'accompagnant soit à l'écoute des besoins des élèves et s'adapte à leur évolution afin qu'ils puissent ajuster leurs pratiques (Huau et al., 2017). Cette multiplicité de champs d'intervention fait de l'AVS « un des rares acteurs de l'intégration à être en position stratégique pour appréhender la situation de l'élève selon ses aspects pratiques, sociaux, pédagogiques et psychologiques » (Toullec-Théry & Nédélec-Trohel, 2008).

# **CHAPITRE 3 : L'ORTHOPHONIE ET LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES, DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION**

## **1 La prise en soin orthophonique**

L'orthophoniste est un professionnel de santé et auxiliaire médical titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste obtenu après 5 années d'études. Ce professionnel est chargé de la prévention, du dépistage, de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, des troubles de la déglutition et des troubles de la cognition mathématique. L'orthophoniste effectue son bilan sur prescription médicale. A partir d'épreuves spécifiques et d'une observation clinique il pose un diagnostic orthophonique de l'état de toutes les fonctions et de tous les aspects liés aux altérations et aux compétences de communication du patient, il décidera alors s'il entreprend ou non une prise en soin et définira un projet thérapeutique adapté. Chaque orthophoniste est libre de ses techniques pour l'exercice de son art, le patient est au cœur de ses préoccupations.

Les séances en AMO (Actes Médical d'Orthophonie) sont remboursées à tout assuré social après acceptation de la demande d'accord préalable (DAP) effectuée auprès de l'organisme social dont il dépend (Ali & Wolf, 2016; Becker et al., 2012; Brin et al., 2019).

Le médecin généraliste est le référent de la prise en charge, il est l'acteur qui intervient durablement pour assurer et coordonner le suivi de ses patients. Il est prescripteur de soins dont fait partie l'intervention orthophonique (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002).

L'orthophoniste peut exercer sa profession à titre libéral en travaillant à son cabinet, parfois au domicile du patient, ou à titre salarié, soit dans le secteur public soit dans le secteur privé soit les deux. L'orthophoniste peut également être amené à participer au dépistage des pathologies du langage et de la communication, ainsi qu'à l'éducation sanitaire ou à l'élaboration de projets personnalisés au sein d'équipes pluridisciplinaires ou éducatives (Becker et al., 2012; Brin et al., 2019).

## **1.1 Le rôle de l'orthophoniste dans la mise en place d'aménagements scolaires**

L'orthophoniste a un statut d'expert dans les troubles des apprentissages du langage et de la communication puisqu'il en assure la rééducation, il a également un rôle de médiateur et de conseiller, il fait le lien entre la famille, l'école et les données médicales. L'orthophoniste peut apporter des explications sur les différentes pathologies, leurs causes et leurs manifestations, faire de la prévention ainsi qu'informer les patients et leurs familles sur les démarches à effectuer.

« Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de la personne et de son évolution. » Le bilan permet d'évaluer les capacités et les difficultés du patient, d'observer les stratégies de compensation de ses difficultés (Code de la santé publique - Article R4341-2, 2004).

Sur le plan scolaire, pour les élèves identifiés comme étant en situation de handicap, l'équipe pédagogique rédige alors le PAP en fonction de la pathologie, des points forts et des points faibles de l'élève. Dans le cadre du PAP, une information mutuelle et régulière des partenaires sur l'évolution de l'enfant et de ses capacités permet une adaptation optimale des aménagements en fonction de ses besoins ainsi l'équipe pédagogique peut solliciter l'avis de l'orthophoniste qui suit l'enfant en accord avec les parents (Seignac-Duret, 2016).

La NGAP<sup>13</sup> régleme nte les bilans orthophoniques. Il est important de souligner que la NGAP et la convention nationale ne prévoient pas de bilan « spécifique » dans le cadre des PAP et des demandes d'aménagements pour les examens. Le bilan de renouvellement est réglementé et ne peut être réalisé qu'à l'issue de 50 ou 100 séances en fonction de la pathologie. Les orthophonistes ne sont pas prescripteurs des aménagements.

La transmission des comptes rendus de bilan orthophonique par les orthophonistes au médecin de l'Éducation Nationale n'est pas inscrite à la convention nationale mais les parents

---

<sup>13</sup> Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ont la possibilité de lui transmettre le diagnostic de trouble des apprentissages et les éléments qui ont permis d'établir ce diagnostic afin qu'il puisse déterminer les aménagements nécessaires. Ces éléments seront versés au dossier médical scolaire destiné aux professionnels de santé et sera un outil précieux dans la mise en place d'aménagements.

## 2 Les troubles neurodéveloppementaux

### 2.1 Définition

Les principaux troubles pris en soin en orthophonie et nécessitant la présence d'un assistant d'éducation à l'école tels que les troubles de la communication, du spectre de l'autisme, de l'attention/hyperactivité, les handicaps intellectuels, et les troubles spécifiques des apprentissages font partie des troubles neurodéveloppementaux selon le DSM-5<sup>14</sup> (Crocq et al., 2015).

Un trouble neurodéveloppemental s'exprime précocement, dans la période développementale. Ces troubles sont présents dès la naissance et évoluent tout au long de la vie. Les troubles du langage et de la communication sont dits spécifiques car ils sont la conséquence de troubles cognitifs spécifiques qui se traduisent par une déficience de certaines fonctions cognitives. Ces déficiences ont une répercussion sur le fonctionnement global du sujet (personnel, social, scolaire et/ou professionnel). D'une personne à l'autre, l'incidence du trouble variera selon (HAS<sup>15</sup>, 2017) :

- la nature du trouble,
- la sévérité du trouble,
- la présence de comorbidités,
- l'environnement familial (soutien, implication),
- la précocité du diagnostic.
- les interventions thérapeutiques mises en place et l'observance envers les soins engagés,
- la motivation personnelle du sujet en fonction de sa personnalité et de son adaptation à ses troubles,
- l'implication enseignante et l'accompagnement pédagogique proposé.

Ainsi, un même diagnostic donnera lieu à des tableaux cliniques divers.

---

<sup>14</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie

<sup>15</sup> Haute Autorité de Santé

Ces troubles spécifiques des apprentissages sont à distinguer des difficultés scolaires qui sont des troubles non-spécifiques tels que les retards simples d'acquisition. En effet, les troubles spécifiques désignent un ensemble hétérogène de troubles, causés par un dysfonctionnement du système nerveux central, tandis que les difficultés ou problèmes d'apprentissage se réfèrent à des difficultés scolaires pouvant être causées par plusieurs facteurs.

Dans le cas de troubles spécifiques, il s'agit de causes intrinsèques à l'individu, alors que pour les difficultés scolaires, les causes peuvent être totalement environnementales. Les troubles non-spécifiques peuvent être dus à :

- une déficience intellectuelle
- une immaturité affective
- une maîtrise insuffisante de la langue au sein de la famille,
- un environnement social trop peu stimulant
- des déficiences sensorielles qu'elles soient visuelles ou auditives
- une scolarisation insuffisamment assidue
- des troubles psychopathologiques graves

Les enfants présentant un trouble non-spécifique rencontreront des difficultés semblables à celles de ceux ayant un trouble spécifique mais leurs difficultés s'amourneront progressivement.

## **2.2 Classification**

De nombreux troubles neurodéveloppementaux encore couramment évoqués sous leurs anciennes acceptions ont été renommés dans le DSM V au profit de :

- trouble développemental du langage oral pour les dysphasies,
- troubles spécifiques des apprentissages pour les dyslexies/dysorthographies, avec deux déficits : l'un lié aux habiletés de base en lecture et écriture, à savoir l'identification et la transcription de mots écrits, l'autre lié aux habiletés de haut niveau en lecture et écriture, à savoir l'expression et la compréhension écrites,
- déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H),
- trouble du spectre de l'autisme (TSA) pour trouble envahissant du développement (TED).

## **2.3 Les principaux troubles neurodéveloppementaux pris en soin et pouvant nécessiter un assistant scolaire**

### **2.3.1 La dysphasie ou trouble développemental du langage oral**

Les dysphasies sont des troubles neuro-développementaux spécifiques, sévères et durables du langage. Elles entraînent des troubles d'expression et/ou de compréhension du langage de sévérité variable selon les profils (Crocq et al., 2015). Ce trouble structurel touche à la fois la compréhension et l'expression sur différents plans du langage.

Il existe des marqueurs de déviance (GERARD, 1993):

- Hypospontanéité verbale
- Trouble de l'évocation lexicale (manque du mot, lenteur d'évocation, périphrases, répétitions...)
- Trouble vrai d'encodage syntaxique (agrammatisme, dyssyntaxie)
- Trouble de l'informativité
- Dissociation automatico-volontaire
- Troubles de la compréhension verbale

Pour faire un diagnostic positif de dysphasie, il faut au moins 3 marqueurs positifs.

Les enfants dysphasiques scolarisés en milieu ordinaire peuvent bénéficier de l'aide d'assistant d'éducation afin de leur permettre de suivre les apprentissages. Il pourra placer

l'enfant en situation de réussir, structurer les apprentissages, aider l'enfant à repérer où il se situe dans ses apprentissages, lui éviter de copier, reformuler les consignes et les énoncés, le rassurer, l'encourager, l'aider sur le vocabulaire spécifique... Ces conseils sont à adapter au profil de l'enfant dysphasique, nous reprendrons ces conseils dans les guides pratiques (Monique Touzin & Leroux, 2011).

### **2.3.2 La dyslexie/dysorthographe ou trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture**

Le DSM5 (Monique Touzin & Leroux, 2011) précise qu'un trouble spécifique des apprentissages avec un déficit de la lecture peut atteindre :

- l'exactitude du décodage
- le rythme et la fluidité de la lecture
- la compréhension de la lecture.

La dyslexie est considérée comme un trouble spécifique d'apprentissage du langage écrit qui est caractérisé par : des difficultés à reconnaître des mots écrits, un décodage de mauvaise qualité et des difficultés en orthographe. Cela peut engendrer des difficultés de compréhension du langage écrit donc des difficultés à traiter les énoncés écrits. La mise en place et en œuvre des procédures d'identification de mots écrits (procédure phonologique et procédure lexicale) est donc entravée chez les enfants concernés par la dyslexie. Les troubles dyslexiques sont essentiellement caractérisés par une non-automatisation du code écrit c'est-à-dire une absence de mise en correspondance des graphèmes et des phonèmes. Cette non-automatisation du code écrit est révélée par des procédures d'identification et de production de mots écrits ralenties et/ou erronées (la plupart des erreurs relevées sont caractéristiques : il s'agit de confusions phonographiques de nature auditivo-verbale et/ou visuo-orthographique et d'erreurs de traitement séquentiel). Trois formes de dyslexies développementales sont communément admises en clinique : la dyslexie de surface (ou visuo-attentionnelle), la dyslexie phonologique et la dyslexie mixte (Boder E., 1973; Brin et al., 2019).

La dyslexie est un trouble spécifique de l'acquisition de la lecture et la dysorthographe est un trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe. On parle de dyslexie/dysorthographe car ces troubles sont souvent concomitants (Bourassa & Treiman, 2014).

Il est possible d'aider les élèves dans leurs apprentissages quand les troubles sont massifs. L'assistant d'éducation libérera ainsi de l'espace cognitif afin de permettre à l'enfant d'assimiler ce qui lui est demandé. De nombreuses stratégies peuvent être mise en place comme éviter de faire recopier, mettre des couleurs, donner du temps supplémentaire, rassurer, encourager, illustrer les propos, soigner la mise en page, aider à gérer le temps, aider sur le vocabulaire spécifique, faire un glossaire des termes utilisés, identifier les points importants, traiter de manière séquentielle, faire des regroupements, faire des plans... Autant de conseils que nous regrouperons également dans les fiches et qui seront à adapter au profil de chaque enfant (Reid & Green, 2012).

### **2.3.3 Le trouble du spectre de l'autisme**

Le terme « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) a été introduit en 2013 dans le DSMV pour réunir sous la même étiquette quatre catégories de « troubles envahissants du développement » : l'autisme, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance et les troubles envahissants du développement non spécifiés. La notion d'un continuum allant de sévère à léger permet de mieux prendre en compte la diversité des troubles et des comportements des personnes autistes et surtout la possibilité qu'elles ont d'évoluer. L'étiologie des TSA est encore imparfaitement connue, mais il y a consensus sur leur composante neuro-développementale associée à des facteurs environnementaux et des prédispositions génétiques. Les TSA sont caractérisés par des altérations significatives dans deux domaines : la communication et le comportement. Pour caractériser un trouble de la communication et des interactions sociales, il faut la présence des 3 éléments suivants :

- difficulté persistante ou absence de réciprocité sociale,
- difficultés à utiliser et à interpréter des composantes non verbales du langage (mimiques, intonation, gestes)
- difficultés à comprendre et à utiliser les règles implicites des interactions sociales entraînant une incapacité à entretenir des relations avec les pairs.

Pour caractériser un trouble du comportement sous forme d'activités et intérêts restreints et/ou répétitifs il faut la présence d'au moins deux des éléments suivants :

- activités de répétition soit au niveau verbal (écholalie) soit au niveau de l'utilisation des objets (compulsion d'alignement ou de tournoiement ou focalisation sur une partie de l'objet), soit au niveau des mouvements du corps (balancement, agitation des mains),

- résistance au changement et attachement à des routines ou à des rituels,
- intérêts restreints et « hors normes » quant à leur objet (les horaires de train ou les plaques minéralogiques par exemple) et à l'intensité de concentration qu'ils suscitent,
- hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels (ou trouble neurosensoriel) qui peuvent impacter tous les organes des sens : visuel, auditif, olfactif, gustatif, tactile, proprioceptif, vestibulaire ainsi qu'une fréquente hyposensibilité à la chaleur et à la douleur.

Ces altérations sont très variables, non seulement d'une personne à l'autre, mais elles peuvent aussi beaucoup varier chez une même personne dans le temps en fonction de l'âge, des conditions de vie et des prises en charge (Brin et al., 2019).

La fonction langage est pratiquement toujours perturbée que ce soit dans son élaboration elle-même ou dans son utilisation. Malgré cela les apprentissages sont possibles lorsqu'ils sont transmis dans des conditions adaptées. L'enfant porteur de troubles du spectre de l'autisme est de plus en plus fréquemment scolarisé en milieu ordinaire lorsque ses capacités le permettent. Ces troubles vont donner lieu à des profils cliniques hétérogènes selon le type de trouble présenté, sa sévérité et les comorbidités associées. Mais, quelle que soit la situation clinique, ils auront un impact indéniable sur l'accès aux apprentissages scolaires c'est pourquoi ici encore l'AESH pourra aider l'enfant en installant des routines, en mettant en place un timer, des régularités dans les apprentissages, en utilisant des pictogrammes, un calendrier, des rituels, en réduisant l'anxiété... (Brin et al., 2019; Harrisson & St-Charles, 2018).

#### **2.3.4 Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité**

Selon le DSM V (Crocq et al., 2015), le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble neuro- développemental qui se différencie par deux catégories de symptômes : l'inattention qui se caractérise par une distractibilité excessive et l'hyperactivité-impulsivité. L'hyperactivité se manifeste par une importante agitation motrice et l'impulsivité par des réactions hâtives et irréfléchies (Terell & Passenger, 2012). La présence de ces troubles est durable, elle s'exprime dans divers contextes et face à des interlocuteurs variés. Ces troubles interfèrent significativement sur le fonctionnement global du sujet.

Les deux catégories de symptômes peuvent coexister ou être isolées. On répertorie alors 3 profils :

- la présentation combinée,
- la présentation inattentive prédominante,
- la présentation hyperactive/impulsive prédominante.

Il existe trois degrés de sévérité : léger, moyen ou grave (DSM V, 2013).

Dans la petite enfance, c'est essentiellement l'hyperactivité qui est remarquable, l'inattention s'observe plutôt lors de la scolarisation en primaire. Les enfants TDAH sont généralement perçus comme fainéants et opposants. Une fois le diagnostic posé, l'enfant peut bénéficier d'un assistant de vie scolaire en milieu ordinaire. La symptomatologie du trouble s'atténue dans plusieurs situations, notamment quand on valorise le sujet, quand le sujet porte un intérêt particulier à une activité, en situation duelle de communication... (Gramond, 2016; Terell & Passenger, 2012).

# CHAPITRE 4 : LE PARTENARIAT

## 1 Le Partenariat

Le partenariat est la mise en commun des ressources entre des institutions ou des personnes, qui reconnaissent l'importance de faire appel aux ressources des autres. Être partenaire fait donc appel à la nécessité de « mettre ensemble » des ressources, de « co-élaborer » des actions, donc de « collaborer » entre différents acteurs (Delevaux & Gomez, 12/91).

Pour l'orthophoniste, le partenariat est très important dans la mesure où sa pratique est enrichie par le regard des autres professionnels intervenant autour des patients. En effet, il travaille en collaboration avec le médecin traitant, la famille, le milieu scolaire et social du patient. C'est en mettant en commun ses savoirs et savoir-faire vers un même objectif que l'on pourra aider au mieux l'enfant (Becker et al., 2012; Bonneau, 2010).

Classiquement, dans le cadre de troubles des apprentissages, le suivi orthophonique s'effectue à raison d'une séance de 30 minutes par semaine. Cette prise en charge est nécessaire mais ne peut suffire. A titre indicatif, l'enfant reçoit 24 heures d'enseignement hebdomadaire. Par conséquent, un partenariat entre les différents acteurs impliqués dans le quotidien de l'enfant, notamment orthophoniste et milieu scolaire, semble nécessaire pour permettre d'optimiser le réinvestissement et la généralisation des acquis (M. Touzin & Leroux, 2012).

## 2 Une collaboration à construire

Une pédagogie individualisée est certes nécessaire pour être au plus près des besoins des élèves en situation de handicap mais cela n'est pas suffisant. La loi d'orientation du 10 juillet 1989 « *légalise la notion de communauté éducative et de partenaires de l'école* ». En effet, l'école se doit d'accueillir tous les enfants, en identifiant leurs besoins particuliers, ce qui entraîne la nécessité d'établir un partenariat avec des métiers hors enseignement pour répondre à des besoins qui ne sont pas que scolaires. Ce partenariat entre les métiers de l'enseignement, de l'accompagnement, de l'éducation et du soin est jugé nécessaire, comme l'affirment les rapports Blanc, 2011 et Hocquet, 2012. La collaboration permet à l'école de compléter ses savoir-faire grâce à des professionnels provenant de formations et d'horizons différents afin de

faciliter l'inclusion (Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, 1989; Thomazet & Merini, 2015).

En effet, un réel travail en équipe mobilisant l'ensemble des acteurs concernés par la scolarisation de l'enfant : l'enseignant, les parents, les acteurs du secteur médical, social et médico-social est nécessaire à la cohérence des actions et au bien-être de l'enfant dans la construction de sa pensée et de ses apprentissages. Cette collaboration se doit d'être organisée et cadrée afin de ne pas la soumettre à la seule volonté des individus (Ébersold, 2009; Miet, 2011; Thomazet & Merini, 2015).

La fonction d'assistant d'éducation et celle d'orthophoniste incluent nécessairement une dimension de collaboration. Ils sont tous deux au plus près des difficultés de l'enfant, ils sont conduits à de multiples interventions et auprès de différentes personnes. La fonction d'AVS nécessite une concertation avec parents et professionnels, et des réajustements constants afin d'aménager les situations de scolarisation. Les travaux de Serge Ebersold montrent que la qualité du travail d'accompagnement réside dans « la cohérence des liens et des relations qui s'instaurent entre les différents acteurs » (S. Ebersold et al., 2000).

Il faut avoir une vision dynamique de l'accompagnement, qui tienne compte de l'évolution des besoins de l'enfant et de son environnement. C'est à ce titre que le partenariat entre ces deux professions prend tout son sens. En effet, l'assistant d'éducation a une relation quotidienne avec l'enfant, il voit ainsi ses difficultés scolaires mais aussi comment il y fait face, et comment il se comporte avec les autres. L'orthophoniste quant à lui a un regard professionnel sur les difficultés de l'enfant à travers un suivi régulier, qui dure dans le temps et au fil des années. Ils sont donc très complémentaires dans l'aide qu'ils apportent à l'enfant (Belmont et al., 2006).

Dans l'intérêt de l'enfant, il importe de parvenir à une organisation institutionnalisée où tous les acteurs fonctionneraient sur un mode permanent d'échanges d'expériences, d'observations et de savoirs. Cela impliquerait que les conditions de travail de l'ensemble des personnels qui gravitent autour de l'enfant fassent place à la possibilité de s'inscrire dans ce réseau d'échanges (Belmont et al., 2009).

### **3 Un apport mutuel bénéfique**

Le partenariat entre les différents professionnels qui gravitent autour de l'enfant se crée en fonction des besoins d'un élève. Il se construit à partir de la reconnaissance commune de la

nécessité d'apporter des réponses aux besoins particuliers de certains élèves. L'enfant devient alors le dénominateur commun d'un partenariat où les points de vue portés sur le handicap sont différents (Thomazet & Merini, 2015). L'assistant d'éducation est au plus près de l'enfant et de ses difficultés dans son quotidien, il se trouve dans une position stratégique pour appréhender la situation de l'enfant en situation de handicap selon différents aspects (pratiques, sociaux, pédagogiques et psychologiques) (Toullec-Théry & Nédélec-Trohel, 2010). L'orthophoniste, quant à lui, porte un regard clinique sur l'enfant en tant que spécialiste des troubles des apprentissages. Il a le privilège de partager des moments réguliers et individualisés avec le patient afin de cerner au mieux son fonctionnement cognitif.

Développer la collaboration entre les professionnels qui travaillent avec les enfants permet donc d'inscrire dans une continuité la prise en soin et l'aménagement pédagogique mais favorise également la mise en place de mesures différenciées appropriées (Huau et al., 2017). La clef d'une inclusion réussie repose donc sur une collaboration entre enseignants de l'école ordinaire, professionnels des services d'éducation spécialisée et secteur médicosocial pour permettre à l'enfant un meilleur apprentissage tout en s'adaptant à son fonctionnement (Belmont et al., 2009).

#### **4 Le secret professionnel**

L'orthophoniste, comme tout professionnel de santé est soumis au secret professionnel. Pour pouvoir aider au mieux les patients pris en soin et faciliter leur inclusion scolaire il doit donc réussir à concilier secret professionnel et partenariat. Ainsi, l'orthophoniste doit fournir avec l'accord des parents certaines informations importantes relatives à la compréhension des compétences et difficultés de l'enfant à l'équipe mais sans communiquer des éléments relatifs à l'enfant ou sa famille qui ne seraient pas pertinents ou trop personnels. L'assistant d'éducation, quant à lui, ne peut échanger avec la famille de l'élève et l'équipe pluridisciplinaire que dans la limite de ses prérogatives et dans le respect de l'obligation de discrétion professionnelle sous l'autorité de l'enseignant et avec son accord (Code de l'éducation - Circulaire n° 2017-084, 2017; Code pénal - Article 226-13, 2002; LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002).

Lors des ESS, les assistants d'éducation, les enseignants, la famille et les acteurs paramédicaux dans la scolarisation de l'enfant, comme l'orthophoniste, sont conviés Les informations personnelles qui peuvent y être communiquées par la famille sont d'ordre

confidentiels (Code de l'éducation - circulaire n°2016-117, 2016; Loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. - Article 26, 1983).

Un partenariat réussi doit donc pouvoir concilier secret professionnel et communication, en évoquant que ce qui est utile et nécessaire dans le respect de la vie privée du patient et de son entourage. Ce partenariat doit se faire avec l'autorisation des parents et dans le seul et unique but d'aider l'enfant dans ses apprentissages et donc d'améliorer sa qualité de vie.

## **5 Les limites**

Cette collaboration, bien qu'elle soit primordiale et salvatrice n'est pas sans compter quelques entraves.

Le partenariat entre orthophonistes et assistants d'éducation est mutuellement bénéfique pour leur travail respectif auprès des enfants. Cependant, des analyses ont montré qu'il existe encore, malheureusement, un clivage entre l'école et le secteur médico-social dommageable à la scolarisation des enfants en situation de handicap (Chauvière & Plaisance, 2008).

La bonne marche à suivre n'est pas nécessairement la même dans et en dehors de l'école, en l'occurrence dans les pratiques de l'enseignement et dans celles du soin. Les différents professionnels qui gravitent autour de l'enfant sont soumis à des règles parfois contradictoires, comme dans le cas du secret professionnel que l'on vient d'évoquer. Les principes même de fonctionnement peuvent être différents : l'égalité pour le monde scolaire, l'individualisation pour le soin ; les objectifs, les codes et les intérêts peuvent eux-aussi être différents voire divergents. Les différences peuvent donc être très présentes dans cette collaboration et peuvent y faire obstacle (Thomazet & Merini, 2015).

En libéral, les temps d'échanges de l'orthophoniste avec les enseignants et assistants d'éducation et notamment lors des réunions de l'équipe de suivi de la scolarité, relèvent pour la plupart des pathologies du bénévolat. Certaines pathologies cependant permettent une rémunération pour la présence au suivi de scolarisation mais pour une quotité horaire faible et au détriment d'autres patients. Actuellement le statut des orthophonistes libéraux ne favorise donc pas le partenariat, et donc le processus d'inclusion scolaire. En plus d'un certain bénévolat de leur part cette collaboration entraîne une annulation d'autres rendez-vous, afin d'assister à ces moments pourtant essentiels, préjudiciable à d'autres patients.

Ces problèmes sont un réel frein au partenariat et au bien-être de l'enfant, ils ont notamment été évoqués par les Inspections générales de l'Éducation nationale et de la Santé, dans leur rapport conjoint de janvier 2002 (Inspections Générales de l'Éducation Nationale et des Affaires Sociales, 2002). Travailler avec des enfants en situation de handicap, c'est aussi faire un travail de liaison avec tout le réseau et tous les acteurs. Mais tout cela demande du temps, or ce temps d'échange et de partage n'est pas pris en compte institutionnellement (Paulet & Pircher, 2011).

**PARTIE 2 :**  
**PARTIE METHODOLOGIQUE**

## **1 Hypothèses de recherche**

Nous partons du postulat que les assistants d'éducation et les orthophonistes collaborent mais que cela reste rare. Nous pensons également qu'il existe une certaine méconnaissance réciproque de ces professions. Enfin, nous pensons que la formation des assistants d'éducation n'est pas suffisante et qu'ils peuvent se sentir en difficulté face au handicap de certains enfants.

## **2 Objectifs de l'étude**

Nous souhaiterions donc nous faire une idée des connaissances qu'ont les assistants d'éducation sur les différents aspects du métier d'orthophoniste et sur les différentes pathologies touchant les enfants qu'ils sont amenés à suivre dans leur scolarité. Ensuite, nous pensons qu'il existe un manque de communication entre les assistants d'éducation et les orthophonistes et voudrions en connaître les raisons. Enfin, nous pensons que chaque profession peut apporter à l'autre dans une collaboration autour des besoins de l'enfant.

Notre étude porte sur le partenariat entre les assistants d'éducation et les orthophonistes ainsi que sur les besoins qu'auraient les AVS/AESH auxquels l'orthophoniste, en tant qu'expert dans les troubles des apprentissages, pourrait répondre. Cela permettra de mieux cerner ce partenariat et les éventuels besoins afin d'y pallier dans le but d'améliorer le suivi du patient et ainsi améliorer sa qualité de vie sur le plan du soin et de la scolarité. Le public concerné par l'étude est : les orthophonistes, les assistants d'éducation et bien sûr plus indirectement mais principalement : l'enfant.

A la suite de cette enquête nous essayerons de répondre aux éventuels besoins avec, par exemple, la création de guides pratiques en fonction de la pathologie rencontrée avec des définitions et des conseils concrets à destination des AVS et AESH. Surtout, ce mémoire permettra de mieux connaître la pratique de collaboration et de voir les effets bénéfiques que cela peut avoir. De plus, ces échanges entre assistants d'éducation et équipe thérapeutique n'étant actuellement pas prévus dans la nomenclature, une éventuelle demande de part et d'autre ainsi que la constatation des bénéfices de cette collaboration pourraient appuyer une valorisation de cette pratique. Notre démarche permettra également de mieux faire connaître notre profession et notre rôle auprès des patients avec troubles des apprentissages.

Nos investigations se feront par questionnaires afin de connaître les pratiques actuelles, les intérêts et les freins au partenariat ainsi que les éventuels besoins des assistants d'éducation. Les besoins émanant d'un éventuel manque de formation feront émerger la création de fiches

pratiques afin de les aider au mieux dans leur accompagnement des élèves présentant des pathologies prises en charge par les orthophonistes.

### **3 Méthodologie Objectif n°1**

#### 3.1 Type d'étude

Nous souhaitons faire une étude transversale pour connaître les pratiques actuelles et les besoins de chacun au moment où ils rempliront le questionnaire. Notre étude s'adresse aux orthophonistes et assistants d'éducation de différentes villes, académies, régions...

#### 3.2 Population d'étude

Notre population cible se composera d'AVS et AESH et d'orthophonistes libéraux. Nous aurons recours à un échantillonnage de cette population.

- CI<sup>16</sup> : les répondants doivent être en activité, les orthophonistes doivent exercer en libéral au moins une partie de leur temps
- CNI<sup>17</sup> : les AVS/AESH exerçant uniquement au lycée ne seront pas pris en compte dans l'interprétation des données

#### 3.3 L'échantillonnage et le recrutement

Nos investigations se feront via un questionnaire sur un groupe fermé Facebook regroupant des assistants d'éducation de France s'intitulant « AESH une profession en devenir », diffusé via mon compte personnel avec lettre explicative, la participation au questionnaire est anonyme et sur la base du volontariat. Nous aurons un échantillonnage sans randomisation et aléatoire simple, tous les éléments de la population ont la même probabilité de faire partie de l'échantillon.

Concrètement, les questions à destination des AVS/AESH aborderont leur cursus professionnel, leur formation, leurs éventuelles activités professionnelles antérieures, leur estimation de connaissances sur les pathologies rencontrées, leurs attentes, leur connaissance

---

<sup>16</sup> Critères d'Inclusion

<sup>17</sup> Critères de Non Inclusion

de l'orthophonie, l'intérêt pour notre travail, les difficultés rencontrées sur le terrain, leur besoin ou non de fiches pratiques et ce qu'ils aimeraient y trouver comme contenu.

En ce qui concerne les orthophonistes, nous nous intéresserons au nombre d'enfants suivis bénéficiant d'une AVS et pour quelles pathologies, à leurs connaissances sur les AVS et leur formation, et à leur avis quant à des guides pratiques.

Enfin, nous demanderons à chaque partie leur envie d'établir un partenariat, les éventuels contacts déjà existants, les moyens utilisés (ESS, mails, téléphone, RDV ...) ainsi que leur fréquence. Nous nous intéresserons également à leurs motivations à ce partenariat mais aussi aux freins à celui-ci. Afin de mieux comprendre les résultats nous mettrons tout cela en regard du lieu d'exercice (nombre d'habitants, taille de l'école... tout en gardant l'anonymat).

### 3.4 Déroulement de l'étude

#### Questionnaire à destination des assistants d'éducation :

- Création des questionnaires
- Élaboration du questionnaire sur Google Forms
- Demande d'adhésion sur un groupe fermé Facebook d'assistants d'éducation « AESH une profession en devenir » avec explication de ma démarche
- Diffusion du questionnaire sur ce groupe : lettre explicative et lien vers le Google Forms
- Fin de collecte des données
- Interprétation des résultats

#### Questionnaire à destination des orthophonistes :

- Création des questionnaires
- Élaboration du questionnaire sur Google Forms
- Envoi de mails à mes anciens Maîtres de Stages Orthophonistes avec explication de ma démarche et lien vers le Google Forms, demande de relais à leurs différents collègues orthophonistes
- Fin de collecte des données
- Interprétation des résultats

### 3.5 La taille de l'échantillon

Lors de la création du questionnaire nous voulions un minimum de 50 répondants par questionnaire dans plusieurs régions de France afin d'avoir un échantillon qui nous semblait correct et représentatif. J'ai pour cela décidé de me tourner vers mes connaissances et les réseaux sociaux. Cinquante participants est un minimum car plus le nombre de répondants est grand plus mon échantillon est représentatif et plus mon travail sera proche des besoins de chacun. A ce jour, les questionnaires sont clos. Nous avons obtenu 57 réponses venant des orthophonistes et 193 réponses venant des assistants d'éducation.

### 3.6 Le plan d'analyse statistique

L'ensemble des données sont anonymes, regroupées sur mon compte personnel et protégées par un mot de passe. Nous procéderons à une analyse statistique descriptive qui décrira donc simplement les caractéristiques de l'échantillon en utilisant des mesures (moyenne, écart-type, pourcentages...).

Par exemple, nous avons besoin de connaître le pourcentage de partenariat, de connaître les freins (savoir ce qui gêne le plus afin de le mettre en exergue et de tenter d'y pallier), nous avons besoin de savoir quel pourcentage d'assistants d'éducation voit la nécessité de guides pratiques pour voir si cela doit être fait mais aussi pour quelles pathologies...

## 4 Création des questionnaires

Les questionnaires comportent des questions sur les données socio-démographiques (données personnelles, lieu d'exercice, cursus antérieur...), le partenariat (connaissance sur la profession d'orthophoniste/ d'AESH, moyens de communication, intérêts au partenariat, ...), sur les demandes et difficultés rencontrées (formation initiale, pathologies prises en charge, connaissance sur les pathologies rencontrées, attentes...) et enfin sur l'intérêt de la création de guides pratiques à destination des assistants d'éducation. Enfin, une dernière question ouverte laisse la possibilité de s'exprimer.

Ces questionnaires ont été auto-administrés, les assistants d'éducation et les orthophonistes ont répondu eux-mêmes à ces questionnaires. Toutes les réponses sont anonymes.

Le questionnaire à destination des assistants d'éducation comptait 29 questions (14 questions à choix multiple dont 2 échelles, 9 questions ouvertes et 6 questions fermées) et le questionnaire à destination des orthophonistes en comptait 18 (10 questions à choix multiple dont 2 échelles, 5 questions ouvertes et 3 questions fermées).

Les deux questionnaires se trouvent en Annexes 1 et 2.

## 5 Méthodologie Objectif n°2

Notre second objectif découle du premier, il voit le jour au vu des réponses aux questionnaires.

### 5.1 Processus de conception de la fiche

Nous avons suivi les étapes recommandées dans la fiche pratique « Comment élaborer une brochure d'information pour les patients ? » par l'HAS (Haute Autorité de Santé, 2008) :

- 1) *Définir l'objectif de la brochure*
- 2) *Préparer le travail en impliquant les différents acteurs*
- 3) *Concevoir la brochure*
- 4) *La diffuser*
- 5) *Évaluer l'impact de la brochure*

### 5.1.1 Objectif

Nous sommes partis du constat fait grâce à l'interprétation des résultats aux questionnaires. En effet, les assistants d'éducation disent se sentir démunis face aux difficultés des enfants qu'ils suivent, ils ont une méconnaissance des pathologies due notamment à un manque de formation.

Notre objectif est donc de créer des fiches pratiques à destination des assistants d'éducation afin de définir certaines pathologies et de donner quelques conseils pratiques applicables au quotidien.

### 5.1.2 Préparer le travail en impliquant les différents acteurs

Un travail en amont a été effectué auprès des assistants d'éducation et des orthophonistes afin d'être au plus près de leurs besoins. Quant au contenu, un travail de recherche a été fait.

### 5.1.3 Concevoir les fiches

Pour concevoir une brochure de qualité nous nous sommes appuyées sur :

- Les données pertinentes de la littérature
- Les outils similaires préexistants
- Les remarques des assistants d'éducation et des orthophonistes, à travers les questionnaires
- Notre expérience clinique

### 5.1.4 La diffuser

Nous allons convertir l'ensemble des fiches en format PDF. Ensuite, nous diffuserons ces fiches sur le même groupe fermé Facebook que nous avons utilisé pour diffuser les questionnaires, « AESH une profession en devenir », nous allons également l'envoyer directement par mail aux différentes personnes qui nous avaient contactée personnellement en nous les demandant expressément.

### 5.1.5 Évaluer

Au vu de la fermeture des écoles liée à la crise sanitaire due à la Covid-19, l'impact des fiches, leur utilité et les éventuelles modifications à y apporter n'ont pu être évalués par les assistants d'éducation sur le terrain mais pourra éventuellement faire l'objet d'un travail complémentaire pour un autre sujet de mémoire qui s'inscrirait dans la continuité de celui-ci.

## **PARTIE 3 : RESULTATS**

# 1 Questionnaire à destination des assistants d'éducation

## 1.1 Profil des répondants

193 personnes ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi elles, 100% sont des femmes et elles sont âgées entre 21 et 62 ans.

Elles exercent dans 26 académies différentes avec une majorité pour l'Académie Nancy-Metz (21,8%) et l'Académie de Montpellier (9,3%), puis moins de 5% de répondantes par autre académie.

En ce qui concerne les études, 42% d'entre elles ont fait des études supérieures, 40% ont le baccalauréat, 8,8% ont un BEP et 2,6% ont un CAP.

88,6% d'entre elles ont exercé une profession avant d'être assistante d'éducation, les professions antérieures étant très hétérogènes.

93,8% d'entre elles sont embauchées en tant qu'AESH recrutées sous contrat de droit public ; les autres étant AVS engagées par CUI-CAE.

## 1.2 Formation

66,8% des assistantes d'éducation déclarent avoir reçu une formation de 60 heures spécifique au poste, les autres n'ont bénéficié d'aucun enseignement.

Cette formation a été jugée insuffisante voire très insuffisante par 75,7% d'entre elles.

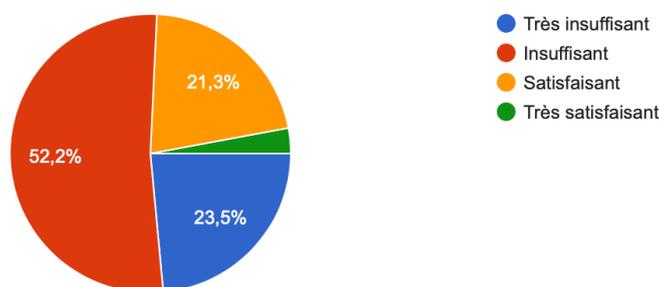


Figure 1 Satisfaction quant à la formation

## 1.3 Modalités d'accompagnement

Les assistants d'éducation doivent la plupart du temps accompagner plusieurs enfants et donc s'adapter à plusieurs pathologies.

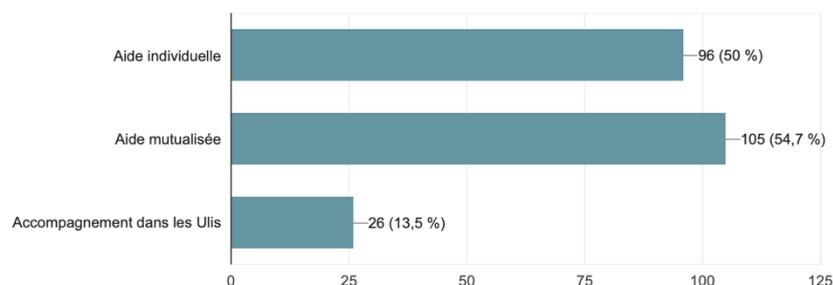


Figure 2 Modalités d'accompagnement

#### 1.4 Pathologies rencontrées

Les pathologies les plus rencontrées par les assistants d'éducation ayant répondu au questionnaire sont :

- Les troubles spécifiques des apprentissages ou dyslexies/dysorthographies (98 personnes soit 50,8%)
- Un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) (79 personnes soit 40,9%)
- Un trouble développemental du langage oral ou dysphasies (52 personnes soit 26,9%)
- Un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (55 personnes soit 28,5%)
- Une déficience intellectuelle (40 personnes soit 20,7%)

Il est à noter que certaines répondantes précisaient « autre » en stipulant autisme ou encore hyperactivité, par méconnaissance des termes.

#### 1.5 Vie quotidienne

89,1% des assistants d'éducation sont toujours conviés aux ESS des enfants qu'ils accompagnent.

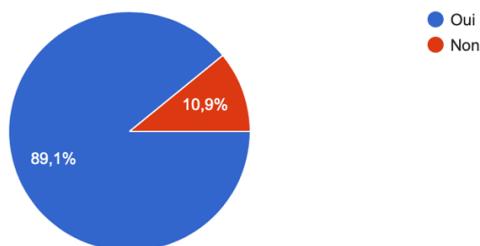


Figure 3 Présence aux ESS

40,9% des AVS et AESH déclarent ne pas se sentir à l'aise pour aider un enfant quel que soit son handicap.

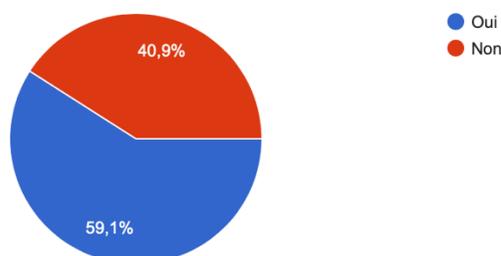


Figure 4 Assurance dans l'accompagnement

Parmi elles, 66,3%, pensent que ce manque d'assurance serait imputable à un manque de formation, pour les autres ce serait lié à des raisons plus personnelles comme le ressenti ou encore le manque de confiance en soi.

Les assistants d'éducation ont recours à des ressources afin de comprendre et d'aider les élèves qu'ils suivent mais aussi en savoir plus sur leurs pathologies. Internet est la ressource la plus utilisée alors que la formation n'est citée qu'en 4<sup>e</sup> position.

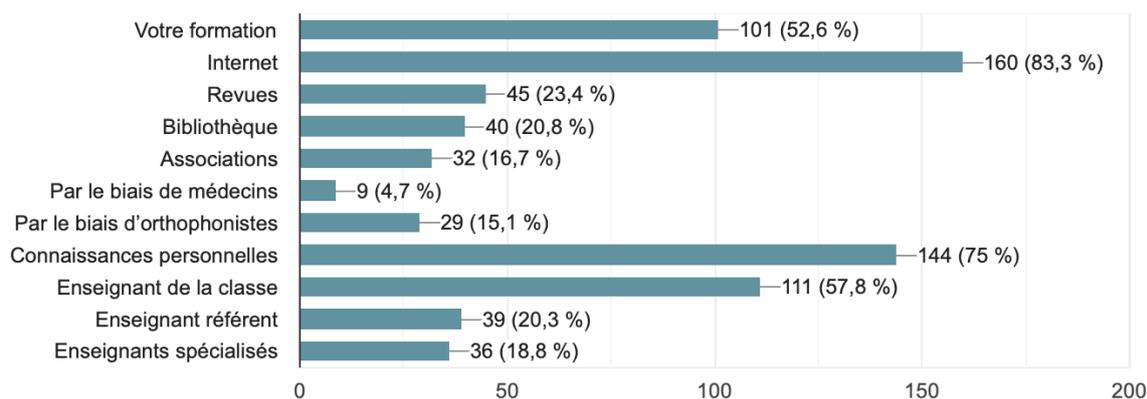


Figure 5 Ressources utilisées

## 1.6 Partenariat avec l'orthophonie

Alors qu'au moins 75,6% des enfants sont suivis en orthophonie de source sûre selon les assistants d'éducation, seulement 34,7% déclarent bien ou très bien connaître le métier et le rôle d'orthophoniste.

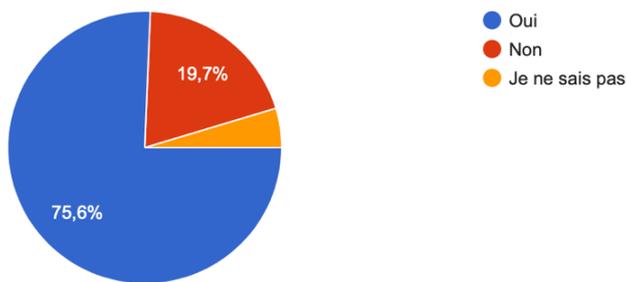


Figure 6 Éléves suivis en orthophonie

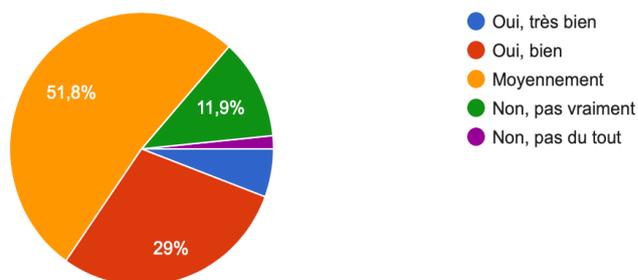


Figure 7 Connaissance du métier et du rôle d'orthophoniste

Seulement 13% des assistantes d'éducation interrogées ont été en contact avec l'orthophoniste qui prend en soin l'enfant. Les contacts ont majoritairement lieu lors des ESS ; les autres moyens de communication privilégiés sont le téléphone, les contacts par l'intermédiaire des parents ou de l'enseignant, les mails ou encore via la mise en place d'un cahier de liaison.

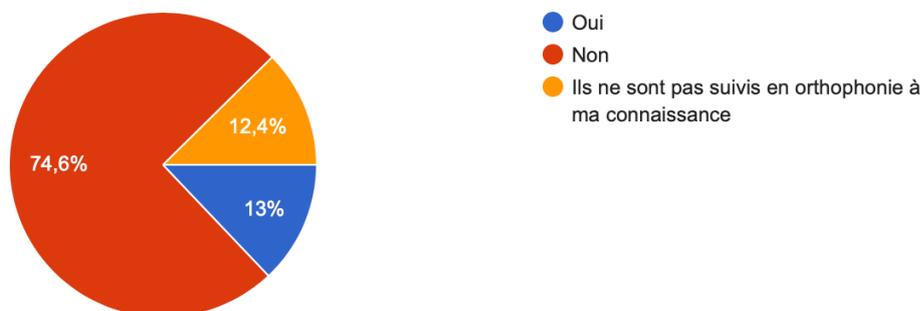


Figure 8 Partenariat avec un orthophoniste

Les principaux freins énoncés à ce partenariat sont le secret professionnel, de la timidité, une non-réponse ou un refus de la part de l'orthophoniste. Certains assistants d'éducation, encore, ne ressentent pas le besoin d'établir un partenariat.

## **1.7 Fiches pratiques**

192 répondantes sur 193 soit 99,5% se disent intéressées par des fiches pratiques regroupant des définitions claires des différentes pathologies ainsi que des conseils à appliquer au quotidien pour les aider dans leur travail en fonction du handicap de l'enfant.

### **1.7.1 Contenu souhaité**

Les souhaits des assistants d'éducation quant au contenu de ces fiches sont répartis ainsi :

- Pour 85,5% d'entre elles : conseils pour aider au mieux l'enfant, lui simplifier les apprentissages
- Pour 81,3% d'entre elles : comment réagir face à une crise, quel comportement adopter
- Pour 70,5 % d'entre elles : fiches simples, pratiques à consulter, que l'on pourrait mettre dans une pochette
- Pour 69,9% d'entre elles : définition claire et précise sur la pathologie, explication du handicap
- Pour 66,8% d'entre elles : quel type de pédagogie, quels outils...
- Pour 53,9% d'entre elles : savoir ce qu'on peut attendre de l'enfant,
- Pour 49,7% d'entre elles : aide à apporter à l'enfant de manière générale
- Pour 46,6 % d'entre elles : expériences, aides existantes, exemples, conseils, astuces pour reformuler
- Pour 43,5 % d'entre elles : des références (livres, articles, associations, liens Internet...)

### **1.7.2 Expression libre**

Les assistantes d'éducation ayant répondu au questionnaire se sont montrées réellement enthousiastes. Nous avons reçu de nombreux retours positifs et une réelle attente des fiches pratiques. Cet enthousiasme est révélateur d'une réelle envie d'établir un partenariat et d'un

besoin de formation plus approfondie pour pouvoir aider au mieux les enfants en situation de handicap.

## 2 Questionnaire à destination des orthophonistes

### 2.1 Profil des répondants

57 orthophonistes ont répondu à ce questionnaire dont 96,5% sont des femmes, ils sont âgés de 25 à 64 ans. Une majorité de répondants viennent de la région Hauts de France et de la région Grand Est.

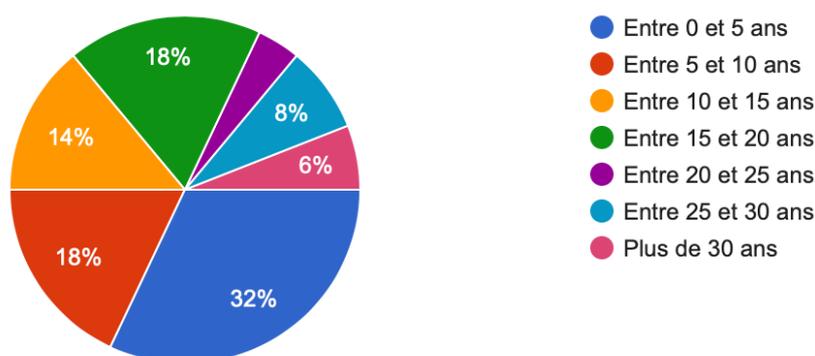


Figure 9 Durée d'exercice

96,5% des orthophonistes déclarent avoir au moins un patient suivi par un assistant d'éducation avec une moyenne de 7,8 enfants.

### 2.2 Pathologies rencontrées

Les principales pathologies pour lesquelles les patients bénéficient de l'accompagnement par un assistant d'éducation sont :

- Les troubles spécifiques des apprentissages ou dyslexies/dysorthographies pour 33 répondants soit 61,1%
- Un trouble développemental du langage oral ou dysphasies pour 24 répondants soit 44,4%
- Un trouble du spectre de l'autisme (TSA) pour 34 répondants soit 63%

- Un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) pour 5 répondants soit 27,8%
- Une surdité pour 8 répondants soit 14,8%

La majorité des orthophonistes pense qu'un assistant d'éducation est utile à l'inclusion de l'enfant mais à condition qu'il soit suffisamment formé. En effet, beaucoup des orthophonistes interrogés expriment spontanément le manque de formation des AESH et leur méconnaissance des handicaps. Il a également été relevé que leur rôle n'est pas toujours clairement établi. La grande variabilité est aussi soulevée.

### 2.3 Partenariat

80,7% des orthophonistes déclarent avoir eu des contacts avec les assistants d'éducation mais cela n'est une pratique courante que pour 21,1% d'entre eux. Pour la plupart, ces contacts restent rares.

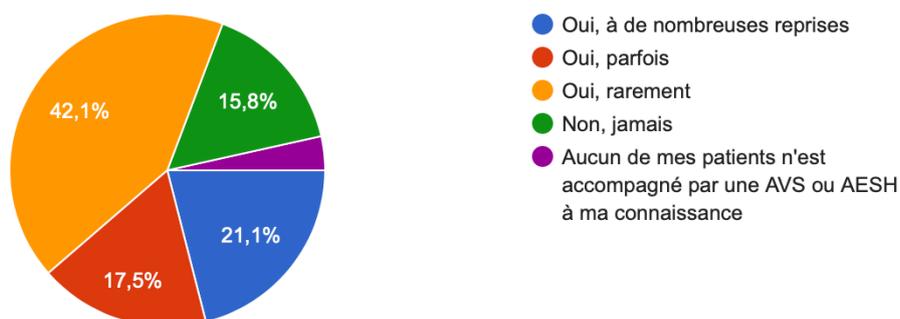


Figure 10 Contacts avec les assistants d'éducation

L'initiative de ces échanges sont répartis ainsi :

- 41,3% ortho
- 30,4% AVS
- 29,4% parents

- 4,3% enfant

De plus, 25% des échanges se font spontanément lors des ESS.

Les orthophonistes sont sollicitées pour avoir des conseils et des informations sur les domaines suivants :

- les difficultés de l'enfant dans 75,6% des cas
- les possibilités d'aide, matière par matière dans 73,3% des cas
- les difficultés spécifiques de la pathologie dans 48,9% des cas
- le matériel ou les activités envisageables dans 46,7% des cas

Les discussions semblent prendre la forme de point sur la situation de l'enfant, de coups de pouces avec quelques conseils et explications sur la pathologie mais ne font l'objet d'échanges réguliers que dans 17,6% des cas. On ne peut donc pas réellement parler de partenariat mais plutôt d'échanges ponctuels.

La qualité des échanges est jugée bonne ou très bonne dans seulement 31,1% des cas

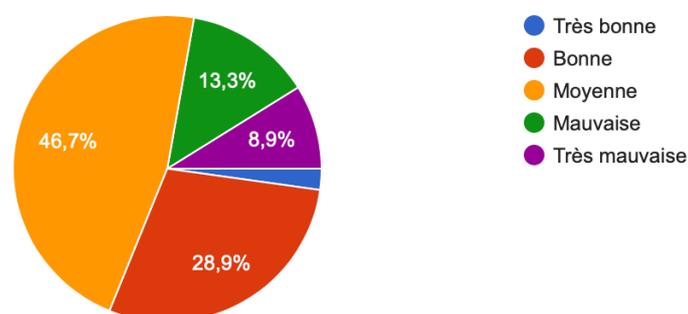


Figure 11 Qualité des échanges

Ces échanges ont lieu dans la grande majorité des cas lors des ESS (80,9%). Le téléphone (34%), les RDV (23,4%) et les mails sont également des moyens de communication utilisés.

50% assurent que ces échanges ont été bénéfiques pour l'enfant et 47,9% ne parviennent pas à en juger.

Le manque de temps constitue la plus grande entrave à ces échanges puisqu'il est souligné dans 67,4% des cas. L'absence aux ESS due au manque de temps et de rémunération ainsi que le secret professionnel sont chacun soulignés par 39,1% des répondants.

La création de fiches pratiques en fonction des pathologies prises en soin en orthophonie afin de donner des définitions et des pistes pour aider les AVS/AESH dans leur accompagnement auprès des patients est jugée utile par 89,5% des orthophonistes.

Les orthophonistes ont également précisé la nécessité de bases théoriques mais également l'importance de la communication et la variabilité interindividuelle. Chaque enfant aura ses spécificités et les fiches n'empêchent pas la communication. Au contraire, elles permettront non seulement une meilleure connaissance des troubles et des pistes pour le quotidien mais elles permettront aussi de mieux connaître la profession d'orthophoniste.

### **3 Conception des fiches**

#### **3.1 Choix des pathologies et contenu**

Au vu des résultats à la question concernant l'utilité des fiches pratiques posée aux assistants d'éducation et aux orthophonistes, nous allons en élaborer.

Nous nous sommes basées sur les résultats aux questionnaires pour déterminer quelles pathologies nous développerions. Nous développerons donc les trois pathologies les plus rencontrées, en moyenne, par les orthophonistes et les assistants d'éducation, soit :

- Les troubles spécifiques des apprentissages ou dyslexies/dysorthographies : 55,9%
- Un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : 45,75 %
- Un trouble développemental du langage oral ou dysphasies : 35,65 %

Ces fiches s'adresseront aux AESH exerçant en école primaire mais certains conseils peuvent s'appliquer tout au long du cursus de l'enfant.

En ce qui concerne le contenu, nous avons suivi les préférences des répondants, soit :

- conseils pour aider au mieux l'enfant, lui simplifier les apprentissages
- comportement à adopter avec l'enfant, réactions à avoir
- fiches simples, pratiques à consulter, que l'on pourrait mettre dans une pochette et emporter avec soi
- définitions claires et précises

Afin de les élaborer nous nous baserons sur la littérature et sur notre expérience clinique.

### **3.2 Les outils existants**

Les principaux supports d'informations pour accompagner les enfants en situation de handicap en milieu ordinaire sont :

- les sites des académies
- les sites des associations
- les livres spécifiques

### **3.3 Les manques**

Après avoir parcouru les sites internet proposés, nous avons pu identifier les manques et ce que nous pourrions apporter.

Internet permet de trouver de nombreux renseignements mais ce n'est pas infallible. Les documents mis en ligne ne regroupent pas forcément toutes les informations utiles aux assistants d'éducation, ils doivent alors piocher çà et là des informations qui pourraient leur être utiles. De plus, il faut rester vigilant quant à la fiabilité de celles-ci. Enfin, les sites académiques s'adressent principalement aux enseignants, et ne donnent pas de pistes spécifiques à la profession d'AESH.

Les ouvrages traitant des pathologies concernées tentent de cibler le public le plus large possible mais par la même occasion perdent en spécificité.

Il existe donc peu d'outils destinés aux AESH.

### **3.4 Notre apport**

Partant donc de ce constat nous avons souhaité tout regrouper pour créer un outil conçu spécifiquement pour les assistants d'éducation. Nous nous adapterons donc à la fois à ce qui existe déjà mais aussi aux réponses à nos deux questionnaires.

Nous synthétiserons donc au sein de fiches des conseils et des pistes spécifiques à la pratique des AESH. Toutes les fiches seront téléchargeables au format PDF, les AVS/AESH y auront donc facilement accès. Ils pourront également imprimer ces fiches afin de les emporter en classe.

### **3.5 Format des fiches**

Nos fiches commencent toutes par une partie présentation de la pathologie puis nous avons présenté la profession d'orthophoniste à travers une définition afin d'informer et de permettre aux assistants d'éducation de mieux connaître notre rôle..

Ensuite, nous avons formulé de nombreuses pistes pratiques classées par catégorie pour une meilleure lecture. Nous avons pensé les fiches pour qu'elles soient agréables à lire, avec des couleurs et des images.

Enfin, nous avons rappelé l'importance du travail en collaboration.

Certaines assistantes d'éducation avaient spécifié vouloir un vocabulaire simple, le lexique utilisé est donc simplifié pour être accessible par tous et les termes techniques sont évités ou expliqués.

Dans le but d'inciter l'assistant d'éducation à prendre contact avec l'orthophoniste de l'enfant (avec accord des parents) lors des ESS par exemple, nous avons créé des puces permettant à l'orthophoniste de cocher les aides qu'il juge les plus adaptées à l'enfant afin que ces fiches deviennent personnalisées.

### **3.6 Choix du support et diffusion**

Internet était cité en premier dans les ressources utilisées et c'est également l'outil que nous avons utilisé pour diffuser nos questionnaires. Nous avons donc décidé de l'utiliser pour diffuser les fiches.

Nous avons fait le choix de diffuser les fiches pratiques via le groupe utilisé pour la diffusion des questionnaires car il regroupe des milliers d'AESH à travers la France et ces fiches ont été conçues en fonction des réponses des membres de ce groupe. Les fiches y seront téléchargeables et imprimables.

Nous enverrons également par mail les fiches aux AESH l'ayant expressément demandé.

# DISCUSSION

## 1 Rappel de la problématique

Les orthophonistes et les assistants d'éducation ont une partie de leur public pris en charge en commun. Chacun à un regard différent sur le handicap et voit évoluer l'enfant dans des contextes différents. L'orthophoniste et l'assistant d'éducation pourraient collaborer afin de mieux comprendre les enfants, mieux cerner leurs difficultés et pouvoir mieux les aider sur le plan des apprentissages mais aussi sur le plan personnel.

## 2 Retour sur nos hypothèses

Comme nous le pensions, il existe bien des échanges entre assistants d'éducation et orthophonistes mais ils restent rares puisque seulement 13% des assistantes d'éducation interrogées ont été en contact avec l'orthophoniste qui prend en soin l'enfant. De plus, nous ne pouvons pas réellement parler de collaboration au vu de la nature très ponctuelle de ces échanges.

Effectivement, il existe une certaine méconnaissance de la profession d'orthophoniste de la part des assistants d'éducation puisque seulement 34,7% déclarent bien ou très bien connaître le métier et le rôle d'orthophoniste. En revanche, les orthophonistes affirment bien connaître le rôle de l'assistant d'éducation et les différentes modalités d'exercice.

La formation des assistants d'éducation leur semble bien insuffisante dans la grande majorité des cas puisqu'elle a été jugée insuffisante voire très insuffisante par 75,7% des assistantes d'éducatrices interrogées.

Les orthophonistes comme les assistants d'éducation sont majoritairement désireux d'entretenir des contacts afin d'aider l'enfant dans ses apprentissages, son développement et son épanouissement personnel.

Les orthophonistes mais surtout les assistants d'éducation interrogés se montrent favorables voire enthousiastes quant à la création de fiches pratiques.

### 3 Limites et perspectives de notre étude

L'échantillon d'assistants d'éducatrices est important et donc représentatif puisqu'il compte 193 répondantes. En revanche, l'échantillon d'orthophonistes est plus restreint avec 57 participants. Une étude à plus grande échelle pourrait donc être effectuée.

Dans la majorité des cas, la collaboration entre orthophonistes et assistants d'éducation est jugée bénéfique pour l'enfant. Une étude sur l'impact de la collaboration entre assistants d'éducation et orthophonistes quant aux performances et au bien-être de l'enfant en situation de handicap serait intéressante pour évaluer qualitativement l'intérêt de cette pratique.

### 4 Limites et perspectives de nos supports

Au vu des réponses favorables aux questionnaires (99,5% pour les assistantes d'éducation et 89,5% pour les orthophonistes), les fiches ont été créées pour les trois pathologies les plus rencontrées en moyenne par les orthophonistes et les assistants d'éducation.

Elles ont été conçues pour répondre au mieux aux attentes évoquées par les assistantes d'éducation tout en respectant les conseils des orthophonistes interrogées.

Les fiches réalisées pour les AVS/AESH ne sont évidemment qu'un « coup de pouce » et ne peuvent en aucun cas se substituer à une formation.

L'intérêt suscité par notre travail par les assistants d'éducation et les orthophonistes peut justifier de la poursuite du projet par d'autres étudiants dans le cadre de leur mémoire.

Les fiches déjà réalisées pourront être évaluées par les assistants d'éducation et les orthophonistes afin qu'elles donnent leur avis sur les aspects positifs et ce qui pourrait être amélioré. Ensuite, au vu des réponses à ces questionnaires, les fiches pourraient être améliorées. Enfin, des fiches sur d'autres pathologies comme les troubles déficitaires de l'attention ou encore la déficience intellectuelle par exemple qui avaient été mentionnées lors des questionnaires pourraient être conçues.

## 5 Intérêts pour l'orthophonie

Seulement 34,7% des assistantes d'éducation ayant répondu au questionnaire déclarent bien ou très bien connaître le métier et le rôle de l'orthophoniste. Cette enquête a permis une première sensibilisation au partenariat qui peut exister entre orthophonistes et AESH autour des troubles des apprentissages. Les fiches permettront de mieux faire connaître notre profession et notre rôle.

Nos fiches peuvent inciter les AESH à entrer en contact avec l'orthophoniste, mais elles peuvent également leur servir de support. Les orthophonistes, quant à elles, peuvent utiliser les fiches comme support pour leurs rencontres avec les AESH lors des ESS par exemple. Dans un sens comme dans l'autre, notre but est d'apporter un suivi cohérent à l'enfant, de favoriser et de simplifier les échanges.

Les échanges avec l'équipe éducative, qu'ils soient lors d'ESS ou sous un autre format ne sont pas prévus dans la nomenclature pour toutes les pathologies et une éventuelle demande de part et d'autre ainsi que des bénéfices constatés à cette collaboration pourraient aller en faveur d'une valorisation de cette pratique qui ne peut être que bénéfique à l'enfant.

89,1% des assistants d'éducation sont toujours conviés aux ESS des enfants qu'ils accompagnent, cela peut donc être le lieu et le moment pour de nombreux échanges sur la situation de l'enfant. Les orthophonistes sont également conviés aux ESS mais ils déplorent massivement le manque de temps et l'absence de créneau dédié pour pouvoir y assister. Or, il ressort des questionnaires que les contacts se font majoritairement lors des ESS.

Cela montre l'importance de la présence de l'orthophoniste et l'intérêt de la valorisation de cette pratique.

En plus d'apporter une aide quotidienne aux assistants d'éducation dans l'exercice de leur profession et d'ainsi permettre d'aider l'enfant au mieux ; l'enquête préalable et la conception des fiches a permis de mieux faire connaître la profession d'orthophoniste.

## 6 Apports personnels

Ce mémoire nous a permis d'entrer en contact avec de nombreuses personnes qui agissent au quotidien pour l'inclusion d'enfants en situation de handicap. Les différents échanges que nous avons eus ont été très enrichissants.

Nous avons pu mesurer la place qu'a l'orthophoniste dans l'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. Nous avons pris conscience que la communication entre les différents acteurs dans le suivi de soin et scolaire de l'enfant était primordiale pour lui offrir une inclusion la plus adaptée possible à ses besoins.

Ce travail et cette réflexion me permettent de mieux comprendre le fonctionnement et les enjeux de l'inclusion scolaire, du partenariat et de notre rôle auprès des enfants porteurs de handicap. Ce mémoire me sera donc bénéfique pour ma future pratique et les échanges à venir avec les différents professionnels impliqués dans la vie des patients.

## CONCLUSION

Depuis 2005, l'inclusion est un réel défi pour le milieu scolaire et ne cesse de se développer permettant ainsi aux enfants en situation de handicap une meilleure égalité des chances (en réduisant le clivage) puis une meilleure inclusion sociale et professionnelle. Le développement de cette pratique entraîne, en parallèle, l'augmentation du nombre AESH qui accompagnent ces enfants dans leur scolarité.

La réussite de l'inclusion scolaire d'un enfant en situation de handicap est le fruit de nombreux facteurs. L'aide apportée par les AESH et l'existence d'un partenariat entre les différents professionnels qui entourent l'enfant, dont l'orthophoniste, est un facteur clef sur lequel nous pouvons agir dans l'intérêt de l'enfant. L'orthophoniste trouve sa légitimité en tant qu'expert des troubles des apprentissages et représente un partenaire incontournable dans l'accompagnement de ces enfants.

Les enquêtes effectuées auprès des assistants d'éducation et des orthophonistes nous ont permis d'évaluer et de comprendre les contacts qui les liaient dans l'accompagnement de l'enfant en situation de handicap. Cela nous a aussi permis de mieux appréhender l'intérêt de ces échanges mais aussi leurs freins ainsi que d'identifier les demandes de ces partenaires. Ces questionnaires nous ont également confirmé l'intérêt de créer un outil apportant un coup de pouce aux AESH au vu de leur demande.

Dans cet objectif, nous avons conçu trois fiches comprenant chacune une présentation de la pathologie concernée, de nombreuses pistes pratiques. et une présentation de la profession d'orthophoniste. Chaque enfant étant unique nous avons également rappelé l'importance de créer une collaboration avec les différents acteurs qui entourent l'enfant en commençant par les parents, l'enseignant et l'orthophoniste, afin d'offrir à l'enfant un accompagnement qui soit le plus spécifique et adapté possible.

Nous espérons que notre sensibilisation à la profession d'orthophoniste et nos fiches ne feront qu'encourager ces échanges et permettront un meilleur épanouissement personnel et scolaire à l'enfant.

Nous avons diffusé nos fiches via Internet et par mails pour les rendre accessibles au plus grand nombre. Nous avons tenté de répondre de notre mieux aux attentes des assistants d'éducation. Nous espérons que ce travail saura venir en aide à la majorité des AESH et donc aux enfants en situation de handicap.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ali, I., & Wolf, C. (2016). Profession, orthophoniste. *ERES « Trames »*, de 13 à 24.
- Arrêté du 17 août 2006 relatif aux enseignants référents et à leurs secteurs d'intervention., (2006).
- Becker, E., Sablier, C., Sauvage, S., & Weens, B. (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.*
- Bégué, P. (2018). La médecine scolaire française en difficulté doit être renouvelée. *La Presse Médicale*, 47(4), 309–311.
- Bellevergue, S., & Weismann-Arcache, C. (2015). Pratique du psychologue clinicien dans une MDPH : Du puzzle institutionnel à la subjectivation de l'enfant handicapé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(6), 362–367.
- Belmont, B., Plaisance, É., & Vérillon, A. (2006). Accompagnement et intégration scolaire. *Contraste*, N° 24(1), 247-266.
- Belmont, B., Plaisance, E., & Vérillon, A. (2009). Les auxiliaires à l'intégration scolaire des enfants en situation de handicap. Conditions de travail et développement de compétences professionnelles. *Alter*, 3(4), 320-339.
- Blanc, P. (2011). *La scolarisation des enfants handicapés* [Rapport Public au Président de la République].
- Boder E. (1973). *Developmental dyslexia : A diagnostic approach based on three atypical reading- spelling patterns* (Vol. 15).
- Bonneau, C. (2010). *La relation partenariale entre les enseignants et les orthophonistes dans l'accompagnement et la prise en charge d'un enfant en difficultés scolaires* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Nantes.

Bourassa, D.-C., & Treiman, R. (2014). Spelling development and disability in English. *Handbook of Language and Literacy: Development and Disorders*.

Brin, F., Courier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2019). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition).

Chamak, B., & Jeandidier, B. (2016). L'autisme au quotidien : Témoignage d'un pédiatre en Seine-Saint-Denis. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(6), 360–366.

Chauvière, M., & Plaisance, É. (2008). Les conditions d'une culture partagée. *Reliance*, n° 27(1), 31-44.

Code de la santé publique—Article R4341-2, R4341-2 Code de la santé publique (2004).

Code de l'action sociale et des familles—Article L114, L114 Code de l'action sociale et des familles (2005).

Code de l'éducation—Article D351-5, D351-5 Code de l'éducation (2014).

Code de l'éducation—Article D351-7, D351-7 Code de l'éducation (2006).

Code de l'éducation—Article D351-10, D351-10 Code de l'éducation (2014).

Code de l'éducation—Article D351-12, D351-12 Code de l'éducation (2018).

Code de l'éducation—Article D351-16-2, D351-16-2 Code de l'éducation (2012).

Code de l'éducation—Article D351-16-4, D351-16-4 Code de l'éducation (2012).

Code de l'éducation—Article L112-2, L112-2 Code de l'éducation (2018).

Code de l'éducation—Article L311-3-1, L311-3-1 Code de l'éducation (2005).

Code de l'éducation—Article L351-1, L351-1 Code de l'éducation (2019).

Code de l'éducation—Article L351-3, L351-3 Code de l'éducation (2019).

Code de l'éducation—Circulaire n° 2017-084, Code de l'éducation (2017).

Code de l'éducation—Circulaire n°2016-117, Code de l'éducation (2016).

Code du travail—Article L5134-20, L5134-20 Code du travail (2014).

Code pénal—Article 226-13, 226-13 Code pénal (2002).

Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.

Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés, 2012-903 (2012).

Décret n° 2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap, 2014-724 (2014).

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 (2002).

Delevaux, C., & Gomez, R. (12/91). Partenariat et réseaux. *Pour*, n°132, 69-74.

Ébersold, S. (2009). Auxiliaires de vie scolaire Légitimité professionnelle et système équitable de coopération. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 45(1), 139–150.  
<https://doi.org/10.3917/nras.045.0139>

Ebersold, S., DERGUINI, K., & BILGER, C. (2000). *Rôles, pratiques et apports des auxiliaires d'intégration en Alsace*. Université Marc Bloch, CERIS: Strasbourg.

Ebersold, Serge. (2003). *Étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur*. Editions de l'OCDE.

GERARD, C.-L. (1993). *L'ENFANT DYSPHASIQUE* (DeBoeck Université).

Gombert, A., & Roussey, J.-Y. (2007). L'intégration en classe ordinaire d'élèves souffrant de troubles spécifiques sévères du langage écrit : Adaptations pédagogiques des enseignants de collège et de primaire. *Repères. Recherches en didactique du français langue maternelle*, 35(1), 233-251. <https://doi.org/10.3406/reper.2007.2758>

Harrisson, brigitte, & St-Charles, L. (2018). *L'autisme expliqué aux non autistes* (Broché).

Haute Autorité de Santé. (2008). *Comment élaborer une brochure d'information pour les*

*patients ?*

Hocquet, J.-Y. (2012). *Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico-social à l'inclusion des personnes handicapées* [Rapport à Madame la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale Marie-Anne Montchamp].

Huau, A., Jover, M., & Roussey, J.-Y. (2017). Difficultés associées et scolarisation des enfants dyslexiques. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 77(1), 169–181.  
<https://doi.org/10.3917/nras.077.0169>

Inspections Générales de l'Éducation Nationale et des Affaires Sociales. (2002). *Rapport IGAS/IGEN* [Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles spécifiques du langage].

Loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. - Article 26, (1983).

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 (2002).

LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, 2013-595 (2013).

Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, 89-486 (1989).

Maraquin, C. (2017). Comment être aesh ? *VST - Vie sociale et traitements*, N° 135(3), 66-72.

Mazereau, P. (2012). La République, l'école et les élèves en difficulté ou handicapés : Une histoire française. *Le français aujourd'hui*, n°177(2), 29-37.

Meirieu, P. (2006). *École, demandez le programme*. Paris. ESF.

Miet, P. (2011). *Scolarisation des élèves en situation de handicap en Europe*. premières universités d'automne de SNUIPP, Port Leucate.

Paulet, N., & Pircher, P. (2011). Scolarisation délicate. *L'école des parents*, 592(5), 24-25.

- Pittiglio, S. (2018). L'aide relationnelle, une composante à part entière de l'école inclusive. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 83-84(3), 151–163.  
<https://doi.org/10.3917/nresi.083.0151>
- Puig, J. (2005). Élèves et étudiants en situation de handicap. *Reliance*, no 16(2), 61-66.
- Reid, G., & Green, S. (2012). *100 IDÉES pour venir en aide aux élèves dyslexiques* (Éditions Tom Pousse).
- Seignac-Duret, L. (2016). L'évaluation comme outil pour une meilleure prise en charge : Du test de positionnement à la rédaction du PAP. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N 74(2), 137–144. <https://doi.org/10.3917/nras.074.0137>
- Thomazet, S., & Merini, C. (2015). L'école inclusive comme objet frontière. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N 70-71(2), 137–148.  
<https://doi.org/10.3917/nras.070.0137>
- Toullec-Théry, M., & Nédélec-Trohel, I. (2008). Étude et catégorisation de pratiques effectives entre professeurs et auxiliaires de vie scolaire (AVS) à l'école primaire. *Alter*, 2(4), 337-358. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.06.007>
- Toullec-Théry, M., & Nédélec-Trohel, I. (2010). École et inclusion. *Recherche formation*, n° 64(2), 123-138.
- Touzin, M., & Leroux, M.-N. (2012). *Cent idées pour venir en aide aux élèves dysphasiques* (Tom Pousse).
- Touzin, Monique, & Leroux, M.-N. (2011). *100 IDÉES pour venir en aide aux enfants dysphasiques* (Éditions Tom Pousse).

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Satisfaction quant à la formation .....	50
Figure 2 Modalités d'accompagnement.....	51
Figure 3 Présence aux ESS.....	51
Figure 4 Assurance dans l'accompagnement.....	52
Figure 5 Ressources utilisées .....	52
Figure 6 Élèves suivis en orthophonie .....	53
Figure 7 Connaissance du métier et du rôle d'orthophoniste .....	53
Figure 8 Partenariat avec un orthophoniste.....	53
Figure 9 Durée d'exercice.....	55
Figure 10 Contacts avec les assistants d'éducation .....	56
Figure 11 Qualité des échanges.....	57

## **ANNEXES**

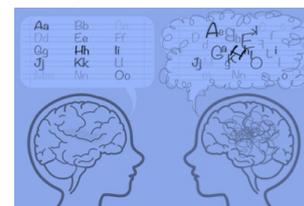
## FICHE DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE

### ou trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture

Ces fiches pratiques ont été créées dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie dans le but d'apporter quelques pistes aux AESH afin qu'ils puissent aider au mieux les enfants qu'ils accompagnent.

Le DSM5 (Monique Touzin & Leroux, 2011) précise qu'un trouble spécifique des apprentissages avec un déficit de la lecture peut atteindre :

- l'exactitude du décodage
- le rythme et la fluidité de la lecture
- la compréhension de la lecture.



La dyslexie est considérée comme un trouble spécifique d'apprentissage du langage écrit qui est caractérisé par : des difficultés à reconnaître des mots écrits, un décodage de mauvaise qualité et des difficultés en orthographe. Cela peut engendrer des difficultés de compréhension du langage écrit donc des difficultés à traiter les énoncés écrits. La mise en place et en œuvre des procédures d'identification de mots écrits (procédure phonologique et procédure lexicale) est donc entravée chez les enfants concernés par la dyslexie. Les troubles dyslexiques sont essentiellement caractérisés par une non-automatisation du code écrit c'est-à-dire une absence de mise en correspondance des graphèmes et des phonèmes. Cette non-automatisation du code écrit est révélée par des procédures d'identification et de production de mots écrits ralenties et/ou erronées. La plupart des erreurs relevées sont caractéristiques : il s'agit de confusions phonographiques de nature auditivo/verbale (ex: f/v, t/d...) et/ou visuo-orthographique (ex: b/d, m/n...) et d'erreurs du traitement séquentiel (ex: par/pa, fil/fli...). Trois formes de dyslexies développementales sont communément admises en clinique : la dyslexie de surface (ou visuo-attentionnelle), la dyslexie phonologique et la dyslexie mixte (Boder E., 1973; Brin et al., 2019).

La dyslexie est un trouble spécifique de l'acquisition de la lecture et la dysorthographe est un trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe. On parle de dyslexie/dysorthographe car ces troubles sont souvent concomitants. (Bourassa & Treiman, 2014).

Il est possible d'aider les élèves dans leurs apprentissages quand les troubles sont massifs. L'AESH libérera ainsi de l'espace cognitif afin de permettre à l'enfant d'assimiler ce qui lui est demandé. De nombreuses stratégies peuvent être mise en place comme éviter de faire recopier, mettre des couleurs, donner du temps supplémentaire, rassurer, encourager, illustrer les propos, soigner la mise en page, aider à gérer le temps, aider sur le vocabulaire spécifique, faire un glossaire des termes utilisés, identifier les points importants, traiter de manière séquentielle, faire des regroupements, faire des plans... Autant de conseils que nous regrouperons dans ces fiches et qui seront à adapter au profil de chaque enfant. (Reid & Green, 2012)



L'orthophoniste est un professionnel de santé et auxiliaire médical titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste obtenu après 5 années d'études. Ce professionnel est chargé de la prévention, du dépistage, de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, des troubles de la déglutition et des troubles de la cognition mathématique.

L'orthophoniste effectue son bilan sur prescription médicale. A partir d'épreuves spécifiques et d'une observation clinique il pose un diagnostic orthophonique de l'état de toutes les fonctions et de tous les aspects liés aux altérations et aux compétences de communication du patient, il décidera alors s'il entreprend ou non une prise en soin et définira un projet thérapeutique adapté.

Chaque orthophoniste est libre de ses techniques pour l'exercice de son art, le patient est au cœur de ses préoccupations.

### Quelques pistes

La **fatigue** de l'enfant dyslexique est un point important dont il faut avoir conscience. En fin de journée cela est encore plus compliqué pour l'enfant car son capital est épuisé. Il faut prendre en compte cette fatigue et l'accepter.

Autre point important sur lequel l'assistant d'éducation peut jouer un rôle primordial : l'**estime de soi**. En effet, l'enfant dyslexique peut vite se décourager, se sentir « nul », perdre confiance en lui. Il est donc important d'**encourager** l'élève, de le **valoriser**, le **rassurer** car cela a un impact très important sur ses capacités et ses apprentissages.

## LECTURE

### Éviter la surcharge cognitive, soulager la fatigue, améliorer la compréhension

- **Éviter** de demander à l'enfant de **lire à voix haute** (difficultés, surcharge cognitive, fatigabilité, moqueries...) sauf s'il le souhaite, le faire lire dans sa tête et **s'assurer qu'il a bien compris** ou lui lire. S'il doit lire à haute voix, faire en sorte que sa partie soit courte.
- Pour alléger la charge mentale qu'engendre le décodage de la lecture d'un texte, l'AESH peut faire de la **lecture alternée**. L'AESH et l'enfant lisent chacun à tour de rôle.
- En situation de lecture, **aider** l'enfant à lire les mots et les passages difficiles. Accepter la **subvocalisation** à voix basse. L'inciter à faire des **pauses**.



- S'assurer régulièrement (à la fin de chaque consigne, paragraphe...) que l'enfant a **compris**, revenir sur le vocabulaire incompris.

### Consignes

- **Oraliser** les consignes écrites et les énoncés, les lui lire et **reformuler** si besoin.
- **Fragmenter** les consignes, les présenter par **petites séquences** et non sous forme d'instructions longues et complexes.
- **Hiérarchiser** les différentes étapes si besoin.
- **Clarifier** le ou les objectifs visés par l'exercice, pour que l'enfant comprenne ce qu'on attend de lui.
- Laisser une trace **visuelle** des différentes tâches à effectuer.
- S'assurer que tout le vocabulaire est **compris**, **surligner** les mots importants.

### Améliorer la qualité de la lecture

- Accepter que l'enfant **suive avec son doigt, une règle ou encore un cache** pour l'aider à ne pas sauter de mots ou de lignes.
- Si l'enfant souhaite lire à voix haute et a un débit trop rapide, ne pas hésiter à le faire ralentir pour faciliter l'accès au sens et diminuer le nombre d'erreurs
- Alternier 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 : **Léo** et **Julie** ramassent des **champignons**. Cette démarche est à effectuer au préalable en **collaboration avec l'enseignant**.

### Stratégies de lecture

- Proposer à l'enfant de **visualiser** le déroulement de l'histoire dans sa tête lorsqu'il lit ou que vous lui lisez une histoire
- Lui proposer de **découper la phrase** en plusieurs parties si elle est longue
- Si un mot est incompris, chercher avec lui un mot de la **même famille**
- Si un passage n'est pas compris, lui proposer de **revenir en arrière** ou de **continuer** un peu, la phrase suivante l'aidera peut-être
- Aider l'enfant en s'appuyant sur ce qu'il **connaît**

### PRISE DE NOTES, ORTHOGRAPHE

- **Soulager** autant que possible la copie ou la prise de notes en le faisant à sa place ou voir avec l'enseignant pour avoir des photocopiés, la copie est synonyme d'épuisement pour l'enfant dyslexique et qui accapare toutes ses ressources attentionnelles.
- L'aider à **organiser** l'information dès qu'il la reçoit
- Si l'enfant prend en note sa leçon, s'assurer que les mots soient notés **sans fautes d'orthographe** pour que l'enfant puisse fixer en mémoire la **forme correcte** en relisant ses leçons

### Structuration

- La mémorisation est plus facile si le contenu est bien **organisé** avec une introduction, des parties avec un titre, et une conclusion.



- Utiliser des **titres** ou des **sous-titres en couleurs** pour **structurer** la prise de notes. Au besoin, pour soulager l'AESH ou en son absence, voir avec l'enseignant pour fournir la leçon tapée à l'ordinateur (ne pas hésiter à y intégrer, a posteriori, un code couleur (titres soulignés en rouge, sous-titres en vert par exemple) ou une photocopie du cahier ou classeur d'un élève (toujours le même si possible) ayant une bonne orthographe et une écriture bien lisible.
- Utiliser de la **couleur** pour des thèmes différents, les différentes parties pour que les cours soient organisés visuellement et ritualisés
- Espacer les lignes
- Utiliser un code couleur (mots importants surlignés, mots incompris soulignés et repris dans un glossaire...)

### Organisation, devoirs

- **Noter les devoirs avec l'enfant, vérifier** ce qui est noté dans le cahier de texte
- Emploi du temps en **couleurs** si possible pour aider à l'**organisation**

### LANGUES VIVANTES



- Favoriser l'oral en expression comme en compréhension, l'écrit est trop complexe pour l'enfant dyslexique
- Avoir un glossaire

### MATHÉMATIQUES

- **Reformuler** et **expliquer si besoin** les problèmes.
- Laisser les **tables de multiplication à disposition** de l'élève.

### MATIÈRES AUX TERMES SPECIFIQUES/COMPLEXES

- Glossaire des termes utilisés

### ÉVALUATIONS

- L'aider à la **prise de notes** afin de permettre à l'enfant de se concentrer sur l'exercice demandé (le fond plutôt que la forme) ou voir avec l'enseignant pour qu'il ait plus de temps ou moins d'exercices
- Privilégier les exercices où l'écrit est **réduit** (QCM, barrer, cocher, entourer, relier, textes à trous, vrai / faux, compléter un tableau, des phrases à trous, etc.), à anticiper avec l'enseignant.
- Privilégier une évaluation des connaissances par questions **orales** (en langues notamment) lorsque les autres élèves sont en évaluation écrite avec l'enseignant
- Au retour d'un devoir, évoquer les éléments **positifs**. Ne pas toujours insister sur l'orthographe, l'enfant sait que son orthographe lui fait défaut. Parler du **contenu**, des idées avant tout. **Le valoriser, l'encourager.**



### QUELQUES PISTES SUPPLÉMENTAIRES :

- **Éviter les doubles tâches** (par exemple, copie du cours pendant une explication à l'oral, éviter de donner une explication pendant que les élèves copient ce qui est écrit au tableau ou installent leurs affaires).
- Lui laisser **plus de temps** (sans empiéter sur la récréation) ou demander à l'enseignant de réduire les exercices, mieux vaut exiger un minimum bien fait que la totalité échouée.
- **Encourager l'enfant à demander de l'aide** s'il en a besoin.
- **Faire des schéma ou des cartes mentales** pour faciliter la compréhension de l'enfant si nécessaire

Certaines de ces adaptations conviendront mieux à certains enfants que d'autres, c'est pourquoi l'avis d'un **orthophoniste** peut être intéressant afin de répondre au mieux **aux besoins** de l'enfant en situation de handicap. L'orthophoniste pourrait cocher les recommandations qui lui semblent les plus pertinentes et éventuellement en ajouter.

Ces adaptations sont donc à mettre en place en **collaboration** avec toute l'équipe, à commencer par **l'enseignant**.

Idéalement, ces discussions sur les difficultés rencontrées par l'enfant devraient se faire en l'absence de l'enfant car cela pourrait être pour lui source d'angoisse et mettre à mal son estime de lui et son inclusion.

L'Association de **Parents d'Enfants Dyslexiques APEDYS** est une source informations intéressante pour mieux comprendre ce trouble. (<https://www.apedys.org>)



## FICHE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Ces fiches pratiques ont été créées dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie dans le but d'apporter quelques pistes aux AESH afin qu'ils puissent aider au mieux les enfants qu'ils accompagnent.

Le terme « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) a été introduit en 2013 dans le DSMV pour réunir sous la même étiquette quatre catégories de « troubles envahissants du développement » : l'autisme, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance et les troubles envahissants du développement non spécifiés. La notion d'un continuum allant de sévère à léger permet de mieux prendre en compte la diversité des troubles et des comportements des personnes autistes et surtout la possibilité qu'elles ont d'évoluer. L'étiologie des TSA est encore imparfaitement connue, mais il y a consensus sur leur composante neuro-développementale associée à des facteurs environnementaux et des prédispositions génétiques. Les TSA sont caractérisés par des altérations significatives dans deux domaines : la communication et le comportement. Pour caractériser un trouble de la communication et des interactions sociales, il faut la présence des 3 éléments suivants :

- difficulté persistante ou absence de réciprocité sociale,
- difficultés à utiliser et à interpréter des composantes non verbales du langage (mimiques, intonation, gestes)
- difficultés à comprendre et à utiliser les règles implicites des interactions sociales entraînant une incapacité à entretenir des relations avec les pairs.

Pour caractériser un trouble du comportement sous forme d'activités et intérêts restreints et/ou répétitifs il faut la présence d'au moins deux des éléments suivants :

- activités de répétition soit au niveau verbal (écholalie) soit au niveau de l'utilisation des objets (compulsion d'alignement ou de tournoiement ou focalisation sur une partie de l'objet), soit au niveau des mouvements du corps (balancement, agitation des mains),
- résistance au changement et attachement à des routines ou à des rituels,
- intérêts restreints et « hors normes » quant à leur objet (les horaires de train ou les plaques minéralogiques par exemple) et à l'intensité de concentration qu'ils suscitent,
- hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels (ou trouble neurosensoriel) qui peut impacter tous les organes des sens : visuel, auditif, olfactif, gustatif, tactile, proprioceptif, vestibulaire ainsi qu'une fréquente hyposensibilité à la chaleur et à la douleur.

Ces altérations sont très variables, non seulement d'une personne à l'autre, mais elles peuvent aussi beaucoup varier chez une même personne dans le temps en fonction de l'âge, des conditions de vie et des prises en charge. (Brin et al., 2019)





d'apporter de la prévisibilité. Encadrer grâce à un cadre mobile en carton le moment de la journée où on se situe ou barrer/surligner au fur et à mesure.

- Mettre un timer afin que l'enfant puisse visualiser le temps qui passe et qui lui reste pour ses exercices
- Mettre en place des rituels
- Expliciter ce que l'on ressent, ne pas faire de sous-entendu, d'ironie, de métaphores...
- **Éviter les doubles tâches** (par exemple, copie du cours pendant une explication à l'oral, éviter de donner une explication pendant que les élèves copient ce qui est écrit au tableau ou installent leurs affaires) car l'enfant ne parviendra pas à suivre.

## LES APPRENTISSAGES

- Utiliser des codes couleurs pour les différentes matières
- Se mettre à son rythme, les enfants avec trouble du spectre de l'autisme ont besoin de plus de temps, il faut le leur accorder et faire preuve de patience (demander à l'enseignant de réduire le nombre d'exercice, d'alléger le temps de réponse en créant des QCM ou encore laisser à l'enfant plus de temps qu'aux autres sans empiéter sur les moments plaisir). Ce temps supplémentaire est nécessaire également en dehors de la classe (repas, habillage...).
- Aidez-le à organiser son matériel de travail (faites des modes d'emploi ou des fiches).
- Si l'écriture est trop coûteuse, **soulager** autant que possible la copie ou la prise de notes en le faisant à sa place ou voir avec l'enseignant pour avoir des photocopies, la copie est synonyme d'épuisement pour l'enfant porteur de trouble du spectre de l'autisme et qui accapare toutes ses ressources attentionnelles.
- L'aider à **organiser** l'information dès qu'il la reçoit
- Utiliser des **titres** ou des **sous-titres en couleurs** pour **structurer** la prise de notes. Au besoin, pour soulager l'AESH ou en son absence, voir avec l'enseignant pour fournir la leçon tapée à l'ordinateur (ne pas hésiter à y intégrer, a posteriori, un code couleur (titres soulignés en rouge, sous-titres en vert par exemple) ou une photocopie du cahier ou classeur d'un élève (toujours le même si possible) ayant une bonne orthographe et une écriture bien lisible.
- Utiliser de la **couleur** pour des thèmes différents, les différentes parties pour que les cours soient organisés visuellement et ritualisés
- **Découper** le travail et l'information afin que cela soit plus abordable
- Face à la **nouveauté**, ne le laissez pas seul avec ses angoisses. Ses difficultés de flexibilité cognitive l'empêchent de pouvoir s'organiser correctement. Prendre le temps de lui **expliquer** les choses et si possible les **anticiper**.
- Bien gérer le temps, l'anticiper
- Faire des **démonstrations, des schémas, des dessins** voire si possible des **travaux pratiques** pour illustrer les cours



- La **notion de difficulté** peut être très différente chez l'enfant autiste, il ne parviendra pas à faire des choses qui nous paraissent très simples mais peut nous surprendre dans certains domaines, apprendre à connaître l'enfant en essayant de ne pas se baser sur nos propres représentations.

## VIE SOCIALE

L'enfant avec trouble du spectre de l'autisme n'a **pas accès aux codes sociaux**. Il faut donc l'aider à comprendre son environnement et lui expliquer, lorsque ce sera nécessaire, comment les gens se comportent en groupe. Pour ce faire, en classe, aidez-le à comprendre les consignes et les exercices qui font appel à des connaissances d'ordre social (contexte, figures de style...). L'AESH peut également assister à certains temps de récréation avec l'enfant mais aussi se servir des sorties scolaires par exemple.

## ESTIME DE SOI, MOTIVATION

La **fatigue** de l'enfant autiste est un point important dont il faut avoir conscience. Les enfants autistes doivent gérer énormément de choses en même temps (apprentissages scolaires, apprentissages sociaux, troubles sensoriels, difficultés d'attention, etc.). Il faut prendre en compte cette fatigue et l'accepter.

Il est important de savoir le **motiver** et le **récompenser** régulièrement pour le travail qu'il fournit. Vous pouvez mettre en place différentes techniques qui vont dans ce sens, ce que l'on appelle des « **renforceurs** » (dessiner des petits smileys là où il réussit, utiliser des tampons d'encouragement, lui donner des images, si possible représentant ses centres d'intérêt. Tout progrès doit être encouragé même si le résultat n'est pas parfait.

Autre point important sur lequel l'AESH peut jouer un rôle primordial : **l'estime de soi**. En effet, l'enfant autiste peut vite se décourager, se sentir « nul », perdre confiance en lui. Il est donc important d'**encourager** l'élève, de le **valoriser**, le **rassurer** car cela a un impact très important sur ses capacités et ses apprentissages.

## LES TROUBLES SENSORIELS



Les enfants autistes sont soumis à des **problèmes perceptifs** ou de **traitement de l'information sensorielle** qui entravent régulièrement leur quotidien. Leurs cinq sens peuvent être affectés ainsi que leurs sensations proprioceptives et vestibulaires. Certains enfants seront souvent dans le « pas assez » (hypo) d'autres dans le « trop » (hyper), certains passeront d'un état à l'autre en fonction de chaque sens ou tout simplement de l'instant car ce genre de soucis peut être permanent comme irrégulier.

La clef pour pouvoir aider au mieux l'enfant face à ces troubles qui le mettent dans une grande souffrance c'est **d'apprendre à les connaître** (observation avec si besoin création

d'une échelle pour que l'enfant pointe à quel point il est gêné, questions aux parents...). Les difficultés sensorielles sont propres à l'enfant (bruits forts comme l'alarme incendie, certaines matières comme la pâte à modeler, certaines odeurs comme la colle...) et les connaître peut permettre d'éviter au maximum les situations gênantes et d'apporter des solutions. Si un événement angoissant ou gênant pour l'enfant doit se produire, il faut préparer l'enfant voire y pallier si possible (casque anti-bruit...).

L'enfant peut également avoir des **stéréotypies** (répétitions de certains mots ou de certains gestes), **il ne faut pas l'en empêcher**. On peut lui proposer des objets à manipuler pour tenter de les canaliser ou sortir un moment de classe si cela devient trop envahissant ou que le regard des autres l'angoisse.

Parfois, à cause d'un problème de **feedback auditif**, l'enfant peut parler **trop fort** ou **pas assez** et ainsi être inadapté socialement et gêner la classe ou encore ne pas être bien entendu, il faut tenter de lui faire comprendre par exemple en utilisant une échelle avec du vert et du rouge, on lui montre où se situe le volume sonore de l'enfant et où se situe la norme avec un pictogramme sur l'échelle.

## LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les troubles du comportement ne sont pas toujours évidents à anticiper, pas forcément compréhensibles, parfois assez difficiles à gérer et perturbent le bon déroulement de ce qui était prévu.

Premièrement, et dans la mesure du possible il faut tenter d'éviter ou d'anticiper les situations stressantes (changement imprévu par exemple, crise liée à ses troubles sensoriels ou physiques, élément social mal compris).

Si malgré cela une crise survient, tenter de comprendre pourquoi et d'apaiser l'enfant. Aider l'enfant à comprendre l'émotion qu'il ressent et pourquoi. On peut mettre en place des aménagements au préalable en concertation avec l'enseignant, la direction et les parents pour faire face lors d'une crise (coin relaxation hors de la classe, outils de relaxation, travail du souffle, collection d'images relaxantes ou liées aux centres d'intérêt de l'enfant...).

Certaines de ces adaptations conviendront mieux à certains enfants que d'autres, c'est pourquoi l'avis d'un **orthophoniste** peut être intéressant afin de répondre au mieux **aux besoins** de l'enfant en situation de handicap. L'orthophoniste pourrait cocher les recommandations qui lui semblent les plus pertinentes et éventuellement en ajouter.

Ces adaptations sont donc à mettre en place en **collaboration** avec toute l'équipe, à commencer par **l'enseignant et les parents**.



Idéalement, ces discussions sur les difficultés rencontrées par l'enfant devraient se faire en l'absence de l'enfant car cela pourrait être pour lui source d'angoisse et mettre à mal son estime de lui et son inclusion.

# FICHE DYSPHASIE

## ou trouble développemental du langage oral

Ces fiches pratiques ont été créées dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie dans le but d'apporter quelques pistes aux AESH afin qu'ils puissent aider au mieux les enfants qu'ils accompagnent.

Les dysphasies sont des troubles neuro-développementaux spécifiques, sévères et durables du langage. Elles entraînent des troubles d'expression et/ou de compréhension du langage de sévérité variable selon les profils. (Crocq et al., 2015) Ce trouble structurel touche à la fois la compréhension et l'expression sur différents plans du langage.

Il existe des marqueurs de déviance (GERARD, 1993):

- Hypospontanéité verbale (l'enfant parle peu, fait des phrases courtes...)
- Trouble de l'évocation lexicale (manque du mot, lenteur d'évocation, périphrases, répétitions...)
- Trouble vrai d'encodage syntaxique (agrammatisme, dyssyntaxie)
- Trouble de l'informativité : l'enfant peut être difficilement compréhensible
- Dissociation automatico-volontaire (l'enfant est capable de dire des choses compliquées spontanément alors qu'il peut lui être impossible de les produire sur demande)
- Troubles de la compréhension verbale

Pour faire un diagnostic positif de dysphasie, il faut au moins 3 marqueurs positifs.

Les enfants dysphasiques scolarisés en milieu ordinaire peuvent bénéficier de l'aide d'un AESH afin de leur permettre de suivre les apprentissages. Il pourra placer l'enfant en situation de réussir, structurer les apprentissages, aider l'enfant à repérer où il se situe dans ses apprentissages, lui éviter de copier, reformuler les consignes et les énoncés, le rassurer, l'encourager, l'aider sur le vocabulaire spécifique... Ces conseils sont à adapter au profil de l'enfant dysphasique, nous reprendrons ces conseils dans ces fiches. (Touzin & Leroux, 2011)





## LECTURE

- Le support écrit peut être une réelle aide pour certains enfants dysphasiques une fois que le code est acquis. Cependant, son apprentissage est souvent difficile.

### Éviter la surcharge cognitive, soulager la fatigue, améliorer la compréhension

- **Éviter** de demander à l'enfant de **lire à voix haute** (difficultés, surcharge cognitive, fatigabilité, moqueries...) sauf s'il le souhaite, le faire lire dans sa tête et **s'assurer qu'il a bien compris** ou lui lire. S'il doit lire à haute voix, faire en sorte que sa partie soit courte.
- Pour alléger la charge du décodage lors de la lecture d'un texte, il est possible de faire de la **lecture alternée**. L'AESH et l'enfant lisent chacun à tour de rôle. En respectant le rythme de l'enfant.
- En situation de lecture, **aider** l'enfant à lire les mots et les passages difficiles. Accepter la **subvocalisation** à voix basse. L'inciter à faire des **pauses**.
- S'assurer régulièrement (à la fin de chaque consigne, paragraphe...) que l'enfant a **compris**, revenir sur le vocabulaire incompris.



### Consignes

- **Oraliser** les consignes écrites et les énoncés, les lui lire et **reformuler** si besoin.
- **Fragmenter** les consignes, les présenter par **petites séquences** et non sous forme d'instructions longues et complexes.
- **Hiérarchiser** les différentes étapes si besoin.
- **Clarifier** le ou les objectifs visés par l'exercice, pour que l'enfant comprenne ce qu'on attend de lui.
- Laisser une trace **visuelle** des différentes tâches à effectuer.
- S'assurer que tout le vocabulaire est **compris**, **surligner** les mots importants.

### Améliorer la qualité de la lecture

- Accepter que l'enfant **suive avec son doigt, une règle ou encore un cache** pour l'aider à ne pas sauter de mots ou de lignes.
- Si l'enfant souhaite lire à voix haute et a un débit trop rapide, ne pas hésiter à le faire ralentir pour faciliter l'accès au sens et diminuer le nombre d'erreurs
- Alternier 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 : **Léo** et **Julie** ramassent des **champignons**. Cette démarche est à effectuer au préalable en **collaboration avec l'enseignant**.

### Stratégies de lecture

- Proposer à l'enfant de **visualiser** le déroulement de l'histoire dans sa tête lorsqu'il lit ou que vous lui lisez une histoire
- Lui proposer de **découper la phrase** en plusieurs parties si elle est longue
- Si un mot est incompris, chercher avec lui un mot de la **même famille**

- Si un passage n'est pas compris, lui proposer de **revenir en arrière** ou de **continuer** un peu, la phrase suivante l'aidera peut-être  
Aider l'enfant en s'appuyant sur ce qu'il **connaît**

### PRISE DE NOTES, ORTHOGRAPHE

- **Soulager** autant que possible la copie ou la prise de notes en le faisant à sa place ou voir avec l'enseignant pour avoir des photocopiés, la copie est synonyme d'épuisement pour l'enfant dyslexique et qui accapare toutes ses ressources attentionnelles.
- L'aider à **organiser** l'information dès qu'il la reçoit
- Si l'enfant prend en note sa leçon, s'assurer que les mots soient notés **sans fautes d'orthographe** pour que l'enfant puisse fixer en mémoire la **forme correcte** en relisant ses leçons



### Structuration

- La mémorisation est plus facile si le contenu est bien **organisé** avec une introduction, des parties avec un titre, et une conclusion.
- Utiliser des **titres** ou des **sous-titres en couleurs** pour **structurer** la prise de notes. Au besoin, pour soulager l'AESH ou en son absence, voir avec l'enseignant pour fournir la leçon tapée à l'ordinateur (ne pas hésiter à y intégrer, a posteriori, un code couleur (titres soulignés en rouge, sous-titres en vert par exemple) ou une photocopie du cahier ou classeur d'un élève (toujours le même si possible) ayant une bonne orthographe et une écriture bien lisible.
- Utiliser de la **couleur** pour des thèmes différents, les différentes parties pour que les cours soient organisés visuellement et ritualisés
- Espacer les lignes
- Utiliser un code couleur (mots importants surlignés, mots incompris soulignés et repris dans un glossaire...)
- Accepter les ratures et les problèmes de présentation brouillonne (autocorrection positive) mais faire comprendre à l'enfant que la bonne présentation de son travail va l'aider à être plus clair et va lui donner des points en plus (utiliser la règle pour souligner, sauter des lignes, créer des marges ...).

### DEVOIRS

- Mettre en évidence les informations importantes, les mots clés.
- Apprentissage plutôt visuel via : schémas, cartes mentales, tableaux.
- Aider l'enfant à s'organiser : anticiper pour les devoirs et les leçons à apprendre. Responsabiliser l'enfant, pour que, connaissant ses difficultés propres, il puisse s'organiser.





## MATIERES AUX TERMES SPECIFIQUES/COMPLEXES

- Glossaire des termes utilisés

## QUELQUES PISTES SUPPLEMENTAIRES :

- **Éviter les doubles tâches** (par exemple, copie du cours pendant une explication à l'oral, éviter de donner une explication pendant que les élèves copient ce qui est écrit au tableau ou installent leurs affaires).
- Lui laisser **plus de temps** (sans empiéter sur la récréation) ou demander à l'enseignant de réduire les exercices, mieux vaut exiger un minimum bien fait que la totalité échouée.
- **Encourager l'enfant à demander de l'aide** s'il en a besoin.
- **Valoriser** l'enfant pour les progrès obtenus
- Soutenir le fait que l'enfant ait le **droit de se tromper**.
- Favoriser **l'autonomie**
- **Reformuler** les phrases de l'enfant **sans pointer du doigt sa faute** et **sans lui demander de répéter**. Par exemple, l'enfant dit « j'ai oublié LE majuscule », vous pouvez lui répondre « Oui, tu as oublié LA majuscule ».
- Si l'enfant est d'accord et le désire, **expliquer** à ses camarades sa particularité, ce qui peut éviter des moqueries et des jalousies.
- Créer avec l'enfant un petit cahier « aide-mémoire » contenant les tables, les tableaux de conversion, des synonymes, son lexique en langue étrangère...
- Lui permettre de garder avec lui ce cahier « aide-mémoire »
- Si l'enfant le désire et que vous pensez que cela peut lui être utile, vous pouvez créer un **cahier de vie et de liaison** avec l'enfant (répertoriant les moments de vie de la classe, les difficultés rencontrées, les choses appréciées...) car l'enfant a souvent du mal à raconter ce qu'il a fait /échanges d'informations avec parents, orthophoniste et soignants).
- Utiliser des **supports visuels** autant que possible dans toutes les matières à l'aide de pictogrammes, schémas, images, dessins...
- Si possible, mettre en place un **agenda** (plus structurant que le cahier de texte), y mettre des **couleurs**
- Adapter le discours si la compréhension orale est impactée :
  - phrases courtes et simples
  - vocabulaire courant
  - une consigne à la fois
- S'assurer que l'enfant est prêt à écouter, privilégier le contact visuel surtout si la compréhension est impactée et accentuer la communication non-verbale (mimiques, gestes, dessins...)



Certaines de ces adaptations conviendront mieux à certains enfants que d'autres, en fonction de son profil et du type de dysphasie, c'est pourquoi l'avis d'un **orthophoniste** peut être intéressant afin de répondre au mieux **aux besoins** de l'enfant en situation de handicap. L'orthophoniste pourrait cocher les recommandations qui lui semblent les plus pertinentes et éventuellement en ajouter.

Ces adaptations sont donc à mettre en place en **collaboration** avec toute l'équipe, à commencer par **l'enseignant** et les **parents**.

Idéalement, ces discussions sur les difficultés rencontrées par l'enfant devraient se faire en l'absence de l'enfant car cela pourrait être pour lui source d'angoisse et mettre à mal son estime de lui et son inclusion.

L'Association Avenir Dysphasie (ADD) est une association de parents, d'adultes dysphasiques et de professionnels ayant pour but de venir en aide aux enfants et aux adultes touchés par une dysphasie ou des troubles complexes du langage. (<https://aad-france.dysphasie.org>)



GILLIO Louise

Partenariat entre AESH et orthophonistes : état des lieux, intérêts, demandes et freins

### **Résumé**

L'inclusion scolaire pour les enfants en situation de handicap ne cesse de se développer ces dernières années augmentant ainsi chaque année le nombre de ces enfants en milieu ordinaire mais aussi le nombre d'assistants d'éducation qui les accompagnent. Une grande partie de ces enfants, notamment avec troubles des apprentissages, sont suivis en orthophonie.

Après une enquête par questionnaires nous avons pu constater que le partenariat entre les orthophonistes et les assistants d'éducation ne semble pas être une pratique courante, on parle plutôt d'échanges qui ont majoritairement lieu lors des ESS. Ces échanges sont majoritairement jugés bénéfiques pour l'enfant par les orthophonistes et les assistants d'éducation et doivent être favorisés dans le respect du secret professionnel.

Nous avons créé des fiches pratiques sur trois pathologies à la demande quasi-unanime des assistants d'éducation qui jugent leur formation insuffisante. Ce travail a également été encouragé par les orthophonistes afin d'aider les assistants d'éducation dans leur accompagnement.

### **Mots-clés**

Orthophonie, AESH, Partenariat, Inclusion, École

Partnership between AESH and speech-language pathologists: inventory, interests, demands and brakes

### **Abstract**

Inclusion education, where children with special needs spend most of their time with general education children, has been growing in importance in recent years. This growth is represented both in the number of general education children involved every year, and the educational assistants who accompany them. Many of the children with special needs also have speech therapy.

From a survey of questionnaires we could see that the partnership between the speech therapists and the educational assistants does not seem to be common practice, very often just a series of exchanges which take place, mainly, during school meetings. However, close co-operation between speech/language therapists and educational assistants is undoubtedly beneficial for the children and should be encouraged, of course while respecting professional confidentiality.

We have created files on three scenarios, at the almost unanimous request of educational assistants who deem their training insufficient. This work was also encouraged by speech-language therapists to help educational assistants.

### **Keywords**

Speech-therapy, Paraprofessional, Partnership, Inclusion, School